

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

EFRAIN CALIX GARCIA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA EVITAR A
PROLIFERAÇÃO DE TUBERCULOSE PULMONAR NO
MUNICÍPIO DE SANTANA DO IPANEMA-AL**

MACEIÓ - ALAGOAS

2015

EFRAIN CALIX GARCIA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA EVITAR A
PROLIFERAÇÃO DE TUBERCULOSE PULMONAR NO
MUNICÍPIO DE SANTANA DO IPANEMA/AL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista sob orientação da Profª Ms: Eulita Maria Barcelos.

MACEIO - ALAGOAS

2015

EFRAIN CALIX GARCIA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA EVITAR A
PROLIFERAÇÃO DE TUBERCULOSE PULMONAR NO
MUNICÍPIO DE SANTANA DO IPANEMA/AL**

Banca examinadora

Professora: Ms. Eulita Maria Barcelos

Professor:

Aprovada em Belo Horizonte: ____/____/____

Dedico este trabalho aos meus pais,
irmãos, minha esposa, minha filha e a
toda minha família que, com muito
carinho e apoio, não mediram esforços
para que eu chegasse até esta etapa de
minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que me deu essa oportunidade, concedendo-me muita força, coragem e paciência.

Agradeço ao mundo por mudar as coisas, por nunca fazê-las serem da mesma forma, pois assim não teríamos o que pesquisar o que descobrir e o que fazer, pois através disso consegui concluir meu trabalho.

Aos amigos e colegas, pelo incentivo e pelo apoio constante.

À minha família, por sua capacidade de acreditar e investir em mim.

Mãe, seu cuidado e dedicação foi que deram em alguns momentos, a esperança para seguir.

À minha filha, pessoa com quem amo partilhar a vida. Com você tenho me sentido mais vivo de verdade. Obrigado pelo carinho, a paciência e por sua capacidade de me trazer paz na correria de cada semestre.

Agradeço a minha orientadora Eulita Maria Barcelos pelo acolhimento nesse momento de ansiedade, pela contribuição especial, empenho e paciência nessa caminhada.

Aos meus amigos, pelas alegrias, tristezas e dores compartilhadas. Com vocês, as pausas entre um parágrafo e outro de produção melhora tudo o que tenho produzido na vida.

À comunidade da Igreja Católica do Santana do Ipanema, pois foi nesse meio que aprendi o valor da minha fé e, para além do Curso de Especialização, foi aqui onde aprendi a refletir e duvidar e nunca encarar a realidade como pronta.

Aqui aprendi a ver a vida de um jeito diferente.

Ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, e às pessoas com quem convivi nesses espaços ao longos desse ano.

A experiência de uma produção compartilhada na comunhão com amigos nesses espaços foram a melhor experiência da minha formação acadêmica.

A todos aqueles que de alguma forma estiveram e estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

"Deus, concede-me a graça de aceitar com serenidade aquilo que não pode ser modificado, a coragem para mudar o que deve ser mudado e a sabedoria para distinguir uma coisa da outra".

Prece tradicional judaica

RESUMO

Santana do Ipanema atende a população pertencente ao Programa Saúde da Família da Camuxinga. O presente estudo teve como objetivo investigar a baixa prevalência de pessoas diagnosticadas com tuberculose pulmonar na USF o qual é muito preocupante já que recentemente, a tuberculose tornou-se uma doença reemergente nos países em desenvolvimento e o nosso não fica fora da problemática. A tuberculose no Brasil não é um problema de saúde pública emergente nem reemergente, e sim, um problema presente, pelo qual definimos elaborar um programa de educação para maior conscientização dos pacientes sobre os fatores de risco para controle da tuberculose pulmonar. Para elaboração do Plano de intervenção ficou estabelecida uma priorização dos problemas encontrados pela estimativa rápida e, em seguida, analisou-se as influências negativas para a população. Assim, com base nos problemas e nós críticos, foram desenhadas as operações e possíveis soluções, levando em conta os resultados esperados, o produto e os recursos necessários. Propusemos um plano operacional para, aprender mais dos riscos da tuberculose, oferecer uma linha de cuidado dos hábitos tóxicos e estilo de vida inadequado, contribuir com melhor atendimento e acompanhamento e obter informações sobre a população com fatores de risco respiratórios do tipo crônico. Conseguimos desenvolver uma proposta para melhorar o conhecimento dos fatores de risco para tuberculose e melhor controle deles, para diminuir a morbidade e mortalidade.

Palavras chaves: Doença Respiratória Crônica. Tuberculose. Fatores de Risco. Promoção e prevenção.

ABSTRACT

Santana do Ipanema is municipality meets the population belonging to the Health Program Camuxinga family. This study aimed to investigate Low prevalence of people diagnosed with pulmonary tuberculosis USF which is very worrying since recently, TB has become a re-emerging disease in the developing world and our is not out of the problem. Tuberculosis in Brazil is not a problem emerging public health or re-emerging, and yes, this one problem, by which we define develop an education program to raise awareness of the patients about the risk factors to control pulmonary tuberculosis. For drawing up the contingency plan was established prioritization of the problems encountered by the flash estimate and then analyzed the negative influences for the population. Thus, based on the critical issues and we, drawn form operations and possible solutions, taking into account the expected results, the product and the necessary resources. We proposed an operational plan for, learn more from tuberculosis risks, offer a care línea of toxic habits and improper lifestyle, contribute to better care and monitoring and information about people with respiratory risk factors chronic type. We managed to develop a proposal to improve the knowledge of risk factors for tuberculosis and better control of them, to reduce morbidity and mortality.

Keywords: Chronic Respiratory Disease. Tuberculosis. Risk Factors. Promotion and Prevention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ADT- Atendimento Domiciliar Terapêutica

Bk - Bacilo de Koch

CECRED - Centro de Convivências e Recuperação da Saúde de Dependentes Químicos

CPAS - Comissão Permanente de Assistentes Sociais

CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento

DIVE - Diretoria de Vigilância Epidemiológica

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IBOPE - Instituto Brasileiro de Opinião e Estatísticas

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PAB – Piso de Atenção Básica

PES - Planejamento Estratégico Situacional

PSF- Programa Saúde da Família

SIAB - Sistema de Informação Atenção Básica

TB - Tuberculose

UBS – Unidade Básica de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- População segundo a faixa etária na área de abrangência da equipe de Saúde da Família da Camuxinga. Fevereiro 2013 a fevereiro 2014.	12
Tabela 2- Número de residências que possuem instalações sanitárias na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família da Camuxinga. (Fevereiro 2013 a fevereiro 2014).....	13
Tabela 3- Destino do lixo na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família da Camuxinga. (Fevereiro 2013 a fevereiro 2014).....	14
Tabela 4 - Abastecimento de água por família na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família da Camuxinga. (Fevereiro 2013 a fevereiro 2014).....	15
Tabela 5 – População empregada segundo faixa etária na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família da Camuxinga. (Fevereiro 2013 a fevereiro 2014).....	15
Tabela 6 - Morbidade referida na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família da Camuxinga. (Fevereiro 2013 a fevereiro-2014).....	16

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Priorização dos Problemas na área de abrangência da Unidade – de Saúde da Família no Sítio Camuxinga – 2014.....	26
Quadro 2 - Desenho das operações para os “nós” críticos.....	30
Quadro 3 - Identificação dos recursos críticos.....	31
Quadro 4 - <i>Proposta de ações para a motivação dos atores</i>	32
Quadro 5- Plano Operativo.....	34

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
JUSTIFICATIVA.....	211
OBJETIVO	233
METODOLOGIA	244
REVISÃO DE LITERATURA	255
PLANO DE AÇÃO	Erro! Indicador não definido.8
Identificação dos problemas.....	288
Priorização dos Problemas.....	299
Seleção dos nós críticos	299
Identificação dos Recursos Críticos	31
Plano Operativo.....	Erro! Indicador não definido.2
CONSIDERAÇÕES FINAIS	Erro! Indicador não definido.4
REFERÊNCIAS	35
ANEXO A	
ANEXO B	
ANEXO C	

1 INTRODUÇÃO

A história da criação do município de Ipanema conta que primitivamente ele foi chamado Santana da Ribeira do Ipanema, por estar situado à margem do rio Panema ou Ipanema. Ipanema é palavra indígena: ypanema - água ruim, imprestável. Depois passou a se chamar, Santana do Ipanema. Nos últimos anos do século XVIII, era um insignificante arraial habitado por índios e mestiços. Por essa época chegou à região o padre Francisco José Correia de Albuquerque, missionário natural de Serinhaém em Pernambuco.

Com a chegada, vindos de Penedo, os irmãos Martins e Pedro Vieira Rego, descendentes de portugueses fixaram-se com suas famílias à margem esquerda da ribeira do Ipanema. Como eram trabalhadores, prosperaram novas fazendas foram sendo organizadas e entregues aos filhos e filhas de Martins. A Lei nº 893, de 31 de maio de 1921, elevou Santana de Ipanema a categoria de cidade.

Descrevendo os aspectos geográficos, o município de Santana do Ipanema está localizado na região centro-oeste do Estado de Alagoas. A área municipal ocupa 437,80 km², inserida na mesorregião do Sertão Alagoano. Segundo dados do IBGE (2010) a população estimativa era de 45 453 habitantes sendo que a população residente na área urbana perfazia 27.185 pessoas, na área rural: 17747 pessoas. O número aproximado de domicílios era de 14 258 e o número aproximado de famílias é de 11 445.

Os aspectos socioeconômicos apresentam que o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): 0,616 médios (PNUD/2000[4]); A Taxa de urbanização: 27.185 pessoas; A Renda Média Familiar: R\$630,00; A rede de Abastecimento de água tratada: 73.42% e o recolhimento de esgoto por rede pública: 83,02%. As principais atividades econômicas são agricultura, comércio e pecuária (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO DO BRASIL, 2013).

A Equipe de Saúde da Família, no município, atende a população pertencente à localidade que fica situada na zona rural, a qual conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira. A comunidade conta, até fevereiro de 2014, com 2.922 moradores, atendida por uma equipe de Saúde da Família: dividida em seis microáreas, estando estas localizadas em seis pequenos povoados, distantes a 08 km.

As tabelas e quadros apresentados a seguir, representam os dados coletados por meio do diagnóstico situacional realizado pela equipe. Os dados foram conseguidos a partir de bases de dados obtidos através do software implantado pelo Ministério da Saúde denominado, Sistema de Informação Atenção Básica - SIAB.

O diagnóstico situacional possibilitou a equipe conhecer na área de abrangência populacional e as condições de saúde da população, o qual permitirá, no futuro, planejar e programar ações preventivas, curativas e reabilitadoras, cujas ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para a Atenção Primária à Saúde – APS e/ou Atenção Básica. Em relação à cobertura vacinal da população de menores de 05 anos de idade foi de 93%, podemos considerar satisfatória mais ainda não é a desejável pois pretende-se chegar no ideal ou seja 100% de cobertura.

Os aspectos demográficos entre os 2922 habitantes da área de abrangência da Equipe, 1.524(52,15%) são homens e 1.398 (47,84%) são mulheres, distribuídos por faixa etária de acordo com o que é apresentado na tabela 1.

Tabela 1- População segundo a faixa etária na área de abrangência da equipe de Saúde da Família da Camuxinga. Fevereiro 2013 a fevereiro 2014.

Faixa etária	Masculino		Feminino	
	Nº	%	Nº	%
< 1 ano	22	1.44	17	1.21
1 a 4 anos	99	6.49	80	5.72
5 a 6 anos	68	4.46	44	3.14
7 a 9 anos	95	6.23	92	6.58
10 a 14 anos	183	12.00	171	12.23
15 a 19 anos	208	13.64	193	13.80
20 a 39 anos	410	26.90	404	28.89
40 a 49 anos	171	11.22	175	12.51
50 a 59 anos	120	7.87	99	7,08
> 60 anos	148	9.71	123	8.79
Total	1.524	52,51	1.398	47.84

Fonte: SIAB (2013-2014)

Abordando as principais atividades sócio-econômicas e de arrecadação de Santana do Ipanema encontra-se a pecuária, a agricultura e a silvicultura. É elevado o número de desempregados e subempregados.

As fontes de recursos financeiros para a saúde são:

- Fundo de participação municipal (FPM);
- Imposto sobre serviço de quaisquer naturezas (ISSQN);
- PAB Fixo (Piso de Atenção Básica);
- Programa Saúde da Família (PSF);
- Epidemiologia Controle de Doenças (ECD);
- Ações Básicas de Vigilância Sanitária (ABVS).

Sobre o saneamento básico e os aspectos ambientais encontrados na comunidade podem ser considerados, ainda precários, principalmente, no que se refere ao esgotamento sanitário. A área apresenta elevada concentração de mosquitos, constituindo risco de surtos de doenças transmitidas por vetores. Tal situação pode ser constatada quando apresentados os dados sobre saneamento básico, que estão explicitados na tabela 2.

Tabela 2 – Número de residências que possuem instalações sanitárias na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família da Camuxinga. (Fevereiro 2013 a fevereiro 2014).

Destino fezes/urina	Nº de residências	%
Sistema de Esgoto	9	1.16
Fossa	425	55.12
Céu aberto	337	43.70

Fonte: SIAB (2013-2014)

Percebe-se que a fossa séptica é a principal forma de escoamento de dejetos. Ainda percebe-se o elevado índice do destino de fezes e urina a céu aberto. O que torna um fator preocupante, em relação à saúde da população, pois, desperta para a necessidade da realização de um trabalho de conscientização, mais efetivo, para que as famílias passem a priorizar a construção de fossas sépticas.

Tabela 3- Destino do lixo na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família da Camuxinga. (Fevereiro 2013 a fevereiro 2014).

Destino do lixo	Número de residências	%
Coleta pública	186	24.12
Queimado/Enterrado	472	61.22
Céu aberto	113	14.66

Fonte: SIAB (Ano 2013-2014)

Já a respeito do destino do lixo a situação é considerada, ainda mais preocupante, se comparada ao percentual relacionado ao destino do esgotamento sanitário, como referido anteriormente, tendo em vista que 472 residências as famílias queimam ou enterram o lixo, 186 tem coleta pública e tem 113 residências fazem o descarte do lixo a céu aberto.

No que tange ao abastecimento de água, os dados da tabela 4 mostram que há um predomínio de acesso a água originada da rede pública/encanada.

Tabela 4 - Abastecimento de água por família na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família da Camuxinga. (Fevereiro 2013 a fevereiro 2014).

Abastecimento de água	Número de famílias	%
Rede pública	554	71.9
Poço ou nascente	143	18.5
Outros	74	9.6

Fonte: SIAB (2013-2014)

Segundo levantamento realizado por meio das atualizações cadastrais emitidos pelos Agentes Comunitários de Saúde – ACS, o quadro relativo às atividades da população economicamente ativa na área de abrangência é demonstrada na tabela 5.

Tabela 5 – População empregada segundo faixa etária na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família da Camuxinga. (Fevereiro 2013 a fevereiro 2014).

Faixa etária	Número de pessoas	%
Maiores de 14 anos estudantes	406	25,12
Maiores de 14 anos empregados com carteira assinada	223	13,80
Maiores de 14 anos empregados na economia informal	214	13,24
Maiores de 14 anos autônomos	130	8,04
Desempregados	290	17,94
Aposentados	131	8,10
Outras situações	222	13,73
Total	1616	100

Fonte: SIAB (2013-2014)

Segundo os dados do SIAB (2013-2014), os aspectos epidemiológicos apresentados são visíveis à baixa prevalência da doença na área de abrangência, já que no município tem alta prevalência de casos novos de tuberculose pulmonar, constituindo isso um problema de saúde. Ainda, revelaram que o município tinha cadastrado no final de 2012, 732 portadores de hipertensão arterial, 156 portadores de Diabetes, 19 portadores de tuberculose e 29 portadores de hanseníase. O município registrou/ notificou 603 casos de Dengue no ano de 2012, conforme mostra a tabela 6, logo a seguir.

Tabela 6 - Morbidade referida na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família da Camuxinga. (Fevereiro 2013 a fevereiro - 2014).

Faixa etária	Tuberculose		Hipertensão		Deficientes		Hansen		Diabetes	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
0 a 14	0	0	0	0	1	0,12			0	0
15 anos e mais	0	0,44	116	3,77	55	2,43	1	0,05	97	3,15

Total	0	0.33	116	3,77	56	1.82	1	0.03	97	3,15
-------	---	------	-----	------	----	------	---	------	----	------

Fonte: SIAB (2013-2014)

Ainda de acordo com pesquisa apresentada pelo Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil (2013), o município possui um índice reduzido de residências mal estruturadas, e, as poucas existentes, geralmente, estão localizadas em periferias distantes do centro urbano ou mesmo, no interior do município. Pela sua geografia, o município não apresenta riscos de acontecer inundações, desabamento ou outros desastres dessa natureza. Porém, existem algumas áreas de risco ambiental, devido à existência perto de fontes e/ou reserva de água, criação de frangos e porcos, no que poderá desencadear uma contaminação da água, a qual muitos moradores fazem uso para o consumo doméstico.

Enfatizando o sistema municipal de saúde, a UBS tem 06 postos muitos foram adaptados estruturalmente para ser unidade de saúde. Mesmo assim as condições são desfavoráveis para atender com dignidade a população. Não existe espaço nem cadeiras para todos os pacientes; todos os postos não têm as condições necessárias para um atendimento digno; os atendimentos ficam cada dia em postos diferentes, a reunião é feita na secretaria de saúde uma vez ao mês. Este fato gera um descontentamento na equipe visto que para o paciente e o profissional é necessário um ambiente propício e acolhedor.

Em cerca de 95% da população do município é completamente dependente do SUS. Para prestar assistência à população no âmbito municipal, a saúde está organizada em rede, compreendendo a hierarquia apresentada no Organograma (ver anexo A).

A Unidade de Saúde da Família - USF do povoado Camuxinga é composta por uma equipe de 21 funcionários, com vínculo empregatício efetivo e outra parte contratada. Apresentando sucintamente a Unidade Básica de Saúde, ela funciona no horário de 8:00 às 12:00 e de 14:00 às 17:00 horas. Pela manhã são realizadas na UBS as consultas ambulatoriais, já no horário da tarde são realizadas as visitas domiciliares.

A equipe é composta por: médico, enfermeira, cirurgião dentista, 08 (oito) Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 03 (três) técnicos de enfermagem, 01 motorista e auxiliar de serviços gerais.

Ressalta-se que os sistemas de referência e contra referência estão estabelecidos, embora ainda existam algumas dificuldades a serem enfrentadas devido à fragilidade apresentada em relação à contrarreferência de cuidados hospitalares.

Vale salientar as principais causas de óbitos ocorridas no ano de 2013, segundo levantamento realizado a partir dos dados das Declarações de Óbitos - DO's, as quais destacam-se: pneumonias, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e acidentes de trânsito. A taxa de Mortalidade Infantil foi de 18.52/1000 nascidos vivos, que apesar de bastante elevada apresentou uma diminuição em relação ao ano anterior. Existem múltiplos fatores referenciados no Manual Técnico para o Controle da Tuberculose (BRASIL, 2002) no que facilitam o surgimento da doença e muitos deles estão prevalente na minha área da abrangência, por exemplo: morar em região de grande prevalência da doença, ser profissional da área da saúde, ser negro, a raça negra parece ser mais suscetível à infecção pelo bacilo da tuberculose, predisposição genética, idade avançada, desnutrição, alcoolismo, uso de drogas ilícitas, uso crônico de medicações como corticoides ou outras que também diminuem a defesa do organismo, doenças como AIDS, diabete, insuficiência renal crônica, silicose (doença crônica pulmonar) ou tumores.

A tuberculose é uma infecção causada pelo microrganismo *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecido por bacilo de Koch. “A doença costuma afetar os pulmões, mas pode, também, ocorrer em outros órgãos do corpo, mesmo sem causar dano pulmonar” mas é uma doença considerada curável em casos novos, muito sensível a terapia medicamentosa desde que os princípios básicos sejam da operacionalização sejam seguidos pelo paciente (BRASIL, 2002, p.7).

Existem múltiplos fatores referenciados no Manual Técnico para o Controle da Tuberculose (BRASIL, 2002) no que facilitam o surgimento da doença e muitos deles estão prevalentes na minha área da abrangência, por exemplo: morar em região de grande prevalência da doença, ser profissional da área da saúde, ser negro – a raça negra parece ser mais suscetível à infecção pelo bacilo da tuberculose, predisposição genética, idade avançada, desnutrição, alcoolismo, uso de drogas ilícitas, uso crônico de medicações como corticóides ou outras que também diminuem a defesa do organismo,

doenças como AIDS, diabete, insuficiência renal crônica, silicose (doença crônica pulmonar) ou tumores.

De acordo com o Guia de Vigilância epidemiológica (2007), existem dois tipos de tuberculose, a citar:

A primária - ocorre durante uma primo-infecção e pode evoluir tanto a partir do foco pulmonar quanto do foco ganglionar ou então em consequência da disseminação hematogênica, isso acontece em 5% dos primo-infectados. E a tuberculose pós-primária ou secundária ocorrer no organismo que tem sua imunidade desenvolvida tanto pela infecção natural quanto pela BCG. Dos primo-infectados 5% adoecerão tardiamente em consequência do recrudescimento de algum foco já existente em seu organismo (reativação endógena). Também pode ocorrer a reinfeção exógena, ou seja, o paciente adoecer por receber novas cargas bacilares do exterior (BRASIL, 2007. p.735).

Segundo Basnet *et al.* (2009), a manutenção da TB como um grande problema de saúde está associada ao retardo no seu diagnóstico, a disseminação da infecção na comunidade e o agravamento da doença, levando ao aumento da mortalidade.

A portaria nº 452 de 06 de dezembro de 1976 do Ministério de Saúde, no Brasil a vacina BCG é prioritariamente indicada para as crianças de 0 a 4 anos de idade, sendo obrigatória para menores de um ano. Pois, a vacinação e tida como medida de prevenção, primordial, da tuberculose principalmente na infância é imprescindível imunizar as crianças até 04 anos e obrigatoriamente os menores de 1 ano com a vacina BCG (Bacilo de Calmette e Guérin).

A dose vacinal única recomenda pelo Ministério de Saúde para todas as idades é de 0,1ml (1mg/ml) por via intradérmica. Para que esse volume da vacina reconstituída seja aplicado com precisão é indispensável dispor de seringas do tipo tuberculina graduadas em centésimo de milímetros com capacidade de 1ml (SUCCI,2008, p.233).

De acordo com Ferreira; Silva e Botelho, (2005) a desistência do tratamento é um dos mais graves problemas para o controle da tuberculose, porque ocorre a persistência da fonte de infecção e das taxas de recidiva, facilitando o desenvolvimento de cepas de bacilos resistente.

Para Oliveira *et al.* (2008, p.127), diversos fatores determinam o abandono ao tratamento da tuberculose, tais como:

O estigma da tuberculose; O analfabetismo; O fato de considerar-se curado antes de cura efetiva; Falta de apoio de familiares ao tratamento que inclui o desconhecimento deste com relação à enfermidade; A impossibilidade de faltar ao emprego para comparecer às consultas; A frustração de não sentir melhoras; A intolerância medicamentosa; O alcoolismo; A presença de outras doenças; e, o uso de drogas ilícitas.

Segundo Sá *et al.* (2007), alguns fatores relevantes ao abandono do tratamento da tuberculose por parte do usuário estão relacionados a falta de informação, as percepções negativas que o paciente tem relacionadas à doença e ao tratamento, ao consumo de drogas ilícitas, ao alcoolismo e ao tabagismo, a crença da obtenção da cura através da fé, o baixo nível socioeconômico, a intolerância ao medicamento, a diminuição dos sintomas no início da terapêutica dando a impressão que já estão curados e ao longo tempo de tratamento, e a grande quantidade de comprimidos a serem ingeridos e o ineficaz acompanhamento do paciente.

Mediante a última causa de abandono ao tratamento apresentada pelo autor, supracitado, desperta para a necessidade da equipe de saúde, especificamente, na Atenção Básica fazer um melhor trabalho deve-se dedicar a busca ativa de sintomáticos respiratórios e doentes que sejam faltosos, no intuito de evitar que estas não interrompam seu tratamento. Essa busca é possível porque todo enfermeiro deve manter atualizado seu livro de registro de casos de tuberculose que consta, além dos dados pessoais do paciente, o endereço residencial, nos permitindo a qualquer hora, se necessário, visitar essa pessoa.

Recomendam Pereira *et al.*(2010) que a equipe deve conhecer as características individuais do pacientes pois estas possibilitam a compreensão das dimensões: física, social e cultural do indivíduo permitindo uma intervenção mais eficaz, um atendimento diferenciado, considerando a dignidade das pessoas em situações de cuidados ou atenção.

O conhecimento das características apresentadas pelo autor, supracitado, passam a ser identificadas a partir da realização da busca ativa, a qual não deve feita apenas com usuários/pacientes faltosos ou em situação de abandono do tratamento, mas, também, em casos de suspeitas, como por exemplo, um sintomático respiratório, descoberto por um Agente Comunitário

de Saúde (ACS) ou mesmo por um vizinho, amigo, familiar (PEREIRA *et al.* 2010).

Considero a busca ativa, um instrumento de trabalho que facilita ao profissional encontrar um novo caso ou evitar que um caso primário de tuberculose se torne multidroga resistente, um dos problemas mais preocupantes no tocante ao programa de combate a tuberculose.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de tuberculose na área urbana da cidade e baixa área de abrangência rural o qual deve fazer pensar que não estão pesquisando, e pelo risco de óbitos que a tuberculose tem. Já que no Brasil o número de casos estimados por cada 1000 habitantes é de 110 e o número de casos notificados é de 86, além disso, a taxa de incidência esperada é de 60 e a taxa de incidência encontrada é de 47 por cada 100 000 habitantes, o que representa a maior prevalência nas Américas (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2008). Nossa população é de 2922 habitantes, deveria ter uma taxa incidência de 1,89 neste momento não temos nenhum caso suspeito nem diagnosticado.

“A TB continua sendo mundialmente um importante problema de saúde, exigindo o desenvolvimento de estratégias para o seu controle, considerando aspectos humanitários, econômicos e de saúde pública” (BRASIL, 2011, p.19)

No que tange, segundo informações divulgadas pelo Portal da Saúde (2015), no Brasil, a tuberculose é sério problema da saúde pública, com profundas raízes sociais. A cada ano, são notificados aproximadamente 70 mil casos novos e ocorrem 4,6 mil mortes em decorrência da doença. O Brasil ocupa o 17º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo. E, que nos últimos 17 anos, a tuberculose apresentou queda de 38,7% na taxa de incidência e 33,6% na taxa de mortalidade.

A explicação para a problemática apresentada pela ausência de pacientes e/ou mesmo abandono do tratamento estão atreladas as lacunas existentes na realização das ações e da pesquisa ativa de casos, porque as ações de promoção e prevenção realizadas têm sido apontadas como insuficientes, visto que o trabalho é dirigido ao atendimento de demanda espontânea devido ao elevado número de demanda geral da Unidade Básica de Saúde - UBS, conseqüentemente, implica na insuficiência da pesquisa passiva realizada pelos ACS e, ainda, a ausência de um cumprimento estrito do programa para o controle da tuberculose. .

A busca ativa é uma estratégia que deveria ser muito utilizada para o diagnóstico precoce da tuberculose. Os locais ideais para organizar a procura

de casos são os serviços de saúde, onde a detecção de casos entre os sintomáticos respiratórios deve ser uma atitude permanente e incorporada à rotina de atividades dos profissionais de saúde na prevenção, diagnóstico e tratamento.

Diagnosticar e tratar corretamente e prontamente os casos de TB pulmonar são as principais medidas para o controle da doença. Esforços devem ser realizados no sentido de encontrar precocemente o paciente e oferecer o tratamento adequado, interrompendo a cadeia de transmissão da doença (BRASIL, 2011, p.23).

Nas consultas que foram feitas aos usuários da equipe de saúde da família detectou-se que as principais causas da baixa prevalência de tuberculose e doenças respiratórias infecciosas, suas complicações, incluindo a morte, dizem respeito ao desconhecimento dos fatores de risco e as ações necessárias quanto ao correto controle da mesma.

Diante dos fatos surgiu a importância de realizar uma intervenção educativa, para que os usuários tenham maior conhecimento e, portanto, maior controle da própria saúde.

3 OBJETIVO

Elaborar uma proposta de intervenção, que possibilite o fortalecimento das ações na realização da busca ativa e no atendimento dos usuários portadores de tuberculose no âmbito da Estratégia de Saúde da Família-Camuxinga dos Teodósios no município de Santana do Ipanema-AL.

4 METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa de revisão de literatura, realizada através de aquisição de dados obtidos no Portal do Ministério da Saúde (MS) e mediante a análise de dados coletados através de relatórios gerados pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2013).

Para embasamento teórico foi feita uma revisão da literatura sobre o tema, mediante pesquisa a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs), em que foram utilizados os seguintes termos: tuberculose, prioridades em Saúde e fatores de risco.

Outro processo metodológico adotado na elaboração deste trabalho trata-se da realização de um estudo situacional previamente planejado e realizado pelos membros da Equipe de Saúde da Família - ESF, no qual foi avaliado e analisado cada um dos problemas detectados na área de atendimento, como também, o apontamento de possíveis soluções para cada nó crítico identificado, tomando por base os resultados e o grau de resolutividade.

Com base na identificação dos problemas e dos nós críticos, foram delineadas as operações a serem adotadas, levando em conta os resultados esperados, o produto e os recursos necessários, onde foi priorizada a baixa prevalência de pessoas diagnosticadas com tuberculose, tendo em vista os fatores de risco e de controle.

Na construção e/ou elaboração do Plano de intervenção foi estabelecida a priorização dos problemas encontrados pela estimativa das influências negativas as quais a população está exposta.

No desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), conforme os textos da seção 1 do Módulo de Iniciação à metodologia (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2013) e seção 2 do Módulo de Planejamento (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

5 REVISÃO DE LITERATURA

A tuberculose é uma doença infecciosa e contagiosa, causada por uma bactéria, o *mycobacterium tuberculosis*, também denominado de Bacilo de Koch (Bk). O termo tuberculose se origina no fato da doença causar lesões chamadas tubérculos, de acordo com o conceito apresentado pelo Guia de Vigilância Epidemiológica (BRASIL, 2002).

Sua transmissão se dá através das vias aéreas em praticamente a totalidade dos casos, com a inalação de núcleos secos de gotículas contendo bacilos expelidos pela tosse, fala ou espirro de doente com tuberculose ativa na forma pulmonar ou laríngea (BRASIL, 2011, p.20).

Segundo informações contidas no Manual Técnico para o Controle da Tuberculose (BRASIL, 2002, p.7), “a transmissão se dá através da inalação por pessoa sadia, de gotículas de saliva” espalhadas no ar de uma pessoa contaminada. “ao tossir, espirrar ou falar”. Estas gotículas contaminadas sobrevivem no ar, por horas, desde que não tenham contato com a luz solar. A pessoa sadia, ao respirar no ambiente contaminado, inala a microbactéria que se aloja do pulmão. “Em poucas semanas, uma pequena inflamação ocorrerá na zona de implantação. Não é ainda uma doença”. É a primo infecção, ou seja, o primeiro contato do germe com o organismo. “Depois disso, esta bactéria pode se espalhar e se alojar em vários locais do corpo”.

A doença costuma afetar os pulmões, mas pode, também, ocorrer em outros órgãos do corpo, mesmo sem causar dano pulmonar, como ossos, rins e meninges (membranas que envolvem o cérebro) bem como tuberculose glangionar e pleural (BOMFIM, 2011, p.8).

Uma pessoa pode se contaminar com o bacilo sem, no entanto, adoecer. É o período latente da doença. Porém, os sintomas da doença poderão aparecer se o sistema imunológico da pessoa não estiver bem. O bacilo pode ficar latente por vários anos e, num determinado momento em que as defesas do corpo não estiverem bem, a doença se manifesta. Para determinar se a pessoa possui ou não o bacilo em seu organismo, faz-se um exame simples, chamado de PPD ou Mantoux, ou, ainda, prova tuberculínica. Entretanto, tal exame não poderá ser usado como meio de diagnóstico, mas complementar a Baciloscopia de escarro e Raio X do Tórax, associados aos sintomas do paciente (BRASIL, 2002).

De acordo com o Guia de Vigilância Epidemiológica - Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) a tuberculose, é uma doença sintomática respiratória, e seu principal sintoma é a tosse. Pode ser considerado como suspeito de portar tuberculose quem tem tosse prolongada com expectoração por três semanas ou mais.

Em recente levantamento realizado através dos registros das notificações, realizado pelo grupo técnico assessor da Funasa nos distritos prioritários, demonstrou-se que a incidência média de TB atingiu a cifra de 144,1 e 140,2/100.000 nos anos de 2006 e 2007 (BRASIL, 2011).

Essa afirmativa aponta para a complexidade do que significa a doença tuberculosa, não só do ponto de vista da sua contagiosidade, mas levando em conta as deficiências secundárias, isto é, as sequelas e complicações. Por isso, nossa visão de que se trata de um problema de saúde pública real e bastante abrangente pelo que temos que trabalhar mais enfaticamente.

Priorizar o controle e a prevenção dos fatores de risco que podem desencadear a tuberculose pulmonar está definido como prioridades estratégicas da Organização Mundial da Saúde - OMS, com vistas à redução dos principais fatores e seus determinantes sociais e econômicos, por meio de programas comunitários destinados à promoção e à prevenção integradas das doenças infecto-transmissíveis. Tudo isso é conjecturado nas diretrizes da OMS (2004).

Os profissionais para atenderem o que está preconizado na OMS (2004) no parágrafo acima podem utilizar as práticas de ações educativas.

De acordo com *Trigueiro et al.* (2009,p.1),

A educação em saúde contribui para a formação e desenvolvimento da consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde, estimulando-lhes a busca de soluções e a organização de ações coletivas para o enfrentamento de suas necessidades. Desse modo, torna-se imprescindível o compromisso e apoio político dos gestores locais, a fim de favorecer a educação para a promoção da saúde e da cidadania.

A educação em saúde é considerada uma face da promoção da saúde. É uma combinação de aquisição de informações e aptidões básicas com o senso de identidade, autonomia, solidariedade e responsabilidade dos indivíduos por sua própria saúde e pela da comunidade (TRIGUEIRO *et al.*, 2009).

Neste sentido as práticas de educação em saúde se configuram em recursos utilizados para transmitir os conhecimentos produzidos por ações intermediadas pelos profissionais de saúde que pretendem incentivar as mudanças da vida cotidiana das pessoas, na medida em que compreendem os condicionantes do processo saúde-doença, os quais oferecerão subsídios para a adoção de hábitos e condutas saudáveis que, como tais, contribuem para a melhoria da qualidade de vida (ALVES, 2005 citado por TRIGUEIRO *et al.*, 2009).

Alves; Aerts (2011, sp) aponta que o Ministério de Saúde recomenda que existe a

[...] necessidade de investimentos na educação em saúde como proposta que as equipes do PSF deveriam desenvolver, no intuito de orientar as ações de saúde com ênfase nas práticas de educação e promoção da saúde, trabalhar os conteúdos de forma contextualizada e, assim, instigar os profissionais da saúde e os usuários a se tornarem atuantes, participativos, autônomos e críticos.

Após a realização da ação educativa, segundo o Manual para a operacionalização das ações educativas no SUS - São Paulo (2002. sp).

[...] A discussão, a reflexão crítica, a partir de um dado conhecimento sobre saúde/doença, suas causas e consequências, permitem que se chegue a uma concepção mais elaborada acerca do que determina a existência de uma doença e como resolver os problemas para modificar aquela realidade.

Geralmente, o controle da tuberculose é realizado pela busca ativa de pessoas infectadas; diagnóstico precoce e adequado; tratamento dos doentes até a cura, e todas essas ações tem como o objetivo interromper a cadeia de transmissão e evitar possíveis novos casos da doença (BRASIL, 2007).

6 PLANO DE AÇÃO

O plano de ação é um instrumento que permite estabelecer uma articulação entre a questão situacional que é imediatista que traz inquietações em alguém e aquela voltada para o futuro, contempla uma gestão participativa para solução da questão. Para elaborar este plano foram seguidos os passos preconizados no PES. Foi considerada favorável a viabilidade de gerenciar o plano para obter os resultados desejados.

Os objetivos do plano são:

- ✓ Promover a realização de atividades educativas relacionadas à importância da prevenção e do tratamento da tuberculose;
- ✓ Conhecer o grau de informação apropriada pela população acerca da doença;
- ✓ Fortalecer a busca ativa dos sintomáticos respiratórios;
- ✓ Realizar oficinas de capacitação para fortalecer a intervenção dos profissionais da USF de Camuxinga dos Teodósios;

6.1 Identificação dos problemas.

Notadamente, no município existem muitos casos de pacientes com diagnóstico de tuberculose enquanto que na área de abrangência existe um baixo índice de pacientes, este fato leva-nos a pensar que a busca ativa está pouco eficiente e muitos pacientes sem diagnóstico.

Na população existem múltiplos fatores que facilitam o surgimento da doença, citados anteriormente. Este fato possibilita a contaminação de inúmeras pessoas, sequelas e até óbito por uma doença curável e prevenível. Diante disso existe a dificuldade de controle das complicações: aumento de internações, invalidez, óbitos, aumento da demanda e gastos para o sistema de saúde e previdenciário.

Apesar de iniciar a atuação recentemente na USF no povoado Camuxinga dos Teodósios, situado na zona rural deste município, já é possível perceber que existem pontos onde devem ser trabalhados em prol da melhoria da assistência à saúde da população, sejam relacionados à sua estrutura, quer sejam em relação a abordagem das problemáticas de saúde prevalentes em meio à população. Dentre outros problemas identificados por meio do diagnóstico situacional, a equipe destacou:

- Falta de capacitação da equipe para o acolhimento;
- Baixa prevalência de pessoas diagnosticadas de tuberculose pulmonar USF;
- Alta incidência de vectores;
- Uso indiscriminado de ansiolíticos.

6.2 Priorização dos Problemas

Para priorizar os problemas foram seguidos os critérios: a importância do problema na comunidade, o grau de urgência que a doença apresenta e a própria capacidade de enfrentamento do problema pela equipe (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 1- Priorização dos Problemas na área de abrangência da Unidade – de Saúde da Família no sítio Camuxinga - 2015

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Falta de capacitação da equipe para o acolhimento	Alta	6	parcial	4
Baixa prevalência de pessoas diagnosticadas com tuberculose pulmonar USF	Alta	7	Parcial	1
Alta incidência de vectores	Alta	7	parcial	2
Uso indiscriminado de ansiolíticos	Alta	6	parcial	3

Fonte: o próprio autor

O problema priorizado foi a baixa prevalência de pessoas diagnosticadas com tuberculose pulmonar no sítio Camuxinga. Consideramos todos os problemas de impacto para a comunidade, mas devido aos poucos recursos financeiros para enfrentamento optou-se pelo enfrentamento de 01 problema por vez em tempo diferente.

6.3 Seleção dos nós críticos

Após discussão com a equipe de saúde chegou-se a um consenso de que todos os nós críticos se convergem para um só nó: processos de trabalho da equipe. O problema prioritário foi identificado para uma solução necessária para abaixar a prevalência de pessoas diagnosticadas com tuberculose

pulmonar que se resume no processo de trabalho da equipe que resulta na solução dos nós críticos identificados:

- busca ativa ineficaz,
- falta de estruturação das atividades,
- falta de acompanhamento dos pacientes diagnosticados,
- baixa capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde,
- escassez de ações educativas promovidas pela equipe de saúde.

Quadro 2 - Desenho das operações para resolução dos “nós” críticos.

NÓ CRÍTICO	OPERAÇÃO	RESULTADOS ESPERADOS
Busca ativa ineficaz	Cadastro de TB Intensificar a realização da busca pela equipe e principalmente os ACS	Cobertura de 100% da população investigada sobre a probabilidade de estar ou não contaminado com o bacilo.
Falta de estruturação das atividades	Melhor cuidado -Estruturar as atividades. -Definir os protocolos de atendimento de pacientes com suspeita de tuberculose	Garantia do atendimento e assistência integral aos pacientes com tuberculose e ou suspeita
Baixa capacitação dos agentes comunitários de saúde	Saiba mais de Tuberculose Promover oficinas de capacitação dos profissionais para abordagem e intervenção no cuidado e prevenção da tuberculose.	Equipe capacitada, mais comprometida com o trabalho e conseqüentemente melhoria na qualidade do serviço ofertado à população com tuberculose ou suspeita de tuberculose. Conscientização da equipe acerca da importância da orientação e monitoramento da população.
Escassez de ações educativas	Linha de cuidado Elaborar um cronograma mensal para realização de palestras periódicas sobre a tuberculose em sala de espera. Promover educação em saúde.	Redução do índice de proliferação dos casos de tuberculose. População com um nível maior de informação e mais consciente sobre os sintomas da tuberculose.
Falta de acompanhamento dos pacientes diagnosticados	Monitoramento <i>Acompanhar o tratamento dos pacientes por meio de visitas domiciliares quinzenalmente.</i>	Aumento do índice de adesão ao tratamento. Diminuição do abandono do tratamento.

6.4 Identificação dos Recursos Críticos

Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos.

Quadro 3- Identificação dos recursos críticos.

Operações	Resultados	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Saiba mais de Tuberculose	População mais informada sobre a enfermidade Tuberculose	Realização de Palestras de Tuberculose em cada micro área	Enfermeiro/a da ESF	Início dois meses
		Reprodução de Material audiovisual de Tuberculose na sala de espera da UBS		Início dois meses
Melhor cuidado	Adequação da oferta de consulta á demanda.	Definir os protocolos de atendimento de pacientes com suspeita de Tuberculose	Médico da ESF	Início em três meses
		Administrar os frascos do vidro para avaliação do escarro do paciente	Enfermeiro/a (Diretora do Centro de Especialidades)	Dois meses
Linha de cuidado	Cobertura de consultas na UBS e coordenação da avaliação por especialistas do 100% de pacientes com suspeita de Tuberculose	Linha de cuidado para pacientes com suspeita de Tuberculose	Médico da ESF	Início em três meses
		Recursos humanos capacitados	Médico da ESF	Início em dois meses
		Gestão de linha de cuidado implantada	Enfermeiro/a (Diretora do Centro de Especialidades)	Início em três meses
Cadastramento	Garantia do atendimento e assistência integral aos pacientes com tuberculose e ou suspeita	Intensificar a realização da busca ativa pela equipe e principalmente os ACS	Enfermeiro/a da ESF ACS	
Monitoramento	Aumento do índice de adesão ao tratamento.	Organização das visitas com os usuários com TB	Médico, Enfermeira da ESF e ACS	Início em dois meses
	Diminuição do abandono do tratamento.			

Quadro 4 - Proposta de ações para a motivação dos atores.

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos	
		Ator que controla	Motivação
Cadastro de TB	Organizacional Organizar as visitas domiciliares entre os Agentes Comunitários de Saúde para fazer o cadastramento	Médico e enfermeira	Favorável
Saiba mais de Tuberculose	Político- Promover um processo de capacitação dos ACS com atualizações periódicas Financeiro- fornecer recursos para viabilizar a capacitação e atualizações periódicas. -Aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos. Organizacional- organizar os encontros de capacitação e atualizações. Cognitivo conhecimento sobre o tema.	Setor de Comunicação Social Secretário de Saúde Médico, Enfermeira e Psicólogo	Indiferente Favorável Favorável
Melhor cuidado	Político- decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço Financeiros- recursos necessários para o equipamento da rede e para custeio (medicamentos, exames e consultas especializadas)	Prefeito municipal Secretário Municipal de Saúde	Indiferente Favorável
Linha de cuidado	Organizacional -Organização dos encontros com a população. Financeiro- Aquisição de recursos audiovisuais -Profissionais da saúde para participar dos grupos periódicos. Informação sobre o tema. Político- Viabilizar os encontros também nas demais ESF do município, podendo até mesmo integrar os encontros.	Secretário Municipal de Saúde Secretário Municipal de Saúde	Favorável Favorável
Monitoramento	Organizacional – Organização das visitas com os usuários com TB	Médico, Enfermeira da ESF e ACS	Favorável

6.5 -Plano Operativo

Segundo Campos; Faria e Santos (2010), o objetivo do plano operativo é designar os responsáveis por cada operação bem como dimensionar os prazos para cumprimento das ações.

Quadro 5 - Plano Operativo

Operações	Resultados	Prazo	Responsável
Saiba mais de Tuberculose	Equipe capacitada, mais comprometida com o trabalho e conseqüentemente melhoria na qualidade do serviço ofertado à população com tuberculose ou suspeita de tuberculose. - Conscientização da equipe acerca da importância da orientação e monitoramento da população.	Início dois meses Início dois meses	Enfermeiro/a da ESF
Melhor cuidado	Garantia do atendimento e assistência integral aos pacientes com tuberculose e ou suspeita	Início em três meses Dois meses	Médico da ESF Enfermeiro/a (Diretora do Centro de Especialidades)
Linha de cuidado	-Redução do índice de proliferação dos casos de tuberculose. -População com um nível maior de informação e mais consciente sobre os sintomas da tuberculose.	Início em três meses Dois meses	Médico da ESF Enfermeiro/a (Diretora do Centro de Especialidades)
Cadastramento	Garantia do atendimento e assistência integral aos pacientes com tuberculose e ou suspeita	Início em dois meses	Agentes Comunitários de Saúde e Enfermeiro da ESF
Monitoramento	Aumento do índice de adesão ao tratamento. Diminuição do abandono do tratamento.	Início em dois meses	Enfermeiro/a da ESF Enfermeiro/a (Diretora do Centro de Especialidades)

O último passo preconizado pelo PES é o momento quando a equipe discute e define o processo de acompanhamento e avaliação do plano de ação e quais instrumentos serão utilizados para verificar se os objetivos foram alcançados devendo garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores. Inicialmente serão realizadas reuniões mensais e depois quinzenais para fazer o monitoramento e as adequações necessárias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do estudo apresentado e levando em consideração a elaboração do Plano de Ação destaca-se a importância da operacionalização das ações de saúde, sendo elas entendidas como o ponto de partida na busca pela melhoria das atividades realizadas pelos profissionais de saúde, as quais podem ser desenvolvidas tanto na UBS quanto na realização das visitas domiciliares, no tocante, à prevenção da proliferação e controle da Tuberculose, visto que todas as ações encontram-se preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Logo, muitas são as mudanças que têm marcado a política de saúde brasileira nos últimos anos, em especial também a formação médica. A superação do antigo paradigma biologicista, intervencionista e tecnocrata de medicina em curso visa à construção de melhores condições de vida e saúde para a maioria da população, em que estejam garantidos os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade (promoção, prevenção e recuperação de saúde entendidas na forma interdisciplinar).

Portanto, consideramos de fundamental importância a garantia, continuada, da implementação de ações/atividades que visam incorporar no dia a dia o envolvimento e a integração da equipe de saúde no que diz respeito à prevenção, tratamento e recuperação, e, que facilitam o diagnóstico precoce com a finalidade da manutenção da saúde da população e do controle da tuberculose, evitando assim, a difusão/proliferação da doença.

REFERÊNCIAS

ALVES VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v.9, n.16, p.39- 52, 2005

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO DO BRASIL 2013. **Perfil do Município Santana do Ipanema**, AL. Acesso: 14-08-2014.

BASNET R, *et al.* Delay in the diagnosis of tuberculosis in Nepal. **BMC Public Health**. V.9, n. 236, p.1-5, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica. – 6. ed. rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. 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.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT)**: Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_te.2007>. Acesso: Ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Tuberculose. In- BRASIL. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Fundação Nacional de Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 100 p.

CAMPOS. F C C de; FARIA, H P de; SANTOS, M.A dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

FERREIRA, S. M. B; SILVA, A. C, DA , BOTELHO,C. Abandono do tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá – Brasil. **J. Brs. pneumol**, v.31, n.5, p. 427-435. 2005.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Educação a Distância Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino/ serviço**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Educação a Distância.. – Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2008

GUIMARÃES. G, A. AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.16, n.1. 2011

HIJJAR MA, et al. Epidemiologia da tuberculose: importância no mundo, no Brasil e no Rio de Janeiro. **Pulmão RJ**.V.14,n.4:. 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=43017&janela=1/>. Acesso em 21/03/2015.

KRONING, C de S. **Fatores associados à demora do doente de Tuberculose Pulmonar na procura por cuidados de saúde no município de Pelotas**. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas. 2012. Disponível em: <<http://www.pgenfermagem.ufpel.edu.br/site/uploads/dissertacoes/7f39f8317fdb1988ef4c628eba02591.pdf>> Acesso: 22/03/2015.

OLIVEIRA, A P *et al*. Caracterização epidemiológica dos pacientes que abandonaram o tratamento de tuberculose em maceió- AL. **Rev. Bras. Pneumol. Sanit**, v. 16, n. 2, p.123-128, ago.-dez. 2008.

PEREIRA, AD *et al*. Atentando para as singularidades humanas na atenção à saúde por meio do diálogo e acolhimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.31, n.1, p. 55-61, 2010.

SÁ, L. D. de. *et al* .Tratamento da tuberculose em unidade de saúde da família: historia de abandona. **Texto Contexto Enferm** Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 712-718 , out.-dez. 2007.

SUCCI, R.C.M. Tuberculose (BCG). In: FARHAT.C.K et al. **Imunização fundamentos e práticas**. 5. ed. São Paulo: Atheneu, cap. 21, p. 231-241. 2008.

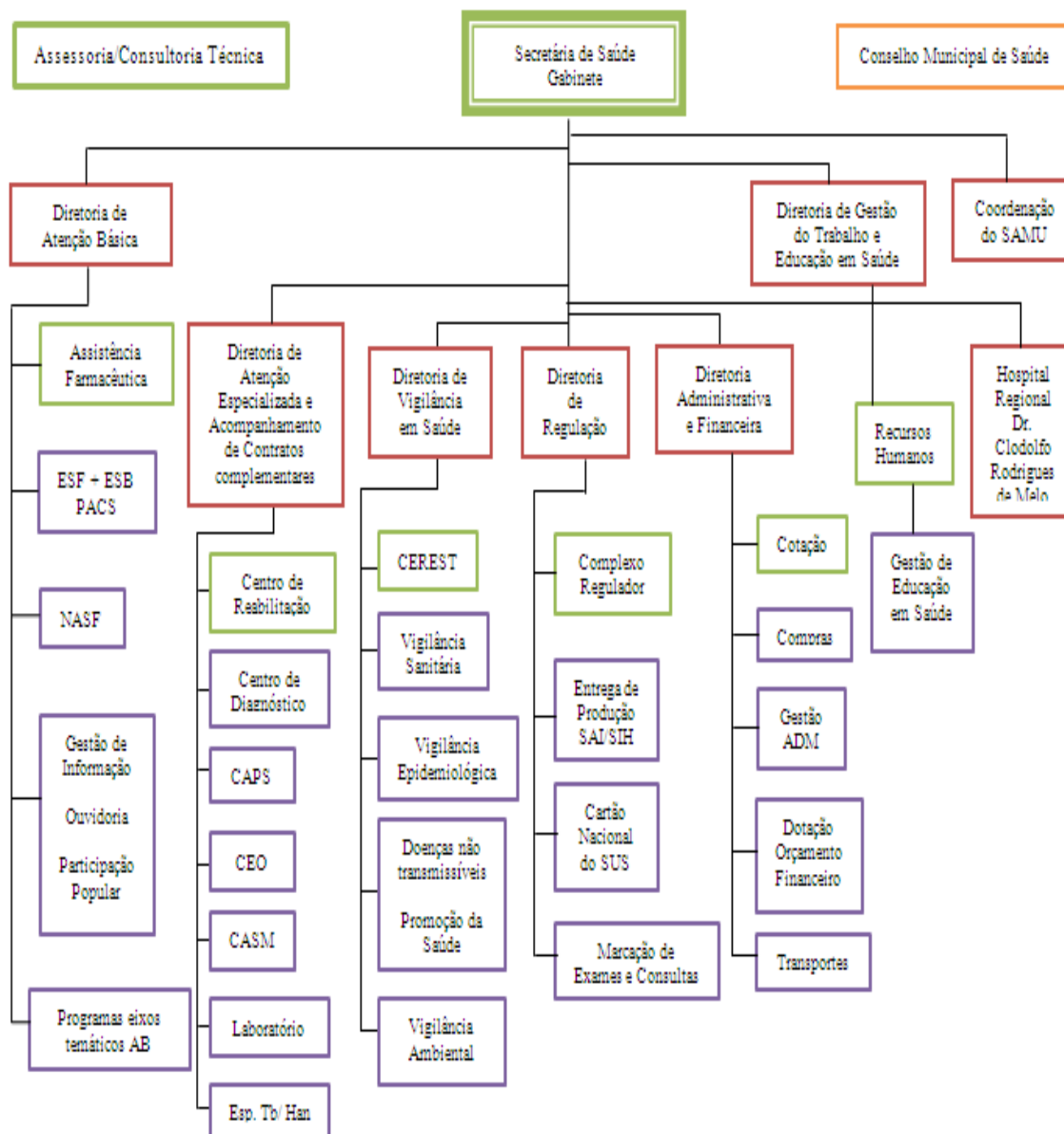
TRIGUEIRO, J V S et al., Percepção de enfermeiros sobre educação em saúde no controle da tuberculose- **Ciência cuidado e Saúde**, v.8,n.4.2009.

VILLA TCS et al.; As Políticas de Controle da Tuberculose no Sistema de Saúde no Brasil e a implantação da Estratégia DOTS (1980-2005). In: Ruffino-Netto A, Villa TCS. **Tuberculose – implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil. Histórico e peculiaridades regionais**. Ribeirão Preto: Instituto Milênio Rede TB; 2006.

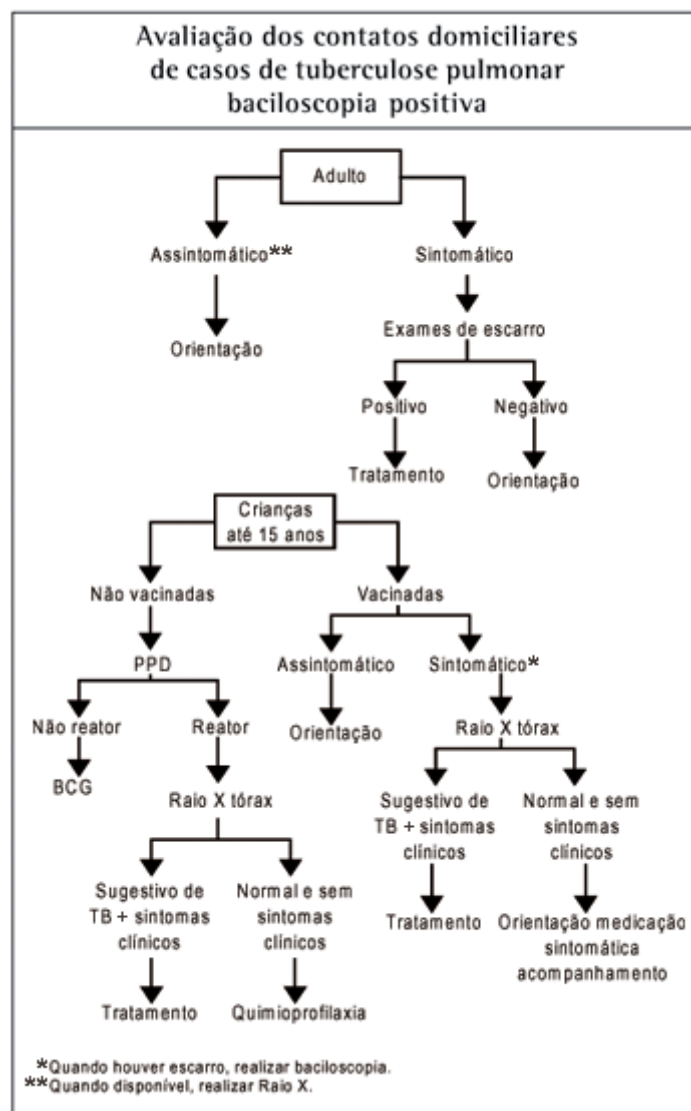
WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global tuberculosis control epidemiology, strategy, financing: WHO report 2009, **WHO/HTM/TB/2009**. Genebra, 2009.

ANEXO A – ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUN. DE SAÚDE

Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Santana do Ipanema – AL.



ANEXO B – FLUXOGRAMA PARA CASOS CONFIRMADOS DE TUBERCULOSE



Fonte: www.google.com.br

ANEXO C: INFORMATIVOS

**COMBATE À
TUBERCULOSE**

O que é ?
A tuberculose é uma doença transmitida de uma pessoa para a outra pelo ar, quando o doente fala, tosse ou espirra em ambientes fechados. Atinge principalmente os pulmões, mas outros órgãos também podem ser afetados. Antigamente era uma doença mortal, mas hoje a tuberculose **TEM CURA**, desde que o doente faça o tratamento correto.


Faça o exame de escarro no Posto de Saúde mais próximo de sua casa

O tratamento é gratuito.

Prefeitura de Caraguatatuba
Desenvolvimento para todos

Informações: 3597-2100
www.caraguatatuba.sp.gov.br

SAÚDE



Fonte: <http://redeccap.org.br/blogcasaviva/?p=1325>

O QUE É TUBERCULOSE?

DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA CAUSADA PELO BACILO DE KOCH, CUJO NOME CIENTÍFICO É MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS.

COMO OCORRE?
OCORRE POR MEIO DAS SECREÇÕES RESPIRATÓRIAS. DOENTES NÃO TRATADOS COSTUMAM ELIMINAR GRANDE QUANTIDADE DE BACTÉRIA NO AMBIENTE TOSSINDO, FALANDO OU ESPIRRANDO. ESTAS BACTÉRIAS PODEM SER INSPIRADAS POR PESSOAS SAUDÁVEIS, LEVANDO AO ADOECIMENTO.

QUAIS ÓRGÃOS ELA PODE AFETAR?
A TUBERCULOSE MAIS COMUM É A PULMONAR, CONTUDO PODE OCORRER EM OUTROS ÓRGÃOS COMO CÉREBRO, OSSOS, RINS, GÂNGLIOS ...

SINAIS E SINTOMAS DA TUBERCULOSE

- TOSSSE
- DORES DE CABEÇA
- FALTA DE APETITE
- EMAGRECIMENTO
- SUDORESE NOTURNA

CASO A PESSOA APRESENTE ESTES SINAIS E SINTOMAS DEVE PROCURAR UM SERVIÇO DE SAÚDE PARA MELHOR AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO

TRATAMENTO
A TUBERCULOSE TEM CURA EM 100% DOS CASOS; DEVE-SE TOMAR OS MEDICAMENTOS CORRETAMENTE DURANTE TODO O TRATAMENTO; TEMPO MÍNIMO DE TRATAMENTO: 6 MESES.

PALESTRA MINISTRADA PELO ENFERMEIRO JULIO CÉSAR PEGADO BORDIGNON DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA / FIOCRUZ E SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE NO ESPAÇO CASA VIVA EM VILA TURISMO

PREVENÇÃO




- VACINA BCG;
- AMBIENTES BEM VENTILADOS;
- QUANDO DOENTE: IDENTIFICAÇÃO PRECOZE DE CASOS;
- USO REGULAR DE MÁSCARA, ATÉ SEGUNDA ORDEM;
- FAZER O TRATAMENTO CORRETAMENTE.

ESPAÇO CASA VIVA

REDE CCAP

MEIO FRIENDS

RODOLFO CESVI

Fonte: <http://guineveremedicina.blogspot.com.br/2012/03/mocambique-entre-os-22-paises-do-mundo.html>

