

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

JEANE PEREIRA BATISTA

**A RELEVÂNCIA DO ACOLHIMENTO AO PORTADOR
DE TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: UM PLANO
DE INTERVENÇÃO SOB A ÓTICA DA LITERATURA**

GOVERNADOR VALADARES / MG
2014

JEANE PEREEIRA BATISTA

**A RELEVANCIA DO ACOLHIMENTO AO PORTADOR
DE TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: UM PLANO
DE INTERVENÇÃO SOB A ÓTICA DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

GOVERNADOR VALADARES / MG
2014

JEANE PEREEIRA BATISTA

**A RELEVANCIA DO ACOLHIMENTO AO PORTADOR
DE TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: UM PLANO
DE INTERVENÇÃO SOB A ÓTICA DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

Banca Examinadora

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena (Orientador)

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 29/05/2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, por ter me concebido discernimento, astúcia para a concretização deste ideal;

Aos meus familiares e amigos;

Ao meu orientador Bruno por suas orientações.

RESUMO

A tuberculose pulmonar é uma doença infecto contagiosa, constituindo um grave problema de saúde pública, exigindo dos profissionais uma conduta e uma postura qualificada no primeiro contato do usuário com a unidade básica de saúde, bem como nos demais segmentos do tratamento, por se tratar de uma doença que para a sociedade ainda é estigmatizante e o acolhimento um dispositivo crucial para adesão ao tratamento. Este estudo objetivou elaborar uma proposta de intervenção com vistas ao fortalecimento da adesão ao tratamento de tuberculose dos usuários da Equipe de Saúde da Família do Município de Santa Efigênia de Minas. Para o embasamento científico foi realizada uma revisão da literatura na base de dados da LILACS e no SciELO , com os descritores acolhimento e tuberculose além de programas do Ministério da Saúde, tendo como critério de inclusão os artigos em português e publicados entre os anos de 2009 e 2012. O plano de ação foi elaborado a partir do diagnóstico situacional e do método do Planejamento Estratégico Situacional com a priorização do problema que é um acolhimento qualificado para o usuário portador de Tuberculose. O estudo mostrou que o acolhimento é o primeiro contato do paciente com a equipe de saúde exercendo um fator crucial para o fortalecimento do vínculo, adesão ao tratamento, e para diminuir o estigma que a sociedade e o paciente têm com a doença, garantindo a plenitude da cura.

Palavras-Chave: Acolhimento. Tuberculose. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Pulmonary tuberculosis is an infectious disease poses a major public health problem, requiring professional conduct and a qualified stance on user's first contact with primary health care unit, as well as in other segments of the treatment, because it is a disease to society is still stigmatizing and host a crucial device for treatment adherence. This study aimed to develop a proposal for intervention with a view to strengthening adherence to tuberculosis treatment of users of the Family Health Team of the City of Santa Iphigenia Mine. Scientific basis for a review of the literature in the database LILACS and SciELO , with the host descriptors and tuberculosis was performed in addition to the Ministry of Health programs, and the inclusion criterion Articles in Portuguese and published between the years 2009 and 2012 . 's plan of action was drawn from the situation analysis and the method of situational Strategic Planning with the prioritization of the problem is that a qualified host for the carrier user Tuberculosis. The study showed that the host is the first patient contact with the healthcare team playing a pivotal factor for the strengthening of the bond, adherence to treatment, and to reduce the stigma that society and the patient has the disease, ensuring the fullness of healing.

Keywords: Home. Tuberculosis. Primary Health Care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 JUSTIFICATIVA	15
3 OBJETIVOS	17
4 METODOLOGIA	18
5 REVISÃO DA LITERATURA	19
5.1 A Doença e o tratamento	19
5.2 Ações de controle da tuberculose na Atenção Primária	23
5.3 O Acolhimento e sua Relevância aos Portadores de Tuberculose na Atenção Primária a Saúde	25
6 PLANO DE AÇÃO	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	38

1 INTRODUÇÃO

O cenário brasileiro e mundial ainda é palco de uma patologia de grande relevância em saúde pública, de grande magnitude e que acomete a cada ano milhões de pessoas. Nesse atual cenário da luta contra a tuberculose (TB), um dos fatores mais desafiadores é o abandono do tratamento, acarretando em aumento dos índices de mortalidade, incidência e a resistência do bacilo. Esse abandono, no atual palco da luta contra a TB, se constitui em um dos principais desafios para os profissionais de saúde da atenção primária (BRASIL, 2011). Segundo o Sistema Brasileiro de Saúde a não adesão ao tratamento e abandono é caracterizado pelo não comparecimento do doente ao serviço de saúde por mais de trinta dias consecutivos, após a data agendada para o retorno.

A tuberculose é uma doença infecto contagiosa, constituindo um grave problema de saúde pública, exigindo dos profissionais uma conduta e uma postura qualificadas no primeiro contato do usuário à unidade básica de saúde, bem como nos demais segmentos do tratamento, por se tratar de uma doença que para a sociedade ainda é estigmatizante, caracterizada por muitos como um castigo divino por muitos anos (BRASIL, 2010). Constitui-se em condição patológica prioritária ao seu combate, por sua magnitude global, tendo como agente etiológico o *M. tuberculosis*, também conhecido como bacilo de Koch (BK). Sua transmissão se efetiva de pessoa a pessoa, principalmente através do ar, pela fala, pelo espirro e principalmente pela tosse de um doente infectado por TB bacilífera, ao lançar gotículas no ar, com tamanhos variados contendo o bacilo (BRASIL, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) a TB atinge todas as faixas etárias, com maior grau de acometimento nos indivíduos economicamente ativos (15-54 anos) e do sexo masculino. É uma doença de caráter infeccioso atingindo principalmente o pulmão.

Pelo fato de estar inserida na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Santa Efigênia de Minas, e em meio às diversas questões que dificultam o tratamento da TB como questões culturais, políticas, socioeconômicas despertaram-me o interesse por este tema, tendo em vista que é primordial a abordagem do usuário na primeira consulta, destacando o acolhimento como o ponto crucial para sanar medos, angústias do portador de TB.

Assim, o foco desta pesquisa é abordar a relevância do acolhimento ao portador de TB na Atenção Primária à Saúde, com priorização das ações que os profissionais desenvolvem para efetivar e consolidar o tratamento com o usuário, garantindo com êxito a cura e sua longevidade.

Na minha área de abrangência existem usuários com TB e tive a oportunidade de conhecê-los juntamente com a busca ativa dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que os acompanhavam até a unidade. Após este convívio pude perceber que os usuários ao receber o diagnóstico de TB, desestruturavam-se emocional, social e psicologicamente por se tratar de uma doença infecto contagiosa e percebi que o acolhimento é uma estratégia vital na consolidação do tratamento.

De acordo com o Manual de Recomendações Para o Controle da Tuberculose no Brasil, a relevância em evidenciar a TB como uma doença de magnitude se constata pelas estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) (BRASIL, 2011). Segundo este Manual, o Brasil é um dos 22 países priorizados pela OMS concentrando 80% da carga mundial de TB. No ano de 2009, foram notificados 72 mil casos novos correspondendo a um coeficiente de incidência de 38/100.00 habitantes. Destes casos 41 mil são de etiologia bacilíferas (Baciloscopia de escarro positiva).

Diante dessas estimativas alarmantes, o Brasil ocupa a 19^o posição no ranking mundial em se tratando do número de casos e, no 104^o quando o cenário é o coeficiente de incidência. Segundo os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), os casos de TB estão concentrados em 315 dos 5.564 municípios do país, ou seja, correspondendo a 70% do total de casos. Tendo o estado de São Paulo com o maior número de casos, em seguida o estado do Rio de Janeiro com o maior coeficiente de incidência (BRASIL, 2011).

Diante do quadro de magnitude nacional e mundial, foram estabelecidas metas globais e indicadores para o controle da TB. Tais metas foram criadas e desenvolvidas na perspectiva das metas do desenvolvimento do milênio, sendo elas: reduzir até o ano de 2015, a incidência e mortalidade pela metade, em relação a 1990. Espera-se também que até 2050, a incidência global de TB seja menor que 1/1.000.000 habitantes por ano deixando de ser um problema de saúde pública, de acordo com Organização Mundial de Saúde (WHO, 2009).

Para a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2009), em 2003, a TB se caracterizou como uma emergência global, adotando estratégias como Tratamento Diretamente Supervisionado (DOTS) para o controle global da doença, sendo a mesma vital para diminuir a TB, considerada como de proporções continentais diante de sua magnitude epidemiológica. Enfatiza-se que essas estratégias podem atingir proporções globais para o controle da TB e se constituem em um conjunto de boas práticas para o controle da doença, elencando-as em cinco componentes.

1. Comprometimento político, em fortalecer os recursos humanos e a garantia de recursos financeiros, elaboração de planos de ação, objetivando definição de atividades, metas, prazos, e responsabilidades e mobilização social;
2. Diagnósticos de casos por meio de exames bacteriológicos eficazes e precisos;
3. Tratamento padronizado com a supervisão da tomada dos fármacos com apoio ao paciente;
4. Garantia de medicamentos e gestão eficiente;
5. Monitoramento e avaliação ágil, possibilitando o monitoramento dos casos, desde a notificação até o término do tratamento. Os cinco componentes tem grande relevância ao controle da TB, garantindo assim longevidade e qualidade de vida para os usuários.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) está regulamentada pela portaria nº 648, de 28 de março de 2006, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de saúde da Família (ESF) e para o programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACs) (CONASS, 2011).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento reabilitação e manutenção da saúde (CONASS, 2011, p. 16).

Diante dessas ações de promoção e prevenção, a Política Nacional de Atenção Básica se atem às primeiras abordagens e condutas ao usuário com questões inerentes à saúde, tornando se a porta de entrada dos usuários para os seus respectivos agravos á saúde e tendo, como premissa, uma visão holística do individuo em todas as suas necessidades de atenção á saúde. Esta é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e

participativas, com trabalho em equipe, dirigido à população de territórios bem delimitados que assume um comprometimento e responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (CONASS, 2011).

A Atenção Primária (APS), considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (CONASS, 2011, p. 17).

Nesta perspectiva, a atenção primária à saúde se tornou palco de grande relevância no cenário à saúde brasileira, como uma estratégia de intensificar as ações no âmbito da saúde dos usuários, garantindo assim a manutenção da saúde no aspecto, preventivo, de promoção e manutenção da saúde.

Conforme explicitam Franco; Bueno; Merhy (2003. p.37,54), o acolhimento é uma diretriz que se baseia nos seguintes princípios:

- Atender todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população.
- Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central, do médico para uma equipe multiprofissional - equipe de acolhimento, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.
- Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

Nesta perspectiva, o acolhimento ao portador de TB configura-se em uma estratégia fundamental que possibilita priorizar situações de maior vulnerabilidade, potencializa a adesão ao tratamento, diminuindo o abandono, contribuindo significativamente para o processo de educação e saúde, contribuindo de forma humana a cidadania, garantindo com plenitude a cura ao usuário portador de TB (BRASIL, 2004).

Sabe-se que o acolhimento é crucial para a organização dos serviços de saúde, tendo em vista a “garantia de um atendimento humanizado, resolutivo, de qualidade e com responsabilização coletiva dos profissionais de saúde para os usuários que buscam os serviços de saúde” (MINAS GERAIS, 2007, p. 19-20).

O acolhimento não se constitui em um local, nem mesmo a um espaço, mas de fato uma postura ética, uma atividade que exige dos profissionais sensibilidade

ao escutar angústias, lamentações, uma escuta que implica saberes devendo o profissional ter postura ética é vital para o sucesso do acolhimento e solucionar o problema do usuário.

Ayres *et al.* (2006, p. 306) afirmam que:

[...] o acolhimento passa a ser uma ferramenta que ira tecer uma rede de confiança e solidariedade entre as pessoas, entre profissionais de uma equipe, entre essa equipe e a população que ela atende. Por maior que seja o acúmulo de conhecimentos técnicos, eles não são por si só suficientes para produzir saúde, bem-estar, equilíbrio entre aspectos psíquicos, físicos e sociais de uma pessoa ou sociedade. Para construir uma atenção básica eficiente, se faz necessário redescobrir e refletir sobre a estratégia do acolhimento, uma vez que a comunidade é um espaço em construção constante e sempre permite o surgimento de erros e acertos.

Dessa forma, o acolhimento ao usuário com TB deve ser pautado na ética, tendo uma visão global do paciente, respeitando seus medos e angústias, sanando dúvidas e, acima de tudo, resgatar o seu conhecimento acerca da doença, pois a aquisição de conhecimentos por parte do indivíduo mudará seus hábitos, onde o mesmo será o sujeito de sua própria história.

Neste sentido, é relevante desenvolver este estudo, pois na ESF do município de Santa Efigênia de Minas, há casos de portadores de TB, que necessitam de acompanhamento e monitoramento do tratamento, uma vez que o acolhimento é vital garantindo aos usuários a plenitude de cura, podendo desta maneira, realizar uma proposta de intervenção gerando impactos na qualidade da assistência prestada aos portadores de TB, diminuindo as vulnerabilidades garantindo a cura e longevidade aos usuários.

Durante a minha trajetória na ESF do município de Santa Efigênia de Minas me deparei com uma crescente demanda de sintomáticos respiratórios, e muitos com diagnóstico positivo para TB. Quando recebiam o diagnóstico, a angústia e o medo eram evidenciados em cada paciente. Então pude perceber que naquele momento do diagnóstico era necessário uma intervenção eficaz e resolutiva para adesão e sucesso no tratamento, sendo o acolhimento um dispositivo crucial e determinante na adesão do tratamento, na criação de vínculo de afetividade são essenciais para o sucesso do tratamento.

Nesse aspecto, destaquei o acolhimento como uma ferramenta indispensável aos usuários portadores de TB uma vez que o acolhimento atende aos princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), a abordagem ao diagnóstico

e o tratamento, uma vez que o acolhimento é crucial para a organização dos serviços de saúde, tendo em vista a “garantia de um atendimento humanizado, resolutivo, de qualidade e com responsabilização coletiva dos profissionais e para os usuários que buscam os serviços de saúde” (MINAS GERAIS, 2007, p. 19-20).

O problema identificado no município de Santa Efigênia de Minas foi o aumento de TB, cursando em abandono do tratamento e uma deficiência no acolhimento a esses indivíduos, tornou-se necessário uma proposta de intervenção que fortaleça o acolhimento ao portador de TB, aumentando a adesão ao tratamento e fortalecimento de vínculo com usuário e equipe, um acolhimento pautado nos princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), e as políticas públicas da ESF, primando pela prevenção, promoção, recuperação, reabilitação, cura e manutenção da saúde da coletividade.

Para a criação e efetivação da proposta de intervenção foi feito um levantamento na área de abrangência da ESF do município de Santa Efigênia de Minas, onde foi apontado como problema o acolhimento ao portador de TB, uma vez que o indivíduo que recebia a confirmação diagnóstica para a referida doença, havia uma necessidade de um acolhimento de qualidade e resolutivo que atendesse as necessidades, e diminuíssem as vulnerabilidades, e adesão ao tratamento.

Nesta perspectiva foram selecionados os nós críticos do município destacando:

- Falta de capacitação dos profissionais de saúde;
- Falta de campanhas educativas;
- Inexistência de programa para captação de pacientes suspeitos;
- Não há referência dentro do município para pacientes suspeitos serem encaminhados, temos apenas referência e contra-referência para tratamento fora do domicílio, que neste caso é em Governador Valadares, no CREDEN PES;
- Abandono de Tratamento.

O diagnóstico situacional, com base em Campos: Faria e Santos, (2010) da área de abrangência da ESF de Santa Efigênia de Minas, revelou um aumento considerável de usuários portadores de TB, abandono do tratamento devido o estigma da doença. A partir desses dados levantados no diagnóstico situacional

realizou-se reunião com toda a equipe, detectando o problema, priorizando o acolhimento como um dispositivo fundamental na abordagem e ao tratamento do portador de TB, a partir da busca ativa dos sintomáticos respiratórios, monitoramento das visitas domiciliares junto aos ACS.

O problema identificado no município de Santa Efigênia de Minas foi um coeficiente de detecção alto em 2011, e um coeficiente de prevalência médio em 2013 de portadores de TB. E apesar destes números, ainda não temos no município um programa que vise realizar busca ativa a estes doentes, um acolhimento de qualidade que atenda às exigências desse grupo.

Com isso, uma das maiores prioridades é a capacitação dos profissionais da saúde e de lideranças comunitárias para que estes programas sejam criados e implantados, com criação de atividades rotineiras como busca ativa dos sintomáticos respiratórios, que poderá ser divulgado por meio de mídia local e durante as visitas dos agentes de saúde. Neste dia, os profissionais de saúde já capacitados estarão em um ponto de referência da cidade, como praças, escolas ou a própria unidade, realizando um mutirão para fazer busca ativa de casos suspeitos que obrigatoriamente serão encaminhados para avaliação de um médico capacitado para confirmar ou descartar a hipótese diagnóstica.

2 JUSTIFICATIVA

Conforme preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), o acolhimento é uma ferramenta indispensável que estabelece uma relação de afinidade, de confiança entre o usuário e a equipe de saúde, pautado nos princípios que regem o SUS. Neste sentido, o acolhimento é o ponto de partida para se alcançar o grau de excelência aos portadores de TB.

De acordo com Souza *et al.* (2008), o acolhimento deve ser visto como um dispositivo potente que atende aos interesses do SUS, favorecendo o desenvolvimento de vínculo, a adesão ao tratamento e a diminuir as vulnerabilidades no que tange ao portador de TB.

Reafirma-se que a Atenção Primária a Saúde desenvolve ações de promoção e prevenção e se atem às primeiras abordagens e condutas ao usuário com questões inerentes a saúde.

Tendo em vista que a TB ocupa um cenário global, e é caracterizada pela OMS como emergência mundial por se tratar de uma doença infecto contagiosa é de grande relevância que a busca incessante de conhecimento a seu respeito se configure em possibilidades de realização de ações para o seu efetivo controle no cenário brasileiro.

Mariotti (2002, p. 19) afirma que:

Acolher envolve uma atitude de relacionamento com o outro, envolvi ouvir, procurar compreender, resolver, tentar responder aos questionamentos do outro e também a capacidade de se colocar no lugar do outro, saber que poderíamos ser nós ou um ente querido na mesma situação.

Nesta perspectiva, é relevante priorizar o acolhimento aos portadores de TB, como uma condição potencialmente capaz de atender aos anseios, os medos e as angustias desses usuários, garantindo adesão ao tratamento e a plenitude da cura.

Desta maneira, o acolhimento será o ponto de partida para alcançar o grau de excelência nos serviços de saúde e a satisfação do usuário, como garantia de prevenção, promoção, recuperação, reabilitação cura e manutenção da saúde.

O acolhimento é uma ação vital para o fortalecimento dos serviços de saúde e, assim, há a necessidade em identificar e descrever a relevância do acolhimento aos portadores de TB na atenção Primária a Saúde, a partir do conhecimento das

dificuldades que os profissionais enfrentam no que tange à adesão ao tratamento e estratégias para melhorar e controlar a TB por meio de uma revisão na literatura nacional e internacional.

Hennington (2005) declara que o acolhimento é considerado um dispositivo de grandeza imensurável, indispensável para os serviços de saúde, indo além da receptividade do usuário numa unidade de saúde. Deve-se dar plena atenção ao usuário em todo o sistema de saúde de forma a satisfazer e garantir resolutividade as questões inerentes a sua saúde, fortalecendo o vínculo e uma maior adesão ao tratamento, diminuindo as vulnerabilidades no tocante aos portadores de TB.

Desta maneira, o presente estudo vem subsidiar e fortalecer ações e estratégias para o fortalecimento do acolhimento aos portadores de TB, garantindo aos usuários, a plenitude da cura e qualidade de vida, uma vez que a TB é apresentada doença infectocontagiosa e de proporções sociais e econômicas.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar uma proposta de intervenção com vistas ao fortalecimento da adesão ao tratamento de tuberculose dos usuários da Equipe de Saúde da Família do Município de Santa Efigênia de Minas.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever a relevância do acolhimento ao portador de TB na Atenção Primária;
- Descrever de acordo com o contexto científico as contribuições do acolhimento ao portador de TB, na Atenção Primária a Saúde;
- Mostrar a relevância do acolhimento ao portador de TB;
- Definir estratégias para a adesão ao tratamento.

4 METODOLOGIA

Para aproximação do objeto deste estudo, propus a realização de uma revisão narrativa bibliográfica acerca do tema: A relevância do acolhimento ao portador de TB na Atenção Primária a Saúde. Tratou-se de uma revisão narrativa do conhecimento disponível na literatura.

A busca foi realizada com os seguintes termos isolados ou em associação: relevância, acolhimento, atenção primária à saúde, tuberculose. O período de consulta foi entre os anos 2009 a 2012. A busca foi realizada Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), no idioma português, utilizando os descritores: acolhimento e tuberculose. Além disso, realizou-se, também, busca nos programas do Ministério da Saúde, teses e dissertações de mestrado.

De posse desses materiais foi iniciada leitura exploratória e minuciosa do respectivo assunto. Foi feita a leitura dos resumos dos artigos, os mesmos foram compilados em fichas de leituras e classificados. As fichas de leitura propiciaram um juízo prévio e sumário a respeito das obras que foram selecionadas.

A elaboração do plano se baseou no diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF de Santa Efigênia de Minas com identificação dos problemas mais relevantes e respectiva seleção dos nós críticos, destacando:

- Falta de capacitação dos profissionais de saúde;
- Falta de campanhas educativas;
- Inexistência de programa para captação de pacientes suspeitos;
- Não há referência dentro do município para pacientes suspeitos serem encaminhados, temos apenas referência e contra referência para tratamento fora do domicílio, que neste caso é em Governador Valadares, no CREDEN PES;
- Abandono de Tratamento.

Para a criação e implantação do plano de ação proposto seguiu o modelo PES, instituído pela Universidade Federal de Minas Gerais, para a formulação e implementação da proposta de intervenção (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 A Doença e o Tratamento

Com base nos registros científicos, a TB é uma doença milenar, de caráter infeccioso e que atinge a humanidade desde épocas remotas, acometendo atualmente milhares de pessoas no mundo inteiro. Considerando que a TB é uma patologia de magnitude global, o Ministério da Saúde considera caso novo (nunca tratado ou tratado por menos de 30 dias) de TB, todo indivíduo com diagnóstico confirmado por baciloscopia ou cultura, podendo ser baseado em dados clínicos epidemiológicos e outros exames complementares, para firmar o diagnóstico de TB (BRASIL, 2010b).

A transmissão da TB se efetiva por meio de pessoa a pessoa, principalmente através do ar. São fatores potencialmente contaminantes a fala, o espirro e, principalmente, a tosse de um doente de TB pulmonar bacilífera no qual se lança no ar gotículas, com tamanhos variados, contendo em seu interior bacilos. Os doentes bacilíferos cuja baciloscopia é positiva são potencialmente capazes de transmitir a doença uma vez que ainda não iniciaram o tratamento (BRASIL, 2010b).

Em 1882, no qual se registrou a descoberta do Bacilo de Koch, a TB representou uma grande perda nas relações interpessoais do indivíduo e ficaram desestruturadas as relações sociais de grupo em virtude da doença; modificaram-se as concepções, as representações da doença, como responsabilidade e controle individual e social. Esse desequilíbrio social e individual se efetivou devido o indivíduo ser o hospedeiro e transmissor da doença, uma vez ser o próprio indivíduo a passar a doença. Porém, retirou-se dele a isenção da carga genética e constitucional que se acreditava antes (GONÇALVES, 2000).

Diante do considerável avanço da ciência, a TB ainda é considerada uma doença voltada por fatores que se desenvolvem em um contexto de pobreza e desigualdades sociais consideráveis.

E, em 1979, o Brasil adotou um sistema de tratamento para a TB, estabelecendo o seguinte esquema: esquema I (2RHZ/4RH), tal tratamento adotado para casos novos de TB, Esquema I reforçado (2RHZE/4RHE) no que tange ao

retratamentos, Esquema II (2RHZ/7RH) para causas meningoencefálicas, e Esquema III (3SZEEt/9EEt) em casos de falência (BRASIL, 2011b).

No ano de 2009, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose achou prudente rever o sistema de tratamento da TB no Brasil. Tal medida se consolidou através dos dados do II Inquérito Nacional de Resistência aos Medicamentos anti-TB. A amostragem dos resultados não foi satisfatória, o que elevou o aumento da resistência à isoniazida (de 4,4% para 6%). Diante desse quadro, introduziu-se o etambutol como o quarto fármaco na fase intensiva de tratamento (dois primeiros meses do esquema básico). O tratamento quimioterápico passa a ser em comprimidos de doses fixas com a administração de quatro medicamentos (RHZE), nas respectivas dosagens: R150mg, H75, Z400mg, e E275mg. Tal medida é adotada e preconizada pela Organização Mundial de Saúde, sendo utilizada em diversos países para adultos e adolescentes, ressaltando que para as crianças abaixo de 10 anos é recomendado o esquema RHZ (BRASIL, 2011b).

Como podemos observar, trata-se de um tratamento poliquimioterápico longo e que exige uma supervisão e monitoramento por parte dos profissionais, exigindo do indivíduo comprometimento para a concretude da cura, permitindo ao mesmo longevidade e qualidade de vida.

Segundo Neves e Gir (2010), um fator relevante e de magnitude é o surgimento de casos de HIV, uma vez a diminuição das defesas imunológicas, contribuir para o desenvolvimento da Tuberculose. Os autores afirmam que até junho de 2008, foram notificados 506.499 casos de AIDS, com estimativa de que existem aproximadamente 600.000 portadores de HIV.

A terapia medicamentosa correta e o uso por tempo suficiente são requisitos cruciais para a cura da doença, evitando, assim, a persistência bacteriana e o surgimento de resistência aos fármacos. Assim, para que se torne eficaz a cura da doença e com melhor prognóstico complementar, o tratamento torna-se indispensável e o Tratamento Diretamente Observado (TDO) é uma estratégia relevante para a supervisão e o monitoramento das doses do paciente, além de se fazer a busca nos contatos domiciliares (BRASIL, 2011b).

Um fator crucial e relevante para a concretude do tratamento é o acompanhamento adequado desse paciente desde o momento que chega à unidade como sintomático respiratório até o estabelecimento do diagnóstico e tratamento. Esta estratégia é vital para que se atinja com êxito a cura da doença, restabelecendo

o indivíduo na sociedade como um ser produtivo e vital. É oportuno salientar e desenvolver ações que retratem o valor da abordagem primária tornando o trabalho da Atenção Primária à Saúde, nesta perspectiva, como uma estratégia crucial para o controle da TB, evitando, portanto, a disseminação da doença.

Conforme explicitam Faria *et al.* (2009), esse processo de concretização do tratamento deve levar em consideração a condição social do paciente, do universo em que vive, pois é sabido que doenças como a tuberculose estão intimamente ligadas à qualidade de vida. Sabe-se que o indivíduo desprovido de conhecimento e de condições dignas de alimentação e moradia é vulnerável a contrair doenças, e que a falta de conhecimento agrava e expõe ainda mais as pessoas a fatores de risco por desconhecimento de como lidar com a doença.

Ressalta-se, também, que a Atenção Primária constitui-se na porta de entrada desses indivíduos e de acordo com as políticas que a regem ela é uma aliada às questões de prevenção, promoção, manutenção e recuperação da saúde do indivíduo, cabendo aos profissionais desenvolver ações e condutas com êxito garantindo a cura ao paciente, podendo representar diminuição drástica nos casos de TB e melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Com o objetivo de controlar a doença tem-se adotado a estratégia *Directly Observed Therapy, Short-course*(DOTS) como uma estratégia vital e de grande impacto internacional, assegurando aos brasileiros e aos profissionais da saúde uma estratégia crucial na diminuição dos casos de TB. As taxas de abandono ficam a cargo da Atenção Primária, sendo a condutora e a executora dessa atividade vital para o fortalecimento das ações de controle da TB (BRASIL, 2010).

A promoção da saúde “propõe a articulação de saberes técnicos e populares, da mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução” (BUSS, 2000, p.163).

Nesta perspectiva, a promoção da saúde se configura em uma dimensão social, onde todos os sujeitos devem estar aptos e preparados para colocar em prática suas ações e condutas primando pela promoção da saúde. A promoção da saúde é vista como uma condição social, política e cultural, de um povo ou de uma coletividade, e que torna crucial o desenvolvimento pleno dessas ações embutidas no profissional da Atenção Primária à Saúde. Ações essas de promoção pautadas na questão biopsicossocial do indivíduo, contribuindo para uma qualidade de vida. É relevante apontar que a Atenção Primária a Saúde se configure por ações e serviços

de caráter preventivo, curativo, individual e coletivo, concretizando de fato e com êxito a promoção da saúde, contribuindo significativamente para a diminuição das vulnerabilidades no que tange a Tuberculose.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico tratamento reabilitação e manutenção da saúde (CONASS, 2011). No que tange aos cuidados pertinentes a TB, a Atenção Primária desenvolve ações de caráter individual e coletivo para diminuir a transmissibilidade da doença, a supervisão da tomada das doses, como uma alternativa a diminuir a transmissão da doença, a busca ativa dos sintomáticos respiratórios, como uma abordagem significativa para detectar casos suspeitos de TB, busca de contatos domiciliares e a vacina BCG, medidas preventivas e significativas no controle da doença (BRASIL, 2010).

Considerando que a Atenção Primária a Saúde tem uma abordagem biopsicossocial, tratar o indivíduo como um ser único, dotado de capacidades para a promoção da sua saúde e um contexto sociocultural diversificado tem a capacidade de prevenir danos e agravos à saúde do próprio indivíduo e coletividade, adotando ações e medidas que fortalecem a saúde individual e coletiva do ser humano em todos os ciclos da vida (BRASIL, 2006).

Diante dessa concepção de um tratamento supervisionado, torna-se relevante a efetiva participação do usuário em seu tratamento uma vez que o mesmo torna-se o protagonista de sua própria história, se sente um ser importante e capaz, eleva sua autoestima, diminui o próprio preconceito que o mesmo carrega em decorrência de estar com uma doença infecto contagiosa e contribui, dessa forma, para a cura e melhoria na qualidade de vida. O tratamento supervisionado pelos profissionais da Atenção Primária diminui o abandono pelo usuário, garantindo as chances de cura. Com isso, o usuário em tratamento supervisionado da TB fortalece vínculo com os profissionais da Atenção Primária, resgatando seus valores como a moral e a dignidade humana, destacando que a Atenção Primária exerce ações de proteção, promoção, recuperação da saúde e prevenção de doenças, que são desenvolvidas por meio de ações estabelecidas por uma equipe multiprofissional (BRASIL, 2002).

Uma estratégia primordial no controle da TB na Atenção Primária a Saúde é o Tratamento Diretamente Observado, (TDO) constituindo-se, assim, em uma

estratégia vital para diminuir os casos de abandono do tratamento, garantindo “a cura e uma melhor qualidade de vida para o usuário, estabelecendo também uma relação mútua de confiança com o profissional da saúde” (BRASIL, 2010, p.20).

Segundo a OMS (WHO, 2009) o Tratamento Diretamente Observado (DOTS) pode atingir proporções globais para o controle da TB e ser uma prática realizada pelo Agente Comunitário de Saúde, uma vez que o mesmo tem uma vivência com o usuário e já possui um vínculo com a pessoa em tratamento.

Conforme explicitam Ruffino Netto e Villa (2006) a imensurável busca dos sintomáticos respiratórios só começou a expandir com êxito a partir da inserção do DOTS, onde as taxas de abandono caíram de forma significativa.

Nesta dimensão preventiva, o Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração tem sido crucial como uma alternativa do tratamento da tuberculose, e uma maior adesão ao tratamento. A prática dessa metodologia de tratamento exige, de fato, um comprometimento por parte do governo em garantir com plenitude os recursos para o controle da doença, além de propor uma visão holística na estruturação e organização dos serviços para a descoberta, o diagnóstico e o respectivo tratamento. Destaca-se, ainda, que oferece subsídios para a concretude do diagnóstico mediante do exame de escarro nos sintomáticos respiratórios que procuram os serviços de saúde; garantia do tratamento medicamentoso e insumos para todos os laboratórios em todos os serviços de saúde (SOUZA, 2010).

Esse mesmo autor afirma que tal estratégia se desenrola na Atenção Primária a Saúde como uma alternativa na efetivação do tratamento, com o intuito de diminuir as taxas de abandono e dar garantia de cura da doença em questão.

5.2 Ações de Controle da Tuberculose na Atenção Primária

Com o objetivo de controlar a doença tem se adotado a estratégia DOTS como uma estratégia vital e relevante de grande impacto internacional, assegurando aos brasileiros e aos profissionais da saúde uma estratégia crucial na diminuição dos casos de TB, contribuindo com êxito na qualidade de vida dos portadores da doença. As taxas de abandono ficam a cargo da Atenção Primária, sendo a condutora e a executora dessa atividade de substancial relevância para o fortalecimento das ações de controle da TB (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, a promoção da saúde se configura em uma dimensão social, onde todos os sujeitos devem estar aptos e preparados para colocar em prática suas ações e condutas primando pela promoção da saúde. Esta é vista como uma condição social, política e cultural, de um povo ou de uma coletividade, e que torna crucial o desenvolvimento pleno dessas ações embutidas no profissional da Atenção Primária à Saúde. Ações essas de promoção pautadas na questão biopsicossocial do indivíduo, contribuindo para uma qualidade de vida. Nesta dimensão, torna-se relevante que a Atenção Primária a Saúde se conforme por ações e serviços de caráter preventivo, curativo, individual e coletivo, concretizando de fato e com êxito a promoção da saúde.

No que tange aos cuidados pertinentes a TB, a Atenção Primária desenvolve ações de caráter individual e coletivo para diminuir a transmissibilidade da doença, a supervisão da tomada das doses, como uma alternativa a diminuir a transmissão da doença, a busca ativa dos sintomáticos respiratórios, como uma abordagem significativa para detectar casos suspeitos de TB, busca de contatos domiciliares e a vacina BCG, medidas preventivas e significativas no controle da doença (BRASIL, 2010).

Considerando que a Atenção Primária a Saúde tem uma abordagem biopsicossocial, tratar o indivíduo como um ser único, dotado de capacidades para a promoção da sua saúde e um contexto sociocultural diversificado tem a capacidade de prevenir danos e agravos à saúde do próprio indivíduo e coletividade (BRASIL, 2006).

De acordo com Souza (2010, p. 40):

Quando há supervisão, as pessoas em tratamento reconhecem sua importância, trazendo vários benefícios, tais como a desmistificação da doença pelo contato constante pelos profissionais de saúde, contribuindo para modificar também a imagem e o medo que as pessoas próximas tinham do contágio. Outro aspecto positivo é a percepção de estar recebendo um tratamento diferenciado, deixando de ser apenas mais um número e reconhecendo o investimento do estado em sua saúde. Isso lhe trás um certo compromisso com a continuidade do tratamento, que aliado ao vínculo que acaba se formando entre elas e o profissional que realiza o tratamento supervisionado, fortalece ainda mais a decisão de realiza-lo.

Diante dessa concepção de um tratamento supervisionado, torna-se relevante a efetiva participação do usuário em seu tratamento uma vez que o mesmo torna-se o protagonista de sua própria história, se sente um ser importante e capaz,

eleva sua autoestima, diminui o próprio preconceito que o mesmo carrega em decorrência de estar com uma doença infecto contagiosa e contribue, dessa forma, para a cura e melhoria na qualidade de vida (BRASIL, 2002).

O tratamento supervisionado pelos profissionais da Atenção Primária diminui o abandono pelo usuário, garantindo as chances de cura. Com isso, o usuário em tratamento supervisionado da TB fortalece vínculo com os profissionais da Atenção Primária, resgatando seus valores como a moral e a dignidade humana (BRASIL, 2002).

Uma estratégia primordial no controle da TB na Atenção Primária a Saúde é o Tratamento Diretamente Observado, (TDO) constituindo-se, assim, em uma estratégia vital para diminuir os casos de abandono do tratamento, garantindo “a cura e uma melhor qualidade de vida para o usuário, estabelecendo também uma relação mutua de confiança com o profissional da saúde” (BRASIL, 2010, p.20).

De acordo com os princípios de Faria *et al.* (2009), para o fortalecimento da adesão ao tratamento, é vital priorizar e conhecer a condição social do indivíduo, o meio no qual o mesmo está inserido, pois é crucial identificar a sua condição social, pois a Tuberculose TB esta muito ligada à qualidade de vida. É sabido que o indivíduo desprovido de conhecimento e de condições dignas de moradia, alimentação é potencialmente vulnerável a contrair doenças, e tendo em vista que não possuindo conhecimento prévio das coisas, torna-se mais exposto a doença por não saber como lidar com a mesma.

5.3 O Acolhimento e sua relevância aos portadores de tuberculose na Atenção Primária a Saúde

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) o acolhimento ao portador de TB estabelece vínculo de confiança entre profissional e usuário, fortalecendo vínculo com a equipe de saúde, atendendo aos princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo no acolhimento deve ter um visão holística do usuário, diminuindo assim seus anseios, medos e angústias frente a doença.

Para a consolidação do acolhimento é necessário priorizar alguns critérios de substancial relevância, tais como postura adequada, escuta qualificada conhecimento do serviço local e também do serviço referenciado para os

encaminhamentos que se fizerem necessários. Desta maneira, o profissional de saúde deve estar ciente de suas responsabilidades, atendendo aos princípios operacionais do SUS, trazendo resolutividade do problema em questão. Contudo, o acolhimento diz respeito a uma escuta de problemas do usuário, dando-lhe sempre uma resposta positiva e acima de tudo responsabilizando-se na resolutividade do seu problema, uma vez que o usuário se depara com uma doença de caráter infeccioso e ainda estigmatizada pela sociedade (BRASIL, 2006).

O acolhimento é uma estratégia que busca humanizar ações do cuidar, garantindo a promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde do indivíduo, a partir de ações e condutas através de aproximação, de relação com o usuário que procura os serviços de saúde, a qual não se restringe apenas ao ato de receber, mas se constitui em uma sequência de atos e modos que compõem as metodologias dos processos de trabalho em saúde, em qualquer nível de atenção. (BRASIL, 2006).

Mariotti (2002) estabelece que o acolhimento é uma das principais ações que norteia os serviços de saúde, tendo como foco o usuário em seu contexto biopsicossocial, ressalta a boa recepção, a resolutividade, buscar ouvir o usuário, a fim de conhecer sua história, o conhecimento que o mesmo tem sobre a doença, conhecer melhor suas necessidades.

Desta forma o acolhimento é visto como uma ação que deve ser tratada de forma a uniformizar os serviços de saúde, tendo em vista uma visão holística do usuário, e compreender que o mesmo, tem suas necessidades e fragilidades mediante o acometimento de sua saúde, especialmente o portador de TB, que requer cuidados mais específicos e resolutivos.

Shneider *et al.* (2008) pontuam que o acolhimento é a base do atendimento ao usuário considerado como um processo contínuo, atentando para todas as necessidades do portador de TB, colocado em prática não apenas no atendimento que se dá nas portas do serviço de saúde, mas de forma integral as suas necessidades biopsicossociais diante da doença, pois o adoecer implica em um momento de fragilidade, medo, insegurança, sendo assim o portador de TB necessitava de uma atenção integral de todos os profissionais de saúde garantindo ao mesmo a plenitude da cura e adesão ao tratamento.

O acolhimento não se constitui em um local, nem mesmo a um espaço, mas de fato uma postura ética, uma atividade que exige dos profissionais sensibilidade

ao escutar angústias, lamentações, uma escuta que implica saberes devendo o profissional ter postura ética é vital para o sucesso do acolhimento e solucionar o problema do usuário (BRASIL, 2011).

Neste contexto, o acolhimento passa a ser uma nova ferramenta da Atenção Primária à saúde e é vital estabelecer e efetivar um acolhimento que atenda todas as necessidades do usuário. Nesse sentido, o profissional de saúde deve ter uma visão holística do usuário, respeitando suas queixas e suas singularidades, sabendo ouvi-lo e procurar solucionar o seu problema (BRASIL, 2011).

Dessa forma, o acolhimento torna-se o ápice, o encontro de partida do profissional de saúde com o usuário portador de TB. No primeiro contato entre ambos, é vital que o profissional de saúde saiba ouvir atentamente suas queixas, suas lamentações, procurando identificar o seu problema. Neste contato inicial com o usuário o profissional deve traçar seu planejamento e garantir ao usuário resolatividade (BRASIL, 2011).

Na vigência de um sintomático respiratório suspeito de portar o bacilo da TB, o acolhimento é o ponto inicial para a promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação da doença, devendo-se, de fato, realizar um acolhimento que atenda todas as necessidades do usuário o que é fundamental para a garantia da sua cura com êxito. No acolhimento, os pacientes devem receber orientações profiláticas quanto a TB, sua transmissão, orientando-o quando tossir ou espirrar a cobrir a boca e nariz, medidas essas que reduzem significativamente partículas infectantes no ambiente (MINAS GERAIS, 2007).

Sendo assim, torna-se primordial uma abordagem qualificada no acolhimento para sanar dúvidas dar orientações pertinentes a TB, diminuindo o medo, preconceito e a ansiedade do paciente frente a um possível diagnóstico de TB, encorajando o mesmo a realizar o tratamento.

Dessa forma, o acolhimento ao usuário com TB deve ser pautado na ética, tendo uma visão global do paciente, respeitando seus medos e angústias, sanando dúvidas e, acima de tudo, resgatar o seu conhecimento acerca da doença, pois a aquisição de conhecimentos por parte do indivíduo mudará seus hábitos, onde o mesmo será o sujeito de sua própria história.

Ao realizar o acolhimento o profissional de saúde deve enxergar que ali é um ser humano dotado de potencialidades para a promoção de sua saúde. O acolhimento ao portador de TB envolve conhecimento, presteza, sensibilidade por

parte dos profissionais, as suas individualidades, devendo a equipe adotar medidas que irão nortear o tratamento e sua adesão por parte do indivíduo portador de TB.

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Diagnóstico Situacional

O município de Santa Efigênia de Minas está localizado no Leste de Minas Gerais, tendo como principal fonte de renda o comércio, e a pecuária segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) a população residente é de 4600, sendo a população residente de homens 2265, e de mulheres 2335. A colonização da região, onde se encontra Santa Efigênia de Minas, se deu no início do século, por volta de 1906. Quando os pioneiros chegaram havia apenas mata virgem, e logo começou a ocupação. A edificação de uma capela em homenagem a Santa Efigênia, em terras doadas pelo pioneiro João Soares, marca a origem do povoado, então conhecido como povoado da cruz.

O povoado da Cruz foi elevado à categoria de Distrito em 1948, pela Lei nº 336, de 27/12/1948, com o topônimo de Santa Efigênia, pertencente ao município de Virginópolis. O Distrito de Santa Efigênia foi emancipado em 1962, pela Lei nº 2.764, de 30/12/1962, tornando-se município, com o topônimo de Santa Efigênia de Minas.

O município de Santa Efigênia de Minas apresenta duas ESF, uma localizada na zona rural ESF João Perpetuo e urbana, ESF Osvaldo Cruz e com a unidade básica de saúde com pronto atendimento de 24 horas. De acordo com dados extraídos do SIAB, apresentando 759 hipertensos, diabéticos 123, crianças de 0 a 2 anos 103; mulheres de 18 a 60 anos 1.390; e de homens acima de 60 anos 287.

Os principais problemas/doenças existentes na área de abrangência da ESF de Santa Efigênia de Minas são a hipertensão arterial, seguido pela *diabetes mellitus*, além da demanda de usuários portadores de TB. Diante desse contexto, destacou-se o acolhimento como problema no enfrentamento ao portador de TB, sendo o mesmo um dispositivo de grande relevância na adesão ao tratamento, no fortalecimento de vínculo entre profissional e usuário.

Destacou-se deficiência no acolhimento a esses indivíduos e de ações que promovam um acolhimento de qualidade aos portadores de TB, e capacitação dos profissionais, e de ações voltadas para a prevenção, promoção, reabilitação, cura e manutenção da saúde desses usuários.

Em observação ativa, na própria unidade e em visitas domiciliares, e nos registros dos prontuários notou-se um grande número de sintomáticos respiratórios, e casos confirmados de TB, havendo a necessidade de traçar estratégias que fortaleça o acolhimento a esses indivíduos,

O plano de ação inicia-se a partir do momento que são estabelecidas as ações estratégicas com o objetivo de resolver o problema detectado levantado durante o referencial teórico. O plano de ação constitui-se uma ferramenta crucial para a intervenção dos problemas detectados no diagnóstico situacional. Neste sentido, “a proposta de intervenção, ou o plano de ação, deverá estar fundamentada em seu diagnóstico situacional, sua justificativa, objetivos e as bases conceituais e operacionais” (CORREA *et al.*, 2013, p. 93).

6.2 Definição do Problema

Os problemas definidos foram priorizar ações que promovam a qualidade no acolhimento ao cliente tuberculose diminuindo as vulnerabilidades no que tange esse grupo destacando-se: Capacitação dos profissionais das diversas especialidades da ESF do município de Santa Efigênia de Minas, e de lideranças comunitárias, Conforme relata Campos (2010), quantificar o problema é um passo relevante uma vez que realizada essa quantificação, nos permite avaliar o impacto alcançado pelo plano de intervenção. Foi evidenciado outros problemas de relevância que mereceu destaque:

- Hipertensão arterial;
- Diabetes;
- Drogas;
- Doenças cardiovasculares;
- Neoplasias;
- Violência;
- Alcoolismo.
- Tuberculose

6.3 Priorização do Problema

Conforme explicitado anteriormente, neste momento, priorizou-se trabalhar com a TB por se instituir em uma doença infecto contagiosa e grave problema de saúde pública.

6.4 “Nós críticos”

Realizou-se reunião com a equipe de saúde para identificar os nós críticos a serem trabalhados. A reunião foi realizada na ESF de Santa Efigênia de Minas e foram selecionados os “nós críticos” citados abaixo:

- Falta de capacitação dos profissionais de saúde;
- Falta de campanhas educativas;
- Inexistência de programa para captação de pacientes suspeitos;
- Não há referencia dentro do município para pacientes suspeitos serem encaminhados, temos apenas referência e contra-referência para tratamento fora do domicilio, que neste caso é em Governador Valadares, no CREDEN PES;
- Abandono de Tratamento.

6.5 Priorizando o “Nó” Crítico

A prevalência de atendimento para os casos de TB foi priorizada pelas equipes por haver uma alta demanda de usuários sintomáticos respiratórios, e exames laboratoriais confirmados para a TB. Sendo assim, o acolhimento a esses grupos estava deficiente e passou-se a priorizar o acolhimento a esses indivíduos, como forma de garantir a adesão e a cura, fortalecendo e criando vínculo com usuário e equipe.

6.6 Como o Problema foi Identificado?

Por meio do aumento de sintomáticos respiratórios, e da confirmação diagnóstica, percebeu-se um considerável aumento de indivíduos portadores de TB, e que necessitava de uma intervenção eficaz no acolhimento a esses usuários. Sendo assim, houve a necessidade de criar um plano operacional para o

enfretamento do problema, focando o acolhimento pautado na qualidade e resolutividade.

6.7 Como Controlar o Problema

O controle dos problemas para o fortalecimento no acolhimento ao portador de TB torna-se de substancial relevância o trabalho multidisciplinar que envolva todos os níveis de atenção à saúde da ESF do município de Santa Efigênia de Minas, para consolidação e efetivação no acolhimento, garantindo assim adesão ao tratamento e a plenitude da cura.

- **Palestras educativas para as famílias:** Estas podem ser realizadas em três espaços prioritários, sendo estes, no pátio da unidade de saúde, escolas e igrejas. Buscar-se-á o apoio de lideranças locais para a convocação das pessoas e também os agentes de saúde que diariamente fazem visitas domiciliares.
- **Capacitação dos profissionais de Saúde:** Capacitar os profissionais para uma melhor abordagem ao usuário portador de TB.
- **Intensificar as visitas domiciliares:** aumentar as visitas domiciliares, através de intervenções realizadas pelo enfermeiro, médico, identificando os sintomáticos respiratórios, realizando assim a intervenção necessária.
- **Problema Priorizado:** Melhorar a qualidade do acolhimento ao usuário portador de TB, uma vez que o município, de Santa Efigênia de Minas, registrado casos de TB. Sendo assim, a priorização deste problema deve estar embutidas nas ações realizadas pelo enfermeiro e por toda equipe da ESF do município de Santa Efigênia de Minas.

6.8 Elaboração do Plano Operativo

Quadro I: Plano de ação para enfrentamento da TB

Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Ação estratégica	Responsável	Prazo
<p>Todos devem saber</p> <p>Visa capacitar profissionais de saúde e lideranças comunitárias.</p>	Aumentar a busca ativa principalmente e durante as visitas domiciliares	Capacitação de pessoal; Avaliar o nível de informação das pessoas envolvidas	Não é necessário	Enfermeiro e 01 ACS	02 meses para apresentação do projeto e 04 meses para o início das atividades
<p>Santa Efigênia de Minas sem Tuberculose</p> <p>Campanhas educativas para a população</p>	População mais informada sobre como reconhecer sinais clínicos da doença.	Campanhas educativas com panfletos e na rádio local; campanhas em escolas; educação constante da população	Apresentar o projeto apoio do prefeito e Secretário da Saúde	Médico e coordenação de epidemiologia	03 meses para apresentação do projeto, divulgação em 04 meses e campanhas nos meses subsequentes, cada mês em uma instituição
<p>“Dia do Sintomático Respiratórios</p> <p>Mutirão visando à captação de pacientes suspeitos</p>	Captação do maior número possível de pacientes suspeitos na comunidade	Criação de mutirões em pontos estratégicos, com datas pré-fixada, e informar a população sobre o mesmo.	Não é necessário	Tec. de enfermagem e 02 ACS	03 meses para apresentação do projeto, 05 meses para o primeiro mutirão e novo mutirão a cada 04 meses.
<p>Mais cuidados</p> <p>Criação de uma</p>	Confirmar ou descartar a doença. Em	Investigação qualificada no diagnóstico	Não é necessário	Médico e Enfermeiro	01 mês para divulgação

referencia dentro do município para atender estes casos suspeitos	caso positivo iniciar tratamento e busca ativa dos contatos	de TB, de 100% dos contatos, por profissional capacitado.	o do protocolo e 02 meses para iniciar as atividades . Finaliza quando atingir o objetivo de menos de 01 caso novo por 10.000 habitantes por ano
--	---	---	--

Fonte: Aatoria Própria (2014).

Após reunião com toda equipe que participou na elaboração do diagnóstico situacional, detectados os nós críticos e levantados os problemas da área de abrangência da ESF do município de Santa Efigênia de Minas e envolvida no planejamento, ficou definido por consenso a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto, com o objetivo de fortalecer adesão ao tratamento, a confirmação diagnóstica dos sintomáticos respiratórios através da confirmação laboratorial, garantindo a cura por meio da promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde dos usuários.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo demonstrou que o acolhimento nos serviços de saúde é imprescindível e vital no fortalecimento e na criação de vínculo com o portador de TB, uma vez que a confirmação diagnóstica gera conflito de ordem social, psíquica e emocional no indivíduo, onde o acolhimento pautado na qualidade e na ética torna-se relevante para a superação da doença e adesão ao tratamento.

Para o fortalecimento da adesão ao tratamento é vital priorizar e conhecer a condição social do indivíduo, o meio no qual o mesmo está inserido, pois é crucial identificar a sua condição social, pois a TB está muito ligada à qualidade de vida. É sabido que o indivíduo desprovido de conhecimento e de condições dignas de moradia, alimentação é potencialmente vulnerável a contrair doenças e tendo em vista que não possuindo conhecimento prévio das coisas, torna-se mais exposto a doença por não saber como lidar com a mesma.

A atenção primária à saúde é potencialmente capaz e estruturante em fortalecer a criação de vínculo com o portador de TB, uma vez que a mesma estabelece-se com os preceitos estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pelo fato do acolhimento ser uma ferramenta fundamental para um tratamento pautado na qualidade, na adesão ao tratamento garantindo assim a plenitude da cura ao portador de TB.

O referencial teórico foi relevante por apontar como causa do grande desafio para a Atenção Primária à Saúde no controle da TB, o abandono do tratamento. Esse abandono está agregado a diversos fatores, no qual o indivíduo pode estar inserido, tais como o contexto socioeconômico, cultural, político e religioso, condições que implicam e dificultam a adesão ao tratamento.

Para a consolidação do tratamento é necessário quebrar os estigmas, o preconceito alienado pela sociedade, e até mesmo pelo paciente, e fortalecer o vínculo com a equipe. Deve-se ficar embutido no profissional e na equipe a necessidade de sensibilizar, de resgatar os valores humanos como a ética, a moral, a dignidade pautadas no respeito à dignidade humana, pois o cuidar/cuidado não se restringe apenas na execução de técnicas e procedimentos, mas na multiplicação de ternura, amor e calor humano, consiste no respeito à dignidade humana na sensibilidade para com o sofrimento e na ajuda para superá-lo, enfrentá-lo.

Para que o acolhimento seja efetivado e consolidado nos serviços de saúde torna-se crucial preparar quem acolhe, acolhendo-o, diminuindo o medo e a angústia diante de um diagnóstico de TB. Sendo assim, a ESF precisa definir claramente como será implantado o acolhimento, garantir capacitação dos profissionais, organizar o fluxo de atendimentos e cuidar de quem cuida.

O presente estudo apontou que o acolhimento é uma diretriz que se baseia nos seguintes princípios:

- Atender todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população.
- Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central, do médico para uma equipe multiprofissional - equipe de acolhimento, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.
- Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.
- O acolhimento ao portador de TB estabelece vínculo de confiança entre profissional e usuário, fortalecendo vínculo com a equipe de saúde, atendendo aos princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS).
- O acolhimento de qualidade, medos e angústias frente a doença, fortalecendo a adesão ao tratamento.
- O acolhimento é a base do atendimento ao usuário considerando como um processo contínuo, atentando para todas as necessidades do portador de TB, colocado em prática não apenas no atendimento que se dá nas portas do serviço de saúde, mas de forma integral as suas necessidades biopsicossociais diante da doença.
- O acolhimento passa a ser uma ferramenta que irá tecer uma rede de confiança e solidariedade entre as pessoas, entre profissionais de uma equipe, entre essa equipe e a população que ela atende. Por maior que seja o acúmulo de conhecimentos técnicos, eles não são por si só suficientes para produzir saúde, bem-estar, equilíbrio entre aspectos psíquicos, físicos e sociais de uma pessoa ou sociedade.

Analisar este referencial teórico apontou os benefícios do acolhimento e o conhecimento dos mesmos é um primeiro passo primordial para a qualidade da assistência prestada ao portador de TB na ESF do município de Santa Efigênia de Minas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. **Avaliação das teses de mestrado na área de educação no Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 1977. Dissert. (mestr.) UFRJ.

AYRES, R. C.; *et al.* Acolhimento no PSF: Humanização e Solidariedade. **O Mundo da Saúde** 2006. abri/jun 30 (2). 306-311. Disponível em: http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/35/acolhimento_psf.pdf Acesso em 20 de Març. de 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**. 2003. < Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/cidadão/visializar_texto.cfm.idtxt=28288.>Acesso em: 15 abr.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde 2011.20p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso/Ministério da saúde**, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica.-8.ed.rev.-Brasilia:Ministerio da Saúde,2010.402p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sinanweb>. Acesso em: 9 mar.2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. –Brasília: CONASS, 2011. 16p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. –Brasília: CONASS, 2011. 17p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: acolhimento com avaliação e classificação de risco- um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed.. Belo Horizonte: NESCON/ UFMG, 2010.

FARIA, H. P. *et al.* **Processo de trabalho em Saúde**. Belo Horizonte: NESCON/ UFMG, 2009.

FRANCO, T.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim. In: MERHY, E. E. *et al.*(orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hicitec;2 003. p.37-54.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. 1838 p. 2007.

GONÇALVES, H. *et al.* **Adesão à terapêutica da tuberculose em pelotas, Rio Grande do Sul**: na perspectiva do paciente. *Cad.Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2000.

HENNINGTON, E.A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. **Cad. Saúde Pública**. v.21, n. 1 , p 50, Rio de Janeiro Jan./Feb.2005.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. [capturado em:21 de març. 2014.

p:<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=315750&search=minas-gerais|santa-efigenia-de-minas|infograficos:-historico>.

MARIOTTI, H. (2002). (Org.) **Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver**. Secretaria Municipal de Saúde- São Paulo.

MINAS GERAIS. Superintendência de Epidemiologia da Subsecretaria de Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: 2010 [capturado em: 19 de març. 2014] http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=6495.

NEVES, L. A. S, GIR, E. Mães portadoras do HIV/AIDS: percepções acerca da severidade da infecção. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 44, n. 4, p: 1135- 1141, 2010. [periódico on line].2010 [capturado em 18 de abr. de 2014; Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/41.pdf>. Acesso em: 20/04/2014.

RUFFINO NETO, A.; VILLA S. T. C. (organizadores). Tuberculose. Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil. **Histórico e peculiaridades regionais**. São Paulo: Instituto Milênio Rede TB. Rede Brasileira de Pesquisas em Tuberculose. CNPq; 2006.

SHNEIDER, Dulcinéia Ghizone et al. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. **Texto contexto- enferm**; Florianópolis, v. 17 n. 1, mar. 2008.

SOUZA, E. C. F. *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública** vol.24 suppl. 1 Rio de Janeiro 2008.

SOUZA, S. S. **Representações sociais do viver com tuberculose** [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós Graduação em Enfermagem; 2006 [periódico on line].Out. – Dez. 2010 [capturado em 18 de mar. de 2014]; Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/05.pdf>. Acesso em: 18/04/2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Library Cataloguing-in-Publication. Data. Global tuberculosis control: a short update to the 2009 report.**

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Global tuberculosis control: epidemiology, strategy,financing.** Geneva, 2009.