

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

SAMUEL RIBEIRO DIAS

**BUSCA ATIVA DE SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO**

Universidade Federal do Triangulo Mineiro – Minas Gerais

2014

SAMUEL RIBEIRO DIAS

**Busca Ativa de Sintomático Respiratório na Estratégia de
Saúde da Família: Uma Proposta de Intervenção**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização em
Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais, para
obtenção do Certificado de Especialista

Tutor: Profa. HELENA HEMIKO IWAMOTO ..

SAMUEL RIBEIRO DIAS

**Busca Ativa de Sintomático Respiratório na Estratégia de
Saúde da Família: Uma Proposta de Intervenção**

Banca Examinadora

Aprovado em _____ / ____ / ____

*“Há um rio cujas correntes alegam a cidade de Deus, o santuário das moradas
do Altíssimo”*

Salmos 46:4

RESUMO

A tuberculose é a enfermidade responsável por cerca de 2 a 3 milhão de morte por ano, alcançado anualmente entre 8 a 9 milhões de pessoas em todo o mundo, a taxa de incidência da tuberculose, vem diminuindo desde o ano de 2002 em 1,3% ao ano, todavia continua sendo um grande problema de saúde pública. A tuberculose deve ser controlada pelo diagnóstico precoce, tratamento oportuno e abordagem da infecção latente. Um dos melhores cenários para estas atividades serem realizadas é a Atenção Primária a Saúde (APS), em especial a Estratégia de Saúde da Família. Neste contexto este trabalho é uma proposta de intervenção para o controle da Tuberculose a nível de APS com o objetivo principal de elaborar um plano de ação para a implementação da Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios na Atenção Primária a Saúde, em especial na Estratégia de Saúde da Família, na lógica da Matriz de Planejamento, Monitoramento e Avaliação das ações em saúde.

Palavras-Chave: Tuberculose; Estratégia de Saúde da Família; Busca Ativa de Sintomáticos Respiratório.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1. Introdução | 7 |
| 2. Justificativa | 9 |
| 3. Objetivos | 10 |
| Geral | 10 |
| Específicos | 10 |
| 4. Metodologia | 11 |
| 4.1. Tipo de estudo | 11 |
| 4.2. Local de estudo | 11 |
| 4.3. Instrumento de coleta | 11 |
| 4.4. Financiamento | 11 |
| 4.5. Aspectos éticos..... | 11 |
| 5. Resultado e Discussão..... | 12 |
| 5.1. Revisão da Literatura..... | 12 |
| 5.2. O estado da arte do Sintomático respiratória em Araguari | 17 |
| 5.3. A Proposta de intervenção..... | 18 |
| 6. Considerações finais | 21 |
| 7. Referencias | 22 |

1. Introdução

A tuberculose é a enfermidade responsável por cerca de 2 a 3 milhão de morte por ano, alcançado anualmente entre 8 a 9 milhões de pessoas em todo o mundo, segundo a Organização Mundial de Saúde (2012), a taxa de incidência da tuberculose, vem diminuindo desde o ano de 2002 em 1,3% ao ano, todavia continua sendo um grande problema de saúde pública.

Segundo o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), (Brasil, 2011), são notificados 85 mil casos, sendo 71.000 casos novos, com uma incidência de 37,2/100.000 habitantes. A tuberculose tem o dobro da incidência em homens (24,6/100.000 habitantes) em comparação com as mulheres (24,6/100.000 habitantes). No Brasil, o grupo da faixa etária que vai dos 20 aos 49 anos são os mais afetados pela tuberculose, totalizando cerca de 63% dos caso novos da patologia registrados em 2009.

“Cada pessoa com TB pulmonar em atividade infecta, em média, 10-15 pessoas a cada ano, e 5-10% das pessoas infectadas tornar-se-ão doentes ao longo da vida, a não ser que desenvolvam AIDS, cuja taxa de adoecimento passa a ser de 5-10% ao ano”(CAMINERO LUNA, 2003 *apud* FAÇANHA et al., 2009, p. 450).

Como na maioria das doença infectoparasitária as principais medidas de controle da tuberculose são o diagnostico correto e precoce e instituição do tratamento, assim sendo, esforços devem ser realizados no sentido de encontrar precocemente o paciente e oferecer o tratamento adequado, interrompendo a cadeia de transmissão da doença, que no caso é por via aérea a partir da inalação de núcleos secos de partículas contendo bacilos expelidos pela tosse, fala ou espirro do doente com tuberculose ativa de vias respiratórias (pulmonar ou laríngea). Conceitualmente, o paciente que apresenta o escarro positivo na baciloscopia, que são as principais fontes de infecção, são chamados bacilíferos. . É importante lembrar que cerca de 90% dos casos de tuberculose são da forma pulmonar e, destes, 60% são bacilíferos (Brasil, 2011).

Existe uma atividade amplamente validade no controle da tuberculose conhecida com Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios (BASR), o Programa Nacional de Controle de Tuberculose (Brasil, 2011) conceitua que:

“É a atividade de saúde pública (conceito programático) orientada a identificar precocemente pessoas com tosse por tempo igual ou superior a três semanas (Sintomático Respiratório), consideradas com suspeita de tuberculose pulmonar, visando à descoberta dos casos bacilíferos. Para interromper a cadeia de transmissão da TB é fundamental a descoberta precoce dos casos bacilíferos. Sendo assim, a busca ativa em pessoas com tosse prolongada deve ser uma estratégia priorizada nos serviços de saúde para a descoberta desses casos”

Segundo a (World Health Organization) (1991), estimava-se que 1% da população seja composta por sintomáticos respiratórios, e que 5% destes sejam portadores de TB pulmonar bacilífera. Detectar 70% e curar 85% de casos novos de TB pulmonar com bacilos álcool-ácido resistentes presentes no escarro fazem parte das determinações da Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, 1991).

Os locais ideais para se organizar a procura de casos são os serviços de saúde, públicos ou privados. Nessas instituições—postos, centros de saúde, ambulatórios e hospitais — realizar a busca ativa de sintomáticos respiratórios deve ser uma atitude permanente e incorporada à rotina de atividades de todos os membros das equipes de saúde (BORGDORFF, et al., 2002) Nas áreas onde há visita domiciliar periódica do agente de saúde, ele deve incluir a detecção de casos de TB entre sintomáticos respiratórios e contatos, principalmente de casos bacilíferos e de crianças (Brasil, 2000).

Operacionalmente na proposta de Planejamento e Monitorização de um programa local de controle da tuberculose um indicador é o “Sintomáticos Respiratórios Esperados” (SRE), que é o número de sintomáticos respiratórios que se espera encontrar em um determinado período de tempo. Para fins operacionais, o parâmetro nacional recomendado é de 1% da população, ou de 5% das consultas de primeira vez de indivíduos com 15 anos ou mais nos serviços de saúde (1%-2% na Estratégia Saúde da Família, 5% na Unidade Básica de Saúde e 8%-10% nas urgências, emergências e hospitais). É importante lembrar que a cada 100 SR examinados, espera-se encontrar, em média, de três a quatro doentes bacilíferos, podendo variar de acordo com o coeficiente de incidência da região (Brasil, 2011).

2. Justificativa

Discutir, analisar e propor a implementação de medidas para a redução da tuberculose em uma lógica operativa torna a realização deste trabalho de extrema relevância operacional, além do mais sempre que nos argumentamos sobre um problema de saúde pública nos aproximamos cada vez mais de sua solução, o que torna a realização deste relevante socialmente. Além disso sabemos que os dois principais pilares para o controle da tuberculose e o diagnóstico precoce e a garantia de tratamento, fato este que reforça a importância deste projeto de proposição de intervenção a nível de Atenção Primária a Saúde.

3. Objetivos

Geral

- Elaborar um plano de ação para a implementação da Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios na Atenção Primária a Saúde, em especial na Estratégia de Saúde da Família, na lógica da Matriz de Planejamento, Monitoramento e Avaliação das ações em saúde.

Específicos

- Identificar quais são as evidências científicas internacionais que sustentam a prática da Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios

- Listar quais são os indicadores de processo relacionados com Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios

- Enumerar quais são os indicadores de resultados relacionados com Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios

- Descrever quais são os indicadores usados para a avaliação das ações e o que se espera para cada um deles

4. Metodologia

4.1. Tipo de estudo

Trata de um estudo tipo Proposta de Intervenção.

4.2. Local de estudo

O estudo foi realizado no município de Araguari, uma cidade do interior de Minas Gerais, especificamente no Triângulo Mineiro.

4.3. Instrumento de coleta

Os instrumentos de coletas foram as fontes de dados operacionais e científicas. As fontes operacionais foram o banco de dados da Atenção Primária, o SIAB, e o banco de dados sobre a tuberculose, o SINAN, além disso - foram colhidos dados nos instrumentos locais de registro relacionado a Tuberculose, a saber, o *Livro de Registro e Acompanhamento de Tratamento dos Casos de Tuberculose* e o *Livro de Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde*. Já como fonte de dados científicos para embasamento da proposta foram usados a base de dados do Ministério da Saúde e as base de dados das revista indexadas (Scielo, Bireme, etc)

4.4. Financiamento

Os gastos e custos foi arcados por pelo pesquisador/especializando.

4.5. Aspectos éticos

Por se tratar de um proposta de intervenção e não constar como instrumento de coleta o contato direto ou indireto com o paciente, este trabalho não precisará ser avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

5. Resultado e Discussão

5.1. Revisão da Literatura

O PNCT brasileiro que a tuberculose se mantém como problema de saúde pública, fato este que faz com que novas respostas devam ser pensadas no sentido de promover a equidade, garantindo o acesso aos pacientes, visando não apenas o seu atendimento e bem-estar, mas, em sentido mais amplo, a consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS em suas diretrizes. As alternativas passam por readequação do sistema de saúde no atendimento dos pacientes, redefinição de procedimentos e organogramas, redefinição das missões institucionais de entidades da sociedade civil e pela busca de alternativas para equacionar o problema.

Em um documento o PNCT declara que:

“Além da adoção da estratégia do tratamento supervisionado, o PNCT brasileiro reconhece a importância de horizontalizar o combate a TB, estendendo-o para todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, visa a integração do controle da TB com a atenção básica, incluindo o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) para garantir a efetiva ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento. Além disso, o PNCT enfatiza a necessidade do envolvimento de organizações não governamentais (ONGs) e de parcerias com organismos nacionais (Universidades, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia) e internacionais de combate à TB: Coalizão Global de TB (Stop TB); União Internacional Contra a Tuberculose e Doenças Respiratórias (UICR); Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID); Organização Mundial de Saúde (OMS); Organização Pan Americana de Saúde (OPS), entre outras. Por intermédio destas colaborações e parcerias, o PNCT visa o sinergismo e multiplicação do impacto de suas ações de prevenção e controle da TB.”

Muniz e col. (2005) expõe que o Plano de Controle da Tuberculose no Brasil, introduz novas possibilidades de intervenção na sua proposta de trabalho, contando com as estratégias de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde. Sugere que tal parceria pode vir a contribuir para expansão das ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT), pois estas estratégias têm a família e o domicílio como instrumento de trabalho.

O Ministério da Saúde em sua última publicação do manual de controle da tuberculose (Brasil, 2011) reafirma o papel da atenção primária a saúde relatando que a atuação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose compreende estratégias inovadoras que visam ampliar e fortalecer a estratégia TDO, com o enfoque na articulação com outros programas governamentais para ampliar o controle da tuberculose e de outras comorbidades, como a aids. Além disso, privilegia a descentralização das medidas de controle para a **atenção básica**, ampliando o acesso da população em geral e das populações mais vulneráveis ou sob risco acrescido de contrair a tuberculose, como as populações em situação de rua, pessoas privadas de liberdade e a população indígena.

O MS (Brasil, 2011) afirma que a responsabilidade do Controle da Tuberculose e de responsabilidade das três esferas de governo, mas, é de responsabilidade da esfera municipal os seguintes componentes:

- Monitorar os indicadores epidemiológicos, bem como acompanhar o cumprimento de metas propostas nos diversos pactos.

- **Coordenar a busca ativa de sintomáticos respiratórios no município, bem como supervisionar e, inclusive, participar da investigação e do controle dos contatos de pacientes bacilíferos na comunidade.**

- Notificar ao Sinan a identificação de caso de tuberculose no município, bem como acompanhá-lo, por meio do sistema de informação, durante todo o tratamento, com a geração de boletins de acompanhamento mensal.

- Consolidar e analisar os dados gerados pelo sistema de informação, oferecendo informações por meio de boletins ou informes, além de utilizá-las para fins de planejamento, monitoramento e avaliação.

- Assegurar a realização dos exames diagnósticos, conforme preconizado nas normas.

- Participar da operacionalização dos tratamentos diretamente observados no município e acompanhar as medidas de controle preventivas e profiláticas.
- Providenciar, junto ao órgão regional ou estadual, os medicamentos para o tratamento dos casos descobertos e distribuí-los às respectivas unidades de saúde.
- Zelar pela vacinação BCG dos recém-nascidos.
- Articular-se com as unidades executoras, com a equipe da ESF e/ou o agente comunitário de saúde e com os segmentos organizados da comunidade, visando aperfeiçoar as ações de controle da tuberculose em todas as suas fases, inclusive com a participação da sociedade civil na promoção à saúde e no controle social das ações realizadas pelos três níveis de governo.
- Identificar e organizar a rede de laboratórios locais e suas referências municipais, regionais e estaduais.
- Identificar, mapear e capacitar unidades básicas com ações de controle da TB e unidades de referência secundária e terciária para o controle da doença conforme descrito neste capítulo, com o apoio dos estados.

Com maior detalhes podemos afirmar que a atenção básica (AB) deve ser a principal porta de entrada do SUS, utilizando-se de tecnologias de saúde capazes de resolver os problemas de maior frequência e relevância em seu território. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (Portaria GM nº 648, de 2006), e nesta posição no contexto de enfrentamento da TB a AB deve:

- a) Realizar a “busca de sintomáticos respiratórios” – busca ativa permanente na unidade de saúde e/ou no domicílio (por meio da ESF ou Pacs), assim como em instituições fechadas na sua área de abrangência.
- b) Realizar coleta de escarro e outros materiais para o exame de baciloscopia, cultura, identificação e teste de sensibilidade, cuidando para que o fluxo desses exames seja oportuno e que o resultado da baciloscopia esteja disponível para o médico, no máximo, em 24 horas na rede ambulatorial.
- c) Solicitar cultura, identificação de micobactérias e teste de sensibilidade, para os casos previstos no capítulo Diagnóstico Bacteriológico.

d) Indicar e prescrever o esquema básico, realizar o tratamento diretamente observado e monitorar todos os casos bacteriologicamente confirmados com baciloscopias de controle até o final do tratamento. Para os casos com forte suspeita clínico-radiológica e com baciloscopias negativas indica-se, sempre que possível, encaminhar para elucidação diagnóstica nas referências secundárias.

e) Oferecer o teste anti-HIV a todos os doentes de tuberculose independentemente da idade, realizando o aconselhamento pré e pós-teste.

f) Realizar o controle diário de faltosos, utilizando estratégias como visita domiciliar, contato telefônico e/ou pelo correio, a fim de evitar a ocorrência de abandono.

g) Realizar a investigação e controle de contatos, tratando, quando indicado, a infecção latente (quimioprofilaxia) e/ou doença.

h) Identificar precocemente a ocorrência de efeitos adversos às drogas do esquema de tratamento, orientando adequadamente os casos que apresentem efeitos considerados “menores”

i) Realizar vacinação BCG.

j) Indicar, realizar ou referenciar, quando necessário, contatos ou suspeitos de tuberculose para prova tuberculínica.

k) Solicitar cultura, identificação de espécie de micobactérias e teste de sensibilidade para os casos com baciloscopia de controle positiva ao final do 2o mês e para os casos de falência, garantindo o tratamento diretamente observado. Os casos com evolução clínica desfavorável deverão ser encaminhados para a referência.

l) Preencher, de forma adequada e oportuna, os instrumentos de vigilância preconizados pelo Programa Nacional de Controle da TB (ficha de notificação de caso, livros de registro de sintomáticos respiratórios e de tratamento e acompanhamento dos casos).

m) Encaminhar para a unidade de referência os casos nas seguintes situações:

- Difícil diagnóstico.

- Presença de efeitos adversos “maiores” (ver capítulo Tratamento).

- Presença de comorbidades (transplantados, imunodeprimidos, infecção pelo HIV, hepatopatas e indivíduos com insuficiência renal crônica).

- Casos de falência ao tratamento.
- Casos que apresentem qualquer tipo de resistência aos fármacos.

n) Receber e acompanhar os casos atendidos e encaminhados pelas referências, conduzindo o tratamento supervisionado e investigação de contatos (contrarreferência).

o) Responsabilizar-se pelo bom andamento de todos os casos de sua região de abrangência, acompanhando a evolução dos casos internados por meio de contacto periódico com o hospital e/ou família do doente.

p) Oferecer apoio aos doentes em relação às questões psicossociais e trabalhistas por meio de articulação com outros setores, procurando remover obstáculos que dificultem a adesão dos doentes ao tratamento. Portanto, espera-se que a abordagem ao paciente seja integral, figurando a Estratégia Saúde da Família como o grande apoio para realizar essas atividades.

Neste mesmo aspecto a portaria Portaria Nº 648/GM DE 28 DE Março DE 2006, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), onde regulariza que:

“Visando à operacionalização da Atenção Básica, definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. Outras áreas serão definidas regionalmente de acordo com prioridades e pactuações definidas nas CIBs.”

Todos estes dados decorridos acima, sobre a importância e a regulamentação das ações da Atenção Primária a Saúde no que diz respeito a tuberculose, deixa claro que no processo de trabalho deste nível de atenção deve estar incluso o controle da tuberculose, englobado as estratégias de busca ativa.

5.2. O estado da arte do Sintomático respiratória em Araguari

Araguari é um município brasileiro do estado de Minas Gerais. Está localizado no norte do Triângulo Mineiro, junto ao rio Jordão, um afluente do Rio Paranaíba, a uma altitude que varia entre 940 e 1.087 metros.

O município de Araguari tem uma área de 2.744 km², com 1.262 km² de área urbana e 1.481 km² de zona rural. Com uma população de 114.940 habitantes de acordo com estimativa do Censo de 2013, é a terceira maior cidade do Triângulo Mineiro, maior entroncamento ferroviário do Brasil.

A história de Araguari começa no século XIX, em meados de 1888. Os bandeirantes chegaram à região onde hoje está situada a cidade. Começou como vila depois passou a ser cidade, começou com cerca de 5.000 habitantes segundo historiadores, mas em cerca de dez anos a população teve um salto de 5.000 habitantes para 25.201 habitantes, com contribuição das ligações ferroviárias. Na década de 1930, Araguari se destaca como uma das poucas cidades Brasileiras com mais de 40.000 habitantes. A cidade tinha o nome de Brejo Alegre devido a um córrego da cidade.

No período em que estava na assistência como aluno do PROVAB orientei a realização de um levantamento sobre a frequência de pacientes atendido na Unidade de Saúde que eram Sintomáticos Respiratório. Para este fim foi aplicado um questionário para todos os pacientes atendidos com perguntas a cerca da tosse. Os dados foram publicado em um Seminário na Cidade (DIAS et al., 2013). O que foi demonstrado que 20,2% dos pacientes apresentavam tosse, e 6,9% tinham tosse por um período maior ou igual a três semanas

Em um outro trabalho Dias e col. (2013- B) objetivou a verificação do conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) acerca do reconhecimento de Sintomáticos Respiratórios (SR's) e do manejo da tuberculose na atenção primária, neste estudo foram incluídos um total de 86 ACS's com idade média de 37,5 anos, sendo 93% do sexo feminino. 22,1% apresentava tempo de escolaridade superior a 12 anos e a média de meses nesta ocupação foi de 59,23 meses. Quando questionados quanto a participação em capacitações acerca da TBP, 45,3% respondeu de forma afirmativa. Quanto ao reconhecimento dos sintomas dos SR's, apenas 22,1% escolheu a alternativa correta. Por fim, quando

perguntados sobre a conduta frente a identificação do SR em visita domiciliar, 38,4% referiu não ter conhecimento da orientação adequada.

5.3. A Proposta de intervenção

Como vimos à importância que a busca ativa (BA) de sintomático respiratório no controle da tuberculose a proposta de intervenção será com foco na BA no contexto da família que recebe visita do ACS.

Sabe-se que esta preconizado que os ACS mensalmente deve visitar 100% das familiar adscritas em cada microárea da ESF, então, uma intervenção que durasse um mês seria o bastante para alcançar todas as famílias sob responsabilidade da ESF. A intervenção constar de varias etapas

Estabelecer vinculo entre o Ensino e o Serviço de Saúde para criar um logística do exame de escarro

Diagnostico do conhecimento dos ACS sobre a tuberculose

Capacitação dos ACS sobre seu papel no controle de tuberculose no município e sobre a técnica de coleta de escarro

Criar o programa Respire Aliviado

Tabela I. Síntese da matriz de planejamento, monitoramento e Avaliação da proposta do Programa de Controle da Tuberculose de Araguari - MG

| Operações | Indicadores | | Responsáveis | Prazo |
|--|-------------------------------|------------------------------|--|--------------------|
| | Processo | Resultado | | |
| Estabelecer vinculo entre a Instituição de Ensino Superior e o Serviço de Saúde para criar uma logística do exame de escarro | Número de reuniões realizadas | Número de Setores Envolvidos | Secretária de Saúde Coordenação da APS Coordenação da UNIPAC | Janeiro a Dezembro |
| Diagnostico do conhecimento | Número de ACS investigados | % de ACS com nível | Samuel Ribeiro Dias | Março |

| | | | | |
|--|---|---|---|---------------------|
| dos ACS sobre a tuberculose | sobre o conhecimento | conhecimento adequado sobre a TB | | |
| Capacitação dos ACS sobre seu papel no controle de tuberculose no município e sobre a técnica de coleta do escarro | Numero de capacitações realizada | Numero de ACS capacitados | Samuel Ribeiro Dias | Agosto |
| Projeto Respire Aliviado: Identificar casos de sintomáticos respiratórios nas famílias cadastradas nas ESFs | Número de família triada Número de Sintomáticos Respiratórios identificados Número de Baciloscopia indicado Número de Baciloscopia Realizada | % de famílias convivendo com SR % dos usuários da ESF com Sintomas Respiratórios % das baciloscopias indicadas que foram realizadas | Samuel Ribeiro Dias Ana Cristina Araújo Lemos da Silva Renata Cezário | Setembro a dezembro |

Um eixo longitudinal da proposta sem dúvida é a avaliação em saúde que para HARTZ (1997) Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa). Neste sentido a avaliação nesta matriz deve ser realizado não no sentido de punição dos responsáveis mas sim

como uma maneira de repensar no “como fazer” para que as ações sejam acalçadas, em outras palavras, a avaliação está como um dispositivo de identificar vulnerabilidade da Matriz de Planejamento e a partir disto a reconstruir.

6. Considerações finais

A elaboração deste trabalho deixa claro que qualquer problema de saúde pública, não sendo diferente com a tuberculose, deve ser enfrentado com instrumentos de Planejamento das ações, Monitoramento do seu desenvolver e Avaliação dos resultados. Além disso, fica clara que a coparticipação de vários agentes com diferentes função deixa o Processo de Trabalho da Atenção Primária a Saúde menos árduo e mais resolutivo. E por fim o que fica, para mim autor deste trabalho, é a vontade imensa de transforma esta Proposta de Ação em um Plano de Ação no meu trabalho assistencialista e sanitaria.

7. Referencias

BORGDORFF, M.W. FLOYD, K. BROEKMANS, J.F. Interventions to reduce tuberculosis mortality and transmission in low- and middle-income countries. Bull World Health Organ;80(3):217-27. 2002

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. Plano de controle da Tuberculose no Brasil no período de 2001-2005. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Controle da tuberculose no Brasil no período de 2001-2005. Ministério da Saúde, Brasília. 2000

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 648 / GM de 28 de março de 2006. Disponível em: <
http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf>. Acessado em: 24 de janeiro de 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

CAMINERO LUNA, JA. Guía de la Tuberculosis para Médicos Especialistas. 2003 apud FAÇANHA, M;C. Treinamento da equipe de saúde e busca ativa na comunidade: estratégias para a detecção de casos de TB. J Bras Pneumol. 2009;35(5).

DIAS, S.R. DEBS, D.H.S. et al. A Eficiência da Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios Durante Consultas na Atenção Primária. Mostra de problematização – UNIPAC. 2013.

DIAS, S.R. DEBS, D.H.S. et al. Conhecimento Prévio dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a Tuberculose. II congresso científico UNIPAC Araguari, apresentação em pôster. 2013- B.

HARTZ, Z.M.A. (Org.). Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas/organizado por Zulmira Maria Araújo Hartz — Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

MUNIZ, J.N. PALHA, P. F. MONROE, A.A. GONZALES, R.C. NETTO, A.R. e VILLA, T.C.S. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(2):315-321, 2005

Organizacion Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la tuberculosis 2012. Disponible en http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr12_executivesummary_es..pdf > Visitado en 29 de novembro de 2012.

TORRES, B. Tuberculose: uma triste realidade nos nossos tempos. Pernambuco: 2012. Disponible en <http://xa.yimg.com/kq/groups/10438394/1635232734/name/TUBERCULOSE%20UMA%20TRISTE%20REALIDADE%20EM%20NOSSOS%20TEMPOS.pdf> >> Visitado en 29 de novembro de 2012.

World Health Organization. Forty-fourth World Health Assembly, Resolutions and Decisions. Geneva: World Health Organization; 1991.