

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde

ANA CLAUDIA ARAÚJO DA SILVA

**Programa de Controle da Tuberculose: Uma avaliação nas Unidades
Prisionais da Região Metropolitana do Recife**

Recife

2016

ANA CLAUDIA ARAÚJO DA SILVA

Programa de Controle da Tuberculose: Uma avaliação nas Unidades Prisionais
da Região Metropolitana do Recife

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Arnaldo de França Caldas Júnior

Recife

2016

Catálogo na Fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

S586p Silva, Ana Claudia Araújo da
Programa de Controle da Tuberculose: uma avaliação nas unidades
prisionais da Região Metropolitana do Recife / Ana Claudia Araújo da
Silva. - 2016.
70 folhas: il. 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Arnaldo de França Caldas Júnior.
Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade
Federal de Pernambuco, CCSA, 2016.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Tuberculose - Prevenção. 2. Avaliação de riscos em saúde. 3. Saúde
pública - Avaliação. 4. Prisões. I. Caldas Júnior, Arnaldo de França
(Orientador). II. Título.

336 CDD (22.ed.) UFPE (CSA 2016 – 128)

ANA CLAUDIA ARAÚJO DA SILVA

**Programa de Controle da Tuberculose: Uma avaliação nas Unidades
Prisionais da Região Metropolitana do Recife**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Aprovada em 03/06/2016

Banca Examinadora

Prof. Dr. Arnaldo de França Caldas Júnior (ORIENTADOR)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof^ª. Dra. Suely Arruda Vidal (EXAMINADORA INTERNA)

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

Prof^ª. Dra. Roberta de Moraes Rocha (EXAMINADORA INTERNA)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Marcos Alberto Machado Botelho (EXAMINADOR EXTERNO)

Universidade Federal de Pernambuco

Aos meus queridos pais e ao meu grande amor,
Wendell, que enchem minha vida de alegria e
leveza. Vocês moram no meu coração.

AGRADECIMENTOS

A Deus e Nossa Senhora, pelas bênçãos recebidas e conquistas alcançadas ao longo dos anos.

Ao meu querido esposo, Wendell, pelo companheirismo, paciência, amor e dedicação. Pelo incentivo e apoio durante essa trajetória.

Aos meus pais que sempre acreditaram e torceram por mim.

À minha amada avó, Eurides, *In memoriam*, que sempre torceu e olha por mim até os dias de hoje.

À minha amiga Monik, por sua disponibilidade, ajuda, amizade, apoio e conselhos.

Ao Professor Arnaldo, por todo o aprendizado, pela confiança, paciência e disponibilidade sempre.

À Coordenação do Programa de Controle da Tuberculose Estadual, pelo apoio e colaboração pra o desenvolvimento dessa dissertação.

À Coordenação do Programa de Controle da Tuberculose da Secretaria de Ressocialização, pelo apoio e disponibilidade.

Aos colegas do mestrado, pelas experiências vividas durante esta jornada, em especial à Fernanda e Ana Lúcia, que estiveram comigo desde o início, compartilhando momentos bons e ruins.

À coordenação, professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Gestão Economia da Saúde.

Aos demais familiares, amigos, colegas que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização desta etapa.

RESUMO

Foi realizado um estudo do tipo avaliativo normativo e transversal para descrever a organização do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) e estimar o grau de implantação (GI) das ações do Programa nas unidades prisionais da Região Metropolitana do Recife, no ano de 2014. O estudo foi desenvolvido em quatro etapas. Na primeira, foi construído um modelo lógico do PCT nas Unidades Prisionais, que se caracteriza como uma representação esquemática do programa. A partir desse foi construída a matriz de análise e julgamento, para os componentes contidos na estrutura e no processo. Na terceira etapa foram analisadas as dimensões estrutura e processo, e a quarta se caracterizou na avaliação do GI das Unidades Prisionais do estudo, a partir da avaliação normativa. Para avaliação do GI, foi utilizado um questionário semiestruturado, a partir do modelo lógico e da matriz de critérios e normas, aplicados aos coordenadores de saúde do sistema penitenciário, que totalizaram 10 pessoas. Para definição do GI, foi utilizado um sistema de escores que permitiu classificá-lo em implantado (76 ó 100% das atividades implantadas), parcialmente implantado (51 - 75%); baixo nível de implantação (26 - 50%) e implantação incipiente (Abaixo de 26%). Foi observado um grau de implantação final do PCT baixo em seis unidades; e nas outras quatro, parcialmente implantado. A dimensão estrutura foi responsável pelos piores resultados, tanto por unidade de análise quanto no resultado final. Houve uma variação de GI semelhante nas Unidades Prisionais do Recife, entre 54,6% e 62,9%. O mesmo ocorreu entre as Unidades classificadas como baixo nível de implantação, com variações de GI de 36% a 50%. A partir dos resultados do GI, ficam evidentes as falhas no desenvolvimento das ações do PCT. É importante assumir que a problemática da tuberculose entre os privados de liberdade não é uma questão somente de saúde ou de segurança, mas uma grave questão social e política que como tal precisa ser enfrentada pela sociedade como um todo.

Palavras-chave: Tuberculose. Avaliação em Saúde. Saúde Pública. Prisões.

ABSTRACT

We performed an evaluative cross-sectional study to describe the organization of the Tuberculosis Control Program (TCP) and estimate the degree of implementation (DOI) of the program's actions in prison units in the metropolitan area of Recife, in 2014. The study was developed in four stages. During the first stage, we built a logical model of the TCP in the prison units, which is characterized as a schematic representation of the program. From that model, we built an analysis and judgement matrix for the components evaluated in structure and process. At the third stage, we contained the structure and process dimensions, and the fourth stage was characterized by the evaluation of the prison units' DOI, from normative analysis. For the DOI evaluation, we used a semi-structured questionnaire, based on the logical model and the criteria and standards matrix. The instrument was applied to the health coordinators of the prison system, making a total of 10 people. For the DOI definition, we used a system of scores that allowed us to classify it as implemented (76 - 100% of the activities implemented), partially implemented (51 ó 75%), low level of implementation (26 ó 50%) and incipient implementation (lower than 26%). We observed a low final DOI in six units, and partial implementation in the remaining four. The structure dimension was responsible for the worst results, both by analysis unit and in the final result. There was a similar DOI variation in the prison units of Recife, varying from 54,6% to 62,9%. The same occurred among the units classified as low level of implementation, varying from 36% to 50%. Judging from the DOI results, the failures in the development of the TCP's actions are evident. It is important to accept that the issue of tuberculosis among those deprived of their freedom is not only a health or safety matter, but also a grave social and political question that needs to be faced by society as a whole.

Keywords: Tuberculosis. Health Evaluation. Public Health. Prisons.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Modelo lógico Simplificado do Programa de Controle da Tuberculose nas Unidades Prisionais.....	24
Figura 2 -	Etapas do Método Delphi.....	26
Figura 3 -	Unidades Prisionais localizadas na Região Metropolitana do Recife, do Estado de Pernambuco.....	28
Tabela 1 -	Número de profissionais, por categorias, que compõem as equipes de saúde das Unidades Prisionais do Recife e Região Metropolitana, no ano de 2014.....	34
Tabela 2 -	Grau de Implantação do Programa de Controle da Tuberculose nas Unidades Prisionais do Recife e Região Metropolitana, na sua dimensão unitária, por unidade de análise, no ano de 2014.....	34
Tabela 3 -	Resultados do Grau de Implantação das ações do Programa de Controle da Tuberculose nas Unidades Prisionais do Recife e Região Metropolitana, por dimensão, componente e subcomponente, no ano de 2014.....	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPCP	Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária
COTEL	Centro de Observação Criminológica e Triagem Professor Everardo Luna
CPFAL	Colônia Penal Feminina de Abreu e Lima
CPFR	Colônia Penal Feminina do Recife
GERES	Gerência Regional de Saúde
GI	Grau de Implantação
HCTP	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAISJ	Penitenciária Agroindustrial São João
PAMFA	Presídio ASP. Marcelo de Francisco Araújo
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PFDB	Presídio Frei Damião de Bozanno
FIG	Presídio de Igarassu
PJALLB	Presídio Juiz Antônio Luiz Lins de Barros
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNSSP	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
POE	Plano Operativo Estadual
PPBC	Penitenciária Professor Barreto Campelo
PPL	População Privada de Liberdade

RMR	Região Metropolitana do Recife
SAP	Secretaria de Administração Penitenciária
SES	Secretaria Estadual de Saúde
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDO	Tratamento Diretamente Observado
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UP	Unidade Prisional

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. JUSTIFICATIVA.....	15
3. OBJETIVOS.....	16
4. REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
4.1 ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DA TUBERCULOSE.....	17
4.2 SISTEMA DE SAÚDE PRISIONAL BRASILEIRO	18
4.3 AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE.....	21
5. METODOLOGIA	23
5.1 DESENHO DO ESTUDO	23
5.2 MODELO LÓGICO, MATRIZ DE ANÁLISE E JULGAMENTO E MÉTODO DELPHI.....	23
5.3 ÁREA DE ESTUDO	27
5.4 PERÍODO DO ESTUDO	29
5.5 AMOSTRA DO ESTUDO.....	29
5.6 COLETA DE DADOS	29
5.7 PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	29
5.8 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	30
5.9 ASPECTOS ÉTICOS	31
6. RESULTADOS	32
7. DISCUSSÃO.....	40
8. CONCLUSÕES.....	43
REFERÊNCIAS.....	44
APÊNDICES	49
ANEXOS	66

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) foi considerada uma emergência global pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1993. Os esforços empreendidos para a redução da carga da doença mostram alguns resultados positivos: as taxas de incidência e mortalidade têm apresentado queda global, e entre os 22 países que concentram 80% dos casos mundiais, sete já atingiram as metas de redução da incidência, prevalência e mortalidade previstas para 2015, entre eles o Brasil (WHO, 2013). Entretanto, alguns desafios persistem como a dificuldade de acesso ao sistema de saúde pelos grupos vulneráveis, a necessidade de renovar e ampliar o acesso a novas tecnologias de diagnóstico, tratamento e prevenção e a resistência aos fármacos (LÖNNROTH et al., 2013).

O Ministério da Saúde (MS) elegeu a tuberculose como prioridade entre as políticas governamentais de saúde. O Brasil ocupa hoje o 18º lugar no ranking dos 22 países que concentram 80% dos casos de tuberculose no mundo. Surgem no Brasil, aproximadamente, 70.000 mil novos casos de pessoas infectadas com o *bacilo de Koch (BK)*, causador da TB. O Estado de Pernambuco está no 3º lugar em número de casos no Brasil, com cerca de 4.701 casos novos no ano de 2014 (BRASIL, 2015; PERNAMBUCO, 2016).

Um dos desafios para o controle da endemia é a elevada incidência em populações de maior risco, entre elas a população prisional. De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) a incidência de TB nas unidades prisionais da América Latina é 22,2 vezes maior do que na população livre. No Brasil, estima-se que essa incidência seja 25 vezes maior. Sanchez em 2007 considerou que a incidência pode estar subestimada, visto que a oferta e a qualidade do serviço de saúde no sistema prisional, a pouca motivação dos profissionais e a percepção dos privados de liberdade quanto aos seus sintomas podem resultar na baixa detecção de casos (BRASIL, 2010a).

As altas taxas de incidência e prevalência da doença nas prisões, condições ambientais desfavoráveis, celas mal ventiladas e os longos períodos de encarceramento fazem com que a população privada de liberdade (PPL) tenha maior risco de exposição aos bacilos da tuberculose, de infecção e de desenvolvimento da doença. (JONES et al., 1999; PARVEZ, 2007; LAROUZE, SANCHEZ, DIUANA, 2008).

Coninx et al, em 2000, reconheceram a gravidade da situação da TB entre a população privada de liberdade e a necessidade de intervenção específica, considerando as especificidades do ambiente prisional. Reforçaram como condicionante para o sucesso de programas de controle, o compromisso político e administrativo. Enfatizaram que as prisões

podem oferecer facilidades ó observação direta do tratamento, acompanhamento clínico, ações educativas ó para implementação do programa de controle de TB mais eficaz e que pode, inclusive, ser adaptado e extrapolado para a população geral.

Nesse contexto, é relevante a avaliação do PCT nas UP, pois busca verificar como as ações e atividades planejadas foram implementadas e se os objetivos e resultados foram atingidos. Além disso, busca levantar quais são os pontos fortes e fracos do programa, bem como conhecer a experiência dos atores responsáveis pela sua execução, podendo auxiliar na tomada de decisões.

2. JUSTIFICATIVA

Por ser a tuberculose um grave problema de saúde pública no Brasil e no estado de Pernambuco, e a população privada de liberdade um grupo de maior risco para desenvolver a doença, sendo preocupante a evolução para formas resistentes e multirresistentes da doença; e pela insuficiência de trabalhos que abordem a temática da avaliação do PCT em unidades prisionais de Pernambuco, este estudo é pertinente, pois:

- Permite conhecer e analisar os nós críticos que interferem na implantação do PCT nessas unidades;
- Propõe um modelo de avaliação do PCT no âmbito prisional, podendo se tornar uma ferramenta para a gestão e;
- Possibilita aos gestores e profissionais de saúde envolvidos nessa problemática, a otimização para o planejamento, redefinição de prioridades e redirecionamento das ações de controle da tuberculose no sistema prisional, visando melhorias na operacionalização do programa, bem como no progresso dos conhecimentos científicos.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o grau de implantação do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) em unidades prisionais da Região Metropolitana do Recife no ano de 2014.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a organização do PCT no sistema penitenciário das unidades prisionais estudadas;
- Determinar o grau de implantação nas ações de controle da tuberculose.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DA TUBERCULOSE

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa, cujo agente etiológico é o *Mycobacterium tuberculosis*, tendo o homem como seu principal reservatório. O quadro predominante da doença é o pulmonar e os sintomas característicos são inapetência e emagrecimento, febre vespertina baixa com sudorese, comprometimento do estado geral, dor torácica e tosse produtiva ou não, acompanhada ou não de escarros hemópticos. No quadro extrapulmonar, as formas mais frequentes são a pleural, meníngea, renal, óssea e ganglionar (RUFFINO-NETTO, 2002).

A transmissão, normalmente, ocorre por meio do espirro, da fala, e, principalmente, da tosse de um doente de tuberculose pulmonar bacilífera que lança no ar gotículas contendo o agente etiológico. O diagnóstico pode ser realizado pela baciloscopia direta, cultura de escarro ou de outras secreções. Condições como desnutrição, etilismo, uso de drogas e algumas clínicas, como diabetes mellitus, uso prolongado de corticoides e imunossupressores, neoplasias e infecção pelo HIV estão associadas ao risco de desenvolver a doença (RUFFINO-NETTO, 2002).

O tratamento da TB é complexo, tem duração mínima de seis meses, envolvendo o uso de várias drogas, devendo ser continuado mesmo após a recuperação clínica do paciente. É alto o abandono ao tratamento em vários países, podendo levar ao surgimento de formas resistentes do *Mycobacterium tuberculosis*, representando um obstáculo ao controle da doença. Dessa forma, em 1993 a OMS declarou a TB uma emergência mundial e recomendou a implantação do tratamento diretamente observado de curta duração (em inglês, Directly Observed Short Course Treatment ó DOTS), como estratégia para que os pacientes tenham tratamento correto e completo (RODRIGUES et. al, 2009).

Esta estratégia fundamenta-se em cinco componentes: Compromisso político com fortalecimento de recursos humanos e garantia de recursos financeiros; elaboração de planos de ação e mobilização social; diagnóstico de casos por meio de exames bacteriológicos de qualidade; tratamento padronizado com a supervisão da tomada da medicação e apoio ao paciente; fornecimento e gestão eficaz de medicamentos; e sistema de monitoramento e avaliação ágil que possibilite o monitoramento dos casos, desde a notificação até o encerramento do caso. (OMS, 2009; BRASIL, 2011).

Com relação à incidência de TB, no Brasil vem apresentando redução média anual de 1,2% desde 1990, atingindo em 2012 um coeficiente de 36,1/100 mil hab. A taxa de cura ainda se mantém abaixo da meta de 85%, tendo chegado, em 2010, a 73,4% (BRASIL, 2013).

Em Pernambuco, a incidência de TB no ano de 2014 ficou em torno de 51/100 mil hab., enquanto que a proporção de cura e abandono de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, para o mesmo período, ficaram em torno de 69,7% e 9,7%, respectivamente, o que mostra um não cumprimento das metas pactuadas para o Estado, que preveem um percentual de 75% de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera e 5% para abandono de tratamento entre os casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera (PERNAMBUCO, 2016).

Em 2014, a PPL representava 0,31% da população de Pernambuco, com uma população de aproximadamente 28.973 pessoas privadas de liberdade; e contribuiu com 10,71% dos casos novos notificados no Estado. O coeficiente de incidência da doença nessa população no Estado de Pernambuco foi de 1862,2/100 mil hab. em 2013 e 1691,2 /100 mil hab. em 2014 (BRASIL, 2014a; PERNAMBUCO, 2016).

A I Gerência Regional de Saúde (GERES) abriga 45% das Unidades Prisionais e concentra o maior número de casos de tuberculose na população encarcerada, sendo responsável por 71% dos casos de TB no Sistema Prisional. Com relação aos indicadores na PPL para o ano de 2014, foi encontrado um percentual de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera de 75,6%, um percentual de abandono de tratamento de 3,6%, 36,5% de culturas realizadas e 86,8% de Tratamento Diretamente Observado (TDO) realizado. Apesar de todas as dificuldades das equipes de saúde das UP, as metas estaduais para esses indicadores foram atingidas, que são de 75% para cura, <5% para abandono, 35% para culturas realizadas e 70% de TODO (PERNAMBUCO, 2016).

4.2 SISTEMA DE SAÚDE PRISIONAL BRASILEIRO

A Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777, em 2003, aprovou o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário - PNSSP, visando contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais comuns à saúde da população penitenciária brasileira. Essa portaria estabelece que os Ministérios da Justiça e da Saúde têm a responsabilidade pela atenção integral à saúde da população prisional, participando no financiamento e nas ações (BRASIL, 2010b; BRASIL, 2010c).

De acordo com o PNSSP, a organização e a execução das ações e serviços de atenção básica ocorrem nas próprias unidades prisionais (UP), realizadas por equipes de saúde multiprofissionais. O acesso aos demais níveis de atenção em saúde é pactuado e definido por cada estado e submetido à aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Conselho Estadual de Saúde - CES (BRASIL, 2010 c).

Para um estado ser habilitado a receber recursos para investir nas ações de saúde penitenciária, deve aderir ao PNSSP através de um Termo de Adesão assinado pelos Secretários Estaduais de Saúde e de Justiça (ou correspondentes) e elaborar um Plano Operativo Estadual (POE) que defina as formas de gestão e/ou gerência das ações e serviços, e também as metas a serem alcançadas, de acordo com o PNSSP (BRASIL, 2010c).

O POE precisa ser aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde e pela Comissão Intergestores Bipartite e enviado ao Ministério da Saúde para aprovação e publicação. O cadastro dos estabelecimentos e dos profissionais de saúde das unidades prisionais deve ser feito no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES (BRASIL, 2010c).

A população penitenciária está incluída no repasse de recursos federais para a atenção básica, de média e alta complexidade, uma vez que é considerada pelo IBGE (2010) como população residente no município onde se localiza a UP. Dessa forma, o financiamento das ações de promoção da saúde e de atenção básica é reforçado pelo Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, estabelecido pela Portaria nº 1.777 (BRASIL, 2010b). A referida portaria também determina que o Ministério da Justiça deve financiar a reforma física e aquisição de equipamentos para os estabelecimentos de saúde das UP, e que as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e de Justiça (SEJ) participarão do financiamento do PNSSP, definindo suas contrapartidas. Os municípios precisam participar na elaboração do POE e no financiamento das ações e serviços previstos no Plano; contratar e controlar serviços de referência sob sua gestão para atendimento da população penitenciária; capacitar as equipes de saúde das unidades prisionais; monitorar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas tendo como base o POE; participar da elaboração de protocolos assistenciais, com descrição das ações, serviços e procedimentos a serem realizados pelas unidades próprias do Sistema Penitenciário e pelos serviços referenciados, vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS); executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica (BRASIL, 2010c).

A equipe técnica de saúde para unidades prisionais com mais de 100 e até 500 privados de liberdade deve ser composta, no mínimo, de: 1 médico; 1 enfermeiro; 1 cirurgião

dentista; 1 psicólogo; 1 assistente social; 1 auxiliar de enfermagem; e 1 auxiliar de consultório dentário (BRASIL, 2010b).

Os agentes promotores de saúde são reeducandos (até 5% em cada unidade prisional) que têm como atribuições: a promoção da saúde e a prevenção de doenças de maior prevalência; a identificação e comunicação à equipe de saúde dos agravos e/ou problemas que possam ser detectados durante a sua atividade educativa; o acompanhamento de tratamentos de longa duração, como os de tuberculose, AIDS e diabetes, entre outros, verificando as condições determinantes de adesão e abandono, e as inadequações (BRASIL, 2010b).

O controle da tuberculose na população prisional no Brasil é uma ação de Atenção Básica incluída no PNSSP (BRASIL, 2010c). Neste documento, estão relacionadas as atividades de busca, notificação e registro dos casos; o diagnóstico laboratorial e radiológico; o acompanhamento e tratamento inicial supervisionado; o exame dos contatos; e as ações educativas. O PNSSP (BRASIL, 2010c) recomenda que a busca dos casos deve iniciar no momento do ingresso. A Resolução nº 11 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) de 07/12/2006 (BRASIL, 2010c) determina que a avaliação clínica e radiográfica do sentenciado deve ocorrer em até sete dias após a sua entrada no sistema prisional, independentemente da existência de sintomas.

No ano de 2014 foi publicada a Portaria Interministerial nº 1/2014 que estabeleceu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional - PNAISP (BRASIL, 2014b). A PNAISP propõe, entre outras coisas, incluir a saúde prisional no SUS e fortalecer as relações intersetoriais com as instâncias da Justiça e Segurança, Desenvolvimento Social e Direitos Humanos. São previstas duas modalidades para a implantação dos Serviços de Saúde no Sistema Prisional. Na primeira, as UP com até 100 custodiados terão a atenção à saúde garantida pelos Serviços de Atenção Básica no território em que se localizam. A segunda modalidade se refere a UP com mais de 100 custodiados, nas quais haverá uma equipe de saúde subordinada ao gestor municipal de saúde composta por médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, cirurgião dentista, técnico de enfermagem e técnico de higiene bucal, e responsável pelas ações de atenção básica na UP.

A partir da implantação da PNAISP, que acontece a partir da assinatura do termo de adesão nos estados e municípios, com prazo até 31 de dezembro de 2016, a gestão da saúde pública nos diversos níveis do sistema poderá garantir a continuidade das ações de saúde para as pessoas privadas de liberdade. As parcerias nos níveis estadual e municipal serão fundamentais para que se efetivem as mudanças necessárias previstas. Embora tenha sido

revogada a Portaria Interministerial nº 1777/2003, as regras nela previstas estarão vigentes enquanto não for efetivada a implantação da PNAISP pelos estados (BRASIL, 2014b).

4.3 AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

A preocupação em se avaliar a qualidade dos programas e serviços de saúde vem crescendo nos últimos anos. Esse fenômeno é consequência da ampliação na oferta dos serviços e do aumento considerável dos custos com a incorporação crescente de tecnologia para o diagnóstico e tratamento de enfermidades. Além da questão econômica, os serviços precisam responder às novas necessidades e problemas de saúde decorrentes dos processos de transição demográfica e epidemiológica (FRIAS, et. al. 2010).

A avaliação em saúde caracteriza-se como um importante instrumento para o planejamento e a gestão de sistemas e de serviços de saúde. Através dela é possível fiscalizar a efetividade das intervenções realizadas, o uso eficiente dos recursos disponíveis, bem como prestar assistência a toda população que faz uso do sistema (SANCHO; DAIN, 2012).

A avaliação normativa é uma atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas, cujo objetivo não se resume apenas ao acompanhamento das ações, mas também a garantia da qualidade (CONTANDRIOPOULOS; et al, 1997).

A avaliação deve conter condições necessárias para tornar o processo possível dentro do prazo e dos recursos disponíveis, mesmo que para isso seja necessário simplificar os procedimentos, estabelecendo limites para o estudo, relacionando a precisão e abrangência dos resultados, preservando o que é indispensável para a contribuição da tomada de decisão e para a sua implementação (TANAKA; TAMAKI, 2012).

A tomada de decisão é o momento em que o gestor recebe os resultados da avaliação, capaz de decidir sobre as ações a serem empreendidas, solucionando o problema que lhe deu origem. Nesse momento o gestor tem que contextualizar os resultados da avaliação dentro dos vários cenários e fatores que lhe são próprios: questões estratégicas, políticas, econômicas, circunstanciais, concluindo os diversos fatores que afetam a gestão de um serviço, com segurança no que lhe permitirá tomar a decisão (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Segundo Contandriopoulos (2006), deve-se compreender que sem os resultados de uma avaliação não se pode interpretar como uma tomada de decisão, mas espera-se que as informações fornecidas auxiliem no julgamento de uma determinada situação encontrada,

influenciando positivamente nas decisões, para isso essa avaliação tem que ser relevante trazendo dados fidedignos.

A avaliação de programas de saúde é uma atividade que precisa ser formalizada, pois através dela é possível produzir informação tanto para a melhoria das intervenções em saúde como para o julgamento acerca de sua cobertura, acesso, equidade, qualidade técnica, efetividade, eficiência e percepção dos usuários a seu respeito (SILVA, 2005).

5. METODOLOGIA

5.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo avaliativo do tipo normativo, transversal para estimar o grau de implantação das ações de controle da tuberculose nas unidades prisionais, segundo as normas do Programa Nacional de Controle da Tuberculose.

Os estudos avaliativos podem ser definidos como uma metodologia que consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção usando métodos científicos. Trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS, et. al, 1997).

Partindo deste conceito, o presente estudo foi desenvolvido em quatro etapas. A primeira foi a adaptação do modelo lógico do Programa de Controle da Tuberculose Estadual para as Unidades Prisionais; a segunda foi a construção de uma matriz de análise e julgamento, utilizando o método Delphi, após isso, foram analisadas as dimensões estrutura e processo; e a quarta se caracteriza na classificação do grau de implantação das Unidades Prisionais do estudo, a partir da avaliação normativa.

5.2 MODELO LÓGICO, MATRIZ DE ANÁLISE E JULGAMENTO E MÉTODO DELPHI

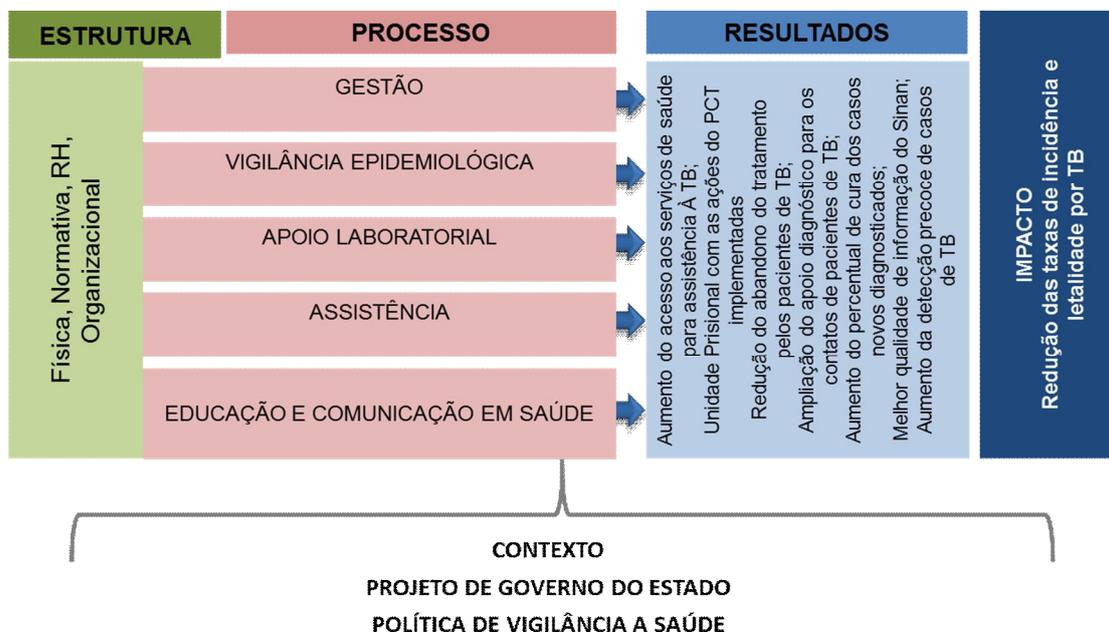
O primeiro passo para ser dado na realização de um estudo avaliativo é a construção do modelo lógico. Esse é uma representação esquemática, onde se tenta expor os componentes e como eles se articulam por meio de atividades desenvolvidas, e dos recursos disponíveis e que, acompanhado de outras variáveis externas ao programa, alcançarão os resultados esperados. A sua construção contribui para ampliar a validade interna do estudo (MEDINA et al., 2005; PEREIRA, 2011).

Apresentar e discutir o modelo lógico de um programa é o que permite definir exatamente o que deve ser medido e qual a parcela de contribuição do programa nos resultados observados. Explicitar o modelo lógico implica em descortinar quais os limites ou debilidades de seus pressupostos, possibilitando identificar onde melhores evidências devem ser buscadas (MEDINA, et. al, 2005).

Para tanto, na primeira etapa foi realizada uma adaptação do modelo lógico do

Programa de Controle da Tuberculose Estadual para as Unidades Prisionais, a partir da identificação de documentos oficiais e normas que regulam e normatizam o funcionamento do Programa de Controle da Tuberculose: Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil (BRASIL, 2011b), como também, a legislação de saúde no sistema penitenciário (Brasil, 2010a), teses e artigos publicados, além da consulta a técnicos da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde do Estado. Na figura 1, encontra-se o modelo lógico simplificado para o programa de Controle da Tuberculose nas Unidades Prisionais e no apêndice 1 o seu formato expandido.

Figura 1. Modelo lógico simplificado do Programa de Controle da Tuberculose nas Unidades Prisionais



Fonte: Elaboração própria.

A partir do modelo lógico do Programa de Controle da Tuberculose nas Unidades Prisionais foi construída a matriz de análise e julgamento (apêndice 2). Nesta elencou-se, a partir das definições dos componentes escolhidos, os indicadores, seus parâmetros, sua fonte de verificação e a pontuação esperada, possuindo os critérios e normas exigidos para um controle efetivo da tuberculose.

Para a caracterização da pontuação esperada da matriz de análise e julgamento foi utilizado o método Delphi, que se baseia num processo estruturado para a coleta e síntese de

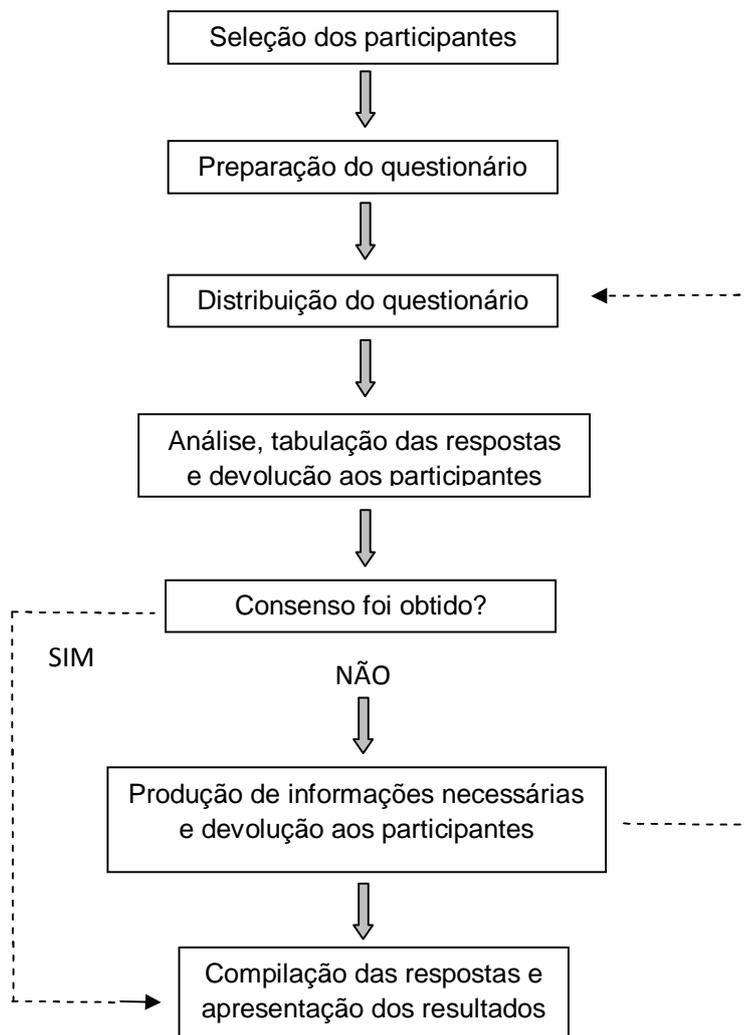
conhecimentos de um grupo de especialistas por meio de uma série de questionários, acompanhados de um *feedback* organizado de opiniões (WRIGHT, GIOVINAZZO, 2000).

De acordo com seus precursores, Dalkey e Helmer (1969), o método Delphi tem como objetivo obter o mais confiável consenso de opiniões de um grupo de especialistas, por meio de uma série de questionários intensivos, intercalados por *feedbacks* controlados de opiniões. Assim, a partir desse desenvolvimento metodológico, o Delphi é compreendido como uma técnica sistemática para coletar a opinião, válidas cientificamente, de especialistas sobre determinado assunto (DALKEY, 1969).

A quantidade de especialistas envolvidos num grupo Delphi tem efeito direto no potencial de ideias a serem consideradas na geração de informações e na quantidade de informações com que o pesquisador pretende trabalhar (HASSON et al., 2000). Todavia, não existe um consenso na academia sobre a quantidade ideal de participantes num grupo Delphi, porque essa quantidade depende do escopo e contexto da pesquisa (VERGARA, 2008) e de fatores extrínsecos ao pesquisador, como, por exemplo, a disponibilidade de especialistas para participar. As etapas básicas desse método estão ilustradas na figura 2.

Aos especialistas escolhidos que concordam em participar são enviados os questionários, incluindo uma breve explicação dos motivos do projeto e instruções para preenchimento e devolução. O envio pode ser feito em mãos, pelos correios ou via correio eletrônico ó e-mail. Uma vez recebidos os questionários com as respostas, são feitas as tabulações e análises, calculando as medianas, caracterizando-se na 1º rodada (WRIGHT, GIOVINAZZO, 2000).

Figura 2 ó Etapas do método Delphi



Fonte: Adaptado de MUNARETTO, CORRÊA, CUNHA. Um estudo sobre as características do método Delphi e de grupo focal, como técnicas na obtenção de dados em pesquisas exploratórias. Rev. Adm. UFSM, Santa Maria, v. 6, n. 1, p. 09-24, jan./mar. 2013.

A segunda rodada do modelo Delphi apresenta, obrigatoriamente, os resultados da primeira etapa, possibilitando que cada respondente reveja sua posição face à previsão do grupo. As rodadas podem suceder até que seja atingido um grau satisfatório de convergência. Algumas vezes os respondentes se polarizam em torno de duas ou três posições distintas, sem se aproximar de um consenso. No mínimo, são necessárias duas rodadas para caracterizar o processo Delphi. Após a última rodada, os valores das medianas serão as respostas finais dos especialistas (WRIGHT, GIOVINAZZO, 2000).

As vantagens do método estão apoiadas no fato de que o anonimato das respostas elimina a influência de fatores tais como o status acadêmico ou profissional do respondente,

ou sua capacidade de oratória, na consideração da validade de seus argumentos, com o envio de questionários por correio ou outros meios não há custo de deslocamento de pessoal, e os especialistas podem responder sem a restrição de conciliar agendas para uma reunião. Algumas desvantagens e restrições mais frequentes são a seleção da amostra de respondentes e tratamento dos resultados estatisticamente não aceitáveis, dependência dos resultados em relação à escolha dos especialistas, com a possibilidade de viés pela escolha dos respondentes (STEWART et al., 2007).

É necessário ressaltar que não se pretende que o Delphi seja um levantamento estatisticamente representativo da opinião de um determinado grupo amostrado. É, essencialmente, uma consulta a um grupo limitado de especialistas, que através de sua capacidade de raciocínio lógico, da sua experiência e da troca objetiva de informações procura chegar a opiniões conjuntas sobre as questões propostas (LANDETA et al., 2011).

Dessa forma, foi enviado por meio eletrônico (e-mail) a um grupo de especialistas no Programa de Controle da Tuberculose, formado por dez pessoas, o convite para participação no estudo, juntamente com as informações acerca da pesquisa e o formulário de participação (apêndices 4 e 5). Após a confirmação dos participantes na pesquisa, foi enviada a matriz de julgamento, para se proceder a pontuação de cada componente. Após devolução da matriz aos pesquisadores, foram calculadas as medianas e reenviada a matriz ao grupo de especialistas com os resultados das respostas dos participantes, possibilitando que cada participante revisse sua posição em relação aos demais e para que decidissem concordar ou não com os valores atribuídos. Houve convergência das respostas favoráveis, as etapas foram concluídas e foi feito relatório para os respondentes com o resultado final. A matriz de análise e julgamento com as médias obtidas pelo método Delphi se encontra no apêndice 2.

A pontuação máxima para cada componente da matriz foi de 5 pontos (total: 121 pontos) que foram distribuídos entre 28 indicadores de acordo com o grau de importância para o programa.

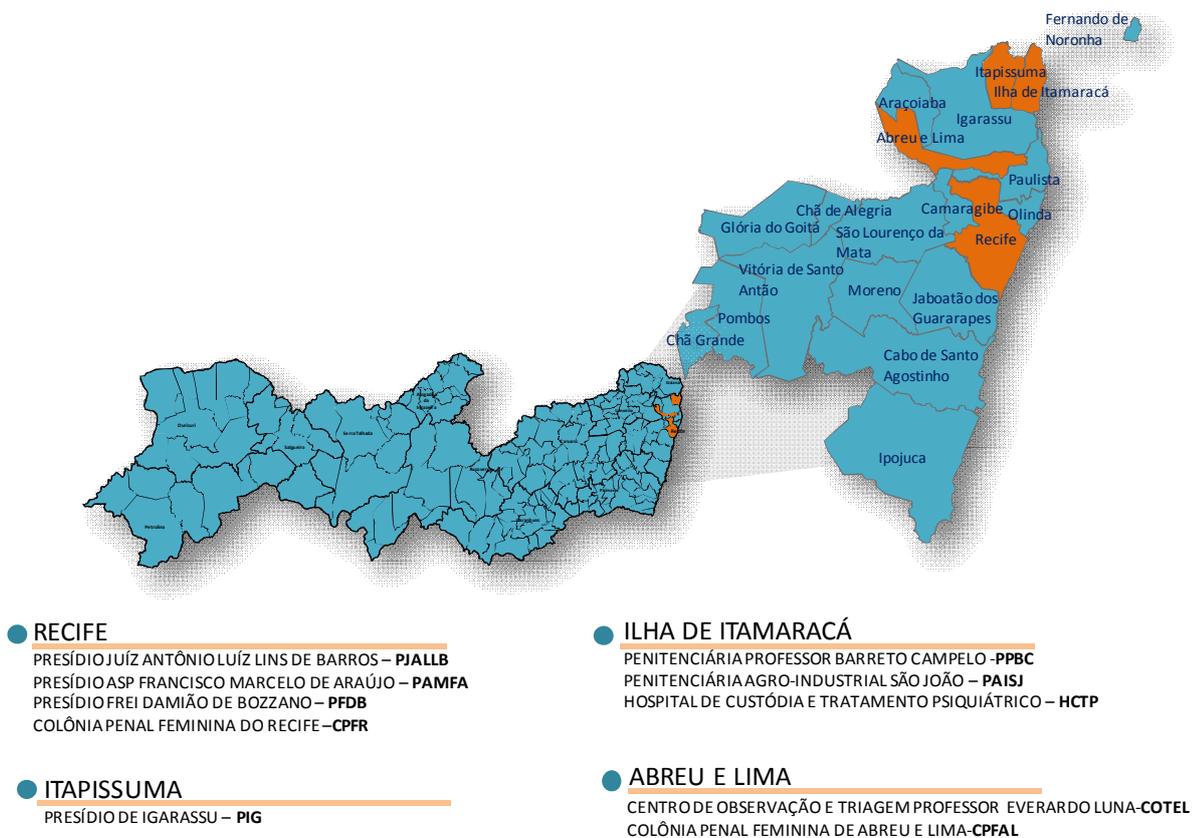
Para avaliação do grau de implantação, foi utilizado um questionário semiestruturado, adaptado de Oliveira (2014) (Apêndice 6) a partir do modelo lógico e das matrizes de critérios e normas, aplicados aos coordenadores do Programa de Controle da Tuberculose do sistema penitenciário, pertencentes ao Recife e Região Metropolitana. Foi feita validação do conteúdo dos questionários com dez por cento da amostra.

5.3 ÁREA DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada nas dez Unidades Prisionais localizadas na Região Metropolitana do Recife (RMR), do estado de Pernambuco, inseridos na Mesorregião Metropolitana do Recife, conforme a figura 3.

A RMR compreende 14 municípios: Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista, Igarassu, Abreu e Lima, Camaragibe, Cabo de Santo Agostinho, São Lourenço da Mata, Ilha de Itamaracá, Ipojuca, Moreno, Itapissuma e Recife. De acordo com o Censo de 2010 do IBGE (última contagem oficial da população), essa Região é a maior aglomeração urbana do Norte-Nordeste, a oitava maior do Brasil e uma das 120 maiores do mundo. De acordo com a estimativa para 2015 feita pelo mesmo instituto, possui 3,91 milhões de habitantes, além de ser a terceira área metropolitana mais densamente habitada do país, superada apenas por São Paulo e Rio de Janeiro (IBGE, 2015).

Figura 3. Unidades Prisionais localizadas na Região Metropolitana do Recife, do Estado de Pernambuco



Fonte: Elaboração própria.

5.4 PERÍODO DO ESTUDO

Os dados foram coletados nos meses de dezembro de 2015 a fevereiro do ano de 2016, referentes ao ano de 2014, por ser o último ano com banco de dados fechado.

5.5 AMOSTRA DO ESTUDO

A amostra foi composta pelos Coordenadores do Programa de Controle da Tuberculose de cada Unidade Prisional estudada, pertencente ao Recife e Região Metropolitana.

5.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados primários foi realizada por meio de entrevistas dirigidas e os dados secundários foram coletados a partir de base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) referente à tuberculose e dos relatórios de monitoramento do Programa de Controle da Tuberculose realizados nas Unidades Prisionais estudadas (ano de 2014).

5.7 PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS

Foi feita revisão com os questionários para identificar a completude dos dados, visando à qualidade da informação. O Excel 2010 foi o software utilizado para a digitação do banco de dados, logo em seguida, realizou-se a conferência dos dados digitados, para garantir a confiabilidade.

Foi realizada uma avaliação normativa, baseada no modelo sistêmico segundo a abordagem proposta por Donabedian em 2003, que observa a relação entre os componentes da estrutura (recursos e instrumentos utilizados), do processo (atividades e serviços prestados) e dos resultados (efeitos produzidos), utilizando-se neste estudo apenas as dimensões estrutura e processo.

Posteriormente, para medição do grau de implantação (GI), foi utilizado um sistema de escores, no qual cada item da dimensão estrutura e da dimensão processo, contidos no modelo lógico, recebeu uma pontuação específica de acordo com a relação que cada item possuía com o controle da tuberculose, definidos pelo método Delphi.

A obtenção do GI em cada unidade foi feita por meio da análise da pontuação máxima obtida para as dimensões de estrutura e processo. Após a soma da pontuação alcançada em cada dimensão foi calculado o percentual em relação à pontuação máxima esperada. Foi atribuído peso quatro aos itens referentes à estrutura e peso seis aos de processo.

O grau de implantação do PCT na sua dimensão unitária foi definido a partir da média ponderada do somatório dos graus de implantação de cada nível de análise, de acordo com a seguinte fórmula:

$$GI = \frac{\hat{U}(E)*4 + (P)*6}{10}$$

Onde:

GI = Grau de implantação

E= Estrutura

P= Processo

Foi adotada a seguinte nomenclatura e pontos de corte para classificação do Grau de Implantação, de acordo com a pontuação alcançada na Avaliação Normativa, utilizando os parâmetros de Oliveira (2014):

É Implantado, quando a pontuação obtida em cada UP, em relação aos parâmetros definidos, alcançou percentuais que variaram de 76 |----- 100,0%;

É Parcialmente Implantado (51 |----- 75%);

É Baixo Nível de Implantação (26 |----- 50%);

É Implantação Incipiente (Abaixo de 26%);

5.8 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Critérios de inclusão

Ser Unidade Prisional pertencente à cidade de Recife ou Região Metropolitana;
Existência do (a) coordenador (a) do Programa de Controle da Tuberculose na Unidade Prisional.

Critério de exclusão

Rebelião na Unidade Prisional por um tempo superior ao previsto para a coleta de dados.

5.9 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto deste estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) para avaliação segundo as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de número: 50453715.5.0000.5208.

Foram respeitados os princípios bioéticos assim como o sigilo e anonimato dos voluntários. Os entrevistados, para participar da pesquisa, leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa só foi iniciada após a aprovação pelo Comitê de Ética.

6. RESULTADOS

Organização do Programa de Controle de Tuberculose nas Unidades Prisionais da Região Metropolitana do Recife

Foram estudadas as dez unidades prisionais pertencentes ao Recife e Região Metropolitana. Quatro pertencem ao município do Recife, três na Ilha de Itamaracá, duas em Abreu e Lima e uma em Itapissuma, conforme a figura 3. Em todas as unidades existia uma equipe de saúde, que era subordinada à Secretaria Executiva de Ressocialização (SERES), e era composta basicamente por médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, técnico de enfermagem e auxiliar de saúde bucal, diferindo em número de unidade para unidade, conforme a tabela 1.

Em todas as unidades o profissional responsável pelas atividades do PCT são enfermeiros, os quais já atuavam em média há três anos no programa. Nenhuma unidade possuía plano específico para o controle da tuberculose, bem como, os profissionais de nível superior e médio não receberam capacitação em manejo clínico e processo de trabalho em tuberculose no ano avaliado.

Atividades de treinamento/educação continuada direcionada à equipe de segurança sobre tuberculose ainda é pouco realizada nas unidades, apenas uma promove esse tipo de atividade. Já quando avaliadas atividades educativas voltadas para a PPL, a situação se inverte, apenas uma não promove esse tipo de atividade. A principal atividade educativa é em forma de palestras sobre principais sinais e sintomas da tuberculose e a importância de seu tratamento, sendo uma das formas de sensibilizar os reeducandos a aderirem à terapêutica.

Todas as unidades realizam o diagnóstico para TB, assim como a notificação compulsória é feita *in loco*, sendo encaminhada ao município para posterior alimentação do sistema de informação. A medicação para o tratamento da doença é fornecida pelo município, mediante notificação do caso.

Na maioria das UP os sintomáticos respiratórios (SR) chegam ao setor saúde por demanda espontânea, ou trazidos pelos óchaveiros, reeducandos representantes de cada pavilhão ou celas. Em apenas 4 unidades os profissionais de saúde realizam atividades de busca ativa de SR, o que é um grande entrave na detecção de casos novos, podendo mascarar a verdadeira incidência. Quando identificado o caso suspeito, é solicitada baciloscopia de escarro, em duas amostras, uma no momento da suspeita e outra no dia seguinte, juntamente

com cultura e teste de sensibilidade, que identifica se o paciente é resistente a droga rifampicina, presente no tratamento convencional para tuberculose. Esse procedimento é orientado pelo enfermeiro, em cerca de 90% das unidades. Uma vez colhidos os exames, estes são encaminhados ao laboratório de referência. O problema encontrado é que em algumas unidades há cotas para esses exames, limitando o bom andamento do programa e também existe a questão da demora do resultado, em duas unidades. O exame radiográfico de tórax é de difícil acesso em todas as UP, não sendo feito na rotina para detecção dos casos.

Os casos confirmados são dirigidos para celas de isolamento respiratório, que são celas improvisadas, muitas vezes sem ventilação adequada e que nem sempre são ocupadas apenas por pacientes de tuberculose. Apenas uma unidade não possui essa cela. Nesse local os pacientes permanecem por quinze dias em tratamento, após isso, são encaminhados à cela de origem, visto que não transmitem mais a doença, continuando o esquema terapêutico por 6 meses como recomendado pelo protocolo do MS.

No tocante a realização de exames de diagnóstico para HIV, preconizado para todos os pacientes de tuberculose pelo MS, há um déficit de sua realização nas unidades estudadas. Nas UP do município de Recife o exame é realizado em 75% dos pacientes, em média; nas da Ilha de Itamaracá é feito em menos de 50% e nas UP dos municípios de Itapissuma e Abreu e Lima, o exame é realizado em cerca de 50% dos pacientes.

Com relação ao tratamento diretamente observado, em 80% das unidades é feito pelo reeducando concessionado do setor saúde, que trabalha na unidade. Mesmo não sendo indicado pelo MS, e também são poucas as unidades que registram a tomada de medicação. Outro problema das unidades é em relação às baciloscopias de acompanhamento, que devem ser feitas mensalmente, segundo orientação do MS. Em apenas três unidades essa orientação é seguida.

Quando a equipe de saúde tem conhecimento da saída temporária do reeducando, esse leva medicação para autoadministração até o retorno e quando é transferido ou sai em liberdade, geralmente, leva medicação para 15 dias, sendo orientado a procurar uma Unidade Básica de Saúde (UBS) para continuidade do tratamento. O grande problema que ocorre é que, por questão de segurança, muitas vezes não é avisada à equipe de saúde sobre a transferência dos reeducandos, podendo acontecer de pacientes de TB saírem sem medicação, e fazer com que o paciente se perca, ocasionando o abandono do tratamento. Além de contribuir para casos de recidivas e tuberculose droga resistente.

Tabela 1 - Número de profissionais, por categorias, que compõem as equipes de saúde das Unidades Prisionais da Região Metropolitana do Recife, no ano de 2014

UP	Médico	Enfermeiro	Cirurgião Dentista	Assistente social	Psicólogo	Técnico de enfermagem	Auxiliar de consultório dentário	Outros Profissionais
PAMFA	4	1	1	2	0	2	1	0
PFDB	2	1	1	1	1	3	2	0
PJALLB	2	4	2	2	2	4	0	0
CPFR	4	2	1	1	1	5	1	3
HCTP	6	6	1	1	1	27	0	1
PAISJ	1	2	1	1	2	3	1	2
PPBC	1	1	1	0	1	3	0	0
COTEL	3	2	1	4	4	4	1	5
CPFAL	1	1	1	1	1	2	0	0
PIG	3	4	2	0	0	2	2	1
Total	27	24	12	13	13	55	8	12

Fonte: SERES/PE.

Grau de Implantação

O grau de implantação do Programa de Controle da Tuberculose nas Unidades Prisionais da Região Metropolitana do Recife, na sua dimensão unitária, foi avaliado a partir das médias ponderadas obtidas em cada unidade de análise, considerando as dimensões estrutura e processo. A tabela 2 sintetiza a condição de implantação de cada unidade, podendo-se observar um grau de implantação final do PCT classificado como baixo em 60% das unidades e nas demais como parcialmente implantado. A dimensão estrutura foi responsável pelos piores resultados, tanto por unidade de análise quanto no resultado final.

Foi observada uma variação de GI semelhante nas Unidades Prisionais do Recife, entre 54,6% e 62,9% (Tabela 2). O mesmo ocorreu entre as Unidades classificadas como baixo nível de implantação, com variações de GI de 36% a 50%

Tabela 2. Grau de Implantação do Programa de Controle da Tuberculose nas Unidades Prisionais da Região Metropolitana do Recife, na sua dimensão unitária, por unidade de análise, no ano de 2014

DIMENSÃO	UNIDADE PRISIONAL									
	PAMFA	PFDB	PJALLB	PAISJ	HCTP	COTEL	PPBC	CPFR	CPFAL	PIG
ESTRUTURA	37,1%	37,1%	37,1%	25,7%	25,7%	25,7%	25,7%	37,1%	25,7%	25,7%
PROCESSO	80,2%	72,1%	68,6%	43,0%	59,3%	66,3%	62,8%	66,3%	61,6%	54,7%
GRAU DE IMPLANTAÇÃO FINAL	62,9%	58,1%	56,0%	36,0%	45,8%	50,0%	48,6%	54,6%	47,2%	43,1%

76 a 100% - Implantado 51 a 75% - parcialmente implantado 26 a 50% - Baixo nível de implantação <26% - Implantação incipiente

Avaliação da dimensão estrutura

No que se refere à dimensão estrutura, foram avaliados os componentes infraestrutura e gestão, que se subdividiram nos componentes: estrutura física, equipamentos, coordenação do PCT, profissionais qualificados, material técnico e monitoramento e avaliação. De um modo geral, essa dimensão foi classificada como baixo nível de implantação em seis (60%) das Unidades Prisionais (Tabela 2). Nas demais foi classificada como Implantação incipiente, apresentando características ainda mais inadequadas do que o processo de trabalho (tabela 2).

Os componentes da estrutura que apresentaram melhor desempenho foram referentes à presença de coordenação do PCT na unidade e existência de material técnico, considerados como implantados (100,0%) em todas as unidades prisionais estudadas (Tabela 2). As principais limitações se referem à falta de consultórios e salas de atendimento capazes de manter a privacidade dos pacientes, consultórios sem ventilação adequada e equipamentos básicos para o desenvolvimento do Programa durante o tratamento da tuberculose, considerados como incipiente em todas as unidades de análise (Tabela 3).

No tocante aos recursos humanos observa-se uma inadequada qualificação dirigida à atenção ao paciente com tuberculose, pois em nenhuma das unidades estudadas, os profissionais de nível superior e de nível médio (auxiliar de enfermagem e auxiliar de saúde bucal) tinham realizado atualização/capacitação específica em manejo clínico e processo de trabalho para atuação no cuidado aos pacientes de tuberculose. Somado a isso, tem-se a falta de reuniões periódicas nas unidades prisionais promovidas pelo coordenador municipal para o monitoramento e avaliação dos indicadores operacionais e epidemiológicos do PCT (Tabela 3).

Avaliação da dimensão processo

Em relação à dimensão processo, foram avaliados os seguintes componentes: Vigilância Epidemiológica, com três subcomponentes: acompanhamento dos casos, busca ativa e sistema de informação; assistência ao paciente, com quatro subcomponentes: diagnóstico e acompanhamento, referência e contra referência, tratamento e apoio laboratorial; e o último componente avaliado foi educação e comunicação em saúde.

O componente vigilância epidemiológica foi classificado como baixo nível de implantação (de 31,6 a 42,15%) em nove unidades. Somente no PAMFA foi classificada como parcialmente implantado (Tabela 3). A falta de livros de registro de casos de

tuberculose atualizados e preenchidos adequadamente, assim como a busca ativa dos casos, contribuíram para esse resultado.

As ações de assistência ao paciente foram classificadas como implantadas em quatro unidades: PAMFA, PFDB, COTEL e CPFR. Nas unidades PJALLB e HCTP o GI foi considerado baixo e parcialmente implantado nas demais unidades (tabela 3). Todas as unidades realizam diagnóstico para tuberculose na UP, o que facilita o processo de trabalho.

Algumas unidades não realizavam exames de diagnóstico para HIV em todos os pacientes de tuberculose, mesmo sendo uma das ações prioritárias no programa. Outra fragilidade encontrada foi a não realização de baciloscopias de acompanhamento mensal dos casos, seja por conta de cotas para esse exame ou por desconhecimento dos profissionais de sua importância para o tratamento.

Em relação à referência e contra referência, a maioria das unidades foi classificada como baixo nível de implantação (tabela 3), merecendo destaque a questão da dificuldade de acesso à referência para a atenção secundária/terciária quando necessário, encontrada na grande parte das unidades, relacionada ao fato de ter que desprender agentes penitenciários para escolta e dificuldade de transporte.

Tabela 3. Resultados do Grau de Implantação das ações do Programa de Controle da Tuberculose nas Unidades Prisionais da Região Metropolitana do Recife, por dimensão, componente e subcomponente, no ano de 2014

DIMENSÃO / COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	UNIDADE PRISIONAL										
		PAMFA	PFDB	PJALLB	PAISJ	HCTP	COTEL	PPBC	CPFR	CPFAL	PIG	
ESTRUTURA	Estrutura física	● 0,0%	● 0,0%	● 0,0%	● 0,0%	● 0,0%	● 0,0%	● 0,0%	● 0,0%	● 0,0%	● 0,0%	
	Equipamentos	● 0,0%	● 0,0%	● 0,0%	● 0,0%	● 0,0%	● 0,0%	● 0,0%	● 0,0%	● 0,0%	● 0,0%	
	Coordenação do PCT	● 100,0%	● 100,0%	● 100,0%	● 100,0%	● 100,0%	● 100,0%	● 100,0%	● 100,0%	● 100,0%	● 100,0%	
	Qualificação profissional	● 0,0%	● 0,0%	● 0,0%	● 0,0%	● 0,0%	● 0,0%	● 0,0%	● 0,0%	● 0,0%	● 0,0%	
	Material técnico	● 100,0%	● 100,0%	● 100,0%	● 100,0%	● 100,0%	● 100,0%	● 100,0%	● 100,0%	● 100,0%	● 100,0%	
	Monitoramento e avaliação	● 50,0%	● 50,0%	● 50,0%	● 0,0%	● 0,0%	● 0,0%	● 0,0%	● 50,0%	● 0,0%	● 0,0%	
RESULTADO - ESTRUTURA		● 37,1%	● 37,1%	● 37,1%	● 25,7%	● 25,7%	● 25,7%	● 25,7%	● 37,1%	● 25,7%	● 25,7%	
PROCESSO	Vigilância Epidemiológica	Acompanhamento dos casos	● 0,0%	● 0,0%	● 0,0%	● 0,0%	● 0,0%	● 0,0%	● 0,0%	● 0,0%	● 0,0%	● 0,0%
		Buscativa	● 100,0%	● 20,0%	● 60,0%	● 20,0%	● 20,0%	● 20,0%	● 60,0%	● 60,0%	● 20,0%	● 20,0%
		Sistema de informação	● 55,6%	● 55,6%	● 55,6%	● 55,6%	● 55,6%	● 55,6%	● 55,6%	● 55,6%	● 55,6%	● 55,6%
	Componente: Vigilância Epidemiológica		● 52,6%	● 31,6%	● 42,1%	● 31,6%	● 31,6%	● 31,6%	● 42,1%	● 42,1%	● 31,6%	● 31,6%
	Assistência ao Paciente	Diagnóstico e acompanhamento	● 90,0%	● 80,0%	● 75,0%	● 70,0%	● 65,0%	● 100,0%	● 75,0%	● 90,0%	● 80,0%	● 65,0%
		Referência e contra-referência	● 100,0%	● 50,0%	● 50,0%	● 50,0%	● 100,0%	● 50,0%	● 50,0%	● 50,0%	● 50,0%	● 50,0%
		Tratamento	● 69,2%	● 100,0%	● 69,2%	● 38,5%	● 69,2%	● 69,2%	● 69,2%	● 69,2%	● 69,2%	● 69,2%
		Apoio laboratorial	● 83,3%	● 83,3%	● 83,3%	● 27,8%	● 55,6%	● 83,3%	● 83,3%	● 83,3%	● 83,3%	● 83,3%
	Componente: Assistência ao paciente		● 86,4%	● 89,8%	● 72,9%	● 47,5%	● 45,8%	● 81,4%	● 72,9%	● 78,0%	● 74,6%	● 69,5%
	Educação e Comunicação em Saúde	Educação em saúde e mobilização social	● 100,0%	● 100,0%	● 100,0%	● 37,5%	● 0,0%	● 37,5%	● 37,5%	● 37,5%	● 37,5%	● 0,0%
Componente: Educação e Comunicação em Saúde		● 100,0%	● 100,0%	● 100,0%	● 37,5%	● 0,0%	● 37,5%	● 37,5%	● 37,5%	● 37,5%	● 0,0%	
RESULTADO - PROCESSO		● 80,2%	● 72,1%	● 68,6%	● 43,0%	● 59,3%	● 66,3%	● 62,8%	● 66,3%	● 61,6%	● 54,7%	
RESULTADO FINAL DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO		● 62,9%	● 58,1%	● 56,0%	● 36,0%	● 45,8%	● 50,0%	● 48,6%	● 54,6%	● 47,2%	● 43,1%	

● 76 a 100% - Implantado ● 51 a 75% - parcialmente implantado ● 26 a 50% - Baixo nível de implantação ● <26% - Implantação incipiente

Ao ser analisado o subcomponente tratamento, verifica-se um grau de implantação parcial em 80% das unidades (tabela 3). Sendo considerados entraves a esse subcomponente a questão da existência de cela para isolamento respiratório para pacientes nos primeiros quinze dias de tratamento, como também a adesão ao TDO, preconizado pelo Ministério da Saúde.

Avaliação da dimensão processo

Em relação à dimensão processo, foram avaliados os seguintes componentes: Vigilância epidemiológica, com três subcomponentes: acompanhamento dos casos, busca ativa e sistema de informação; assistência ao paciente, com quatro subcomponentes: diagnóstico e acompanhamento, referência e contra referência, tratamento e apoio laboratorial; e o último componente avaliado foi educação e comunicação em saúde.

O componente vigilância epidemiológica foi classificado como baixo nível de implantação (de 31,6 a 42,15%) em nove unidades. Somente no PAMFA foi classificada como parcialmente implantado (Tabela 3). A falta de livros de registro de casos de tuberculose atualizados e preenchidos adequadamente, assim como a busca ativa dos casos, contribuíram para esse resultado.

As ações de assistência ao paciente foram classificadas como implantadas em quatro unidades: PAMFA, PFDB, COTEL e CPFR. Nas unidades PJALLB e HCTP o GI foi classificado em baixo e parcialmente implantado nas demais unidades (tabela 3). Todas as unidades realizam diagnóstico para tuberculose na UP, o que facilita o processo de trabalho.

Algumas unidades não realizavam exames de diagnóstico para HIV em todos os pacientes de tuberculose, mesmo sendo uma das ações prioritárias no programa. Outra fragilidade encontrada foi a não realização de baciloscopias de acompanhamento mensal dos casos, seja por conta de cotas para esse exame ou por desconhecimento dos profissionais de sua importância para o tratamento.

Em relação à referência e contra referência, a maioria das unidades foi classificada com baixo nível de implantação (tabela 3), merecendo destaque a questão da dificuldade de acesso a referência para a atenção secundária/terciária quando necessário, encontrada na grande parte das unidades.

Ao ser analisado o subcomponente tratamento, verifica-se um grau de implantação parcial em 80% das unidades (tabela 3). Sendo considerados entraves a esse subcomponente a questão da existência de cela para isolamento respiratório para pacientes nos primeiros quinze dias de tratamento, como também a adesão ao TDO, preconizado pelo Ministério da Saúde.

Quando analisado o subcomponente apoio laboratorial, mesmo as unidades tendo acesso ao exame de baciloscopia, foram encontrados alguns entraves em relação ao resultado ser entregue em mais de duas semanas em algumas unidades e por não possuírem fluxo de recolhimento de amostras e entrega de resultados. Somado a isso, algumas unidades também estavam sem acesso ao exame de raio X.

Quase a totalidade das unidades realizava algum tipo de atividade educativa, contudo, a maioria não realizava mutirões para intensificação de busca de casos de tuberculose, ficando o subcomponente de educação e comunicação em saúde classificado como baixo nível de implantação em 50% das unidades (Tabela 3).

7. DISCUSSÃO

Há alguns anos a avaliação de programas e serviços de saúde vem ganhando importância no cenário nacional. O Ministério da Saúde está destinando maior volume de recursos na tentativa de promover a institucionalização da avaliação (FELISBERTO, 2006).

A tuberculose, como problema de saúde na população carcerária, é tema de diversos estudos apresentados na literatura mundial, segundo a OMS em 2008. Em ordem decrescente de frequência, as principais linhas de pesquisa publicadas referem-se a: morbidade de Infecção Latente pelo *M. tuberculosis* (ILTB) e TB doença (MACEDO, 2014), fatores de risco associados em presos e funcionários de Unidades Prisionais (MACHADO et. al. 2016), tratamento da TB e TB-MDR (MEDEIROS, 2015), rastreamento para identificação de casos suspeitos (KUHLEIS, 2013), e, por fim, avaliação de programas de controle (OLIVEIRA, 2015).

O presente estudo possibilitou identificar uma série de fragilidades na atenção ao paciente de tuberculose nas prisões, que se mostraram semelhantes nas unidades estudadas, apesar de as ações de prevenção e controle dessa enfermidade possuírem normatização por parte do Ministério da Saúde.

Entre as unidades prisionais do estudo não foram encontradas grandes variações no grau de implantação. Seis unidades apresentaram um grau classificado baixo e nas demais, parcial. Observou-se que compartilhavam dificuldades parecidas, como problemas de infraestrutura, deficiência de equipamentos, inadequada qualificação profissional na atenção ao paciente de tuberculose, problemas na realização do exame para diagnóstico de HIV, TDO, isolamento respiratório, exame de raio X, falha no fluxo de exames e incipiência na participação do município. Em todas as unidades a dimensão estrutura apresentou os piores resultados em relação à dimensão processo, sendo semelhante aos trabalhos de Quinino, 2010 e Costa, 2011.

A ausência de estrutura física adequada, com consultórios e salas de atendimento que mantenham a privacidade dos pacientes, para um atendimento apropriado, com ventilação adequada e equipamentos básicos para o desenvolvimento do programa são considerados um entrave na operacionalização das ações, como apontado no estudo de Vitti Junior (2013). Como reflexo desses entraves apresentados, o componente infraestrutura foi considerado incipiente em todas as unidades prisionais estudadas.

Outra fragilidade encontrada foi a falta de profissionais capacitados em processo de trabalho para o Programa de Controle da Tuberculose, o que pode influenciar no seguimento do caso. Somado à isso, observou-se a não falta de assessoramento do município na unidade.

Nesse contexto, as secretarias municipais de saúde devem se responsabilizar pelas ações de vigilância epidemiológica e sanitária, pela contratação e controle dos serviços de referência sob sua gestão e pela participação na elaboração do Plano Operativo Estadual, no monitoramento e avaliação, na elaboração de protocolos e normas, e na capacitação das equipes de saúde (BRASIL, 2010c).

Um aspecto relevante encontrado foi o fluxo de recebimento e entrega de amostras de baciloscopias, que em algumas unidades prisionais não está estabelecido e o exame não é entregue em tempo oportuno, que é de até uma semana. Segundo Vitti Junior (2013), este fato prejudica o desenvolvimento das ações de controle, particularmente na população de grande mobilidade entre unidades prisionais, como a PPL. Muitas vezes, quando chega o resultado, o reeducando já não mais está na UP.

No tocante a realização de exames de HIV, sabe-se que são reconhecidas as relações entre a infecção pelo HIV e a TB. Portadores de HIV infectados pelo *M. tuberculosis* têm maior risco de progredir para TB doença. Assim, a maior prevalência de infecção pelo HIV na população prisional contribui para a alta endemicidade da TB entre as PPL. Desta forma, os programas de controle da TB e do HIV/AIDS devem desenvolver ações conjuntas e complementares de controle (BRASIL, 2011).

Mesmo sendo recomendado pelo Ministério da Saúde que o exame para HIV deve ser oferecido a todas as PPL, preferencialmente o teste rápido (BRASIL, 2011), não foi essa a situação encontrada em todas as unidades prisionais, visto que algumas não ofereciam testagem para todos os pacientes de tuberculose.

Outra deficiência no serviço de saúde oferecido a PPL foi a falta de acesso ao exame de Raio X para todos os suspeitos, apesar de ser recomendação do MS, embora cerca de 15% dos casos não apresentem alterações radiológicas (BRASIL, 2011). Estudos conduzidos por Sánchez et al. (2005, 2007, 2009) nas prisões do Rio de Janeiro, demonstraram que o rastreamento radiológico apresentou melhor rendimento do que aquele baseado na presença de tosse. Desde 2006, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPC), através da Resolução n° 11, recomenda o exame radiográfico como principal método de rastreamento no ingresso dos presos no sistema prisional.

Na maior parte das unidades prisionais estudadas foi encontrada cela de isolamento respiratório. Ao ser identificado o sintomático respiratório, o isolamento do caso suspeito até confirmação diagnóstica e do caso confirmado, por 15 dias a contar do início do tratamento, recomendado na Resolução n° 11 do CNPCP de 2006 e na Resolução SAP-141, de junho de 2008, continua sendo seguido por algumas instituições, apesar do MS, desde 2011, indicar o

isolamento apenas para os casos identificados no momento da entrada da UP (por 15 dias) e nos casos suspeitos ou confirmados de resistência e de falência do tratamento. Justifica a não indicação de isolamento de rotina pelo fato de que este procedimento pode ser gerador de medo, preconceito e dificultar a busca pelo diagnóstico, além de ter pouca eficácia para prevenir a transmissão, uma vez que os contatos de cela já estariam expostos previamente nas semanas que antecedem o diagnóstico (BRASIL, 2011).

O tratamento supervisionado e diretamente observado para PPL com TB está previsto em todos os documentos relativos ao controle da doença (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010c; BRASIL, 2011) e é seguido por parte das UP estudadas, porém o registro foi bastante deficiente. Apesar da supervisão da tomada ser feita pelo reeducando concessionado na maioria delas, esta conduta está em desacordo com o recomendado pelo MS que delega ao profissional de saúde esta função, justificando a garantia de acesso ao serviço de saúde em caso de efeitos colaterais, o reconhecimento da PPL como doente que demanda atenção específica do profissional de saúde e a prevenção do uso da medicação como elemento de troca ou de pressão (BRASIL, 2011).

Foram identificadas diferenças em relação à composição das equipes de saúde das unidades. Existe divergência na legislação com relação à composição da equipe mínima de atendimento à saúde nas UP e também em relação ao número de equipes conforme a população prisional. O Plano Nacional de Saúde do Sistema Prisional indica que as equipes devem ser formadas por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem e auxiliar de saúde bucal, todos com jornada de 20 horas semanais e prevendo que uma equipe atenda de 100 até 500 presos (BRASIL, 2010c).

Pelo exposto, e por ser a tuberculose uma enfermidade para a qual existe cura, possibilidade de prevenção e de controle efetivo, a adoção de medidas e ações adequadas de vigilância à saúde pelas unidades prisionais pode reduzir o impacto socioeconômico provocado por este agravo e contribuir para a melhoria na qualidade da assistência prestada à população privada de liberdade.

8. CONCLUSÕES

Este estudo permitiu considerar baixo o GI do PCT nas UP localizadas na Região Metropolitana do Recife. A partir deste resultado, ficam evidentes as falhas no desenvolvimento das ações do PCT quando se analisam as dimensões Estrutura e Processo.

Por isso, é importante assumir que a problemática da tuberculose entre os privados de liberdade não é uma questão somente de saúde ou de segurança, mas uma grave questão social e política que como tal precisa ser enfrentada pela sociedade como um todo. Desconsiderar o direito à saúde das pessoas privadas de liberdade e não investir em ações efetivas de combate à doença no ambiente prisional coloca em risco a efetividade das demais medidas dirigidas ao seu controle e desta forma a tuberculose tende a se manter como um grave problema de saúde pública.

Portanto, os achados deste estudo apontam para a importância das avaliações na área pública, pelo potencial de possibilitar aos gestores e profissionais de saúde envolvidos nessa problemática, fornecer informações que possam auxiliar na reflexão, tomada de decisão e novas estratégias de intervenção; otimizando o planejamento e redefinição de prioridades para a melhoria da qualidade das ações desenvolvidas e oferecidas à PPL.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose, Brasil 2007-2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 43p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Legislação em saúde no sistema penitenciário / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 172 p. : il. ó (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. **Portaria Interministerial MS/MJ no 177, de 9 de setembro de 2003**. In: **Legislação em saúde no sistema penitenciário**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b:123-7.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. In: **Legislação em saúde no sistema penitenciário**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c:128-145.

BRASIL. Ministério da Saúde. SVS. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 284 p. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos ó DGITS/SCTIE. **Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) - Relatório nº 49**. Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. **Boletim Epidemiológico**. Ministério da Saúde, 2013, v. 44, n. 2.

BRASIL, Ministério da Saúde. **O controle da tuberculose no Brasil: avanços, inovações e desafios**. Boletim Epidemiológico nº 02/2014a. Vol. 44. SVS.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014**. DOU de 03/01/2014, nº 2, Seção 1, pág. 18 a 21, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico. Detectar, tratar e curar: desafios e estratégias brasileira frente à tuberculose**. Vol. 46. Nº 9 ó 2015.

CONINX, R. et al. **Tuberculosis in prisons in countries with high prevalence**. *BMJ*, v. 320, p. 440-442, 2000.

CONTANDRIOPOULOS, A. et al. **A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. org. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. ISBN 85-85676-36-1. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE F.; DENIS J.L.; PINEAULT R. **A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. ISBN 85-85676- 36-1.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. **Avaliando a institucionalização da avaliação**. Cien. Saude Colet. 2006; 10(3):705- 711.

COSTA, J.M.B.; SILVA, M.R.F.; CARVALHO, E.F. **Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de saúde da família do município do Recife (PE, Brasil)**. Ciência & Saúde Coletiva, 16(2): 623-633, 2011.

DALKEY, N.; HELMER, O. **An experimental application of the Delphi method to the use of experts**. Management Science, v.9, n. 3, p. 458-467, 1969.

DONABEDIAN, A. **Formulating criteria and standards**. In: **An introduction to quality assurance in health care**. Oxford: Oxford University Press; 2003.

FELISBERTO, E. **Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação: reabrindo o debate**. Cien. Saude Colet. 2006; 11(3):553-563.

FRIAS, P.G., et al. **Atributos da Qualidade em Saúde**. CAP 4 in Samico, I.; Felisberto, E.; Figueiró, A.C.; Frias, P.G. Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Editora Científica Ltda, Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

HASSON, F.; KEENEY, S.; MCKENNA, H. **Research guidelines for the Delphi technique**. Journal of Advanced Nursing, v. 32, n. 4, p. 1008-1015, 2000.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: <https://dialogospoliticos.wordpress.com/2015/08/29/ranking-das-regioes-metropolitanas-do-brasil-por-populacao-e-densidade-demografica-ibge-2015>. Acesso em 28 de Novembro de 2015.

JONES, T.F., et al. **Transmission of Tuberculosis in a Jail**. Annals of Internal Medicine Issue. 131(8), 1999 :557-563.

KUHLEIS, D. C., **Epidemiologia da tuberculose em uma penitenciária do Rio Grande do Sul**. [dissertação]. Rio Grande do Sul. Programa de Pós Graduação em em Biologia Celular e Molecular. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2013.

LANDETA, J.; BARRUTIA, J.; LERTXUNDI, A. **Hybrid Delphi: A methodology to facilitate contribution from experts in professional contexts**. Technological Forecasting and Social Change, v. 78, n. 9, p. 1629-1641, 2011.

LAROUZE, B.; SANCHEZ, A.; DIUANA, V. **Tuberculosis Behind Bars in Developing Countries: A Hidden Shame to Public Health.** Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, v.102 :841-2, 2008.

LÖNNROTH, K. et al. **Systematic screening for active tuberculosis: rationale, definitions and key considerations.** Int J Tuberc Lung Dis 17(3): 2896298, 2013.

MACEDO, L.R., **Tuberculose na população privada de liberdade: características clínicas e epidemiológicas relacionadas á doença.** [dissertação]. Programa de Pós Graduação em Doenças Infecciosas. Universidade Federal do Espírito Santo. 2014.

MACHADO, J.C. et. al. **A incidência de tuberculose nos presídios brasileiros: revisão sistemática.** Rev. Aten. Saúde. São Caetano do Sul, v. 14, n. 47, p. 84-88, jan./mar., 2016.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, M.C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania).

MARTINS, J.M.B.S.; SILVA, M.R.F.; CARVALHO, E.F. **Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil).** Ciência & Saúde Coletiva, 16(2): 623-633, 2011.

MEDEIROS, T.F. **Epidemiologia molecular de estirpes de *Mycobacterium tuberculosis* circulantes em unidades do sistema prisional do Estado de Santa Catarina.** [dissertação]. Programa de Pós Graduação em Farmácia. Universidade Federal de Santa Catarina. 2015.

MEDINA, M.G.; SILVA, G.A.P.; AQUINO, R.; HARTZ, Z.M.A. **Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: Aspectos conceituais e operacionais.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

OLIVEIRA, L.G.D.; NATAL, S.; CAMACHO, L.A.B. **Análise da implantação do Programa de Controle da Tuberculose em unidades prisionais no Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(3): 543-554, mar, 2015.

OLIVEIRA, L. G. D. **Avaliação da implantação do Programa de Controle da Tuberculose em unidades prisionais de dois estados brasileiros.** Tese (Doutorado) ó Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing.** Geneva, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Global Tuberculosis Report 2013.** World Health Organization, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Literature review on Tuberculosis in prisons.** Geneva: World Health Organization, 2008. 16p.

PARVEZ, F.M. **Prevention and Control of Tuberculosis in Correctional Facilities.** In: Greifinger RB. *Public Health Behind Bars: from prisons to communities.* Springer. New York, 2007.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. **Programa Estadual de Controle da Tuberculose.** Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), 2016.

PEREIRA, C.C.B. **Avaliação da Implantação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) em Pernambuco.** [dissertação]. Recife: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira; 2011.

QUININO, L.R.M.; SAMICO, I.C.; BARBOSA, C.S. **Avaliação do grau de implantação do programa de controle da esquistossomose em dois municípios da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil.** *Cad. Saúde Colet.*, 2010, Rio de Janeiro, 18 (4): 536-44.

RODRIGUES, L. et al., **Resposta brasileira à tuberculose: contexto, desafios e perspectivas.** *Rev. Saúde Pública* [periódico na Internet]. [citado 2009 Dez 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000800001&lng=pt. doi: 10.1590/S0034-89102007000800001.

RUFFINO-NETTO, A. **Tuberculose: a calamidade negligenciada.** *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* [serial on the Internet]. Fev. 2002.

SANCHEZ, A. et. al **Prevalence of pulmonary tuberculosis and comparative evaluation of screening strategies in a Brazilian prison.** *Int J. Tuberc. Lung Dis.*, v. 9, n.6, p. 636-639. 2005.

SANCHEZ, A.R. **Tuberculose em população carcerária do Estado do Rio de Janeiro: prevalência e subsídios para formulação de estratégia de controle.** [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Publica Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2007.

SANCHEZ, A. et. al. **Screening for tuberculosis on admission to high endemic prisons? The case of Rio de Janeiro State prisons.** *Int J. Tuberc. Lung Dis.*, v. 13, n.10, p. 1247-1252. 2009.

SANCHO, L.G; DAIN, S. **Avaliação em Saúde e Avaliação Econômica em Saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3): 765-774, 2012.

SILVA, L.M.V. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** Organizado por Zulmira de Araújo Hartz, Lígia Maria Vieira da Silva ó Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, cap.1

STEWART, D.W.; SHAMDASANI, P.N.; ROOK, D.W. **Focus groups. Theory and practice.** 2ª Ed. Applied Social Research Methods Series, 20. Thousand Oaks: Sage, 2007.

TANAKA, O.Y; TAMAKI, E.M. **O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, 17(4): 821-828, 2012.

VERGARA, S. C. **Métodos de pesquisa em administração.** 3ª Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

VITTI JUNIOR, W. **O controle da tuberculose nos presídios : atuação das equipes de saúde na região (DRS VI) de Bauru/SP.** ó Botucatu : [s.n], 2013. Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu.

WRIGHT, J.T.C., GIOVINAZZO, R.A. **Delphi, uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo.** Caderno de Pesquisas em Administração, São Paulo, v 01, nº12, 2º trim./2000.

APÊNDICES

Apêndice 1 - Modelo Lógico das Ações de Controle da Tuberculose nas Unidades Prisionais

Modelo Lógico do Programa de Controle da Tuberculose nas Unidades Prisionais				
Componentes	Estrutura	Processos	Resultados curto/médio prazos	Impacto
INFRAESTRUTURA	Consultórios e salas de atendimento; Mesa; Termômetro; Negatoscópio; Balança	Aquisição de equipamentos para detecção, acompanhamento e tratamento da TB	Aumento do acesso aos serviços de saúde para assistência à TB;	Redução das Taxas de Incidência e Letalidade por TB
		Definição de profissionais responsáveis pelas atividades do PCT - SERES e SES		
		GESTÃO	Sala com computador, Data Show, Ficha de notificação, Livros de Registro de acompanhamento dos casos, livro de SR, impresso para TDO	
Realização de capacitações em Tuberculose para profissionais de saúde (nível superior e médio)				
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	Docentes; Local para capacitações; Equipamentos audiovisual; Material de expediente; Material técnico (manuais, portarias, impressos); Livro de registro dos casos e ficha de encaminhamento;			
		Realização busca ativa de sintomáticos respiratórios		
		Notificação de casos de TB no SINAN	Ampliação do apoio diagnóstico para os contatos de	

		Emissão de boletim de acompanhamento mensal para atualização do SINAN	pacientes de TB;
		Encerramento oportuno dos casos novos de tuberculose no Sinan	Aumento do percentual de cura dos casos novos diagnosticados;
APOIO LABORATORIAL	Material técnico (manuais, portarias, impressos)	Garantia de acesso ao exame de BK à pacientes em tratamento de TB ou SR	Melhor qualidade da informação do Sinan;
		Entrega de resultados de BK em tempo oportuno (3 a 7 dias)	
		Garantia de acesso ao exame de Raios-X (com laudo)	
ASSISTÊNCIA	Profissionais capacitados; Protocolos; Medicamentos disponíveis; Unidade de Referência; Material de expediente; Material Técnico (Manuais, portarias e impressos)	Diagnóstico de casos novos	Aumento da detecção precoce de casos de TB;
		Realização de exame dos contatos de tuberculose em casos novos e em TBDR	
		Realização do tratamento dos casos diagnosticados	Aumento do percentual de cura dos casos novos diagnosticados.
		Realização da testagem anti-HIV em casos de tuberculose	
EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE	Material impresso de educação em saúde; Transporte; Recursos financeiros para campanha e mutirões	Realização da campanha anual e mutirões para intensificação de busca de casos de TB	

Apêndice 2 - Matriz de análise e julgamento: Programa de Controle da Tuberculose nas Unidades Prisionais

COMPONENTE	SUB-COMPONENTE	INDICADOR	PADRÃO	MEIO DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA ESPERADA
INFRAESTRUTURA	ESTRUTURA FÍSICA	Consultórios e salas de atendimento capazes de manter a privacidade dos pacientes	Sim: 4 pontos; Não:0 ponto	Observação direta	4
		Consultórios com ventilação adequada	Sim: 5pontos; Não: 0 ponto	Observação direta	5
	EQUIPAMENTOS	Mesa com 2 cadeiras por consultório, termômetro, Negatoscópio, balança	Sim: 3ponto; Não: 0 ponto	Observação direta	3
GESTÃO	COORDENAÇÃO DO PCT	Unidade Prisional com profissionais responsáveis pelas atividades do PCT - UP	Sim: 4 pontos; Não:0 ponto	Entrevista; Recursos Humanos/ Diário Oficial	4
	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	Profissionais de nível superior capacitados em manejo clínico e processo de trabalho para Tuberculose	Sim: 3ponto; Não: 0 ponto	Entrevista, Atas de frequência; relatórios e documentos	3
		Profissionais de nível médio capacitados em manejo clínico e processo de trabalho para Tuberculose (nível médio)	Sim: 3 pontos; Não: 0 ponto	Entrevista, Atas de frequência; relatórios e documentos	3
	MATERIAL TÉCNICO	Unidade Prisional abastecida com os insumos (Ficha de notificação, Livros de Registro de acompanhamento dos casos, livro de SR, impresso para TDO) pertinentes ao PCT	Sim: 5 pontos; Não: 0 ponto	Entrevista, Protocolo de entrega de material/ Recibo de material	5

	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	Unidade Prisional assessorada pelo coordenador municipal do PCT	Sim: 4 pontos; Não: 0 ponto	Entrevista, Relatório do PCT na UP	4
		Unidade Prisional com reuniões periódicas promovidas pelo coordenador municipal para o monitoramento e avaliação dos indicadores operacionais e epidemiológicos do PCT	Sim: 4 pontos; Não: 0 ponto	Entrevista, Ata de frequência	4
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	ACOMPANHAMENTO DOS CASOS	Unidade Prisional com livros de Registro de casos de tuberculose atualizados e preenchidos adequadamente	Sim: 5 pontos; Não: 0 ponto	Observação direta, Livro de registro de casos	5
	BUSCA ATIVA	% de Sintomático Respiratório (SR) identificados, registrados e com resultado de BK	>80% - 5 pontos 60-79% -4 pontos 50-59% 3 pontos <50% - 1 ponto	Observação direta, Livro de registro de casos	5
	SISTEMA DE INFORMAÇÃO	% de casos de tuberculose notificados no SINAN	100% -5; 80-99% - 4; <80%-2	Entrevista, SINAN	5
		UP com Boletim de acompanhamento emitidos mensalmente para atualização do SINAN	Sim: 4 pontos; Não: 0 ponto	Entrevista, SINAN/ UP	4
ASSISTÊNCIA AO PACIENTE	DIAGNÓSTICO E ACOMPANHAMENTO	Diagnóstico para Tuberculose realizado na UP	Sim: 5 pontos; Não: 0 ponto	Entrevista, SINAN	5
		% de pacientes de TB com exame HIV realizado	>75% -5 pontos; 74 - 50% 3 pontos; <50%-2 pontos	Entrevista, SINAN	5
		% de exames de cultura realizada (para os casos de retratamento)	>80%-5 pontos; 79-50 - 4 pontos <50%-3 pontos	Entrevista, SINAN	5
		% de pacientes em tratamento com baciloscopias realizadas mensalmente	>80%-5 pontos; 79-50%-4 pontos; <50%-3 pontos	Entrevista, livro de acompanhamento de casos, SINAN	5

	REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA	Unidade Prisional com acesso a referência para a atenção secundária/terciária quando necessário (complicações)	Sim: 4 pontos; Não: 0 ponto	Entrevista, Documentos, Prontuários	4
		Acompanhamento de PPL nas referências e contra referências	Sim: 4 pontos; Não: 0 ponto	Entrevista, Nota técnica	4
	TRATAMENTO	Disponibilização de medicação pela UP para os pacientes em tratamento mensal	Sim: 5 pontos; Não: 0 ponto	Entrevista, Livro de registro de acompanhamento; Prontuário ou protocolo de dispensa de medicamentos	5
		Disponibilização de cela para isolamento respiratório na UP	Sim: 4 pontos; Não: 0 ponto	Entrevista, Observação direta, Relatório de monitoramento da UP	4
		UP com pacientes recebendo o TDO e com atividade registrada	Sim: 4 pontos; Não: 0 ponto	Entrevista, Protocolo de TDO	4
	APOIO LABORATORIAL	Pacientes em tratamento de TB ou SR com acesso ao exame de BK	Sim: 5 pontos; Não: 0 ponto	Entrevista, Livro de registro de SR; Livro de registro de acompanhamento dos casos	5
		Unidade Prisional com resultados de BK entregues em tempo oportuno (3 a 7 dias)	Sim: 5 pontos; Não: 0 ponto	Entrevista, Protocolo de entrega de resultados	5
		UP com fluxo de recolhimento de amostras/entrega de resultados	Sim: 5 pontos; Não: 0 ponto	Entrevista, Nota técnica	5
		UP com acesso ao exame de raio-x (com laudo) para pacientes de tuberculose	Sim: 3 pontos; Não: 0 ponto	Entrevista, Livro de registro de acompanhamento; Prontuário	3
	EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE	EDUCAÇÃO EM SAÚDE E MOBILIZAÇÃO SOCIAL	Realização de atividade educativa sobre tuberculose (na Unidade Prisional) no ano	Sim: 3 pontos; Não: 0 ponto	Entrevista, Livro de registro da UP

		Nº de mutirões realizados para intensificação de busca de casos de TB	Sim: 5 pontos; Não: 0 ponto	Entrevista, Relatório, Documentos	5
TOTAL					121

Apêndice 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ó TCLE

Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências Sociais Aplicadas
Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Para maiores de 18 anos ou emancipados - resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa (Programa de Controle da Tuberculose: Uma Avaliação nas Unidades Prisionais da Região Metropolitana do Recife), que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Ana Claudia Araújo da Silva, residente à Rua Senador Milton Campos, 338, Vasco da Gama, Recife, CEP: 52081-170. Fone: (81) 99874-6150, E-mail: claudiaaraujo1987@hotmail. E está sob a orientação de: Arnaldo de França Caldas Júnior, Telefone: (81) 99971-3652, e-mail: arnaldo.caldas@ufpe.br

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhes sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

A pesquisa tem como objetivo avaliar o grau de implantação do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) em unidades prisionais da Região Metropolitana do Recife no ano de 2014. A coleta de dados primários será realizada por meio de entrevistas dirigidas e os dados secundários serão coletados a partir de base de dados dos sistemas de informações referentes ao Programa de Controle de Tuberculose e dos relatórios de monitoramento do Programa de Controle da Tuberculose realizados nas Unidades Prisionais estudadas (ano de 2014). O período de participação do voluntário se resume ao momento da entrevista, sendo realizada em visita única.

Por se tratar de estudo que emprega técnicas e métodos retrospectivos de pesquisa, e por não se realizar nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participam no estudo, os riscos aos entrevistados

são mínimos, podendo, entretanto, ocorrer desconforto do entrevistado para responder ao questionário. Como forma de amenizar esse risco destacamos que será garantido ao entrevistado:

1. O direito de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida acerca de todos os procedimentos e benefícios relacionados com a pesquisa.
2. A liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto traga nenhum prejuízo à sua pessoa, nem custo algum ao participante.
3. A segurança de que não será identificado (a) em hipótese alguma e que será mantido o caráter confidencial da informação prestada.
4. O seu nome não estará presente no banco de dados a ser criado, a partir dos resultados desta pesquisa.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas), ficarão armazenados em pastas de arquivo, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos. Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n ó 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600. Tel.: (81) 2126.8588 ó e-mail: cepccs@ufpe.br).

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo Programa de Controle da Tuberculose: Uma Avaliação nas Unidades

Prisionais da Região Metropolitana do Recife, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento).

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

Apêndice 4 ó Formulário de Participação do método Delphi

Formulário de Participação

Concordo em participar do grupo de especialistas no projeto de pesquisa: Programa de Controle da Tuberculose: Uma avaliação nas Unidades Prisionais da Região Metropolitana do Recife.

É-me pedido que sugira pontuações para a matriz de análise e julgamento do Programa de Controle da Tuberculose nas Unidades Prisionais, utilizando o meu julgamento profissional. Fui informado (a) que será utilizado o método Delphi. Os pesquisadores estarão disponíveis para responder a qualquer dúvida que venha surgir.

Após completar todas as etapas receberei um sumário dos resultados finais

Estou ciente que minha participação é voluntária, sendo-me permitido terminá-la a qualquer momento sem necessidade de me justificar.

Minhas respostas serão tratadas de forma confidencial. Somente a pesquisadora principal e seu orientador terão conhecimento das respostas individuais.

Nome: _____

Telefone para contato: _____

Endereço eletrônico: _____

Assinatura: _____

Obrigada pela sua participação.

Apêndice 5 ó Informativo Método Delphi

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE

Projeto de Pesquisa: Programa de Controle da Tuberculose: Uma Avaliação nas Unidades Prisionais da Região Metropolitana do Recife

Prezado (a) Sr. (a):

Devido aos conhecimentos especializados que apresenta sobre o Programa de Controle da Tuberculose de Pernambuco (PECT) estamos fazendo contato para convidá-lo a colaborar com o nosso projeto de pesquisa.

A tuberculose continua sendo um problema de saúde pública, e um dos desafios para o controle da endemia é a elevada incidência em populações de maior risco, entre elas a população prisional. As altas taxas de incidência e prevalência da doença nas prisões, condições ambientais desfavoráveis, celas mal ventiladas e os longos períodos de encarceramento fazem com que a população privada de liberdade (PPL) tenha maior risco de exposição aos bacilos da tuberculose, de infecção e de desenvolvimento da doença. Nesse contexto, tendo como objetivo auxiliar na tomada de decisões, a avaliação de um programa busca verificar como as ações e atividades planejadas foram implementadas e se os objetivos e resultados foram atingidos. Além disso, busca levantar quais são os pontos fortes e fracos e as facilidades e dificuldades do programa, bem como conhecer como tem sido a experiência dos atores responsáveis pela sua execução.

O principal objetivo desse estudo é Avaliar o grau de implantação do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) em unidades prisionais da Região Metropolitana do Recife no ano de 2014.

Trata-se de um estudo avaliativo do tipo normativo, transversal, retrospectivo, que utilizará a abordagem quantitativa para estimar o grau de implantação das ações de controle da tuberculose nas unidades prisionais, segundo as normas do Programa Nacional de controle da Tuberculose.

Estão previstas três etapas para o presente estudo. A primeira se caracteriza na adaptação do modelo lógico do Programa de Controle da Tuberculose Estadual para as Unidades Prisionais; a segunda, a construção da matriz de julgamento, utilizando o método

Delphi para pontuação de cada componente, sendo um método utilizado para tomar decisões com base na opinião de especialistas, e a quarta etapa se caracteriza na avaliação do grau de implantação das Unidades Prisionais do estudo, a partir da avaliação normativa.

Para a realização do método Delphi na matriz de análise e julgamento do Programa de Controle da Tuberculose nas Unidades Prisionais, serão seguidas algumas etapas. Na primeira será enviada a matriz a um grupo de especialistas no PECT, para pontuação de cada componente. Após devolução da matriz pelos especialistas aos pesquisadores, serão calculadas as medianas e será reenviada ao grupo de especialistas com os resultados das respostas dos participantes, possibilitando que cada participante reveja sua posição em relação a pontuação alcançada para que decidam concordar ou não com os valores atribuídos. Caso haja convergência das respostas favoráveis, as etapas estarão concluídas e será feito relatório para os respondentes com o resultado final. Caso não haja convergência, será enviada a matriz novamente aos participantes até que se chegue a um grau de convergência satisfatório.

Para participar, pedimos que preencha o formulário de consentimento em anexo e o devolva por meio eletrônico para claudiaaraujo1987@hotmail.com. A inclusão dos participantes será concluída somente após termos recebido o termo de consentimento assinado. A opinião dos especialistas só poderá ser considerada se participarem de todas as etapas.

A pesquisa não dispõe de financiamento, não sendo possível remunerar os especialistas que se disponham a participar do estudo.

Em caso de dúvidas ou mais informações, entrar em contato com os pesquisadores.

Ana Claudia Araújo da Silva.

Fone: (81) 9874-6150

E-mail: claudiaaraujo1987@hotmail.com

Arnaldo de França Caldas Júnior

Fone: (81) 99971-3652

E-mail: arnaldo.caldas@ufpe.br

Apêndice 6 ó

ENTREVISTA ó COORDENAÇÃO DE SAÚDE/PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE DO SISTEMA PENITENCIÁRIO

Data: _____

Unidade Prisional: _____

Entrevistador: _____

01. Formação do entrevistado: _____

02. Cargo/ Função do entrevistado: _____

03. Tempo que atua na função/programa: _____

04. Número de casos de TB no ano de 2014: _____

05. A coordenação de saúde do sistema penitenciário tem organograma? () Sim () Não.
Solicitar a cópia.

06. Qual o número de profissionais responsáveis pelo PCT na Unidade? _____

07. O sistema penitenciário tem plano específico de combate à tuberculose? () Sim () Não Se sim, qual? _____ *Solicitar cópia do documento, caso haja.*

08. Quando o PCT prisional foi implantado? _____ () Não sabe

09. Quantos profissionais compõem a equipe? _____

10. Quantos de nível superior? _____

11. Quantos médicos? _____

12. Quantos enfermeiros? _____

13. Quantos odontólogos? _____

14. Quantos assistentes sociais? _____

15. Quantos psicólogos? _____

16. Outros? _____

17. Quantos de nível médio: _____

18. Quais?

_____19. Os profissionais de nível superior são todos treinados para manejo da tuberculose?
() Sim () Não, nem todos foram treinados20. Os profissionais de nível médio são todos treinados para manejo da tuberculose? () Sim
() Não, nem todos foram treinados21. Há algum tipo de treinamento/educação continuada com a equipe de segurança sobre tuberculose (agentes penitenciários)? () Sim () Não. Se sim, como é feito?
_____22. Há algum tipo de atividade de educação/informação dirigida aos reeducandos e/ou redes sociais de apoio sobre TB? () Sim () Não. Se sim, como é feito?

23. Quantos (número) treinamentos foram realizados no ano de 2014? _____ () Não sabe

24. O programa adota na íntegra as normas do Ministério da Saúde? () Sim () Não

25. Tem o Manual de Normas do PCT? () Sim () Não

26. O programa tem normas adaptadas às UP? () Sim () Não

27. Unidade abastecida com insumos (Ficha de notificação, livros de registro de acompanhamento de casos, livro de SR, impresso para TDO)? () Sim () Não

28. A Unidade é assessorada pelo Coordenador municipal do PCT? () Sim () Não

29. É entregue o boletim de acompanhamento, mensalmente, para atualização de dados no SINAN? () Sim () Não

30. Quais são os aspectos positivos do relacionamento da coordenação de saúde/PCT do sistema penitenciário com o PCT municipal?

31. E os negativos do relacionamento?

32. É feita a supervisão periódica na UP pela Coordenação municipal do PCT? () Sim () Não

33. Quantas supervisões foram programadas no ano de 2014? _____ () Não sabe

34. Quantas supervisões foram realizadas no ano de 2014? _____ () Não sabe

35. A unidade possui estrutura adequada para atender os casos de tuberculose? () Sim () Não

36. O nº de profissionais é suficiente para atender a demanda existente? () Sim () Não

37. É feito o diagnóstico para tuberculose na UP? () Sim () Não

38. Os profissionais de saúde, para atendimento de diagnóstico e tratamento, são especialistas? () Sim () Não

39. É feita a notificação quando inicia o tratamento? () Sim () Não

40. Foi feito algum mutirão para intensificação de busca de casos de TB em 2014?

() Sim () Não Quantos? _____

41. Como o indivíduo com suspeita de tuberculose chega ao setor de saúde da UP (acesso)? _____

42. Há algum tipo de obstáculo que pode dificultar ou impedir o acesso do reeducando ao serviço de saúde da UP? () Sim () Não Se sim, quais? _____

43. O que é considerado um caso suspeito?

44. Qual é o procedimento quando há suspeita de tuberculose?

45. Quem orienta o paciente como coletar o escarro?

46. Quando o material é inadequado e/ou o doente fala que não tem escarro, qual a conduta tomada?

47. Espera-se o resultado da baciloscopia para iniciar o tratamento? () Sim () Não

48. Quem informa o diagnóstico para os pacientes?

49. Qual é a conduta para com os casos diagnosticados?

50. Em que situação (ões) é solicitado o Raio - X?

51. Há dificuldades para realização do Raio-X? () Sim () Não

52. Onde é feito o Raio-X?

53. Qual a conduta tomada com o paciente de tuberculose caso abandone o tratamento?

54. As UP realizam atividades de busca de casos entre os reeducandos? () Sim () Não

55. Se sim, quando? () No momento da admissão () Periodicamente, durante o encarceramento () Somente quando o reeducando procura a unidade de saúde.

56. O prontuário de saúde acompanha o detento em sua transferência? () Sim () Não

57. Como é feita a abordagem dos contatos do reeducando que tem o diagnóstico de TB feito na UP?

58. Como é feita a referência dos reeducandos que são libertados?

59. É feita comunicação à vigilância epidemiológica do município? () Sim () Não

60. Quantos pacientes de tuberculose realizaram baciloscopias mensalmente? _____

61. Em casos de complicações (resistência, doença associada, não melhora no tratamento, etc), é feita a referência do paciente para atenção secundária/terciária?

() Sim () Não

62. É feito acompanhamento dos reeducandos nas referências e contra referências? () Sim

() Não

63. É disponibilizado medicação pela UP para os pacientes em tratamento, mensalmente? () Sim () Não

64. É disponibilizado cela para isolamento de contato na UP? () Sim () Não

65. É feito o TDO dos pacientes em tratamento da TB? () Sim () Não

66. É feito registro do TDO? () Sim () Não *Solicitar registros.*

67. Qual é a orientação dada à UP quanto ao procedimento de tratamento supervisionado?

() fazer para todos os doentes () fazer para os doentes com forma pulmonar positiva

() fazer para os doentes com forma pulmonar positiva ou negativa () outro: _____

68. Qual é a orientação dada para o procedimento de tratamento auto administrado?

() fazer para todos os doentes () fazer para os doentes com forma pulmonar negativa

() fazer para os doentes com forma pulmonar positiva ou negativa () outro: _____

69. O Sr (a) acha que a implantação destes procedimentos melhorou a taxa de cura na UP ?

() Sim () Não.

Explicar: _____

70. Nas UP existem referências para casos de Tuberculose? () Sim () Não

71. Se sim, qual é (são) a(s) referência(s)?

(nome da Instituição e localidade)

72. É uma referência formal? () Sim () Não

73. Os pacientes de TB realizam exames de HIV? () Sim () Não

74. Quantos pacientes de TB realizaram exame de HIV no ano de 2014? _____
75. Nos casos de retratamento, é realizado exame de cultura? () sim () Não
76. Quantos casos de retratamento ocorreram em 2014? _____
77. A cultura, para casos negativos à baciloscopia, é solicitada regularmente?
() Sim () Não
78. A Cultura e o TS, para os casos suspeitos de TBDR, são solicitados regularmente?
() Sim () Não
79. Houve casos de TBDR em 2014? () Sim () Não
80. Se sim, quantos? _____
81. Quantas culturas foram realizadas em 2014? _____
82. Como é a relação do PCT da UP com o Laboratório?

83. Existem centros e/ou laboratórios de referência correspondentes a unidade prisional? ()
Sim () Não. Detalhar: _____
84. Todos os casos suspeitos fazem a baciloscopia? () Sim () Não. Se não, por quê?

85. Qual é o tempo médio para o resultado deste exame?

86. Existe fluxo de recolhimento de amostras/ entrega de resultados? () Sim () Não

87. Cite 3 aspectos facilitadores para o sucesso do programa nas UP, na sua opinião:

88. Cite 3 aspectos críticos que dificultariam o sucesso do programa, na sua opinião:

89. Em sua opinião, que aspectos precisariam ser implementados (insumos, recursos humanos, capacitação, gestão, etc.) nesta unidade para um melhor desenvolvimento das atividades de controle da tuberculose?

90. Em sua opinião, as ações de controle da tuberculose são prioritárias na unidade prisional?
() Sim () Não
91. Como você se percebe, enquanto profissional, no processo de controle da tuberculose no ambiente penitenciário?

ANEXOS

Recife, 21 de setembro de 2015.

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente da realização da pesquisa: **PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE: UMA AVALIAÇÃO NAS UNIDADES PRISIONAIS DA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE**, pesquisadora responsável: **Ana Claudia Araújo de Oliveira**, local de realização: Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde/ SES e afirmo que esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto.

Sendo assim autorizo sua execução, desde que a mesma cumpra com os requisitos da Res. CNS 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins de pesquisa.

Juliana Siqueira
Juliana Siqueira

Diretora Geral de Educação na Saúde

Juliana Siqueira
Diretora Geral de Educação
em Saúde - SES/PE
Matrícula nº 363.975-4



SECRETARIA DE JUSTIÇA E DIREITOS HUMANOS
SECRETARIA EXECUTIVA DE RESSOCIALIZAÇÃO
GERÊNCIA DE APOIO PSICOSSOCIAL, SAÚDE E NUTRIÇÃO

Recife, 01 de junho de 2015.

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que autorizamos a pesquisadora do Mestrado Profissional em Gestão e Economia da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco, Ana Claudia Araújo da Silva, a desenvolver o seu projeto de pesquisa (Programa de Controle da Tuberculose: Uma Avaliação nas Unidades Prisionais da Região Metropolitana do Recife), que está sob a orientação do Professor Dr^o Arnaldo Caldas, cujo objetivo é Avaliar o grau de implantação do Programa de Controle da Tuberculose em Unidades Prisionais da Região Metropolitana do Recife no ano de 2014.

A aceitação está condicionada ao cumprimento da Ana Claudia Araújo da Silva aos requisitos da Resolução 466/2012 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa.

Atenciosamente,


Lorenza Pinto de Lemos
Gerente da GAPS
Lorenza Pinto de Lemos
Gerente da GAPS-SERES
Mat. 363367-5

TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: Programa de Controle da Tuberculose: Uma avaliação nas Unidades Prisionais

Pesquisador responsável: Ana Claudia Araújo da Silva

Instituição/Departamento de origem do pesquisador: Universidade Federal de Pernambuco/Centro de Ciências Sociais Aplicadas

Telefone para contato: (81) 99874-6150

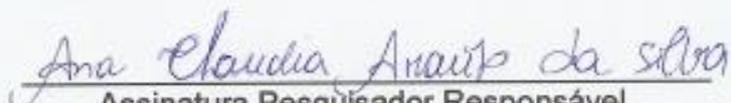
E-mail: claudiaaraujo1987@hotmail.com

O pesquisador do projeto acima identificado assume o compromisso de:

- Preservar o sigilo e a privacidade dos voluntários cujos dados (informações de questionários) serão estudados;
- Assegurar que as informações e/ou materiais biológicos serão utilizados, única e exclusivamente, para a execução do projeto em questão;
- Assegurar que os resultados da pesquisa somente serão divulgados de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o voluntário da pesquisa.

O pesquisador declara que os dados coletados nesta pesquisa (questionários), ficarão armazenados em pastas de arquivo, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço: Rua Senador Milton Campos, 338, Vasco da Gama, Recife, pelo período de no mínimo 5 anos. O Pesquisador declara, ainda, que a pesquisa só será iniciada após a avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco – CEP/CCS/UFPE.

Recife, 26 de outubro de 2015.


Assinatura Pesquisador Responsável

AUTORIZAÇÃO DE USO DE DADOS

Declaramos para os devidos fins, que cederemos à pesquisadora Ana Claudia Araújo da Silva, o acesso à base de dados do sistema de informação referente ao Programa de Controle de Tuberculose e dos Relatórios de Monitoramento do Programa de Controle da Tuberculose realizados nas Unidades Prisionais estudadas (ano de 2014), para serem utilizados na pesquisa: Programa de Controle da Tuberculose: Uma avaliação nas Unidades Prisionais, que está sob a orientação do Prof. Dr. Arnaldo de França Caldas Júnior. Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a mesma a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades. Antes de iniciar a coleta de dados a pesquisador/a deverá apresentar o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.


Danyella Késsea Travassos
Gerente de Vigilância das Doenças
Transmitidas por Micobactérias
Tel. 3485.137

Danyella Késsea Travassos
Gerente