



Research, Society and Development
ISSN: 2525-3409
ISSN: 2525-3409
rsd.articles@gmail.com
Universidade Federal de Itajubá
Brasil

Compartilhando saberes através de um projeto de intervenção em uma estratégia saúde da família: interfaces do estágio supervisionado de enfermagem

Moccelin, Jéssica Maria; Pavoni Gallina, Marla Regina; Pissaia, Luís Felipe; Kunz da Costa, Arlete Eli; Monteiro, Sabrina

Compartilhando saberes através de um projeto de intervenção em uma estratégia saúde da família: interfaces do estágio supervisionado de enfermagem

Research, Society and Development, vol. 7, núm. 12, 2018

Universidade Federal de Itajubá, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=560659019014>

DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v7i12.495>



Este trabalho está sob uma Licença Internacional Creative Commons Atribuição 4.0.

Compartilhando saberes através de um projeto de intervenção em uma estratégia saúde da família: interfaces do estágio supervisionado de enfermagem

Sharing knowledge through an intervention project in a family health strategy: interfaces of the supervised nursing stage

Jéssica Maria Moccelin

Universidade do Vale do Taquari – UNIVATES, Brasil

Marla Regina Pavoni Gallina

Universidade do Vale do Taquari – UNIVATES, Brasil

Luís Felipe Pissaia lpissaia@universo.univates.br

Universidade do Vale do Taquari – UNIVATES, Brasil

Arlete Eli Kunz da Costa

Universidade do Vale do Taquari – UNIVATES, Brasil

Sabrina Monteiro

Universidade do Vale do Taquari – UNIVATES, Brasil

Research, Society and Development, vol. 7, núm. 12, 2018

Universidade Federal de Itajubá, Brasil

Recepção: 29 Junho 2018
Aprovação: 08 Julho 2018

DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v7i12.495>

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=560659019014>

Resumo: Este artigo compartilhará um relato de experiência resultante da realização de um Projeto de Intervenção elaborado durante a disciplina de Gestão da Assistência de Enfermagem na Rede Básica de Saúde desenvolvida em uma Estratégia Saúde da Família de um município do interior do RS. Inicialmente elencou-se algumas situações-problemas que destacaram-se no contexto da unidade, após, realizadas algumas reflexões, objetivou-se reavaliar o fluxo da coleta de secreção brônquica (escarro) em pacientes com suspeita de tuberculose pulmonar bacilífera na referida ESF. Com a realização de pesquisa bibliográfica atrelada à proposta de intervenção percebeu-se que a complexidade da situação da tuberculose requer uma abordagem compartilhada por vários profissionais de saúde e a descentralização do atendimento com fortalecimento do envolvimento da atenção básica, além disso, evidencia-se a necessidade dos profissionais estarem capacitados para atender a este estrato populacional contribuindo para a integralidade e humanização na assistência, bem como a satisfação do usuário.

Palavras-chave: Tuberculose, Enfermagem, Atenção Primária à Saúde.

Abstract: This article will share an experience report resulting from the realization of an Intervention Project elaborated during the discipline of Management of Nursing Assistance in the Basic Health Network developed in a Family Health Strategy of a municipality in the interior of RS. Initially, some situations-problems that stood out in the context of the unit, after some reflections were performed, aimed to re-evaluate the flow of collection of bronchial secretion (sputum) in patients with suspected pulmonary tuberculosis bacillary in the FHT. With the accomplishment of a bibliographical research linked to the intervention proposal, it was realized that the complexity of the tuberculosis situation requires a shared approach by several health professionals and the decentralization of care with strengthening of the involvement of basic attention. need of the professionals to be able to attend to this population stratum contributing to the integrality and humanization in the assistance, as well as the satisfaction of the user.

Keywords: Tuberculosis, Nursing, Primary Health Care.

1. Introdução

Compreender e vivenciar a atuação do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se como uma demanda crescente dos cursos de graduação que primam pela qualificação da formação acadêmica e estejam cientes do perfil profissional que o mercado de trabalho demanda atualmente. Para tanto, o curso de graduação em enfermagem da Universidade do Vale do Taquari – UNIVATES possui em sua essência a formação de profissionais generalistas, tendo como base preceitos humanísticos que seguem os aportes técnicos e científicos condizentes com a realidade regional, nacional e internacional.

Visando este nível de formação, a grade curricular do referido curso é composta por diferentes eixos de estudo, onde são desenvolvidas as habilidades e competências a partir de vivenciais nas várias áreas de atuação do Enfermeiro. Um destes momentos é realizado durante a disciplina teórica e prática de Gestão da Assistência de Enfermagem na Rede Básica de Saúde a qual possui uma carga horária de 270 horas, desenvolvida no décimo ou último semestre da graduação.

A disciplina elencada neste trabalho foi realizada durante o período de 24 de julho a 26 de setembro de 2017, sendo a maior parte da carga horária desenvolvida em uma Estratégia Saúde da Família (ESF) da cidade de Guaporé/RS, sob supervisão direta do profissional de enfermagem coordenador do local e indireta de um Enfermeiro docente da instituição. No período de realização deste vivencial, o acadêmico é inserido no serviço com o intuito de experienciar o campo de atuação, sendo que parte do processo avaliativo ocorre por meio da realização de um projeto de intervenção teórico/científico.

Este projeto de intervenção leva em consideração o perfil social e demográfico da população que compõe a área adstrita da ESF, bem como seus processos de saúde e doença, uma vez que atenta-se para o papel e as possibilidades do serviço inserido intra e entre este espaço geográfico. Sob este pressuposto, este estudo compartilhará um relato de experiência desenvolvido durante esta disciplina, tendo como objetivo reavaliar o fluxo para coleta de escarro em pacientes com suspeita de Tuberculose (TB) pulmonar na referida ESF.

A seguir apresenta-se uma breve descrição da história da instituição e dados referentes à mesma, também sendo elencados os aspectos estruturais, recursos materiais, recursos humanos e gerenciamento da unidade, assim como, a oferta de um projeto de intervenção buscando o aprimoramento do atendimento à população. Após a análise inicial da unidade demonstra-se a proposta de um fluxograma para o fluxo da coleta de secreção brônquica em pacientes com suspeita de TB pulmonar.

1.1 Contextualizando o serviço de saúde

O município de Guaporé está situado na região da serra gaúcha e faz parte da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde, a qual é composta por outros 48 municípios. A cidade foi colonizada por imigrantes italianos e mantém

preservada a cultura de seus colonizadores até os dias atuais. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município possui uma população estimada em 2017 de 24.836 habitantes, sendo que em 2010 o contingente populacional foi de 22.814 habitantes.

Em alusão à atenção básica, esta é composta pelo Centro Municipal de Saúde, sete ESF e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). A referida ESF possui estrutura física cedida pelo governo municipal, a qual possui recepção, sala de vacinas, sala de triagem, farmácia, dois consultórios (um médico e outro de enfermagem), sala de procedimentos, copa/cozinha, sala de materiais, almoxarifado e três sanitários (um para a população e dois para funcionários).

Quanto aos materiais necessários para a realização da assistência a população, a ESF disponibiliza materiais essenciais para o atendimento dos usuários com as mais diversas necessidades. No setor estão disponíveis inúmeros materiais, como termômetros, estetoscópios, esfigmomanômetros, materiais para oxigenoterapia, computadores, macas, cadeiras de rodas, entre outros.

Dentre os equipamentos disponíveis, está a geladeira para armazenamento de imunobiológicos na sala de vacina, não possuindo nobreak, apenas termômetros, sendo que a temperatura sempre é mantida em torno de 3°C a 5°C. No caso de falta de energia elétrica os imunobiológicos são levados para acondicionamento na geladeira do Centro Municipal de Saúde (CMS), mantido pelo governo municipal com sistemas alternativos de energia elétrica.

A farmácia do CMS é a responsável pelo abastecimento dos medicamentos nas demais ESF. Vale ressaltar, que não há presença de farmacêutico para a dispensação das medicações, sendo que esta ação é realizada pelo técnico em enfermagem. Além disso, também é realizada pelo profissional, a conferência do estoque diário de medicamentos, e sempre que necessário é encaminhado uma lista para a farmácia do CMS.

Os medicamentos controlados são dispensados apenas com apresentação da prescrição médica e, para os demais fármacos, é necessário mostrar a carteirinha de medicamentos, a qual deve ser renovada a cada seis meses por meio de uma consulta médica. No que se referem às vacinas, todas aquelas que fazem parte do calendário nacional de vacinação estão disponíveis na ESF. Nos recursos humanos a unidade possui uma equipe multidisciplinar, composta por Médico (1), Enfermeiro (1), Técnicos em Enfermagem (2), Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (6), Recepcionista (1), Auxiliar de Higiene (1).

1.2 Reconhecendo o espaço do enfermeiro

O profissional de enfermagem da ESF supervisiona os Técnicos em Enfermagem, elabora as escalas de dimensionamento de pessoal, lidera de forma democrática, comunica-se de forma efetiva, gerencia conflitos, é proativa, organiza, planeja, coordena o trabalho e reúne-se diariamente com os ACS para receber a produção dos mesmos, assim como, para auxiliá-los e trocar informações. Além disso, realiza procedimentos de

enfermagem como acolhimento, consultas de enfermagem, curativos, exame citopatológico, visitas domiciliares, entre outros.

Quanto ao trabalho dos Técnicos em Enfermagem, um dos profissionais verifica os sinais vitais dos usuários que serão atendidos pela médica e realiza procedimentos de enfermagem e o outro é responsável pela farmácia e a sala de vacinas. Estas atividades são intercaladas mensalmente entre os profissionais.

Com relação ao agendamento de consultas na unidade, 15 consultas ficam reservadas para atendimento médico por turno, das quais, 7 são para consultas médicas agendadas, 5 consultas são para demanda livre, 1 consulta para retorno e 2 consultas são para casos de urgência. As avaliações de enfermagem são realizadas conforme a demanda espontânea. O fluxo de atendimento no caso de demanda programada se inicia pela recepcionista, a qual procura o prontuário do usuário que será atendido e entrega para um dos técnicos em enfermagem. O usuário é encaminhado para a sala de triagem para verificação dos sinais vitais, os valores são registrados no prontuário e posteriormente entregues ao médico.

A liderança exercida na unidade é de forma democrática, pois coordena de maneira participativa, ou seja, toma decisões e planeja as tarefas após discussões com a equipe, além de incentivar a participação da equipe em todos os projetos. A definição de liderança pode ser vista como a capacidade de influenciar um grupo por meio do convívio, onde a comunicação obtém objetivos específicos. Sob este aspecto, Giamogeschi e colaboradores (2015), definem como líder democrata, aquele que se preocupa com o grupo e sua participação, além disso, orienta e estimula para que haja envolvimento entre os membros e, conseqüentemente, maior liberdade e satisfação entre a equipe.

1.3 Características epidemiológicas da população

Conforme o e-sus AB estão cadastradas na ESF 1.080 famílias, totalizando 2.986 pessoas, nas quais, 1.442 são do sexo masculino e 1.544 são do sexo feminino. O Quadro 1 a seguir mostra o número de homens e mulheres conforme a faixa etária.

Quadro 1.
Número de homens e mulheres cadastrados no e-sus AB conforme faixa etária

Faixa etária	Homens	Mulheres
<1 ano	13	5
1 a 4 anos	69	71
5 a 6 anos	38	37
7 a 9 anos	45	35
10 a 14 anos	68	82
15 a 19 anos	89	98
20 a 39 anos	508	555
40 a 49 anos	192	209
50 a 59 anos	217	204
>60 anos	203	248
Total	1442	1544

Fonte: Elaborado pelos autores com dados do SUS (2017).

No que concerne às doenças ou condições referidas no e-sus AB, 78 pessoas referiram diabetes mellitus, 435 relataram hipertensão arterial sistêmica, 273 indivíduos referiram algum tipo de deficiência (física, mental, visual, mudez ou surdez) e 17 mulheres afirmaram estar grávidas.

Em relação às condições de moradia, 979 famílias residem em casas de alvenaria, 87 em casas de madeira, 24 em casas de taipa revestida, 2 em casas de taipa não revestida, 3 em casas de material aproveitado e 1 em outros. O número de residências com energia elétrica consiste em 1.080. Sobre o destino do lixo, o mesmo é coletado em 1.077 residências cadastradas.

O abastecimento de água é realizado em 1.004 domicílios pela rede pública e em 83 residências por meio de poço ou nascente. Apenas 14 famílias tratam a água em casa (filtração) e 1.065 famílias bebem água sem tratamento domiciliar. O destino de fezes e urina ocorre pelo sistema de esgoto em 964 domicílios e por fossa em 49 residências.

Quanto à alfabetização, das 2.986 pessoas cadastradas 1.203 com idade igual ou superior a 15 anos são alfabetizadas. Referente ao benefício Bolsa Família, apenas 3 famílias o recebem. Em junho deste ano iniciou-se na ESF, a implantação do PRONIM (Programa Nacional de Informatização Municipal), sistema que substituirá o e-sus AB. As ACS estão recadastrando as famílias durante as visitas domiciliares. O novo sistema de informação é uma solução ampla e completa que objetiva modernizar a plataforma tecnológica, garantindo a eficiência dos poderes executivo e legislativo, bem como a adaptação integral das administrações municipais às necessidades legais que surgem a cada ano (BRASIL, 2015).

Quanto à organização das referências e contrarreferências, os casos de menor complexidade são atendidos na ESF, que está preparada e qualificada para atender os principais problemas de saúde da população. Os casos de maior complexidade passam pela ESF e são referenciados para serviços especializados nos municípios de Bento Gonçalves, Caxias do Sul, Nova Prata e Porto Alegre.

1.4 Estruturação do projeto de intervenção

Para iniciar a estruturação do projeto de intervenção, levaram-se em consideração as observações e vivências realizadas durante o período de atividades em campo. Inicialmente elencou-se algumas situações-problema que destacaram-se no contexto, sendo a, dificuldade em seguir as normas de lavagem e antissepsia das mãos conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, baixa procura de mulheres para a realização do exame citopatológico, poucas ações realizadas sobre a saúde do homem e fluxo para coleta de secreção brônquica (escarro) em pacientes com suspeita de TB pulmonar está em discordância ao que preconiza o Ministério da Saúde.

Neste sentido, levando-se em consideração as informações sobre o funcionamento da unidade, a análise do perfil demográfico e as situações-

problema elencadas compreendeu-se que as três primeiras situações citadas poderiam ser solucionadas pela própria equipe, pois exigem a adoção de estratégias pontuais a serem adotadas a curto e longo prazo para sua resolutividade.

Contudo, o foco do projeto de intervenção foi para o fluxo de coleta de secreção brônquica em pacientes com suspeita de TB pulmonar. Para tanto, o objetivo do projeto de intervenção foi de reavaliar o fluxo para coleta de escarro em pacientes com suspeita de TB pulmonar, por meio da realização de medidas educativas para os profissionais da ESF. Além disso, buscou-se realizar a primeira coleta do escarro quando o paciente sintomático respiratório procura o atendimento na unidade de saúde, para aproveitar a presença dele e garantir a realização do exame laboratorial; orientar os profissionais para a coleta adequada de escarro e promover o diagnóstico precoce e tratamento adequado em usuários com suspeita de TB pulmonar bacilífera.

2 Fundamentação teórica

Na seção a seguir, tratar-se-á da fundamentação teórica com ênfase na abordagem geral dos principais aspectos relacionados à TB, além de ressaltar a importância da correlação entre profissional e usuário para que ocorra a adesão e sucesso do tratamento.

2.1 Abordagem geral sobre os principais aspectos da Tuberculose

A TB é uma doença infectocontagiosa que continua a merecer especial atenção dos profissionais de saúde e da sociedade como um todo. Neste sentido, o diagnóstico precoce é uma das estratégias prioritárias para o seu controle. Conforme Sicsú e colaboradores (2016), dos 5,4 milhões de casos novos notificados em 2013 no mundo, mais de 80% apresentaram a forma pulmonar da doença. Em relação ao Brasil, foram notificados 70.047 mil novos casos em 2012, correspondendo a incidência de 36,1 /100 mil habitantes (PEREIRA et al., 2015).

Outras medidas de prevenção importantes incluem a vacinação Bacilo de Calmette Guérin (BCG), o tratamento da infecção latente pelo M. Tuberculosis (ILTb) e o controle de contatos. A vacina BCG é prioritariamente indicada para crianças de 0 a 4 anos, com obrigatoriedade para menores de 1 ano, como dispõe a Portaria nº 452, de 6 de dezembro de 1976, do Ministério da Saúde, e a Portaria nº 3.030, de outubro de 2010, que institui em todo território nacional os calendários de vacinação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

Após a transmissão, o indivíduo infectado pode desenvolver uma síndrome infecciosa com as seguintes características: tosse com expectoração por mais de 3 semanas, febre baixa, emagrecimento e debilidade física (PILLER, 2012). Em concordância, Andrade e outros (2017) ressaltam que com esses sinais e sintomas, a probabilidade de TB

pulmonar existe e, portanto a investigação para um caso suspeito deve iniciar.

O diagnóstico da TB é realizado por meio de exame de escarro ou baciloscopia (BK) direta do escarro. Este deve ser coletado após o profissional orientar o usuário quanto algumas medidas simples. A coleta deve ser feita em dois dias diferentes. A primeira deve ser realizada no ato da consulta, a fim de garantir a realização imediata do exame baciloscópico e a segunda amostra deverá ser coletada no dia posterior (BRASIL, 2011b).

Concernente a isso vale salientar que, independente das inovações tecnológicas introduzidas para elucidação diagnóstica, a qualidade da amostra de escarro possui um papel central. Neste sentido, Sicsú et al. (2016), ressaltam que a eficácia da detecção de novos casos de TB está intrinsecamente ligada à qualidade da amostra e essa, por sua vez, depende da qualidade da orientação de como proceder para a coleta de material adequado.

Ao confirmar um caso de TB, cabe à equipe de saúde ir à busca das pessoas que tiveram contato com o usuário diagnosticado. Nos casos dos contatos assintomáticos, é necessário solicitar exame radiológico pulmonar, entretanto, se este não for acessível, torna-se fundamental orientar sobre a doença e o retorno em caso de aparecimento de sinais e sintomas suspeitos (GAMBANY-ESTRAGUÉS, 2014).

Após o diagnóstico, o tratamento sem abandono é o grande desafio tanto para o usuário quanto para a equipe de saúde. Neste contexto, a OMS propõe, desde 1993, a estratégia de Tratamento Diretamente Observado (TDO), sendo assim, nos primeiros 2 meses de tratamento, o usuário deverá ser observado pela equipe de saúde 3 vezes/semana, e, nos 4 meses seguintes, apenas 1 vez/semana. Ressalta-se que, em casa, o usuário com TB que tenha necessidade de um acompanhamento mais próximo deverá ser observado por um cuidador que supervisionará a ingestão dos medicamentos (RÊGO et al., 2015).

Pode-se considerar que, após 15 dias de tratamento e havendo melhora clínica, o usuário pode ser considerado não infectante. Entretanto, com base em evidências de transmissão da tuberculose resistentes às drogas, recomenda-se que seja também considerada a negatificação da BK para que as precauções com o contágio sejam desmobilizadas (NOGUEIRA et al., 2012).

Diante do exposto, é notável que o profissional da saúde possui papel primordial na adesão e sucesso do tratamento em usuários com TB. Sendo assim, é imprescindível que haja a escuta, identificando as necessidades manifestadas pelo indivíduo, e com ele definir as melhores estratégias de agir na perspectiva de ser o tratamento da TB um processo de corresponsabilização (SOUZA et al., 2012).

3. Ações, metas e recursos para o andamento do projeto

Para a implantação do fluxograma conforme preconizado pelo projeto de intervenção por meio da situação-problema identificaram-se ações, metas e recursos a serem apresentados (Quadro 2).

Quadro 2.
Ações, metas e recursos.

AÇÕES	METAS	RECURSOS
Apresentar o projeto para a equipe da ESF.	Aceitação e implantação do projeto de intervenção.	Cópia do projeto de intervenção.
Disponibilizar na ESF fluxograma das ações de vigilância e controle da TB.	Conscientização dos profissionais sobre a importância da realização da primeira amostra de escarro no ato da consulta.	Sala reservada e cópias do fluxograma das ações de vigilância e controle da TB (anexo 1).
Orientar a equipe de saúde quanto a adequada coleta de escarro.	Conscientização dos profissionais sobre a qualidade da orientação de como proceder para a coleta de material adequado para com os usuários.	Sala reservada e cópias de material com orientações para coleta de escarro.

Fonte: Elaborado pelos autores (2017).

Com relação às ações elucidadas no quadro anterior, cabe salientar que a boa interação entre profissional/usuário, a aceitabilidade e o entendimento das orientações fornecidas pelos profissionais de saúde, influenciam na qualidade da amostra de secreção brônquica coletada, evitando conteúdos que são inadequados ao exame. Em menção ao exposto, Guidoni et al. (2015) apontam que orientações qualificadas possuem um impacto significativo sobre o número de casos de tuberculose diagnosticados, uma vez que a chance de encontrar bacilos em uma amostra com qualidade e quantidade insuficientes é menor. A BK direta do escarro quando executado corretamente, permite detectar de 70 a 80% dos casos de TB pulmonar em uma comunidade (BRASIL, 2011b).

Outro aspecto que merece destaque é que a primeira coleta de escarro deve ser realizada no ato da primeira consulta, quando o usuário procura a rede de atendimento de saúde, pois desta forma, é possível aproveitar a sua presença e garantir a realização do exame laboratorial. A segunda amostra deverá ser realizada no dia posterior e, caso seja necessário uma terceira amostra, aproveita-se para coletá-la no momento da entrega da segunda amostra (BRASIL, 2011). Para Furlan, Silva e Marcon (2014), esta ação viabilizará o diagnóstico precoce, tornando-se fundamental para evitar complicações, como o desencadeamento da doença na forma extrapulmonar.

No Brasil, o controle da TB têm demandado uma reorganização do modelo de atenção e dos serviços, visando horizontalizar as atividades de vigilância, prevenção e controle da doença. Neste contexto, destaca-se

a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que além de configurar a porta de entrada no sistema de saúde, promove a valorização do vínculo entre profissionais e usuários do sistema por meio da escuta ativa e do processo de corresponsabilização pelo tratamento (CALIARI; FIGUEIREDO, 2012).

Após a procura do usuário com suspeita de TB, é necessário realizar a solicitação dos exames para confirmação ou exclusão do diagnóstico. Conforme Brasil (2002) define-se como caso suspeito, todo o indivíduo com a sintomatologia clínica sugestiva de TB pulmonar, como tosse com expectoração há mais de 3 semanas, contato de TB pulmonar e pessoas com patologia ou condição predisponente. Em consonância ao exame, apesar das inovações tecnológicas introduzidas para elucidação diagnóstica, a BK continua a ser o método prioritário, principalmente em países emergentes (SICSÚ et al., 2016).

As amostras geralmente encaminhadas para a pesquisa de BK são escarro, lavado brônquico, lavado bronco-alveolar e outras relacionadas ao trato respiratório. Neste panorama, o usuário deve ser orientado sobre o método adequado de colheita de expectoração, pois a acurácia de qualquer resultado laboratorial de diagnóstico de TB depende da qualidade da amostra recebida (FERRI et al., 2014).

Com referência ao transporte e conservação das amostras clínicas, Silva e colaboradores (2011) elencam a ideia que estas devem ser, preferencialmente, enviadas e processadas no laboratório imediatamente após a coleta, podendo permanecer em temperatura ambiente por um período máximo de 24 horas. Caso não seja possível encaminhá-las nesse período, deve-se manter as amostras refrigeradas entre 2°C e 8°C em geladeira exclusiva para armazenar material contaminado no máximo de 7 dias.

Ao confirmar um caso de TB, cabe à equipe de saúde incorrer na busca dos contatos, sendo fundamental identificar quantos são e onde se encontram, para que a busca ativa seja feita de forma adequada. Além destas ações, Rêgo et al. (2015) destacam a importância do preenchimento da notificação da doença ao sistema de informação em saúde local e do livro de registro dos pacientes tuberculosos (Livro Verde), pois desta forma será possível avaliar periodicamente a qualidade da assistência, além de favorecer o estudo de indicadores como percentual de pacientes acompanhados, prevalência e incidência da doença, entre outros.

4. Considerações finais

A realização da disciplina Gestão dos Serviços de Saúde e Enfermagem na Rede Básica de Saúde possibilitou identificar a realidade local assim como, as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro, correlacionando com o conhecimento adquirido em sala de aula, suscitando um crescimento profissional do grupo e contribuindo para a melhoria dos indicadores de saúde da população geral.

A proposta de intervenção apresentada visa subsidiar na assistência prestada pelos profissionais de saúde aos usuários com suspeita ou

diagnóstico prévio de tuberculose, visto que esta doença é considerada como um grave problema de saúde pública. Dada sua importância, evidencia-se a necessidade de realizar a primeira coleta do escarro quando o sintomático respiratório procura o atendimento na unidade de saúde, para aproveitar a presença dele e garantir a realização do exame laboratorial, viabilizando o diagnóstico precoce e aumentando as chances de cura.

Em suma, é notável que a complexidade da situação da TB requer uma abordagem compartilhada por vários profissionais de saúde e a descentralização do atendimento com fortalecimento do envolvimento da atenção básica. Todavia, a equipe de saúde deve estar capacitada para atender a este estrato populacional, tendo conhecimento dos principais aspectos da tuberculose, aprimorando as ações no primeiro contato e contribuindo para a integralidade e humanização na assistência, bem como a satisfação do usuário.

Referências

- ANDRADE, D. F. R. et al. Vantagens e usos do teste rápido molecular para tuberculose: uma revisão integrativa. *Rev Enferm UFSM*, v. 7, n. 1, p. 123-135, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil: protocolo de enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. **PRONIM: Programa Nacional de Informatização Municipal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.
- CALIARI, J. S.; FIGUEIREDO, R. M. Tuberculose: perfil de doentes, fluxo de atendimento e opinião de enfermeiros. *Acta Paul Enferm.*, 2012.
- FERRI, A. O. et al. Diagnóstico da tuberculose: uma revisão. *Revista Liberato*, Novo Hamburgo, v. 15, n. 24, p. 105-212, 2014.
- FURLAN, M. C. R; SILVA, R. L. D. T; MARCON, S. S. Fatores associados ao diagnóstico precoce e tardio de tuberculose: estudo descritivo. *Online braz j nurs*, v. 13, n., p. 62-71, 2014.
- GAMBANY-ESTRAGUÉS, P. Cuidados de enfermagem em pacientes com tuberculose em um sanatório espanhol 1943-1975. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 22, n. 3, p. 476-83, 2014.
- GIAMOGESCHI, A. C. et al. Avaliação dos diferentes tipos de líderes. *Revista Ampla de Gestão Empresarial*, Registro, SP, v. 4, n. 1, p. 66-85, 2015.
- GUIDONI, L. M. et al. Fatores que interferem na qualidade das amostras e dos procedimentos de coleta de escarro em sintomáticos respiratórios. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*, Vitória, v. 17, n. 2, p. 61-69, 2015.

- NOGUEIRA, A. F. et al. Tuberculose: uma abordagem geral dos principais aspectos. **Rev. Bras. Farm.**, v. 93, n. 1, p. 3-9, 2012.
- PEREIRA, J. C. et al. Perfil e seguimento dos pacientes com tuberculose em município prioritário no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 49, n. 6, 2015.
- PILLER, R. V. B. Epidemiologia da Tuberculose. Pulmão RJ, v. 21, n. 1, p. 4-9, 2012.
- Rêgo CCD et al. Processo de trabalho da enfermeira junto à pessoa com tuberculose na atenção primária à saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 3, p. 218-228, 2015.
- SICSU, A. N. et al. Intervenção educativa para a coleta de escarro da tuberculose: um estudo quase experimental. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, n. 2, 2016.
- SILVA, R. M. et al. Cuidados de enfermagem ao paciente com tuberculose pulmonar. **Revista Contexto e Saúde**, Ijuí, v. 10, n. 20, p. 859-864, 2011.
- SOUZA, K. M. J. et al. Contribuição da Saúde Coletiva para o trabalho de enfermeiros. **Rev Bras Enferm**, v. 70, n. 3, p. 569-76, 2012.