

TÍTULO DA PRÁTICA:

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE TUBERCULOSE DO DISTRITO SANITÁRIO CENTRO 2011: apresentação regular dos dados de tuberculose as unidades do Distrito Sanitário Centro

CÓDIGO DA PRÁTICA:

T65

1 **a) Situação-problema e/ou demanda inicial que motivou e/ou requereu o**
2 **desenvolvimento desta iniciativa;**

3

4 A alta rotatividade de profissionais somada a alta complexidade que envolve as
5 ações para o adequado acompanhamento da tuberculose, requerem que se
6 realize de forma sistemática sensibilização dos profissionais.

7

8 **b) Alinhamento da prática à identidade organizacional (Coerência e**
9 **alinhamento com a Identidade Organizacional e demandas da Secretaria);**

10

11 Propiciar aos profissionais atualizações constantes sobre o manejo dos casos de
12 tuberculose do Distrito Sanitário Centro, na perspectiva de se propiciar ao cidadão
13 um atendimento seguro e de qualidade, minimizando risco de abandono de
14 tratamento, transmissão da doença e óbitos decorrentes da mesma.

15

16 **c) Objetivos**



17

18 1. Alinhar condutas de ações no acompanhamento da tuberculose seguindo
19 as recomendações do preconizadas pelas diretrizes federais, estaduais e
20 municipais.

21 2. Proporcionar orientação técnica atualizada que norteiem a tomada de
22 decisões com segurança e responsabilidade aos profissionais das unidades de
23 saúde do Distrito Sanitário Centro;

24

25 3. Oportunizar aos profissionais do Distrito Sanitário Centro acesso constante
26 as informações sobre tuberculose, evitando quebra da continuidade do serviço;

27

28 4. Planejar estratégias de forma a organizar as ações no controle da
29 tuberculose no Distrito Sanitário Centro.

30

31 **d) Gestão da Boa Prática (Nome do/s líder/es, metodologia e como a prática
32 é acompanhada);**

33 Nome dos líderes:

34 *****

35 *****

36 *****

37 *****

38

39 Metodologia:



40 Com a municipalização da tuberculose em 2005, o Distrito Sanitário Centro foi o
41 primeiro a descentralizar o atendimento das unidades de referencia para o
42 atendimento em todos os demais Centros de Saúde do Distrito Sanitário Centro.
43 Esta ação de descentralização ocorreu através de treinamentos que incluíam
44 todas as categorias profissionais dos Centros de Saúde, com uma sensibilização
45 adicional para os Agentes Comunitários de saúde.

46 Nos anos de 2006 e 2007, observaram-se algumas dificuldades no atendimento
47 ao usuário com tuberculose na sua complexidade. Estas, estavam relacionadas
48 principalmente ao registro de informações nas evoluções médicas e de
49 enfermagem, resistência de alguns profissionais relativas à biosegurança, e
50 ainda, o acolhimento, pois não estava consolidada uniformemente a forma de
51 trabalho com a tuberculose.

52 Fazia-se, portanto imprescindível que se acolhesse de forma incondicional e
53 multiprofissional o usuário com tuberculose, conhecendo os passos indicados
54 para que se acolhesse este usuário com segurança e qualidade.

55 Com o conhecimento destas dificuldades, elaborou-se um instrumento
56 (questionário) com o objetivo de identificar as reais necessidades destes
57 profissionais, pois também era imperativo conhecer a percepção de cada
58 categoria no conhecimento do atendimento ao paciente com tuberculose em sua
59 integralidade.

60 Mediante o levantamento destas informações, realizaram-se novas conversas e
61 discussões com cada equipe de Saúde da Família para sistematizar o processo
62 de trabalho. Apesar destas iniciativas, ainda observava-se através de algumas
63 condutas que o processo de trabalho não se encontrava consolidado,
64 necessitando-se de uma nova estratégia de trabalho, visto que nos prontuários as
65 informações necessárias para o devido acompanhamento do paciente de
66 tuberculose não estavam regularmente registradas.

67 A Vigilância Epidemiológica dos casos de tuberculose compreende o
68 conhecimento do acompanhamento de cada paciente, desde a tomada correta da
69 medicação, o acompanhamento dos contatos, a realização regular dos exames de



70 Baciloscopia, HIV, RX, cultura e teste de sensibilidade até o adequado
71 preenchimento dos boletins de acompanhamento.

72 A inconsistência de dados nos boletins de acompanhamento de tuberculose fez
73 com que a Vigilância Epidemiológica discutisse a situação com a supervisão de
74 atenção primária. Assim, Vigilância Epidemiológica e Atenção Primária, juntas,
75 criaram uma estratégia de forma que as equipes buscassem nas informações
76 registradas por elas (equipes) todas as informações necessárias para o
77 preenchimento adequado dos boletins de acompanhamento de tuberculose.

78 Com a dificuldade que as próprias equipes encontraram em reconhecer dentre
79 seus registros as informações necessárias, pode-se então mais uma vez discutir
80 com as equipes a importância dos registros de todos os indicadores.

81 O amadurecimento da Vigilância Epidemiológica, Supervisão de Atenção Primária
82 e equipes de Estratégia de Saúde da Família, foram então aos poucos sendo
83 construído.

84 A partir de então todos os anos são realizadas discussões “in loco” com todos os
85 profissionais dos Centros de Saúde para atualizações das informações a partir
86 dos dados epidemiológicos da sua unidade.

87 O êxito deste trabalho permitiu a construção do perfil epidemiológico do Distrito
88 Sanitário Centro no ano 2011.

89

90 **e) Período de intervenção**

91

92 Desde a municipalização da tuberculose no município de Florianópolis, o
93 Distrito Sanitário Centro realiza anualmente reuniões com cada unidade onde são
94 repassados os dados epidemiológicos da tuberculose, com a avaliação e
95 propostas de acordo com a realidade local.

96



97 **f) Parcerias estabelecidas**

98 O trabalho só pode ser realizado através da união de esforços com a
99 direção do Distrito Sanitário Centro, a Supervisão de Atenção Primária, as
100 Coordenações locais e das Policlínicas e Unidades de Pronto Atendimento, e
101 ainda da Vigilância Epidemiológica Central, Assistência Farmacêutica,
102 Almoarifado Central, Laboratório Municipal de Florianópolis.

103

104 **g) Participação Social**

105

106 Como um trabalho de acompanhamento de um agravo transmissível com alto
107 impacto social, qualquer abordagem deve estar em consonância com outros
108 setores da comunidade.

109 Assim a intervenção e recuperação da saúde dos indivíduos acometidos por
110 tuberculose é uma necessidade social. A gravidade da tuberculose deve ser
111 enfrentada como um problema de saúde pública que exige o envolvimento de
112 diversos setores que passam a ter um papel estratégico para a execução da
113 ações visando atingir o objetivo comum de reduzir drasticamente o curso da
114 endemia.

115 Otimiza-se os recursos conciliando a organização dos serviços com as
116 necessidades de seus usuários. A participação da sociedade se dá a partir do
117 compartilhamento das ações a serem desenvolvidas nas creches, escolas, asilos,
118 e outras instituições.

119

120 **h) Recursos humanos e financeiros envolvidos (Quantitativamente);**

121

122 1. Humanos



- 123 • Equipes de Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário Centro
- 124 • 2 Enfermeiros da Vigilância Epidemiológica do Distrito Sanitário Centro;
- 125 • 1 Enfermeira da Supervisão da Atenção Primária
- 126 • 1 Técnico de Enfermagem da Vigilância Epidemiológica do Distrito
- 127 Sanitário Centro;
- 128 2. Financeiros
- 129 • Impressos e apresentações foram realizados com recursos da Secretaria
- 130 Municipal de Saúde, sem custos adicionais.

131

132 **i) Atividades implementadas;**

133

- 134 • Discussões periódicas e sistemáticas com as equipes de Estratégia Saúde
- 135 da Família visando aprimoramento contínuo da atenção ao usuário com
- 136 tuberculose;
- 137 • Elaboração de propostas e documentos com sugestões visando a
- 138 resolução de problemas levantados pelas equipes;
- 139 • Instrumentalização das equipes para registro sistemático das informações
- 140 sobre o tratamento e acompanhamento do usuário com tuberculose no prontuário
- 141 e boletins mensais de tuberculose.
- 142 • Consolidação de rotinas de trabalho com intuito racionalizar o
- 143 desenvolvimento das diversas etapas no atendimento do usuário com
- 144 tuberculose como por exemplo o recolhimento das baciloscopias, solicitação de
- 145 medicamento para tratamento e quimioprofilaxia, busca ativa de usuários no
- 146 próprio Distrito Sanitário Centro com ampliação para os demais Distritos Sanitário;



147 • Envolvimento das parceiras estabelecidas para resolução das situações
148 que necessitem de outras intervenções;

149

150 **j) Abrangência da Prática em Saúde (nível de disseminação e uso**
151 **continuado da prática na Secretaria Municipal de Saúde);**

152

153 Apresentação à Vigilância Epidemiológica Central e Setor de Informática de
154 proposta de inclusão no prontuário eletrônico dos itens indispensáveis ao
155 acompanhamento do usuário contemplando indicadores para o adequado
156 preenchimento do boletim de acompanhamento mensal de tuberculose.

157

158 **k) Características inovadoras (criatividade e originalidade);**

159

160 A apresentação do perfil epidemiológico às unidades de saúde inova a partir do
161 momento que permite aos Centros de Saúde a visualização de seu trabalho
162 representado nos dados que revelam a situação epidemiológica da área de
163 abrangência de cada Centro de Saúde. Oportunizou visibilidade as
164 particularidades como indicadores de coinfeção tuberculose/HIV, causas de
165 abandono, tipos de alta do usuário, forma clínica, faixa etária, sexo, solicitação e
166 realização de exames e incidência de sintomáticos respiratórios e de casos de
167 tuberculose na população de cada Centro de Saúde.

168 A iniciativa e persistência da Vigilância Epidemiológica e Supervisão de Atenção
169 Primária do Distrito Sanitário Centro no objetivo de implementar formas de
170 verificação do envolvimento de todas as categorias profissionais no atendimento
171 desde o sintomático respiratório ao portador do agravo, facilitou reconhecer e
172 envolver os protagonistas do atendimento para que eles próprios identifiquem e
173 elaborem as formas de melhorar o acompanhamento e registro.



174 **l) Aprendizado (introdução de inovação em práticas anteriores ou realização**
175 **de melhorias na prática decorrentes de benchmarking);**

176 O mais importante benefício decorrente da implementação das ações, foi a
177 organização do serviço e a otimização do tempo para se ter acesso as
178 informações necessárias ao acompanhamento do usuário. Esta organização
179 garante maior efetividade, além de oportunizar com discussão em grupo a troca
180 de saberes que promove a disseminação de boas práticas, e gera um melhor
181 aprendizado e crescimento de toda equipe.

182 **m) Integração**

183 As atividades estão em consonância o com a Política Municipal de Atenção a
184 Saúde e Vigilância em Saúde no âmbito do Distrito Sanitário Centro e das
185 Unidades de Saúde.

186 Ela envolve a integração entre todas as instâncias do Distrito Sanitário Centro,
187 desde o nível gerencial, Coordenação dos Centros de Saúde, Vigilância
188 Epidemiológica Distrital e Supervisão de Atenção Primária e equipes de
189 Estratégia Saúde da Família do Distrito Sanitário Centro, reforçando a importância
190 de se ter este trabalho dentro de cada distrito de forma a garantir este olhar
191 diferenciado em cada território.

192

193 **n) Impacto direto da prática no usuário/cidadão**

194

195 A identificação do perfil epidemiológico da tuberculose no Distrito Sanitário
196 Centro, permite que informações importantes antes encobertas pela massificação
197 dos casos, ganhem agora visibilidade. As ações para o diagnóstico precoce dos
198 casos, e seu efetivo tratamento, interessam a todos, comunidade, doentes e
199 profissionais de saúde justificando, portanto, ter a atenção primária funcionando
200 como grande porta de entrada.



201

202 o) Eficiência

203 No desenvolvimento deste trabalho foram utilizados recursos já existentes na
204 instituição, não gerando ônus orçamentário.

205 Dentre elas o número de pacientes de tuberculose coinfetados com HIV. Esta
206 informação nos conscientiza que tão importante quanto realizar o teste de HIV em
207 todos os pacientes com tuberculose, é realizar regularmente o PPD em todos os
208 pacientes HIV positivo, visando instituir sempre que necessário o tratamento da
209 Infecção Latente da Tuberculose, minimizado assim, os riscos de adoecer por
210 tuberculose no paciente com HIV.

211

212 p) Resultados obtidos – qualitativos e quantitativos

213

214 O principal resultado dessa prática foi o aumento significativo dos registros
215 no prontuário do paciente e nas demais formas de registro da informação sobre o
216 portador de tuberculose. Esse resultado refletiu na construção do Perfil
217 Epidemiológico de Tuberculose do Distrito Sanitário Centro referente ao ano de
218 2011. Outro resultado que podemos considerar importante é a integração da
219 vigilância epidemiológica com a atenção primária à saúde, num processo de
220 construção de vigilância e ação numa rede integrada de atenção à saúde.

221 Os resultados alcançados promovem impacto no atendimento ao usuário, visto
222 que as equipes com maior segurança e informação vão desenvolver suas
223 atividades com maior efetividade. Este impacto compreende desde a capacitação
224 e preparo dos profissionais ao acompanhamento contínuo do sistema de
225 vigilância e do fluxo de suas informações, até o manejo e acompanhamento dos
226 pacientes, incluindo o tratamento supervisionado, proporcionando assim, a
227 efetivação do encerramento por cura.