



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTROLE DA TUBERCULOSE¹

Francieli Cavaleiro Viero², Louise Bertoldo Quatrin³

¹ Esta pesquisa corresponde ao Trabalho de Conclusão de Residência da primeira autora sob orientação da segunda.

² Autora. Psicóloga Especialista em Atenção Clínica Especializada com Ênfase em Infectologia e Neurologia- Universidade Franciscana (UFN). francieliviero@gmail.com.

³ Orientadora. Mestre em Saúde Coletiva UNISINOS. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Clínica Especializada com Ênfase em Infectologia e Neurologia. Professora do Curso de Fisioterapia- UFN. louise.quatrin@yahoo.com.br.

Resumo

A Tuberculose é uma doença de fácil transmissão constitui-se um grave problema de saúde pública, sendo seu monitoramento e avaliação funções de todas as esferas de gestão da saúde. Assim, o presente estudo tem como objetivo investigar ações de vigilância em saúde desenvolvidas no território da Estratégia Saúde da Família (ESF) frente às doenças infectocontagiosas emergentes e reemergentes. O método desta pesquisa se caracteriza como uma pesquisa com delineamento quantitativo-descritivo. Os dados foram coletados através de um questionário construído e adaptado pelas pesquisadoras com base no Caderno de Autoavaliação para Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ). Foram aplicados 19 questionários com os profissionais atuantes em cinco ESF localizadas em áreas de maior vulnerabilidade social. O estudo constatou algumas fragilidades de integração entre as intervenções assistenciais desenvolvidas no cotidiano das ESF com a vigilância em saúde no enfrentamento da Tuberculose.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Integralidade em Saúde; Saúde Pública.

Introdução

Com a aprovação da constituição de 1988, a saúde passa ser direito de cidadania, materializada pelas Leis nº 8.080 e n 8.142, que trouxeram importantes avanços na atenção em saúde pública (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Assim, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitou o surgimento de um ambiente favorável às significativas transformações na atenção à saúde, propiciando intervenções de base territorial, descentralizadas e com o foco no sujeito (LIMONGI; MENEZES; MENEZES, 2008).

As unidades básicas de saúde destinadas a prestar serviços básicos à população experimentam um crescimento expressivo, tanto em número absoluto, quanto no aumento da cobertura assistencial. As unidades de saúde foram criadas em 1930, e se expandiram a partir da década de 80, na conjuntura da Reforma Sanitária, sendo estas umas dos legados deixados da criação do SUS na descentralização da saúde e subseqüente municipalização da saúde (CAMPOS, 2003).



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

Com a reorganização da atenção em saúde, a atenção básica pela proximidade com as pessoas na comunidade, caracteriza-se como porta de entrada do SUS. Assim, as ações desenvolvidas são em um território geograficamente conhecido, o que facilita tanto o acesso das equipes aos usuários como dos usuários a equipe (BRASIL, 2012).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada uma das mais importantes áreas da atenção básica, ao aliar a atuação da equipe a partir da construção de vínculos e tendo um relacionamento mais estreito com a comunidade, possibilitando laços de compromisso e de corresponsabilidade com a população adscrita (LIMONGI; MENEZES; MENEZES, 2008). A ESF iniciou sua implantação em 1994, com o nome de Programa de Saúde da Família. Atualmente deixou de ser um programa localizado para se tornar uma estratégia sólida dos sistemas de saúde (LIMONGI; MENEZES; MENEZES, 2008).

Dessa forma, pela proximidade com a comunidade a ESF apresenta-se o lócus privilegiado para o fortalecimento de ações de vigilância em Saúde no contexto da Tuberculose (CLEMENTINO et al, 2016). Conforme o Boletim Epidemiológico, a Tuberculose configura-se um grave problema de saúde pública ainda nos dias atuais. Embora, que o diagnóstico e o tratamento seja ofertado no SUS, em 2016 o País registrou cerca de 4.426 óbitos por Tuberculose .

A Tuberculose é uma doença infectocontagiosa de transmissão por via aérea através da inalação de aerossóis, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Cabe ressaltar que somente pessoas com Tuberculose ativa transmitem a doença e apenas 10% das pessoas infectadas adoecem. Os sinais e sintomas da Tuberculose incluem dor no peito, febre vespertina, falta de apetite, emagrecimento, sudorese noturna e principalmente tosse persistente com ou sem secreção. A partir da tomada de medicamento regular a pessoa com Tuberculose ativa deixa de transmitir a doença em torno de 15 dias (BRASIL, 2011).

Com a inserção na comunidade, a ESF possibilita a construção de **redes** de vínculos e compromissos dos profissionais de saúde com os usuários o que propicia práticas mais humanizadas e adequadas à realidade local. “É preciso compreender que melhorar a qualidade de vida, promover à saúde de um indivíduo implica agir no contexto em que ele se insere, no espaço onde ele vive” (CAMPOS, 2003, p. 578).

A ESF ao possibilitar maiores resultados e impactos na situação de saúde das pessoas trabalha-se com conceitos de vigilância em saúde, no enfoque sobre risco e centrando o cuidado na família (CAMPOS, 2003). Nessa perspectiva a ESF tem muito a contribuir na articulação com a Vigilância em Saúde, uma vez que ambas baseiam-se em dois princípios fundamentais a corresponsabilização sanitária e a participação social. Assim, a ESF constitui o principal meio para operacionalização da vigilância em Saúde (LIMONGI; MENEZES; MENEZES, 2008).

A contribuição da epidemiologia nas doenças transmissíveis é esclarecer o processo de infecção a fim de desenvolver, implementar e avaliar métodos de controle e manejo (BONITA, 2010). Esta é uma área fundamental para o desenvolvimento de ações e instrumentos voltados para a vigilância em saúde. Segundo Vilela e Santos e Kemp (2017) utilizam-se de indicadores epidemiológicos para ressaltar a capacidade de controle das doenças e agravos a saúde.



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

A partir deste panorama, este trabalho tem como objetivo investigar ações de vigilância em saúde desenvolvidas no território da Estratégia Saúde da Família (ESF) frente às doenças infectocontagiosas emergentes e reemergentes. Como o presente trabalho trata-se de um Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), enfatizou-se a Tuberculose pela vivência prática da pesquisadora no Centro de Referência para Tratamento da Tuberculose.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa com o delineamento descritivo-quantitativo (CRESWELL, 2010; DYNIEWICZ, 2009). Participaram desta pesquisa 19 profissionais atuantes em ESF situadas em regiões de maior vulnerabilidade social, conforme descrito no site da Prefeitura Municipal de Santa Maria- RS. Portanto as áreas de maior vulnerabilidade social são as regiões onde estão Localizados os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), conforme descrito no site da Prefeitura Municipal (<https://www.santamaria.rs.gov.br/smasc/8-cras>).

O procedimento de amostragem utilizado foi de fase única em que a pesquisadora teve acesso aos nomes na população e pode amostrar as pessoas diretamente (CRESWELL, 2010). O instrumento para coleta de informações deste estudo foi um questionário autoadministrado adaptado pelas pesquisadoras do Caderno de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) do Ministério da Saúde (MS). O questionário foi delineado a partir do eixo da subdimensão Atenção Integral à Saúde do AMAQ. Trata-se de um questionário com questões fechadas de múltipla escolha e número definido de respostas (sim ou não ou desconheço) que foi aplicado durante as reuniões de equipe aos profissionais de saúde das ESF. Assim, o método de Autoavaliação conforme Vilela e Santos e Kemp (2017) mostra-se pertinente para a análise das práticas ao incluir a visão dos participantes da pesquisa no modo como realizam suas ações em vigilância em saúde no cotidiano da ESF.

Durante a aplicação do questionário a pesquisadora estava presente. Como também foi realizado um contato prévio com a Enfermeira da ESF agendando a data da realização do questionário. Além disso, Para cada visita institucional foi apresentada à gestão da instituição uma explicação detalhada da pesquisa.

Os dados foram tabulados em uma planilha do Excel e a análise dos resultados seguiu o referencial teórico e quantificação realizada através do *Pacote Office-Excel*, assim, os dados foram apresentados de forma de tabela.

O projeto de pesquisa inicialmente foi encaminhado ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde da Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria/RS (NEPeS), para autorização da realização do estudo. Posteriormente, foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Franciscana, seguindo as diretrizes regulamentadoras para pesquisa com seres humanos que estão na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo essa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Franciscana-UFN, com o parecer nº 2.820.774.



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

Resultados

Foram aplicados 19 questionários com os profissionais atuantes em cinco Estratégias de Saúde da Família do município de Santa Maria/RS Participaram deste estudo duas psicólogas residentes, cinco enfermeiras, uma enfermeira residente, uma terapeuta ocupacional residente, duas assistentes sociais residentes, dois médicos, um médico residente, uma educadora física, uma fonoaudióloga residente, uma fisioterapeuta residente, um dentista e uma dentista residente.

A média do tempo de atuação dos profissionais nas ESF estudadas variou de 6 meses a 84 meses, média de atuação de 19,21 meses. Na Tabela 1 são apresentados os dados em relação às ações de vigilância frente à Tuberculose (TB).

Tabela 1: Ações de vigilância referente à Tuberculose (TB) (n=19).

Questões	Sim N (%)	Não N (%)	Desconheço N (%)
A equipe identifica os Sintomáticos Respiratórios (SR)	14 (73,7%)		5 (26,3%)
A equipe prioriza o acesso dos SR	13 (68,4%)	2 (10,5%)	4 (21,1%)
Solicita aos usuários SR coleta de escarro	15 (78,9%)		4 (21,1%)
Acompanhamento dos usuários em tratamento	13 (68,4%)	2 (10,5%)	4 (21,1%)
Averigua casos de retratamento	6 (31,6%)	2 (10,5%)	11 (57,9%)
Encaminha SR para a Unidade de Referência	14 (73,7%)	1 (5,3%)	4 (21,0%)
Dispõe de profissionais para realização do Tratamento Diretamente Observado (TDO)	10 (52,6%)	3 (15,8%)	6 (31,6%)
Realiza Testes Rápidos de HIV	16 (84,2%)		3 (15,8%)
Aciona Serviços de Retaguarda na coinfeção (TBHIV)	11 (57,9%)		8 (42,1%)
Realizam busca ativa	11 (57,9%)	6 (31,6%)	2 (10,5%)
Registro e envio de informações para o centro de referência	12 (63,2%)	1 (5,3%)	6 (31,5%)
Utilizam indicadores para propor ações de enfrentamento	5 (26,3%)	5 (26,3%)	9 (47,4%)
Planeja intervenções	9 (47,4%)	4 (21%)	6 (31,6%)



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

No que tange às ações de vigilância da Tuberculose no contexto da ESF percebeu-se que grande parte dos profissionais 73,7% identifica os Sintomáticos Respiratórios (SR), 68,4% prioriza o acesso desses usuários e 78,9% demonstraram solicitar a coleta de escarro na primeira consulta para diagnóstico de Tuberculose quando se trata de SR. Entretanto, cerca de 21,1% apontaram desconhecer a prática de coleta de escarro para exame de Tuberculose em usuários SR.

Quanto ao acompanhamento dos casos de Tuberculose no território da ESF identificou-se que 68,4% dos profissionais realizam o acompanhamento. Contudo, observa-se que 57,9% dos profissionais desconhecem os casos de retratamento no âmbito do seu respectivo território. Além disso, constatou-se que para a realização do Tratamento Diretamente Observado (TDO), os estabelecimentos de saúde dispõem de profissionais capacitados em sua maioria (52,6%), porém alguns profissionais demonstraram desconhecimento sobre esse aspecto (31,6%).

Também verificou-se que 42,1% dos profissionais referem desconhecimento sobre os serviços de retaguarda frente à coinfeção TBHIV. Dessa forma, salienta-se a importância do reconhecimento do território de atuação da ESF, bem como dos problemas de saúde de sua população adscrita, para avaliação do impacto dos serviços de saúde e suas intervenções frente às doenças infecciosas.

No que se refere à busca ativa, percebeu-se que 57,9 % dos profissionais da saúde realizam a busca ativa, entretanto 31,6% referiram não realizar tal ação. Outro ponto pertinente reporta-se a pouquíssima utilização pelos profissionais dos indicadores ou dados de prontuários à construção e planejamento de ações em relação ao enfrentamento e controle da Tuberculose, apenas 26,3% dos profissionais afirmam realizar.

No que diz respeito à educação permanente também pode ser considerada uma estratégia de intervenção primordial frente às lacunas estruturais e institucionais que envolvem as ações de vigilância em saúde no contexto da ESF. Com isso, verificou-se que a maioria dos sujeitos da pesquisa dispõe de momentos de Educação Permanente em Saúde (57,9%). Toda via, alguns profissionais referiram desconhecimento acerca de espaços ou momentos de ações envolvendo a Educação Permanente em Saúde. Destes profissionais, alguns apontaram a ausência de ações no âmbito da Educação Permanente 21,1% para a tuberculose.

Discussão

A tuberculose é uma doença antiga e que atualmente constitui como um problema de saúde pública, especialmente em países em desenvolvimento como o Brasil. Por isso a necessidade de ações de promoção à saúde e prevenção da Tuberculose, tendo em vista que esta doença continua com alta incidência atingindo 37,2100.000 habitantes (CLEMENTINO et al, 2016).

No que se refere às ações de vigilância à Tuberculose, Clementino et al (2016), evidencia a necessidade da atuação das equipes da ESF na implementação de ações de vigilância em saúde frente à tuberculose. A Tuberculose é uma doença infectocontagiosa que atinge todas as faixas



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

etárias. Segundo Moura (2016), o controle da tuberculose é considerado pelo Ministério da Saúde (MS) como área estratégica da Atenção Básica à Saúde.

Brasil (2011); Clementino et al (2016), descrevem que a baciloscopia é o principal método de diagnóstico dos casos de Tuberculose Pulmonar, além de ser de baixo custo. Na presente pesquisa os profissionais evidenciaram identificar e priorizar o acesso dos Sintomáticos Respiratórios (SR), bem como referiram solicitar o exame da baciloscopia para os mesmos. A própria Política Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) estabelece o fortalecimento das ações da Atenção Básica no enfrentamento da Tuberculose. Dessa forma, a estratégia de ampliação da oferta de baciloscopia e acesso dos SR as ESF não só otimiza o diagnóstico, como também interrompe a cadeia de transmissão da infecção.

Todavia, alguns profissionais das ESF estudadas apontaram desconhecer essa prática. Essa falta de informação sobre a importância do exame para o diagnóstico precoce merece destaque, visto que reflete a minimizar as barreiras de acesso ao diagnóstico e tratamento nos serviços de saúde, principalmente no âmbito da Atenção Básica, descentralizando a assistência (CLEMENTINO et al, 2016).

A testagem rápida para o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) no tratamento da Tuberculose, de acordo com Brasil (2011), é um procedimento regulamentado pelo MS. E quando o resultado é reagente, este usuário é encaminhado para o serviço de referência voltado para o tratamento do HIV. Contudo, constatou-se que alguns participantes desconhecem os serviços de retaguarda frente à coinfeção TuberculoseHIV (TBHIV). Nesse sentido, percebe-se que há uma insipiência por parte dos profissionais acerca dos serviços que compõem a rede de Atenção à Saúde, ou seja, é relevante que os profissionais conheçam os serviços que são disponibilizados à população.

Também se observou que a maioria dos profissionais desconhece os casos de retratamento no âmbito do seu território. Fato este preocupante, uma vez que a organização do processo de trabalho e acompanhamento desses usuários fica comprometida. O planejamento de atividades de controle da Tuberculose, seu monitoramento e avaliação são funções de todas as esferas de gestão da saúde (BRASIL, 2011).

Nota-se que há uma insuficiência do uso de monitoramento para subsidiar as ações cotidianas da ESF com foco na vigilância em saúde. Diante disso, constata-se uma dificuldade de integração entre as intervenções assistenciais desenvolvidas no cotidiano das ESF com a vigilância em saúde, no âmbito da Tuberculose. Assim, percebe-se um descompasso na integração e efetivação das ações em vigilância em saúde. Embora, as ações assistenciais sejam fundamentais, há a urgência da integração das ações das ESF com a vigilância em saúde na análise da situação da sua área de abrangência, tendo em vista que na ESF trabalha-se com conceitos de vigilância à saúde, no enfoque sobre risco e centrando o cuidado no indivíduo e sua família (CAMPOS, 2003; VILASBOAS; TEIXEIRA, 2007).

Nessa perspectiva, a coleta de indicadores de saúde é pertinente, pois representam a expressão numérica dos eventos ao qual repercutem na comunidade. Os indicadores da Tuberculose referem-se ao coeficiente de novos casos e a taxa de abandono do tratamento (BRASIL, 2006). E as ações



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

de integração da vigilância em saúde com a atenção básica, podem ocorrer através de ações desenvolvidas no próprio território de atuação, como por exemplo, a coleta de dados através dos prontuários dos usuários. Conforme descreve Limongi e Menezes e Menezes (2008), “as informações geradas por prontuários de usuários constituem informações pertinentes para o planejamento de medidas preventivas no âmbito local” (LIMONGI; MENEZES; MENEZES, 2008, p. 42).

A partir disso, ações articuladas da atenção básica com os Sistemas de Vigilância em Saúde tornam-se importantes, ao possibilitar um cuidado integral com a incorporação de “intervenções que não se limitam à ação de prevenção e danos, mas tomam como objeto a dinamicidade no processo saúde-doença” (OLIVEIRA; CRUZ, 2015, p. 256). Em suma, a atuação em saúde deve considerar o caráter multifatorial dos agravos e determinantes no âmbito territorial, para que as intervenções não sejam fragmentadas, promovendo o intercâmbio com outras áreas constituem-se redes sólidas em saúde, possibilitando respostas mais efetivas (OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

A tuberculose por ser considerada de fácil transmissão e com tratamento prolongado, acaba sendo um problema de saúde pública, envolvendo o binômio farmacoterapia- adesão do paciente ao tratamento (SANTOS et al, 2014). A dificuldade de adesão dos pacientes de tuberculose ao tratamento é um dos maiores obstáculos para o alcance da cura. Assim, tornando-se um desafio para a prevenção e a erradicação da Tuberculose. Mesmo sendo gratuito o tratamento da Tuberculose e garantido pelo Estado, este cenário evidencia-se atenção especial por parte das políticas públicas voltadas para o enfrentamento da tuberculose nos últimos anos (WENDLING, 2011). Daí a necessidade da equipe da ESF realizar o acompanhamento dos casos em tratamento em conjunto como o serviço especializado. Nota-se que na presente pesquisa a maior parte dos profissionais realiza o acompanhamento dos usuários em tratamento, enquanto uma parcela pequena refere desconhecimento dos casos em tratamento.

Além disso, tratamento irregular ou o seu abandono pode levar o risco de desenvolver bacilos extensivamente resistentes à medicação. Com isso, a pessoa infectada com bacilo multirresistente tem-se o risco à sociedade na transmissão desse bacilo. Assim, mantendo-se a cadeia de contágio (BRASIL, 2011). Por isso a necessidade da associação medicamentosa compatível, com doses corretas, e o uso por tempo hábil são os meios para evitar a manutenção bacteriana e o desenvolvimento de resistência às drogas, assegurando, assim, a cura da pessoa com tuberculose (WENDLING, 2011).

O abandono do tratamento é considerado quando o usuário com Tuberculose deixa de ir ao serviço de saúde por mais de 30 dias, após a data agendada para o seu retorno para acompanhamento. E no tratamento supervisionado, o prazo é de 30 dias contados a partir da última tomada da medicação supervisionada pelo profissional de saúde. Geralmente, utiliza-se como referencial para adesão ao tratamento da Tuberculose, se o usuário tomou a medicação de forma correta durante os seis meses de tratamento e se este compareceu aos retornos nas datas agendadas (BRASIL, 2011).

No Tratamento Diretamente Observado (TDO), o paciente comparece até a sua Unidade de Saúde de Referência ou no Serviço de Referência para a tomada da medicação (BRASIL, 2011). A ingestão



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

da medicação necessita ser na presença de um profissional de saúde qualificado, solidário e comprometido com o bem-estar do usuário. Percebe-se que no presente estudo alguns profissionais apontaram desconhecimento frente à disponibilização de profissionais para a realização do TDO. Além disso, o TDO auxilia na adesão ao tratamento por manter esse contato mais próximo com o usuário, o que facilitaria a criação de vínculo com o serviço de saúde.

Nesse construto, há toda uma interface que também precisa ser considerada no processo saúde-doença, sendo os determinantes sócio-demográficos, culturais e econômicos, que podem vir a influenciar desde a percepção da pessoa frente à doença até a adesão ao tratamento. Para alguns autores a Tuberculose é considerada uma doença de caráter social, sendo assim necessita de uma maior interação entre os profissionais da saúde com a Assistência Social Locais. Os estabelecimentos de saúde para a coleta das informações da presente pesquisa foram as ESF localizadas em áreas de maior vulnerabilidade social. De acordo com Boletim Epidemiológico, “O Plano Nacional para o Fim da Tuberculose recomenda fortalecer a articulação intersetorial para garantia dos direitos humanos e cidadania nas ações de controle da Tuberculose” (BRASIL, 2018, p. 10). Com isso, possibilita-se tratar de forma adequada e oportuna todos os casos de Tuberculose visando à integralidade do cuidado.

Identificou-se na referida pesquisa que há uma fragmentação na articulação das ações da ESF com a vigilância em saúde. Colaborando Limongi, Menezes e Menezes (2008), descrevem que existem recursos de análise da situação de saúde importantíssimos para o monitoramento e acompanhamento dos indicadores de saúde que poderiam ser utilizados pelos serviços de saúde, na medida em que facilitaria a interlocução entre estes serviços. A fragilidade das ações e a falta de capacitação de recursos humanos nestas áreas afetam a operacionalização e o planejamento das ações em saúde (CAMPOS, 2003; LIMONGI; MENEZES; MENEZES, 2008). Assim, os indicadores em saúde são dispositivos fundamentais que servem como base para o planejamento de ações estratégicas que viabilizem a promoção, prevenção e controle de agravos integrando a atenção básica com a vigilância em saúde. Por isso a necessidade de ações envolvendo a educação continuada sobre o viés da Educação permanente em Saúde.

Nessa perspectiva, o uso da educação em saúde mostra-se necessária e urgente para os profissionais atuantes na rede de atenção à saúde (BRASIL, 2011). A Educação Permanente em Saúde pode ser considerada como aprendizagem no cotidiano das práticas. Esta procura ofertar a troca de conhecimento e discussões entre os profissionais de maneira horizontal e reflexiva, tornando os mesmos agentes ativos no processo de formação (BRASIL, 2009). Dessa forma, constatou-se na presente pesquisa a necessidade de fomentar intervenções sob o viés da Educação Permanente voltadas à vigilância em saúde no contexto da Tuberculose. Conforme o Boletim Epidemiológico, ações de capacitações aos profissionais de saúde contribuem com resultados positivos nas ações assistenciais no controle e manejo dos casos de tuberculose, principalmente no que diz respeito à autonomia e competência dos profissionais no acolhimento e cuidado, bem como na adesão dos usuários ao tratamento (BRASIL, 2018).

Conclusão

O presente estudo teve como objetivo investigar ações de vigilância em saúde desenvolvidas no



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

território da Estratégia Saúde da Família (ESF) frente às doenças infectocontagiosas emergentes e reemergentes. Cabe evidenciar que esse estudo não pode ser considerado de uma forma generalista a todos as ESF, uma vez que os resultados apresentados se referem apenas cinco ESF com seu respectivo público de participantes e contexto.

O estudo constatou que a articulação das ações da ESF com a vigilância em saúde apresenta algumas fragilidades relacionadas ao enfrentamento da Tuberculose. Evidencia-se desconhecimento por parte de alguns profissionais dos serviços de retaguarda frente à coinfeção TBHIV, a necessidade do exame de coleta de escarro para o diagnóstico oportuno de Tuberculose Pulmonar, os casos de tratamento e retratamento no âmbito do seu território, dentre outros. Além disso, há a necessidade de fomentar intervenções sob o viés da Educação Permanente com o intuito de qualificar as ações de prevenção, manejo e controle da Tuberculose consoantes a realidade de cada território.

Logo, para uma melhor abordagem integral ao usuário com Tuberculose envolve considerar outros determinantes multifatoriais que também poderão implicar no processo saúde-doença-cuidado. Assim, para o desenvolvimento de uma atenção integral necessita de do trabalho interdisciplinar e do diálogo com diversos seguimentos e instâncias que extrapolam a rede de atenção à saúde. Nesse sentido, a interação com diferentes espaços são importantes na constituição de redes sólidas de atenção á saúde, principalmente no que diz respeito às ações de vigilância em saúde no âmbito da Tuberculose.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**- AMAQ. Brasília: MS, 2017. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/amaq_2017.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde - Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2018.



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as Diretrizes operacionais do referido pacto. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 18 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Experiências de Programas de Controle da tuberculose: “ Porque juntos iremos detectar, tratar e acabar com a tuberculose como problema de saúde pública no Brasil”. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, v. 49, n. 37, 2018. Disponível em : < <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/setembro/05/2018-041.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2019.

BONITA, R. **Epidemiologia Básica**. 2.ed. São Paulo: Santos, 2010.

CLEMENTINO, F. de S. et al. Ações de controle da tuberculose: análise a partir do programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. **Texto Contexto Enfermagem**, v.25, n.4, 2016. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n4/pt_0104-0707-tce-25-04-4660015.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2018

CRESWELL, John W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DYNIEWICZ, A. M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. 2 ed. São Caetano do Sul, SP: Difusão, 2009.

LIMONGI, J. E.; MENEZES, E. C. de; MENEZES, A. C. de. Vigilância em saúde no programa saúde da família. **Hygeia**, v.4, n7, p. 35-44, Dez; 2008. Disponível em: < <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/16916>>. Acesso em: 18 nov. 2018.

MOURA, A. S. Núcleo de Educação em Saúde coletiva (NESCON). **Curso Doenças Infecciosas na Atenção Básica**. UNASUS- Faculdade de Medicina de Minas Gerais: UFMG, 2016. Disponível em: < <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/cursos/curso/doencas-infectocontagiosas-na-atencao-basica-saude/>>. Acesso em: 18 nov. 2018.

OLIVEIRA, C. M. de; CRUZ, M. M. Sistema de Vigilância em saúde no Brasil: avanços e desafios. **Saúde Debate**, v.39, n.104, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00255.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2018.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.15-35, jan-mar. 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2018

SANTOS, E. S. et al. Caráter estigmatizante da tuberculose, natureza biológica e impacto social da



6° CONGRESSO INTERNACIONAL EM SAÚDE CISaúde

Vigilância em Saúde: Ações de Promoção,
Prevenção, Diagnóstico e Tratamento



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

doença. **Revistas- Unimep**. Vol. 24, n.1, p.41-50, 2014. Disponível em: < <https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/Fol/article/viewFile/1934/1335>>. Acesso em: 18 nov. 2018.

VILASBOAS, A. L. Q.; TEIXEIRA, C. F. Saúde da Família e Vigilância em Saúde: em busca da integração das práticas. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, v. 8, n.16, Out-Dez, p. 34-36, 2007.

VILELA, M. F. de G.; SANTOS, D. N. dos; KEMP, B. Caminhos Possíveis para a avaliação das práticas da vigilância em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n. 10, p. 3183- 3192, 2017. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n10/1413-8123-csc-22-10-3183.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2018.

WENDLING, A. P. B. Tuberculose Pulmonar: estudo do abandono do tratamento na visão de profissionais de saúde de Belo Horizonte, MG. **Tese** (Doutorado Ciências da Saúde) - Centro de Pesquisas René Rachou. Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde. Belo Horizonte- MG, 2011. Disponível em: < <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/9994>>. Acesso em: 18 nov. 2018.