

**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA -
RENASF
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Elma Galdino Brandão

***GUIDELINE PARA IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS PELA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA***

**JOÃO PESSOA
2016**

Elma Galdino Brandão

**GUIDELINE PARA IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS PELA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal da Paraíba.

Orientadora:

Profa. Dra. Jordana de Almeida Nogueira

Área de Concentração:

Saúde da Família

Linha de Pesquisa:

Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde

JOÃO PESSOA
2016

B817g Brandão, Elma Galdino.
 Guideline para identificação de sintomáticos respiratórios
 pela equipe de saúde da família / Elma Galdino Brandão.- João
 Pessoa, 2016.
 68f. : il.
 Orientadora: Jordana de Almeida Nogueira
 Trabalho de Conclusão (Mestrado) - UFPB/Rede Nordeste
 de Formação em Saúde da Família
 1. Saúde pública. 2. Tuberculose - controle. 3. Atenção
 Primária à Saúde. 4. Estratégia Saúde da Família.

UFPB/BC

CDU: 614(043)

Elma Galdino Brandão

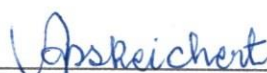
**GUIDELINE PARA IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS PELA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal da Paraíba.

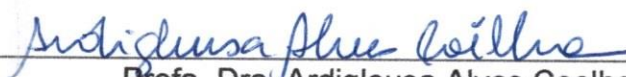
Banca Examinadora:



Profa. Dra. Jordana de Almeida Nogueira
Presidente/Orientadora da Banca
Universidade Federal da Paraíba



Profa. Dra. Altamira Pereira da Silva Reichert
Membro Interno
Universidade Federal da Paraíba



Profa. Dra. Ardigleusa Alves Coelho
Membro Externo
Universidade Estadual da Paraíba

Aprovado em: 27 de Setembro de 2016

João Pessoa
2016

Dedico com muito amor à minha família, em especial à minha filha Letícia e minha mãe Maria da Conceição, pelo apoio e compreensão.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por ter estado sempre ao meu lado, dando-me sabedoria e tranquilidade em todos os momentos dessa trajetória.

À minha família pelo apoio e estímulo demonstrados.

À minha professora e orientadora Dra. Jordana de Almeida Nogueira pela paciência, atenção, compreensão, motivação e relevante contribuição.

As professoras Dra. Altamira Pereira da Silva Reichert, Dra. Ardigleusa Alves Coelho, Dra. Lenilde Duarte de Sá e Dra. Maria Eliane Moreira Freire, membros da banca examinadora, pelas excelentes contribuições, tornando minha pesquisa ainda mais enriquecedora.

À coordenação do Mestrado Profissional em Saúde da Família, representada pelos professores Dr. Franklin Delano Soares Forte e Dra. Altamira Pereira da Silva Reichert que com clareza e competência desempenharam seus papéis demonstrando os diferenciais de qualidade do curso.

A todos os professores que atuaram como facilitadores no processo ensino-aprendizagem.

Aos meus colegas do curso por contribuírem com meu aprendizado através das trocas de experiências.

Ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética por ter divulgado o processo seletivo e me proporcionado a oportunidade de estar realizando mais um sonho.

A Bruno Gonçalves Arangio pelo apoio incondicional em vários momentos.

A colega de profissão e grande amiga Bárbara Fernanda Mendes Cantalice pela contribuição na coleta de dados.

Aos agentes comunitários e enfermeira que participaram da pesquisa.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, por ceder suas dependências para realização dos módulos presenciais.

Enfim, a todos que contribuíram direta ou indiretamente para a concretização desse estudo.

“Existem momentos na vida em que a questão de saber se se pode pensar diferente do que se pensa, e perceber diferente do que se ver é indispensável para continuar a olhar ou a refletir” (MICHEL FOUCAULT).

RESUMO

A Tuberculose (TB) continua sendo um importante problema de saúde em todo o mundo, exigindo o desenvolvimento de estratégias para o seu controle, considerando aspectos humanitários, econômicos e de saúde pública. O Brasil é o único país da América Latina incluído entre as vinte e duas nações responsáveis por 80% do total de casos de TB no mundo, ocupando a 16ª posição em relação ao número de casos novos e a 22ª posição em relação ao coeficiente de incidência (CI), prevalência e mortalidade. Este estudo teve como objetivo a construção por profissionais da equipe de saúde da família de um *guideline* de cuidados voltado para identificação de sintomáticos respiratórios (SR), optando-se como referencial metodológico pela Pesquisa Convergente Assistencial. A pesquisa foi realizada com agentes comunitários de saúde e enfermeiros de uma Unidade de Saúde de Campina Grande do Distrito Sanitário VI. A coleta dos dados ocorreu em duas etapas: entrevista individual e oficina de trabalho em grupo, e para análise destes foram empregados os princípios da análise de conteúdo, modalidade temática. Emergiram das entrevistas semiestruturadas as categorias empíricas “Potencialidades” e “Fragilidades” da operacionalização da busca ativa de sintomáticos respiratórios segundo atributos da APS que alicerçadas pelas discussões na oficina de grupo originaram dois eixos de ações que sustentaram a elaboração do *guideline*: “Qualificação e expansão do acesso ao diagnóstico e à informação” e “Descentralização diagnóstica e organização de fluxos”. Como produto final todos os envolvidos construíram coletivamente um fluxograma de atendimento ao sintomático respiratório. Acredita-se que estes resultados, embora refletindo uma realidade local, possam conceber reflexões sobre o papel da equipe no controle da TB e produzir efeitos na melhoria das ações direcionadas à busca e identificação dos SR, contribuindo para a detecção precoce da doença e redução de complicações e óbitos associados à mesma, tendo em vista que apresenta uma tecnologia nova para o cuidado.

Descritores: Tuberculose; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Tuberculosis (TB) remains a major health problem throughout the world, requiring the development of strategies for their control, considering humanitarian, economic and public health. Brazil is the only Latin American country included among the twenty-two nations account for 80% of all TB cases in the world, occupying the 16th position in the number of new cases and the 22th position in relation to the incidence rate (CI), prevalence and mortality. This study aimed to the construction by professional health team of the family of a guideline of care focused on identifying respiratory symptoms (SR), are opting as a methodological framework for the care Convergent Research. The survey was conducted with community health workers and nurses of Campina Grande Health Unit Health District VI. Data collection occurred in two stages: individual interviews and workshop, and analysis of these was used the case study. Through semi-structured interviews were established two categories "Strengths" and "Weaknesses" the operationalization of active search for respiratory second symptomatic attributes of APS that underpinned the discussions in the group workshop originated two axes of actions that supported the preparation of the guideline: "Qualification and expanding access to diagnosis and information "and" diagnostic Decentralization and organization flows ". As a final product all involved collectively built a service flowchart to respiratory symptoms. It is believed that these results, although reflecting a local reality can conceive thoughts on the team's role in TB control and effect on improving actions directed to the search and identification of SR, contributing to the early detection of disease and reduction complications and death associated with it, in view of presenting a new technology for care.

Descriptors: Tuberculosis; Primary Health Care; Family Health Strategy.

Lista de Ilustrações

Figura 1 – Percurso iniciado pelo paciente e vias de rastreio.....	18
Figura 2 – Esquema do impacto do problema da TB.....	27
Figura 3 – Divisão territorial segundo Distrito Sanitário - Campina Grande/PB.	32
Figura 4 – Fluxograma - <i>Guideline</i> de Identificação de Sintomáticos Respiratórios.....	49

Lista de Quadros

Quadro 1 – Potencialidades da busca ativa de sintomáticos respiratórios segundo enfoque familiar e orientação comunitária. Campina Grande, PB, 2016.....	40
Quadro 2 – Potencialidades da busca ativa de sintomáticos respiratórios segundo atributos da atenção ao primeiro contato. Campina Grande, PB, 2016.....	41
Quadro 3 – Fragilidades da busca ativa de sintomáticos respiratórios segundo atributo da coordenação do cuidado. Campina Grande, PB, 2016.....	42
Quadro 4 – Eixo 1: Qualificação e Expansão do Acesso ao Diagnóstico e à Informação.....	46
Quadro 5 – Eixo 2: Descentralização Diagnóstica e Organização de fluxos.....	47

Lista de abreviaturas e siglas

AB - Atenção Básica

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

BAAR - Bacilo Álcool-Ácido Resistente

CI - Coeficiente de incidência

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DOTS - *Directly Observed Treatment Short Course*

DS - Distrito Sanitário

ESF - Equipes de Saúde da Família

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PCA - Pesquisa Convergente Assistencial

PNCT - Programa Nacional de Controle da Tuberculose

PSF - Programa de Saúde da Família

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SR - Sintomáticos Respiratórios

SUS - Sistema Único de Saúde

TB - Tuberculose

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFPB - Universidade Federal da Paraíba

USF - Unidade de Saúde da Família

WHO - *World Health Organization*

SUMÁRIO

Apresentação	12
1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Contextualização do objeto de estudo	15
1.2 Utilização e Contribuição dos <i>Guidelines</i>	20
1.3 Objetivos	22
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	23
2.1 A identificação de sintomáticos respiratórios nas unidades de atenção primária à saúde	24
3 PERCURSO METODOLÓGICO	30
3.1 Tipo de Estudo	31
3.2 Etapas da Pesquisa Convergente Assistencial	31
3.2.1 Fase de Concepção	31
3.2.2 Fase de Instrumentação	32
3.2.2.1 Cenário do Estudo	32
3.2.2.2 Participantes	33
3.2.2.3 Técnicas de Coleta dos Dados	33
3.2.2.4 Aspectos Éticos da Pesquisa	34
3.2.3 Fase de Perscrutação	35
3.2.4 Fases de Análise e Interpretação	36
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
4.1 Categoria I - Potencialidades da operacionalização da busca ativa de sintomáticos respiratórios segundo atributos da APS	39
4.2 Categoria II - Fragilidades da operacionalização da busca ativa de sintomáticos respiratórios segundo atributos da APS	42
4.3 Ações necessárias para compor um <i>guideline</i> que viabilize a identificação de sintomáticos respiratórios	46
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS	
APÊNDICES	
Apêndice 1: Entrevista Semiestruturada	
Apêndice 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
Apêndice 3: Roteiro com planejamento das atividades da oficina	
ANEXO	
Anexo 1: Aprovação do Comitê de Ética	

APRESENTAÇÃO

O presente estudo foi realizado no município de Campina Grande no estado da Paraíba despertado pelo interesse em modificar a prática da busca ativa dos sintomáticos respiratórios pelas equipes de Saúde da Família, com o objetivo de melhorar a prevenção e controle do Programa de Tuberculose local.

O meu interesse pela área de Saúde Pública iniciou-se desde a graduação em Enfermagem, entretanto, a temática da tuberculose teve maior enfoque em minha vida laboral quando fui convidada a coordenar o Programa de Saúde da Família/Atenção Básica em um município Sergipano, assumindo as subcoordenações dos Programas de Tuberculose, Hanseníase, Hipertensão Arterial e Diabetes, permanecendo na função no período de 2000 a 2005.

Atuo nesta área há 18 anos, iniciando pelo Programa de Agentes comunitários de Saúde e, posteriormente, inserindo-me na Estratégia de Saúde da Família. Sou especialista em Saúde Pública, Saúde da Família, Educação na área de saúde: Enfermagem, Enfermagem do Trabalho e Gestão em Saúde.

Durante minha trajetória profissional tive a oportunidade de realizar algumas capacitações na área de tuberculose, fazendo-me cada vez mais refletir como poderia contribuir para a detecção precoce dos casos da doença.

Minha relação com a temática da tuberculose no Mestrado Profissional em Saúde da Família ocorreu a partir da definição de nossos orientadores do projeto, pois a professora designada para me dar suporte desenvolve atividades na área de AIDS e tuberculose, sendo esta última escolhida por estar mais relacionada com minha prática profissional.

A definição do objeto de estudo foi estabelecida a partir de minha indagação quanto a não efetividade das ações propostas pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT).

Considerando que as normas e diretrizes propostas no PCNT têm direcionamento amplo, não atentando às realidades locais, este estudo propõe a discussão e reflexão das ações que envolvem a identificação dos sintomáticos respiratórios, fundamentado na compreensão do contexto local onde são desenvolvidas essas ações, reconhecendo suas diversidades e especificidades.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualizando o objeto de estudo

A Tuberculose (TB) continua sendo um importante problema de saúde em todo o mundo, exigindo o desenvolvimento de estratégias para o seu controle, considerando aspectos humanitários, econômicos e de saúde pública (BRASIL, 2011). Segundo informações da Organização Mundial de Saúde (OMS), a taxa de incidência da TB vem diminuindo desde 2002 em 1,3% ao ano. No entanto, estima-se que entre 2002 e 2020, mais de 150 milhões de pessoas ficarão doentes e 36 milhões morrerão de TB se não houver controle efetivo. Em 2015 a OMS estimou a ocorrência de 9,6 milhões de casos novos da doença, sendo que 12% (1,2 milhões) eram soropositivos para o HIV. No mesmo período ocorreram 1,5 milhão de óbitos por tuberculose sendo que 400 mil foram em pessoas coinfectadas (TB/HIV) (WHO, 2015).

O Brasil, único país da América Latina incluído entre as vinte e duas nações responsáveis por 80% do total de casos de TB no mundo, ocupa a 16ª posição em relação ao número de casos novos e a 22ª posição em relação ao coeficiente de incidência (CI), prevalência e mortalidade (WHO, 2015). Em 2014, foram diagnosticados 67.966 casos novos da doença, apresentando taxa de incidência de 33,5 casos por 100.000 habitantes e um total de 4.500 óbitos. Embora nos últimos anos se observe redução no CI, consequência do trabalho desenvolvido pelo Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) em parceria com os estados, municípios e a sociedade civil, esses coeficientes não são homogêneos no território brasileiro, o que demanda o desenvolvimento de ações específicas, considerando-se as particularidades de cada local. Em 2014, considerando as regiões brasileiras, verificou-se que o Norte, o Sudeste e o Nordeste apresentaram os mais altos coeficientes de incidência: 44,4, 36,2 e 31,6/100.000 hab., respectivamente (BRASIL, 2015).

Dentre os estados que compõem a região Nordeste, a Paraíba ocupou a oitava posição em taxa de incidência no ano de 2014, apresentando um CI de 22,1 casos por 100.000 habitantes, inferior as taxas médias apresentadas pela região Nordeste (31,6) e pelo Brasil (33,5). No entanto, convém destacar, que o estado registrou pouco alcance em indicadores operacionais os quais refletem baixa qualidade dos serviços prestados. Entre os indicadores ligados ao diagnóstico da doença, a proporção de realização de cultura de escarro entre os casos de

retratamento foi de 9,3%. O percentual de cura entre os casos novos de TB pulmonar bacilífera foi de 64,3% e o abandono alcançou 13,4% (BRASIL, 2015).

Há mais de duas décadas diretrizes globais vêm sendo pactuadas para provocar mudanças no panorama mundial da TB. Em 1993 foi recomendado a adoção e expansão da estratégia *DOTS* (*Directly Observed Treatment Short Course*), cujos objetivos essenciais voltavam-se para o cumprimento de cinco elementos: comprometimento político, retaguarda laboratorial, suprimento de drogas, uso eficiente do sistema de monitoramento e regime de tratamento sob a supervisão (DAVIES, 2003).

Em 2001 foi criada a Parceria STOP TB, uma estratégia da OMS com objetivos de possibilitar o acesso universal ao diagnóstico de alta qualidade e ao tratamento centrado no paciente; reduzir o sofrimento humano e o ônus socioeconômico ligados à TB; proteger as populações pobres e vulneráveis contra a TB, TB/HIV e tuberculose com farmacorresistência múltipla e apoiar o desenvolvimento de novas ferramentas e ativar seu uso oportuno e eficaz, que aliada a determinação de cumprir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, propuseram Planos Globais de extinção da doença.

O primeiro plano abrangeu o período de 2001- 2005, propondo uma agenda coerente para reunir novos parceiros, impulsionamento à pesquisa e desenvolvimento, priorizando países com maior incidência da doença. Centrou-se na expansão da estratégia DOTS e na emergência de ações para conter a resistência medicamentosa e infecção pelo HIV. Em 2006, na cidade de Davos-Suíça, no Fórum Econômico Mundial foi lançado o plano 2006-2015, com um incremento de investimento no valor de US \$ 56 bilhões para o controle da TB. Teve como focos principais, redução em 50% da prevalência, intensificação das intervenções existentes para o diagnóstico e tratamento de TB e introdução de novas tecnologias e testes de diagnóstico (WHO, 2015).

Nova estratégia global, Pós-2015 (*The End TB Strategy*), foi aprovada com metas ambiciosas. Pretende reduzir mortes por tuberculose em 95% e reduzir novos casos em 90% entre 2015 e 2035. Para tal, recomenda que todos os países devem ter como objetivo alcançar 90% de cobertura de tratamento para os casos novos, 90% de sucesso terapêutico (cura), utilização de testes rápidos para o diagnóstico em 90% dos casos. A identificação precoce dos casos é reafirmada como um dos pilares da estratégia, e prevê adicionar intervenções que assegurem à

todas as pessoas com tuberculose, acesso equitativo e de alta qualidade ao diagnóstico, sem enfrentar despesas catastróficas ou repercussões sociais (WHO, 2015).

O Brasil, em consonância com as proposituras e metas internacionais, vem ao longo destes anos, implementando e consolidando ações integradas ao Sistema Único de Saúde (SUS). Aliado às recomendações previstas para implantação da estratégia DOTS e à diretriz de descentralização, o Ministério da Saúde através dos Planos Nacionais de Controle da Tuberculose (1998-2004) redefiniu competências para cada nível de governo, atribuindo aos municípios o planejamento, execução e avaliação das ações de controle da TB. Enfatizou a importância do estabelecimento de uma rede descentralizada de diagnóstico e tratamento, integrada à Atenção Primária à Saúde (APS), visando horizontalizar as atividades de vigilância, prevenção e controle da doença, pela incorporação das mesmas às atribuições das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Para tal, estabeleceu linhas de ação prioritárias que incluiu, mobilização política permanente dos gestores estaduais e municipais, dimensionamento de recursos financeiros, ampliação da rede laboratorial, treinamento de recursos humanos para identificação dos casos suspeitos, realização do diagnóstico, tratamento e supervisão terapêutica (SANTOS, 2007).

Um dos pontos chaves que vem sendo continuamente reiterado nas diretrizes políticas e operacionais de controle da TB, diz respeito ao tempo oportuno do diagnóstico. O progresso no controle da tuberculose e redução de suas consequências, pode ser acelerado através do diagnóstico precoce da doença (WHO, 2015). Não obstante aos esforços nacionais e internacionais para ampliar em 70% a detecção de casos, estudos têm mostrado que as elevadas taxas de incidência e prevalência da TB são resultantes não só das condições que possibilitam vulnerabilidade ao adoecimento, mas também da demora em realizar o diagnóstico da doença (RAJESWARI et al, 2002; MACIEL et al 2010, WY SOCKI et al, 2013).

Ainda que diversos fatores sejam elencados como determinantes do atraso ao diagnóstico, tais como, barreiras de acesso geográfico, cultural, econômica (MARCOLINO et al, 2009, ARCÊNCIO et al 2011) fragilidades na organização da rede de serviços de saúde (PAIVA et al 2014), apresentação tardia do usuário ao serviço (TRIGUEIRO et al, 2014, DEMISSIE et al, 2002, WANG et al,

2007), insuficiente qualificação da equipe de saúde (BERALDO et al, 2012, BARRETO et al, 2012), a atenção deve ser redobrada às ações que envolvem a identificação de sintomáticos respiratórios. A busca ativa é o ponto de partida para a detecção de casos entre os sintomáticos respiratórios.

Com base em uma revisão minuciosa das evidências disponíveis, a Organização Mundial de Saúde analisou 61 estudos em que comparou modalidades “passiva” e “ativa” de identificação do sintomático respiratório. A busca ativa mostrou um incremento na detecção de casos quando comparado à detecção passiva (diagnóstico de TB entre as pessoas com sintomas que procuram espontaneamente), especialmente quando associada à grupos de riscos. Ainda verificou que a busca ativa identifica casos mais cedo e com a doença menos grave do que a detecção de casos passiva (WHO, 2015).

Em repostas aos achados da pesquisa, a OMS, resumizou abordagens, diretrizes e ferramentas para detecção precoce de TB e propôs um algoritmo (Figura 1) que prevê os caminhos percorridos pelo usuário, seja pela modalidade passiva ou ativa (WHO, 2015).



Figura 1 – Percurso iniciado pelo paciente e vias de rastreio- (adaptado-WHO, 2015)

As evidências disponíveis sugerem que a busca ativa, se realizada de maneira correta e com orientação às pessoas certas, pode reduzir o sofrimento e a morte. No entanto, a avaliação da OMS destaca várias razões para se manter a cautela. Existe uma necessidade de equilibrar os benefícios potenciais contra os custos elevados, a baixa viabilidade ou aceitabilidade da busca ativa. Em alguns países os sistemas de saúde não cobrem os custos com exames e tratamento. Portanto sinaliza que, a depender da epidemiologia, do contexto do sistema de saúde e recursos disponíveis, sejam priorizados grupos de risco (WHO, 2015).

Vale destacar, que a conformação do modelo de saúde brasileiro, orientado pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo a Atenção Básica como principal porta de entrada à rede de cuidados, favorece a execução e expansão da busca ativa de sintomáticos respiratórios. Reconhece-se, a importância da atuação das Equipes de Saúde da Família (ESF), como espaço legítimo para implementação desta ação, que deve ser efetivamente assegurada nos atendimentos médicos, consulta de enfermagem, visitas domiciliares, ações educativas, rastreamento em albergados, população de rua, sistema prisional e portadores do HIV/Aids (SANTOS, 2007).

Nesta perspectiva, espera-se uma conformação das práticas de atenção à TB mais delineada pelas singularidades e necessidades de saúde que emergem do território. Manuais e os protocolos produzidos e preconizados pelo Ministério da Saúde apresentam linhas-guia que orientam as práticas dos serviços de saúde. Contudo sua aplicabilidade deve considerar as especificidades locais e se ajustar aos saberes, tecnologias disponíveis e sua capacidade de produzir saúde.

Todavia, pensar na busca e identificação precoce de sintomáticos respiratórios como uma ação concreta, requer consenso e equilíbrio entre o que é embasado pelas evidências científicas e o que é necessário e possível em cada unidade de saúde. A qualidade a ser impressa em cada ação, vai depender do conhecimento, do compromisso, da implicação e do valor atribuído ao serviço pelo trabalhador. A adoção de procedimentos e a incorporação de tecnologias – quando não sustentadas por critérios adequados às suas reais demandas – instituem um processo de trabalho fragmentado e sem planejamento, não garantem impactos positivos na saúde das pessoas (WERNECK et al, 2009).

Em conformidade ao exposto e considerando as distintas configurações dos serviços de saúde, este estudo propõe a construção coletiva de um “*Guideline*”,

como um instrumento-guia, para identificação de sintomáticos respiratório de modo mais qualificado e seguro. Logo, delimitou-se como pergunta de pesquisa: Quais as ações necessárias para compor um *guideline* de cuidados direcionado à identificação dos sintomáticos respiratórios?

1.2 Utilização e Contribuição dos *Guidelines*

Os avanços alcançados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no processo de descentralização das ações em saúde e consequente estruturação da gestão municipal, são respaldados entre outros, pela capacidade de os serviços ofertarem um cuidado integral, orientado pelo aporte da ciência e tecnologia, que muitas vezes acontecem com o emprego de protocolos ou *guidelines* (WERNECK et al, 2009).

Guideline é uma palavra da língua inglesa que significa diretriz ou norma de procedimento (Michaelis, dicionário on line). São recomendações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar no manejo de um problema de saúde, numa circunstância clínica específica, preferencialmente baseados na melhor informação científica. Algumas vezes, os *guidelines* são demandados pelos gestores e profissionais dos serviços de saúde, a partir de problemas concretos de seu dia-a-dia. Noutras situações, podem resultar de diretrizes que signifiquem a orientação política do SUS em cada local e a cada momento.

No entanto, as demandas por atenção são múltiplas, requerendo ajustes entre a padronização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos com as variações presentes em cada caso. Nestas situações a função preponderante do gestor é estimular os profissionais para que se sintam motivados para colaborar na elaboração, acompanhamento e avaliação dos *guidelines* quanto para realizar os procedimentos clínicos com capacidade de singularizar determinadas situações. (CAMPOS, AMARAL; 2007)

Segundo Adratt, Lima e Barra (2004), o desenvolvimento e a implementação de *guidelines* tem por finalidades: pesquisar, transferir conhecimento atualizado; controle de qualidade; intercambio entre instituições; aumento de produtividade; adoção de padrões institucionais e nacionais; controlar custos e reduzir o uso desnecessário de recursos. Sendo eclético em aplicações, a contribuição imediata é a educacional. Deste modo os profissionais de saúde têm a oportunidade de ter contato com uma informação mais atual e relevante sobre um

determinado assunto, utilizando estas diretrizes para a melhoria da prática clínica, adaptando-as à sua experiência.

Quanto à sua natureza, os *guidelines* podem ser clínicos e/ou de organização dos serviços. Os *guidelines* clínicos são instrumentos direcionadores da atenção à saúde dos usuários, apresentando características voltadas para a clínica, as ações preventivas, promocionais e educativas. Os *guidelines* de organização dos serviços abrangem a organização do trabalho em uma unidade e no território, os fluxos administrativos, os processos de avaliação e a constituição do sistema de informação, estabelecendo as interfaces entre as diversas unidades, entre os níveis de atenção (marcação de consultas, referência e contrarreferência) e com outras instituições sociais (WERNECK et al, 2009).

Constituem-se, portanto, como ferramenta de muita utilidade na gestão do conhecimento e na organização das ações de saúde, seja nas UBS e na USF. Requerem esforço conjunto de gestores e profissionais para que seu emprego seja, adequado às necessidades do serviço, permita o estabelecimento de objetivos e metas e modifique o processo de trabalho das equipes de saúde em cada unidade (WERNECK et al, 2009).

Os *guidelines* médicos estão crescendo rapidamente em importância e utilização dentro da área de saúde. Vários estudos têm comprovado os imensos resultados e impactos favoráveis advindos da aplicabilidade destes. Os *guidelines*, baseados na padronização da melhor prática, tem se mostrado um recurso importante dentro deste contexto (ADRATT et al, 2004). Os resultados indicam que a aderência às condutas consensuais mostrou-se significativamente maior no grupo que utilizou o protocolo em relação ao grupo-controle (FARIAS et al, 2012).

O manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica (BRASIL, 2002) prevê um conjunto de ações que devem ser realizadas pelas equipes de saúde da família, incluindo atribuições segundo as categorias profissionais.

No que tange a busca e identificação de sintomáticos respiratórios compete às equipes a busca passiva de casos de TB, aquela em que a equipe de saúde investiga os pacientes que procuram espontaneamente o serviço de saúde; a busca ativa, aquela em que a equipe estabelece ações fora do serviço de saúde, com estratégias diversificadas, e na comunidade; e o rastreamento de “tossidores crônicos” nas famílias, contatos de TB, clubes, igrejas e populações de maior risco

de adoecimento, como os residentes em comunidades fechadas (asilos, presídios), etilistas, usuários de drogas, mendigos/moradores de rua, imunodeprimidos, trabalhadores que mantêm contato próximo ao paciente com TB pulmonar.

Ainda que o manual técnico se caracterize como importante direcionamento das ações, sua aplicabilidade prática requer direcionalidade política, tanto na dimensão do cuidado à pessoa e à comunidade como no contexto epidemiológico, sociocultural e da organização do serviço de saúde e suas relações com outros equipamentos sociais do território de atuação.

Reconhecendo a importância da busca e identificação de sintomáticos respiratórios para o diagnóstico oportuno dos casos de TB, este estudo volta-se para a construção de um *guideline*, em que sejam consideradas as especificidades locais, os saberes e fazeres de profissionais da equipe de saúde, a organização da rede de serviços, os fluxos de referência e contrarreferência, as rotinas e capacidade instalada.

1.3 Objetivos

Objetivo Geral

- Construir um *guideline* de cuidados voltado para identificação de sintomáticos respiratórios a partir do entendimento de profissionais da equipe de saúde e ações por eles desenvolvidas.

Objetivos Específicos

- Verificar o entendimento de profissionais da equipe de saúde da família sobre as ações necessárias para realização da busca ativa de sintomáticos respiratórios;
- Descrever as ações necessárias para compor um *guideline* de cuidados que viabilize a identificação de sintomáticos respiratórios;
- Identificar as fragilidades e potencialidades da operacionalização da busca ativa de SR..

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A identificação de sintomáticos respiratórios nas unidades de atenção primária à saúde

No processo de consolidação do Sistema Único de Saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS), representada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) é concebida como porta de entrada preferencial e o eixo estruturante do sistema de saúde, devendo pautar-se no cumprimento de quatro atributos essenciais (atenção ao primeiro contato longitudinalidade, integralidade, coordenação) e três atributos derivados (enfoque familiar, orientação comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002).

A expressão “**primeiro contato**” implica acessibilidade e utilização dos serviços de saúde pelos usuários a cada novo problema ou a cada novo episódio de um mesmo problema. A “**longitudinalidade**” implica a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, independente da presença de problemas específicos relacionados à saúde ou do tipo de problema. A “**integralidade**” implica na prestação de serviços pela equipe de saúde ajustados às necessidades da população adscrita. A “**coordenação**” contempla a facilidade em acessar os demais níveis de atenção e a integração entre os diversos serviços e ações de saúde, de forma que estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum, independentemente do local onde sejam prestados (STARFIELD, 2002).

Quanto aos atributos derivados pressupõe-se que na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral devem ser considerados o contexto familiar (**enfoque familiar**); reconhecimento das necessidades em saúde através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade (**orientação comunitária**) e as especificidades culturais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma (**competência cultural**) (STARFIELD, 2002; MENDES, 2002).

Esses atributos se apresentam inter-relacionados na prática assistencial, individual ou coletiva, dos serviços de APS. Assim, um serviço de atenção básica dirigido à população geral pode ser considerado provedor de atenção primária quando apresenta os quatro atributos essenciais, aumentando seu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade ao apresentar também os atributos derivados. No momento em que um serviço de saúde é fortemente orientado para o

alcance da maior presença destes atributos ele se torna capaz de prover atenção integral, do ponto de vista biopsicossocial, a sua comunidade adscrita. Além disso, a identificação dos atributos da APS permite verificar a associação entre estes atributos e os resultados – **a efetividade** – da atenção sobre a saúde da população (STARFIELD, 2002).

Na prática a ampliação e a efetividade do cuidado dependerão da possibilidade e da capacidade de cada equipe de saúde combinar modos de intervenção de cada um desses atributos. Para tal deverá ordenar-se pelo trabalho em equipe interdisciplinar, exercer a responsabilidade sanitária por um território, estabelecer vínculo entre equipe e usuários, considerar o contexto na abordagem individual e familiar, reformular e ampliar o saber clínico, incorporar conceitos e ferramentas originários da saúde coletiva, saúde mental, ciências sociais e de outros campos do conhecimento, fazer a gestão do trabalho em equipe e em sistemas de rede (CAMPOS et al, 2008).

Paralelamente ao aumento da cobertura dos serviços de atenção primária no Brasil, através da Estratégia Saúde da Família (ESF), evidencia-se crescente associação entre melhores desfechos de saúde e maior presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde (STARFIELD, 2002). Estudos mostraram avanços na incorporação de novas práticas profissionais, na criação de vínculos entre a equipe de saúde da família e as famílias adscrita, investimento nos processos de qualificação, estratégias de educação permanente, que privilegiam o espaço de trabalho como de aprendizagem (MENDONÇA et al, 2010; ESCOREL et al 2007).

No entanto, a expansão da ESF enfrenta uma série de obstáculos: descentralização incompleta, referência pouco estruturada, dificuldade para garantir o atendimento nas especialidades médicas e exames de apoio diagnóstico de média complexidade, mecanismos de integração insuficientes para garantir um sistema de referência e contra-referência que possibilite a coordenação do cuidado, contratos de recursos humanos temporários e vínculos precários, dificuldade da equipe em substituir as práticas tradicionais por adequada articulação entre as atividades clínicas e de saúde coletiva (MENDONÇA et al, 2010; ESCOREL et al 2007).

Não obstante às fragilidades apontadas, ainda permanece um descompasso entre a situação de saúde e o sistema de atenção, muito voltado para a lógica de atendimento às condições agudas e agudizações de condições crônicas

(MENDES, 2012). O incremento de doenças crônicas (consequência do rápido envelhecimento da população) associada a uma agenda não concluída de infecções, desnutrição, morbidade por causas externas, tem exigido a organização de um sistema de saúde capaz de desenvolver enfoque sistemático e planejado para atender tanto as necessidades relacionadas aos eventos agudos como crônicos. Para tal pressupõe-se uma rede horizontal e integrada de pontos de atenção onde a APS exerça a função coordenadora e integradora entre os elementos da rede (MENDES 2012).

Neste cenário insere-se a TB, considerada uma condição crônica em função da sua persistência no tempo, que impõe dentre muitos desafios, o diagnóstico oportuno dos casos suspeitos. A taxa de detecção no país, alcançou 82% em 2014 (WHO, 2015). Entretanto, ainda que esteja acima da meta estabelecida pela OMS para o ano analisado (70%), tal percentual não é homogêneo no território brasileiro, dada a vasta extensão territorial e os diferentes cenários sócio-políticos, econômicos, culturais e epidemiológicos existente. Apesar da simplicidade do meio diagnóstico por meio da microscopia direta do escarro (BRASIL, 2002, BRASIL, 2011a) a suspeição/confirmação é influenciada por fatores relacionados ao usuário e aos serviços de saúde (GOLUB et al., 2005; WANG et al., 2007). Caracteriza-se na prática como uma ação complexa, cujos conhecimentos devem ir além de habilidades técnicas/específicas e do saber biológico (NOGUEIRA et al, 2007, SREERAMAREDDY et al., 2009).

No que se refere ao acesso, um dos fatores relacionados ao usuário, atribui-se aos componentes de **predisposição, disponibilidade, necessidades e experiência prévia de utilização**. O componente - “predisposição”- é formado pelas características que correspondem à propensão que os indivíduos têm para procurar o serviço de saúde. Precedem o episódio da doença, estão intrinsecamente ligadas ao sujeito e incluem fatores como idade, sexo, raça/cor, religião/crença, escolaridade, valores a respeito da saúde e doença (ADAY; ANDERSEN, 1974). O componente – “disponibilidade” - relaciona-se com os meios ou ferramentas que as pessoas possuem para utilizar o serviço de saúde. Estes recursos podem ser específicos do indivíduo ou da família como a renda e seguridade social, além dos atributos da comunidade na qual o indivíduo vive (região urbana/ região rural).

O terceiro componente –“necessidade”-, refere-se ao nível de percepção da doença que se constitui razão mais imediata para busca de serviço de saúde, e o

último componente – “utilização prévia de serviços de saúde”- permite a compreensão dos padrões de uso da população e inclui desde o modo como se organiza a rede para atender a demanda até as respostas da comunidade com a assistência obtida (BRANCH, 2000; ADAY; ANDERSEN, 1974)

Quanto aos fatores relacionados aos serviços de saúde são apontadas debilidades quantiquantitativa de recursos humanos, insuficiência de conhecimentos técnicos dos profissionais de saúde em relação à doença e aos procedimentos para detecção de sintomáticos respiratórios, irregularidade no abastecimento e fornecimento de insumos para a coleta de material (potes de escarro), sobrecarga de trabalho, ações de busca ativa pontuais por ocasião de campanhas (NOGUEIRA et al, 2007, MARCOLINO et al 2009, CARDOZO-GONZALES et al, 2011, MONROE et al 2008).

Assim, há uma série de etapas a serem percorridas, no período correspondente ao aparecimento dos sintomas até a efetivação do diagnóstico. Ruffino-Netto (2000), aponta que em uma determinada população (P), existem X_1 casos de TB sem diagnóstico. Apenas X_2 irão recorrer aos serviços de saúde ao perceberem os sinais e sintomas da doença. Destes, apenas X_3 serão atendidos pelos serviços e somente alguns (X_4) serão diagnosticados adequadamente. Destes, X_5 irão iniciar o tratamento, X_6 irão concluir o tratamento e apenas X_7 serão efetivamente curados.

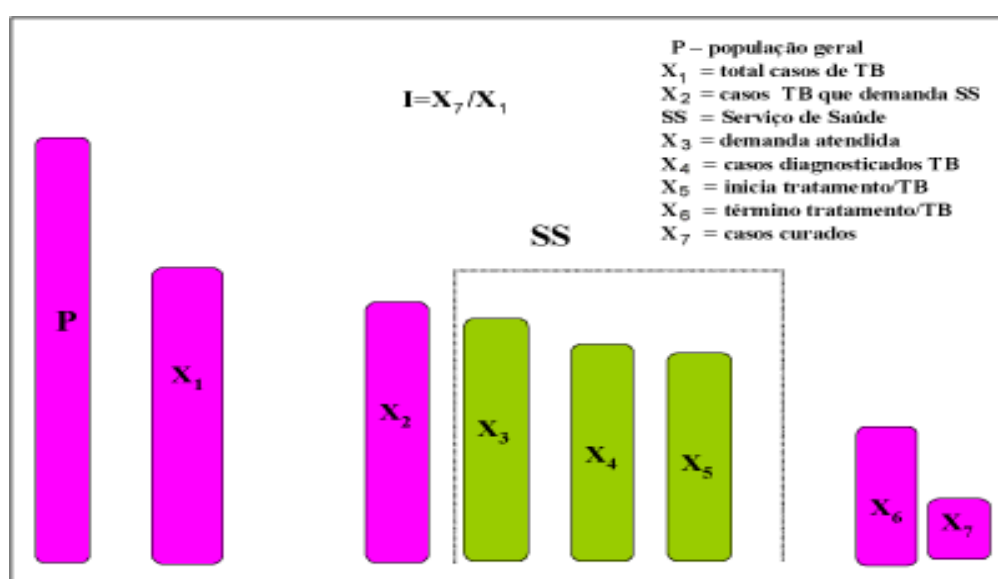


Figura 2 – Esquema do impacto do problema da TB (RUFFINO-NETTO, 2000)

Reconhece-se, portanto, que a identificação de casos suspeitos, é uma etapa essencial que antecede o diagnóstico da doença. Portanto a busca ativa de sintomáticos respiratórios (SR) deve ser realizada sistematicamente na demanda dos serviços de saúde, na comunidade e entre os contatos domiciliares. Corresponde a busca continua de pessoas com tosse por tempo igual ou superior a três semanas (BRASIL, 2011). Na prática das equipes, requer para sua execução que sejam incorporadas um conjunto de ações, tanto no âmbito externo (abordagem no domicílio junto às famílias, identificação do suspeito), quanto no âmbito interno dos serviços de saúde (insumos, fluxo laboratorial, sistema de informação) (NOGUEIRA et al, 2011).

Na atenção às famílias no território adscrito de cada USF ou UBS, adverte-se para inclusão da identificação do SR na visita mensal para todos os moradores do domicílio, na população da área de abrangência de cada equipe. Com fins operacionais, o parâmetro nacional recomendado é buscar 1% da população, ou 5% das consultas de primeira vez de indivíduos com 15 anos ou mais nos serviços de saúde sendo 1%-2% na Estratégia Saúde da Família, 5% na Unidade Básica de Saúde e 8%-10% nas urgências, emergências e hospitais (BRASIL, 2011).

No estado da Paraíba, a expansão das ações de controle da tuberculose ocorreu em conformidade com a ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família. Orientada pela mobilização técnica e política em torno das ações de controle da TB investiu-se intensamente em qualificação de recursos humanos, organização de fluxo laboratorial, provisão e abastecimento de insumos (PARAÍBA, 2001). No período de 2010 a 2015, do total de 223 municípios do estado, 180 notificaram casos de TB. Os municípios com maior número de casos notificados foram João Pessoa e Campina Grande (SINAN, 2016)

Não obstante, é interessante reconhecer que os municípios agregam especificidades locais, sejam elas de cunho político, organizacional, humano, que os tornam heterogêneos na dinâmica de enfrentamento da doença. Campina Grande, cenário eleito para este estudo, foi um dos municípios pioneiros na implantação da estratégia de saúde da família. Atualmente 88,46% da população é coberta pela ESF (IBGE-SAGE, 2015).

Todavia, é sabido que a disponibilidade de um serviço, ou sua simples existência, não indica extensão e garantia de população coberta. Embora tenha sido notória a crescente visibilidade da ESF, como precursora da horizontalização das

ações de controle da TB para serviços de APS, especialmente em Campina Grande, estudos mostraram, centralização no Ambulatório de Referência do procedimento de diagnóstico (coleta de escarro), fragilidades no processo de referência e contra referência, a visita domiciliar não se caracteriza como oportunidade para identificação de sintomáticos respiratórios, atenção centrada no saber médico, enfoque familiar e contexto cultural não são privilegiados (FIGUEIREDO et al., 2009; OLIVEIRA et al 2009, SÁ et al., 2011, CLEMENTINO et al, 2015).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudo

Para alcançar os objetivos, este estudo optou como referencial metodológico pela Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), aplicável ao estudo proposto, lançada em 1999, construída pelas Dras. Mercedes Trentini e Lygia Paim, enfermeiras brasileiras.

O conceito de convergência na PCA refere-se a união das ações de assistência com as de pesquisa no mesmo tempo e espaço físico, levando a efetivação da construção do nexos pensar e fazer na busca da concretização de mudanças e/ou inovações na prática assistencial em saúde (TRENTINI, PAIM, SILVA; 2014).

Esta modalidade de pesquisa possibilita refletir a prática assistencial, partindo das situações vivenciadas no cotidiano para descobrir novas realidades e introduzir inovações na prática assistencial (TRENTINI, PAIM; 2004).

A PCA sempre requer participação ativa dos sujeitos da pesquisa e está orientada para a realização de mudanças e/ou introdução de inovações nas práticas de saúde, o que poderá levar a novas construções teóricas. É compreendida e realizada em articulação com as ações que envolvem pesquisadores e demais pessoas representativas da situação a ser pesquisada em uma relação de cooperação mútua (TRENTINI, PAIM; 2004).

3.2 Etapas da Pesquisa Convergente Assistencial

A Pesquisa Convergente Assistencial segue os padrões gerais de investigação científica, contemplando cinco fases ou procedimentos que são: fase de concepção, de instrumentação, de perscrutação, de análise e de interpretação. Essas fases constituem um processo com várias etapas consecutivas e inter-relacionadas (TRENTINI, PAIM; 2004).

3.2.1 Fase de Concepção

Esta fase da pesquisa inclui a introdução e justificativa do tema, a questão de pesquisa, o objetivo e o referencial teórico (TRENTINI; PAIM, 2004). Estes itens foram contemplados nos capítulos 1 e 2.

3.2.2. Fase de Instrumentação

Corresponde às seguintes decisões metodológicas: escolha do cenário da pesquisa, dos participantes, dos métodos e das técnicas para obtenção e análise dos dados (TRENTINI; PAIM, 2004).

3.2.2.1 Cenário do Estudo

Elegeram-se como cenário de estudo o município de Campina Grande, considerado prioritário pelo Ministério da Saúde para o controle da TB. Localiza-se na mesorregião do Agreste Paraibano, a 130 km de distância da Capital João Pessoa, contando com uma população de 402,912 hab (IBGE/2015).

O município organiza a atenção à saúde de forma regionalizada, até 2015 apresentava-se em cinco Distritos Sanitários (Figura 3) e atualmente em oito, com 101 equipes de saúde da família, perfazendo uma cobertura de 88,46% da população (BRASIL, 2015). Quanto ao número de ESF os distritos sanitários apresentam-se com: DS I - 14 equipes, DS II - 12 equipes e 1 PACS, DS III - 14 equipes, DS IV - 9 equipes e 1 PACS, DS V - 20 equipes e 2 PACS, DS VI - 25 equipes (3 na zona rural), DS VII - 3 equipes (zona rural – distrito de Galante) e DS VIII - 5 equipes (zona rural – distrito de São José da Mata). Estes dois últimos criados recentemente.



Figura 3 – Divisão territorial segundo Distrito Sanitário - Campina Grande/PB.

O local de realização deste estudo foi uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário VI constituída por duas Equipes de Saúde da Família (ESF). Justifica-se a escolha do local da pesquisa por se tratar do território onde atua a pesquisadora, argumentada também pela proposta do mestrado na modalidade profissional que é orientada para o campo de atuação profissional. Entretanto, levou-se em consideração ainda que a UBS selecionada pertence ao maior distrito sanitário do município tanto em extensão quanto em número de ESF.

3.2.2.2 Participantes

Neste estudo foram convidados Enfermeiras e Agentes comunitários de Saúde (ACS) integrantes de duas Equipes de Saúde da Família (ESF), do Distrito Sanitário VI. O profissional ACS foi escolhido por atuar no território diretamente junto às famílias e o enfermeiro por ser responsável em supervisionar as atividades dos mesmos. Considerou-se como critério de inclusão: ser enfermeiro ou ACS e trabalhar na área há pelo menos um ano.

Participaram efetivamente do estudo o total de 11 profissionais que integram duas ESF. Da Equipe I, houve 100% de adesão dos ACS, participando 5. A enfermeira responsável por esta equipe é a pesquisadora deste estudo. A Equipe II, contou com a participação da Enfermeira e 5 ACS (62,5%).

3.2.2.3 Técnicas de Coleta dos Dados

A PCA permite a utilização de vários métodos, estratégias e técnicas destinadas a obter informações (TRENTINI; PAIM, 2004). Neste estudo, a coleta dos dados foi realizada por meio de Entrevistas e Oficina de Trabalho em Grupo.

Na primeira etapa elegeu-se a entrevista como instrumento para produção do material empírico. Esta técnica permite fornecer informações mais profundas sobre a realidade, evidenciando valores e opiniões dos atores sociais envolvidos com o tema. Entende-se por entrevista o encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha conhecimentos acerca de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional, podendo ser um meio de investigação, de coleta de dados ou servir de auxílio no diagnóstico ou tratamento de um problema social (LAKATOS, MARCONI, 2002).

Deste modo, decidiu-se utilizar a entrevista semiestruturada, por permitir ao entrevistador discorrer sobre o tema sem condições pré-fixadas e, ao entrevistado, alcançar a liberdade e espontaneidade durante a investigação (BARDIN, 2011). Utilizou-se um roteiro com as questões de investigação, incluindo perguntas sobre quais ações poderiam promover a detecção precoce dos casos de tuberculose (APÊNDICE 1).

É importante ressaltar que, ao início de cada entrevista foi explicitado o objetivo da pesquisa, com a finalidade de obter maior aproximação entre entrevistador-informante e também um maior esclarecimento sobre o que seria realizado. Após as devidas explicações, todo entrevistado recebeu informações sobre o destino dos dados colhidos, que estabelece a garantia do sigilo na sua utilização. A partir da concordância na colaboração da pesquisa foi firmado o consentimento por escrito (APENDICE 2). As entrevistas foram gravadas após aquiescência dos entrevistados e posteriormente transcritas pela pesquisadora.

Após as entrevistas, como continuidade da coleta dos dados, foi realizado um encontro sob a forma de oficina de trabalho em grupo, com a finalidade de socializar as informações obtidas nas entrevistas, discutindo e acrescentando ações não identificadas anteriormente.

A oficina é uma metodologia de trabalho que prevê a oportunidade de vivenciar situações concretas e significativas, baseada no sentir-pensar-agir. Possui objetivos pedagógicos, de modo a incorporar a ação e a reflexão. Através da mesma ocorre a apropriação, construção e produção de conhecimentos teóricos e práticos, de forma ativa e reflexiva (PAVIANE, FONTANA, 2009).

Para a realização da oficina foi elaborado um roteiro com planejamento das atividades (APENDICE 3).

3.2.2.4 Aspectos Éticos da pesquisa

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde - CAAE nº 46083015.1.0000.5188 (ANEXO 1), atendendo às orientações inerentes ao protocolo de pesquisa contido na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Não houve qualquer tipo de fornecimento de benefícios aos entrevistados, bem como risco de discriminação por participar da pesquisa. Foi

garantida a liberdade de participar ou não e de desistir a qualquer momento, assim como o anonimato da identidade dos que participaram da pesquisa, sendo lhes dado o direito à desistência da participação em qualquer fase da mesma. Cada participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, ficando uma via com o entrevistado e a outra com o entrevistador (APÊNDICE 2).

3.2.3 Fase de Perscrutação

Nesta fase é descrita a operacionalização da pesquisa, incluindo a coleta e o registro das informações ocorridos por meio das entrevistas individuais e oficina de trabalho em grupo.

As entrevistas foram realizadas no período de 16 a 22 de março do ano de 2016 e tiveram em média 15 minutos de duração. Para atender a disponibilidade dos entrevistados foram executadas no local de trabalho e agendadas nos dois turnos, em dias e horários diferenciados.

A oficina foi mediada pela pesquisadora com a colaboração de uma enfermeira externa à Unidade de Saúde e ocorreu no auditório da própria Unidade de Saúde onde estão vinculados os sujeitos da pesquisa. Foi realizada em apenas um turno, com agendamento prévio, tendo duração de 4 horas. Inicialmente foram apresentados os objetivos da oficina e sua relação com a pesquisa. Para melhor desenvolvimento da mesma firmou-se um contrato de convivência, sendo acordado a não utilização de aparelhos celulares durante toda a atividade.

Iniciou-se com um estudo de caso como disparador de questões para discussão a respeito da prática da busca ativa de SR, sendo empregado um texto com personagens do cotidiano vivenciando uma situação concreta.

Em seguida, na tentativa de resgatar o conhecimento prévio dos participantes foi proposto um circuito sobre a tuberculose com afixação de cartolinas em toda a sala, em sentido horário. Os mesmos foram convidados a responder as seguintes questões a serem discutidas: O que é? Como se transmite? Quais os sintomas? O que é sintomático respiratório? Qual o período de transmissão? Quais os fatores relacionados à transmissão? O que é busca ativa? Como se descobre a Tuberculose?

Posteriormente, cada um foi questionado quanto ao seu papel na busca dos SR. Após a opinião do grupo foi realizada uma leitura de textos para a fundamentação teórica.

Por meio da dinâmica roda dupla de conversa foram discutidas as dificuldades encontradas na realização da busca ativa dos SR e ações necessárias para compor um *guideline* de cuidados.

No decorrer da oficina, os participantes compartilharam sua experiência no cotidiano da busca ativa dos SR, trazendo apontamentos sobre essa prática na realidade local e co-relacionando ao preconizado pelo programa. Esse processo permitiu levantamento das dificuldades operacionais e possíveis estratégias para superá-las.

Na tentativa de sintetizar as idéias emergidas durante a oficina, concluiu-se com uma mini-exposição sobre a tuberculose na atenção básica facilitada pela pesquisadora.

A oficina foi concluída no tempo estipulado e ao final foi realizada uma avaliação para encerramento das atividades. Todas as discussões e observações realizadas pelos participantes foram registradas.

3.2.4 Fase de Análise e Interpretação

Para a análise dos dados empíricos obtidos por meio da entrevista semiestruturada foram empregados os princípios da análise de conteúdo, modalidade temática (BARDIN, 2011). Esta técnica tem como propósito obter a descrição do conteúdo das mensagens, permitindo a inferência de conhecimento. Consiste em três momentos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados. Nesse tipo de análise, para compor as unidades de registro e de contexto são utilizados recortes semânticos que originam as categorias analíticas, compreendidas como uma afirmação sobre um assunto, uma frase, frase composta ou sintetizada, por influência da qual se pode abranger grande conjunto de formulações individuais (BARDIN, 2011).

Para elaboração do *guideline* de cuidados foram empregados quatro processos da PCA: apreensão, síntese, teorização e transferência (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 95).

O processo de apreensão foi iniciado com a coleta de informações provenientes da entrevista semiestruturada. Sequencialmente, as informações foram analisadas e sintetizadas de modo a permitir a identificação de elementos chaves que pudessem dar direcionalidade ao planejamento da oficina.

Os processos de teorização e transferência ficaram mais evidentes com o desenvolvimento da oficina onde os participantes puderam re-significar sua prática, tendo como produto final normas e diretrizes direcionadas à identificação dos sintomáticos respiratórios adaptadas à realidade local, atentando ao poder de governabilidade.

Como produto final todos os envolvidos construíram coletivamente um fluxograma de atendimento ao sintomático respiratório.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo foi estruturado considerando-se as etapas percorridas para a construção do estudo. Tem como ponto de partida a apresentação das categorias empíricas que emergiram das entrevistas semiestruturadas: **“Potencialidades” e “Fragilidades” da operacionalização da busca ativa de sintomáticos respiratórios segundo atributos da APS**. Neste percurso buscou-se articular os fragmentos das falas, aos atributos da atenção primária da saúde.

Sequencialmente serão destacados os dois eixos de ações que sustentaram a elaboração do *guideline*.

4.1 Categoria I - Potencialidades da operacionalização da busca ativa de sintomáticos respiratórios segundo atributos da APS

As unidades de atenção primária à saúde caracterizam-se como espaço privilegiado para conhecer as famílias do seu território de alcance; identificar os problemas de saúde e as situações de risco presentes na comunidade. Na atenção à TB, espera-se que se constituam como porta de entrada preferencial da rede de atenção à saúde, e que efetivamente sejam capazes de identificar a doença em tempo oportuno.

Uma das tecnologias que favorece a extensão dos campos de atuação das equipes de saúde da família é a visita domiciliar. É um instrumento potente para a vigilância à saúde, desenvolvida para além das estruturas físicas das unidades de saúde. Permite conhecer as condições de vida, trabalho, habitação das famílias e também suas relações, a disposição dos agravos presentes na comunidade, o que permite expressar o perfil epidemiológico existente (DRULLA et al 2009). Por sua vez, centrada no enfoque familiar caracteriza-se como um espaço de escuta, de interação familiar e social, de conhecimento do cotidiano, da cultura, dos costumes, das crenças e potencialmente capaz de responder às necessidades das famílias no seu *lócus* de vida (SAVASSI et al, 2008).

Na atenção aos casos suspeitos de TB, a visita domiciliar é uma ferramenta de monitorização onde se pode perceber mudanças no estado de saúde das famílias/ indivíduos. A equipe deve estar vigilante para a presença de tosse por três semanas ou mais, estar atento a condição social e de nutrição dos familiares bem como à presença de morbididades que os tornem mais susceptíveis a

tuberculose, como os portadores de HIV, diabetes, neoplasia entre outros (BRASIL, 2002).

Destaca-se nos depoimentos a importância da atuação dos ACS na suspeição e identificação dos sintomas (Quadro 1). Este ator tem um papel fundamental de mediador da integração entre a equipe de saúde e a população. Promove a captação e regula o fluxo dos SR. Este vínculo ACS/família facilita a construção de atitudes que auxiliarão na condução do cuidado.

Quadro 1 – Potencialidades da busca ativa de sintomáticos respiratórios segundo enfoque familiar e orientação comunitária. Campina Grande, PB, 2016.

Enfoque familiar e orientação comunitária	<i>[...] <u>a visita demora algum tempo, geralmente uma meia hora ou mais, a gente fica conversando na casa do paciente, a gente sempre escuta alguém tossindo, alguma coisa assim... É como a gente vai começando a conversar e entrando devagarzinho na conversa</u> (ACS 1)</i> <i>[...] <u>observo se as pessoas estão perdendo peso, se estão gripadas há mais de duas semanas, com tosse e com catarro</u>" (ACS 3)</i> <i>[...] no caso <u>se eu ver que uma pessoa está tossindo</u>, pergunto: já tomou medicação, já foi no médico, o que é que tomou, se está com uma gripe, muito catarro, há mais de quatro semanas, catarro amarelado, esverdeados (ACS 4)</i> <i>[...] nas minhas visitas eu <u>procuro muito conversar, ouvir, observar</u></i> <i>[...] febre à noite, ao entardecer e a noite, que tenha escarro ou não, mas <u>que esteja tossindo com mais de três semanas</u> (ACS 7)</i>
---	---

O ACS transita entre o trabalho comunitário e as ações institucionais. Dentre as competências e ações de domínio prático (saber-fazer), deve comunicar à equipe o caso suspeito; encaminhar o caso suspeito à equipe; orientar indivíduos, famílias e grupos sociais quanto aos fluxos, rotinas e ações desenvolvidas no âmbito da atenção básica de saúde (BRASIL, 2004).

Entretanto, para que a VD tenha efeito, é importante compreender e traçar ações sistematizadas que considerem o antes e o depois da visita. Para isto, o trabalho em equipe é relevante. Os problemas identificados pelo ACS no domicílio pressupõe o desencadeamento de ações que exigiram combinação de saberes e habilidades de outros membros da equipe de saúde. Observa-se nas falas dos participantes que a atenção iniciada no domicílio, tem respaldo da equipe, especialmente do profissional enfermeiro (Quadro 2).

Quadro 2 – Potencialidades da busca ativa de sintomáticos respiratórios segundo atributos da atenção ao primeiro contato - Campina Grande, PB, 2016.

Atenção ao primeiro contato	<i>[...] na visita domiciliar, quando a gente vê algum <u>caso suspeito eu trago para minha enfermeira ou para médica. E exponho a situação e escuto a opinião delas e elas vão visitar comigo [...] a enfermeira solicita os exames, os exames de escarro</u>". (ACS 3)</i> <i>[...] <u>a gente encaminha para a Unidade, mesmo. Para que seja feito o exame</u>". (ACS 5)</i> <i>[...] <u>eu procuro a equipe de saúde do posto o assunto pra que a gente possa procurar uma solução pro problema. Ou seja, <u>converso primeiro com a enfermeira</u> que é o contato que nós temos, a enfermeira. Falo com ela sobre, procurar que a pessoa tenha condições de fazer um exame para identificar melhor a questão da doença, do problema que ela tem</u>". (ACS 6)</i> <i>[...] "No meu caso eu <u>comunico a minha equipe, né! No caso, a enfermeira. E quando eu comunico a ela, já de imediato ela marca a consulta e já passa o exame, o PPD ou o exame do escarro</u>". (ACS 7)</i>
-----------------------------	---

É importante ressaltar que a enfermeira é citada como a profissional da Equipe Saúde da Família com maior envolvimento na atenção ao diagnóstico da TB. Ao que parece, o acesso ao diagnóstico e utilização dos serviços são favorecidos por este profissional.

Estudos mostram que o enfermeiro caracteriza-se como um importante membro da equipe básica multidisciplinar, o que tem representado um campo de

crescimento e reconhecimento social deste profissional, por ser ele um componente ativo no processo de consolidação da Estratégia Saúde da Família como política integrativa e humanizadora da saúde. Destacam-se nas ações na unidade de saúde e na comunidade, junto com a equipe, supervisionando e ampliando o trabalho dos ACS e auxiliares de enfermagem, realizando ações que promovam saúde, bem como assistindo às pessoas que necessitem de assistência de enfermagem, ampliando a atenção e o cuidado às famílias (WEIRICH et al 2004).

4.2 Categoria II - Fragilidades da operacionalização da busca ativa de sintomáticos respiratórios segundo atributos da APS

Quanto as fragilidades apontadas, os depoimentos sinalizam deficiências relacionadas ao atributo da coordenação da atenção. São mencionados problemas relacionados a centralização do exame de escarro, falta de capacitação para a promoção do cuidado qualificado, falhas no sistema de referência e contra-referência dos casos (Quadro 3).

Quadro 3 – Fragilidades da busca ativa de sintomáticos respiratórios segundo atributo da coordenação do cuidado - Campina Grande, PB, 2016.

Coordenação do cuidado	<i>[...] eu acho que <u>nas Unidades poderia ter o acesso ao exame</u>, né! o teste de escarro demora um pouco para chegar mesmo (ACS 1).</i> <i>[...] <u>o exame de escarro encaminha para a referência</u>, que eu acho que é ainda lá no Francisco Pinto (ACS 2)</i> <i>[...] <u>a tuberculose tá um pouco de lado...</u> Ultimamente as ações tá muito voltadas pra dengue, zika... Essas doenças do momento (ACS 4).</i> <i>[...]. eu acho que <u>a gente deveria ter uma capacitação...</u> (ACS 5).</i> <i>[...] <u>já teve treinamentos para a gente, há muito tempo</u>, né! (ACS4).</i> <i>[...] <u>se a gente tivesse mais conhecimento como a gente identificar mesmo</u>, ter noção do que a gente tá vendo, mesmo se chegar naquele período tão crítico onde as</i>
------------------------	---

	<i>pessoas chegam, quando chega, chega muito debilitado. (ACS3).</i> <i>[...] <u>sem nenhuma transferência</u> (falando sobre paciente que chegou), sem nenhuma guia de transferência, certo! Inclusive eu nem notifiquei esse caso porque ele chegou com nada, sabe! Apenas com a pesquisa de BAAR e com uma receita médica... da medicação, apenas para quatro meses e não dizia que ele era um (caso de TB), nada, <u>não tinha nenhuma referência a respeito que diagnóstico foi identificado para ele</u> (Enf1)</i>
--	---

No contexto da reorganização e práticas dos serviços de saúde, foi preconizado pelo Plano Nacional de Controle da Tuberculose, que diante de um sintomático respiratório as unidades de saúde da família deveriam ter condições operacionais para realizar o procedimento de coleta de escarro. Além da disponibilidade de insumos (pote coletor, requisição de exame, isopor para armazenamento e conservação), o município deve assegurar fluxo do material ao laboratório de referência (BRASIL, 2011).

Recomenda-se que a primeira amostra seja coletada por ocasião do atendimento e a segunda amostra no dia seguinte, coletada pelo usuário no domicílio. O material deve ser entregue na unidade de saúde, acondicionado e enviado ao laboratório.

Como observado nos depoimentos, a centralização da coleta do exame fragiliza a atenção iniciada no domicílio e o acesso ao diagnóstico em tempo oportuno. O deslocamento para outro serviço implica em gastos adicionais de transporte, retardo do diagnóstico e agravamento do estado de saúde dos usuários.

Logo, a deficiência na capacidade da rede de serviços organizar a oferta descentralizada do exame diagnóstico, fragmenta o cuidado e dificulta a continuidade do cuidado. Esta capacidade que um sistema deve ter para garantir a continuidade da atenção ao longo da rede de pontos de atenção é denominada de coordenação (STARFIELD, 2002). Apenas um sistema com eficiente coordenação é capaz de garantir a integralidade.

Um outro aspecto identificado neste estudo diz respeito ao processo de capacitação dos profissionais. Os resultados mostram que os processos de capacitação vêm ocorrendo de forma descontinuada, eventualmente e restrita a determinados membros da equipe. As equipes de saúde precisam ser

acompanhadas em um processo de educação contínua, uma vez que os problemas levantados na comunidade são dinâmicos, apresentando-se com diferentes demandas, exigindo capacitação/atualização permanente.

Segundo Marqui et al, (2010) estratégias que valorizem a qualificação das equipes de saúde da família, devem ganhar contornos diferenciados. Ressaltam a importância de promover autonomia intelectual dos trabalhadores capacidade de planejamento, gerenciamento de seu tempo e espaço de ação, exercício da criatividade, com ênfase na inter-relação equipe/comunidade/família e equipe/equipe.

Nesta direção, cabe assinalar que o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), criado pelo Ministério da Saúde, tem como uma de suas diretrizes induzir mudanças do processo de trabalho. Tendo como referência os princípios da Atenção Básica, pressupõe um saber e um fazer em educação permanente integrado ao cotidiano do trabalho e em consonância com os principais objetivos e diretrizes para a melhoria do acesso e da qualidade (BRASIL, 2013).

Estabelece como imprescindível, reformulações no processo de qualificação dos profissionais, que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho, etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa). Para além da sua evidente dimensão pedagógica, a educação permanente deve ser encarada também como importante “estratégia de gestão”, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho” (BRASIL, 2013, p.27).

Portanto, e não menos importante, é condição central que a gestão municipal vincule os processos de educação permanente às estratégias de apoio institucional. À medida que aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano, devem ser assumidos mudanças organizacionais e reformulação no modo de coordenar a rede de serviços.

Ainda uma outra fragilidade apontada pelos participantes do estudo, diz respeito ao fluxo da informação. Os usuários atendidos em serviços especializados são encaminhados a Unidade de Saúde da Família desprovidos de informações sobre seu estado de saúde e diagnóstico. Tal situação gera desconforto na equipe, e dificuldade para a promoção de um cuidado adequado e resolutivo. Ademais, gasta-se tempo para identificar o percurso feito pelo paciente e os procedimentos adotados por outros serviços.

A conformação da Unidade de Saúde da Família (USF) como porta de entrada do sistema deve integrar cuidados básicos e especializados tendo como pressuposto comunicação sistemática entre os serviços, mediada pelo fluxo de referência e contra-referência.

Segundo Mendes (2011), os serviços de atenção primária, por sua capilaridade e lógica de trabalho, devem possuir um papel chave na ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Nesse sentido, é importante a incorporação das matrizes básicas em que o modelo de saúde se organize através de uma rede horizontal integrada de pontos de atenção à saúde.

Núñez et. al (2006), chama a atenção, que a coordenação alcança seu grau máximo quando ela é considerada integrada. A integração seria uma qualidade da atenção, obtida a partir da efetivação do cuidado coordenado. Por sua vez, pressupõe: a conexão dos serviços de saúde ao longo do contínuo da assistência mediante a transferência de informações; um objetivo comum que norteie a construção de planos de cuidados nestes diferentes pontos de atenção; articulação dos serviços para que a atenção seja prestada em momentos e locais adequados às necessidades das pessoas e famílias.

Assim, para garantir uma certa continuidade das intervenções realizadas, tanto do ponto de vista promocional, preventivo ou assistencial, os processos de trabalho devem sofrer alterações importantes para que os mecanismos de fluxos de referência e contra-referência possam ser garantidos e com o mínimo de interrupções possíveis para garantir o impacto para a saúde dos usuários.

Acredita-se que devam ser adotadas estratégias que visem a melhoria na comunicação entre os diferentes pontos de atenção do sistema de saúde local, o que possibilitaria oferecer uma atenção contínua, resolutiva e especialmente segura para o usuário.

4.3 Ações necessárias para compor um *guideline* que viabilize a identificação de sintomáticos respiratórios

Ainda que as atribuições das equipes de saúde da família sejam amplamente descritas no Manual Técnico para o Controle da Tuberculose, devem ser considerados os diferentes contextos e cenários que moldam a rede de atenção à saúde.

Deste modo, a organização do *guideline* proposto, tem como ponto de partida os desafios colocados pela realidade onde se opera este estudo, sustentando-se nas experiências de sujeitos que compartilham práticas no cotidiano dos serviços.

Alicerçado nos resultados das entrevistas e na discussão em grupo, foram construídos dois eixos de ações: “Qualificação e expansão do acesso ao diagnóstico e à informação”, “Descentralização diagnóstica e organização de fluxos” (Quadros 4 e 5).

Quadro 4 – Eixo 1: Qualificação e Expansão do Acesso ao Diagnóstico e à Informação

Ação proposta	Objetivos	Execução
Educação permanente sobre a tuberculose para todos os membros da equipe	- Detectar precocemente casos novos de TB - Aprimorar a organização, planejamento e implementação da assistência a esses pacientes	Capacitação/atualização facilitada pelos profissionais de nível superior, através de estudos de caso
Designação de uma ação mensal de busca de SR	- Aumentar a detecção de casos suspeitos da doença - Fortalecer a capacidade do usuário de enfrentamento dos problemas ligados ao processo saúde-doença-cuidado no contexto da TB	Atividade Educativa com solicitação de baciloscopia de escarro

Educação em Saúde nas escolas	- Potencializar o acesso e a parceria com escolas; - Promover ações educativas sobre a doença	Roda de conversa com estudantes das escolas do Programa Saúde na Escola, semestralmente
Expansão da busca ativa de SR no território	- Introduzir sistematicamente a busca ativa de SR na rotina de trabalho do ACS	Utilização de planilha de busca ativa de SR na visita domiciliar do ACS, avaliada semanalmente

Quadro 5 – Eixo 2: Descentralização Diagnóstica e Organização de fluxos

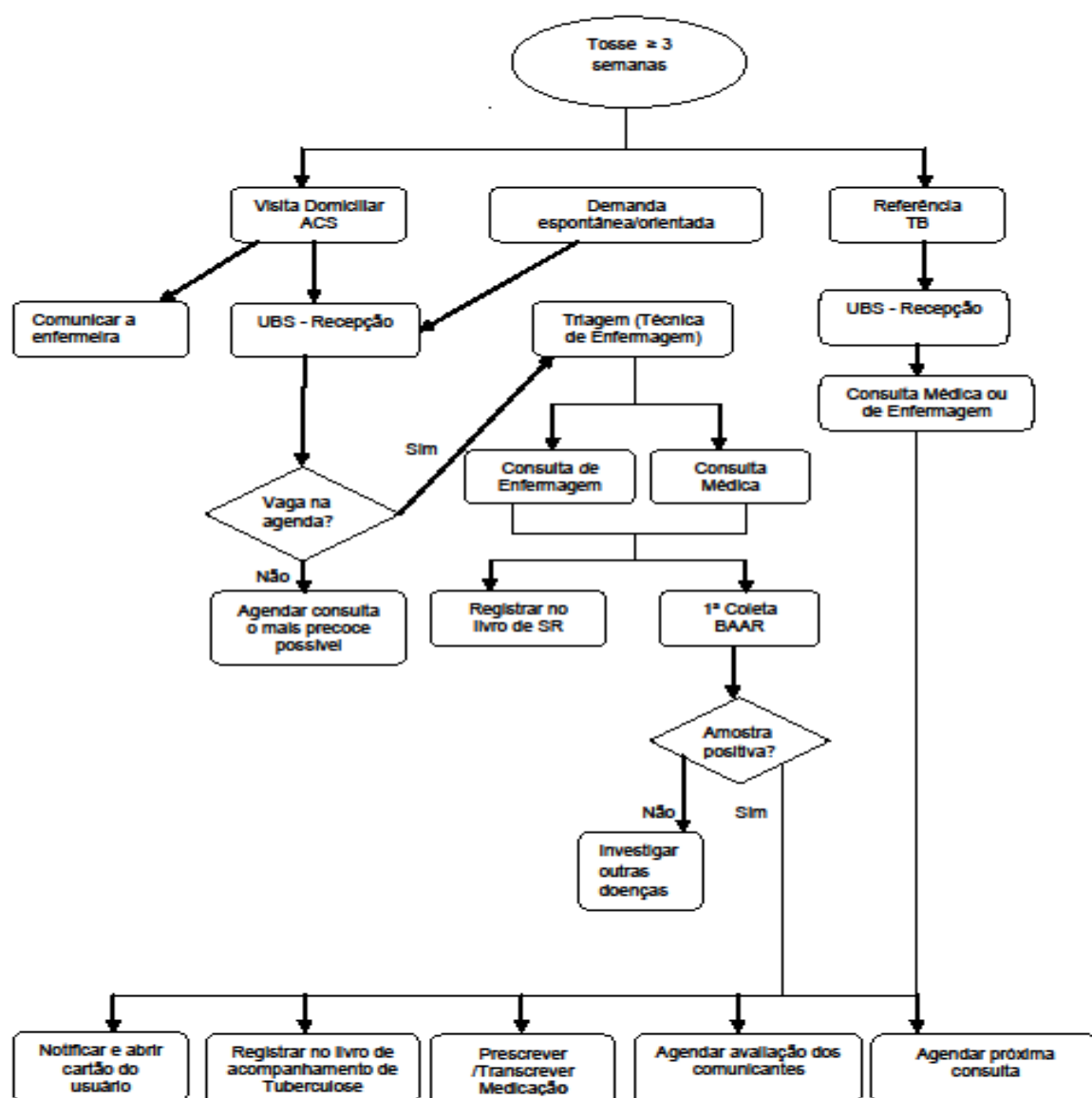
Ação proposta	Objetivos	Execução
Realização da coleta de BAAR (Bacilo Álcool Ácido Resistente) em escarro na própria Unidade de Saúde	-Diagnosticar precocemente a TB; - Facilitar o acesso do paciente ao exame de diagnóstico	Coletar a primeira amostra de escarro no momento da consulta e orientar o paciente a trazer a segunda no dia seguinte
Organização de fluxo laboratorial para as amostras de escarro	- Descentralizar o procedimento de coleta - Agilizar a realização de exames e diagnóstico	Articular com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) a disponibilidade de insumos e transporte para envio da amostra de escarro ao laboratório de referência
Utilização de ficha de referência e contra-referência para a tuberculose	- Promover comunicação sistemática entre os serviços	Encaminhar o paciente somente com a ficha de referência e contra-referência
Inclusão de item que interroge a presença e duração da tosse no prontuário utilizado na Unidade de Saúde	- Ampliar a identificação de SR	Inserir manualmente e solicitar a SMS que seja inserido o questionamento sobre a presença e duração da tosse nos

		prontuários
--	--	-------------

A educação permanente foi uma das ações prioritárias elencadas no *guideline* proposto pela equipe, pois, como reafirmado por Lopes et al (2011) a capacitação permanente dos profissionais é um atributo fundamental para o controle da doença. Estudos realizados por Bezerra et al (2013) evidenciaram melhora significativa na qualidade da abordagem à cerca da problemática da TB por parte dos ACS.

A capacitação continuada dos profissionais de saúde repercute de forma positiva no número de pessoas atendidas, no aumento no número de exames realizados, redução do número de casos novos, redução da proporção de abandono do tratamento e da taxa de mortalidade relacionada à TB (MARQUIEVIZ, ALVES, NEVES et al., 2013).

A elaboração do *guideline* de maneira coletiva e participativa favoreceu o processo educativo, promovendo o envolvimento dos participantes, bem como a corresponsabilização destes no que diz respeito à efetização da busca ativa dos sintomáticos respiratórios.

Figura 4 – Fluxograma - *Guideline* de Identificação de Sintomáticos Respiratórios

O fluxograma com enfoque na identificação de sintomáticos respiratórios foi construído durante a oficina, levando-se em consideração o que é realizado na prática e o que é proposto pelo PNCT. A identificação do SR ocorre a partir da visita domiciliar do ACS ou procura do paciente à UBS por demanda espontânea ou orientada. Se identificado pelo ACS acontece a comunicação imediata à enfermeira e encaminhamento à Unidade de Saúde para a realização de consulta médica ou de enfermagem a depender da disponibilidade, com solicitação de BAAR (realização da primeira amostra no momento da consulta e orientações para a realização da segunda amostra no dia seguinte) e registro no livro de SR. Caso o resultado do exame de escarro seja positivo ocorre notificação do caso de tuberculose e abertura do cartão do usuário, registro no Livro de Acompanhamento de Tuberculose, prescrição/transcrição da medicação, agendamento de avaliação dos comunicantes e retorno para consulta subsequente com alternância entre os profissionais médico e enfermeiro. Se o paciente vier encaminhado pelo serviço de referência excluem-se ações direcionadas ao diagnóstico.

Foram encontradas como dificuldades para o trabalho de campo a demanda excessiva de atendimento dos profissionais, dificuldade para estabelecer uma agenda que conciliasse as inúmeras atividades dos profissionais (campanhas de vacinação, epidemias, treinamentos); período de greve e o afastamento por férias dos profissionais.

Como facilidades encontradas para o trabalho de campo identificou-se a agilidade para obtenção de permissões oficiais para realização da pesquisa, bom relacionamento e cooperação da ESF, e a inserção da pesquisadora no contexto da pesquisa, bem como o conhecimento da realidade local.

Posteriormente à defesa deste trabalho, pretende-se promover um terceiro encontro com os sujeitos envolvidos para validação do *guideline* e sua aplicabilidade no cotidiano das equipes de saúde da atenção básica.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo contribuiu para o desenvolvimento do potencial analítico e da capacidade de reflexão crítica dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família com vistas às mudanças no modelo assistencial direcionado à identificação dos sintomáticos respiratórios.

Foram mencionadas algumas dificuldades na continuidade das ações voltadas para os sintomáticos respiratórios reforçando a importância da reavaliação constante e rotineira da prática, reconhecendo as fragilidades e procurando superá-las.

Propondo, desta forma, a incorporação das ações de controle da TB na ABS de modo consciente por meio do envolvimento, integração e articulação de todos os membros da equipe. Contudo, é de suma relevância para a efetivação das ações, o planejamento, avaliação e adequação das estratégias propostas pelo Ministério da Saúde (MS) através do PCNT adotadas a nível local/municipal, onde ocorre de fato a implementação das políticas.

Destaca-se como limitações deste estudo a participação “apenas” das categorias ACS e enfermeiro, já que o PSF, atualmente conhecido como Estratégia de Saúde da família, tem em sua composição ainda o médico, o técnico de enfermagem e a equipe de Saúde Bucal.

Entretanto, acredita-se que estes resultados, embora refletindo uma realidade local, possam conceber reflexões sobre o papel da equipe no controle da TB e produzir efeitos na melhoria das ações direcionadas à busca e identificação dos SR, considerando que foi possível responder aos objetivos propostos pelo estudo.

Deste modo é imprescindível divulgar, promover a reflexão sobre as práticas, formar as equipes e despertá-las para a relevância da existência e uso de normas, protocolos que orientem a prática clínica, e para a necessidade de atualização dos conhecimentos.

Como desdobramentos deste estudo pretende-se: promover uma roda de conversa com a gerência de atenção básica e vigilância epidemiológica para apresentação e validação do *guideline*; articular com os setores responsáveis a viabilização da coleta de BAAR na USF e organização da logística para a entrega do material no laboratório e divulgar o *guideline* de cuidados voltados para a identificação dos SR de modo que o mesmo torne-se uma rotina pelos profissionais da ESF.

REFERÊNCIAS

ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, p. 208- 20, 1974.

ADRATT, E; LIMA, L.; BARRA, C. *Guidelines: Fundamentos Teóricos e Evolução Tecnológica dentro da Medicina*. In: **IX Congresso Brasileiro Informática em Saúde (CBIS)**. 2004. p. 07-10.

ARCÊNCIO, R. A.; ARAKAWA, T.; OLIVEIRA, M. F.; CARDOZO GONZALES, R. I.; SCATENA, L. M.; RUFFINO NETTO, A.; VILLA, T.C.S. Barreiras econômicas na acessibilidade ao tratamento da tuberculose em Ribeirão Preto - São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** (Impresso), v. 45, p. 1121-1127, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.

BARRETO, A. J. R. et al. Organização dos serviços de saúde e a gestão do cuidado à tuberculose. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1875-1884, 2012.

BERALDO, A. A. et al. Atraso na busca por serviço de saúde para o diagnóstico da tuberculose em Ribeirão Preto (SP). **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, 2012.

BEZERRA, L. M. S. et al. Capacitação no controle da tuberculose para agentes comunitários de saúde em Fortaleza – CE. **Anais do Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade**. Belém, 2013. Maio; 12:1070. Disponível em: <<https://www.cmfc.org.br/brasileiro/article/view/552/550>>. Acesso em: 19 jul. 2016.

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

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde /** Brasília: 2004, 64 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/refencial_Curricular_ACS.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2016.

_____. 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. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Manual Instrutivo**. Brasília – DF. 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_A_B2013.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. v. 46, n.9, 2015. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/25/Boletim-tuberculose-2015.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2016.

CAMPOS, G.W.S.; GUTIÉRREZ, A.C.; GUERRERO, A.V. P.; CUNHA, G.T. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: Campos, Gastão Wagner de Sousa; Guerrero, André Vinicius Pires. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo, HUCITEC, 2008. p.132-153.

CAMPOS, V. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.849-859, 2007.

CARDOZO-GONZALES, R. I. et al. Ações de busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose na visão dos profissionais de uma unidade saúde da família. **Revista de Enfermagem e Saúde**. Pelotas (RS) 2011 jan-mar;1(1):24-32.

CLEMENTINO, F. S. et al. Tuberculose: desvendando conflitos pessoais e sociais. **Revista de enfermagem**. UERJ, v. 19, n. 4, p. 638-643, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a23.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2016.

DAVIES, P.D.O. The Role of DOTS in Tuberculosis treatment and control. **Am J Resp Med**. v .2, n. 3, p. 233-239, 2003.

DEMISSIE, M.; LINDTJORN, B.; BERHANE, Y. Patient and health service delay in the diagnosis of pulmonary tuberculosis in Ethiopia. **BMC Public Health**. 2002 Set; 2:23.

DRULLA, A.D.; ALEXANDRE, A.M.C.; RUBEL, F.I.; MAZZA, V.A. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. **Cogitare Enfermagem**, v.14, n.4, p. 667-74, 2009.

ESCOREL, Sarah et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 21, n. 2-3, p. 164-176, 2007.

FARIAS, M. M., MOREIRA, D. M. Impacto de Protocolo de Dor Torácica sobre a Adesão às Diretrizes Societárias: um ensaio clínico. **Rev Bras Cardiol**. 2012; 25(5):368-376. Setembro/Outubro.

FIGUEIREDO, T.M.R.M.; VILLA, T.C.S.; SCATENA, L.M.; GONZALES, R.I.C.; RUFFINO NETO, A.; NOGUEIRA, J.A. et al. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n.5, p.825-31, 2009.

GOLUB, J. E. et al. Patient and health care system delays in pulmonary tuberculosis diagnosis in a low-incidence state. **Int J Tuberc Lung Dis**, v. 9, n. 9, p. 992–8, 2005.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 out. 2015.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Técnicas de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LOPES, M. D. et al. Atuação dos agentes comunitários de saúde frente ao controle de tuberculose pulmonar nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Ubá, MG: uma abordagem da busca ativa. **Efdeportes.com Revista Digital. Buenos Aires, Ano 15, Nº 154, Março de 2011**. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd154/agentes-comunitarios-de-saude-frente-tuberculose.htm>>. Acesso em: 25 jul. 2016.

MACIEL, E.L.N.; GOLUB, J.E.; PERES, R.L.; HADAD, D.J.; FÁVERO, J.L.; MOLINO, L.P., et al. Delay in diagnosis of pulmonary tuberculosis at a primary health clinic in Vitória, Brazil. **Int J Tuberc Lung Dis**. v.14, n.11, p.1403-10, 2010.

MARCOLINO, A. B. L. et al. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux – PB. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 12, n. 2, p. 144-57, 2009.

MARQUI, A.B.T.; JAHN, A.C.; RESTA, D.G.; COLOMÉ, I.C.S.; DA ROSA, N.; ZANON, T. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Rev Esc Enferm USP**; v.44, n. 4, p.956-961, 2010.

MARQUIEVIZ, J. et al. A Estratégia de Saúde da Família no controle da tuberculose em Curitiba (PR). **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2013.

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, Universidade Federal do Ceará; 2002. 92p.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549p.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. 512p.

MENDONÇA, M.H.M. et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2355-2365, 2010.

MONROE, A.A.; CARDOZO GONZALES, R.I.; PALHA, P.F.; SASSAKI, C.M.; RUFFINO NETTO, A.; VENDRAMINI, S.H.F. et al. Envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde no controle da tuberculose. **Rev Esc Enferm USP**, v.42, n.2, p.262-7, 2008.

NOGUEIRA, J.A.; RUFFINO NETTO, A.; MONROE, A.A.; CARDOZO GONZALES, R.I.; VILLA, T.C.S. Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose na percepção do Agente Comunitário de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.09, p.106-118, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a08.htm>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

NOGUEIRA, J. A. et al. Enfoque familiar e orientação para a comunidade no controle da tuberculose. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, n. 2, p. 207-16, jun 2011.

NÚÑEZ R.T.; LORENZO I.V, NAVERRETE M.L. **La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas**. Gac Sanit [Internet]. 2006. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911106715485>>. Acesso em: 24 abr. 2016.

OLIVEIRA, S.A.C.; RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T.C.S.; VENDRAMINI, S.H.F.; ANDRADE, R.L.P.; SCATENA, L.M. Health services in tuberculosis control: Family focus and community orientation. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.17, n.3, p. 361-7, 2009.

PAIVA, R. C.G. et al. Acessibilidade ao diagnóstico de tuberculose em município do Nordeste do Brasil: desafio da atenção básica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.l.], v. 16, n. 3, p. 520-6, set. 2014. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/23491/17526>>. Acesso em: 30. Abr. 2015.

PAVIANE, N. M. S.; FONTANA, N. M. Oficinas pedagógicas: relato de uma experiência. **Conjectura**. Caxias do Sul. v. 14, n. 2, maio/ago. 2009.

RAJESWARI, R.; CHANDRASEKARAN, V.; SUHADEV, M.; SIVASUBRAMANIAM S, SUDHA G, RENU G. Factors associated with patient and health system delays in the diagnosis of tuberculosis in South India. **Int J tuberc Lung Dis**. v. 6, n.9, p. 789-95, 2002.

RUFFINO-NETTO, A. Controle da tuberculose no Brasil: dificuldades na implantação do programa. **Jornal de Pneumologia**, v. 26, n. 4, p. 159-162, jul-ago. 2000.

SÁ, L. D. et al. Implantação da estratégia DOTS no controle da TB na Paraíba: entre o compromisso político e o envolvimento das equipes do programa saúde da família (1999- 2004). **Ciênc. saúde colet.**, v. 16, n. 9, p. 3413-9, 2011b.

SANTOS, J. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. **Revista Saúde Pública**. v. 41 (Supl. 1), p. 89-94, 2007.

SAVASSI, L.C.M.; DIAS, M.F. **Visita domiciliar: grupo de estudos em saúde da família.** AMMFC: Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <http://www.smmfc.org.br/gesf/gesf_vd.htm> Acesso em: 05 abr. 2016.

SINAN. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Ministério da Saúde [homepage na Internet]. Secretaria Executiva. [acesso em julho 2016]. Informações de Saúde. Morbidade e informações epidemiológicas. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 10 mar. 2016.

SREERAMAREDDY, C. T.; PANDURU, K. V.; MENTEN, J.; ENDE, J. V. Time delays in diagnosis of pulmonary tuberculosis: a systematic review of literature. **BMC Infectious Diseases**, v. 9, n. 91, 2009.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem.** Florianópolis: Insular, 2004.

TRENTINI, M.; PAIM, L. SILVA, D. M. G. V. **Pesquisa convergente-assistencial – PCA: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde.** 3ª edição. Porto Alegre: Moriá, 2014.

TRIGUEIRO, D. R. S. G.; NOGUEIRA, J.A.; SÁ, L. D.; MONROE, A. A.; ANJOS, U. U.; VILLA, T. C. S.; SILVA, D.M; ALMEIDA, S.A. The influence of individual determinants in the delay of the tuberculosis diagnosis. **Texto & Contexto Enfermagem** (UFSC. Impresso), v. 23, p. 1022-1031, 2014.

WANG, W.; JIANG, Q.; ABDULLAH, A.S.M.; XU, B. Barriers in accessing to tuberculosis care among non-residents in Shanghai: a descriptive study of delays in diagnosis. **Eur J Public Health**. Out; 17(5):41942,2007.

WEIRICH, CF; BEZERRA, A. L. Q.; MUNARI, D. B. Endomarketing: ensaio sobre possibilidades de inovação na gestão em Enfermagem. **Rev. bras. enferm**, v. 57, n.06, p. 754-757, 2004.

WERNECK, M.A.F.; FARIA, H.P.; CAMPOS, K.F.C. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço.** Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 84p.

WHO. World Health Organization. Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015. Disponível em: <http://www.who.int/tb/post2015_strategy/en/>. Acesso em: 16 mar. 2016.

WYSOCKI A.D.; PONCE, M.A.Z.; SCATOLIN, B.E.; ANDRADE, R.L.P.; VENDRAMINI, S.H.F.; RUFFINO NETTO, A.; VILLA, T.C.S. Delay in seeking initial care for Tuberculosis Diagnosis. **Rev Esc Enferm USP**. v. 47, n. 2. p.440-447, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA-UFPB
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Iniciais:

Idade:

Sexo:

Formação Profissional:

Tempo de Serviço na Atenção Básica:

Já participou de qualificação em Tuberculose? () Sim () Não

‘ Se sim, há quanto tempo? () < de 1ano

() ≥ 1 e < 5 anos

() ≥ 5 anos

2. DADOS REFERENTES AO TEMA

Fale o que você compreende sobre a ação de busca ativa de sintomáticos respiratórios.

Descreva como são realizadas as ações de identificação de sintomáticos respiratórios e operacionalizadas as ações para o diagnóstico em sua prática.

Na sua opinião, quais as ações necessárias para compor um *guideline* para detecção de casos de tuberculose?

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa tem como objetivo construir coletivamente com profissionais da equipe de saúde da família, um *guideline* de cuidados voltado para identificação e diagnóstico dos casos de tuberculose. Está sendo desenvolvida por Elma Galdino Brandão, aluna do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Profa. Dra. Jordana de Almeida Nogueira. Tem como finalidade contribuir para a implementação de ações de vigilância, prevenção e controle da tuberculose favorecendo a detecção precoce dos casos da doença com diminuição da morbimortalidade. Solicitamos a sua colaboração para a realização de uma entrevista, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos previsíveis para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador (a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo não sofrerá nenhum dano. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Contato com o Pesquisador (a). Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a) Elma Galdino Brandão

Endereço (Setor de Trabalho): Rua do Sol, S/Nº - Bairro Santa Rosa – Campina Grande/PB

Telefone: (83) 8853-8996/9947-8898

Ou

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB

☎ (83) 3216-7791 – E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

APÊNDICE 3

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

OFICINA: *Guideline* para identificação de sintomáticos respiratórios pela Equipe de
Saúde da Família

FACILITADOR: Elma Galdino Brandão

DATA: 16/05/16 HORÁRIO: 13:00 às 17:00h

LOCAL: UBS Adriana Bezerra

OBJETIVOS:

GERAL

- Construir com profissionais da equipe de saúde da família um *guideline* de cuidados voltado para identificação de sintomáticos respiratórios.

ESPECÍFICOS

- Verificar o entendimento de profissionais da equipe de saúde da família sobre as ações necessárias para realização da busca ativa de sintomáticos respiratórios;
- Definir as ações necessárias para compor um *guideline* de cuidados que viabilize a identificação de sintomáticos respiratórios;
- Elaborar uma proposta de *guideline* a partir das ações apontadas pelos participantes.

JUSTIFICATIVA:

- ▶ Aumentar os conhecimentos da equipe sobre Tuberculose e consequentemente uma maior detecção dos casos;
- ▶ Influenciar na busca de casos de Tuberculose para a atenção básica;
- ▶ Motivar os profissionais da equipe na identificação e seguimento dos sintomáticos respiratórios;
- ▶ Diminuir o estigma em relação à Tuberculose.

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Data show, notebook, cartolinas, tarjetas, estojo de lápis hidrocor, textos (previamente selecionados), papel quarenta, canetas e papel ofício.

DESCRIÇÃO DA OFICINA

13:00 – Apresentação e propósito da oficina Tempo: 15min

13:15 – Discussão de Caso Tempo: 45min

Há quase 2 meses, João não se sente bem. Ele, que é pedreiro, já nem consegue trabalhar. No seu barraco, onde mora com a mulher e quatro filhos, as crianças brincam de pés no chão. A esposa, Sebastiana, trabalha como faxineira em casas de família. João arruma um trabalho hoje, outro amanhã, “bicos” que servem somente para não morrer de fome. Ainda mais agora, que ele anda tão cansado, com esta gripe que não passa... João resolve ir ao Posto de Saúde.



Auxiliar - O próximo!

João - Eu queria saber se dá para passar no médico hoje, porque estou com uma tosse há quase 40 dias.

Auxiliar - Impossível. Consulta marcada só para daqui a um mês.

João - Mas esta tosse...

Auxiliar - Então, se já está com ela há 40 dias, sinal de que não é tão urgente e pode esperar uma consulta marcada. Se não quiser, tem que procurar o Pronto Socorro.

No Pronto Socorro, o médico atendeu João e prescreveu um xarope, aspirina e amoxicilina.

Comente a atitude da auxiliar e do médico. É comum as pessoas não pensarem na suspeita de tuberculose ao atenderem alguém com tosse persistente. Mas este é exatamente o ponto mais importante para se conseguir diagnosticar logo esta doença. Discuta o porquê, levando em conta as seguintes questões:

- Quais podem ser as consequências da demora em se fazer o diagnóstico e iniciar tratamento, em nível individual? E para a coletividade?
- De que depende essa demora - a responsabilidade compete ao paciente (que custa a procurar assistência médica) ou ao sistema de saúde?
- Que recursos as pessoas de sua área de atuação costumam procurar quando adoecem?

Na estória acima, João vive em precárias condições de vida. Quais as características dos doentes de TB e como eles vivem, em sua área de atuação? Entre os fatores referentes ao nível de vida, quais os que você acha que favorecem o contágio da tuberculose? Por quê? Até quando se espera que João seja uma fonte de infecção? Qual o período de transmissibilidade da tuberculose?

13:45 – Circuito da TUBERCULOSE

Tempo: 50min

Cartolinas serão afixadas às paredes da sala formando um círculo, todos serão convidados a colocarem sua contribuição respondendo às perguntas:

O que é?	Como se transmite?	Quais os sintomas?	O que é sintomático respiratório?	Qual período de transmissão?	Quais os fatores relacionados à transmissão?
O que é busca ativa?	Como se descobre a Tuberculose?				

Após o circuito haverá a discussão e síntese das informações.

14:35 – Qual o meu papel no diagnóstico da Tuberculose? Tempo: 15min

* Enfermeiro

* Agente Comunitário de Saúde

Cada um escreve em tarjetas e fazem um mural.

14:50 – Lanche Tempo: 15min

15:05 – Discussão em grupo Tempo: 40min

Leitura e discussão dos textos

1. Diagnóstico da tuberculose

2. Organização dos serviços para o tratamento diretamente observado

15:45 – Criação de um Fluxograma de atendimento do suspeito de tuberculose
Tempo: 15min

16:00 – Roda Dupla de Conversa Tempo: 30min

Dividir o grupo, fazer dois círculos, um interno e outro externo, pedir para cada grupo discutir sobre um dos pontos:

- Dificuldades para a identificação dos sintomáticos respiratórios;
- Ações necessárias para compor um *guideline* para detecção de casos de tuberculose.

Cada grupo interno terá 10 minutos para discussão, o grupo externo observando as discussões em silêncio escreverá suas contribuições sobre os pontos discutidos. Ao final de cada discussão cinco minutos para as complementações.

Consolidar as informações em cartolinas.

16:30 – Mini exposição - Tuberculose na Atenção Básica Tempo: 30min

REFERENCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

SANTOS, L. A. R.; GALES, V. M. N.. Treinamento Básico de Vigilância Epidemiológica (TBVE): módulo específico; tuberculose *São Paulo*; s.n; 1999.

ANEXOS

ANEXO I



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 10ª Reunião realizada no dia 17/11/2016, a Emenda da mudança do Título do Projeto de pesquisa: “GUIDELINE PARA DETECÇÃO DE CASOS DE TUBERCULOSE NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA”, para “GUIDELINE PARA IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA” da pesquisadora Elma Galdino Brandão. Prot. nº 0389/15. CAAE: 46083015.1.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Teresa Cristina Cunha
Mat. SIAPE 0331417
CEP-CCS-UFPB