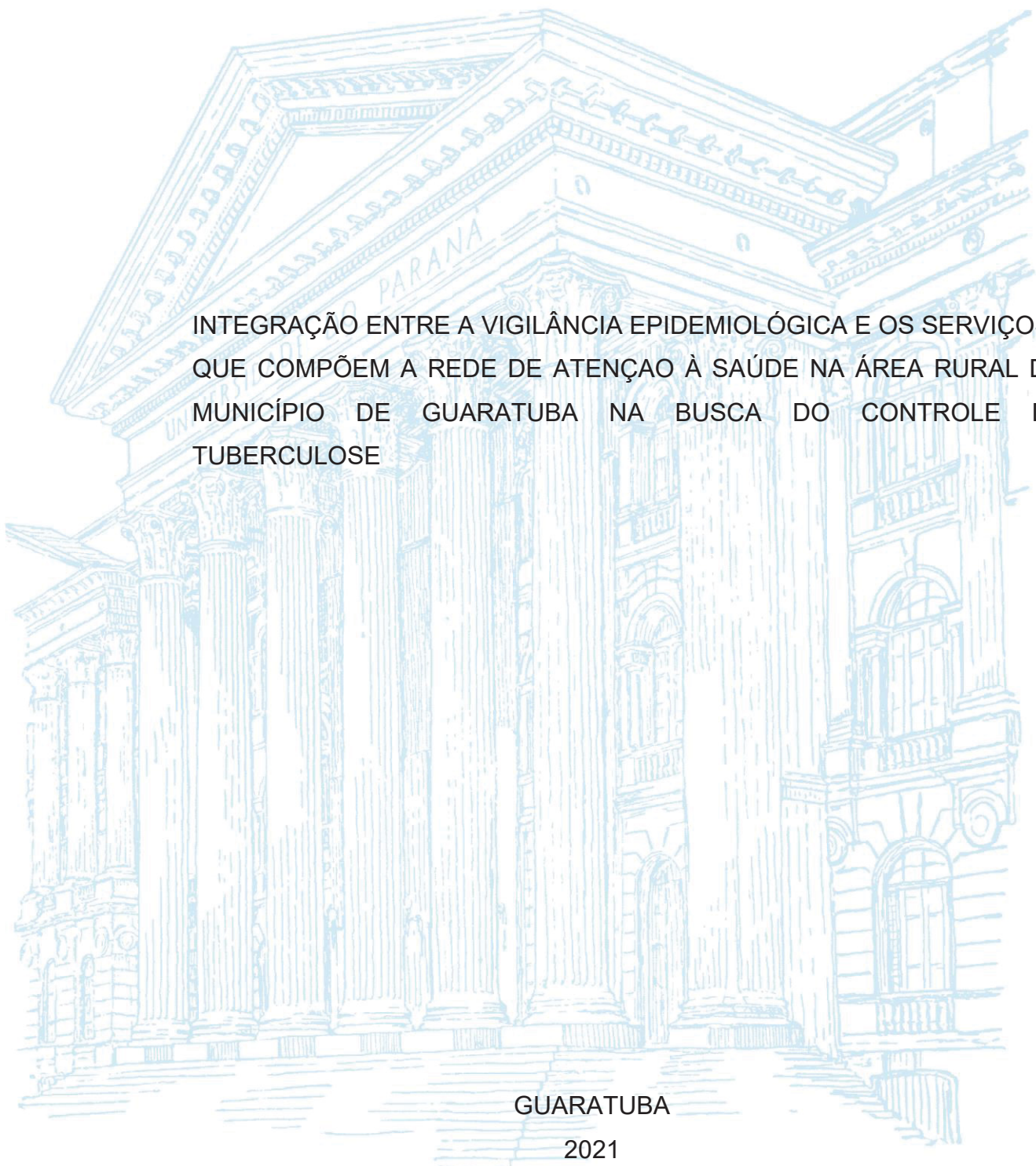


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

DULCERLY JUDSON PIRES SARRIA TEJADA



INTEGRAÇÃO ENTRE A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E OS SERVIÇOS  
QUE COMPÕEM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NA ÁREA RURAL DO  
MUNICÍPIO DE GUARATUBA NA BUSCA DO CONTROLE DA  
TUBERCULOSE

GUARATUBA

2021

DULCERLY JUDSON PIRES SARRIA TEJADA

INTEGRAÇÃO ENTRE A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E OS SERVIÇOS  
QUE COMPÕEM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NA ÁREA RURAL DO  
MUNICÍPIO DE GUARATUBA NA BUSCA DO CONTROLE DA TUBERCULOSE

TCC apresentado ao curso de pós-graduação em Especialização em Atenção Básica, setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Atenção Básica de Saúde.

Orientadora: Marcia Seima

GUARATUBA

2021

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por ter me dado vida, sabedoria, saúde para conseguir realizar este trabalho.

A Universidade Federal do Paraná, ao Programa Mais Médicos, a Prefeitura Municipal e Secretaria de Saúde de Guaratuba pela oportunidade de fazer o curso.

A orientadora Andrea Pettres, à tutora Márcia Daniele Seima, pelo empenho dedicado a elaboração deste trabalho, pelo paciente trabalho de revisão, por suas correções e incentivos.

A minha amiga Dra. Ana Moreira por sua ajuda no português, atualidades médicas e experiência no exercício da medicina no Brasil e no Exterior.

A meu esposo Jorge S.Tejada pelo amor, incentivo e apoio incondicional nas horas difíceis, de desânimo e cansaço.

A minhas companheiras de equipe Mariana Sales e Luana Pessoas dos Santos Theisen por todo o apoio recebido.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte de minha formação, o meu muito obrigado.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”. (Marthin Luther King)

## RESUMO

**Introdução.** O plano de intervenção que trata da integração entre a vigilância epidemiológica e os serviços que compõem a rede de atenção à saúde na área rural do município de Guaratuba na busca do controle da tuberculose é um resultado do curso de especialização em atenção básica da UFPR, financiado pelo UNA-SUS. Nas últimas décadas, desde a ré emergência da tuberculose (TB) no mundo, o ano de 2015 tornou-se um novo marco na história dessa doença, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) indicou a tuberculose como um problema de saúde pública. Um dos grandes problemas para a contenção da doença é a dificuldade de integração entre a Vigilância Epidemiológica Municipal e as Unidades Básicas de Saúde. **Objetivos.** Realizar integração estreita entre a Vigilância Epidemiológica e profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde da área rural com vistas ao controle e prevenção da tuberculose, no Município de Guaratuba, Paraná. **Método.** Trata-se de trabalho baseado na pesquisa-ação. A investigação foi realizada em cinco Unidades de Saúde da área rural com as seguintes etapas: 1ª discussão nas reuniões de equipe mensais com representantes de todas as unidades, Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica e vigilância epidemiológica municipal, quanto aos problemas detectados em relação às doenças de notificação compulsória especialmente casos tuberculose; 2ª busca ativa de pacientes de tuberculose em abandono de tratamento e 3ª realização de exames (amostras de escarro para Baciloscopia (BAAR) e Raio X de tórax) em comunicantes dos pacientes de tuberculose. Nas reuniões refez-se os fluxos das notificações compulsórias da área rural e definiu-se os responsáveis por cada atividade no acompanhamento aos casos de Tuberculose. Foi ainda orientada a realização do curso UNA-SUS Manejo da Tuberculose na Atenção Primária, sendo realizado por uma médica, uma auxiliar e uma estagiária de enfermagem que repassaram seu conteúdo ao restante da equipe. **Resultados e Discussões.** Quanto aos resultados nas Unidades rurais de Cubatão, Descoberto e Limeira foram identificados 12 casos de Tuberculose, sendo 7 (sete) casos de abandono de tratamento e cinco novos casos. Os tratamentos preconizados foram administrados utilizando-se o Tratamento Diretamente Observado e após 6 (seis) meses, 10 pacientes tiveram alta, 1(um) paciente continua em tratamento e 1 (um) paciente veio a óbito por outra patologia. **Considerações Finais.** O plano de intervenção teve êxito, a melhora da integração entre a vigilância epidemiológica municipal e a atenção básica, favoreceu a modificação do processo de trabalho, reorganizou o serviço, garantindo adequado cuidado aos pacientes com Tuberculose. Espera-se com este trabalho incentivar a integração entre os profissionais dos diversos setores da saúde acerca de discussões e reflexões em relação ao diagnóstico e tratamento da Tuberculose, contribuindo nas ações de gestão em saúde implementadas no controle da doença e conseqüentemente na melhoria da saúde da população do Município de Guaratuba.

**Palavras-chaves:** Tuberculose; Atenção Primária a Saúde; Vigilância Epidemiológica; Promoção da Saúde; Educação em Saúde.

## ABSTRACT

**Introduction.** The intervention plan that deals with the integration between epidemiological surveillance and the services that make up the health care network in the rural front of the municipality of Guaratuba in the search for tuberculosis control is a control of the UFPR's funded specialization course in primary care, by NA-SUS. In recent decades, since the re-emergence of tuberculosis (TB) in the world, the year 2015 has become a new milestone in the history of this disease, when the World Health Organization (WHO) indicated tuberculosis as a public health problem. One of the major problems for the containment of the disease is the difficulty of integration between the Municipal Epidemiological Surveillance and the Basic Health Units. **Goals.** To carry out close integration between Epidemiological Surveillance and health professionals from Basic Health Units in rural front, with a view to controlling and preventing tuberculosis, in the municipality of Guaratuba, Paraná. **Method.** It is work based on action research. The investigation was carried out in front Health Units in the rural front with the following steps: 1st discussion in monthly team meetings with representatives of all units, Expanded Center for Family Health and Primary Care and municipal epidemiological surveillance, as to the problems detected in relation to compulsory notification diseases, especially tuberculosis cases; 2nd active search for tuberculosis patients abandoning treatment and 3rd performing exams (sputum samples for sputum smear microscopy (BAAR) and chest X-ray) in contacts of tuberculosis patients. At the meetings, the flows of compulsory notifications in the rural front were remade and those responsible for each activity in monitoring cases of Tuberculosis were defined. The NA-SUS course on Tuberculosis Management in Primary control also oriented, being carried out by a doctor, a assistant and a nursing intern, who passed on its content to the control team. As for the results in the rural units of Cubatão, Descoberto and Limeira, 12 cases of Tuberculosis were identified, with 7 cases of treatment abandonment and front new cases. The recommended treatments were administered using the Directly Observed Treatment and after 6 months, 10 patients were discharged, 1 patient continues in treatment and 1 patient died from another pathology. The intervention plan was successful, the improved integration between municipal epidemiological surveillance and primary care, favored the modification of the work process, reorganized the service, ensuring adequate care for patients with Tuberculosis. It is hoped that this work front encourage integration between professionals from different health sectors regarding discussions and reflections on the diagnosis and treatment of Tuberculosis, contributing to the health management actions implemented in the control of the disease and consequently in improving the health of the population of the Municipality of Guaratuba.

**Keywords:** Tuberculosis; Primary Health Care; Epidemiological surveillance; Health promotion; Health education

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1- PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS, GUARATUBA, 2021.....	19
QUADRO 2- ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES A SEREM REALIZADAS NA INTEREVENÇÃO, GUARATUBA, 2021.....	26
QUADRO 3- DESCRIÇÃO DETALHADA DO PLANO DE INTERVENÇÃO, GUARATUBA, 2021.....	27
QUADRO 4: CASOS DE TUBERCULOSE ACOMPANHADOS PELAS UNIDADES RURAIS DE SAÚDE DE GUARATUBA NO PERÍODO DE OUTUBRO DE 2019 A MAIO DE 2021.....	42

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPARDES	- Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
PIB	- Produto Interno Bruto
IDEB	- Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
CMEI	- Centro Municipal de Educação Infantil
MEC	- Ministério da Educação
SIM-DATASUS	- Sistema de Informações sobre Mortalidade
ESF	- Estratégia de Saúde da Família
SAMU	- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
APAE	- Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
UBS	- Unidade Básica de Saúde
CRAS	- Centro de Referência de Assistência Social
CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial
SINAN-SMS	- Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Secretaria Municipal de Saúde
HAS	- Hipertensão Arterial Sistêmica
SIPNI	- Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização
TB	- Tuberculose
A.C.S	- Agentes Comunitários de Saúde
CENDES-OPAS	- Centro de Desenvolvimento – Organização Panamericana da Saúde
OMS	- Organização Mundial da Saúde
TB-HIV	- Tuberculose-Vírus da Imunodeficiência Humana
APS	- Atenção Primária a Saúde
PNCT	- Programa Nacional do Controle da Tuberculose
NASF	- Núcleo Ampliado de Saúde da Família
BAAR	- Bacilo Álcool-ácido resistente
SUS	- Sistema Único de Saúde
TDO	- Tratamento Diretamente Observado
TRM-TB	- Teste Rápido Molecular para Tuberculose
PET	- Tomografia por Emissão de Pósitrons

CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde

RHZE - Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol

PSF - Programa Saúde da Família

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PEP - Programa de Educação Previdenciária

D.O - Declaração de Óbito

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
1.1 CONTEXTO E PROBLEMA.....	18
1.2 OBJETIVOS.....	22
1.2.1 Objetivo geral.....	22
1.2.2 Objetivo específico.....	22
<b>2. MATERIAIS E MÉTODOS .....</b>	<b>23</b>
2.1 ETAPA I FASE EXPLORATIVA.....	23
2.2 ETAPA II INTERESSE DO TEMA.....	24
2.3 ETAPA III DEFINIÇÃO PROBLEMA.....	24
2.4 ETAPA IV ELABORAÇÃO DA PROPOSTA.....	25
2.5 ETAPA V IMPLANTAÇÃO.....	27
<b>3. REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>28</b>
3.1 BREVE HISTÓRICO.....	28
3.2 EPIDEMIOLOGIA.....	29
3.3 DIAGNÓSTICO.....	31
3.4 TRATAMENTO.....	34
3.5 VIGILÂNCIA E ATENÇÃO BÁSICA .....	35
<b>4. RESULTADOS /DISCUSSÃO .....</b>	<b>39</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>45</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>46</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Guaratuba é um município brasileiro localizado no estado do Paraná, é a segunda mais populosa cidade do litoral paranaense. Guaratuba é um termo de origem tupi que significa "ajuntamento de guarás". "Tuba" vem do tupi tyba, que significa "ajuntamento". Esse nome foi concebido pelos nativos que habitavam essa região de mangues na época do descobrimento do Brasil pelos portugueses. Guará é o nome de uma ave de plumagem vermelha que existia em abundância nesta área e que, mesmo protegida pelas autoridades, desapareceu do litoral paranaense e quase foi extinta. Guaratuba foi fundada 29 de abril de 1771, tendo portanto 250 anos de existência Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, (IBGE 2017).

Segundo o censo IBGE, a densidade demográfica do Município é 24,19 hab/km<sup>2</sup>, apresentando uma população de 32.095 habitantes. A concentração desta população se dando na área urbana do município 89,75%, e os restantes 10,05% na área rural.

Conforme os dados levantados (IBGE, 2010) nota-se que de 2000 para 2010, na área rural, ocorreu uma diminuição na concentração populacional, passando de 15,05% para 10,25%.

A pirâmide populacional do Município tem uma base larga, demonstrando população constituída em sua maioria por pessoas jovens. As faixas etárias se encontram assim distribuídas: crianças de 0 a 11 anos (16,25%), adolescentes de 12 a 18 anos (13,73%), adultos de 19 a 59 anos (48,06%) e idosos acima dos 60 anos (11,50%) (IBGE, 2010).

A projeção populacional 2020 para o Município de Guaratuba é de 37.527 pessoas. (IBGE, 2010)

Segundo o censo IBGE (2010) em Guaratuba o número total de domicílios recenseados (24.047), 22.332 se encontrando na área urbana e 1.715 na área rural. INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONOMICO E SOCIAL (IPARDES, 2021).

A agricultura, a pesca, e o turismo constituem as atividades econômicas fundamentais do Município. Guaratuba possui terras férteis onde são cultivados milho, mandioca, cana-de-açúcar, arroz, laranja, gengibre e banana, que

hoje faz parte da maior plantação do Município. É o maior produtor de bananas do Paraná, cultivada, principalmente, na comunidade de Cubatão (PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARATUBA, 2017). Em 2018, foram mais de 82.5 toneladas, o que gerou R\$ 50.700.375,00 milhões na comercialização da fruta. (JB LITORAL, 2020)

A pecuária destaca-se com um considerável rebanho de búfalos. Existem ainda em Guaratuba duas indústrias de palmito que são marcas de renome no Brasil e no exterior (PREFEITURA, 2017).

A pesca também tem grande destaque na economia do município, sendo uma das suas principais fontes de riquezas, sendo feita ainda de modo artesanal. O turismo também constitui ótima fonte de receita para o Município, turistas de todo o Brasil e do mundo visitam anualmente seus 22 km de praias. Estimativa do IBGE para 2018 aponta quanto ao trabalho e rendimento um salário médio de 2.2 salários-mínimos e proporção de pessoas ocupadas em relação à população total de 21.5%. Além disso, o município possui Produto Interno Bruto (PIB) per capita de R\$ 21.789,76 (IBGE, 2018).

No que concerne à educação, dados IBGE (2010) para o município, apontam uma taxa de escolarização de 6 a 14 anos de 97,8%. O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) relacionado aos anos iniciais do ensino fundamental na rede pública foi de 6,2 e nos anos finais de 4,5 (IBGE, 2017). Segundo IBGE (2018) as matrículas no ensino fundamental foram de 5.583 e no ensino médio 1.616, sendo que o número de estabelecimentos de ensino médio no total são sete escolas e 28 instituições no ensino fundamental, sete Centros de Educação Infantil (CMEI), quatro faculdades reconhecidas pelo Ministério da Educação (MEC).

Segundo os dados extraídos do IBGE (2010), o Índice de Desenvolvimento Humano municipal em Guaratuba foi de 0,717 e esperança de vida ao nascer de 74,7 anos .

Dados do IBGE (2010) apontam uma taxa de esgotamento sanitário adequada de 89,5%. No que diz respeito ao saneamento básico, existe na área rural de Guaratuba uma Associação de Distribuição de Água onde os moradores pagam uma taxa para que a água chegue até suas casas, através de encanamentos construídos pela comunidade, a água, porém, não é tratada. A rede de esgoto nesta área é inexistente, só há fossas sépticas.

Dados de saúde IBGE (2017) apontam uma taxa de Mortalidade Infantil de 11,72 óbitos por mil nascidos vivos; número de internações por diarreia de 1,1 internações por mil habitantes no ano de 2016. As cinco principais causas de Mortalidade na Região de Guaratuba registradas no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-DATASUS) em 2018 foram: Doenças do aparelho circulatório (86) 20,7%, causas externas de mortalidade e mortalidade (85) 20,4% , Neoplasia (72) 17,3% , Doenças do aparelho respiratório (39) 9,4%, Doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas (30) 7,2%.

A rede de atenção à saúde do Município possui 42 estabelecimentos de saúde, sendo 17 municipais e 5 privados, com atendimento pelo SUS. Dos estabelecimentos públicos, são 12 unidades de saúde, sendo 5 (cinco) com ESF (Estratégia de Saúde da Família), 1 Hospital com 50 leitos exclusivos do SUS, 1 Pronto Socorro, 1 Centro de Atendimento Psicossocial, 1 SAMU(Serviço de Atendimento móvel de urgência ), além da Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Farmácia vinculados à Secretaria de Saúde (PREFEITURA, 2017). E ainda citam que entre os 5 estabelecimentos privados com atendimento ao SUS, dois são laboratórios de análises clínicas, uma Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) e uma clínica de acupuntura. Os demais estabelecimentos privados não oferecem atendimento pelo SUS, em um total de 23 unidades, entre clínicas odontológicas, médicas e laboratórios de análises clínicas (PREFEITURA, 2017).

Na área rural existem cinco postos de saúde (Descoberto, Cubatão, Limeira, Morro grande e Pedra Branca). Guaratuba conta com oito equipes de saúde, distribuídas entre área rural e urbana, reforçadas pelo programa Mais Médicos do Governo Federal. Das oito equipes, seis pertencem à equipe médica da Estratégia de Saúde da família e duas à Estratégia Saúde da Família com Saúde Bucal (PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARATUBA, 2014; DATASUS, 2015 *apud* REVISÃO, 2015).

O número de atendimentos de saúde foi de 9.343, no ano de 2014, entre atendimentos médicos, odontológicos e fisioterapêuticos. Este quantitativo gera uma média de 2,08 atendimentos por habitante, aqui considerada à população fixa, de 32.826 habitantes (Secretaria Municipal de Saúde, 2015 *apud* REVISÃO, 2015).

O foco principal deste trabalho é a zona rural do Município de Guaratuba, região em que atuo como médica, desde outubro de 2019, junto à Prefeitura

Municipal de Guaratuba pelo Programa Mais Médicos para o Brasil. Possui em seu território 3.290 habitantes atendidos pela Equipe de Saúde da Família da qual faço parte, atendendo nas seguintes Unidades Básicas: Cubatão, Limeira, Pedra Branca, Morro Grande e Descoberto. Na zona rural de Guaratuba não há hospitais e/ou Unidades de Pronto-Atendimento, estes recursos só existem na área urbana, distância de aproximadamente 2 horas, com acesso difícil, devido às más condições das estradas.

A Equipe Móvel sai diariamente da Cidade de Guaratuba em direção a área rural, sendo formada por: 1 dentista, 2 auxiliares de dentista, 1 fisioterapeuta, 1 enfermeira, 1 auxiliar de enfermagem e 1 médica, e ainda 1 motorista do veículo. Na UBS de Cubatão, une-se à equipe local ali instalada a qual está formada por: 1 Técnica de Enfermagem, 1 Auxiliar de Serviços Gerais, 1 Estagiária de Enfermagem, 1 Agente Comunitário.

Na UBS do Descoberto está formada por: 2 Auxiliares de Serviços Gerais e 1 Agente Comunitário. Enquanto na UBS de Pedra Branca tem 1 Técnico Administrativo e 1 Auxiliar de Serviços Gerais. Na UBS de Morro Grande formada por: 1 Técnica de Enfermagem e 1 Auxiliar de Serviços Gerais. E por fim, na UBS de Limeira possui 1 Agente Comunitário e 1 Auxiliar de Serviços Gerais. Considerando as Unidades de Saúde rurais mencionadas acima e utilizando registros locais existentes foram coletados os seguintes dados por Unidade rural em 2020:

- UBS de Cubatão (maior em estrutura física) com 190 famílias cadastradas assim distribuídas: 191 homens, 210 mulheres, crianças 43 e adolescentes 45;
- UBS na região de Limeira 120 famílias cadastradas assim distribuídas: 168 são homens, 137 mulheres, crianças 13, adolescentes 15;
- Pedra Branca com 227 famílias cadastradas com a seguinte distribuição : 133 homens, 253 mulheres, 28 crianças e 45 adolescentes;
- Descoberto 90 famílias cadastradas com a seguinte distribuição: 114 homens, 102 mulheres, crianças 15 e adolescentes 45.
- Morro Grande 187 famílias cadastradas com a seguinte distribuição:148 homens, 167 mulheres, crianças 8 e adolescentes 11.

Totalizando nestas Unidades 814 famílias cadastradas compostas por 754 homens, 869 mulheres, 131 adolescentes e 107 crianças.

As unidades básicas apresentam as seguintes estruturas física:

Cubatão: 1 consultório médico ,1 consultório odontológico,1 consultório para Fisioterapeuta, 1 consultório de enfermagem, recepção, sala de vacina, sala de curativo, cozinha e 2 banheiros. Descoberto: 1 consultório médico, 1 consultório odontológico, recepção 1 Banheiro, Morro grande 1 consultório médico, sala de vacina, sala de curativo e recepção, Pedra Branca 1 consultório médico, 1 consultório odontológico, recepção ,1 sala de vacina e 1 banheiro, Limeira 1 consultório médico, 1 consultório odontológico, recepção e 1 banheiro.

Observa-se que apesar de limitações a equipe é bem estruturada, busca crescimento e visibilidade na comunidade que atua. Outra característica que também busca, é ser uma equipe atualizada frente às situações e casos que se apresentam em nosso dia a dia. Para facilitar o trabalho criou-se um grupo de *WhatsApp*, no qual é possível a todas as unidades se comunicarem através das mensagens.

Visando dar cobertura a todas as Unidades, estrutura-se um calendário para a equipe móvel junto à Secretaria de Saúde e Coordenadora das UBS(s), para deslocamento até às Unidades da área rural, distribuído da seguinte forma: segunda atende-se na região de Cubatão, na terça em Descoberto e Pedra branca, na quarta na região de Limeira e Cubatão e na quinta em Pedra Branca. Esta organização é primordial para ter sucesso no atendimento às expectativas da comunidade e sociedade em que estamos inseridos, todos unidos em prol da saúde para todos(as).

O trabalho na Estratégia Saúde da Família requer uma base epidemiológica em que o fenômeno “saúde-doença” deve ser compreendido e revisitado muitas vezes no decorrer da prática. Os profissionais da ESF são atores sociais responsáveis pela democratização do conhecimento do processo saúde-doença. (GARCIA, 2014, p. 16).

O trabalho da ESF é pautado em: ações de promoção, prevenção e tratamento relacionadas a saúde da mulher, da criança, saúde mental, planejamento familiar, prevenção a câncer, pré-natal e cuidado de doenças crônicas como diabetes e hipertensão. Fazer curativos, inalações, vacinas, visitas domiciliares etc.

A estrutura na área de saúde rural se dá da seguinte forma: a sociedade tem seu acesso à saúde através da UBS (Unidade Básica de Saúde), e a equipe móvel de saúde, um trabalho em rede coordenado pela coordenadora das UBS da cidade Guaratuba e Secretaria de Saúde em rede com Hospital, Pronto Socorro, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Atenção Psicossocial

(CAPS), Epidemiologia, Vigilância Sanitária, Centro de Diagnóstico de Nereida (cidade) e diversas especialidades.

Outros aspectos de interesse da região rural é que só conta com escolas municipais na região de Limeira, Descoberto e Cubatão (conta com uma escola Estadual). Não há Hospital na localidade, o Hospital de referência é o Hospital Municipal de Guaratuba e Pronto Socorro, ambos na cidade (mais ou menos a 2 horas de distância de cada localidade), com difícil acesso devido a estradas rurais sem asfalto.

Também não existem associações de moradores, conselhos comunitários. O que se conhece é que existe apenas uma subprefeitura em Cubatão e uma associação de agricultores de bananas em Limeira e Cubatão. Existem ainda nas regiões rurais pequenas igrejas, de distintos credos, Católicas, Evangélicas e Adventistas.

A equipe observou que não havia localmente muita proximidade entre os setores de saúde e educação. Essa observação motivou a realização de reuniões com diretores de escolas e professores onde nos foi disponibilizado a ministrar palestras sobre saúde e educação. Conseguiu-se nestas palestras abordar os temas sobre: Dengue e Saúde Bucal e isto foi um sucesso. A partir destas foram organizados calendários para realização de novas palestras, porém, devido à chegada da pandemia da COVID 19, suspendeu-se a partir de março de 2020.

As palestras realizadas foram de grande ajuda já que ao compartilhar os conhecimentos a população ficou informada, especialmente sobre Dengue, pois pouco tempo após surgiu surto de Dengue na região do Paraná. As escolas contatadas foram: Escola Municipal Joaquim Gabriel de Miranda de Cubatão, Escola Municipal Rural do Descoberto, Escola Municipal Rural de Limeira.

Em virtude da pandemia, mobilizou-se as equipes da ESF havendo reunião que por meio de decretos e estratégias na área de saúde para combate da COVID-19. Entre outras estratégias, disponibilizou-se vídeos nas redes sociais e para *WhatsApp* dos usuários das UBS(s) solicitando que compartilhassem com seus contatos. Junto à comunidade e utilizando os meios de comunicação, tem-se tentado impedir que o vírus se propague na região rural.

Além da pandemia, em 30 de junho de 2020, a região foi devastada por um ciclone com ventos de mais de 170 km por hora o que as notícias chamaram de Ciclone Bomba. Novamente as equipes de saúde da família junto à Secretaria de

Saúde deflagraram uma ação na área de Cubatão (região declarada em estado de calamidade). Houve uma ação conjunta para resolver problemas decorrentes do Ciclone: falta de água, luz e internet. Na região a situação ficou caótica, porém foi um dia gratificante, todos estavam unidos em prol da comunidade rural de Cubatão: Secretaria de Saúde, Assistência Social, Bem-Estar, CAPS.

Outros problemas locais que se pode citar para ilustrar esse fato são: problemas com agrotóxicos (sugeriu-se discussão com os agricultores de Banana e Pupunha), problemas com as zoonoses da região, casos de picaduras por cobras (não conta com antídotos no local, pacientes tem que ser transferidos a hospitais).

Relata-se alguns dados epidemiológicos de interesse obtidos sobre doenças de notificação compulsória e outras frequentes na região, onde a equipe de saúde atua, observadas nestes últimos anos, mais especificamente 2019 e meados de 2020. Segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Secretaria Municipal de Saúde (SINAN-SMS) de Guaratuba conforme o Departamento de Epidemiologia de Guaratuba, na área rural não foi registrado casos de Sarampo neste último ano (2019) nem casos de Sífilis Congênita.

Quanto aos casos de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) no mês de junho de 2020: Cubatão: 80; Pedra Branca: 57; Morro Grande: 44; Descoberto: 64; Limeira: 56. Total: 301 / 3290 = 0,09.  $0,09 * 100 = 9,14$ . A prevalência é que a cada 100 casos, 9,14 dos pacientes padecem de HAS na área rural.

Outro importante índice a ser mencionado é a Cobertura Vacinal de rotina em crianças menores de 1 ano na região de Guaratuba. Segundo dados retirados do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI) até 20/07/2020 foi a seguinte: BCG 98,2%, Rotavírus 93,16%, Meningocócica 100%, Febre Amarela 85,16%, Hep B 96,51%, pneumocócica 100%, Pentavalente 96,51% e Poliomielite 100%.

Com respeito a saúde da mulher, ao pré-natal e a proporção de gestantes que realizaram 7 ou mais consultas, no ano de 2019 foram as seguintes: Área rural - 5 gestantes, em que todas tiveram as 7 consultas (100%). Também, temos alguns pacientes com deficiência física sendo atendidos na nossa área rural, um total de seis. Acamados um total de 10 que são atendidos por meio de visitas domiciliares. Juntamente com o CAPS damos acompanhamento a 5 pacientes psiquiátricos e mais de 20 pacientes com depressão em toda área rural.

As queixas agudas mais frequentes, que levaram a população a procurar as Unidades de Saúde da área rural no mês de junho 2019 foram: Problemas Respiratórios 65%, Doenças Febris 15%, Quadros Alérgicos 10%, Transtornos de Ansiedade 5% e Causas Externas 5% (dentro das causas externas mais comuns na área rural destacam-se: picaduras por animais peçonhentos e ferimentos com ferramentas cortantes como facão, foice e outros).

Quanto às doenças crônicas receberam acompanhamento nas Unidades de Saúde, no mesmo período (junho 2019): 301 Hipertensos e 116 Diabéticos, totalizando 417 casos. No que concerne às doenças de notificação compulsória, na área rural de Guaratuba, merecem destaque os casos de Tuberculose (TB). No ano de 2019, foram notificados 31 novos casos no Município, sendo 12 casos (39%) na área rural, a saber: Cubatão: 6; Pedra Branca: 0; Morro Grande: 0; Descoberto:5; Limeira: 1 . E a segunda doença de destaque foi a Dengue, com notificação de 112 casos, sendo 11 (9,8%) na área rural (6 autóctones e 5 importados).

### 1.1 CONTEXTO E PROBLEMA

“Planejar consiste basicamente em decidir com antecedência o que será feito para mudar condições insatisfatórias no presente ou evitar que condições adequadas venham a deteriorar-se no futuro” (CHORNY, 1998, p.6). O conceito de planejamento descrito por Chorny nos remete à noção de processo, continuidade, algo sempre em construção na busca de uma situação almejada a partir da análise da situação em que nos encontramos.

Na organização das ações e serviços de saúde, o planejamento cria a possibilidade de se compreender a realidade, os principais problemas e necessidades da população. Permite uma análise desses problemas, bem como busca elaborar propostas capazes de solucioná-los, resultando em um plano de ação.

Utilizando-se a ferramenta do Planejamento Estratégico Situacional foram realizadas reuniões com as equipes de saúde de família e profissionais das unidades rurais. Os problemas que listo a seguir, foram os que apareceram com maior frequência nestas reuniões:

1. Insuficiência de horas de atendimento da equipe em cada Unidade;
2. Integração com a Vigilância Epidemiológica no acompanhamento de casos, especialmente a Tuberculose

3. Número reduzido de A.C.S(agentes comunitários de saúde) nas Unidades de Saúde;

4. Dificuldade de interação entre a Unidade de Saúde e as instituições de ensino da área rural;

5. Equipe de Saúde da Família da área rural com frequentes desfalques;

6. Falta de transporte para suprir as necessidades dos pacientes, em especial os em acompanhamento de Tuberculose, na realização de exames complementares clínicos, laboratoriais e radiológicos;

7. Inexistência de sala de vacina na estrutura física das Unidades de Saúde Rurais.

Posteriormente, utilizando-se o método do Centro de Desenvolvimento – Organização Panamericana da Saúde (CENDES-OPAS), conforme QUADRO 01, atribuiu-se a cada um a seguinte pontuação: 0 para a inexistência do critério analisado,1 para pouco,2 para um padrão médio,3 para um nível alto e 4 para um nível muito alto.

QUADRO 1- PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS, GUARATUBA, 2021.

(continua)

Problema	Magnitude Tamanho	Transcendência Interesse	Vulnerabilidade	Urgência	Custo	Total
Insuficiência de horas de atendimento da equipe em cada Unidade;	4	4	3	4	4	19
Integração com a Vigilância Epidemiológica no acompanhamento de casos, especialmente a Tuberculose	4	4	2	4	3	17
Número reduzido de A.C.S nas Unidades de Saúde;	3	3	3	3	4	16
Dificuldade de interação entre a Unidade de Saúde e as instituições de ensino da área rural;	3	3	1	3	2	12
Equipe de Saúde da Família da área rural com frequentes desfalques	4	4	1	4	1	14

(conclusão)

Problema	Magnitude Tamanho	Transcendência Interesse	Vulnerabilidade	Urgência	Custo	Total
Falta de transporte para suprir as necessidades dos pacientes, em especial os em acompanhamento de Tuberculose, na realização de exames complementares clínicos, laboratoriais e radiológicos;	4	4	1	4	2	15
Inexistência de sala de vacina na estrutura física das Unidades de Saúde Rurais.	4	3	4	3	4	16

FONTE: A autora (2020).

Ao aplicarmos o método percebeu-se que entre as maiores pontuações está a integração com a Vigilância Epidemiológica, especialmente nos casos de Tuberculose, sendo um problema estruturado, passível de governabilidade, com a reorganização do processo de trabalho em equipe.

O Brasil está entre os 30 países de alta carga para TB e TB-HIV considerados prioritários pela OMS (Organização Mundial da Saúde ) para o controle da doença no mundo. Nos últimos 10 anos, foram diagnosticados, em média, 71 mil casos novos da doença. No ano de 2016, foram notificados 4.483 óbitos por TB, o que corresponde ao coeficiente de mortalidade de 2,2 óbitos por 100.000 habitantes. O percentual de sucesso de tratamento reportado para os casos novos com confirmação laboratorial foi de 74,6%, em 2016, com 10,8% de abandono de tratamento, e 4,1% dos registros com informação ignorada quanto ao desfecho (BRASIL, 2019).

Em 2019 no Município de Guaratuba foram notificados 31 novos casos de Tuberculose sendo que 39% (12 casos) na área rural, a saber: Cubatão: 6; Pedra Branca: 0; Morro Grande: 0; Descoberto: 5; Limeira: 1. O processo saúde-doença está relacionado diretamente com o espaço social. Assim, as equipes de saúde precisam atuar de forma integral e estar integradas para promover, prevenir e recuperar a saúde.

A equipe de saúde da zona rural observou que havia falhas tanto no acompanhamento dos casos já diagnosticados de Tuberculose quanto na busca ativa por novos casos. Havia pouca interação entre os profissionais da Vigilância Epidemiológica Municipal e as Unidades Básicas, esta situação contribuía para o inadequado controle das doenças de notificação compulsória e era potencializado pela difícil fixação de profissionais na zona rural, nomeadamente médicos e enfermeiros.

**Causa** Não havia comunicação fluida e ágil no que se refere às doenças de notificação compulsória entre as UBS e o Departamento de Epidemiologia, a não fixação, neste caso especialmente de profissionais médicos, havia de certa forma descontinuado essa importante integração, as UBS não eram avisadas para a busca ativa dos pacientes com suspeita ou confirmação de doenças de notificação, especialmente os de TB.

**O problema central.** Sem notificação não há tratamento nem busca ativa, sem comunicação integrada entre epidemiologia e UBS os pacientes abandonam o tratamento, familiares não são investigados e ocorre o aumento do índice de TB na região rural, ficando a situação de forma descontrolada.

**Consequências.** Abandono dos pacientes do seu tratamento, ocorrendo forte possibilidade da aparição de pacientes com cepas de bacilos resistentes aos antibióticos e provável disseminação da TB na área rural.

Diagnosticar e tratar, correta e prontamente, os casos de TB pulmonar são medidas fundamentais para o controle da doença. Esforços devem ser realizados no sentido de encontrar precocemente o doente e oferecer o tratamento adequado, interrompendo sua cadeia de transmissão (BRASIL, 2019). A adesão aos tratamentos prescritos por equipes de saúde é um desafio constante. No caso da tuberculose, a não adesão ao tratamento pode ter consequências importantes para o paciente e para a comunidade, diminuindo a possibilidade de cura, mantendo a cadeia de transmissão e aumentando o risco de resistência aos medicamentos e de óbitos por tuberculose (BRASIL, 2019).

Devido ao exposto acima e pela relevância do controle da Tuberculose não só a nível de Brasil, mas mundial, este problema foi escolhido pela equipe para elaboração de proposta de intervenção.

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo geral

- Realizar integração estreita entre a vigilância epidemiológica e profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde da área rural com vistas ao controle e prevenção da tuberculose, no município de Guaratuba, Paraná.

### 1.2.2 Objetivos específicos

- Reforçar a importância das notificações de doenças de notificação compulsória junto aos profissionais envolvidos com as mesmas, especialmente as notificações dos casos de tuberculose da área rural.
- Capacitar a equipe para a identificação de casos suspeitos de tuberculose
- Realizar busca ativa de sintomáticos respiratórios.  
Sensibilizar a população para as medidas de prevenção e o tratamento da tuberculose.
- Realizar reuniões de equipe mensais com representantes de todas as Unidades, NASF e Vigilância Epidemiológica Municipal, quanto aos problemas detectados em relação às doenças de Notificação Compulsória de TB.

## 2. MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um trabalho baseado na pesquisa-ação, sendo que:

[...] a pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e participantes representativos da situação ou do problema, estão envolvidos de modo cooperativo e colaborativo. (THIOLLENT, 2008, p.16).

Para fins metodológicos deste estudo, adotamos a compreensão explicitada por Thiollent (2008), tendo em vista que essas concepções estiveram presentes no decorrer da pesquisa. A pesquisa-ação é um método de condução de pesquisa aplicada, com três ações distintas: 1. observar, para elaboração de diagnóstico; 2. pensar, para identificação de problemas, e 3. agir, para proposição/implantação de soluções. O pesquisador está envolvido na realidade em análise e estabelece vínculos de cooperação ou participação com os participantes.

As diversas etapas da pesquisa são demonstradas a seguir:

### 2.1 Etapa I- Fase exploratória

A investigação foi realizada nas Unidades de Saúde da área rural do município de Guaratuba, situada no litoral paranaense, área que apresenta uma população de 3.290 habitantes, sendo (53,61%) do sexo masculino e (46,39%) do sexo feminino junto as 5 (cinco) Unidades de Saúde locais, a saber: de Cubatão, Pedra Branca, Descoberto, Limeira, Morro Grande. É comunidade rural com afastamento de cerca de 2 horas do centro da cidade, de difícil acesso por estradas sem asfalto.

Guaratuba conta com oito equipes de saúde, distribuídas entre área rural e urbana, reforçadas pelo programa Mais Médicos do Governo Federal. Das oito equipes, seis pertencem à equipe médica da Estratégia de Saúde da Família e duas à Estratégia Saúde da Família com Saúde Bucal (PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARATUBA, 2014; DATASUS, 2015).

A autora integra a equipe como médica, de uma Equipe de Saúde da Família, é uma Equipe Móvel que sai diariamente da Cidade de Guaratuba em direção a área rural, é formado por outros profissionais conforme citado na

introdução do trabalho. A equipe foi despertada para o problema tema desta pesquisa, a partir de reuniões, onde aplicou-se o Planejamento Estratégico Situacional e, após priorização dos maiores problemas por nós vivenciados no dia a dia de trabalho, foi priorizado a melhor integração com a vigilância epidemiológica no acompanhamento dos casos de Tuberculose da área rural.

## 2.2 Etapa II - Interesse do tema

Tendo uma visão geral da comunidade na qual se integra a equipe, assim se consegue auxiliar, orientar, colaborar sobre o melhor caminho em busca da elaboração de ações em prol da melhoria da saúde da sociedade. Com esta motivação em mente, a equipe ao rever a situação de agravos, especialmente dos casos de problemas de saúde locais que são de notificação compulsória, constatou que em relação a Tuberculose, os pacientes não estavam recebendo o acompanhamento adequado e ainda havia falhas na detecção de novos casos (busca ativa). Por fim, ocorreu a sensibilização de todos para a resolução deste problema, uma vez que sendo uma doença infecto-contagiosa, não só envolvia um correto proceder no processo de trabalho da equipe, mas os pacientes já doentes e toda a comunidade de nossa área de abrangência.

## 2.3 Etapa III- Definição do problema

As Unidades de Saúde rurais de Guaratuba, por suas características de difícil acesso, tem dificuldade na fixação de profissionais, especialmente médicos e enfermeiras. Em 2019 ao iniciar meus atendimentos médicos nas referidas Unidades, passei a diagnosticar alguns casos de Tuberculose. Discutindo a situação com a equipe, descobrimos serem casos em que os pacientes haviam abandonado o tratamento ou não havia dado seguimento ao mesmo. A partir deste fato, foi feito um levantamento junto aos prontuários de pacientes que já tinham o diagnóstico e levando o problema a Vigilância Epidemiológica do Município feito comparação com os registros existentes dos casos notificados. Desta confrontação confirmou-se que realmente se tratava de pacientes com abandono de tratamento e que havia cinco casos novos não tratados.

Nesta fase, a partir da constatação da importância do controle adequado da tuberculose na área rural e tendo ciência que o não enfrentamento deste problema com certeza provocaria seu agravamento, passamos a pensar sobre o que a equipe poderia propor para sua resolução. A pesquisa se faz relevante para os profissionais da APS (Atenção Primária de Saúde) no que se refere a identificar lacunas na organização do serviço e contribuir para a melhoria da assistência ao portador de TB. Ao sugerir medidas para solucioná-lo, observou-se que era um problema passível de governabilidade e que ao enfrentarmos de forma operacional poderíamos obter resultados bem satisfatórios.

#### 2.4 Etapa IV- Elaboração da proposta

Para otimização do controle e monitoramento da TB, deve-se monitorar e cumprir metas e indicadores estabelecidas pelo Plano Nacional de Controle da Tuberculose. São elas: manter a detecção anual de pelo menos 70% dos casos estimados de TB; tratar corretamente 100% dos casos de TB diagnosticados e curar pelo menos 85% destes; manter o abandono de tratamento em percentuais considerados aceitáveis (5%); manter registro atualizado dos casos diagnosticados e 100% do resultado de tratamento e disponibilizar teste anti-HIV para 100% dos adultos com TB.

Quanto aos indicadores, destacam-se a taxa de cobertura vacinal com BCG ID em menores de um ano; número de sintomáticos respiratórios examinados; proporção de casos de TB pulmonar com baciloscopia realizada; proporção de baculíferos entre o total de casos pulmonares; proporção de profissionais da APS capacitados em ações/atividades do PNCT (Programa Nacional do controle da Tuberculose); percentual de cura dos casos de tuberculose após nove meses; percentual de abandono de tratamento de tuberculose; percentual de óbitos.

Para a solução dos problemas detectados em relação às Doenças de Notificação Compulsória, especialmente a Tuberculose, foram feitas as seguintes propostas:

1ª Discutir nas reuniões de equipe mensais com representantes de todas as Unidades, NASF e Vigilância Epidemiológica Municipal, os problemas detectados em relação às doenças de Notificação Compulsória especialmente casos TB;

2ª Busca ativa de pacientes de TB em abandono de tratamento

3ª Realização de Exames (BAAR e RX de tórax) em comunicantes dos pacientes de TB.

Ao detectarmos a situação da Tuberculose na área rural de Guaratuba observou-se a existência de uma falta de notificação compulsória ágil da doença e comunicação com a Vigilância Epidemiológica local, situação está que prejudica a busca ativa dos pacientes e interfere em seu acompanhamento e tratamento. Assim sendo, passo a detalhar na tabela abaixo três ações para enfrentamento do problema:

QUADRO 2- ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES A SEREM REALIZADAS NA INTERVENÇÃO, GUARATUBA, 2021.

<b>Problema:</b> Integração com a Vigilância Epidemiológica no acompanhamento de casos, especialmente a Tuberculose					
<b>Ações</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Parâmetros</b>	<b>Finalidade</b>	<b>Momento da Realização</b>	<b>Natureza</b>
<b>1ª</b> Discutir nas reuniões de equipe mensais com representantes de todas as Unidades, NASF e Vigilância, os problemas detectados em relação às doenças de Notificação Compulsória especialmente casos TB	Quantidade de reuniões de equipe mensais onde foi tratado o assunto das doenças de Notificação compulsória durante o ano de 2020	Nenhuma = ruim 1 =Regular 2 = Bom 3 ou mais= Muito bom	Gerência	Ex-ante	Normativa
<b>2ª</b> Busca ativa de pacientes de TB em abandono de tratamento	Percentual de pacientes notificados com TB em acompanhamento	100% desejado 80%-90% satisfatório <80% insatisfatório	Gerência	Ex-ante	Normativa
<b>3ª</b> Realização de Exames (BAAR e radiografia) em comunicantes dos pacientes de TB	Percentual de comunicantes de TB avaliados com exames de BAAR e RX de Tórax	100% desejado 80%-90% satisfatório <80% insatisfatório	Gerência	Ex-ante	Normativa

FONTE: A autora (2021)

QUADRO 3- DESCRIÇÃO DETALHADA DO PLANO DE INTERVENÇÃO, GUARATUBA, 2021.

Objetivo	Estratégia	Duração	Envolvidos	População Alvo	Data	Recursos Educacionais Utilizados	Locais divulgação dos recursos educacionais
Integração com a Vigilância Epidemiológica no acompanhamento de casos, especialmente a Tuberculose	Reuniões Mensais	6 meses	Profissionais Saúde das UBS(s), NASF e Vigilância Epidemiológica	Pacientes com tuberculose e/ou outras doenças de notificação compulsória da área rural de Guaratuba	Início em outubro 2019	Curso EAD (UMA-SUS curso: Manejo da Tuberculose na atenção Primária)	Equipe de saúde NASF, Vigilância Epidemiológica Secretaria de Saúde e REA-PR

FONTE: A autora (2021).

## 2.5 Etapa V- Implantação

Para implantação das medidas de solução do problema propostas, busca-se o acompanhamento das mesmas através da elaboração de indicadores. Para a ação relacionada a reuniões com participantes das Unidades de Saúde, NASF(Núcleo Ampliado de Saúde da Família) e Vigilância Epidemiológica sobre a importância da notificação ágil das doenças de notificação compulsória e seus desdobramentos para tomada de decisão, foi proposto o indicador do número de reuniões de equipe em que o assunto foi tratado no ano de 2020. Sendo considerado um bom parâmetro a ocorrência em 2 (duas) ou mais vezes.

Para a busca ativa de pacientes de TB em abandono de tratamento, o indicador escolhido foi o do percentual de pacientes notificados com TB em acompanhamento, este indicador demonstra quais pacientes necessitam ser buscados para retomar seus tratamentos. O parâmetro desejado é que a totalidade 100% estejam em acompanhamento, considerando que entre 80 a 90% seria um parâmetro satisfatório e abaixo de 80% insatisfatório. Por último, para a ação de realização de Exames pesquisa Bacilos Álcool-ácido resistente (BAAR e radiografia) em comunicantes dos pacientes de TB o indicador proposto foi o do percentual de comunicantes de TB avaliados com exames de BAAR e RX de Tórax. Sendo o parâmetro almejado a totalidade dos casos 100%, considerando que entre 80 a 90% seria um parâmetro satisfatório e abaixo de 80% insatisfatório.

### 3. REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 Breve Histórico e Conceito

A tuberculose (TB), antiga enfermidade descrita como tísica, foi conhecida, no século XIX, como peste branca, ao dizimar centenas de milhares de pessoas em todo o mundo. A partir da metade do século XX, houve acentuada redução da incidência e da mortalidade relacionadas à TB, já observada àquela ocasião em países desenvolvidos, sobretudo pela melhoria das condições de vida das populações (SAAVACOOOL, 1986). No início da década de 1980, houve recrudescimento global da TB: nos países de alta renda, esse recrudescimento se deveu principalmente à emergência da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e, nos países de baixa renda, devido à ampliação da miséria e do processo de urbanização descontrolada, além de desestruturação dos serviços de saúde e dos programas de controle da tuberculose (BLOOM, 1992; CDC, 1993; ROSSMAN; MACGREGOR, 1995). A TB é uma doença que pode ser prevenida e curada, mas ainda prevalece em condições de pobreza e contribui para perpetuação da desigualdade social (BRASIL, 2010) (BRASIL, 2018, p. 27)

A tuberculose é uma doença infecciosa, de evolução crônica, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou *bacilo de Koch*. A transmissão ocorre por via respiratória, por meio de aerossóis produzidos pela tosse, fala ou espirro das pessoas contaminadas. A doença afeta prioritariamente os pulmões, embora possa acometer outros órgãos e/ou sistemas. Os sintomas clássicos, como tosse persistente seca ou produtiva, febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento, podem ocorrer nas três apresentações. Fala-se em tuberculose latente quando a pessoa está infectada com o bacilo causador da doença, mas não apresenta sintomas. Sabe-se que também há possibilidade de transmissão nesse caso, mas em situações em que os pacientes acabam registrando baixa da imunidade em razão de outros quadros de saúde. A tuberculose tem diagnóstico e tratamento padronizados disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS). A doença tem cura, mas é preciso que o paciente siga com as orientações até o final, sem interrupção ou abandono do tratamento ao longo do caminho.” (CONITEC, 2020, p.11)

### 3.2 Epidemiologia

A tuberculose (TB) continua sendo um importante problema de saúde pública mundial. Estima-se que em 2019, no mundo, cerca de dez milhões de pessoas desenvolveram TB e 1,2 milhão morreram devido à doença. Quanto aos desfechos de tratamento, em 2018, o percentual de sucesso de tratamento foi de 85% entre os casos novos (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2021)

Em relação ao Brasil, o país continua entre os 30 países de alta carga para a TB e para coinfeção TB-HIV, sendo, portanto, considerado prioritário para o controle da doença no mundo pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (BRASIL, 2017). Em 2020, o Brasil registrou 66.819 casos novos de TB, com um coeficiente de incidência de 31,6 casos por 100 mil habitantes. Em 2019, foram notificados cerca de 4,5 mil óbitos pela doença, com um coeficiente de mortalidade de 2,2 óbitos por 100 mil habitantes. (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2021).

Conhecer os indicadores epidemiológicos da TB é essencial para o planejamento de ações que visem o controle da doença nos diversos âmbitos. Permite, ainda, a identificação de necessidades e situações que impõem desafios ao manejo da doença, principalmente diante do cenário atual de enfrentamento do novo coronavírus, o qual agravou a situação epidemiológica da TB no país e no mundo. Nessa situação de pandemia, algumas alterações importantes nos indicadores epidemiológicos e operacionais foram observadas, tais como: redução no total de notificações de TB nos três níveis de atenção, com queda mais pronunciada na atenção terciária, e redução no consumo de cartuchos da rede de teste rápido molecular para tuberculose, em comparação com o ano de 2019. Esse índice chama atenção para a importância da manutenção das ações de controle da doença. Foram registrados 66.819 casos novos de tuberculose no País em 2019. (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2021, p.11).

O Brasil não possui uma epidemia generalizada, mas concentrada em algumas populações, como as pessoas vivendo com HIV (PVHIV), em situação de rua, privadas de liberdade (PPL), a população indígena e pessoas que vivem em aglomerados e em situação de pobreza. Apesar de todos os avanços ocorridos nos últimos anos, o país está longe da meta estabelecida na Estratégia pelo Fim da TB até 2035 (BRASIL, 2018, p.35). No boletim epidemiológico de março de 2016 do

Ministério da Saúde (MS), a análise publicada demonstra que, caso ocorra uma melhoria progressiva dos indicadores que estão associados ao coeficiente de incidência (redução do coeficiente de AIDS para 10 por 100 mil habitantes, aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da realização do Tratamento Diretamente Observado (TDO) até 90,0%), o coeficiente de incidência de casos novos de TB seria de 20,7/100 mil hab. no ano de 2035, valor acima da meta de menos de 10 casos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2016).

Para ampliar a velocidade da redução do coeficiente de incidência no Brasil, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose elaborou o plano nacional com o objetivo de acabar com a TB como problema de saúde pública. Esse documento estabelece estratégias que devem apoiar o planejamento das ações programáticas em todos os níveis da atenção, buscando o alcance das metas de menos de 10 casos por 100 mil habitantes e menos de 1 óbito por 100 mil habitantes (BRASIL, 2017).

A Resolução nº 444/2011 do Conselho Nacional de Saúde preconiza que as estratégias de controle da TB devem ser articuladas com as demais políticas públicas, a fim de desenvolver ações que considerem as necessidades específicas, sobretudo das populações mais vulneráveis (BRASIL, 2011a).

No período de 2018 a 2019 as notificações de casos positivos de TB no Estado do Paraná obtiveram 5.391 casos confirmados de tuberculose notificados, representando 23,2% de todos os casos confirmados da região Sul do Brasil. A faixa etária mais acometida foi a de 20 a 39 anos, representando 45,7% de todos os casos confirmados, seguido da faixa etária de 40-59 anos (36,6%), sendo mais predominante no sexo masculino (71,3%). A maior parte dos casos confirmados notificados foi confirmada laboratorialmente (70,9%) sendo a forma mais comum à tuberculose pulmonar (83,3%). O tipo de entrada mais frequente foi a de casos novos (84,5%) e em relação a situação de encerramento a maioria dos casos confirmados evoluiu para cura (55%), seguido por transferência do paciente (7,4%) e por abandono do esquema terapêutico (5,4%). Apesar da maioria dos casos evoluírem para cura, a quantidade de casos confirmados notificados é expressiva, o que deixa claro, que a tuberculose é, ainda, uma questão de saúde pública no Brasil e no Estado. Assim, faz-se necessário um conjunto articulado de ações que consigam fazer uma vigilância epidemiológica adequada, para tal, ações como diagnóstico rápido para novos casos e identificação precoce de resistência

bacteriana, bem como tratamentos eficazes e medidas de prevenção, proteção social e suporte aos doentes é de suma importância. (SILVA, TAIS LORRANE MENDES et al ,2020 )

Apesar de ser uma doença tratável e curável, a tuberculose ainda é considerada um grave problema de saúde pública e continua sendo a principal causa de morte por uma doença infecciosa entre adultos em todo o mundo. Devido relevância do problema o Ministério da Saúde deu início à campanha institucional de comunicação: “Não fique na dúvida, fique livre da tuberculose”, que destaca a importância do diagnóstico precoce e tratamento da tuberculose, esclarecendo que tosse por três semanas ou mais é um dos sinais importantes da doença. O objetivo é reforçar a disponibilidade do diagnóstico e tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), além de enfatizar a necessidade de seguir com o tratamento até o final para o alcance da cura (BRASIL,2021).

Em 2019 no Município de Guaratuba foram notificados 31 novos casos de Tuberculose sendo que 39% (12 casos) na área rural. Já se conhece bastante esta enfermidade, sua fisiopatologia, diagnóstico, esquemas terapêuticos e medicamentos disponíveis. No entanto, a existência de todo esse saber e recursos de nada adiantam se eles não forem colocados ao alcance da população geral e, acima de tudo, que esta população necessita fazer uso efetivo dos recursos quando estes existem no local.

O objetivo da Vigilância Epidemiológica da tuberculose é monitorar a situação e a tendência da doença para recomendar, executar e avaliar as atividades de controle.

### **3.3 Diagnóstico**

Não raramente, a TB pode manifestar-se sob diferentes apresentações clínicas, relacionadas com o órgão acometido. Desta forma, outros sinais e sintomas, além da tosse prolongada, podem ocorrer e devem ser valorizados na investigação diagnóstica individualizada (CONDE; FITERMAN; LIMA, 2011; SBPT; COMISSÃO DE TUBERCULOSE, 2009; TB CARE I, 2015)

- Tuberculose pulmonar

Os sinais, sintomas e as manifestações radiológicas dependem do tipo de apresentação da TB. Classicamente, as principais formas de apresentação são a forma primária, a pós-primária (ou secundária) e a miliar. Os sintomas clássicos,

como tosse persistente seca ou produtiva, febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento, podem ocorrer em qualquer das três apresentações (BRASIL, 2019).

- Tuberculose extrapulmonar

As apresentações extrapulmonares da TB têm seus sinais e sintomas dependentes dos órgãos ou sistemas acometidos. Sua ocorrência aumenta em pacientes coinfectados pelo HIV, especialmente entre aqueles com imunocomprometimento grave. As principais formas diagnosticadas em nosso meio são listadas a seguir: TB pleural, Empiema pleural tuberculoso, TB ganglionar periférica, TB meningoencefálica, TB pericárdica, TB óssea (BRASIL, 2019).

- Diagnóstico Bacteriológico - A pesquisa bacteriológica é de importância fundamental em adultos, tanto para o diagnóstico quanto para o controle de tratamento da TB (BRASIL, 2008). Resultados bacteriológicos positivos confirmam a tuberculose ativa em pacientes com quadro clínico sugestivo de TB e em sintomáticos respiratórios identificados através da busca ativa. A seguir estão descritos os métodos bacteriológicos utilizados no país (BRASIL, 2019).
- Exame microscópico direto – baciloscopia direta por ser um método simples e seguro, deve ser realizado por todo laboratório público de saúde e pelos laboratórios privados tecnicamente habilitados. A pesquisa do bacilo álcool-ácido resistente – BAAR, pelo método de Ziehl-Nielsen, é a técnica mais utilizada em nosso meio (BRASIL, 2019).
- A baciloscopia do escarro, desde que executada corretamente em todas as suas fases, permite detectar de 60% a 80% dos casos de TB pulmonar em adultos, o que é importante do ponto de vista epidemiológico, já que os casos com baciloscopia positiva são os maiores responsáveis pela manutenção da cadeia de transmissão. Em crianças, a sensibilidade da baciloscopia é bastante diminuída pela dificuldade de obtenção de uma amostra com boa qualidade (BRASIL, 2019).
- O teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB) O TRM-TB está indicado, prioritariamente, para o diagnóstico de tuberculose pulmonar e laríngea em adultos e adolescentes (BRASIL, 2019).

- Cultura para micobactéria, identificação e teste de sensibilidade. A cultura é um método de elevada especificidade e sensibilidade no diagnóstico da TB. Nos casos pulmonares com baciloscopia negativa, a cultura do escarro pode aumentar em até 30% o diagnóstico bacteriológico da doença (BRASIL, 2019).
- Diagnóstico por Imagem. Radiografia de tórax dentre os métodos de imagem, a radiografia do tórax é o de escolha na avaliação inicial e no acompanhamento da TB pulmonar. Nela podem ser observados vários padrões radiológicos sugestivos de atividade de doença, como cavidades, nódulos, consolidações, massas, processo intersticial (miliar), derrame pleural e alargamento de mediastino (BOMBARDA et al., 2001; BRASIL 2019).

Outros exames de imagem na avaliação de tuberculose pulmonar e extrapulmonar são : a tomografia por emissão de pósitrons (PET) utilizando o 18F-fluorodeoxiglicose identificam alterações bioquímicas dos tecidos na tuberculose. Esse método tem sido utilizado no diagnóstico e estadiamento de vários tipos de câncer, inclusive o de pulmão. O câncer, assim como outras doenças inflamatórias ou infecciosas, e como a TB, cursa com aumento do consumo de glicose nos tecidos e podem levar à captação aumentada do radiofármaco. O câncer de pulmão e a TB acometem preferencialmente os campos pulmonares superiores e a presença de captação nessas áreas não permite a diferenciação entre essas doenças, principalmente em países com alta incidência da TB (SKOURA; ZUMLA; BOMANJI, 2015; VORSTER; SATHEKGE; BOMANJI, 2014).(BRASIL, 2019)

A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) recomendou a incorporação do IGRA (*interferon gamma release assay*) no SUS. Trata-se de um novo teste para detecção da tuberculose latente em pacientes imunocomprometidos, ou seja, que não apresentam sintomas, e estão inseridos em um grupo cujos mecanismos de defesa contra infecção apresentam alterações. Para a recomendação favorável, o Plenário considerou o uso do teste em pacientes em uso de imunossupressores, pacientes HIV positivo e candidatos a transplante de medula óssea e órgãos. A proposta é contar com mais um método para prever o desenvolvimento da tuberculose ativa, ampliando a orientação clínica para o diagnóstico e diminuindo o progressivo aumento no número de casos (CONITEC,2020).

Atualmente, o teste padrão utilizado no SUS é o tuberculínico PPD (*purified protein derivative*). Ele apresenta baixo custo e não requer componentes de laboratório. No entanto, os resultados podem ser confundidos pela identificação de microbactérias não tuberculosas, vacina BCG, ou por fatores relacionados à manipulação, realização e leitura do teste (BRASIL ,2019).

### 3.4 Tratamento

Para o sucesso do tratamento da tuberculose, é fundamental que o profissional de saúde acolha o usuário no serviço de saúde, desde o diagnóstico até a alta. A abordagem humanizada e o estabelecimento de vínculo entre profissional de saúde e usuário, com escuta de saberes, dúvidas, angústias e a identificação de vulnerabilidades, auxiliam tanto no diagnóstico como na adesão ao tratamento. O paciente deve ser orientado, de forma clara, quanto às características clínicas da TB e do tratamento ao qual será submetido. Informações referentes aos medicamentos, consequências do uso irregular, eventos adversos, controle de contatos e duração do tratamento devem ser fornecidas desde o primeiro contato com o paciente (BRASIL ,2019).

No Brasil, o esquema básico para tratamento da TB em adultos e adolescentes é composto por quatro fármacos na fase intensiva e dois na fase de manutenção. A apresentação farmacológica dos medicamentos, atualmente em uso, para o esquema básico é de comprimidos em doses fixas combinadas com a apresentação tipo 4 (quatro) em 1 (um) Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol (RHZE) ou 2 (dois) em 1 (um) (RH). O esquema básico em crianças (< de 10 anos de idade) é composto por três fármacos na fase intensiva (RHZ), e dois na fase de manutenção (RH), com apresentações farmacológicas individualizadas (comprimidos e/ou suspensão). Considerações sobre o tratamento. Em todos os esquemas de tratamento, os medicamentos deverão ser ingeridos diariamente e de uma única vez (BRASIL ,2019).

Alguns dos medicamentos anti TB apresentam hepatotoxicidade que pode ser potencializada pelas interações medicamentosas e o uso de doses acima das preconizadas. É importante considerar o peso do paciente no momento da prescrição do medicamento, durante todo o tratamento, visando a evitar dose excessiva. (BRASIL, 2019).

O tratamento só deverá ser interrompido quando os valores das enzimas atingirem até cinco vezes o valor normal em pacientes sem sintomas digestivos, três vezes o valor normal, acompanhado de sintomas dispépticos, ou logo que a icterícia se manifeste. É recomendado encaminhar o paciente a uma unidade de referência secundária para acompanhamento clínico e laboratorial, além da adequação do tratamento, caso seja necessário. (BRASIL 2019).

O controle do tratamento da TB consiste na execução de atividades programáticas que permitem o acompanhamento da evolução da doença, visando à utilização correta dos medicamentos e ao sucesso terapêutico. O paciente deve ser orientado da ocorrência dos principais efeitos adversos e da necessidade de retornar ao serviço de saúde na presença de algum sintoma que identifique como possivelmente associado ao uso dos medicamentos. (BRASIL, 2019).

A adesão aos tratamentos prescritos por equipes de saúde é um desafio constante. No caso da tuberculose, a não adesão ao tratamento pode ter consequências importantes para o paciente e para a comunidade, diminuindo a possibilidade de cura, mantendo a cadeia de transmissão e aumentando o risco de resistência aos medicamentos e de óbitos por tuberculose. (BRASIL, 2019).

O Tratamento Diretamente Observado (TDO) é uma estratégia valiosa para vincular o indivíduo aos cuidados e ao serviço. Além disso, durante o TDO é possível identificar dificuldades enfrentadas pelos pacientes e intervir oportunamente frente a situações que representem riscos à tomada dos medicamentos. Para fins de notificação só será considerado TDO, no SINAN, a observação e/ou supervisão da tomada realizada por profissionais de saúde ou outros profissionais capacitados supervisionados por profissionais de saúde (BRASIL, 2019). Na realidade da área rural de Guaratuba foram designadas a Estagiária em enfermagem e as ACS para esses acompanhamentos.

### **3.5 Vigilância e Atenção Básica**

No campo da saúde, a vigilância está relacionada às práticas de atenção e promoção da saúde dos cidadãos e aos mecanismos adotados para prevenção de doenças. Além disso, integra diversas áreas de conhecimento e aborda diferentes temas, tais como política e planejamento, territorialização, epidemiologia, processo saúde-doença, condições de vida e situação de saúde das populações, ambiente e

saúde e processo de trabalho. A partir daí, a vigilância se distribui entre: epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador (BRASIL 2009).

A integração das ações da vigilância em saúde (VS) com a atenção básica (AB) pode ser considerada um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, em todas as esferas de gestão. Embora diversas normativas e estratégias tenham sido elaboradas no sentido de estimular essa integração nas últimas décadas, e esforços institucionais tenham sido empreendidos para viabilizar os recursos financeiros e organizar estruturas técnico administrativas locais, a integração dessas duas áreas de conhecimento ainda não se efetivou como esperado, especialmente no âmbito das equipes que atuam nas Unidades. Em diversos municípios, a ausência ou insuficiência desta integração provoca dificuldades na identificação dos elementos que exercem determinação sobre o processo saúde-doença e no efetivo controle das doenças e dos agravos prioritários, tornando distante a possibilidade de colocar em prática o princípio da integralidade da atenção no nível local.(BRASIL, 2019).

O objetivo deste componente é consolidar as ações do Programa Nacional de Controle da Tuberculose na Atenção Básica, incluindo a estratégia do Programa Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ações: 1. Capacitar, com participação dos Programas de Educação Previdenciária PEP, os profissionais de saúde da Atenção Básica – PACS e PSF - nas ações de vigilância, prevenção, controle e ações assistenciais adequadas para diagnóstico e tratamento da tuberculose; 2. Ampliar a estratégia de Tratamento Supervisionado a todas as Unidades de Saúde dos municípios prioritários do PNCT (BRASIL, 2018).

A vigilância em saúde deve integrar no processo de trabalho as ações da vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador, buscando atuação de forma complementar e junto com as equipes da atenção básica, que devem se reconhecer como agentes de vigilância, na identificação dos riscos, das populações vulneráveis, propondo e fazendo intervenções para o controle, prevenção e promoção à saúde (IPADS, 2020).

Utilizar a epidemiologia no cotidiano do trabalho. As informações produzidas através dos vários sistemas de informação em saúde devem ser descentralizadas para as equipes conhecerem e atuarem priorizando os problemas de saúde da população. A vigilância em saúde deve usar os territórios das UBS como base de análise de dados e produção de informações epidemiológicas. Deve haver

desconstrução da lógica hierárquica da organização do trabalho, onde as equipes de vigilância demandam ações para as equipes da AB realizarem. As ações devem ser planejadas e pactuadas conjuntamente (IPADS, 2020).

As ações do ACS devem ser articuladas. As equipes da AB devem ter horários reservados na sua agenda para as reuniões de equipe onde, eventualmente, quando houver pertinência, os trabalhadores da VS devem participar de forma a colaborarem na discussão de informações relevantes para aquele território. Os trabalhadores da VS devem participar da construção e implementação de protocolos e linhas de cuidado, dando a sua contribuição e se aproximando do núcleo da assistência. Os profissionais da AB devem compreender que são parte do sistema de vigilância, uma vez que são os dados gerados por estas equipes através de notificações de casos que servem para alimentação dos sistemas de dados da VS. Os profissionais da VS devem realizar retroalimentação dos sistemas de forma sistemática com periodicidade definida para as UBS de modo a permitir a utilização das informações quando da tomada de decisão, definição de prioridades, alocação de recursos e avaliação dos programas desenvolvidos (IPADS, 2020).

Estas ações demandam mudanças no processo de trabalho tanto da Atenção Básica como da Vigilância em Saúde, para romper com a prática fragmentada de atuação e criando uma lógica de integração de saberes e ações para a atenção integral (IPADS, 2020).

A vigilância da tuberculose (TB) tem por objetivo o conhecimento dos casos da doença que ocorrem na população, permitindo a adoção de medidas que visam à interrupção da sua transmissão para indivíduos susceptíveis. Entretanto, os casos diagnosticados e notificados pelos serviços de saúde podem representar apenas uma proporção dos casos de TB (BRAGA, 2007).

Ainda que todos os doentes sejam reconhecidos pelos serviços de saúde, a notificação desses casos pelo sistema de informação pode não ocorrer, ou o registro ser incompleto. Assim, mesmo tendo diagnosticado casos de TB, a notificação ao sistema de informação pode ser precária, impedindo o conhecimento da incidência da doença. Portanto, a capacidade de diagnóstico e a completa notificação de casos de TB são necessários para que os dados de vigilância epidemiológica sejam acurados. Da mesma forma, deve haver boa qualidade dos dados dos registros das notificações (BRAGA, 2007).

No Brasil, a avaliação das ações de controle da TB tem como principal motivação o fato de que a proporção de cura da doença no Brasil está abaixo da meta de 85%. A boa qualidade da informação é fundamental na avaliação do programa, pois permite conhecer a magnitude da transmissão da doença no País e define a meta de quantos casos deverão ser tratados. A baixa qualidade da informação também impede que se identifique se ações foram realizadas, ou apenas os dados não foram adequadamente registrados no sistema de informação. Além disso, a qualidade da informação pode produzir reflexos na vigilância da doença. Nessas situações, não se pode definir claramente se o problema do controle da TB estaria centrado em uma vigilância deficiente ou se o problema é a falta total ou parcial de dados (BRAGA, 2007).

#### 4. RESULTADOS/DISCUSSÃO

Nesta parte do trabalho comentarei os resultados levando em conta cada objetivo específico proposto.

**A) Reforçar a importância das notificações de doenças de notificação compulsória junto aos profissionais envolvidos com as mesmas, especialmente as notificações dos casos de tuberculose da área rural.**

Este objetivo foi alcançado através da realização de reuniões que tiveram início em outubro de 2019, na sede da Secretaria Municipal de Saúde de Guaratuba, sendo realizadas todas as últimas sextas-feiras de cada mês. Até o momento foram realizadas 20 (vinte) reuniões. Nessas reuniões são abordadas situações de saúde que preocupam ou que são relevantes para cada Unidade de Saúde do Município, buscando solução. Participam dessas reuniões a Diretoria das UBS e representantes de cada Unidade (médicos, enfermeiras, ACS, estagiários de enfermagem, dentistas). Estas reuniões tiveram duração aproximada de 2(duas) horas. Na reunião de outubro, quando abordada a situação da descoberta de casos de tuberculose na área rural que estavam sem acompanhamento foi logo marcada, pela diretora das UBS, nova reunião entre nossa equipe rural e o Departamento de Vigilância Epidemiológica. Para que as ações de controle da TB sejam incorporadas de forma expressiva, consciente e responsável no elenco de atividades dos serviços de unidades de saúde, há que se considerar que esse processo deve ser progressivo e exige a elaboração de um projeto colaborativo, envolvendo diversas equipes de profissionais para definição conjunta de prioridades e estratégias de atuação, bem como para designação de atribuições e responsabilidades conforme a capacidade gerencial e técnica local (FIGUEIREDO et al , 2009).

Cecílio (2001) e Fekete (2000) ressaltam que a programação das ações de saúde, bem como as respostas às necessidades apontadas pelos usuários dependem de articulação do núcleo local de assistência com os diferentes setores do sistema de saúde.

Para a viabilizar ações de controle da TB é fundamental o envolvimento, a integração e a articulação permanente dos responsáveis pelo controle da doença nos diversos níveis do sistema de saúde. É através dessa integração que é possível,

avaliar e planejar em conjunto estratégias para utilização dos recursos existentes para o enfrentamento da doença.

As reuniões exclusivas com a Vigilância Epidemiológica ocorreram nas seguintes datas: novembro de 2019, janeiro, maio e agosto de 2020, totalizando 4 (quatro) reuniões. Durante as reuniões, foram informados por nossa equipe os casos de TB encontrados, a Vigilância Epidemiológica de pronto, iniciou a abordagem de cada caso, reforçando e orientando sobre a importância do resgate destes pacientes e seus contactantes (busca ativa) e da notificação de novos casos e acompanhamento dos mesmos. Foram refeitos os fluxos das notificações e estabelecidos os responsáveis por cada atividade. Ficou acordado que a Vigilância Epidemiológica forneceria os medicamentos para o tratamento dos casos, e estes seriam levados até a área rural pela enfermeira da equipe, que se responsabilizaria pela reposição dos medicamentos quando necessário e ainda seria o elo para trazer as Notificações de casos para a Vigilância Epidemiológica, de forma imediata a sua ocorrência. A responsabilidade pelos TDO foi distribuídas por Unidade de Saúde, a saber: Cubatão pela estagiária de enfermagem, Descoberto pela ACS e Limeira por uma segunda ACS. A autora deste trabalho (médica da equipe) foi responsabilizada e orientada segundo os protocolos de manejo da tuberculose, para realizar as consultas e acompanhamento clínico-laboratorial e radiográfico dos pacientes. A interação entre os profissionais da ESF deve favorecer de modo direto as ações de controle da TB. A responsabilidade compartilhada com todos os profissionais traz um sentimento de participação efetiva e autoral no combate a enfermidade.

O TDO representa a descentralização das estratégias relacionadas ao combate e controle da Tuberculose, e para que possa avançar com a garantia da qualidade das ações, é fundamental o envolvimento de todos os profissionais de saúde em equipes multidisciplinares, nas quais a participação de cada um é parte indispensável para o sucesso das ações. Esse trabalho em equipe e com foco no usuário é elemento chave para o alcance das metas e superação dos desafios no tocante à tuberculose. (BRASIL, 2011).

## **B) Capacitar a equipe para a identificação de casos suspeitos de tuberculose**

Esse objetivo se deu por meio da própria Vigilância Epidemiológica em orientações pessoais às seguintes profissionais: Médica, Auxiliar e Estagiária de Enfermagem da equipe utilizando os Manuais do Ministério da Saúde existentes para o manejo da Tuberculose e ainda por orientação que os profissionais realizassem um curso de Ensino a Distância (Curso UNA-SUS Manejo da Tuberculose na Atenção Primária) de maneira individual. As três profissionais realizaram o curso (na categoria de qualificação com carga horaria de 60 horas término em 01/03/2020) e ficaram de repassar os conhecimentos apreendidos aos demais integrantes da equipe. O repasse das informações do referido curso ocorreu com a realização de reuniões de equipe por cerca de 2 (dois) meses nas cinco Unidades de Saúde Rural, tinham duração de trinta minutos e ocorriam após o horário de funcionamento das Unidades. Foram abordados os temas referentes ao TDO e medicamentos tuberculostáticos, busca ativa dos casos de TB e ainda sobre a necessidade da solicitação de exames e sua periodicidade para acompanhamento dos casos de acordo com o protocolo do PNCT.

Ceccim (2005), ao descrever o processo de construção da política de educação permanente em saúde, salienta que a educação destes profissionais passou a ser considerada pelo Ministério da Saúde como “uma ação finalística da política de saúde e não mais como atividade-meio para o desenvolvimento da qualidade do trabalho” (CECCIM, 2005, p. 975). No mesmo documento, o autor afirma ainda que:

A Educação Permanente em Saúde constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, comprometida e tecnicamente competente. Há necessidade, entretanto, de descentralizar e disseminar capacidade pedagógica por dentro do setor, isto é, entre seus trabalhadores; entre os gestores de ações, serviços e sistemas de saúde; entre trabalhadores e gestores com os formadores e entre trabalhadores, gestores e formadores com o controle social em saúde. Esta ação nos permitiria constituir o Sistema Único de Saúde verdadeiramente como uma rede escola (CECCIM, 2005, p. 976)

**C) Realizar busca ativa de sintomáticos respiratórios. Sensibilizar a população para as medidas de prevenção e o tratamento da tuberculose.**

O objetivo em questão iniciou-se pela descoberta dos casos em consulta médica e posteriormente na busca ativa por seus contactantes. Todos os casos detectados tratavam-se de Tuberculose Pulmonar. No quadro abaixo segue detalhamento dos casos.

QUADRO 4: CASOS DE TUBERCULOSE ACOMPANHADOS PELAS UNIDADES RURAIS DE SAÚDE DE GUARATUBA NO PERÍODO DE OUTUBRO DE 2019 A MAIO DE 2021.

Unidade de Saúde	Paciente	Sexo	Idade	Tipo de Entrada	Início/reinício tratamento	Final Tratamento (alta)
Cubatão	A.M	M	41	Reingresso após abandono de tratamento	28/01/2020	28/06/2020
Cubatão	D.S	F	48	Reingresso após abandono de tratamento	28/01/2020	28/06/2020
Cubatão	I.S.M	M	18	Reingresso após abandono de tratamento	28/01/2020	28/06/2020
Cubatão	P.G.S.J	M	7	Reingresso após abandono de tratamento	12/12/2019	12/06/2020
Cubatão	D.A	M	84	Reingresso após abandono de tratamento	04/07/2020	Óbito em 12/07/2020
Cubatão	A.M.P	F	15	Caso Novo	16/12/2019	16/05/2021
Descoberto	M.G.C	F	41	Reingresso após abandono de tratamento	20/07/2020	Ainda acompanhada pela V.E
Descoberto	J.V.G	M	16	Caso Novo	07/02/2020	23/08/2020
Descoberto	A.G.C	M	10	Caso Novo	10/03/2020	11/08/2020
Descoberto	J.C	M	36	Caso Novo	11/03/2020	08/09/2020
Descoberto	M.F.H	F	81	Caso Novo	27/03/2020	27/09/2020
Limeira	M.A	F	20	Reingresso após abandono de tratamento	23/10/2019	04/03/2020

Fonte: A Autora (2021)

O quadro acima revela que os 12 (doze) casos de Tuberculose foram identificados na área de abrangência das seguintes Unidades de saúde rurais: 6 (seis) casos foram de Cubatão, 5 (cinco) de Descoberto e 1 (um) de Limeira. Quanto ao sexo, 5 (cinco) pacientes são do sexo feminino e 7 (sete) do sexo masculino. Já quando se observa a idade, a mesma variou dos 7 aos 84 anos. Quanto ao tipo de entrada, 7 (sete) pacientes tiveram reingresso após abandono de tratamento e 5 (cinco) casos novos da doença.

O caso da paciente ainda acompanhada pela vigilância epidemiológica se deve ao fato de ser paciente com distúrbios psíquicos associados apresentando grande dificuldade de adesão e manutenção do tratamento. Em relação ao paciente que veio a óbito, este ocorreu devido a outras comorbidades já existentes previamente à Tuberculose segundo a Declaração de Óbito (D.O).

Os restantes 10 pacientes que iniciaram o tratamento, o concluíram tendo alta com negatização do BAAR e RX de tórax normal. Vale ressaltar que todos esses pacientes fizeram seu tratamento com os tuberculostáticos preconizados pelo Ministério da Saúde de acordo com peso e idade e que tiveram a forma de TDO como administração dos mesmos. Importante ainda comentar que a cada 3 (três) meses após a alta, passam em consulta de avaliação com solicitação dos exames necessários ao caso e são assim acompanhados por mais um ano. Calcula-se que um paciente com Tuberculose Pulmonar, bacilífero sem tratamento, pode infectar, em um ano, em média, entre 10 a 15 pessoas. Em contatos próximos pode chegar a 20% e, em contatos casuais, a 2% a depender do tempo de convívio da carga bacilar (SANTOS, 2007).

Compondo as Estratégias Programáticas do PNCT está a atividade de Busca Ativa de Sintomático Respiratório, ação esta que contribui efetivamente para a detecção dos casos de tuberculose e encaminhamento para o tratamento de forma mais ágil. É esperado que 1% da população geral de uma região seja de sintomáticos respiratórios e destes 4% sejam bacilíferos. Trata-se de uma atividade sistemática e contínua (rotina permanente) para a identificação de pessoas com tosse persistente (possibilidade de estar com TB pulmonar ou laríngea), com o objetivo de identificar precocemente os casos bacilíferos, iniciar o tratamento, interromper a cadeia de transmissão e reduzir a incidência da doença (BRASIL, 2011).

Quanto à parte do objetivo de sensibilizar a população para as medidas de prevenção e o tratamento da tuberculose não houve tempo hábil nem possibilidade de dar continuidade ao trabalho em conjunto com a Secretaria de Educação que vinha sendo feito através de palestras sobre doenças infecto-contagiosas e de notificação compulsória devido ao surgimento da pandemia de Covid-19. Esta foi a estratégia primeiro eleita para a informação da população local, usar as escolas como meio para disseminar as informações.

**D) Realizar reuniões de equipe mensais com representantes de todas as Unidades, NASF e Vigilância Epidemiológica Municipal, quanto aos problemas detectados em relação às doenças de Notificação Compulsória de TB;**

Infelizmente devido a pandemia de Covid-19 essas reuniões foram suspensas, não só devido às medidas de segurança para evitar aglomerações como também pela orientação de que todos os profissionais fizessem o foco de seus atendimentos priorizando os casos de Covid ou suspeita de.

Aproximadamente após um ano de trabalho e o desenrolar de medidas para a solução do mesmo, espera-se aperfeiçoar as ações de vigilância epidemiológica nos casos de tuberculose da área rural de Guaratuba, a saber: aumentar a detecção de casos novos, diminuir o abandono de tratamento e aumentar a taxa de pacientes curados.

Conseguiu-se dar alta do tratamento de TB a 100% dos casos notificados, estando esses pacientes com seus exames de Baciloscopias e Radiografias normais. Já em relação aos comunicantes dos casos de TB, a pandemia do Covid 19 prejudicou esta ação, que tem ocorrido de forma mais lenta, não só por conta dos profissionais das Unidades terem que priorizar seus atendimentos no combate a pandemia, como na maior dificuldade para proceder as visitas domiciliares. Porém seguimos no processo de investigação de todos os comunicantes. As reuniões de equipe e comunicação com a Vigilância Epidemiológica, também devido a pandemia, ocorrem por meio virtual e em grupo criado no *WhatsApp*.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O plano proposto possibilita a discussão entre os diversos setores da saúde envolvidos na atenção à Tuberculose no Município de Guaratuba para que juntos busquem soluções para redução das taxas de adoecimento e mortes pela doença. É notório que a Tuberculose ainda é um problema de saúde no Brasil, não devemos assim medir esforços para controlá-la em nossa área de abrangência, é preciso investir de forma contínua na busca ativa de casos da doença visando alcançar os indicadores propostos pelo PNCT e a erradicação da mesma.

A implantação do plano de intervenção teve êxito, a melhora da integração entre a vigilância epidemiológica municipal e a atenção básica, favoreceu a modificação do processo de trabalho, reorganizou o serviço, garantindo um adequado cuidado aos pacientes com Tuberculose, possibilitando o resgate dos casos em abandono de tratamento e a identificação de novos casos.

A responsabilidade do diagnóstico precoce e do tratamento correto e completo até a cura da Tuberculose deve ser compartilhada não só entre os serviços de saúde mas também entre o paciente e seus familiares e a comunidade. Assim é preciso logo que possível (encerrada a pandemia de Covid-19), retomar as atividades que envolvem a sensibilização da população para as medidas de prevenção e o tratamento da doença.

Realizar este trabalho em muito impactou minha prática diária e também da equipe da qual faço parte. A literatura nos chama atenção sobre o quanto a Tuberculose ainda carece de atenção para que seja erradicada e vivenciar essa realidade muito ampliou minha visão sobre a doença e estimulou a equipe a realizar as medidas para o controle da mesma na área rural.

Vale aqui ressaltar que historicamente existe uma dificuldade de fixação de profissionais de saúde na área rural de Guaratuba. Desta forma é preciso prosseguir na continuidade da integração das ações de Vigilância Epidemiológica com a Atenção Básica para que o seguimento dos pacientes com Tuberculose não seja prejudicado por esta rotatividade.

## REFERÊNCIAS

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. **Tuberculose 2021**. Secretaria de Vigilância em Saúde Ministério da Saúde- Número Especial | Mar. 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/marco/24/boletim-tuberculose-2021\\_24.03#:~:text=A%20tuberculose%20\(TB\)%20continua%20sendo,85%25%20entre%20os%20casos%20novos1](https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/marco/24/boletim-tuberculose-2021_24.03#:~:text=A%20tuberculose%20(TB)%20continua%20sendo,85%25%20entre%20os%20casos%20novos1). Acesso em 8 de Abril.

BRAGA, J.U. Vigilância epidemiológica e o sistema de informação da tuberculose no Brasil, 2001-2003. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 41, supl. 1, p. 77-87, Sept. 2007 . Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/c9RgYkz6Nd5X88nchZ9BMmy/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 8 de abril de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis, 2019. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_recomendacoes\\_controle\\_tuberculose\\_brasil\\_2\\_ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf)>. Acesso em 30 mar 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1 : Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 68 p. : il. Modo de acesso: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_integracao\\_atencao\\_basica\\_vigilancia\\_saude\\_modulo\\_1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_politica_nacional_atencao_basica_integracao_atencao_basica_vigilancia_saude_modulo_1.pdf) Acesso em: 6 de abril 2021.**

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Brasil Livre da Tuberculose : Plano Nacional pelo fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil\\_livre\\_tuberculose\\_plano\\_nacional.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_livre_tuberculose_plano_nacional.pdf) Acesso em: 6 de abril 2021.**

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Guaratuba, 2019

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde** : volume único [recurso eletrônico] 3ª. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/junho/25/guia-vigilancia-saude-volume-unico-3ed.pdf>. Acesso em: 7 de abril

\_\_\_\_\_. 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 Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_recomendacoes\\_controle\\_tuberculose\\_brasil\\_2\\_ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf). Acesso em: 6 de abril 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica** : Protocolo de enfermagem. Brasília : Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento\\_diretamente\\_observado\\_tuberculose.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento_diretamente_observado_tuberculose.pdf). Acesso em: 4 de junho 2021.

\_\_\_\_\_. **Novo teste para detecção da tuberculose é incorporado ao SUS**, Disponível em: <http://conitec.gov.br/ultimas-noticias-3/novo-teste-para-deteccao-da-tuberculose-e-incorporado-ao-sus> Novembro de 2020 Acesso em: 7 de abril 2021.

BRASIL. **O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p. [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_az\\_garantindo\\_saude\\_municipios\\_3\\_ed\\_p1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3_ed_p1.pdf) Acesso em: 9 de abril 2021.

\_\_\_\_\_. **Semana de luta contra a tuberculose irá mobilizar a sociedade e orientar sobre sintomas e tratamento. Dia Mundial de Combate à doença é celebrado no dia 24 de março**. Publicado em 24/03/2021. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2021/marco/semana-de-luta-contra-a-tuberculose-ira-mobilizar-a-sociedade-e-orientar-sobre-sintomas-e-tratamento>. Acesso em: 29 de março de 2021.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/20113>. Acesso em: 04 de junho de 2021

CONASEMS. **Vigilância em Saúde nos Municípios**: Caderno de Textos / organizadores Maria do Carmo Ferreira, Andrea Paula Bruno von Zuben. -- 1. ed. -- Campinas, SP : IPADS, 2020. PDF disponível em: <https://ipads.org.br/wp-content/uploads/2020/11/caderno-textos-vs.pdf> Acesso em: 8 de abril 2021.

FIGUEIREDO, TMRM; VILLA, TCS.; GONZALES, RIC; NETTO, AR.; NOGUEIRA, J. A.; OLIVEIRA, A R.; ALMEIDA, S.A. Desempenho da Atenção Básica no Controle da Tuberculose. **Revista de Saúde Pública** 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/h8mrWgpVJskczVh9WxXhbML/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 4 de junho 2021.

GARCIA, P.T. (Org). Saúde e sociedade: como entender a saúde/Paola Trindade Garcia (Org.). Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. São Luís, 2014. Disponível em: <[http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Unidade\\_1.pdf](http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Unidade_1.pdf)>. Acesso em 30 de mar 2021.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), **Cidades - Guaratuba**. [S. l.];, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/guaratuba/panorama>. Acesso em: 30 mar. 2021

IPARDES - Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES). **Caderno Estatístico Município de Guaratuba**, 2021. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=83280&btOk=ok>. Acesso em: 25 mai. 2021.

JB LITORAL. **Guaratuba 249 anos: agricultura e pesca movimentam a economia da cidade**. Disponível em: <https://jblitoral.com.br/guaratuba-249-anos-agricultura-e-pesca-movimentam-a-economia-da-cidade/> Acesso em : 28 de mar 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde Coordenação-Geral de Gestão de Tecnologias em Saúde **Coordenação de Monitoramento e Avaliação de Tecnologias em Saúde**. Brasília/DF-2020. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2020/20201113\\_Relatorio de Rec o mendacao 573 IGRA.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2020/20201113_Relatorio_de_Recomendacao_573_IGRA.pdf) . Acesso em:7 de abril 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARATUBA. **PMS – Plano Municipal de Saúde 2018/2021**. Secretaria Municipal de Saúde. Guaratuba, Paraná, 2017. Disponível em:<https://guaratuba.eloweb.net/portaltransparencia-api/api/files/arquivo/40094486>Acesso em 25 de mar 2021.

REVISÃO DO PLANO DIRETOR DE GUARATUBA. **Leitura da realidade municipal diagnóstico consolidado**. VOLUME 1. Curitiba, Paraná, 2015. Disponível em: <https://www.correiodolitoral.com/wp-content/uploads/2017/07/DIAGN%C3%93STICO-CONSOLIDADO-VOL-02.pdf> Acesso em 29 mar 20.

SILVA, T.L.M. et al. Descrição do perfil epidemiológico da população infectada com tuberculose no estado do paraná. **Revista Uningá**, [s.l.], v. 57, n. S1, p. 029-030, jan. 2021. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/3849/2278>. Acesso em: 05 de abril de 2021.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 2008. Disponível em: [https://www.academia.edu/32028417/Metodologia\\_Da\\_Pesquisa\\_Acao\\_Michel\\_Thiollent](https://www.academia.edu/32028417/Metodologia_Da_Pesquisa_Acao_Michel_Thiollent) Acesso em: 6 de abril.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA . **Epidemiologia** [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina. Organizadores: Antônio Fernando Boing; Eleonora D'Orsi; Calvino Reibnitz. - Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016. Disponível em: <[https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7446/1/modulo3\\_epidemiologia-2016.pdf](https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7446/1/modulo3_epidemiologia-2016.pdf)> Acesso em 13 mar 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Saúde e sociedade**. [Recurso eletrônico] /. Organizadores: Marta Inês Machado Verdi ... [et al] - Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016. Disponível em: <<https://unasus.ufsc.br/atencaobasica/files/2017/10/Sa%C3%BAde-e-Sociedade-compressed.pdf>> Acesso em 27 mar 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Planejamento na Atenção Básica**. [Recurso eletrônico] /. Organizadores: Josimari Telino de Lacerda; Lúcio José Botelho; Cláudia Flemming Colussi - Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013. Disponível em: <https://unasus.ufsc.br/atencaobasica/files/2017/10/Planejamento-na-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica-ilovepdf-compressed.pdf> Acesso em 27 mar 2020.

VIEIRA, A.B. **A Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios na Atenção Primária De São Bernardo Do Campo**. 2016. Dissertação de mestrado. Escola de Enfermagem. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7144/tde-23052017->

[153347/publico/ALEXANDRE BERNARDINI VIEIRA versao corrigida.pdf](#). Acesso em:04 de junho 2021.