

DESCENTRALIZAÇÃO DO ACESSO AO SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE TRATAMENTOS ESPECIAIS EM TUBERCULOSE

DECENTRALIZATION OF ACCESS TO SPECIAL TUBERCULOSIS TREATMENT INFORMATION SYSTEM

DESCENTRALIZACIÓN DEL ACCESO AL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE TRATAMIENTOS ESPECIALES EN TUBERCULOSIS

Daniela Wilhelm¹
Mauricio Vieira Rodrigues²
Priscila Tadei Nakata¹
Sabrina da Cunha Godoy³
Carine Raquel Blatt⁴

Como citar este artigo: Wilhelm D, Rodrigues MV, Nakata PT, Godoy SC, Blatt CR. Descentralização do acesso ao sistema de informações de tratamentos especiais em tuberculose. Rev baiana enferm. 2018;32:e25134.

Objetivos: discutir o processo de descentralização do acesso ao Sistema de Informações de Tratamentos Especiais em Tuberculose (SITETB) e caracterizar os pacientes notificados e tratados. **Método:** estudo quantitativo realizado com dados das bases do SITETB, no período de 2013 a 2016, no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, realizado em quatro etapas: elaboração de fluxos, escolha das instituições contempladas com o acesso ao sistema, capacitação das equipes e monitoramento das notificações e acompanhamento dos casos. **Resultados:** o Sistema de Informações de Tratamentos Especiais em Tuberculose foi descentralizado para cinco centros de referência em tuberculose, nove hospitais gerais e para o Presídio Central. A maioria dos pacientes notificados está na faixa etária economicamente ativa, são homens e predomina a forma pulmonar da tuberculose. **Conclusão:** a descentralização de sistemas de informação pode trazer desafios que exigem modificações nas relações de gestão e assistência envolvidas nesse processo.

Descritores: Tuberculose. Assistência Integral à Saúde. Descentralização. Sistemas de Informação em Saúde.

Objectives: Discuss the decentralization process of access to the Special Tuberculosis Treatment Information System (SITETB) and to characterize the patients notified and treated. Method: quantitative study using data from the SITETB databases, from 2013 to 2016, in the city of Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil, carried out in four stages: elaboration of flows, choice of institutions receiving access to the system, training of the teams and monitoring of notifications and case monitoring. Results: The Special Tuberculosis Treatment Information System was decentralized

¹ Enfermeiras no Hospital Sanatório Partenon, Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, Departamento de Coordenação dos Hospitais Estaduais. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. daniela.wilhelm@yahoo.com.br

² Médico no Hospital Sanatório Partenon e no Programa Estadual de Controle da Tuberculose, Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, Departamento de Coordenação dos Hospitais Estaduais. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Farmacêutica no Hospital Sanatório Partenon, Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, Departamento de Coordenação dos Hospitais Estaduais. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. sabrina.godoy@gmail.com

⁴ Professora Adjunta da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Tutora da Residência Integrada em Saúde – Ênfase em Intensivismo. Professora do Programa de Pós-graduação em Hepatologia. Colaboradora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. carine.blatt@gmail.com

to five referral centers in tuberculosis, nine general hospitals and the Central Prison. Most of the notified patients are in the economically active age group, are men and the pulmonary form of tuberculosis is predominant. Conclusion: decentralization of information systems can raise challenges that require changes in the management and care relationships involved in this process.

Descriptors: Tuberculosis. Comprehensive Health Care. Decentralization. Health Information Systems.

Objetivos: discutir el proceso de descentralización del acceso al Sistema de Información de Tratamientos Especiales en Tuberculosis (SITETB) y caracterizar pacientes notificados y tratados. Método: estudio cuantitativo, con datos de las bases del SITETB, de 2013 a 2016, en el municipio de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, en cuatro etapas: elaboración de flujos, elección de las instituciones contempladas con acceso al sistema, capacitación de los equipos y monitoreo de las notificaciones y seguimiento de los casos. Resultados: Sistema de Información de Tratamientos Especiales en Tuberculosis descentralizado para cinco centros de referencia en tuberculosis, nueve hospitales generales y para el Presidio Central. Mayoría de los pacientes notificados en el grupo de edad económicamente activa, hombres y predominio de la forma pulmonar de la tuberculosis. Conclusión: la descentralización de los sistemas de información puede traer desafíos que requieren cambios en las relaciones de gestión y asistencia involucradas en este proceso.

Descritores: Tuberculosis. Atención Integral de Salud. Descentralización. Sistemas de Información en Salud.

Introdução

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) utiliza dois sistemas de informações, complementares entre si, para notificação e acompanhamento de pacientes com diagnóstico de TB, com o objetivo de ampliar o controle da tuberculose (TB) no Brasil⁽¹⁾, a saber: o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e, mais recentemente, o Sistema de Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose (SITETB). Pacientes em uso de esquema básico (EB) para o tratamento da TB devem ser notificados no SINAN e pacientes que não tiverem indicação de uso do EB, por reações adversas, certas comorbidades ou por resistência a algum medicamento devem ser notificados e acompanhados no sistema *on-line* SITETB⁽²⁾.

O SITETB é uma ferramenta da *web* utilizada no Brasil. Foi desenvolvida com base na experiência brasileira com o sistema de informação da tuberculose multirresistente (Sistema TBMR) do Centro de Referência Professor Hélio Fraga (CRPHF) e a versão internacional do sistema *e-TB Manager*, original do projeto *Management Sciences for Health* (MSH), utilizado por dez países, que auxilia os profissionais envolvidos a acompanhar em tempo real os tratamentos de TB⁽²⁻³⁾. O SITETB permite ao profissional notificar, acompanhar e monitorar os desfechos dos casos

especiais da doença. Essa plataforma também permite a notificação de casos de micróbacterias não tuberculosas (MNT), especialmente os casos com diagnóstico diferencial de TB⁽²⁾. Tal sistema constitui-se como uma ferramenta para o fortalecimento do controle da TB pela integração em tempo real da notificação e gerenciamento dos casos, controle e dispensação de medicamentos e vigilância epidemiológica em uma única plataforma eletrônica.

Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul (RS), em 2010, apresentava uma população de 1.409.351 pessoas⁽⁴⁾. Em 2016 apresentava taxas de incidência em torno de 80 casos por 100.000 habitantes⁽⁵⁾. Este município tem se destacado também em relação às altas taxas de coinfeção TB/HIV, em torno de 25%⁽⁶⁾. Apesar de o PNCT preconizar que a atenção primária em saúde deva ser a principal porta de entrada para os casos de TB, a maioria dos diagnósticos ainda é realizado na atenção terciária⁽⁷⁾. Em 2013, 42% dos diagnósticos foram realizados em Pronto Atendimento e Hospitais; em 2014, 45%; e em 2015, 44%⁽⁸⁾.

O manejo dos casos de TB de maior gravidade ou com necessidade de utilização de esquemas diferentes do EB é de competência dos profissionais dos Centros de Referência de

tratamento da TB (CRTB), que possuem conhecimento das alternativas terapêuticas disponíveis⁽⁷⁾. Todos os casos confirmados de TB devem obrigatoriamente ser notificados no SINAN. Os casos que iniciaram tratamento com EB e necessitarem utilizar algum esquema especial (EE) deverão ser encerrados no SINAN, como “mudança de esquema”, “falência”, “mudança de diagnóstico” ou “TB droga resistente (TBDR)”. Após serem encerrados no SINAN, os casos de TB com indicação de EE ou de TBDR serão notificados no SITETB. As coordenações dos Programas de Controle da Tuberculose (PCT) em todas as esferas, os laboratórios e os serviços responsáveis pelo atendimento dos pacientes devem ter acesso ao SITETB, contribuindo para a vigilância epidemiológica dos casos com necessidade de EE⁽¹⁻²⁾.

Este artigo tem por objetivo discutir o processo de descentralização do acesso ao Sistema de Informações de Tratamentos Especiais em Tuberculose e caracterizar os pacientes notificados e tratados.

Método

Trata-se de estudo descritivo exploratório, de natureza quantitativa e retrospectiva, realizado com dados das bases do SITETB, no período de 2013 a 2016.

A amostragem do estudo desenvolveu-se por conveniência⁽⁹⁾, isto é, a seleção das unidades amostrais ficou a cargo do pesquisador, que utilizou como critério de seleção ser instituição de referência de complexidade secundária e/ou terciária em saúde para TB dentro do município de Porto Alegre, Brasil, e atender e acompanhar pacientes portadores de TB em uso de esquema especial. Além disso, foi considerada, como critério, a notificação de mais de dez casos de TB no SINAN anualmente, incluindo as demandas de tratamentos especiais da TB, de MNT e TBDR desses locais. Dessa forma, cinco Centros de Referência em Tratamento para Tuberculose (CRTBs), nove hospitais gerais e o Presídio Central do município constituíram a amostra de

instituições para descentralização do acesso ao SITETB.

Em relação à caracterização dos casos notificados no SITETB, a população foi constituída de todos os casos notificados no RS, resultando em 1.764 pacientes, dos quais 1.693 casos foram notificados e atendidos inicialmente em serviços de saúde de Porto Alegre. A amostra final foi constituída pelos 735 pacientes notificados e residentes em Porto Alegre. Para tal, utilizou-se como critério de inclusão ser residente e notificado em Porto Alegre. Foram excluídos do processo os casos notificados em Porto Alegre não residentes no município.

O processo de descentralização do acesso ao SITETB foi realizado em quatro etapas pela equipe técnica que organizou e operacionalizou o processo, de acordo com as diretrizes do PNCT. As etapas compreenderam a elaboração de fluxos locais, a escolha das instituições a serem contempladas com o acesso ao sistema, a capacitação das equipes e o monitoramento das notificações e acompanhamento dos casos no sistema.

No tocante à caracterização dos casos, as variáveis ano do início do tratamento da doença, local de residência, local de tratamento, faixa etária, sexo, forma clínica da doença e tipo de encerramento foram coletadas por meio de solicitação ao Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão, do portal do governo brasileiro, sob o número de protocolo 25820.000470/2017-05. As bases de dados do SITETB foram recebidas em 6 de fevereiro de 2017. A identificação e os dados pessoais dos pacientes foram preservados.

A análise foi temporal, por meio de dados secundários tabulados em planilhas do *Microsoft Excel*, para que fosse possível a realização de cálculos estatísticos. Importante destacar que a caracterização dos casos deste estudo não tem a pretensão de esgotar o tema, uma vez que os pacientes, quer sejam TB, MNT ou TBDR, foram agrupados sem distinção do tipo de caso.

Os aspectos éticos foram respeitados em consonância com a Resolução n. 466/2012⁽¹⁰⁾, não sendo possível identificar os casos de TB.

Resultados

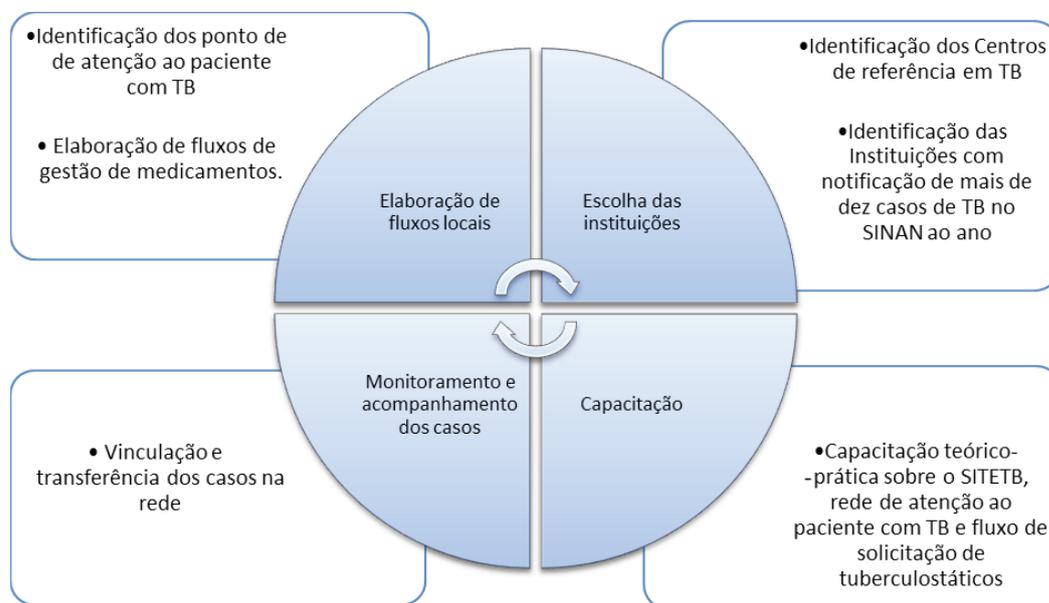
A seguir serão apresentadas a descrição do processo de descentralização do acesso ao SITETB e a caracterização dos pacientes notificados nesse sistema em Porto Alegre entre os anos de 2013 e 2016.

Descrição do processo de descentralização do acesso ao SITETB

A partir de 2013, o PCT de Porto Alegre em conjunto com o Programa Estadual de Controle

da Tuberculose do RS (PECT/RS) deu início à descentralização do acesso ao SITETB para serviços de referência no município. As etapas da construção desse processo foram: elaboração de fluxos, escolha das instituições a serem contempladas com o acesso ao SITETB, capacitação das equipes e monitoramento das notificações e acompanhamento dos casos no sistema, conforme descrito na Figura 1.

Figura 1 – Etapas do processo de descentralização do acesso ao SITETB



Fonte: Elaboração própria.

A elaboração ou revisão dos fluxos foi a primeira etapa para desencadear o processo de descentralização do acesso ao SITETB. Os fluxos locais referem-se ao desenho da linha de cuidado ao paciente ou mesmo a identificação dos pontos da rede de atenção do município. Foram identificados como pontos de atenção ao paciente com TB: na Atenção Básica, 141 Unidades Básicas de Saúde, 112 Unidades com Saúde da Família e 11 Unidades da Atenção Básica para atendimento das populações específicas (dentre estas, 2 prisionais). Entre os pontos de atenção especializada ambulatorial foram identificados 5

CRTBs; da atenção hospitalar, foram 5 unidades pré-hospitalares e 24 hospitais gerais⁽⁸⁾.

Ainda nessa primeira etapa, foi necessária a definição da gestão da assistência farmacêutica ao paciente com TB, para tornar possível apontar e ajustar os fluxos de solicitação de tuberculostáticos no município. Após a descentralização do acesso ao SITETB, fez-se necessária também a descentralização do acesso aos medicamentos. A pactuação entre os diferentes atores envolvidos no processo de gerenciamento de estoque de medicamentos especiais do SITETB (PCT, médicos, enfermeiros e farmacêuticos)

foi importante e resultou em ajustes nos fluxos locais, redirecionando a solicitação de medicamentos. Alguns aspectos foram observados (de forma empírica), tais como: maior agilidade no início dos tratamentos com esquemas especiais, agilidade na resolução das divergências entre esquemas prescritos e esquemas padronizados pelo Ministério da Saúde e o desenvolvimento da cultura, nas instituições, da importância de aliar as rotinas de dispensação com as de notificações dos casos.

A segunda etapa foi a escolha das instituições que seriam contempladas com o acesso ao SITETB. No ano de 2013, conforme o planejamento, esse acesso foi ampliado para o PCT, para os três hospitais gerais de alta complexidade e para cinco CRTBs. Em 2014, o número de hospitais com acesso ao sistema foi ampliado para sete, e os profissionais dos centros de referência foram atualizados. Em 2016, nove hospitais gerais tinham acesso ao SITETB, além do hospital estadual referência para TB, o Presídio Central e quatro CRTB, pois um centro foi desativado em 2015.

Esses foram identificados como os pontos de atenção da rede onde são atendidos os casos de TB de maior gravidade ou com necessidade de utilização de esquemas diferentes do EB. Entendeu-se que não seria vantajoso para o município e nem para as instituições de saúde descentralizar o acesso ao SITETB para todos os pontos da rede de atenção, uma vez que o sistema demanda conhecimentos de equipes com experiência em manejo da TB e conhecimento da variedade de alternativas terapêuticas disponíveis. Para instituições com número de notificação no SINAN inferior a 10 casos por ano, mantiveram-se as notificações e o acompanhamento dos casos no SITETB centralizadas no PCT.

A terceira etapa do processo foi a capacitação teórico-prática das equipes assistenciais com

o objetivo de explicar as ferramentas do SITETB e como elas devem ser utilizadas para a gestão de casos, medicamentos e vigilância epidemiológica, de acordo com as diretrizes do CRPHF e PNCT. Um turno (4 horas) contemplou os conceitos teóricos e definições importantes do sistema e o outro turno (4 horas) visou praticar a entrada dos dados no sistema e explicar como eles podem ser utilizados pelos PCT, incluindo o monitoramento e a emissão de relatórios. O PCT divulgava os fluxos de TB locais, quer seja de rede de atenção, quer de assistência farmacêutica, também nessa etapa.

A quarta etapa do processo consistiu no monitoramento e acompanhamento dos casos no SITETB. Essa etapa diz respeito, *a priori*, ao monitoramento realizado pelo PCT da conformidade das notificações e acompanhamentos realizados pelas instituições de saúde dos casos no sistema. Nessa etapa também são identificados os atrasos ou lacunas de vinculação dos pacientes na rede, quando da necessidade de transferência desses entre os serviços.

O processo de descentralização do acesso ao SITETB repercutiu também na aproximação do PCT com os profissionais que atuam diretamente na assistência. Percebeu-se melhor entendimento, por parte das equipes assistenciais das instituições de saúde, em relação à rede de atenção ao paciente com TB e maior preocupação com a vinculação do paciente aos serviços para seguimento do tratamento no pós-alta hospitalar.

Caracterização dos pacientes notificados no SITETB em Porto Alegre entre os anos de 2013 e 2016

Foram notificados no SITETB, no período entre 2013 e 2016, no Rio Grande do Sul, 1.764 pacientes. Desses, 1.693 foram atendidos inicialmente em serviços de saúde de Porto Alegre, conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1 – Número de casos notificados no SITETB, por ano de início, local de tratamento e local de residência. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil – 2013-2016. (N=1.764)

Ano	Notificados RS	Tratamento Porto Alegre		Residência Porto Alegre	
	n	n	%	n	%
2013	328	328	100	144	42,9%
2014	440	436	99,1	184	42,0%
2015	523	511	97,7	202	38,7%
2016	473	418	88,4	205	43,4%
Total	1.764	1.693		735	

Fonte: Elaboração própria.

No referido período, conforme Tabela 1, apesar das notificações do Estado estarem concentradas na capital, menos da metade dos pacientes eram residentes em Porto Alegre.

Na Tabela 2, destaca-se que 66,5% dos pacientes possuem entre 25 e 54 anos. Em relação ao sexo 65,6% são homens. No que se refere à forma clínica observa-se que 65,3% têm diagnóstico de TB Pulmonar.

Tabela 2 – Número de casos notificados no SITETB segundo faixa etária, sexo e forma clínica. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil – 2013 a 2016. (N=735)

Característica	n	%
Faixa etária (em anos)		
< 14	8	1,1
15-24	65	8,8
25-34	153	20,8
35-44	171	23,3
45-54	165	22,4
55-64	86	11,8
>65	87	11,8
Sexo		
Masculino	482	65,6
Feminino	253	34,4
Forma Clínica		
Pulmonar	480	65,3
Extrapulmonar	155	21,1
Pulmonar+Extrapulmonar	100	13,6
Total	735	100

Fonte: Elaboração própria.

Em relação aos desfechos de tratamento, destaca-se que, dos 735 casos notificados, 150 ainda estavam em tratamento na ocasião da realização do estudo. Dos 585 casos encerrados, 45,3% foram por cura ou tratamento completo, 22,0% por abandono de tratamento (mais de 30 dias consecutivos sem uso de medicamento) e 19,5% evoluíram ao óbito (por TB ou por outras causas).

Discussão

O processo de descentralização do acesso ao SITETB vai ao encontro das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase nos princípios de descentralização, de regionalização e de hierarquização da rede de serviços de saúde⁽¹¹⁾. A implantação da descentralização opõe-se

à tradição centralizadora da assistência à saúde e vem promovendo a noção de que o município é o melhor gestor para essa questão, por estar mais próximo da realidade da população do que as esferas estadual e federal⁽¹²⁻¹³⁾.

Deve-se reconhecer que o modelo de saúde atual carece de uma readequação entre seus níveis assistenciais⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. É preciso também admitir que sistemas de informação informatizados que integram a notificação, os procedimentos de diagnóstico e o acompanhamento dos tratamentos realizados, a exemplo do SITETB, podem auxiliar na constituição de redes assistenciais sólidas e interpenetradas para combater a fragmentação da transição do cuidado em saúde. O processo de descentralização da saúde, além de criar maior necessidade de informações por parte dos municípios, também tem estimulado a própria descentralização dos sistemas de informação em saúde⁽¹⁷⁾.

Sistemas de informação sem articulação entre si inviabilizam análises epidemiológicas mais específicas, quando não integram a notificação, os procedimentos de diagnóstico e o acompanhamento dos tratamentos realizados⁽¹⁾. O SITETB, por sua vez, integra a notificação, o gerenciamento dos casos, o suprimento e o controle dos estoques de medicamentos necessários aos pacientes inscritos nesse sistema, facilitando a constituição das coortes de tratamento da TB e resultando em ganho na abrangência e confiabilidade da informação sobre o resultado de tratamento⁽³⁾.

A utilização do SITETB trouxe à tona a necessidade da revisão dos fluxos de solicitações de tuberculostáticos no município além de, como previsto pelo Ministério da Saúde, proporcionar a racionalização do uso dos medicamentos, evitando desperdícios e custos desnecessários. Nesse processo, a estruturação da assistência farmacêutica surge como estratégia essencial para a ampliação do acesso aos medicamentos e consolidação do próprio SUS⁽¹³⁾.

Outro aspecto que deve ser considerado refere-se à sustentabilidade das instituições de saúde, que precisam manter sua organização em relação às questões de notificação e acompanhamento

dos casos no SITETB. Apesar da inovação tecnológica incorporada ao sistema de informação, da padronização das rotinas e dos incentivos que se possam garantir às instituições de saúde é necessária uma política de gestão da informação e a capacitação técnica dos profissionais^(1,3). A implementação de novos sistemas não deve estar relacionada a determinado profissional de saúde, e sim ser uma atividade incorporada nas rotinas das equipes assistenciais. Igualmente importante é fornecer as condições mínimas estruturais para que o processo seja agilizado, como acesso a computadores e à internet.

A utilização do SITETB e a aproximação do PCT com a assistência tem suscitado os questionamentos: Como a equipe percebe o problema da TB e dá encaminhamento a ele? Como garantir a vinculação do paciente na alta hospitalar e transmitir as informações necessárias para assegurar um cuidado de qualidade? A intensa utilização do SITETB tem levado as equipes assistenciais a buscarem responder essas questões, o que se traduz em exercício para a produção do cuidado e na reorganização do processo de trabalho e do modelo assistencial. Por outro lado, os registros no SITETB têm tornado mais transparente o processo de trabalho de cada instituição, explicitando o grau de comprometimento dessas com as ações de controle da TB, o que, muitas vezes, revela o pouco envolvimento de alguns profissionais com o processo e a resistência de outros no desenvolvimento de estratégias que estabeleçam mudanças no processo de trabalho.

A elaboração de ferramentas para monitorar a qualidade das ações de controle da TB é estratégia de grande utilidade, desde que sejam eficientes, práticas, de fácil acesso e estejam em acordo com a realidade⁽¹⁾. Pesquisa realizada com cerca de 2 mil profissionais da saúde em nove países entre os dez que utilizam o *e-TB Manager*, incluindo o Brasil, constatou que 81% dos usuários avaliam que esse sistema contribui de forma positiva para o tratamento do paciente com TB⁽³⁾.

Esse consenso tornou mais claro que a utilização ampla e racional do SITETB pode contribuir para qualificar os indicadores e pode ser

percebida como uma forma de acompanhar e avaliar sistematicamente a atenção aos pacientes com TB. O PCT, por meio não apenas dos registros no sistema, mas também pela observação cotidiana da prática, pode apoiar a organização das ações das equipes assistenciais nas questões relacionadas à rede de atenção ao paciente com TB.

Ainda que se observe um aumento do interesse em se avaliar a completude dos dados dos sistemas de informação, esse ainda é insuficiente para dar conta do volume e da diversidade de dados que são produzidos. O monitoramento e a avaliação dessa dimensão constituem-se em importantes ferramentas para averiguar se o preenchimento das informações é realizado de forma adequada e, com base nos resultados, identificar fragilidades e potencialidades dos dados produzidos pelas unidades de saúde. Espera-se, com isso, ampliar o seu uso e/ou recomendar estratégias visando a melhoria da qualidade da informação⁽¹⁸⁾.

De toda forma, pode-se inferir que a descentralização da utilização do SITETB deu-se de forma enriquecedora, uma vez que mobilizou os profissionais da saúde nas questões ligadas ao cuidado aos usuários com TB e principalmente nas que tangem à transição de cuidado na rede de atenção à saúde. Isso posto, o registro da implantação de medidas destinadas à melhoria do cuidado em saúde exige uma visão mais ampla dos gestores, a fim de que assumam a administração da qualidade das ações como um objetivo constante.

Porto Alegre concentra a grande maioria das notificações no SITETB, embora menos da metade dos pacientes sejam residentes na cidade. Isso porque o PECT/RS e o hospital de referência estadual (os que mais notificam) são serviços localizados nesse município. A tendência é que, à medida que o acesso ao SITETB seja descentralizado para serviços de outros municípios do Estado, o número de notificações concentradas em Porto Alegre seja reduzido. Situações como essa também são evidentes em regiões metropolitanas, por possuírem grandes hospitais universitários dotados de serviços de abrangência que apresentam excessiva demanda de pacientes da

cidade e de outros municípios da região, que buscam diretamente o pronto-socorro como porta de entrada para consultas ambulatoriais ou internações⁽¹⁾.

Em relação às características dos pacientes notificados no SITETB, observa-se que a maioria está na faixa etária economicamente ativa, com maior incidência em homens e maior predominância da forma pulmonar. Tais resultados corroboram outros estudos realizados sobre perfil sociodemográfico de pacientes portadores de TB⁽¹⁹⁾.

Quanto aos casos encerrados, os dados de abandono de tratamento e mortalidade nessa população são preocupantes e impõem grandes desafios de controle para uma doença curável como a TB. Frente a isso, o SITETB constitui importante fonte de dados para os PCT⁽³⁾. Garantir a qualidade das informações possibilita o real conhecimento da situação epidemiológica e o planejamento mais adequado das ações para o controle dessa epidemia.

Conclusões

A utilização do SITETB faz parte de um processo educativo, embora o conhecimento sobre essa atividade ainda possa ser considerado recente. Essa plataforma tem condições de contribuir de maneira significativa para o controle da TB, na medida em que articula a notificação e o acompanhamento dos casos, bem como a gestão de medicamentos e vigilância epidemiológica em tempo real. Os registros e o monitoramento no sistema têm servido como elementos fundamentais para essas conclusões empíricas, e igualmente têm subsidiado a comunicação entre os profissionais da gestão e da assistência, na mesma proporção em que auxiliam na transição do cuidado com qualidade entre os pontos de atenção da rede de saúde.

A implementação da descentralização do acesso ao SITETB nos CRTB, nas casas prisionais e na rede hospitalar, bem como o monitoramento constante desse processo pelos PCT, requer vontade política dos administradores e aceitação por parte das equipes assistenciais. A descentralização do acesso ao SITETB depende

de decisões políticas quanto às prioridades definidas para o uso dos sistemas de informação em saúde e requer também investimentos na infraestrutura e na capacitação dos profissionais. Tal processo exige persistência no trabalho e formação de uma cultura de participação, de cooperação e de corresponsabilidade para sedimentar essa atividade ainda bastante recente.

Muito já foi alcançado no município nos últimos anos com a descentralização do acesso ao SITETB, no entanto modificações são sempre necessárias nas relações de gestão e assistência envolvidas. Acredita-se estar no caminho certo e que a proposta de descentralização da utilização do sistema consiga atingir seus objetivos últimos, isto é, contribuir para o controle da TB.

Fica, então, a expectativa de que existam grupos engajados e interessados em descentralizar e monitorar as atividades do SITETB. O objetivo maior converge para a melhoria dos indicadores da TB, a fim de satisfazer as necessidades de saúde dos usuários, como alternativa para a efetiva rede de atenção ao paciente com TB e a concretização do direito à saúde.

Agradecimentos

Agradecemos à MD Carla Adriane Jarczewski, pelo apoio na etapa de capacitação teórico-prática sobre o SITETB, tendo liderado o processo de descentralização do acesso ao SITETB no estado do Rio Grande do Sul, Brasil.

Colaborações:

1. concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Daniela Wilhelm, Mauricio Vieira Rodrigues, Priscila Tadei Nakata, Sabrina da Cunha Godoy e Carine Raquel Blatt;

2. redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Daniela Wilhelm, Mauricio Vieira Rodrigues, Priscila Tadei Nakata, Sabrina da Cunha Godoy e Carine Raquel Blatt;

3. aprovação final da versão a ser publicada: Daniela Wilhelm, Mauricio Vieira Rodrigues, Priscila Tadei Nakata, Sabrina da Cunha Godoy e Carine Raquel Blatt.

Referências

1. Medeiros ER, Silva SYB, Ataíde CAV, Pinto ESG, Silva MLC, Villa TCS. Sistemas de informação clínica para o manejo da tuberculose na atenção primária à saúde. *Rev Latino Am Enfermagem* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 30];25:e2964. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100401&lng=pt
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde. 1. ed. Atual. [Internet]. Brasília; 2016 [cited 2017 Mar 12]. Available from: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/25/GVS-online.pdf>
3. Niranjana K, Bastos LGV, Sawyer K, Reciolino LFA. User experience analysis of an eHealth system for tuberculosis in resource-constrained settings: a nine-country comparison. *Int J Med Inform* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 30];102:118-29. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2017.03.017>
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Porto Alegre – Rio Grande do Sul – informações completas [Internet]. Rio de Janeiro; 2010 [cited 2017 Mar 10]. Available from: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=431490>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Indicadores prioritários para o monitoramento do Plano Nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública no Brasil [Internet]. *Boletim Epidemiológico*. 2017 [cited 2017 Apr 30];48(8):1-15. Available from: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/23/2017-V-48-N-8Indicadores-priorit-rios-para-o-monitoramento-do-Plano-Nacional-pelo-Fim-da-Tuberculose-como-Problema-de-Sa-de-P-blica-no-Brasil.pdf>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Perspectivas brasileiras para o fim da tuberculose como problema de saúde pública [Internet]. *Boletim epidemiológico*. 2016 [cited 2017 Apr 30];47(13):1-15. Available from: <http://igovsp.net/spuksaude/wp-content/uploads/2017/03/2016-009-Tuberculose-001.pdf>
7. Souza MPL, Aquino R, Pereira SM, Costa MCN, Barreto ML, Natividade M, et al. Fatores associados ao acesso geográfico aos serviços de saúde por pessoas com tuberculose em três capitais do Nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015 [cited 2018 Jan 30];31(1):111-20. Available from:

- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2015000100111&lng=pt&tlng=pt
8. Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão – 2016 [Internet]. Porto Alegre; 2016 [cited 2017 Mar 1]. Available from: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/rag_final_2016.pdf
 9. Etikan I, Musa SA, Alkassim RS. Comparison of convenience sampling and purposive sampling. *Am J Theor Appl Stat* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 30];5(1):1-4. Available from: <https://doi.org/10.11648/j.ajtas.20160501.11>
 10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 2012. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
 11. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF); 1990. [cited 2017 Mar 22]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
 12. Barata LRB, Tanaka OY, Mendes JDV. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2004 [cited 2017 Mar 22]; 13(1):15-24. Available from: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742004000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
 13. Rover MRM, Leite SN. A gestão em saúde e gestão da assistência farmacêutica. In: Manzini F, Farias MR, Rover MRM, Mendes SJ, Leite SN. *Gestão da Assistência Farmacêutica: proposta para avaliação no contexto municipal: a experiência em Santa Catarina*. Florianópolis: EdUFSC; 2015. p. 39-58.
 14. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2010 [cited 2017 Apr 30];15(5):2297-305. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005
 15. Palha PF. Editorial. Por um sistema de saúde integrador. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2015 [cited 2017 Apr 30];23(2):181-2. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0000.2540>
 16. Falkenberg M, Mendes TPL, Moraes PD, Souza EE. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2014 [cited 15 Feb 2017];19(3):847-53. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300847
 17. Scatena JHG, Tanaka OY. Utilização do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) na análise da descentralização da saúde em Mato Grosso. *Inf Epidemiol Sus* [Internet]. 2001 [cited 2017 Apr 21];10(1):19-30. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S0104-16732001000100003>
 18. Correia LOS, Padilha BM, Vasconcelos SML. Métodos para avaliar a completude dos dados dos sistemas de informação em saúde do Brasil: uma revisão sistemática. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2014 [cited 2017 Apr 2];19(11):4467-78. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104467
 19. Pedro AS, Oliveira RMO. Tuberculose e indicadores socioeconômicos: revisão sistemática da literatura. *Rev Panam Salude Pública* [Internet]. 2013 [cited 2018 Jan 30];33(4):302-9. Available from: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v33n4/302-310/pt>

Recebido: 18 de dezembro de 2017

Aprovado: 5 de fevereiro de 2018

Publicado: 3 de abril de 2018



A Revista Baiana de Enfermagem utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais e, embora, os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.