



Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Secretaria de Educação à Distância – SEDIS
Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS
Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEP SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**A CONTRIBUIÇÃO DO ACOLHIMENTO NA IDENTIFICAÇÃO DE CASOS
DE TUBERCULOSE NA UBS NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, COLOMBO/PR:
RELATO DE EXPERIÊNCIA.**

ALINE CRISTINA GON

NATAL/RN
2020

A CONTRIBUIÇÃO DO ACOLHIMENTO NA IDENTIFICAÇÃO DE CASOS DE
TUBERCULOSE NA UBS NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, COLOMBO/PR: RELATO DE
EXPERIÊNCIA.

ALINE CRISTINA GON

Trabalho de Conclusão apresentado ao
Programa de Educação Permanente em
Saúde da Família, como requisito parcial
para obtenção do título de Especialista
em Saúde da Família.

Orientador: MARIA BETANIA
MORAIS DE PAIVA

NATAL/RN
2020

Agradeço primeiramente a Deus por todas as bênçãos concedidas. Pelo crescimento e aprendizado profissional e como ser humano. A minha família, pelo apoio, e a minha orientadora Maria Betânia Morais de Paiva, pelos ensinamentos.

Dedico este trabalho primeiramente a Deus que me guiou nesta caminhada, e aos meus pais, que sempre me incentivaram.

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO.....	06
2-RELATO DE MICROINTERVENÇÃO.....	08
3-CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	11
REFERÊNCIAS.....	12

1. INTRODUÇÃO

Atuo pelo Programa Mais Médico (PMM), na Estratégia de Saúde da Família, (ESF) Nossa Senhora de Fátima, bairro Jardim Fátima, no município de Colombo, com uma população estimada segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 243.726 habitantes (IBGE, 2019) e o Índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) de 0,733 (IBGE, 2010). O município pertence à região metropolitana de Curitiba, denominada cidade dormitório. Colonizada em meados de 1878 por italianos oriundos da região de Morretes/PR. Sua economia se baseia na agricultura, com ênfase na produção de uva, (COLOMBO, 2019).

O cenário de prática desse relato de experiência, atuando como médica nesse serviço de saúde desde maio/2020 é constituído por quatro equipes de Saúde da Família (ESF), para um contingente populacional de aproximadamente de 3.000 habitantes por equipe. A Unidade Básica de Saúde (UBS) é composta por cinco médicos, sendo quatro médicos da ESF e outro profissional destinado para o horário estendido de atendimentos na unidade que funciona até as 19h00min. Além destes, quatro enfermeiras, quatro técnicos de enfermagem e quatro odontólogos, quatro Técnicos de Saúde Bucal (TSB) e quatro Agentes Comunitário de Saúde (ACS) compõem a equipe de trabalho. O estabelecimento de saúde do ponto de vista estrutural possuem seis consultórios, sala dos ACS, sala de curativo, sala de triagem, a sala da chefia de enfermagem, sala de nebulização e uma sala para vacinação para melhor atender a demanda dos pacientes e tratá-los com humanização.

De acordo com a organização humanitária, Médicos Sem Fronteiras (MSF), a tuberculose é a doença infecciosa mais mortal. Cerca de 1,7 milhões de pessoas morrem por ano, em virtude da doença. Com ocorrência, principalmente em países em desenvolvimento. O Brasil encontra-se em vigésimo com maior incidência de tuberculose no mundo. Com 84 mil registros em 2015. Correspondendo a 84% dos casos no mundo, segundo o documento publicado em 2016 no Global Tuberculosis Report.

Conforme a Secretária de Vigilância em Saúde (SVS), o manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil, a doença merece atenção especial da sociedade como um todo e dos profissionais de saúde, na medida em que obedece a todos os critérios de priorização de um agravo em saúde pública. Apesar de já existirem recursos tecnológicos capazes de promover seu controle, no presente momento não há perspectiva de obter, em um futuro próximo, sua eliminação como problema de saúde pública, a menos que novos medicamentos ou vacinas sejam desenvolvidos (BRASIL, 2019).

Na região Sul, de acordo com o boletim epidemiológico da SVS do Ministério da Saúde (MS), foi notificado 88471 casos novos em 2019. E de acordo com os dados da Superintendência de Vigilância em Saúde/PR, registrado em 21/05/2018, a regional de saúde

da região metropolitana encontra-se em segundo lugar na incidência de tuberculose em 2017, no estado do Paraná. Daí a importância de aumentar o reforço para investigação e diagnóstico para tuberculose no contexto local, (BRASIL, 2019).

Nessa direção, o objetivo dessa intervenção é aproveitar o acolhimento à demanda espontânea na UBS para realizar rastreio para tuberculose e identificar através dos exames específicos possíveis casos da doença no território, contribuindo assim para a implantação de programas de conscientização sobre a doença na comunidade, contribuindo para o diagnóstico precoce, acompanhamento e tratamento. Diante dessa realidade, se faz necessário orientar a comunidade sobre seus riscos, classificar os casos, orientar sobre hábitos saudáveis, chamar a atenção dos usuários para necessidade da prática regular de atividade física, destacando também, a importância de um centro de apoio para reabilitação e a inserção das práticas integrativas para assistência em sua totalidade, como descrito nas diretrizes federais, (BRASIL, 2019).

O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) consiste em um relato de experiência de uma intervenção realizada no cotidiano de uma USB, organizado nas seguintes partes: introdução do relato, metodologia, resultados alcançados, continuidade das ações e considerações finais.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO

A demanda espontânea, segundo INOJOSA (2005), é um conceito dado para qualquer atendimento não programado na UBS que abrange desde uma informação, um agendamento de consulta, até uma urgência ou emergência. Tem objetivo de atender uma necessidade momentânea do usuário, contudo para a organização do processo de trabalho da equipe é de grande importância a priorização de demanda espontânea, garantindo o acesso da população. Como também, se faz necessário no contexto da ESF a organização da agenda programada na perspectiva de atender as ofertas do serviço como planejamento familiar, puericultura, Hiperdia, grupos Operativos, entre outros.

De acordo com o Manual Técnico para o Controle da Tuberculose, (2002), as UBS devem executar as ações no contexto local na perspectiva de identificar os sintomáticos respiratórios a partir de sinais e sintomas relatados pelos usuários durante a busca ativa e abordagem clínica como a tosse e expectoração por três semanas ou mais e nessa direção realizar o diagnóstico, estabelecer o tratamento, identificar contatos com casos de tuberculose, que coabita com o doente. No âmbito da atenção à saúde da criança deve identificar na área de abrangência crianças portadoras de pneumopatias e outras manifestações clínicas sugestivas de tuberculose e encaminhá-las quando necessário a centro de referência. Na UBS pode realizar a coleta do escarro dos pacientes com quadros sugestivos e encaminhar para a pesquisa direta de Bacilos Álcool Ácido Resistente (BAAR) e caso a unidade não possua laboratório para referenciar o exame poderá realizar testes rápidos assim como, dispor medicação para os usuários. O monitoramento deve ser realizado através o Livro de Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose com informações atualizadas acerca do acompanhamento dos usuários cadastrados. Nessa perspectiva a ESF deverá enviar as informações ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e realizar trimestralmente estudo dos casos juntamente com a programação anual em parceria com a Vigilância Epidemiológica para o Programa de Controle da Tuberculose do município. Outro ponto importante a ser observada na UBS é a regularidade da visita domiciliar, oportunizar espaço Educação Permanente em Saúde (EPS) para treinamento da equipe; planejamento de ações educativas e divulgar através das redes de apoio local os serviços prestados, no âmbito do serviço de saúde assim como na comunidade (BRASIL,2002).

Utilizar o momento da escuta qualificada durante o acolhimento na UBS para realizar a busca de casos de tuberculose no território poder consistir em uma boa estratégia para o rastreamento, diagnóstico precoce e acompanhamento do agravo, tendo em vista a alta incidência de tuberculose no município e no estado o Paraná contribuindo assim, para a diminuição da ocorrência de novos casos e controle dos já existentes.

A ação contou com a participação dos responsáveis pelo acolhimento na UBS, a saber: enfermeiros e técnicos de enfermagem da unidade de saúde que investigava sobre os possíveis

sintomas da tuberculose no momento da escuta, perguntando aos pacientes se eles apresentavam algum sintoma como o tosse persistente por mais de 02 semanas com catarro ou sangue, perda de peso, suor noturno, febre pela manhã. Nessa direção, uma média 150 usuários/ dia foram abordados, os registros foram descritos em prontuário e quando o paciente referia a existência dos sintomas era encaminhado ao médico imediatamente.

O projeto piloto foi iniciado no mês de maio na nova unidade em virtude da transferência a UBS em abril/2020. O agendamento de pacientes suspeitos era realizado no momento do acolhimento, seguindo o protocolo de Manchester que se empenha em algoritmos e determinantes chaves, correlacionados a tempos de espera representados por cores. A porta de entrada é a queixa ou situação de apresentação do paciente, segundo protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes em unidade de emergência, (GRCR, 2014). No contexto local os critérios eram definidos pela enfermagem, durante a triagem para estabelecer a ordem de atendimento médico, de acordo com a gravidade do paciente. Exemplificando vermelho atendimento imediato; amarelo, menor que 30 minutos, verde, menor que uma hora. Nessa direção, as consultas azuis caracterizadas por situações de menor complexidade e sem problemas recentes quando identificadas no acolhimento era agendada para atendimento ambulatorial em período de tempo considerado menor quando comparado as demais UBS's circunvizinhas.

Vale destacar que o tema de escolha para essa intervenção, o planejamento das ações, as informações e as quantidades de exames coletados, foram discutidos e pactuados durante as reuniões de equipe. Em um mês foram coletados em média 05 exames no geral, através do exame de escarro, BAAR e entregues ao enfermeiro. Os exames eram coletados em um ambiente arejado, agendado na unidade, devidamente autorizados pelos pacientes a través da assinatura do termo de consentimento apresentado no momento da realização do exame, os dados coletados foram registrados em um caderno dos exames disponibilizado na unidade de saúde. A avaliação e as conformações foram ajustadas diariamente, por meio do preenchimento das planilhas, escuta e relato dos atores envolvidos.

Desse modo, a microintervenção se mostra passível de continuidade no serviço. Para atender a essa expectativa se faz necessário à elaboração de um questionário mais estruturado a ser aplicado com os usuários no acolhimento e estabelecer uma definição mais clara dos objetivos e metas a serem alcançadas.

Daí a necessidade de envolver toda a equipe e retomar alguns passos da intervenção como, por exemplo, estabelecer um novo cronograma de atividades para se aprofundar mais sobre a temática, repensar a abordagem e as formas de avaliação.

Espera-se que a partir dessa abordagem sejam identificados mais casos da doença na área de abrangência de modo a realizar o diagnóstico precoce dos casos e instituir o tratamento adequado.

Entre os pontos críticos identificado nesse processo está o desafio de sincronizar o trabalho de toda equipe para o melhor acolhimento da população, desenvolvimento de uma estratégia para otimizar o tempo de toda equipe. Nessa perspectiva deve-se evidenciar o trabalho em união, pois só com sincronismo de toda equipe o plano de operação pode ser desenvolvido com eficácia e para que isso aconteça é necessária uma mudança na mentalidade de toda equipe na perspectiva de promover um trabalho conjunto para melhor avanço do projeto.

Nessa direção foi estabelecido um cronograma de execução das ações ficando acordado na equipe que o primeiro mês da microintervenção destinava-se a pesquisar sobre o tema. No segundo momento definir a abrangência do tema e, por conseguinte preparar a síntese sobre o assunto, discorrer sobre a abordagem.

Entre os objetivos delineados para a ação destacam os abaixo discriminados para se alcançar uma maior resolubilidade na ESF:

- Humanizar o processo de trabalho, organizar as ações;
- Qualificar as ações realizadas no acolhimento geral de na unidade;
- Fortalecer a importância da escuta qualificada para fortalecer os vínculos entre usuário da UBS;
- Uniformizar a informação;
- Associar a demanda com o protocolo e fluxo a seguir;
- Interagir com equipe multiprofissional para resolução dos impasses;
- Orientar os usuários sobre as vantagens de se programar os acompanhamentos;
- Minorar o dano ao usuário;
- Diminuir a sobrecarga dos profissionais.

O público alvo da microintervenção foram os profissionais de saúde, que atuam na UBS Nossa Senhora de Fátima e os usuários que dela fazem uso. Para a operacionalização das ações foi necessário os recurso humanos disponíveis na própria ESF e os insumos utilizados já faziam parte da prática diária. As avaliações e as conformações foram ajustadas diariamente, por meio do preenchimento das planilhas, escuta e relato dos profissionais que realizavam o acolhimento diário, organizados de acordo com critérios de classificação estabelecidos para o atendimento a demanda espontânea e para agendas estruturadas segundo escala de Manchester.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme Litwinski (2011), fazer com que o profissional saia de uma possível zona de conforto, para atuar com o inesperado, com o usuário que busca por livre demanda é um desafio diário. Nessa dinâmica é necessário entender o acolhimento com uma estratégia de reorganização da agenda e qualificação do processo de trabalho da equipe. Nessa óptica acolher transcende a mera triagem, na medida em que é possível ouvir, dialogar, recepcionar, atender, tomar decisões, amparar, orientar, negociar, visando à satisfação dos profissionais de saúde e o bem estar do paciente.

Ademais, este plano de ação tem como potencialidade favorecer um compromisso dos usuários com as equipes e serviços construindo uma relação de confiança colaborando para legitimação do sistema público de saúde e promoção da cultura de solidariedade. Os resultados positivos da ação poderão ser replicados em outras UBS e, por conseguinte, promover uma melhor associação entre usuários, trabalhadores e gestores de saúde em defesa do SUS como política pública essencial à população brasileira. O alcance de melhores indicadores de saúde do país levará a maior satisfação dos prestadores de serviços com o trabalho realizado e da população com o serviço oferecido, melhorando a qualidade de vida.

Este relato de microintervenção, apenas indica passos iniciais para o alcance de um serviço de saúde com excelência. Desse modo é importante iniciar os debates sobre o tema e permitir futuros ajustes e maiores avanços. Espera-se que alcance uma assistência à saúde de melhor qualidade aos usuários de modo a concretizar cada vez os princípios do Sistema Único de Saúde como a equidade, universalidade e integralidade.

A fragilidade encontrada em relação a microintervenção foi a interrupção por algumas semanas do projeto para enfoque e direcionamento ao contexto atual, Covid -19.

4. REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. Lei Orgânica da Saúde nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Constituição Federal da República do Brasil, Brasília, 1990.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. Sistema Manchester de classificação de risco: Comparando modelos. **Abril de**, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). 2019. Cidades e Estados, 2019. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/> acesso em 28/08/2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global tuberculosis report 2013**. Organização Mundial da Saúde, 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE COLOMBO. (2019). Colombo/História. Disponível em <http://www.colombo.pr.gov.br/> acesso em 28/08/2020.

INOJOSA, Rose Marie. Acolhimento: a qualificação do encontro entre profissionais de saúde e usuários. In: **X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**. 2005. p. 18-21.

LITWINSKI, Guilherme Isaac Schreiber et al. O acolhimento como uma ferramenta para a melhoria da qualidade do atendimento nas unidades básicas de saúde. 2011.

-

5. ANEXOS

TABELA 1 - NÍVEIS DE GRAVIDADE POR COR E TEMPO DE ATENDIMENTO

Classificação	Intervenção Médica	Tempo de Espera
VERMELHO (EMERGÊNCIA)	Atendimento imediato	Imediato
LARANJA (MUITO URGENTE)	Atendimento o mais prontamente possível	10 minutos
AMARELO (URGENTE)	Não é considerado uma emergência, já que possui condições clínicas para aguardar.	60 minutos
VERDE (POUCO URGENTE)	É o caso menos, que exige atendimento médico mas pode ser assistido no consultório médico ambulatorialmente.	120 minutos
AZUL (NÃO URGENTE)	É o caso de menor complexidade e sem problemas recentes. Este paciente deve ser acompanhado no consultório médico ambulatorialmente	240 minutos

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010 ADAPTADO.