

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

GEISE CRISTINE ESPÍNDOLA

**TUBERCULOSE: DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO E NO
ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA VANGUARDA II /MUNICÍPIO DE RUBELITA / MG**

MONTES CLAROS/ MINAS GERAIS

2016

GEISE CRISTINE ESPÍNDOLA

**TUBERCULOSE: DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO E NO
ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA VANGUARDA II /MUNICÍPIO DE RUBELITA / MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a. Dr^a.Suelene Coelho

MONTES CLAROS/ MINAS GERAIS

2016

GEISE CRISTINE ESPÍNDOLA

**TUBERCULOSE: DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO E NO
ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA VANGUARDA II /MUNICÍPIO DE RUBELITA / MG**

Banca examinadora:

Prof^a. Dr^a. Suelene Coelho (orientadora)

UFMG

Prof^a . Mestre Samara Cordeiro Macedo

Aprovado em Montes Claros: ___ / ___ / ___

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, primeiramente, a Deus e a minha família. Agradeço o apoio de minha mãe que sempre me ajudou em todos os passos da realização do trabalho de forma indireta, porém, que permitiu que o trabalho fosse menos árduo.

AGRADECIMENTOS

Sou grata aos meus familiares e também a minha equipe de saúde da família Vanguarda II que participou das reuniões para elencar os problemas e priorizá-los. Agradeço pelas sugestões, críticas e opiniões. Eles também realizaram o trabalho deles conforme solicitado para realizar a busca dos sintomáticos respiratórios, agendamento de consultas, revisão de prontuários, busca de contatos. Enfim, agradeço toda a dedicação e esforço de todos.

"Quando o homem explorar intensamente o pequeno átomo e o imenso espaço e disser que domina o mundo e conquistar as mais complexas tecnologias e disser que sabe tudo, então terá tempo para se voltar para dentro de si. Nesse momento, compreenderá que dominou o mundo de fora, mas não dominou o mundo de dentro, os imensos territórios da sua mente".

Augusto Cury (2008, p. 8)

RESUMO

Apesar da redução do número de casos nos últimos anos, a tuberculose não deixou de existir e ainda está longe de ser controlada, por isso caracteriza-se como uma doença endêmica em nosso país. A infecção por mycobacterium é uma doença endêmica em nosso país, está associada a desnutrição e a pobreza. Ela exige o desenvolvimento de estratégias para o seu controle, analisando os aspectos humanitários, econômicos e de saúde pública. O perfil epidemiológico do município de Rubelita, cidade localizada na região sudeste do Brasil, aponta para a prevalência de casos de tuberculose diagnosticados em anos anteriores e, recentemente, o surgimento de novos casos. Diante dessa realidade, a Equipe de Saúde da Família Vanguarda II considera prioritário a abordagem e manejo dessa doença em sua área de abrangência. Assim, elaborou-se um projeto de intervenção com o objetivo de otimizar o diagnóstico de tuberculose e o acompanhamento dos pacientes já diagnosticados com essa patologia no território de atuação da referida Equipe de Saúde da Família. A metodologia utilizada para este trabalho foi o Método simplificado do Planejamento Estratégico Situacional seguindo os seus principais momentos: explicativo, normativo e estratégico. Foi realizada também, uma revisão bibliográfica por meio de trabalhos científicos disponíveis na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual do NESCON da Universidade Federal de Minas Gerais. Além disso, serviram de referência as disciplinas e módulos cursados durante a realização do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, em especial: Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde, Endemias e epidemias: tuberculose e hanseníase e Iniciação a Metodologia: textos científicos. O projeto de intervenção foi elaborado com a participação da equipe multidisciplinar, incluindo médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, além de profissionais da Secretária Municipal de Saúde e população de Rubelita.

Palavras-chave: Tuberculose. Diagnóstico. Acompanhamento. Atenção primária.

ABSTRACT

Despite the reduction in the number of cases in recent years, tuberculosis is still a public health issue far from being controlled. The Mycobacterium infection is an endemic disease in our country, closely associated with malnutrition and poverty. Such an important condition demands strategies for its control taking into account humanitarian, economic and public health aspects. The epidemiological profile of Rubelita, Brazilian city localised in the Southeast, has been associated with high prevalence of TB cases. However, recently, the number of TB cases appears to have been increasing significantly. As an attempt to change this situation, the Family Health Team Vanguard II in Rubelita faces the infection as a priority in terms of diseases approach and management in their area. Therefore, an intervention project has been elaborated aiming to optimize tuberculosis diagnosis and patients follow up in the Family Health Team area. The methodology used in this study was the simplified method of Situational Strategic Planning. This method has three major stages which are the explanatory, normative and strategic one. A literature review has been done using scientific publications available in the Virtual Library database in Health (BVS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SciELO) and NESCON Virtual Library Federal University of Minas Gerais. Furthermore, modules and subjects studied during the course of Specialization in Family Health Strategy worked as a reference for this study, particularly the "Planning and Evaluation of Health Actions, Endemic and epidemic: Tuberculosis and Leprosy" and "Introduction to Scientific Methodology: scientific texts". The intervention project was designed by a multidisciplinary team, including doctors, nurses, nursing technicians and community health workers, besides professionals of the Municipal Secretary of Health and Population Rubelita.

Key words: Tuberculosis. Diagnosis. Monitoring. Primary care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 JUSTIFICATIVA.....	14
3 OBJETIVOS.....	16
4 METODOLOGIA.....	17
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	19
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	26
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
8 REFERÊNCIAS.....	43

1 INTRODUÇÃO

O município de Rubelita surgiu por volta de 1876, quando Manoel Honório da Bandeira chegou e construiu a Igreja cujo Padroeiro é o Senhor Bom Jesus. Por essa razão, a primeira denominação recebida foi Bom Jesus de Salinas, pelo fato desta região pertencer à época a cidade de Salinas. Após algum tempo a denominação do povoado passou a ser Bandeira devido às festas religiosas com entrega de bandeira, em que uma delas era continuamente hasteada em louvor a Bom Jesus (BRASIL, 2013a).

O povoado passou a ser denominado Rubelita em razão da descoberta de uma jazida de pedras semipreciosas de mesmo nome, pertencente a família das turmalinas, por volta de 1938 (BRASIL, 2013a). Assim, em 31 de dezembro de 1942, foi criado o distrito de Rubelita, circunscrito ao Município de Salinas, pela Lei nº 1058, tendo em vista a chegada de muitos garimpeiros que aqui fizeram residência e passaram a viver da extração mineral e também da pecuária e da agricultura. No dia 01 de março de 1963 foi criado o município de Rubelita (pela Lei nº 2764 de 30 de dezembro de 1962), possuindo dois povoados denominados Lagoa de Baixo e Amparo do Sítio e nenhum distrito (BRASIL, 2013a).

Ainda de acordo com o IBGE (BRASIL, 2013a), o município de Rubelita fica situado na macrorregião de planejamento VIII-Nordeste de Minas, na microrregião de Salinas. Tem como limites os seguintes municípios: Salinas e Fruta de Leite ao Norte; Coronel Murta, Virgem da Lapa e Itinga ao Sul; Comercinho ao Leste e com Padre Carvalho e Josenópolis ao Oeste. A sede do Município situa-se a 240 Km de Montes Claros e a 818 Km da capital Mineira (BRASIL, 2013a).

O acesso ao município é realizado pelas rodovias federais BR-251 (Montes Claros / Salinas) e BR-116 (Rio Bahia), pelas rodovias estaduais MG-404 (Salinas / Taiobeiras) e MG-302 (Rubelita / Salinas), o que facilita a integração com outras regiões do estado e do país (BRASIL, 2013a).

O Censo Demográfico de 2010 apontou 7.772 habitantes e em 2015 a estimativa populacional realizada pelo IBGE assinalou 6.937 pessoas. Verifica-se que houve uma diminuição da população, que de acordo com o IBGE deve-se a

retificação realizada em 12 /09 / 2016 das populações de Piritiba, Tapiramutá, Morro do Chapéu, Urbano Santos, Barreirinhas e Santa Quitéria do Maranhão (BRASIL, 2013a).

Com uma extensão territorial de 1.110 Km², a densidade demográfica é de 6,24 hab. Km². A Concentração habitacional é predominantemente rural com cerca de 67,6% na área rural e 32,4% da população vivendo na zona urbana (BRASIL, 2016). Essa proporção de pessoas vivendo na área rural é comparável ao que ocorria na maioria dos municípios brasileiros na década de 1970, o que por si só não resultaria em problema, caso houvesse uma política de apoio a produção rural e investimentos em infraestrutura que facilitassem o acesso ao trabalho, escolas e serviços de saúde para quem vive no campo.

Por conta disso, a principal base da economia do município de Rubelita tem sido as atividades econômicas do setor primário, representando 87,4% da população ocupada do município. Desse modo, as culturas alimentares, pecuárias e atividades extrativas englobam a utilização das terras com a ocupação do solo para a exploração agrícola, revelando um predomínio de culturas de subsistência, principalmente, o milho, feijão, mandioca e cana de açúcar. Já as lavouras consideradas permanentes, entre elas as culturas de bananas, manga, laranja, coco da Bahia, maracujá e café, têm ocupado uma área bem menor no município de Rubelita. Ressalta-se que, nos anos 1980 o cultivo de café ocupou a primeira posição e área colhida, porém houve declínio de sua cultura, assim como de outras lavouras permanentes. Embora a atividade pecuária se mantenha diversificada, ela tem se apresentado modesta em relação ao desempenho de outros municípios da região (BRASIL, 2013a).

Segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano (BRASIL, 2013b), o Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) de Rubelita foi 0,582, em 2010, o que situa o município na faixa de Desenvolvimento Humano Baixo (IDHM entre 0,500 e 0,599). Ao longo dos últimos 25 anos o IDHM de Rubelita passou de 0,266 em para 0,582, em 2010 (o IDHM da Unidade Federativa (UF) passou de 0,493 para 0,727), o que significa uma taxa de crescimento de 118,80% para o município e 47% para a UF. Implica também, que houve uma taxa de redução do hiato de desenvolvimento humano de 56,95% para o município (53,85% para a UF, no mesmo período). O

autor aponta ainda, que a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos em Rubelita foi a Educação (com crescimento de 0,371, enquanto na UF foi de com crescimento de 0,358), seguida por Longevidade e por Renda. Desse modo, a dimensão que mais contribui para o IDHM do município foi a Longevidade, com índice de 0,808, seguido pela Renda, com índice de 0,552, e da Educação, com índice de 0,443 (BRASIL, 2016b).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Vanguarda II, onde atuo como médica do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) do Ministério da Saúde fica situada no Bairro Liberdade, na região mais plana da cidade, sendo considerada um pouco distante do centro da cidade. A unidade é relativamente nova, inaugurada em junho de 2014, porém, o acesso acaba sendo dificultado devido a geografia da cidade. Rubelita é uma cidade íngreme, com acentuados aclives e declives. Pessoas que residem no centro ficam na região mais baixa da cidade e a UBS e onde se situa o PSF está situada na região mais alta.

Desse modo, a geografia da cidade é um fator importante que atrapalha a acessibilidade dos usuários a unidade de saúde. Algumas pessoas que residem na zona rural que pertence à área de abrangência da UBS também tem problema de acesso devido a distancia. Por conta desses fatores, existe dificuldade no planejamento dos grupos operacionais, uma vez que as pessoas acabam não indo na UBS e não participam com frequência das reuniões devido a distância.

O tempo da Equipe está ocupado com as atividades de atendimento da demanda espontânea (maior parte) e com o atendimento de alguns programas, como: saúde bucal, pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos. A equipe está desenvolvendo grupos de hipertensos, diabéticos e tabagismo e tentando construir uma agenda, bem como estratégias para mobilizar a comunidade para que siga uma agenda programada.

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde em 2015 as principais causas de óbito são: câncer, cardiopatia, coronariopatias (infarto agudo do miocárdio), acidente vascular encefálico. As principais causas de internação são: diabetes e hipertensão descompensadas, infecções pulmonares, problemas

relacionados à pele e traumas. As principais causas de mortalidade infantil são as complicações pós-parto e as principais doenças de notificação são: acidentes com animais peçonhentos, tuberculose e hanseníase.

O perfil epidemiológico do município de Rubelita mostra ainda, uma prevalência de casos de tuberculose em anos anteriores e recentemente foram diagnosticados novos casos (SINAN, 2010-2016). É importante ressaltar que entre os casos novos não se observa contato entre eles o que fortalece a importância do problema.

Acreditamos que para realizar o tratamento da tuberculose é necessário fazer o acompanhamento adequado dos pacientes depois do diagnóstico inicial. A prioridade atual da Equipe de Saúde da UBS Vanguarda II tem sido saber como foi o tratamento dos casos antigos de tuberculose que agora retornam com queixas. Também tem sido um desafio para a Equipe, saber orientar e alertar a comunidade sobre a doença para a identificação de novos casos. Faltam ações para abordar o sintomático respiratório, assim como falta mais dedicação da Equipe para os pacientes que já tem o diagnóstico de tuberculose.

2 JUSTIFICATIVA

De acordo com os autores Andrade *et al.* (2012), embora tenha ocorrido uma diminuição do número de casos de tuberculose nos últimos anos, nos dias atuais ela está longe de ser controlada, e continua endêmica em nosso país. O seu controle exige o desenvolvimento de estratégias considerando os aspectos sanitários, econômicos e de saúde pública que favorecem o surgimento e manutenção da doença (ANDRADE *et al.*, 2012).

É importante destacar que anualmente ainda morrem cerca de 4,5 mil pessoas com tuberculose, doença tratável e curável (BRASIL, 2011). Por isso, acreditamos que saber diagnosticar a tuberculose e fazer o acompanhamento adequado dos pacientes depois do diagnóstico é a prioridade atual da nossa área de abrangência uma vez que tem sido um desafio para a equipe abordar esta doença.

Com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) em nosso país, a busca ativa deve ser estendida a comunidade, com a inclusão da identificação dos sintomáticos respiratórios na visita mensal para todos os moradores do domicílio (BRASIL, 2011). Uma justificativa para o subdiagnóstico de tuberculose na área de abrangência tem sido a falta de identificação dos sintomáticos respiratórios (SR). Dessa maneira, os pacientes que tosse há mais de três semanas podem e devem ser investigados para tuberculose (BRASIL, 2011).

Em nossa área de abrangência verificamos que em uma das situações de pacientes diagnosticados durante este ano, o paciente já havia sido tratado por outras patologias pulmonares, no entanto não foi avaliada a possibilidade de tuberculose. O mesmo paciente tinha contato com outro paciente que tinha sido tratado há anos com a mesma doença. Então, a falta de busca ativa de pacientes sintomáticos e dos contatos tem sido um dos motivos para a subnotificação.

Para tentar explicar a dificuldade do acompanhamento dos pacientes que começam a serem tratados pela equipe de saúde, é possível que a principal causa

seja devido ao tratamento prolongado. É difícil para o paciente seguir um tratamento de seis meses, principalmente por ter que usar vários comprimidos diariamente.

Outro desafio está relacionado a própria equipe de saúde que precisa se esforçar para estar vigilante com esses pacientes, desde os agentes comunitários de saúde durante as visitas domiciliares, assim como o médico e o enfermeiro.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) uma mudança na forma de administrar os medicamentos ocorreu com o tratamento diretamente observado, porém sem mudanças no esquema terapêutico. Para tal, é necessário que o profissional treinado observe a tomada da medicação do paciente desde o início do tratamento até a sua cura. Assim, deve-se atentar para taxas de cura inferiores a meta preconizada de 85% e de abandono superiores a 5%, que demonstram a necessidade de aumentar a qualidade na cobertura do tratamento diretamente observado no País (BRASIL, 2011).

É necessário também registrar as informações de como o paciente está evoluindo ao longo do tratamento. Assim, conhecer intolerâncias, efeitos adversos e resistência à medicação e a melhora clínica do paciente, são fundamentais para o sucesso do mesmo. Um desafio para abordar o paciente com diagnóstico prévio de tuberculose é saber se o paciente realizou todo o tratamento, se fez controle com realização de baciloscopias e se abandonou o tratamento. Muitas vezes, não temos esses registros nos prontuários.

Tendo em vista a situação do problema em nossa área de abrangência, foi priorizado pela equipe de saúde, realizar um projeto de intervenção para o diagnóstico e controle da tuberculose, devido aos casos novos recentes de tuberculose na unidade (03 casos em quatro meses) e de casos antigos de tuberculose que chegam na unidade com novas queixas. Importante ressaltar, que esses números se tornam significativos uma vez que consideramos uma área de abrangência com cerca de 2860 pessoas. Ademais, o perfil epidemiológico do município de Rubelita mostra uma prevalência de casos de tuberculose em anos anteriores e entre os casos novos não se observa contato entre eles o que fortalece a importância do problema.

3 OBJETIVOS

Objetivo geral:

Elaborar um projeto de intervenção para otimizar o diagnóstico de tuberculose e acompanhamento dos pacientes já diagnosticados com essa doença na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família da UBS Vanguarda II, no município de Rubelita / MG.

Objetivos específicos:

- Identificar e avaliar os sintomáticos respiratórios da área de abrangência.
- Otimizar o diagnóstico utilizando novos exames como o teste rápido molecular.
- Realizar a investigação adequada dos contatos.
- Fazer um protocolo para a consulta dos pacientes sintomáticos e com tuberculose para realizar o tratamento diretamente observado e controle com baciloscopias, radiografias e exames clínico no segundo, quarto e sexto mês de tratamento.
- Criar uma agenda programada para os pacientes.
- Orientar a comunidade sobre a doença.

4 METODOLOGIA

Para a construção desse projeto de intervenção foram utilizados os dez passos do Planejamento Estratégico Situacional (PES) proposto no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Desse modo, o primeiro passo constitui-se no diagnóstico situacional que possibilitou a definição dos problemas pela equipe de saúde da família. Em seguida, foram avaliados a importância de cada problema identificado, sua urgência, bem como a capacidade de enfrentamento pela equipe de saúde. Num terceiro momento, o problema foi mais bem descrito, avançando-se na sua compreensão.

Pode-se identificar as suas causas, a sua gênese, levando em consideração que geralmente a causa de um problema é sempre um outro ou outros problemas (quarto passo). Foram selecionados os “nós críticos”, destacando as causas mais importantes a serem enfrentadas (quinto passo) e foram desenhadas as operações, com a identificação dos produtos, resultados e recursos necessários para a concretização das operações (sexto passo). Os recursos críticos considerados indispensáveis para a execução de uma operação foram identificados (sétimo passo) e foram construídas formas para motivar os atores por meio de estratégias de mobilização, convencimento (oitavo passo). Foi elaborado o plano operativo com a nomeação de responsáveis pelas operações, bem como definir os prazos para a execução das operações (nono passo) e o modelo de gestão do plano de ação definindo o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos (décimo passo).

Foi realizada também, uma revisão bibliográfica por meio de trabalhos científicos disponíveis na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Biblioteca Virtual do NESCON da Universidade Federal de Minas Gerais. Além disso, serviram de referência as disciplinas e módulos cursados durante a realização do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, em especial: Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), Endemias e epidemias: tuberculose e hanseníase (ANDRADE, *et al*, 2012) e Iniciação a Metodologia: textos científicos (CORREA; VASCONCELOS; SOUZA, 2013).

O projeto de intervenção foi elaborado com a participação da equipe multidisciplinar, incluindo médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, além de profissionais da Secretária Municipal de Saúde e população de Rubelita.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa. Tem sido responsável pela morte de jovens e adultos no mundo. “E tem deixado seu registro nas gerações e hoje se constitui, inexoravelmente, um excelente marcador epidemiológico da qualidade de vida dos povos” (MINAS GERAIS, 2006, p.13).

A tuberculose (TB) tem relevância significativa. É um problema de saúde pública com importante cunho social e releva-se como problema de saúde em escala mundial. Em 2012, cerca de 8,6 milhões de pessoas desenvolveram sendo que 1,3 milhões morreram da doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). Ainda de acordo com os autores, o Brasil encontra-se entre os 22 países com mais notificações em 2012, que são responsáveis por cerca de 80% do total de casos existentes mundialmente e por essa razão, recebe atenção particular para o controle de TB desde o ano 2000 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

De acordo com San Pedro e Oliveira (2013), em sua revisão sistemática publicada, há relação entre os fatores socioeconômicos e a tuberculose tanto em nível individuado tanto em nível coletivo. Assim, as pessoas que possuem maior vulnerabilidade social tem maior chance de desenvolver e disseminar a doença. Ainda segundo os autores, a tuberculose continua a ser uma doença relacionada às condições de vida. Além do diagnóstico precoce, tratamento adequado e vigilância epidemiológica, a diminuição das desigualdades socioeconômicas e a adequação dos programas de controle às realidades locais em que atuam figuram como fatores primordiais na redução da mortalidade e morbidade por tuberculose .

Os estudos apontaram uma associação da tuberculose com domicílios que tenham mais de cinco moradores, analfabetismo, proporção de pessoas com idade superior a 65 anos, proporção de indivíduos com renda baixa, proporção de pessoas com idade acima de 15 anos e com baixa escolaridade, proporção de imigrantes, casas com mais de um morador por cômodo, números de casos de retratamento por setor censitário e número de famílias com mais de um caso por setor censitário (SAN PEDRO; OLIVEIRA, 2013).

De acordo com Souza (2015)

“[...]Entende-se que para se obter resposta efetiva no tratamento da tuberculose é necessário não só a transferência dos serviços de

atenção à saúde para a atenção básica, mas também a estruturação das unidades de saúde para atender de forma integral os pacientes. Porém, no Brasil, o processo de descentralização para o controle da tuberculose tem sido extremamente lento e complexo, e a distância geográfica entre os serviços de saúde e a residência dos pacientes constitui um fator limitante” (SOUZA, 2015, p.118)

Abreu de Jesus estabelece a relação entre acesso com os serviços de saúde.

Define ainda:

“[...] como ‘porta de entrada’, como o local de acolhimento do usuário no momento de expressão de sua necessidade e, de certa forma, aos caminhos percorridos por ele no sistema na busca da resolução desta necessidade”. (ABREU DE JESUS; ASSIS, 2010, p.162).

Em um estudo relatado por Wang (2007) em cidades chinesas aponta que é necessário melhorar a acessibilidade para reduzir a demora no diagnóstico de tuberculose. Os fatores relacionados ao paciente e ao médico contribuem significativamente para atrasos no diagnóstico de pacientes. A situação econômica, o estado clínico, as complexidades no encaminhamento e em diferentes distritos foram responsáveis pelo atraso na busca de cuidados e no diagnóstico. Deve haver um controle e um direcionamento efetivo na atenção básica e nos serviços de referência.

Em um estudo realizado por Job (1986) relatado por Beraldo *et al* (2012) aponta que na cidade de São Paulo o tempo de busca do doente pelo serviço de saúde foi maior que 30 dias (JOB,1986). Outros estudos citados pelo mesmo autor, apontaram que em Gana o atraso na busca do doente foi de até 30 dias e na China, foi de 14 a 21 dias (LAWN,1998 e CHENG, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011)

[...]pesquisa bacteriológica é método de importância fundamental em adultos, tanto para o diagnóstico quanto para o controle de tratamento”. De acordo com o autor, crianças menores de 10 anos a TB apresenta especificidades que devem ser consideradas durante sua investigação diagnóstica. A forma pulmonar costuma ser abacilifera nas crianças, ou seja, negativa ao exame bacteriológico, pelo reduzido número de bacilos nas lesões, o que difere do adulto. Outra característica da criança sua dificuldade em expectorar (SANT’ANNA *et al.*, 2009, *apud* BRASIL, 2011, p.48).

Ainda, segundo o autor, ao término da infância e ao início da adolescência, ou seja, com 10 anos ou mais, aparecem formas parecidas às encontradas em adultos. As lesões passam a ser mais extensas, com predominância nos terços superiores dos pulmões, escavadas e disseminadas bilateralmente. Além disso, os pacientes quase sempre têm sintomas respiratórios, sendo mais fácil realizar o exame de escarro, facilitando o diagnóstico pelos métodos bacteriológicos convencionais: baciloscopia e cultura (SANT'ANNA *et al.*, 2009).

Burril (2007); Daley; Gotway; Jasmer (2009) consideram que a radiografia de tórax é um método diagnóstico de grande importância na investigação da tuberculose. Destaca-se que

[...]Diferentes achados radiológicos apontam para a suspeita de doença em atividade ou doença no passado, além do tipo e extensão do comprometimento pulmonar. Deve ser solicitada para todo o paciente com suspeita clínica de TB pulmonar. No entanto, até 15% dos casos de TB pulmonar não apresentam alterações radiológicas, principalmente pacientes imunodeprimidos (BRASIL, 2011, p.38).

No ano de 2014, o Ministério da Saúde orientou sobre indicações do teste rápido molecular para o diagnóstico de tuberculose pulmonar e laríngea em adultos e crianças, por meio de nota informativa. Os testes moleculares para o diagnóstico da TB, segundo Rocha (2011 p. 34),

São baseados na amplificação e detecção de seqüências específicas de ácidos nucleicos do complexo *M. tuberculosis* em amostras clínicas, fornecendo resultados em 24 a 48 horas, chamados testes de amplificação de ácidos nucleicos (BRASIL, 2011, p.46).

A Coordenação geral do Programa Nacional de Controle de Tuberculose divulgou, em 2014, recomendações para a utilização do teste para realização de cultura racional/universal e para o manejo clínico da tuberculose na referência terciária, quando da identificação a resistência a rifampicina por meio do teste (BRASIL, 2014). Desse modo, o Ministério da Saúde disponibilizou o teste rápido para diagnóstico de tuberculose com capacidade de detectar a presença do bacilo causador da doença em apenas duas horas. O teste denominado de Gene Xpert,

também identifica se a pessoa tem resistência ao antibiótico rifampicina (BRASIL, 2013b).

Segundo Starfield (2002)

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições (STARFIELD, 2002, p. 28)

Para o Ministério da Saúde, a APS permite maior acesso e adesão ao tratamento da TB, além disso, favorece o alcance ao programa para as populações mais vulneráveis (BRASIL, 2015).

Alves *et al.* (2012, p. 650), realizaram um estudo qualitativo em 2012, cujo objetivo foi analisar os motivos que levam o doente de tuberculose a abandonar o tratamento. A pesquisa foi realizada em municípios da região metropolitana de João Pessoa-PB. Os resultados apontaram incongruências relacionadas ao cuidado integral do doente, em especial aquelas relativas

“[...] à diretriz doutrinária do Sistema Único da Saúde, à consideração do contexto sócio-cultural do usuário com tuberculose e às debilidades na continuidade da atenção, mediante inadequado acompanhamento do mesmo na rede de atenção à saúde”. Para os autores, esses aspectos contribuem para o abandono do tratamento da tuberculose, uma vez que, dificultaram a construção de uma rede de cuidado e apoio ao doente de tuberculose e sua família.

De acordo com Ruffino-Netto (2002) em muitos lugares e alguns profissionais de saúde as autoridades negligenciam a tuberculose uma vez que parece bem conhecido a enfermidade, sua fisiopatologia, diagnóstico, esquemas terapêuticos e medicamentos disponíveis. Esse conhecimento prévio não é tão efetivo e os recursos tornam se insignificantes quando não forem levados ao alcance da população, principalmente, aqueles locais em que é necessário fazer o uso efetivo dos recursos. Para o autor

“[...] Há problemas sérios na área da saúde pública. O primeiro deles, é a continuidade dos programas. O segundo, a adequação das propostas. Às vezes, as propostas focalizam o problema da

tuberculose como se ele representasse apenas um somatório dos tuberculosos existentes, mas na realidade, o problema inclui fundamentalmente a área social. Para o tuberculoso, a solução implica o uso de esquemas terapêuticos eficazes (tipo RMP+ INH+ PZA). Para a tuberculose, a solução exige programas que visem uma qualidade de vida mais adequada”(RUFFINO, 2002, p.57)

Maciel *et al.* (2008) enfatiza a importância do trabalho, do conhecimento e das percepções do agente comunitário na abordagem da tuberculose. A busca ativa dos sintomáticos respiratórios, o reconhecimento dos principais sintomas apresentados assim como o conhecimento sobre as orientações que devem ser dadas a esses pacientes são importantes para consolidação do Programa de Saúde da Família.

Cecílio; Higarashi.; Marcon (2015) realizaram um estudo para analisar a opinião dos profissionais de saúde sobre os serviços de controle da tuberculose. A pesquisa incluiu 134 profissionais de saúde da atenção primária. E os resultados apontaram que a dimensão “enfoque na família” obteve escore satisfatório e apenas a “variável entrega do pote de exame de escarro aos comunicantes” foi classificada como regular. A dimensão orientação para a comunidade foi classificada como insatisfatória, porém a “realização de trabalhos educativos” e a “busca de sintomáticos respiratórios na comunidade” atingiram escore regular.

Para controle da doença, as autoras citam os estudos de Dias *et al.* (2013) e Karim *et al.* (2011) que concluíram que para o controle da tuberculose as equipes de saúde devem reorganizar a assistência com o desenvolvimento das seguintes ações:

[...] busca ativa de sintomáticos respiratórios, solicitação de exames para diagnóstico nos comunicantes, registro de informações, tratamento supervisionado e alta dos pacientes. Além disso, devem incorporar a família no tratamento dos pacientes com tuberculose, prestar orientação educacional para a comunidade e mobilizar a população de sua área adstrita para o controle da doença, considerando a necessidade de criar alternativas voltadas para a prática de saúde participativa, coletiva, integral, vinculada à realidade da comunidade e capaz de ultrapassar as fronteiras das unidades de saúde. (DIAS *et al.*, 2013 e KARIM *et al.*, 2011 *apud* CECÍLIO; HIGARASHI.; MARCON, 2015, p. 20).

Para Paixao (2007) não há descentralização efetiva nos atendimentos dos pacientes. Há divergência quanto a responsabilização nas unidades. Enfatiza ainda a importância de considerar os fatores associados ao abandono, que estão intimamente relacionados aos hábitos do paciente e à maneira como o mesmo se apodera das informações sobre sua doença e é como é motivado a completar seu tratamento.

Atualmente, o Ministério da Saúde recomenda o Tratamento diretamente observado. Coloca como uma ferramenta para fortalecer a adesão do paciente ao tratamento e à prevenção do aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos, reduzindo os casos de abandono e aumentando a probabilidade de cura (BRASIL, 2011). O mesmo autor considera

[...]O tratamento diretamente observado é mais que ver a deglutição dos medicamentos. É necessário construir um vínculo entre o doente e o profissional de saúde, bem como entre o doente e o serviço de saúde. Torna-se também necessário remover as barreiras que impedem a adesão, utilizando estratégias de reabilitação social, melhora da autoestima, qualificação profissional e outras demandas sociais. A escolha da modalidade de TDO a ser adotada deve ser decidida conjuntamente entre a equipe de saúde e o paciente, considerando a realidade e a estrutura de atenção à saúde existente. (BRASIL, 2011 p.28)

O estudo de Cecílio; Higarashi; Marcon (2015, p. 22) apontou que no aspecto referente a transmissão da doença,

[...] os dados sinalizam contradição entre as respostas, visto que os profissionais alegaram investigar a doença nos comunicantes, mas a variável 'entrega do pote para realização do exame de escarro' obteve escore apenas regular, denotando que esta ação não é realizada com a frequência necessária.

Em um estudo de metanálise realizado por Fox *et al.* (2013) Observou se que os contatos são um grupo de alto risco para desenvolver tuberculose. Os autores enfatizam a necessidade de políticas para rastrear os contatos e estratégias alternativas para melhorar a identificação dos casos.

Davis (2011) mostra em seus estudos que a busca de pacientes com suspeita de tuberculose e as práticas de rotina recomendadas deixam muito a desejar em alguns serviços. As iniciativas de melhoria da qualidade associadas à monitorização e avaliação em tempo real poderiam aumentar substancialmente as taxas de

detecção de casos e o número absoluto de casos diagnosticados, notificados e tratados em países pobres e com um elevada taxa de tuberculose.

Dessa maneira,

[...] O profissional de saúde precisa explicar claramente a forma de realização do exame e sua importância para doentes e comunicantes, contribuindo para a eliminação da doença na comunidade. Para tanto, o profissional precisa ter conhecimento sobre a doença, de forma que o doente confie nas suas orientações (VUCOVIK, 2011 *apud* CECÍLIO; HIGARASHI; MARCON, 2015, p.22).

Kamineni (2012) ressalta que a abordagem da tuberculose não envolve apenas o aspecto saúde. Devido a relação com outros fatores sociais, as estratégias devem ser repensadas, principalmente, no que se refere ao combate das desigualdades e a pobreza. E ao mesmo tempo em que se destacam melhorias nos conhecimentos e atitudes em relação à tuberculose, os resultados também fornecem informações inestimáveis sobre áreas onde é preciso trabalhar mais para resolver os déficits na compreensão da tuberculose. (TURK, 2013)

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

6. 1 – Caracterização do município e área de abrangência da UBS Vanguarda II /Município de Rubelita / MG

6.1.1 – Sistema municipal de saúde

O município de Rubelita tem cerca de 6.937 pessoas, segundo a última estimativa do IBGE, e tem apenas uma equipe de saúde da família que é a ESF Vanguarda II, que abrange a área urbana do município e uma parcela pequena da zona rural. A comunidade do Vanguarda II tem cerca de 2.860 pessoas, cuja maior parte pertence a área urbana da cidade (BRASIL,2016)

A maioria dos cargos ocupados nos município são públicos e vinculados a Prefeitura Municipal de Rubelita. Outros são trabalhadores que estão empregados em empresas que se instalam no município. Além disso, existem alguns professores, varredores de ruas, motoristas, serviços gerais e uma parcela importante de aposentados. Existem poucos autônomos e microempresários.

As pessoas não possuem muitos recursos financeiros. A cidade é tranquila: e as pessoas se comunicam na rua, vivem harmonicamente, de maneira simples. A cidade não é considerada violenta, existindo poucos usuários de drogas ilícitas e uma parcela de adultos etilistas crônicos. A cidade possui também, um grande número de hipertensos e diabéticos.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Vanguarda II fica situada no Bairro Liberdade, numa região mais plana da cidade, relativamente, distante do centro da cidade. A UBS possui a seguinte estrutura física: 02 consultórios médicos e um para o enfermeiro, sala de vacinação, sala de observação, corredor, recepção, cozinha, banheiros, consultório de dentista, expurgo, sala para esterilização, todos bem equipados. A área destinada à recepção é adequada. Existe sala de reuniões onde a equipe se reúne. Mesmo com sala de reuniões, os grupos operativos eram realizados em outro local, em um salão que se situava de modo intermediário, tanto para as pessoas que moravam na parte alta, como na parte baixa da cidade. Se os

grupos fossem marcados na própria unidade grande parte da população não poderia participar devido a distancia e as ladeiras.

A equipe é formada pelos seguintes profissionais: 1 médica , 1 enfermeira, 1 auxiliar e 1 técnica em enfermagem, 6 agentes comunitários de saúde, 1 dentista e uma auxiliar de dentista, 1 funcionária de serviços gerais.

O horário de funcionamento da ESF Vanguarda II é de 07h- 11h e das 13h às 17hs. A carga horária é de 40 horas semanais. O médico pertence ao PROVAB, trabalha, portanto, de segunda a quinta feira. Dentre os problemas enfrentados pela equipe de saúde destaca-se a dificuldade da comunidade para seguir uma agenda programada e a necessidade de desenvolvimento de trabalho preventivo durante atendimento de puericultura e a definição do número de limite de fichas para consultas, fazendo com que em alguns dias a UBS fique tranquila e em outros dias cheia, ultrapassando o número de fichas.

O processo de trabalho da Equipe destina-se quase que exclusivamente as atividades de atendimento da demanda espontânea e com o atendimento de alguns programas, como: saúde bucal, pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos. A equipe está tentando desenvolver grupos de hipertensos e diabéticos e planeja encontrar uma forma de atrair um maior número de participantes. Atualmente, a equipe está tentando seguir uma agenda. Cada turno de atendimento contanto com 15 fichas para atendimento médico, sendo que 02 fichas são destinadas as urgências. As quartas-feiras a tarde são destinadas ao pré-natal e terças-feiras pela manhã para o atendimento aos hipertensos e diabéticos (para renovação de receitas, orientações, solicitações de exames para este grupo).

As visitas domiciliares têm sido feitas nas quintas-feiras pela manhã. O grande problema para a realização das visitas tem sido o transporte. Geralmente, tem sido feito na ambulância. Algumas vezes, esta não está disponível. A enfermagem também está seguindo uma agenda. A equipe tem programado 01 reunião mensal com os próprios membros para avaliar metas, principais problemas da comunidade e procurar estratégias para melhorar o trabalho na atenção primária.

Algumas especialidades básicas como ginecologia, pediatria são feitas por meio de convênios com médicos que trabalham de forma liberal. Esses profissionais deslocam até o município algumas vezes ao mês para realizar os atendimentos. Outras especialidades são atendidas na cidade de Salinas. A referencia de pré-natal de risco e urologia ocorrem na cidade de Taiobeiras onde há o Centro Viva Vida para atender essas demandas. Alguns serviços de média e os de alta complexidade são referenciados para a cidade de Montes Claros.

O município conta ainda, com 1 Centro de Saúde localizado na área urbana para atender a pequenas urgências. Para outras urgências e serviços de emergências, os pacientes são referenciados e o transporte é realizado por meio de ambulâncias. O serviço do SAMU também pode ser acionado.

O município não possui hospital cuja referencia fica na cidade de Salinas, cerca de 30 km de Rubelita. Para o apoio diagnóstico existe 1 laboratório de análises clínicas do próprio município. A assistência farmacêutica é realizada por meio da Farmácia Central Básica de Minas

O Conselho Municipal de Saúde é composto por 3 representantes do gestor municipal e 8 representantes dos trabalhadores. As reuniões do Conselho ocorrem mensalmente na Secretária Municipal de Saúde.

Com relação aos principais problemas enfrentados pelo sistema municipal de saúde destacam-se: poucas especialidades disponíveis, sendo que algumas delas nem os municípios vizinhos possuem; existe pouca diversidade de exames laboratoriais disponíveis, não existindo, algumas sorologias simples; falta de um serviço de raios x, pois existe apenas no município vizinho, fazendo com que os pacientes tenham de se deslocar até outro município para realizar o exame; existem muitos pacientes cardiopatas, alguns devidos a arritmias, sendo frequente encontrar pacientes com doença de Chagas; como os pacientes são referenciados para outros municípios muitas vezes é difícil ter dados confiáveis sobre a causa da morte.

6.1.2- Aspectos demográficos

Com relação aos aspectos demográficos apresentados no Quadro 1, verifica-se que existe uma predominância de população jovem, em especial nas faixas

etárias entre 10 e 39 anos. Os homens são maioria em quase todas as faixas etárias, o que difere de outros municípios mineiros.

Quadro 1 – Distribuição da população do município de Rubelita / MG por faixa etária e sexo, segundo censo de 2010.

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
0-1 ANO	54	57	111
1-4 ANOS	228	229	457
5-9 ANOS	361	365	726
10-14 ANOS	438	383	821
25-19 ANOS	418	382	800
20-24ANOS	284	250	534
25-39 ANOS	771	693	1410
40-59 ANOS	882	843	1752
> 60	549	571	1120
TOTAL	3985	3773	7758

Fontes: IBGE, 2010

6.1.3- Aspectos relacionados à educação

O analfabetismo é elevado principalmente entre os maiores de 50 anos. Entre os menores, existe um nível de alfabetização satisfatória, como pode ser observada no Quadro 2 e 3.

Quadro 2 - Percentual da população analfabeta entre maiores de 15 anos segundo a micro área de abrangência da ESF Vanguarda II, 2014.

Microárea	Percentual de analfabetos
1	15%
2	10%
3	12%
4	15%
5	14%
6	11%
TOTAL	11%

Fonte: UBS Vanguarda II

Destaca-se que é incomum encontrar crianças fora da escola. Mesmo na zona rural, esses usuários estudam. Como já descrito anteriormente a dimensão

cujo índice mais cresceu em termos absolutos em Rubelita foi a Educação (com crescimento de 0,371, enquanto na UF foi de com crescimento de 0,358),

Quadro 3 - Percentual de crianças menores de 14 anos fora da escola segundo a microarea da ESF Vanguarda II - PSF 1, 2011.

Microarea	Percentual de crianças fora da escola
1	2%
2	1%
3	1%
4	2%
5	2%
6	2%
TOTAL	10%

Fonte: UBS Vanguarda II.

6.1.4- Situação do acesso a água, esgoto e destino do lixo

O Quadro 4 apresenta a distribuição da água por meio do sistema público, de carro, pipa/ nascente ou poço nas microareas da área de abrangência da UBS Vanguarda II.

Quadro 4 - Distribuição das famílias segundo o abastecimento de água nas microareas da ESF, Vanguarda II

Microarea	1	2	3	4	5	6
Sistema público	148	161	185	142	157	0
Outros	0	0	0	0	0	110-Carro pipa/nascente, poço
Total	148	161	185	142	157	110

Fonte: SIAB

Os dados apontam que a maioria das residências é servida pelo sistema público de abastecimento de água, com exceção da microárea 6, onde predomina o fornecimento por carro pipa/nascente ou poço.

Com relação ao destino do esgoto, o Quadro 5 mostra a situação das famílias das microáreas da ESF Vanguarda II segundo o destino dos dejetos humanos.

Quadro 5 – Distribuição das famílias das microáreas da ESF Vanguarda II segundo o destino dos dejetos humanos

Microarea	1	2	3	4	5	6
Sistema público	123	11	175	115	142	0
Fossa	25	150	10	27	15	110
Céu aberto	0	0	0	0	0	0
Total	148	161	185	142	157	110

Fonte: SIAB

Verifica-se que a maioria da população das microáreas é servida pelo sistema público de destinação de dejetos, seguido pela utilização de fossas, em especial nas microáreas 2 e 6.

Com relação a distribuição das famílias das microareas da ESF Vanguarda II segundo a distribuição de lixo, o Quadro 6 que na maioria das microareas o lixo é coletado pelo sistema público, com exceção da microarea 6.

Quadro 6 - Distribuição das famílias segundo o destino de lixo e microarea da ESF Vanguarda II, 2015.

Microarea	1	2	3	4	5	6	TOTAL
Coletado	148	161	185	142	157	0	878
Queimado/enterrado	0	0	0	0	0	80	0
Jogado	0	0	0	0	0	30	0
Total	148	161	185	142	157	110	903

FONTE: SIAB

A microarea 6 abrange uma parte da zona rural, por isso o destinado do lixo, o abastecimento de água e a rede de esgoto diferem das outras microareas. O tratamento da água deixa muito a desejar. A água contém uma concentração alta de cloro e tem aspecto leitoso. É muito comum ocorrer parasitose intestinal na população.

6.1.5- Recursos comunitários

Existem 1 creche e 2 escolas, sendo uma Municipal e outra Estadual. No centro da cidade, fica localizada uma Igreja católica e existem outras igrejas evangélicas em casas alugadas. Há uma parte que está em crescimento na cidade que ainda falta iluminação pública. Mas a maioria das casas tem luz elétrica oferecida pela CEMIG. Tem o serviço de tratamento de água feito pela empresa COPANOR, porém que deixa muito a desejar. A cidade conta o serviço da telefonia da VIVO, apenas esta rede presente. Há um serviço de correio na cidade, um pequeno banco do ITAU e uma casa lotérica. Existem também, 1 mercado

municipal, pequenos comércios no centro da cidade, como padaria, restaurante, bares e lojas de eletrodomésticos. Há poucas opções de lazer no município, sendo que a maior parte dos jovens utiliza o centro poliesportivo para jogar diversos esportes, principalmente, futebol. Os jovens e algumas pessoas mais idosas vão para o centro da saúde conversar no pé de tamburil, famoso por atrair pessoas.

Não há ONGs, porém existe sindicato dos trabalhadores e a comunidade também possui associação de moradores.

Como problemas destaca-se a falta de opções de lazer para os idosos como academia ao ar livre, centros recreativos e mais serviços de telefonia celular, bancos, mais opções de comércio e clínicas.

6. 2 Projeto de Intervenção

Para a construção do Projeto de Intervenção foram realizadas reuniões com a Equipe de Saúde da UBS Vanguarda II e foram seguidos os passos do Planejamento Estratégico Situacional conforme proposto no Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família da UFMG / NESCON.

6.2.1 Primeiro passo: definição dos problemas

Durante a realização do diagnóstico situacional por ocasião da realização do Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) foram levantados os principais problemas da área de abrangência da UBS Vanguarda II, descritos a seguir:

- Tuberculose: desafios no diagnóstico e no acompanhamento do paciente na Atenção Primária.
- Falta de ações para melhorar a saúde do idoso: uso incorreto de medicações e polifarmácia.
- Grande número de medicamentos controlados usados de forma exacerbada.
- Grande número de parasitoses e surtos frequentes de diarreia devido ao tratamento inadequado da água.
- População com dificuldade para seguir demanda programada.

A realização do diagnóstico situacional possibilitou a identificação dos principais problemas que afetam a população da área de abrangência o que

favoreceu o planejamento e organização das atividades para ajudar a resolver ou melhorar estes problemas.

6.2.2 Segundo passo: priorização do problema

O Quadro 7 mostra o análise feita a partir dos problemas levantados, estabelecendo a ordem de prioridade de acordo com os critérios atribuídos. Apesar de não haver muita clareza em relação a eles, foi possível fazer uma seleção dos mais importantes com a priorização do que será enfrentado neste projeto de intervenção. Para isso, foram considerados os seguintes critérios: importância do problema, urgência, e a própria capacidade para resolvê-los.

Quadro 7 - Priorização dos problemas de saúde da área de abrangência da ESF Vanguarda II / Rubelita / 2016.

PROBLEMA	IMPORTÂNCIA	URGÊNCIA	CAPACIDADE DE ENFRENTAR	SELEÇÃO
Tuberculose: desafios no diagnóstico e no acompanhamento do paciente na Atenção Primária.	Alta	1	Possível	P1
Falta de ações para melhorar a saúde do idoso	Alta	2	Possível	(P2).
Grande número de medicamentos controlados usados de forma exacerbada	Alta	1	Possível	(P3).
tratamento inadequado da água	Alta	1	fora do alcance	(P4)
População tem dificuldade para seguir demanda programada	Média	4	Possível	(P5)

Fonte: Spíndola, 2016.

6.2.3 Terceiro passo: descrição do problema selecionado

Acreditamos que saber diagnosticar tuberculose e fazer o acompanhamento adequado dos pacientes depois do diagnóstico é a prioridade atual da nossa área de abrangência uma vez que tem sido um desafio para a equipe saber como foi o tratamento dos casos antigos de TB e que agora retornam com queixas. Algumas

vezes não há registros nos prontuários. Não há descrição de acompanhamento do paciente. Não há protocolo de atendimento. E ficamos sem saber ao certo se o paciente fez o controle adequado. Algumas vezes não há registros durante a realização de baciloscopias, radiografias e descrição da clínica do paciente.

Também é difícil saber orientar e alertar a comunidade sobre a doença para identificar novos casos. Faltam ações para abordar o sintomático respiratório assim como, falta dedicação para os pacientes que já tem o diagnóstico de tuberculose.

Tivemos a experiência em nossa área de abrangência de diagnosticar 03 novos casos em 04 meses. Eu como médica da unidade peguei o primeiro caso no segundo mês de trabalho. Era uma paciente que estava sintomática há mais de um ano e que passou por vários outros profissionais e não teve o diagnóstico. Percebi também, uma parcela significativa de sintomáticos respiratórios que não eram investigados. Dessa forma, durante reunião com a equipe ficou evidenciado a necessidade de conhecer e os sintomáticos respiratórios da nossa área.

O histórico do município mostra a prevalência dos casos de tuberculose em anos anteriores e dos casos diagnosticados recentemente. Observa-se que os casos novos não tem contato com e/ entre eles o que fortalece a importância do problema.

6.2.4 Quarto passo: explicação do problema

Uma justificativa para o subdiagnóstico de tuberculose na área de abrangência é a falta de identificação dos sintomáticos respiratórios. Os pacientes que tosse há mais de três semanas podem e devem ser investigados para tuberculose. Em outra situação de casos diagnosticados durante este ano o paciente já tinha sido tratado por conta de outras patologias pulmonares, mas não foi avaliado a possibilidade de tuberculose. O mesmo paciente tinha contato com um paciente que tinha sido tratado há anos com a mesma doença.

Desse modo, a falta de busca ativa de pacientes sintomáticos e dos contatos tem sido um motivo para a subnotificação. Para explicar o acompanhamento inadequado dos pacientes que começam a tratar é possível que a principal causa seja devido ao tratamento prolongado. É difícil para o paciente seguir um tratamento de seis meses. Além de ter que usar vários comprimidos diariamente. Outro desafio

está relacionado a própria equipe de saúde que precisa se esforçar para ficar vigilante com esses pacientes, desde os agentes comunitários durante as visitas domiciliares, como o médico e o enfermeiro devem procurar estratégias para que o paciente compareça, pelo menos, a cada dois meses na UBS para o acompanhamento e controle.

É necessário também, registrar as informações do paciente, como ele está evoluindo ao longo do tratamento. Assim, conhecer intolerâncias, efeitos adversos e resistência da medicação e a melhora clínica do paciente. Um desafio para abordar o paciente com diagnóstico prévio de tuberculose é: saber se o paciente realizou todo o tratamento, se fez controle com baciloscopias e se abandonou o tratamento. Muitas vezes, não temos esses registros nos prontuários.

6.2.5 Quinto passo: seleção dos “nós críticos

Para identificar às causas do problema selecionado, após análise das informações foram selecionados como "nós críticos" as situações abaixo relacionadas:

- Falta de identificação dos sintomáticos respiratórios na UBS e na comunidade da Equipe de Saúde da Família Vanguarda II.
- Falta de medidas para realizar o diagnóstico de tuberculose na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vanguarda II,
- Ausência de um protocolo para as consultas e avaliações dos pacientes com abordagem integral para o diagnóstico feito na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vanguarda II .
- Ausência de uma agenda programada mensal para a população com suspeita e diagnóstico de tuberculose sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vanguarda II
- Falta de orientações mais acessíveis a população e esclarecimento sobre a doença pela Equipe de Saúde da Família Vanguarda II.

6.2.6 Sexto, sétimo, oitavo, nono e décimos passos: desenho das operações, identificação dos recursos críticos, elaboração do plano operativo, análise de viabilidade do plano, gestão do plano.

O problema escolhido devido à sua importância será abordado com diferentes ações para seu enfrentamento de acordo com o nó crítico definido foram elencadas nos Quadros 8, 9, 10, 11 e 12, apresentados a seguir:

Quadro 8 Operações para a falta de identificação dos sintomáticos respiratórios da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Vanguarda II, em Rubelita, Minas Gerais

Nó crítico 1	Falta de identificação dos sintomáticos respiratórios na UBS e na comunidade..
Operação	Busca ativa dos sintomáticos respiratórios (pacientes que tosem há mais de 3 semanas) .
Projeto	Identificando os sintomáticos
Resultados esperados	Identificar os pacientes sintomáticos respiratórios da área de abrangência.
Produtos esperados	O diagnóstico correto dos pacientes e início precoce e acompanhamento do tratamento.
Atores sociais/ responsabilidades	Secretária Municipal de Saúde e Equipe Saúde da Família da UBS Vanguarda II.
Recursos necessários	Cognitivo: capacitação para os agentes comunitários de saúde, médicos, dentistas, auxiliares e técnicos de enfermagem e de dentista, agente administrativo. Político: Apoio da Secretária Municipal de Saúde.
Recursos críticos	
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Gestor municipal. Motivação: diminuição da transmissão da tuberculose.
Ação estratégica de motivação	Controle da tuberculose
Responsáveis:	Agentes comunitários, médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, dentistas e auxiliar e agente administrativo.
Cronograma / Prazo	03 meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	Registros pelos agentes comunitários de saúde e profissionais da UBS que observarem cliente com tosse há mais de 3 semanas nos usuários, com nome e endereço dos sintomáticos respiratórios.

Quadro 9 – Operações para a falta de medidas para realizar o diagnóstico de tuberculose na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vanguarda II, em Rubelita, Minas Gerais.

Nó crítico 2	Faltam medidas para realizar o diagnóstico.
Operação	Investigar os casos novos e todos os contatos dos pacientes diagnosticados.
Projeto	Diagnosticando novos casos e Identificando os contatos
Resultados esperados	Diagnosticar em pacientes ainda assintomáticos e identificar tuberculose latente.
Produtos esperados	Otimizar o diagnóstico.
Atores sociais/ responsabilidades	Toda a equipe, principalmente, médico e enfermeiro.
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estrutural: laboratório para realizar os exames. ✓ Cognitivo: capacitação de médicos para solicitar exames atualmente preconizados e investigação de casos. ✓ Financeiro: Exames como teste rápido molecular, PPD e radiografias. ✓ Político: Liberação de exames pela Secretária Municipal de Saúde.
Recursos críticos	Exames
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretária de saúde Motivação: diagnosticar para controlar a disseminação da doença
Ação estratégica de motivação	Diminuir a disseminação da doença e diagnosticar maior número de casos
Responsáveis:	Médico
Cronograma / Prazo	04 meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	Avaliar as consultar geradas

Fonte: Espíndola, 2016.

Quadro 10 – Operação para a ausência de protocolo para as consultas e avaliações dos pacientes com o diagnóstico feito na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vanguarda II, em Rubelita, Minas Gerais.

Nó crítico 3	Ausência de sistematização durante as consultas e avaliações dos pacientes com o diagnóstico feito.
Operação	Sistematizar o atendimento do paciente e utilizar instrumentos de registros.
Projeto	Melhorar o acompanhamento do paciente com tuberculose
Resultados esperados	Acompanhar de forma mais organizada os pacientes e não perdê-los durante o tratamento.
Produtos esperados	Fazer o acompanhamento adequado com supervisão da medicação e busca ativa dos faltosos.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico, enfermeiro, auxiliares e técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.
Recursos necessários	Estrutural: protocolo das consultas na UBS, visitas domiciliares e instrumentos de registros. Cognitivo: Capacitação do médico para manejar a doença, do enfermeiro, auxiliares/técnicos de enfermagem e ACS para o monitoramento. Financeiro: recurso para confeccionar as fichas. Político: Apoio do município.
Recursos críticos	Prontuários + planilhas + folhas de acompanhamento do paciente com tuberculose e exames para controle no segundo, quarto e sexto mês e capacitação da equipe.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretária de saúde e a equipe. Motivação: Realizar o tratamento adequado, diminuir número de abandonos de tratamento.
Ação estratégica de motivação	Realizar o tratamento adequado e diminuir número de abandonos de tratamento.
Responsáveis:	Médico e enfermeiro.
Cronograma / Prazo	06 meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Avaliar os registros.

Fonte: Espíndola, 2016.

Quadro 11 – Operações para a ausência de uma agenda programada mensal na população com suspeita e diagnóstico de tuberculose sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vanguarda II, em Rubelita, Minas Gerais.

Nó crítico 4	Ausência de uma agenda programada mensal para o tuberculoso
Operação	Criar uma agenda para retorno e acompanhamento de paciente
Projeto	Criar uma agenda para consultas iniciais e acompanhamento de paciente dos pacientes com tuberculose.
Resultados esperados	Realizar o tratamento diretamente observado.
Produtos esperados	Tratar corretamente os pacientes.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico e Enfermeiro.
Recursos necessários	Estrutural: Organização das agendas. Cognitivo: capacitação dos profissionais.
Recursos críticos	Agendamento de consulta.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Enfermeiro. Motivação: Fazer o tratamento adequado e diminuir número de abandono.
Ação estratégica de motivação	Fazer o tratamento adequado e diminuir número de abandono.
Responsáveis:	Médico e enfermeiro.
Cronograma / Prazo	06 meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Avaliar registros no SINAN e melhora de pacientes.

Fonte: Espíndola, 2016.

Quadro12 – Operações para a falta de orientações mais acessíveis a população e esclarecimento sobre a doença pela Equipe de Saúde da Família Vanguarda II, em Rubelita, Minas Gerais.

Nó crítico 5	Falta de orientações mais acessíveis a população e esclarecimento sobre a doença pela ESF.
Operação	Falar sobre a doença em grupos operacionais já existentes e desenvolver campanhas na comunidade.
Projeto	Informando a comunidade sobre a tuberculose.
Resultados esperados	Informar a comunidade por meios de educação para a saúde.
Produtos esperados	População mais informada sobre os sintomas respiratórios, tratamento e cuidados com a tuberculose.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico Enfermeiro
Recursos necessários	Estrutural: locais para realização dos encontros com a população. Cognitivo: capacitação da equipe. Financeiro: recurso para materiais, tais como: folhetos, banners, pôster para comunidade. Político: apoio do município.
Recursos críticos	materiais como folhetos, banners, pôster para comunidade
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: gestor municipal Motivação: controle da doença
Ação estratégica de motivação	Controle da doença
Responsáveis:	Toda a equipe
Cronograma / Prazo	1 mês
Gestão, acompanhamento e avaliação	Avaliar aumento de demanda espontânea e programada de sintomáticos respiratórios e pacientes em tratamento na UBS.

Fonte: Espíndola, 2016.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A comunidade do município de Rubelita é formada por uma população carente. A cidade é pequena, tem uma área geográfica cheia de aclives e declives, o que dificulta a prática de exercícios físicos como caminhadas, corridas e até mesmo a participação de uma parcela significativa da população nas reuniões e grupos operativos. Como há uma parcela importante de idosos, hipertensos e diabéticos fica mais difícil procurar formas para prevenir doenças e promover saúde.

O sistema local de saúde tem se organizado como pode. Mas é necessária a disponibilidade de mais especialidades, exames básicos como radiografias, eletrocardiograma, alguns de análises clínicas e patologia. É necessária a melhoria na área de saneamento básico e tratamento de água, além de 1 bairro mais afastado que ainda não tem rede de esgoto. Grande parte da população tem parasitoses intestinais, sendo frequentes surtos de diarreia.

Para atingir o problema da falta de é necessário que haja disponibilidade de tempo de toda a equipe para realizar consultas e visitas domiciliares. Além disso, espaços para promover reuniões e orientações para a população.

Ademais, todos os profissionais da equipe devem ser capacitados para abordar os pacientes com suspeita de tuberculose e fazer o acompanhamento do doente. Os agentes precisam ser capacitados para identificação dos sintomas e para a vigilância da medicação principalmente durante as visitas domiciliares. O médico deve ser capacitado para fazer o diagnóstico correto e fazer o acompanhamento adequado assim como avaliar resistência e complicações das medicações. Toda a equipe precisa saber orientar o doente sobre o desafio do tratamento e a necessidade de comprometido do doente.

O município precisa oferecer recursos para que o acesso a exames seja acessível e gratuito para que os pacientes possam ser diagnosticados e ser acompanhado posteriormente. Os atores que controlam recursos críticos necessários para implementação de cada operação são: gestor municipal, prefeitura, médico, enfermeiro, coordenador de atenção primária, agentes comunitários.

Somente com o planejamento em saúde será possível atender as demandas da comunidade e ao mesmo tempo resolver problemas de saúde cruciais como a tuberculose. A proposta de intervenção é o primeiro passo para efetivação de ações que visam melhorar a saúde.

Portanto, esta deveria ser uma prática na atenção primária. Seguindo o modelo de avaliação e monitoramento, as intervenções propostas guardam coerência com o problema identificado pela equipe. Além disso, acreditamos que os resultados esperados para uma abordagem e manejo adequados da tuberculose serão alcançados se os objetivos propostos forem também perseguidos. Desse modo, o problema identificado será impactado pelas ações propostas e poderemos controlar a tuberculose na área de abrangência.

REFERENCIAS

ABREU DE JESUS, W.L.; ASSIS, M.M.A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência Saúde Coletiva**, v.15, n.1, p.161-170, 2010.

ANDRADE, A. R. C. *et al.* **Endemias e epidemias: tuberculose e hanseníase**. Belo Horizonte: NESCON / UFMG, 2012. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3921.pdf> . Acesso em: 10 de jul. 2016.

BURRIL, J. **Tuberculosis: A radiologic review**. **Radiographics**, Easton, v. 27, p. 1255-1273, 2007.

BERALDO, A. A. *et al.* Atraso na busca por serviço de saúde para o diagnóstico da tuberculose em Ribeirão Preto (SP). **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 11,p. 3079-3086, Nov. 2012 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100024 . Acesso em 10 de jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica**. 6ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Minas Gerais - **Rubelita-histórico**. In: IBGE Cidades. Brasília: IBGE, 2013a. Disponível em:<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em: 13 de setembro de 2016.

BRASIL. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Fundação João Pinheiro (FJP). **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. Brasília: PNUD/ IPEA/ FJP, 2013b. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/o_atlas/ Acesso em: 09 de out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das doenças transmissíveis. **Nota informativa n 09/2014 referente Recomendações sobre o diagnóstico da tuberculose por meio do teste Rápido Molecular para tuberculose**. 11 de dezembro de 2014^a.referencias

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. O controle da tuberculose no Brasil: avanços, inovações e desafios. **Boletim Epidemiológico**, 2014b; 44:1-13.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação(SINAN)**. 2010-2016.

CAMPOS, F. C. C; FARIA. H. P; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf> . Acesso em: 16 maio. 2016.

CECILIO, H. P. M.; HIGARASHI, I. H.; MARCON, S. S.. Opinião dos profissionais de saúde sobre os serviços de controle da tuberculose. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 19-25, feb., 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n1/1982-0194-ape-028-001-0019.pdf> . Acesso em: 20 jul. 2016.

CHENG, G. et al. **Factors affecting delays in tuberculosis diagnosis in rural China: A case study in four counties in Shandong Province**. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2005;99(5):355-362.

CORREA, E. J. et al. Iniciação a Metodologia: textos científicos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3920.pdf> . Acesso em: 16 maio. 2016.

CURY, A. **O código da inteligência: a formação de mentes brilhantes e a busca pela excelência emocional e profissional**. Rio de Janeiro: Thomas Nelson Brasil/Ediouro, 2008. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=NixFBQAAQBAJ> .Acesso em 07 de nov. 2016.

DAVIS, JL. *et al.* **Evaluating tuberculosis case detection via real-time monitoring of tuberculosis diagnostic services**. *Am J Respir Crit Care Med*. 2011;184(3):326-7.

JOB, JRPP. *et al.* Informações que antecederam o diagnóstico de tuberculose pulmonar e tempo decorrido até o início do tratamento em pacientes matriculados em Centro de Saúde, São Paulo (Brasil). **Rev Saude Publica** 1986;20(1):21-25.

KAMINENI, VV. et al. **Addressing poverty through disease control programmes: examples from Tuberculosis control in India.** Int J Equity Health. 2012; 11:17.

LAWN SD, Afful B, Acheampong JW. **Pulmonary tuberculosis: diagnostic delay in Ghanaian adults.** Int J Tuberc Lung Dis 1998;8(2):635-640

LOUREIRO, RB. *et al.* Acesso ao diagnóstico da tuberculose em serviços de saúde do município de Vitória, ES, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19,n. 4, p. 1233-1244, 2014.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do Adulto.** Belo Horizonte,2006.144p.

PAIXAO, L M.M.,GONTIJO, E.D. **Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.41, n.2 [cited 2017-01-08], pp.205-213.

PRADO JUNIOR, J. C. et al. Comparação da proporção de cura por tuberculose segundo cobertura e tempo de implantação de Saúde da Família e fatores socioeconômicos e demográficos no município do Rio de Janeiro, Brasil, em 2012. **Ciênc. saúde coletiva.** v.21, n.5, pp.1491-1498, 2016.

RUFFINO NETO RA, Villa TCS. Implantação dos DOTS em algumas regiões do Brasil, Instituto do Milênio Rede TB, 2006.

STARFIELD, B. **Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília:Unesco, Ministério da Saúde (MS); 2002.

TURK, J. et al. **Evaluating the efficacy of tuberculosis advocacy, communication and social mobilization (ACSM) activities in Pakistan: a cross-sectional study.** BMC Public Health. 2013; 13:887.