

“FORTALECIMENTO DA ESTRATÉGIA DOTS EM GRANDES CENTROS URBANOS COM ALTA CARGA DE TUBERCULOSE NO BRASIL”

As atividades contempladas neste relatório se inscrevem no projeto brasileiro para tuberculose, submetido ao Global Fund em 2003, com recursos liberados, a fundo perdido, a partir de maio de 2007. O montante de recursos, originalmente aprovado, da ordem de **US\$ 27,400,000** (vinte e sete milhões e quatrocentos mil dólares), destinava-se à implementação de ações de controle da tuberculose e da coinfeção TB/HIV, em 10 regiões metropolitanas e na cidade de Manaus, áreas de maior carga da doença, as quais, em conjunto, respondem por aproximadamente 45% dos casos novos de TB por ano.

Este relatório refere-se exclusivamente aos Objetivos 3 e 4, respectivamente, “Fortalecimento do programa de garantia da qualidade laboratorial” e “Fortalecimento das ações de redução da coinfeção TB/HIV”, desenvolvidos sob a responsabilidade da Fundação Ataulpho de Paiva (FAP).

• INTRODUÇÃO

Este Projeto se desenvolveu em meio a uma conjuntura preocupante, ocupando o Brasil a 16ª posição no ranking dos 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo.

Estimava-se à época uma prevalência de 50 milhões de infectados. Segundo dados do Sinan/MS, eram notificados anualmente no Brasil, cerca de 80 mil casos novos, correspondendo a um coeficiente de incidência de 47/ 100.000 habitantes. A taxa de mortalidade por tuberculose - uma doença que tem cura – era de 3,6 óbitos por 100.000 habitantes.

Igualmente preocupante era a taxa de coinfeção TB/HIV, segundo estimativas do MS, em torno de 10% dos pacientes com TB eram também infectados pelo HIV, sendo a TB a principal causa de morte em pacientes com Aids.

A cada dia a tuberculose continua a avançar, principalmente nos segmentos mais vulneráveis da população, crescendo acentuadamente nas periferias, nos bolsões de pobreza, entre a população de rua, encarcerados e pessoas vivendo com o HIV/AIDS.

As **metas internacionais** estabelecidas pela OMS e pactuadas pelo governo brasileiro são de **descobrir 70% dos casos de tuberculose estimados e curá-los em 85%**. Nesse sentido, há um grande investimento na capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e

na *expansão do DOTS para serviços de atenção básica, que é uma prioridade do governo*. Expandir a cobertura do tratamento supervisionado para os 315 municípios prioritários, **informação sobre desfecho de 100% dos casos diagnosticados, oferecer teste anti-HIV para 100% dos adultos com TB e** redução do abandono do tratamento a menos de 5% foram as principais metas estabelecidas pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT).

Assim, a ampliação da estratégia de tratamento supervisionado (TS-DOTS), o controle da co-infecção TB/HIV, a implantação da quimioprofilaxia para que portadores do HIV/aids previnam a tuberculose, o controle da tuberculose multirresistente (TB-MR) e o fomento e a promoção de pesquisas, são algumas das estratégias apontadas pelo PNCT para o controle da tuberculose.

Encontram-se aí justificados os dois objetivos desenvolvidos pela **FUNDAÇÃO ATAULPHO DE PAIVA**, no escopo deste Projeto:

- **Objetivo 3: Fortalecer o programa de garantia da qualidade laboratorial**
- **Objetivo 4: Fortalecer as ações de redução da coinfeção TB/HIV baseadas em lições aprendidas**

No entanto, cabe-nos, ainda, apresentar um breve histórico deste Projeto a fim de esclarecer àqueles que não lograram acompanhar a exaustiva, porém incansável, jornada que nos trouxe até aqui, hoje, diante deste organismo – inegavelmente representativo da sociedade brasileira como um todo – cuja existência é resultado desta mesma jornada. E, se por mais não fora, ter contribuído para a consolidação de tal esfera de representatividade da sociedade brasileira, já seria um feito de grande envergadura.

- **BREVE HISTÓRICO DO PROJETO FUNDO GLOBAL TB-BRASIL**

O **Fundo Global de Luta Contra a AIDS, Tuberculose e Malária (The Global Fund)**, sediado em Genebra, é uma instituição dedicada a apoiar ações de controle destas doenças, nos países por elas mais afetados, a partir de propostas nacionais apresentadas pelos respectivos governos, em parceria com instituições representativas da sociedade civil organizada.

Desde 2003, o Brasil vinha tentando sua inserção como beneficiário do Fundo Global para a obtenção de subsídios destinados a apoiar as ações de controle da tuberculose.

Essas tentativas esbarravam sempre em algum obstáculo, em função da condição econômica privilegiada do Brasil frente a outros países candidatos aos subsídios do Fundo e em algumas exigências por parte do Fundo Global, a mais significativa delas, a constituição de uma instância - o Mecanismo de Coordenação de País (MCP) – para atuar como responsável pelo conjunto de ações passíveis de receberem subsídios. A composição do MCP deveria prever a participação, além de instituições governamentais, de representantes de instituições da sociedade civil organizada.

Em 2005, durante a 5ª. Ronda, o Brasil apresentou proposta ao Fundo Global, elaborada, desde o ano anterior, pelo Comitê Brasileiro para o Fundo Global. Dele participaram instituições da sociedade civil organizada e governo, dando origem ao Mecanismo de Coordenação de País (MCP), composto por 23 instituições entre governo, sociedade civil, academia, representante de pessoas afetadas e organismos internacionais, entre outros. O papel do Ministério da Saúde e da Oficina Pan-americana de Saúde (OPAS) na elaboração da proposta foi decisivo naquele momento.

O Projeto brasileiro, aprovado naquela quinta rodada de negociações do Fundo Global, ao mesmo tempo em que previa a aceleração do alcance das metas definidas para o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), propunha implementar novas atividades que pudessem contribuir para a melhoria da cobertura da supervisão do tratamento (TS/DOTS), com a consequente redução de incidência, prevalência e mortalidade por tuberculose (TB).

Essas atividades incluíam uma ampla programação de capacitação profissional e a descentralização da supervisão do tratamento, sempre com a participação de instituições da sociedade civil.

As regiões metropolitanas abrangidas pelo Projeto foram: Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, São Paulo, Baixada Santista, Porto Alegre e as cidades de Manaus e São Luis, que comportam 57 municípios prioritários, nos quais se concentram 45% do total de casos de TB no país (lista dos municípios no ANEXO 1).

O projeto aprovado previa para o Brasil, a fundo perdido, um aporte de recursos da ordem de US\$ 5.163.636,00 milhões para apoiar as ações de controle da tuberculose desenvolvidas pela Fundação Aталpho de Paiva (objetivos 3 e 4) em 5 anos, a partir de 01 de Maio 2007, porém o total efetivamente repassado foi de US\$ 4.079,488, até a presente data.

O Projeto Fundo Global TB-Brasil tinha 4 Objetivos gerais, a saber:

Objetivo 1: Fortalecimento da estratégia de tratamento supervisionado para o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno em populações vulneráveis, por meio da capacitação, da identificação de casos infecciosos e do incentivo ao tratamento supervisionado. As atividades de monitoramento e avaliação do Projeto estão previstas dentro deste objetivo.

Objetivo 2: Fortalecimento das atividades de mobilização social, informação, educação e comunicação e advocacia, por meio de ações de comunicação para mudança de comportamento, ensino e pesquisa e de investigações operativas;

Objetivo 3: Fortalecimento do programa de garantia da qualidade laboratorial, por meio da capacitação e monitoramento e da construção de um sistema de Informação Laboratorial da Tuberculose;

Objetivo 4: Fortalecimento das ações de redução da coinfeção TB/HIV baseadas em lições aprendidas, compreendendo ações de detecção oportuna e tratamento de qualidade para pessoas vivendo com tuberculose e HIV/AIDS, de atividades de informação, educação e comunicação e de fortalecimento de instituições da Sociedade Civil para o desenvolvimento de ações de controle da coinfeção na própria comunidade.

A implementação dos Objetivos 1 e 2 ficou sob a responsabilidade da Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (FIOTEC) e os Objetivos 3 e 4, detalhados abaixo, que são objeto deste relatório, sob responsabilidade da Fundação Ataulpho de Paiva (FAP).

- **ATIVIDADES PROGRAMAS – OBJETIVOS 3 & 4**

Objetivo 3 – Fortalecer o Programa de Garantia de Qualidade Laboratorial.

Área de Serviço 1 – Capacitação da equipe técnica, atuando nas unidades da rede laboratorial de TB, em atividades de controle de garantia da qualidade laboratorial, & monitoramento da rede no sentido de assegurar a efetiva implantação de tais procedimentos de controle.

Atividade 1 – Produção, impressão e distribuição de manuais de laboratório;

Atividades 2 e 3 – Realização de oficinas de capacitação de multiplicadores em rotinas de laboratório e na aplicação do sistema de informação laboratorial de TB

Atividade 4 – Realização de oficinas de treinamento de monitores em controle de qualidade

Atividade 5 – Contratação de Monitores para implementação do sistema de informação e do controle de garantia da qualidade laboratorial;

Atividade 6 e 7 – Realização de supervisões às unidades da rede de laboratórios de TB

Atividade 8 – Reunião anual de avaliação

Atividade 9 – Contratação de Consultorias para o Programa de Garantia da Qualidade Laboratorial e para o Sistema de Informação.

Área de Serviço 2 –

Atividade 1 – Construção de um sistema de informação laboratorial da TB

Objetivo 4 – Fortalecer as ações de redução da coinfeção TB/HIV baseadas em lições aprendidas

Área de Serviço 1 – Detecção oportuna e tratamento de qualidade para pessoas vivendo com tuberculose e HIV/AIDS.

Atividades 1, 2, 3 e 5 – Realização de Oficinas de Trabalho para elaboração de Plano de Ação e estrutura do sistema de referência para casos de coinfeção TB/HIV; para criação de comitês Assessores e para treinamento de multiplicadores em aconselhamento e testagem para HIV nas unidades de TB e de TB, TBMR nas unidades de HIV;

Atividades 4, 6 e 7 – Supervisão dos profissionais dos serviços na realização das novas atividades de TB/HIV;

Área de Serviço 2 – Informação, Educação e Comunicação.

Atividades 1, 2 e 3 – Elaboração e produção de 30 mil manuais, 50 mil folhetos e 20 mil cartazes sobre coinfeção TB/HIV.

Área de Serviço 3 – Fortalecimento da Sociedade Civil

Atividade 1 – Realização de oficinas de trabalho com Organizações da Sociedade Civil para elaboração de planos de ação para priorizar ações de controle da coinfeção TB/HIV;

Atividade 2 – Elaboração de editais para captação de projetos a serem desenvolvidos por Organizações Não Governamentais (ONGs) objetivando a execução de ações de controle da coinfeção TB/HIV na própria comunidade;

Atividade 3 - Contratação de Consultoria para a elaboração de critérios de seleção e monitoramento de tais projetos

- **ESTRATÉGIA INICIAL PARA O DESENVOLVIMENTO DO PROJETO**

O Projeto do Fundo Global-TB Brasil foi constituído sobre quatro eixos: o primeiro buscava a maior participação da sociedade civil e a plena integração de todos os atores governamentais; o segundo eixo, educacional tanto para membros da sociedade civil como para profissionais de saúde; o terceiro ligado à informação, buscando melhorar a qualidade e a velocidade dos dados e o quarto, estímulo às ações inovadoras. Dos quatro objetivos do Projeto FG-TB, este relatório contempla o 3 e 4, cujo desenvolvimento coube à FAP.

4.1 Oficinas regionais

Como estratégia inicial de implantação do Projeto, foram realizadas oficinas regionais, com a participação dos coordenadores estaduais e municipais dos Programas de TB, coordenadores estaduais e municipais dos Programas DST/AIDS, diretores dos LACENs, responsáveis pelo Sistema de Informação ao nível estadual e representante da sociedade civil nas diversas regiões metropolitanas abrangidas pelo Projeto Fundo Global. Estas oficinas regionais foram realizadas em Belém, Recife, Rio de Janeiro, Santos, São Paulo e Porto Alegre de maio a julho de 2007 e tiveram por **objetivos**:

- 1) Apresentar o Projeto aprovado pelo Fundo Global para o período de 2007-2012 em toda sua amplitude;
- 2) Estruturar o Comitê Metropolitano que seria responsável por viabilizar política e operacionalmente as propostas;
- 3) Descrever e discutir a organização dos serviços de TB na região metropolitana apontando pontos fortes e pontos fracos;
- 4) Descrever e discutir a estrutura da rede de serviços de atenção a coinfeção TB/HIV;
- 5) Planejar as estratégias de desenvolvimento do Projeto nas regiões metropolitanas.

Estas oficinas se mostraram de grande importância como ferramenta de socialização das informações referentes à atenção a TB e HIV não só entre os dois programas de DST/AIDS e TB (municipais e estaduais), como também entre os representantes da sociedade civil, instrumentalizando-os para uma participação mais efetiva nas discussões sobre estratégias inovadoras a serem implementadas para o controle da TB e da coinfeção TB/HIV.

Planos de ação foram elaborados conjuntamente por representantes do PCT, Programa de AIDS, da sociedade civil, LACEN, etc. O levantamento de informações epidemiológicas e operacionais obtido através do documento “Diagnóstico da Situação Atual” enviado aos municípios na fase preparatória das oficinas embasou a discussão.

Além disto, na medida em que tornou evidentes os pontos frágeis dos programas e as experiências exitosas, contribuiu para a discussão sobre as estratégias a serem propostas para utilização das facilidades deste projeto. Permitiu também o estabelecimento de critérios para priorização em relação às atividades a serem implementadas, considerando as especificidades de cada município ou região metropolitana. Permitiu ainda identificar ações que, no âmbito dos objetivos deste Projeto, pudessem ser contempladas já a partir das atividades programadas para o Ano 1 ou incluídas na programação dos anos seguintes.

As discussões havidas durante estas oficinas permitiu a definição das estratégias iniciais para utilização das facilidades do Projeto e a mobilização inicial necessária para a constituição dos Comitês Metropolitanos, inicialmente previstos para atender ao objetivo 4 (coinfecção TB-HIV), tendo porém sua atuação expandida para os 4 objetivos do projeto.

4.2. Estruturação dos Comitês Metropolitanos

Os Comitês Metropolitanos não estavam previstos no desenho original do Projeto FG-TB, porém, tomando-se por base a experiência das Comissões Estaduais de Aids que existiam em alguns estados, foi proposta sua criação logo no início da execução do Projeto.

A ideia era, em nível local, fomentar a participação de diferentes atores no planejamento, acompanhamento e execução das ações em cada uma das Regiões Metropolitanas, criar condições para uma efetiva aproximação e interlocução entre as Organizações da Sociedade Civil (ONG) de cada região com os respectivos gestores de Aids e TB (assim com entre estes também), academia e outras instâncias estratégicas, na expectativa de inserir a discussão das questões pertinentes à tuberculose e sua coinfecção com o HIV na condução das políticas públicas locais. Seria uma instância colegiada de caráter consultivo e propositivo para a discussão permanente dos aspectos relativos ao planejamento, a execução dos componentes e atividades do projeto, seu monitoramento e avaliação de acordo com cada realidade local. Tinha por objetivo apoiar e garantir a execução dos objetivos e metas do projeto em seus aspectos políticos, técnicos e sociais (sustentabilidade).

Além disto, a expectativa era que os comitês, através de uma programação ascendente, definissem a programação dos anos 3, 4 e 5 do Projeto de forma a melhor atender às necessidades locais, uma vez que as atividades dos dois primeiros anos já estavam definidas no contrato com o Global Fund.

Foi definido que sua composição específica em cada região metropolitana privilegiaria a participação de representantes de vários segmentos sociais com experiência relacionada

a aspectos de saúde e educação coletiva, direitos humanos, ética, ativismo em TB e AIDS, ou que de alguma forma atuam nas diversas áreas de controle social e combate aos agravos da saúde prevalentes localmente.

Com a criação dos Comitês passou-se a fomentar a articulação entre os diversos entes sob a ótica de uma construção de rede ao nível municipal, ampliando-se em pouco tempo essa proposta em âmbito estadual, inclusive com sua disseminação para outras regiões não inseridas na proposta original do Projeto.

O Comitê Metropolitano é considerado como instância democrática determinante para a efetiva participação da sociedade civil nas ações de controle da TB e da coinfeção TB/HIV. Beneficiaram-se, para implantação e manutenção, de financiamento do FG.

- **PANORAMA GERAL DAS AÇÕES DE CONTROLE DA COINFEÇÃO TB/HIV DESENVOLVIDAS NOS 57 MUNICÍPIOS INCLUÍDOS NO PROJETO EM 2007**

As informações coletadas na fase preparatória das oficinas regionais, através de questionário enviado às coordenações estaduais dos Programas de Controle da Tuberculose (PCTs) e Programas de DST/AIDS nos forneceu um quadro atualizado e detalhado das ações de controle da coinfeção TB/HIV desenvolvidas nos 57 municípios no início do Projeto (2006), além de linha de base para planejamento e acompanhamento das ações a serem implementadas.

O panorama obtido mostrou, em relação à atenção à coinfeção TB/HIV, grande discrepância entre as diversas regiões do país, com situação mais grave nos municípios do norte e nordeste do país, especialmente no que se refere à oferta de teste sorológico para HIV para pacientes com tuberculose e de quimioprofilaxia para tuberculose em indivíduos recém- identificados como HIV positivos.

5.1. Oferta de teste para HIV para pacientes com TB

O teste sorológico pelo método ELISA já era ofertado em 2006 na maioria dos municípios, porém, só disponível nos Laboratórios Centrais de Referência Estadual (LACENs) ou Centros de Testagem Anônima (CTAs), o que limitava sua realização pela necessidade de deslocamento dos pacientes de TB ao laboratório de referência para coleta de sangue. Além disto, o prazo para retorno do resultado, muitas vezes de cerca de 60 dias, colocava em risco os casos de coinfeção ainda não conhecidos.

Segundo informações fornecidas pelas coordenações municipais dos PCTs, nas regiões sul e sudeste do país existia maior oferta de teste sorológico para HIV nos serviços de TB, com altas taxas de realização do teste nas regiões metropolitanas de Porto Alegre (74 a 100%) e São Paulo (70 a 97%). Nas áreas metropolitanas do Rio de Janeiro, Recife e Santos a situação era heterogênea, e inferior a 30% nas regiões metropolitanas de Belém e Salvador. Dezoito (32%) municípios não souberam informar. A baixa taxa de realização do exame podia ser explicada por questões operacionais relacionadas à coleta e ao transporte do soro ao LACEN, localizados nas capitais, e também pela demora e incerteza da obtenção do resultado, o que acabava por desestimular sua solicitação.

5.2. Tratamento da coinfeção TB/HIV

Constatou-se que o modelo de atenção era baseado em serviços de HIV/AIDS e serviços de TB que funcionavam de forma independente, sem integração entre eles, na maioria das vezes. Esta falta de integração entre os programas acarretava dificuldades para uma abordagem global dos pacientes com TB que se descobriam infectados pelo HIV atendidos pelo serviço de TB, quanto para os portadores de HIV/AIDS que apresentavam TB ou infecção latente por *M. Tuberculosis* nos serviços de HIV/aids. Assim, via de regra na maioria das regiões metropolitanas, o início do tratamento antirretroviral era retardado pela inexistência ou ineficiência do sistema de referência e contrarreferência entre os programas, pela não disponibilização da medicação antirretroviral nos serviços de TB. Por outro lado, a investigação de infecção tuberculosa latente em pessoas vivendo com HIV/AIDS não era realizada porque os serviços de HIV/AIDS, onde essas pessoas eram tratadas, não dispunham de pessoal treinado na realização do teste tuberculínico.

Observou-se uma maior estruturação da rede de referência e contrarreferência nos municípios do sul e sudeste do país em relação aos do norte e nordeste. Na região metropolitana de Porto Alegre, embora os programas de HIV/AIDS e TB fossem bastante centralizados, existia sistema de referência e contrarreferência para coinfeção TB/HIV implantado e funcionando, com atendimento imediato quando o serviço de destino era o de TB e espera de cerca de 30 dias quando o serviço de destino era o de HIV/AIDS. Situação não muito diferente foi relatada nas regiões metropolitanas de São Paulo, Santos. No Rio de Janeiro, onde, embora existissem unidades de saúde de referência em todos os municípios, em geral os critérios de encaminhamento não eram bem definidos, o que gerava dificuldades de agendamento, deslocamento e perda de tempo desnecessários por parte dos pacientes, que muitas vezes não eram atendidos nos serviços de aids.

Os mecanismos de agendamento, que em geral refletem o grau de organização e de integração entre os serviços, parecem mais apropriados na metropolitana de São Paulo e

de Porto Alegre, onde o próprio serviço de origem agenda a consulta, em geral para período inferior a 5 dias de espera. Nas outras regiões metropolitanas o agendamento da consulta devia ser feito pessoalmente na referência pelo próprio paciente, resultado em grandes dificuldades para atendimento, além de perda de tempo, gastos com deslocamentos e não garantia de agendamento de consulta ou atendimento, aumentando a possibilidade de abandono do tratamento.

Além disto, existiam problemas na informação sobre os casos de TB tratados nos serviços de HIV/AIDS, tanto de notificação de casos quanto de informação sobre desfecho de tratamento e supervisão direta da tomada dos medicamentos.

5.3. Oferta de PPD e quimioprevenção para TB em indivíduo HIV+

O teste tuberculínico somente estava disponível nos serviços de TB, e embora recomendado para avaliação de infecção tuberculosa em indivíduos infectados pelo HIV, o número de testes realizados para este fim era desconhecido na quase totalidade dos municípios. Quando realizado, o teste tuberculínico era registrado somente no prontuário do paciente ou no Livro de Registro de PPD localizado no setor de vacinas da unidade de saúde ou no PCT, o que dificultava a identificação dos indivíduos HIV reativos.

Quanto à quimioprevenção para TB, sua oferta era extremamente limitada, não sendo realizada na maioria dos municípios avaliados. A inexistência de instrumento de registro dificultava a avaliação fidedigna de sua realização, assim como a avaliação dos critérios de indicação nos raros locais onde era realizada. Poucos municípios dispunham de informação sobre o número de indivíduos HIV reativos submetidos a quimioprevenção para TB em 2006 e os que informaram, o número era muito baixo: Caucaia (2), Paulista (2), São João de Meriti (1), Mesquita (2), Niterói (26), Rio de Janeiro (182), Belo Horizonte (43), Contagem (4), Itaquaquecetuba (1), Itapeví (1), Mauá (9), Diadema (4) e Viamão (20).

5.4. Participação da sociedade civil em ações de controle da TB

A implicação de organizações da sociedade civil (OSC) na luta contra a TB era bastante incipiente. Segundo informação fornecida pelas coordenações estaduais e municipais dos programas de DST/aids e de TB, por ocasião das oficinas regionais em 2007, existiam 13 organizações da sociedade civil trabalhando com tuberculose em apenas 6 dos 57 (11%) municípios de abrangência do projeto, enquanto com HIV/aids, o número de OSC era de no mínimo 394 atuando em 82% dos municípios.

- **IMPLEMENTAÇÃO E RESULTADOS - OBJETIVOS 3 E 4**

Os indicadores epidemiológicos e de processo, as metas pactuadas e os resultados alcançados estão apresentados nos ANEXOS 2 e 3 respectivamente. Para os indicadores epidemiológicos, os resultados apresentados correspondem ao desempenho em 2010, enquanto para os indicadores de processo, os resultados estão apresentados para cada um dos cinco anos. A análise das metas e indicadores aqui apresentadas correspondem ao pactuado com o Global Fund por ocasião de revisão ao final da primeira fase do Projeto.

6.1. Objetivo 3

Fortalecimento do programa de garantia da qualidade laboratorial, por meio da capacitação e monitoramento e da construção de um sistema de Informação Laboratorial da Tuberculose.

O conjunto de atividades desenvolvidas no âmbito do objetivo 3, que incluíram treinamento de profissionais, padronização de procedimentos, elaboração de manual técnico, implementação de sistema de controle da qualidade da baciloscopia e atividades de supervisão aos laboratórios locais, visava o cumprimento das metas pactuadas para os indicadores de processo discriminados na Tabela 1. Para os indicadores 3.1 e 3.2 a meta era cumulativa ao longo dos 5 anos de desenvolvimento do projeto e para o 3.3 cumulativa anualmente.

Tabela 1.: Descrição dos indicadores, metas pactuadas e resultados alcançados ao final do Projeto

Indicador	Descrição do Indicador	Linha de base		Meta	Resultado	% da meta
		Valor	ano			
3.1	Nº e percentagem de laboratórios implementando atividades de controle de qualidade	0/308	2007	395	395	100
3.2	Nº de profissionais de laboratório treinados para replicar informações	70	2004	2117	1882	89
3.3	Nº de supervisões a laboratórios locais*	0	2007	3091*	2636*	86

**Embora este indicador seja anual, a meta e resultado apresentados nesta tabela correspondem, para efeito de análise, ao acumulado nos 5 anos.*

6.1.1. Implantação do “Novo Protocolo de Controle Externo de Qualidade da Baciloscopia” - Indicadores 3.1 e 3.3

O método de controle de qualidade da baciloscopia implantado é o recomendado pela OMS, baseado na releitura, por amostragem, de lâminas selecionadas aleatoriamente de lote enviado pelos laboratórios locais ao Lacen correspondente a um período de 3 meses pré-definido. Pressupõe a releitura de um número fixo lâminas por laboratório (n=80), independentemente de serem positivas ou negativas, o que permite melhor programação por parte dos Lacens.

Para implantação da nova metodologia de controle de qualidade da baciloscopia um grande esforço foi realizado para levantamento e cadastramento de todos os laboratórios que realizavam baciloscopia na área de abrangência do projeto, incluindo os laboratórios de unidades públicas e privadas conveniados com SUS, além de laboratórios de hospitais. O cadastramento consistiu numa visita local e avaliação de infraestrutura, pessoal, equipamentos, fluxos de informação e práticas. O cadastramento e a inclusão dos laboratórios privados e de hospitais no sistema de controle de qualidade da baciloscopia promovida pelo Projeto FG representou um passo importante na estruturação e qualificação da rede laboratorial do Sistema Único de Saúde (SUS). À medida que foram sendo realizadas as visitas técnicas de supervisão, principalmente nos grandes centros das Regiões Metropolitanas, o número de laboratórios cadastrados, foi superando a linha de base que era de 308 laboratórios estimados em 2004. Para o Ano 2 a linha de base e metas foram revistas com base nos dados obtidos nos relatórios de supervisão dos monitores, passando para 395 laboratórios.

Equipes de monitores formadas por profissionais experientes foram constituídas visando dar o apoio necessário aos Lacens para realização de supervisões periódicas e de qualidade, atividades de treinamento e apoio para elaboração, pelos laboratórios da rede, dos procedimentos operacionais, assim como a releitura das lâminas. A estratégia utilizada pelo Projeto FG serviu para estabelecimento de uma rotina de armazenamento e envio das lâminas pelos laboratórios locais e contribuiu para a demonstração da exequibilidade desta nova metodologia. O alto percentual de laboratórios que implementaram o controle de qualidade atesta a efetividade desta estratégia. Observou-se nos dois primeiros anos de desenvolvimento do Projeto, importante melhoria em relação à qualidade das lâminas, tanto no preparo do esfregaço quanto na coloração, com e redução do percentual de reprovação dos laboratórios.

Entretanto, no final do 3º ano do Projeto FG, logo após a dissolução das equipes de monitores, observou-se drástica redução do número médio de supervisões (Tabela 2)

realizadas (806 no Ano 3 para 473, Ano 5). Isto demonstra a dificuldade dos Lacens em integrá-las em sua rotina em consequência da falta de recursos humanos, na maioria dos casos. Ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde deveriam assegurar a continuidade das supervisões e releitura das lâminas, porém isto não ocorreu em sua totalidade. O projeto FG ainda continuou a apoiar os Lacens do RJ e SP até o final do Projeto, o que sem dúvida contribuiu para manutenção do resultado global médio acima de 50%. A releitura das lâminas poderá também ter seu ritmo reduzido em várias localidades pela falta de investimentos em recursos humanos.

Tabela 2: Supervisões realizadas aos laboratórios locais segundo o ano de execução do Projeto FG

Ano de execução	Meta	Resultado	% da Meta
Ano 1	180	373	107%
Ano 2	373	471	116%
Ano 3	846	806	95%
Ano 4	846	513	61%
Ano 5	846	473	56%
Total	3091	2636	86%

Houve importante redução de recursos, da ordem de U\$ 490 mil, a partir do ano 3, a despeito da demanda da FAP ao MCP em reunião na qual foram assinalados os riscos que esta redução poderia trazer. Isto teve como consequência o desmantelamento das ações, antes que estas fossem assumidas pelas entidades governamentais. Se mantidas por mais tempo (duraram apenas dois anos), talvez estas ações pudessem ter sido consolidadas.

Embora os avanços sejam inquestionáveis, é necessário salientar que a insuficiência de recursos humanos e dificuldades para transporte de lâminas e pessoal, colocam em risco a sustentabilidade das ações implementadas como o controle de qualidade e as supervisões periódicas aos laboratórios locais.

6.1.2. Elaboração do Manual Nacional de Vigilância Laboratorial da Tuberculose e outras Micobactérias

Visando a melhoria da qualidade do diagnóstico laboratorial da tuberculose, foi editado em 2008 pelo Ministério da Saúde, com apoio do Projeto FG, o Manual Nacional de Vigilância Laboratorial da Tuberculose e outras Micobactérias, que contém as diretrizes gerais para estruturação e funcionamento das atividades laboratoriais numa lógica hierarquizada e regionalizada, voltada para a melhoria da qualidade dos serviços

prestados, dentro de critérios que privilegiam o aperfeiçoamento e a padronização de métodos, a adequação aos requisitos de biossegurança e a organização da rede. Foram impressos 2.550 exemplares, distribuídos para os laboratórios da rede (ANEXO 4).

Versão eletrônica disponível através do link http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_laboratorio_tb.pdf

6.1.3. Profissionais de laboratório treinados – Indicador 3.2

Foram capacitados em boas práticas, padronização de procedimentos para rotinas e biossegurança, 1882 técnicos dos Lacens e de laboratórios locais.

Apoiando a política de descentralização da realização de cultura e teste de sensibilidade para os laboratórios de referência dos municípios (Lacens municipais) e em parceria com o Ministério da Saúde, foram capacitados técnicos de nível superior e médio na realização de cultura em meio de OGAWA, meio então escolhido pelo MS por apresentar facilidades operacionais e de infraestrutura em relação ao Lowestein-jensen, permitindo uma implantação mais rápida, menos onerosa e menor infraestrutura de laboratório. Entretanto, os investimentos políticos e financeiros foram insuficientes e a descentralização da cultura e do TSA foi incipiente. Em alguns locais faltam equipamentos, como estufa, em outros, adequação área física e/ou recursos humanos.

6.1.4. Construção de Sistema de Informação Laboratorial da Tuberculose

A FAP iniciou parceria com o Ministério da Saúde (MS) em julho de 2007, através de consultoria técnica para acompanhar, desenvolver, validar e homologar Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL, Módulo tuberculose. O objetivo era acelerar a implementação do GAL, funcionalidades específicas para a Tuberculose, nos 57 municípios do Projeto FG, utilizando um módulo do sistema que estava sendo desenvolvido pelo DATASUS RJ/COSAB com a gestão da CGLAB.

Após piloto no Laboratório Central do Estado do Paraná (LACEN), foi estabelecido pelo Ministério da Saúde o cronograma de implantação que contemplava, já na primeira fase (final de 2008), com recursos do MS, alguns dos municípios do projeto FG. Desse modo, a FAP decidiu, ainda nesta primeira fase do projeto, não mais estender a parceria, por entender que os recursos disponibilizados na pactuação não seriam necessários para a implantação do GAL nos 57 municípios. Foi mantido, entretanto, pela FAP, contato com as instituições envolvidas através de consultoria técnica especializada no desenvolvimento do sistema até o término da primeira etapa, para avaliar a necessidade de investimentos para implantação do sistema na rede de Laboratórios de Tuberculose nas fases seguintes, o que não se mostrou necessário. Esta decisão foi, na época, tomada

pela Secretaria Executiva do MCP, que optou por direcionar os recursos para a implementação de ações de melhoria da qualidade, na confiabilidade e na eficácia dos procedimentos laboratoriais da tuberculose.

As sucessivas alterações dos termos da parceria entre o Projeto FG-TB e o Ministério da Saúde (MS), que inicialmente previa a compra de equipamentos e treinamentos pelo Projeto FG e foram assumidos pelo MS, levaram a FAP a propor o redirecionamento dos recursos. Desta forma, foi proposto incentivo à implementação da cultura pelo método de Ogawa, porém este pleito não foi aprovado pelo MCP, que imaginava submeter ao Global Fund novo projeto, específico para laboratório.

Atualmente o GAL está implantado ao nível nacional, porém só está operacional nos serviços de epidemiologia e nos laboratórios centrais, já que a maioria dos laboratórios locais e unidades básicas de saúde (UBS) não têm acesso à internet, exceto UBSs do município do Rio de Janeiro. São Paulo, como já dispunha de sistema de informação próprio, optou por não implantar o GAL. Poucos laboratórios locais utilizam este sistema para cadastro do paciente e envio de amostra para cultura no LACEN. A integração do GAL com SINAN e SIM ainda não está operacional.

6.2. Objetivo 4

Fortalecimento das ações de redução da co-infecção TB/HIV compreendendo ações de detecção oportuna e tratamento de qualidade para pessoas vivendo com tuberculose e HIV/AIDS, de atividades de informação, educação e comunicação e de fortalecimento de instituições da Sociedade Civil para o desenvolvimento de ações de controle da co-infecção na própria comunidade.

6.2.1. Detecção oportuna e tratamento de qualidade para pessoas vivendo com tuberculose e HIV/AIDS

A descrição dos indicadores e metas pactuados, assim como os resultados alcançados estão no ANEXO 3.

- **Aumento da oferta de teste para HIV nos serviços de TB**
Indicadores 4.1, 4.2, 4.4 e 4.6

4.2. Nº e percentagem de pacientes de TB que receberam aconselhamento e realizaram teste para HIV/aconselhamento

Meta: 137.113. Resultado: 104.498

4.4. Nº de supervisões aos programas de TB e HIV.

Meta: 10. Resultado: 33

4.6. Nº de profissionais de saúde dos programas de TB e HIV treinados em coinfeção

Meta: 1068. Resultado: 1.168

Para informação deste e de outros indicadores no âmbito deste Projeto, foi utilizada, ao invés da base nacional, a base municipal do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), que apresentou maior velocidade dos dados, uma vez que avaliação realizada no final do 1º ano do projeto mostrou uma variação entre as duas bases de dados para o indicador 4.2, da ordem de 191%, correspondendo a 9.664 casos a menos no Sinan nacional (Relatório Anual Projeto FG-TB, Ano 1).

Para cálculo do indicador **nº e percentagem de pacientes de TB que receberam aconselhamento e realizaram teste para HIV/aconselhamento**, foram considerados os pacientes notificados como TB no sistema de informação Sinan municipal que tinham resultado do teste para HIV reativo, não reativo e andamento, conforme pactuado com o Global Fund. Um total de 104.498 pacientes com TB (82% da meta) foram submetidos ao teste para HIV ao longo dos cinco anos de desenvolvimento do Projeto (ANEXO 3).

Visando aumentar a taxa de pacientes de TB testados para HIV, considerando as dificuldades logísticas e operacionais para realização de teste sorológico tradicional pelo método ELISA (deslocamento do paciente para coleta em laboratório de referência ou transporte de soro e retardo na obtenção do resultado), o teste rápido para HIV foi disponibilizado pelo MS como alternativa para os serviços de TB.

Assim, a estratégia de implantação do Teste Rápido para HIV nos serviços de TB desenvolvida no âmbito deste Projeto visava não somente ampliação da oferta, como também o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, reduzindo a mortalidade dos casos de coinfeção TB/HIV. Segundo a estratégia proposta, o exame seria realizado nas próprias unidades básicas de saúde no momento do diagnóstico da TB, por profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros) das clínicas de TB treinados para realização do teste e do aconselhamento pré e pós-teste. Por falta de infraestrutura, nos serviços de TB, para armazenamento dos kits, e a partir da solicitação dos municípios, foram fornecidos refrigeradores de modo a viabilizar a implantação do Teste Rápido para HIV.

Os resultados alcançados para o indicador 4.2 por ano de execução do projeto estão na Tabela 3. As variações observadas nos anos 3 e 5 podem ser decorrentes de problemas no registro e fluxo da informação.

Tabela 3: Nº e percentual de pacientes com TB que recebem aconselhamento e teste para HIV segundo o ano de execução do Projeto FG

Ano de execução	Meta	Resultado	% da Meta
Ano 1	13.185	16.128	122
Ano 2	23.732	22.853	96
Ano 3	30.130	19.304	64
Ano 4	33.903	29.007	86
Ano 5	27.122*	17.206	63
Total	128.072	104.498	82

*meta ajustada para 9 meses, duração efetiva do ano5

Além do alcance das metas pactuadas apresentadas na Tabela 3, podemos dimensionar o impacto desta estratégia através da comparação das taxas de realização do teste para HIV em 2007 e em 2011 (ano calendário, Sinan nacional). Para esta análise consideramos como teste HIV realizado tanto a definição pactuada com o Global Fund, que inclui como caso testado para HIV os casos notificados com resultados reativos, não reativos e andamento e, outra mais operacional, que exclui dos casos testados aqueles com informação de exame “em andamento”, uma vez que, neste caso, não há certeza quanto à efetiva realização do exame.

Desta forma, como demonstrado na Tabela 4, 72,72% dos 43672 casos de TB notificados em 2011 informaram sobre a solicitação de teste para HIV (incluindo os “em andamento”). Se considerarmos apenas os casos com resultado reativo ou não reativo, houve incremento da proporção de casos de tuberculose efetivamente testados para HIV no período de 2007 a 2011 em nove das onze regiões metropolitanas (de 2 a 156%). Nas regiões de São Paulo, Baixada Santista da Santista e Porto Alegre, onde o percentual de casos testados pelo método Elisa já era, em 2007, superior a 70%, não se observou aumento ou, quando ocorreu, foi muito baixo, como em Porto Alegre (2%).

Este incremento, entretanto, não se deu de forma uniforme. Foi mais expressivo no norte e nordeste, especialmente nas regiões metropolitanas de Salvador (156%), São Luis (147%) e Belém (130%) e Recife (130%), atingindo taxas de realização do exame em torno de 60% e 80% em Belém e São Luis respectivamente.

Tabela 4- Proporção de casos de tuberculose testados para HIV segundo as Regiões Metropolitanas em 2007 e 2011

Região Metropolitana e seus municípios	2007			2011				Variação 2007-2011 (reativo e não reativo)	
	Total de casos de TB	Casos TB com teste HIV reativo e não reativo	Proporção de casos TB testados para HIV	Total de casos de TB	Casos TB com teste HIV reativo e não reativo	Proporção de casos TB testados para HIV reativo e não reativo	Casos TB com teste HIV reativo, não reativo, em andamento		Proporção de casos TB testados para HIV reativo, não reativo, em andamento
	nº	nº	%	nº	nº	%	nº	%	
RM de Manaus								74	
Manaus	1889	585	30,96	2154	1153	53,52	1259	58,44	
RM de Belém			23,03			53,36		130	
Belém	1563	295	18,87	2013	1197	59,46	1495	74,26	
Outro município	278	129	46,41	450	142	31,55	244	54,22	
RM de São Luis								147	
São Luis	863	273	31,63	1029	816	79,03	906	88,04	
RM de Fortaleza			38,86			50,3		28	
Fortaleza	2021	808	39,98	2063	981	47,55	1348	65,34	
Outros municípios	318	101	31,76	382	249	65,18	269	70,41	
RM de Recife			22,69			48,51		130	
Recife	2282	728	31,91	2567	1220	47,52	1815	70,7	
Outros municípios	872	426	48,85	1061	540	50,89	807	76,06	
RM de Salvador			16,31			40,63		156	
Salvador	3406	543	15,94	2782	1057	37,99	1640	58,95	
Outros municípios	99	29	29,29	213	160	75,11	178	83,56	
RM de Belo Horizonte			41,61			62,32		48	
Belo Horizonte	1398	599	42,84	1194	770	64,48	893	74,79	
Outros municípios	111	64	57,65	104	39	37,51	55	52,88	
RM do Rio de Janeiro			42,55			47,41		9	
Rio de Janeiro	7733	3263	42,19	7489	2925	39,05	5153	68,8	
Outros municípios	4484	1936	43,17	4407	2716	20,12	3607	81,84	
RM de São Paulo			76,91			69,92		-10	
São Paulo	7216	5516	76,44	7845	5183	66,06	5358	68,29	
Outros municípios	1996	1569	78,6	2426	1999	82,39	2108	86,89	
Baixada Santista			70,08			75,61		-8	
Santos	476	360	75,63	450	332	73,77	378	84	
Outros municípios	975	657	67,38	1084	828	76,38	992	91,51	
RM de Porto Alegre			75,4			74,33		2	
Porto Alegre	2166	1721	79,45	2580	1907	73,91	2067	80,11	
Outros municípios	1067	717	67,19	1379	1036	75,12	1245	90,28	
Total	41213	20319	49,28	43672	25250	57,82	31817	72,72	17

Fonte: Sinan Nacional, acesso livre, consultado em agosto 2012

Embora as regiões metropolitanas de Salvador e Recife tenham experimentado incremento considerável na oferta do teste (113 e 52% respectivamente), a taxa de realização nos municípios de Salvador e Recife continua inferior a 50%.

De forma geral, o aumento ocorreu com maior frequência nas capitais do que nos outros municípios das regiões metropolitanas, com exceção das regiões metropolitanas de Fortaleza (Caucaia, aumento de 200%), do Rio de Janeiro (Nova Iguaçu, 272%, Mesquita, 176%, Belford Roxo, 95%, São Gonçalo, 60% e Queimados, 59%, de Porto Alegre (Canoas, 104%) (Tabela 5). No município do Rio de Janeiro, onde a taxa de realização do teste para HIV 2007 já era baixa (42,19%), não se observou aumento em 2011 (39,05%).

O percentual de casos de TB testados para HIV em 2011 foi superior a 70% em 30 dos 57 municípios do Projeto FG. Destes, Mesquita, Japerí, Nova Iguaçu, Duque de Caxias (RJ), Canoas, Viamão (RS), São Luis (MA), Lauro de Freitas (BA) e Cabo de Santo Agostinho, Olinda (PE), Maracanaú (CE), Guarulhos (SP) aumentaram de maneira expressiva a realização do teste entre 2007 e 2011 (Tabela 5).

Os 25.250 casos de TB testados em 2011 correspondem a 57,82% dos casos notificados (n=43.672) pelos 57 municípios incluídos no Projeto e representam um aumento médio de 17% na realização do teste entre 2007 e 2011. Quando utilizamos o critério pactuado com o Global Fund, que inclui os casos “em andamento”, temos um acréscimo de 6.567 casos, e a cobertura passa de 57,82 para 72,72% (31.817 casos testados).

Em relação à velocidade e fluxo de dados, existem diferenças flagrantes entre o Sinan Nacional e o Municipal, mesmo considerando-se que os dados extraídos do Sinan municipal para composição dos indicadores deste Projeto referem-se a período de 12 meses diferente do ano calendário utilizado para composição das tabelas do Sinan Nacional. Os indicadores do Projeto foram alimentados semestralmente pelo Sinan Municipal com a expectativa de maior velocidade dos dados e as tabelas 4 e 5 foram elaboradas a partir do Sinan Nacional. As diferenças existentes entre as duas fontes evidenciam a fragilidade dos dados nos diferentes níveis de informação. Além disto, cabe ressaltar que a informação para o Ano 5 (fonte:Sinan municipal) que está na Tabela 3 refere-se apenas a 9 meses e as informações da Tabela 4, obtidas a partir do Sinan nacional, a 12 meses, ano calendário.

Tabela 5- Proporção de casos de tuberculose testados para HIV segundo os municípios incluídos no Projeto FG-TB em 2007 e 2011

UF	Municípios	2007			2011			Total casos TB com teste reativo e em andamento	Proporção de casos testados para HIV reativo e em andamento	Variação 2007-2011 reativo e não reativo
		Total de casos de TB	Casos TB com teste HIV reativo e não reativo	Proporção de casos testados para HIV	Total de casos de TB	Casos TB com teste HIV reativo e não reativo	Proporção de casos testados para HIV reativo e não reativo			
		nº	nº	%	nº	nº	%			
RJ	Japerí	101	63	62,37	117	114	97,43	114	97,43	56
SP	Itaquaquecetuba	124	106	85,48	111	105	94,59	106	95,49	12
SP	Taboão da Serra	69	62	89,85	108	102	94,44	105	97,22	4
SP	Itapeví	91	85	93,04	115	108	93,91	110	95,65	1
RJ	Mesquita	123	42	34,14	128	120	93,75	121	94,53	176
SP	São Bernardo do Campo	216	191	88,42	213	198	92,95	202	94,83	6
RS	Canoas	236	106	44,91	385	353	91,68	357	92,72	104
BA	Lauro de Freitas	69	6	8,69	103	93	90,29	96	93,21	500
SP	Cubatão	111	91	81,98	110	98	89,09	106	96,36	11
SP	Barueri	89	82	92,13	134	116	86,56	121	90,29	-5
SP	Guarulhos	428	383	89,48	491	423	86,15	447	91,03	-3
PE	Cabo de Santo Agostinho	95	64	67,36	127	109	85,82	109	85,82	28
SP	Mauá	104	94	90,38	161	138	85,71	143	88,81	-4
SP	Guarujá	264	165	62,51	313	259	82,74	286	91,37	32
RS	Novo Hamburgo	103	86	83,49	140	115	82,14	118	84,28	-2
RJ	Nova Iguaçu	693	154	22,22	707	580	82,03	619	87,55	272
SP	Santo André	182	141	77,47	282	227	80,49	240	85,1	4
RJ	D.Caxias	995	614	61,7	1053	835	79,29	978	92,87	27
CE	Maracanaú	162	79	48,76	239	189	79,07	198	82,84	61
MA	São Luís	863	273	31,63	1029	816	79,03	906	88,04	147
RS	Sapucaia do Sul	76	70	92,11	123	96	78,04	114	92,68	-15
SP	Carapicuíba	158	94	59,49	178	134	75,28	145	81,46	27
SP	São Vicente	374	263	70,32	391	292	74,68	376	96,16	7
SP	Mogi das Cruzes	118	102	86,44	158	118	74,68	135	85,44	-13
RS	Porto Alegre	2166	1721	79,45	2580	1907	73,91	2067	80,11	-7
SP	Santos	476	360	75,63	450	332	73,77	378	84	-3
PE	Olinda	246	141	57,31	291	214	73,53	273	93,81	30
RS	Alvorada	225	169	75,11	255	187	73,33	236	92,54	-3
RS	Viamão	120	66	55,11	200	141	70,51	164	82	29
RJ	Itaboraí	130	92	70,76	129	90	69,76	115	89,14	-1
RJ	Niterói	624	432	69,23	581	403	69,36	507	87,26	0
RS	São Leopoldo	133	109	81,95	139	93	66,91	119	85,61	-18
SP	Praia Grande	226	138	61,06	270	179	66,29	224	82,96	6
SP	São Paulo	7216	5516	76,44	7845	5183	66,06	5358	68,29	-13
MG	Belo Horizonte	1398	599	42,84	1194	770	64,48	893	74,79	49
BA	Camaçari	99	23	23,23	110	67	60,9	82	74,54	165
PA	Belém	1563	295	18,87	2013	1197	59,46	1495	74,26	215
SP	Osasco	259	99	38,22	307	178	57,98	201	65,47	53
RJ	Queimados	145	49	31,81	113	61	53,98	82	72,56	69
AM	Manaus	1889	585	30,96	2154	1153	53,52	1259	58,44	74
PE	Camaragibe	77	31	40,25	49	25	51,02	36	73,46	28
CE	Fortaleza	2021	808	39,98	2063	981	47,55	1348	65,34	20
PE	Recife	2282	728	31,91	2567	1220	47,52	1815	70,7	50
RJ	São João de Meriti	464	258	55,6	382	165	43,19	208	54,45	-23
CE	Caucaia	156	22	14,1	143	60	41,95	71	49,65	200
RJ	B Roxo	315	65	20,63	304	124	40,78	215	70,72	95
RJ	Rio de Janeiro	7733	3263	42,19	7489	2925	39,05	5153	68,8	-8
BA	Salvador	3406	543	15,94	2782	1057	37,99	1640	58,95	138
MG	Contagem	111	64	57,65	104	39	37,51			-34
RS	Gravataí	174	111	63,79	137	51	37,33	137	100	-42
PE	Paulista	141	105	74,46	194	71	36,59	129	66,49	-50
PA	Ananindeua	278	129	46,41	450	142	31,55	244	54,22	-30
RJ	São Gonçalo	541	110	20,33	568	179	31,51	441	77,64	55
PE	Jaboatão dos Guararapes	313	85	27,15	400	121	30,25	260	65	11
RJ	Nilópolis	178	21	11,79	155	23	14,83	46	29,67	25
RJ	Magé	175	36	20,57	170	22	12,94	161	94,7	-38
Total		41055	14551	49,29	43504	16907	57,82	22639	72,72	17

Fonte: Sinan Nacional, acesso livre, consultado em agosto 2012

A implantação do TR-HIV para pacientes com TB foi sem dúvida um avanço, porém sua implantação não se deu da forma esperada: ainda não está disponível na maioria dos serviços que diagnosticam TB (exceto em São Paulo) e o percentual de casos testados na área de abrangência do projeto foi de 57,82% (variação entre 97,43% a 30,25%) em 2011. Este percentual, embora superior ao observado em 2007 (49,28%), não difere do observado para o conjunto dos municípios do país não incluídos no projeto FG, que foi de 60,09% em 2011 (fonte: SINAN).

A meta de profissionais treinados para realização de TR-HIV e aconselhamento pré e pós-teste foi alcançada em todas as regiões metropolitanas (n=1168) e aumento igual ou superior a 10% do percentual de casos de TB testados para HIV foi observado em 30 dos 57 municípios entre 2007 e 2011 (variação entre 10 e 500%), especialmente nos municípios do norte e nordeste do país, onde o acesso ao teste tradicional (Elisa) era muito baixo (Tabela 5).

Levantamento realizado junto aos programas estaduais e municipais de controle da TB apontou como principais dificuldades para implementação do TR-HIV nos serviços de TB a grande rotatividade dos profissionais treinados (por transferências ou vínculos precários), a insuficiência de recursos humanos levando ao acúmulo de atribuições e sobrecarga de trabalho, a falta de local adequado/reservado para aconselhamento e realização do teste, falta de geladeira para armazenamento do kit, o tempo necessário para realização de aconselhamento e TR-HIV frente ao número de pacientes a serem atendidos, dentre outros. Além disto, a política de descentralização para a Estratégia de Saúde da Família (ESF), acentuada nestes últimos anos, aumentou consideravelmente o número de serviços que diagnosticam e tratam TB, sem a correspondente estrutura para o diagnóstico da infecção pelo HIV. Quanto ao fornecimento de insumos, de forma geral, a distribuição dos kits de TR-HIV para serviços de TB foi gradativamente sendo integrada na grade dos programas estaduais de DST-aids e hoje esta distribuição se dá, na maioria dos estados, de forma regular.

Em São Paulo, embora não se tenha observado aumento da taxa de realização do teste, que já era uma das mais elevadas do país, a implantação do TR-HIV nos serviços de TB sem dúvida representou um salto de qualidade, na medida em que houve aumento da velocidade do diagnóstico da infecção pelo HIV, beneficiando os pacientes coinfectados.

b) Tratamento da tuberculose ativa em pessoas vivendo com HIV/AIDS

Indicador 4.1

4.1. nº e percentagem de pacientes HIV reativos com TB tratados com estratégia DOTS

Indicador cumulativo anual. Metas e resultados por ano na tabela abaixo.

Tabela 6: Nº e percentual de pacientes HIV reativos que desenvolvem TB e recebem tratamento sob estratégia DOTS

Ano de execução	Meta	Resultado	% da Meta
Ano 1	500	464	93
Ano 2	1.177	781	67
Ano 3	1.212	565	47
Ano 4	1.242	794	64
Ano 5	1.079	797	74
Total	5.210	3.401	65

Os casos de tuberculose ativa em pessoas vivendo com HIV/AIDS são tratados, segundo informação dos municípios, em sua maioria nos serviços de AIDS, conforme os fluxos definidos ao nível local.

Como a integração entre os programas de TB e AIDS ainda é incipiente seja para o desenvolvimento das ações, seja ao nível do registro ou da troca de informações sobre coinfeção, não temos informação em relação aos portadores de HIV/AIDS acometidos pela TB (frequência, percentual de pacientes em TDO e taxa de letalidade), informações essas que deveriam ser fornecidas pelos programas de HIV/AIDS. Temos informação de que os serviços de AIDS, de forma geral não oferecem tratamento diretamente observado.

As variações observadas no do número de pacientes tratados a cada ano com estratégia DOTS apresentados na tabela 6 podem estar relacionados a problemas no registro e no fluxo da informação desde as unidades básicas de saúde até o nível nacional.

- **Tratamento da infecção latente pelo *M.tuberculosis* em pessoas vivendo com HIV/AIDS**
Indicadores 4.3 e 4.9

4.3. nº profissionais de saúde treinados na administração de quimioprofilaxia em indivíduos HIV reativos.

Meta: 970 – Resultado: 1041

4.9. Nº de pessoas vivendo com HIV/AIDS que receberam quimioprofilaxia com INH
Meta; não definida. Resultado: 117 (pactuado com Global Fund para reporte a partir do ano 4)

Grande esforço foi empreendido no âmbito deste projeto para sensibilizar e capacitar profissionais dos serviços de HIV/AIDS visando aumentar a oferta de tratamento da infecção latente pelo *M.tuberculosis* (ILTb) em indivíduos vivendo com HIV/AIDS, entretanto o impacto desta ação é de difícil avaliação pela inexistência de sistema nacional de registro. Apesar da capacitação de médicos e enfermeiros dos serviços de HIV/AIDS (n=1041) no manejo clínico da coinfeção TB/HIV com ênfase na prevenção pela quimioprofilaxia da TB e o treinamento de enfermeiros dos serviços de infectologia na realização do PPD, o tratamento da tuberculose latente ainda é bastante limitado.

Existem dificuldades operacionais para realização do teste tuberculínico relacionadas à falta de profissional treinado e em número suficiente, além da necessidade de retorno do paciente ao serviço após de 72 hs para leitura do teste, o que deve coincidir com dias úteis. Além disso, a falta de sensibilização dos médicos, que muitas vezes dão pouca importância ao assunto, o fato dos programas priorizarem o tratamento da TB ativa em detrimento da latente, o receio de tratar indevidamente com monoterapia, no caso de haver falha no diagnóstico da TB ativa, dentre outros, foram identificados como fatores que têm dificultado a implementação da quimioprofilaxia para TB em pessoas vivendo com HIV/aids.

Temos notícia de que no município de São Paulo o teste tuberculínico está disponível em 15 dos 25 serviços do Programa de DST/AIDS, em Belo Horizonte, em 3 dos 5 serviços ambulatoriais de referência.

É desconhecido o número de pessoas vivendo com HIV/AIDS que deveriam realizar quimioprofilaxia para TB, seja a partir de casos novos de infecção pelo HIV, seja a partir da realização anual do teste tuberculínico em pessoas infectadas pelo HIV. Também é desconhecido ao nível do país, o número de pessoas vivendo com HIV/AIDS submetidas ao tratamento da infecção latente pela TB, pela inexistência de sistema de informação nacional.

Os registros de tratamento da infecção latente por TB em pacientes com infecção pelo HIV são extremamente baixos e refletem as dificuldades de sua implantação nos serviços de saúde. Somente São Paulo e Rio de Janeiro relataram tratamento de infecção latente por TB (71 e 46 indivíduos respectivamente, entre fevereiro e abril de 2012). Embora não exista meta definida, estes números são baixos e provavelmente representam projetos pilotos desenvolvidos localmente e não uma prática rotineira dos serviços de saúde.

A tentativa de implantação de instrumento de registro e de um sistema nacional de informação sobre quimioprofilaxia para TB que incluiria indivíduos HIV positivos, além das demais indicações de quimioprofilaxia para TB proposto no âmbito deste projeto em

2008, foi abortada pelos Programas Nacionais de DST/AIDS e de Tuberculose, que temiam a multiplicação de sistemas de informação.

Embora não tenhamos conseguido avançar na implementação de um sistema nacional de informação, diversos estados tomaram a iniciativa e já implantaram ou estão desenvolvendo instrumentos próprios de registro e definindo fluxos da informação nos níveis municipal e estadual, como o estado do Rio de Janeiro, São Paulo, Ceará, Maranhão, Minas Gerais e os municípios de Porto Alegre e São Leopoldo, estes dois últimos utilizando formulário específico elaborado no âmbito do Projeto FG. Entretanto, com exceção de São Paulo, que possui sistema informatizado ao nível estadual, estes instrumentos ainda permanecem arquivados em prontuários ou setores de vigilância epidemiológica por falta de sistema de informação.

Assim, não é possível evidenciar eventuais progressos, mesmo que locais, na implementação de quimioprofilaxia para TB em pacientes vivendo com HIV/AIDS.

6.2.2. Fortalecimento de instituições da Sociedade Civil para o desenvolvimento de ações de controle da coinfeção

Indicadores 4.5, 4.7 e 4.8

4.5. nº de agentes comunitários treinados para apoiar pacientes coinfectados

Meta: 630. Resultado: 670

4.7. nº de projetos de OSC aprovados para financiamento de atividades em coinfeção TB/HIV

Meta: 29. Resultado: 27

4.8. nº de pessoas atingidas pelos projetos das OSCs

Meta: 58.000. Resultado: 82.492

As estratégias adotadas pelo Projeto Fundo Global Tuberculose Brasil no que se refere à coinfeção HIV-TB, integram um conjunto de atividades destinadas a promover a participação da sociedade civil e a plena integração de todos os atores governamentais, seguindo caminho já trilhado pela resposta brasileira frente ao HIV/Aids, que teve no **empoderamento** das pessoas afetadas, na mobilização comunitária e no fortalecimento da parceria Organismos Governamentais (OG)/ONG seus principais pilares, priorizando em suas ações, os grupos mais vulneráveis. O Fórum ONGs TB do Rio de Janeiro, que atua em estreita articulação com o Fórum ONG Aids local, serviu de inspiração para a mobilização em outros estados da Federação na criação de estruturas similares de mobilização e atuação. Uma importante ação de mobilização política em TB foi a criação, no âmbito da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (ALERJ), da Frente

Parlamentar Estadual de Aids e Tuberculose no Rio de Janeiro e do Dia Estadual de Conscientização e Mobilização de Combate à Tuberculose, servindo de modelo para a criação de Frentes similares em outros estados e, mais recentemente, (março 2012), para a criação da **Frente Parlamentar Nacional de Luta Contra a Tuberculose**, no Congresso Nacional. Estas alianças antecederam e fomentaram para que o Conselho Nacional de Saúde aprovasse em Julho 2011 a RESOLUÇÃO Nº 444, que traz novas deliberações para a política nacional de controle da Tuberculose. Inspirados na experiência do STOP TB PARTNERSHIP e com apoio do PNCT/MS e OPAS, foi criada em 2004 a “**Parceria Brasileira Contra a Tuberculose**” buscando integrar nacionalmente, OG, Academia e Sociedade Civil Organizada (OSC) para o fomento de uma ação coletiva de mobilização e enfrentamento à Tuberculose.

No âmbito do Projeto Fundo Global no Brasil, para fortalecer as ações de **Advocacy, Comunicação e Mobilização Social**, em parceria com as OSC e o setor comunitário foi criado o MCP (Mecanismo Coordenador de País) e instâncias locais, denominadas “**Comitês Metropolitanos**” nas 10 Regiões Metropolitanas Prioritárias que pudessem articular, aproximar e integrar OSC, Academia e Gestores locais da Tuberculose e da Aids, incentivando-os a monitorarem o planejamento, implementação e execução das ações locais do Projeto Fundo Global. Esses Comitês passaram a assumir o papel de protagonistas nesse processo, articulando-se em uma Rede Nacional e serviram de inspiração para a criação de estruturas similares em outros estados não incluídos no Projeto FG. A estratégia mais emblemática foi a experiência piloto do “**DOTS COMUNITÁRIO**” para melhorar, segundo abordagem comunitária, a busca, o diagnóstico e o tratamento supervisionado de TB em áreas de alta endemicidade, difícil acesso e grupos com maior vulnerabilidade.

No que se refere ao controle da coinfeção TB/HIV, visando sensibilizar e mobilizar diferentes atores sociais sobre o impacto silencioso da Tuberculose em suas respectivas áreas de atuação, a FAP realizou ao longo do período de execução do Projeto, “**Oficinas de Sensibilização para Lideranças Comunitárias**” apresentando os indicadores locais e regionais do HIV/Aids, da Tuberculose e da Coinfeção TB/HIV, além de apresentar para esses atores aquilo que já vinha sendo feito, de forma a identificar, junto com elas, estratégias para ampliação dessa rede solidária e para a formação de novas parcerias estratégicas locais. Nesse sentido foram realizadas Oficinas em Minas Gerais, Bahia, São Paulo e Rio de Janeiro. Cabe ainda ressaltar a participação da sociedade civil na Rede de Monitoramento e Avaliação.

Vários materiais foram elaborados como livro de bolso sobre coinfeção TB-HIV e material de divulgação como cartazes (25.000 exemplares) e folders (105.000

exemplares) usados pelos OSC e OG envolvidas no controle da coinfeção TB/HIV nas comunidades e também nas estruturas de diagnóstico e tratamento.

Ainda em relação às ações do Projeto Fundo Global, merece destaque o incentivo a **Projetos de Intervenção Comportamental** junto a segmentos estratégicos, para o enfrentamento à coinfeção TB/HIV. Para viabilizar este componente do Projeto FG, a FAP, receptora responsável por esta ação, articulada com o PNCT/MS e MCP, elaborou e executou os respectivos Editais Públicos de Seleção de Projetos, constituiu os Comitês Externos para Seleção e, após definidos os projetos aprovados em três editais, responsabilizou-se pelas devidas adequações, pactuadas entre as partes interessadas, pela celebração dos Convênios e pelo monitoramento de sua execução. A relação e a distribuição geográfica dos projetos de OSC financiados estão nos ANEXOS 5 E 6 respectivamente.

Sendo reduzido o número de ONGs com histórico recente de ativismo para o combate à TB, os editais executados sob a tutela da FAP, com a possibilidade de cobertura de até 22 projetos, tiveram, além do seu papel simbólico, um papel de deflagrador de uma nova abordagem junto a segmentos estratégicos da sociedade e foi um dos elos na construção de relações de parceria e articulação entre os serviços públicos, particularmente os PCT (estaduais e municipais) e as ONGs, indicador esse fundamental frente aos desafios que a coinfeção TB/HIV nos apresenta.

Cumpramos ressaltar que a escolha das regiões contempladas no último edital foi fruto do que se convencionou chamar de “Planejamento Ascendente”, ficando por conta da deliberação pelos Comitês Metropolitanos, das regiões prioritárias que, a partir dos recursos disponíveis e das demandas locais, decidiram pela necessidade ou não dessas ações.

Por conta da necessidade de referenciais mínimos, coerentes com a proposta aprovada pelo FG, os projetos aprovados nos três editais públicos partiram de uma expectativa de um número mínimo de pessoas a serem acessadas por suas ações específicas, de uma forma geral na ordem de 2.500 pessoas cada, entendendo-se por “pessoas acessadas”; além daquelas que efetivamente participaram de ações estruturadas tais como reuniões, capacitações e oficinas, também aquelas que, sob as mais diferentes formas tais como feiras de saúde, abordagens de rua e outros meios, foram informadas sobre o impacto da tuberculose.

Desde a apresentação dos primeiros relatórios técnicos e financeiros, pudemos constatar que algumas dessas Instituições encontraram dificuldades em seguir aquilo que fora orientado tanto no momento de assinatura dos Convênios como na etapa de adequação

dos projetos. Aliado a uma relativa fragilidade administrativa de um bom número das conveniadas e à descontinuidade das equipes iniciais envolvidas nessas ações, fez com que alguns desses projetos encontrassem dificuldades no cumprimento das etapas planejadas e até mesmo no seu gerenciamento, sinalizando para nós a necessidade de um maior rigor por ocasião da sua análise, tanto no que se refere às responsabilidades legais das Instituições conveniadas, como também no empenho de esforços para que essas ações sejam legitimadas e articuladas junto aos gestores locais e respectivos Comitês Metropolitanos. Em que pese essas dificuldades, mesmo considerando que algumas poucas Instituições apresentaram problemas na execução parcial ou total do Projeto, se analisarmos a pertinência dos mesmos em termos qualitativos, o resultado apresentado, mesmo que parcial, teve um bom desempenho e serviu de importante indicador para ações futuras.

O seminário para avaliação do impacto desses projetos e das dificuldades encontradas para implementá-los, realizado em abril de 2012, evidenciou, além da desarticulação entre os Programas de DST/Aids e Tuberculose, que dificulta o desenvolvimento de ações integradas, a resistência dos profissionais, que mantém uma relação verticalizada com as organizações e população, a dificuldade de acesso às comunidades pela violência e poder paralelo como obstáculos ao desenvolvimento das ações de controle da co-infecção TB-HIV propostas.

Como estratégias para enfrentamento foram apontados o trabalho em rede, a disponibilização de dados epidemiológicos para demonstrar a importância do problema, pactuação local entre as diversas esferas de governo para definição de estratégias de mobilização social em espaços políticos e mídia; redução do envolvimento político na escolha dos coordenadores das áreas da saúde, privilegiando a competência técnica. A parceria com a mídia local foi estratégica para superação dos obstáculos encontrados no início.

Com a retomada da Tuberculose enquanto pauta prioritária das ações de promoção da saúde, uma significativa “onda” de mobilização passou a atingir instâncias da sociedade até então parcial ou absolutamente alienadas à essa questão, inclusive o próprio Movimento Nacional de Luta Contra a Aids, diretamente afetado pelo impacto da TB.

Com o resgate social dessa pauta, a Fundação Ataulpho de Paiva – Liga Brasileira Contra a Tuberculose, resgatando seu papel protagonista de mobilização social e promoção da saúde retomou uma antiga proposta e, no rastro do legado do FG, está abrindo o Centro de Ação Social FAP com o objetivo de fomentar o desenvolvimento de ações comunitárias de promoção da saúde com ênfase na atenção às questões da Tuberculose e Aids e no fomento à interlocução e ações integradas com estudantes universitários de diferentes

áreas de formação no intuito de diminuir as distâncias entre comunidade e academia e fomentar uma formação universitária humanista e sensível às realidades locais.

6.3 Avaliação epidemiológica

Três indicadores de impacto foram pactuados, a saber: taxa de incidência de casos de TB positivos à baciloscopia, taxa de mortalidade por TB e taxa de detecção de casos bacilíferos, além de outros dois indicadores de acompanhamento: percentagem de sucesso de tratamento e percentagem de população coberta por DOTS.

As metas e resultados alcançados ao final do 5º ano de desenvolvimento do Projeto FG-TB estão na Tabela 7 e ANEXO 7.

Tabela 7: Indicadores, metas e resultados alcançados ao final do Ano 5 de desenvolvimento do Projeto FG-TB

Indicador	Linha de base		Meta	Resultado
	Valor	ano		
Taxa de incidência de casos positivos de TB	42.1/100.000	2003	40.0/100.000	37.8/100.000
Taxa de mortalidade por TB	5.1/100.000	2002	3.5/100.000	4.21/100.000
Taxa de detecção: casos novos BAAR positivos	72%	2004	80%	94%
Taxa de sucesso de tratamento: casos novos BAAR positivos	70%	2002	85%	67.7%
Percentagem da população coberta por DOTS*	26%	2002	90%	74.8%

- *População coberta por unidade de saúde onde ao menos um paciente foi submetido a supervisão do tratamento no ano.*

- **Taxa de incidência de casos de TB positivos à baciloscopia.**

O período de análise deste indicador é de janeiro a dezembro. As metas para os anos 1 a 5 foram recalculadas utilizando-se o ano de 2003 como linha de base e as estimativas da OMS para taxa de incidência de positivos à baciloscopia. Segundo esta estimativa, as metas tenderiam a aumentar do ano 1 ao ano 3 como reflexo da maior descoberta de casos; para os anos 4 e 5 as metas tenderiam a diminuir como resultado do aumento do controle da doença.

O resultado para o ano 5 foi calculado utilizando-se os dados de 2010 obtidos através do Sinan municipal. Embora a taxa de incidência observada (37.8/100.000) seja inferior a meta definida (40/100.000 hab), observa-se ao longo destes anos uma pequena redução das taxas de incidência de bacilíferos (de 42.1 em 2003 para 37.8/100.000 hab em 2010), sem que tenha havido o aumento esperado nos anos iniciais desta série. Este resultado é

relativamente modesto e representa uma taxa média de decréscimo de 1,4% ao ano. Cabe assinalar que neste período foi desenvolvido um grande esforço pelo PNCT visando a eliminação de duplicidades no banco de dados, o que pode ter contribuído para a redução da taxa incidência.

- **Taxa de mortalidade por TB**

O período de análise deste indicador é de janeiro a dezembro. Foram utilizados para o ano 5 os dados obtidos a partir do Sistema Nacional de Mortalidade (SIM) referentes a 2010. A taxa de mortalidade observada (4,2/100.000 hab) foi superior à meta programada que era de 3.5/100.000 hab. A redução média anual observada foi da ordem de 2,2% ao ano. Pode ter contribuído para esta baixa redução da velocidade de decréscimo deste indicador o fato de, neste período, o Ministério da Saúde, visando a melhoria dos dados sobre mortalidade, ter realizado o cruzamento dos bancos SIM e Sinan. Não podemos entretanto negligenciar a eventual contribuição de óbitos por caso de coinfeção TB/HIV para manutenção destas taxas.

- **Taxa de detecção: casos novos BAAR positivos**

Este indicador foi construído a partir da relação entre a taxa de incidência de bacilíferos de 2010 (37,8 casos por 100,000 pessoas) dividida pela taxa de incidência de bacilíferos estimada (40/100.000 pessoas/ano). Meta: = 80% e resultado= 94% (117,5%)

- **Taxa de sucesso de tratamento: casos novos bacilíferos**

A meta era tratar com sucesso 85% dos casos novos bacilíferos. De janeiro a dezembro de 2010 foram identificados 33.346 casos novos bacilíferos, dos quais 67,7% (n=22.553) foram tratados com sucesso.

- **Porcentagem da população coberta por DOTS***

Este indicador representa a população coberta por US que realiza DOTS em relação à totalidade da população coberta por US, entendendo-se US que realiza DOTS como unidade que realizou ao menos tratamento supervisionado de um paciente durante o ano.

Segundo este indicador, 74,8% da população está coberta por DOTS (83% da meta, que era 90%). A construção deste indicador nos parece equivocada porque dá a entender que 74,8% dos casos identificados naquele ano foram tratados com DOTS, o que não é verdade, uma vez que este percentual refere-se à proporção de casos identificados em

unidades de saúde que realizam DOTS e não representa necessariamente o número de pacientes em tratamento supervisionado.

- **CONCLUSÕES**

O Projeto do Fundo Global contribuiu de forma significativa para a formação em TB de profissionais de saúde e de membros da sociedade civil organizada, quer através da promoção de seminários e reuniões técnicas, quer através da criação da Rede de Monitoramento e Avaliação, segundo opinião de gestores e representantes da sociedade civil nos Comitês Metropolitanos. Estes fóruns foram muito importantes para maior aproximação entre os programas de TB e DST/AIDS e para maior implicação das OSCs, na medida em que deu maior visibilidade às questões relacionadas à coinfeção TB/HIV, possibilitando a introdução do tema em suas pautas.

Entretanto esta integração ainda é incipiente e reflete na qualidade da atenção prestada ao paciente, como retardo na identificação e tratamento dos casos, além de ocasionar problemas relacionados ao registro e fluxo de informação. Devido às dificuldades de integração entre os Programas de HIV/AIDS e TB nas diversas esferas governamentais, só conseguimos trabalhar na área de pacientes com TB que desenvolveram infecção pelo HIV. Na área de pessoas vivendo com HIV/AIDS, nossa atuação se limitou às atividades de capacitação em coinfeção de profissionais de nível superior, especialmente médicos, que atuam nos serviços de HIV/AIDS.

Por outro lado, observa-se avanços a partir das diferentes ações deflagradas pelo Projeto Fundo Global Brasil, através de ações articuladas e complementares, como a participação de representantes da Sociedade Civil em comitês e a incorporação da Tuberculose na Comissão Estadual de Aids do Rio de Janeiro, órgão colegiado vinculado à SES/RJ que, a partir de 2009, passou a chamar-se de Comissão Estadual de Aids e Tuberculose, a edição da Resolução do Conselho Nacional de Saúde que coloca TB como prioridade no Ministério da saúde e a criação da Frente parlamentar na Assembleia Nacional.

Avanços devem ser considerados como o apoio às ações inovadoras, especialmente na área de DOTS comunitário, população de rua e prisional (objetivos 1 e 2), desenvolvidas sob responsabilidade da Fiotec e na área de mobilização e controle social e na ampliação e interiorização da oferta do teste para HIV.

Existem ainda problemas importantes em relação ao sistema de informação, especialmente à qualidade e velocidade dos dados, que certamente influenciam na avaliação do impacto das ações implementadas.

Alguns indicadores como o tratamento supervisionado em coinfeção e realização de teste para HIV estão fora da governabilidade da FAP, assim como as atividades de supervisão aos laboratórios locais após o término do período de financiamento pelo Projeto FG (final ano 3, exceto SO e RJ, até ano 4). Desta forma, seria prudente que ao estabelecer os indicadores e metas, sejam definidos também junto ao Global Fund, os indicadores sobre os quais o receptor tem governabilidade.

Maior agilidade de análise pelo agente local e de feedback ao receptor pelo Global Fund, permitiriam ajustes oportunos e contribuiriam de forma efetiva para o aprimoramento dos projetos em curso.

As dificuldades encontradas para obtenção dos dados necessários ao Projeto FG por problemas do sistema de informação (Sinan), serviram de mote para a estruturação, ao nível nacional, da Rede de Monitoramento e Avaliação. Também graças às demandas do projeto FG, o Sinan foi remodelado, inclusive com modificação da ficha de notificação de casos, que passou a incorporar dados sobre coinfeção TB/HIV, até então inexistentes.

Em relação à sustentabilidade dos Comitês Metropolitanos, esta resta a ser definida. Temos informação de que, mesmo após o encerramento do Projeto, os CMs continuam a se reunir na expectativa de encontrar um caminho que garanta sua continuidade, uma vez que, além do pequeno financiamento para infraestrutura, perdem também poder influência na definição das atividades a ser implementadas, já que aprovação pelo CM era até então condição necessária para o financiamento de ações propostas pelos municípios a partir do ano 3, através do planejamento ascendente. Reuniões regionais de articulação estão sendo realizadas com técnicos do PNCT com o objetivo de definir estratégias de sustentabilidade. Estas estratégias, porém, parecem estar mais relacionadas a soluções institucionais do que propostas próprias da sociedade civil, o que pode vir a comprometer a independência destas organizações no Comitê. O Ministério da Saúde está alocando recursos para criar facilidades para o fomento dos CMs já no ano de 2012, visando garantir não só a sustentabilidade destas estruturas, como também sua expansão para áreas do país não atingidas pelo Projeto FG-TB.

A padronização dos procedimentos laboratoriais através da elaboração de POPs (Procedimento Operacional Padrão) pelos laboratórios locais e a implantação do Programa de Controle de Qualidade foram sem dúvida grandes avanços, porém está ainda incerto como o Ministério da Saúde irá assegurar sua continuidade, assim como não parece existir uma estratégia de descentralização da cultura visando aumentar a oferta de teste de sensibilidade. Apesar do aumento de recursos no MS para o enfrentamento da TB, perdeu-se em termos de qualidade da supervisão dos laboratórios, o GAL ainda não está efetivamente implantado e a oferta de cultura para BK e TSA ainda é muito limitada.