

Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM À TUBERCULOSE DO
MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS**

2ª Revisão

Outubro / 2017

Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros

PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM À TUBERCULOSE DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS

2ª Revisão

Elaborado por:

- Andressa da Cruz Almeida Sales (Enfermeira, Especialista em Saúde da Família)
- Carolina dos Reis Alves (Enfermeira, Residente em Saúde da Família; Doutora em Ciências da Saúde)
- Wanessa Vieira de Moraes Aguiar (Enfermeira)

Outubro / 2017

Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros

PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM À TUBERCULOSE DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS

2ª Revisão

Revisado Por:

- Carolina dos Reis Alves (Enfermeira, Residência em Saúde da Família, Doutora em Ciências da Saúde)
- Eloiza Carla Almeida Silva (Enfermeira, Especialista em Saúde da Família)
- Claudio Luis de Souza Santos (Enfermeiro, Especialista em Saúde da Família e Residência em Saúde Mental)

Outubro / 2017

FICHA TÉCNICA

PREFEITO MUNICIPAL

Humberto Guimarães Souto

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Dulce Pimenta Gonçalves

ASSESSOR EXECUTIVO

José Mendes da Silva

OUVIDORA DA SAÚDE

Luciene Mussi França Nunes

DIRETORA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA

Shirley Ferreira de Sousa

DIRETOR DE ATENÇÃO À SAÚDE

Bruno Pinheiro de Carvalho

DIRETOR DE VIGILANCIA EM SAÚDE

Aloizio Pereira da Cunha

COORDENADORA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Daniella Cristina Martins Dias Veloso

Outubro / 2017

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1 – Localização de Montes Claros no estado de Minas Gerais.....	13
Figura 2 – Pirâmide etária de Montes Claros.....	14
Quadro 1 — Indicações de tratamento da ILTB de acordo com idade, resultado da PT e risco de adoecimento.....	53
Quadro 2 - Critérios para leitura e interpretação da baciloscopia do escarro, após concentração ou não, corada pelo método de Ziehl-Neelsen.....	57
Quadro 3 - Tratamento de Tuberculose para adolescentes maiores de 10anos e adultos (Esquema Básico para Tuberculose Pulmonar e Retratamento).....	61
Quadro 4 - Esquema básico para o tratamento da TB em crianças (< 10 anos).....	62
Quadro 5 - Supervisão dos Medicamentos (DOT).....	62

LISTA DE TABELAS E FLUXOGRAMA

Tabela 1 - Municípios da Microrregião Montes Claros e Bocaiúva	21
Tabela 2 – Rede física (SUS) de Montes Claros	23
Fluxograma 1 - Consulta de enfermagem para maiores de 10 anos.....	59
Fluxograma 2 - Exame de Contatos para adolescentes maiores de 10 anos e adultos.....	59
Fluxograma 3 - Exame de Contatos para menores de 10 anos.....	60
Fluxograma 4 - Tratamento para Infecção Latente de Tuberculose (ILTB ou TBL).....	62

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	09
2.CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO.....	12
2.1. ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE.....	20
2.2 SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	22
3. JUSTIFICATIVA	25
4. ASPECTOS LEGAIS	25
5 OBJETIVOS	40
6 METODOLOGIA.....	43
7 DESENVOLVIMENTO	43
7.1 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO A TUBERCULOSE.....	43
7.1.1 INTRODUÇÃO	43
7.2 PREVENÇÃO A TUBERCULOSE.....	45
7.3. DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSE	52
7.4.CONSULTA DE ENFERMAGEM	56
7.5 TRATAMENTO	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	62

RESUMO

O cuidado à saúde faz parte do fazer cotidiano da enfermagem enquanto integrante das equipes da Estratégia Saúde da Família. É imprescindível instrumentalizar a enfermagem que atua nas Unidades Básicas de Saúde municipais para garantir uma assistência de enfermagem em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e livre de ações de imprudência, imperícia e negligência. Daí, fez-se necessária a elaboração deste instrumento que contempla os seguintes objetivos: (1) Nortear o cuidar da enfermagem fornecendo subsídios técnicos para uma assistência de enfermagem de qualidade embasado nos programas preconizados pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros; (2) Consolidar uma assistência de enfermagem mais resolutiva por meio do alinhamento técnico, aquisição de habilidades e incentivo para a busca permanente da qualidade da atenção à saúde; e (3) Estabelecer orientações para reorganizar o processo de trabalho da equipe de saúde, especialmente o da enfermagem. Trata-se de uma revisão integrativa que utilizou 16 documentos publicados a partir de 2010, disponíveis na editora do Ministério da Saúde, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), BDENF (Base de dados Bibliográficos Especializados na Área de Enfermagem do Brasil), SCIELO (Scientific Eletronic Library On Line), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Saúde), e documentos publicados nos sites de órgãos públicos municipais, estaduais e nacional. A busca de dados iniciou-se em Fevereiro de 2017.

1. INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) se apresenta como uma alternativa para mudança do modelo assistencial ao imprimir uma nova concepção do processo de saúde-doença e ter como objetivo principal a reorganização da atenção básica com ênfase nas ações de promoção, prevenção, atenção e reabilitação da saúde. Para tanto, é estabelecido como desafio uma mudança paradigmática, em que o foco do trabalho é transferido da doença para a saúde, que passa a ser compreendida, de forma mais ampla, como qualidade de vida (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

A organização da Estratégia Saúde da Família se dá pela constituição de equipes multiprofissionais formadas, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que têm como ponto de apoio a unidade de saúde da família. Estas equipes devem ser as referências para o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde e serem responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias que estão localizadas em uma área geográfica delimitada. Essas equipes têm como desafio a atuação nas ações de promoção, prevenção, atenção, reabilitação e manutenção da saúde, visando uma maior resolubilidade, deslocando o objeto de atenção à saúde de um polo individual para o coletivo e criando vínculos e laços de compromisso e de corresponsabilidade (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

A Estratégia Saúde da Família é estruturada com base no fortalecimento da atenção à saúde com ênfase na integralidade da assistência centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, possibilitando uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenção que vai além das práticas curativas, tendo como foco principal a prevenção das doenças, reconhecendo o contexto familiar como o espaço privilegiado para as ações de saúde, com atenção, no decorrer do tempo, às pessoas e não às doenças, organizando, coordenando e racionalizando o uso adequado dos recursos, tanto os básicos quanto os especializados, necessários para o enfrentamento de todas as condições apresentadas pela pessoa, família e comunidade, representando assim, o eixo

orientador do trabalho nos demais pontos da rede assistencial, visando à coordenação do cuidado (BRASIL, 2011; ALVES, 2005; MATTEI, TAGLIART, MORETTO, 2005; STARFIELD, 2002).

A organização do sistema de saúde baseado na atenção básica com a prestação de serviços de qualidade influencia diretamente no perfil de morbimortalidade da população, resultando na redução do número de recém-nascidos com baixo peso, melhor controle das doenças crônicas, diminuição da mortalidade infantil e da menor perda de anos de vida por qualquer causa, elevando, assim, a expectativa de vida e demonstrando o grande impacto positivo advindo da garantia do acesso, da qualidade da gestão e das práticas das equipes da Estratégia Saúde da Família. Nesse aspecto, a qualidade em saúde pode ser compreendida como o grau no qual os serviços de saúde atingem os resultados desejáveis por meio do atendimento das necessidades e expectativas da clientela, com aumento do padrão de satisfação dos usuários que é consistente com o conhecimento profissional e o intuito de aumento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde (BRASIL, 2011; ALVES, 2005; BRASIL, 2008; MATTEI, TAGLIART, MORETTO, 2005; STARFIELD, 2002).

A Estratégia de Saúde da Família trabalha dentro de uma nova lógica, com maior capacidade de ação para atender às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência. A função da Equipe de Saúde é prestar assistência contínua à comunidade, acompanhando, integralmente, a saúde da criança, do adulto, da mulher, do idoso, enfim, de todas as pessoas que vivem no território sob sua responsabilidade. Porém, a ESF faz parte da rede distrital de saúde. Não é um serviço paralelo, separado do restante. Pelo contrário, ele integra o sistema de saúde local (BRASIL, 2011).

Este protocolo assistencial normatiza as ações dos profissionais inseridos nas unidades de saúde, no nível primário e secundário, com a finalidade de proporcionar, aos profissionais Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, um instrumento de consulta para aprimoramento contínuo, por meio da orientação de fluxos e atualização de condutas em Tuberculose, garantindo uma assistência de enfermagem integral, holística e qualificada, e zelando pela segurança das pessoas assistidas.

Este capítulo do protocolo aborda o cuidado às pessoas com Tuberculose, com orientações referentes às ações que visam à melhoria da qualidade de vida do público.

Os procedimentos são apresentados de forma detalhada, de maneira a facilitar a compreensão do leitor, em consonância com referências bibliográficas do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde e de outras fontes de relevância nacional.

Apresentamos a segunda revisão do Protocolo da Assistência à Saúde da rede municipal de Montes Claros – Atenção Básica Janeiro/2006, por meio de um trabalho conjunto dos enfermeiros das equipes da ESF e das coordenações técnicas municipais, e tem como proposta instrumentalizar o enfermeiro da rede assistencial no desenvolvimento de ações promocionais, preventivas e assistenciais na atenção primária do município de Montes Claros, de forma interdisciplinar e fundamentada no trabalho em equipe.

2. CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO

O município de Montes Claros fundada em 3 de julho de 1857 possui uma área equivalente a 3.582 km², em que 38,70 km² estão em perímetro urbano e os 3.543,33 km² restantes representa a área rural (MONTES CLAROS, 2017).

Montes Claros pertence à unidade federativa de Minas Gerais, mesorregião Norte de Minas que abrange oitenta e nove municípios distribuídos em sete microrregiões: Montes Claros, Pirapora, Bocaiuva, Januária, Salinas, Janaúba e Grão Mogol descrita na Figura 1. Possui como limites intermunicipais as cidades: São João da Ponte (ao norte), Capitão Enéas (nordeste), Francisco Sá (leste), Juramento e Glaucilândia (sudeste), Bocaiúva (sul), Claro dos Poções (sudoeste), São João da Lagoa e Coração (oeste) de Jesus, Mirabela e Patis (noroeste) (MONTES CLAROS, 2017).

A microrregião de Montes Claros compreende vinte e dois municípios: Brasília de Minas, Campo Azul, Capitão Enéas, Claro dos Poções, Coração de Jesus, Francisco Sá, Glaucilândia, Ibiracatu, Japonvar, Juramento, Lontra, Luislândia, Mirabela, Montes Claros, Patis, Ponto Chique, São João da Lagoa, São João da Ponte, São João do Pacuí, Ubaí, Varzelândia e Verdelândia. (MONTES CLAROS, 2017).

Montes Claros situa-se na bacia do alto médio São Francisco, nos vales do rio Verde Grande, Pacuí e São Lamberto ao Norte do Estado de Minas Gerais, estando integrada na área do Polígono da Seca, região Mineira do Nordeste. Possui altitude de 678 metros e Clima tropical, a média de chuva anual é de 1074 mm³ e sua temperatura média anual é de 24,2 °C, variando de 16,3 a 29,4 °C (MONTES CLAROS, 2017).

O município está ligado a BR 135 - Bocaiúva/Januária, BR 365 - Pirapora Uberlândia, BR 251 - Rio/Bahia/Salinas/Coração de Jesus, BR 122 - Janaúba. Além de contar com a BR-135, BR-365, BR-251 e BR-122, sua malha viária municipal é constituída por, aproximadamente, 5.500 km de estradas vicinais, que ligam a sede do município aos distritos e diversas comunidades rurais (MONTES CLAROS, 2017).

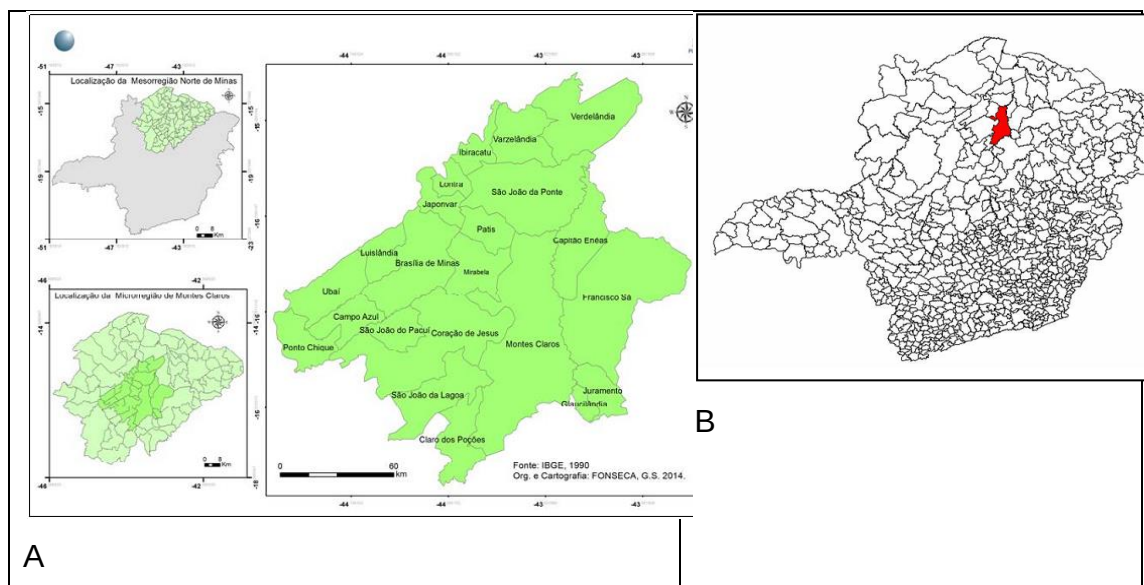


Figura 1: Localização de Montes Claros no estado de Minas Gerais.

Fonte: Google maps

A cidade foi classificada pelo Plano Rodoviário Nacional como o segundo maior entroncamento Rodoviário do País, por causa da facilidade de acesso por rodovias às principais regiões do Brasil. Pelo ar, o Aeroporto oferece voos diários para Belo Horizonte, São Paulo e Salvador. A Ferrovia Centro Atlântica disponibiliza o transporte de cargas para as regiões Sudeste e Nordeste (MONTES CLAROS, 2017).

Aspectos demográficos

A população total do município conforme Censo 2010: 361.915 habitantes e a população estimada em 2017: 402.027 habitantes.

A distribuição das faixas etárias demonstra uma evidente inversão da pirâmide com diminuição da população das faixas etárias menores com sinalização da manutenção e consolidação desta tendência. Isto provavelmente é fruto de políticas de controle de natalidade implementadas nos anos 70/80 do século passado e que foram muito bem absorvidas pela população brasileira (MONTES CLAROS, 2015). Evidenciado a seguir na Figura 2.

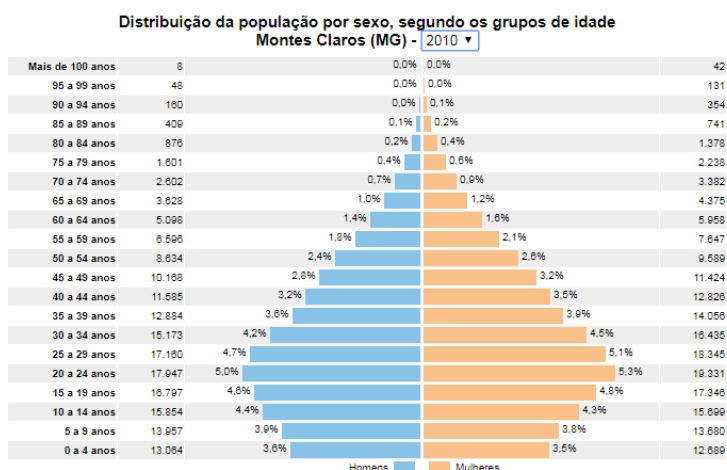


Figura 2: Pirâmide etária de Montes Claros-MG.

Fonte:

http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=314330

A população de Montes Claros entre os anos de 2000 e 2010 cresceu a uma taxa média anual de 1,66%, enquanto no Brasil foi de 1,17%, no mesmo período. Neste período, a taxa de urbanização do município passou de 94,21% para 95,17%. Segundo o censo de 2010, viviam no município 361.915 pessoas e conforme estimativa populacional divulgada pelo IBGE, neste ano de 2017, a cidade de Montes Claros ultrapassou os 400 mil habitantes. O crescimento populacional nos últimos anos é de 1,95%, superando inclusive a taxa nacional que é de 1,57% (MONTES CLAROS, 2017).

A microrregião de Montes Claros abrange vinte e dois municípios, com exceção de Montes Claros as características socioeconômicas são bem similares. Com base nos dados extraídos do Censo demográfico do IBGE (2010), Montes Claros é espaço de maior atração populacional na microrregião, acredita-se que seja por apresentar melhores oportunidades de trabalho, assistência médica hospitalar e qualificação profissional, enfim, melhores indicadores socioeconômicos em relação aos demais municípios (IBGE, 2017).

No ano de 2002 ocorreu a maior taxa de crescimento populacional (3,02%), representando sua maior marca na última década. A estimativa de que a população chegasse a 400 mil habitantes em 2017 foi alcançada, mas, não se espera que chegue 1.000.000 de habitantes em 2030. No entanto, economistas alertam para a necessidade de Montes Claros se preparar em infraestrutura para

receber este crescimento populacional, que é de aproximadamente 4.100 habitantes/ano (FONSECA e FERNANDES, 2014).

Taxa de fecundidade e Esperança de vida ao nascer

No Norte de Minas ocorreu uma queda na taxa de fecundidade, em que as mulheres optam por um número menor de filhos, este fato é observado no cotidiano e nos indicadores, como a Taxa de Fecundidade Total (TFT), que é o número médio de filhos que uma mulher teria ao terminar o período reprodutivo. Em 1980, no Norte de Minas, tínhamos uma média de 6,21 filhos por mulher, este valor vem caindo e a TFT que em 2000 era de 2,1 filhos, caiu em 2010 para 1,6 filhos.

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). No município, a esperança de vida ao nascer cresceu 4,8 anos na última década, passando de 72,3 anos, em 2000, para 77,1 anos, em 2010. Em 1991, era de 69,4 anos. No Brasil, a esperança de vida ao nascer é de 73,9 anos, em 2010, de 68,6 anos, em 2000, e de 64,7 anos em 1991. (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil <www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_uf/minas-gerais> Acesso em: Agosto/2017)

Atividades econômicas e de organização social

Atividades econômicas

O IBGE caracteriza como cidade média aquela que possui população entre 100 mil e 500 mil habitantes. Na dinâmica econômica das cidades médias, o tamanho econômico é um indicativo responsável pela existência de infraestrutura necessária ao poder de atração locacional e ao papel de intermediação com outros centros urbanos (CASTELLO BRANCO, 2006). Uma das principais características de uma cidade média é o papel de centralidade, exercendo uma força de articulação com outros centros urbanos e a atuação como centro principal de oferta de serviços, comércio, moradia e emprego, entre outros bens para a sua área de influência. Neste sentido, uma cidade média

mostra sua relevância no seu contexto regional e até em outros níveis de escalas (FRANÇA, 2011)

Montes Claros é o exemplo clássico de cidade média, possui uma economia diversificada e um comércio vibrante. Desde os primórdios da colonização a Região Norte Mineira vem sendo um Centro de Comercialização, o que lhe tem permitido não só quantificar a produção regional, como também influir na orientação e expansão da região.

Cada vez mais consolidada como “polo do Norte de Minas”, pela sua forte influência sobre as demais cidades que compõem a região, Montes Claros tem atraído variados setores de serviços, como os de saúde, educacional, comercial e de lazer. Sua infraestrutura urbana influencia o dinamismo da cidade ao agregar um espaço de serviços mais moderno e de maior complexidade.

Contudo, semelhante a outras cidades brasileiras, a produção da riqueza material assenta-se num modelo concentrador de renda. Consequentemente, a cidade apresenta espaços territoriais que antagonizam o dinamismo econômico e o peso das desigualdades sociais, sendo necessário, avançar em esforço que minimizem as desigualdades econômicas, sociais e políticas (FRANÇA, 2011).

Principais atividades econômicas

As principais atividades econômicas são a indústria (mantimentos, laticínios, infraestrutura, etc), o comércio (bastante diversificado), a agricultura e a pecuária. As indústrias aqui instaladas estão bem consolidadas podendo-se destacar a maior fábrica de Leite Condensado do Mundo (NESTLÉ), uma das três fábricas de insulina da América Latina (NOVONORDISK, antiga BIOBRÁS) e a quinta maior fábrica de cimento do Brasil (LAFARGE, antiga MATSULFUR). A maioria das fábricas está instalada em um dinâmico polo industrial, conhecido como Distrito Industrial de Montes Claros.

A pecuária é um dos maiores e mais importantes polos de desenvolvimento da região, rica em possibilidades e novas alternativas de investimentos, figura-se como um elo com os grandes centros. Neste setor, destaca-se a pecuária de corte e leite seguido pela agricultura com destaque para os produtos: feijão, milho, mandioca, algodão e arroz irrigado, dentre outros.

Em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais do município, 5,60% trabalhavam no setor agropecuário, 0,16% na indústria

extrativa, 9,53% na indústria de transformação, 10,35% no setor de construção, 1,03% nos setores de utilidade pública, 20,82% no comércio e 50,88% no setor de serviços.

Esta cidade média é uma das maiores economias mineiras, representando o 9º lugar no ranking municipal de composição do Produto Interno Bruto (PIB) estadual. O PIB *per capita* em 2014 era de R\$ 20.102,68.

Renda *per capita*

A renda per capita média de Montes Claros cresceu 98,51% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 327,75, em 1991, para R\$ 485,55, em 2000, e para R\$ 640,75, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 3,67%. A taxa média anual de crescimento foi de 4,46%, entre 1991 e 2000, e 2,97%, entre 2000 e 2010. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00 (a preços de agosto de 2010), passou de 45,71%, em 1991, para 28,76%, em 2000, e para 11,99%, em 2010. A evolução da desigualdade de renda nesses dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gini, que passou de 0,60, em 1991, para 0,61, em 2000, e para 0,53, em 2010.

População Ativa

Segundo o portal cidades do IBGE, em Montes Claros, entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 69,12% em 2000 para 69,85% em 2010. Ao mesmo tempo, sua taxa de desocupação (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 17,01% em 2000 para 9,50% em 2010. Segundo o censo de 2010, o salário médio mensal dos trabalhadores formais era de 2,2 salários mínimos, haviam 101.744 (25,8 %) pessoas ocupadas e 36,4 % da população com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salários mínimos (<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/mg/montes-claros/panorama>).

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

O município é o mais bem colocado da região, com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal IDHM de 0,770. A cidade está na faixa considerada de desenvolvimento humano alto, entre 0,700 e 0,799. O índice leva em conta três aspectos, longevidade, acesso ao conhecimento e padrão de vida. Em Montes Claros, os indicadores ficaram em 0,868; 0,744 e 0,707, respectivamente. Os resultados dos três últimos IDHM são baseados em dados de 1991, 2000 e 2010. De acordo com o PNUD, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos, de 2000 a 2010, foi a educação, com crescimento de 0,189, seguida por longevidade e renda.

Grupos sociais organizados

Além dos CRAS, CREAS e Rede Solidária, subordinado à Secretaria Municipal de Políticas Sociais da prefeitura de Montes Claros- MG, no município também existem outras 48 Organizações Não Governamentais (ONGs) com atuação em diversas áreas.

Educação

A Proporção de crianças e jovens que frequentaram/completaram determinado ciclo escolar indica a situação da educação entre a população em idade escolar do estado e compõe o IDHM Educação. Em Montes Claros, segundo dados do IBGE 2010, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola era de 96,94%, a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental era de 93,33%, a proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo era de 70,94% e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo era 58,03%.

Também, em 2010, 89,99% da população de 6 a 17 anos do município estava cursando o ensino básico regular com até dois anos de defasagem idade-série e a Taxa de Escolarização de 6 a 14 anos de idade era de 98,4 %.

Em 2015, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) para os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade teve nota média de 6.2 e para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 4.6. O IDEB foi criado em 2007 e reúne, em um só indicador, os resultados de dois conceitos igualmente

importantes para a qualidade da educação: o fluxo escolar e as médias de desempenho nas avaliações (MONTES CLAROS, 2017).

O número de pessoas de 10 anos ou mais de idade em Montes Claros em 2010 era de 308.936, destes frequentavam a escola 80.181 (25,95%). Dos 80.181 que frequentavam a escola, 37.479 (46,7%) eram do sexo Masculino e 42.702 (53,3%) do sexo feminino.

Na literatura não são encontrados dados recentes sobre a educação, muitos destes dados são provenientes dos censos nacionais e o último ocorreu em 2010. Em uma publicação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), de 2013, a média de escolaridade no Brasil, um dos critérios educacionais que o programa utiliza na elaboração do IDH, foi de 7,2 anos, o menor número entre os países da América do Sul. Este resultado indica a necessidade dos investimentos em educação no Brasil.

Rede de ensino pública e privada

O município conta com diversas escolas:

- Ensino infantil: 104 privadas e 80 municipais;
- Ensino fundamental: 51 estaduais, 58 municipais e 37 privadas;
- Ensino médio: 26 estaduais, 1 municipal e 17 particulares;
- 38 escolas municipais na zona rural.

Atualmente, a cidade de Montes Claros é considerada um pólo universitário, contando com a presença de duas universidades públicas e diversas faculdades privadas que oferecem cursos nas diversas áreas do conhecimento, em níveis técnico, de graduação, pós-graduação Lato Sensu (especialização) e Stricto Sensu (mestrado e doutorado).

Instituições públicas de ensino superior

Universidade Estadual de Montes Claros (UNINONTES) .

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (Núcleo de Ciências Agrárias - NCA) .

Instituições particulares de ensino superior

Faculdades Ibituruna .

Instituto Superior de Educação Ibituruna (ISEIB) .

Faculdades de Saúde Ibituruna (FASI) .
Faculdade Santo Agostinho (FASA) .
Faculdades integradas Pitágoras de Montes Claros (FIP-MOC) .
Faculdade de Ciência e Tecnologia de Montes Claros (FACIT) .
Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE/SOEBRAS) .
Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC) .
Universidade Norte do Paraná (UNOPAR) .
Universidade de Uberaba (UNIUBE) .
Faculdade de Computação de Montes Claros (FACOMP) .
Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) .

2.1 - Organização do Sistema de Saúde

O Sistema municipal de saúde está organizado conforme as diretrizes e princípios do SUS – Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a portaria 399 de fevereiro de 2006 que se refere o ao termo de compromisso entre os gestores no pacto para a saúde (pacto pela vida, pacto de gestão e pacto em defesa pelo SUS) (MONTES CLAROS, 2017).

O Pacto pela Vida contém os seguintes objetivos e metas prioritárias (Portaria GM/MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008): Atenção à saúde do idoso; Controle do câncer de colo de útero e de mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, AIDS; Promoção da saúde; Fortalecimento da atenção básica; Saúde do trabalhador; Saúde mental; Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência e Saúde do homem (MONTES CLAROS, 2017).

Região ampliada de saúde

O Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais, organiza a região de saúde em que Montes Claros está inserida territorialmente como sede de polo macro e microrregião, abrangendo 13 microrregiões e 87 municípios. O Município é polo macrorregional por oferecer os serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares de maior nível de complexidade e polariza regiões e/ou microrregiões de saúde. Município de maior densidade populacional da

macrorregião, com estrutura de equipamentos urbanos e de saúde, de maior densidade tecnológica o que requer escala para cerca de 1.609.862 de habitantes; que exerce força de atração para micros circunvizinhas, polarizando as regiões do norte de Minas Gerais. Os municípios polo macro acumulam também a função de polo micro (MONTES CLAROS, 2017).

Polo de Região de Saúde

Montes Claros é polo microrregional pelo nível de resolubilidade, capacidade de oferta de serviços, acessibilidade e situação geográfica, polariza 11 municípios da microrregião, a saber: Bocaiúva, Claro dos Poções, Engenheiro Dolabela, Engenheiro Navarro, Francisco Dumont, Glaucilândia, Guaraciama, Itacambira, Joaquim Felício, Juramento e Olhos d'Água, perfazendo assim uma população de 459.387 (MONTES CLAROS, 2013).

TABELA 1 – Municípios da micro região Montes Claros/Bocaiúva

CODIGO DO MUNICÍPIO	MUNICÍPIO	ESTIMATIVA POPULACIONAL
310730	BOCAIUVA	46.949
311650	CLARO DOS POÇÕES	7.743
312380	ENGENHEIRO NAVARRO	7.125
312660	FRANCISCO DUMONT	4.892
312735	GLAUCILÂNDIA	2.977
312825	GUARACIAMA	4.737
313200	ITACAMBIRA	5.021
313640	JOAQUIM FELÍCIO	4.338
313680	JURAMENTO	4.129
314330	MONTES CLAROS	366.134
314545	OLHOS-D'ÁGUA	5.342
TOTAL:		459.387

FONTE: PDR SES-MG 2013

2.2 - Sistema Municipal de Saúde

De acordo com as diretrizes Estaduais, Nacionais e da Organização Mundial da Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde trabalha no sentido de reverter um quadro de ações hospitalocêntrico/medicocêntrico para um modelo de saúde técnico assistencial, dando ênfase às ações de promoção e

organização da saúde. Por outro lado, a urgência e emergência, em município de Gestão Plena, requer um controle sistemático e cumprimento da grade de referência, o município macro regional desenvolve ações de nível secundário e terciário em um sistema de redes, como Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede Mais Vida, etc. (MONTES CLAROS, 2015).

De forma a atender à população conforme o perfil epidemiológico local e regional, a Agenda de Saúde foi consensuada e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde que segue os seguintes eixos prioritários: **Fortalecimento da Gestão, Atenção Primária, Vigilância em Saúde, Atenção a Média e Alta Complexidade e Controle Social.**

Com essas diretrizes, foi elaborado o Plano Municipal de Saúde 2014/2017, através de um planejamento estratégico e participativo, devidamente alinhado com o Plano de Governo Municipal e implementado através de uma proposta política administrativo do Município de Montes Claros, se organizando territorialmente para promover espaços de convivência capazes de potencializar a cultura da solidariedade e cooperação entre governo e sociedade local.

O Sistema municipal de Montes Claros em relação à rede física encontra-se distribuída conforme a tabela 2.

TABELA 2 - REDE FÍSICA (SUS) DE MONTES CLAROS

Serviços De Saúde	Quantidade
Unidades Básicas De Saúde (Área Urbana)	08
Policlínicas (Área Urbana)	02
Hospital Municipal Doutor Alpheu Gonçalves De Quadros	01
Equipes Estratégia Saúde Da Família (Zona Urbana)	121
Equipes Estratégia Saúde Da Família (Zona Rural)	10
Consultório na Rua	01
Unidades De Saúde Mental (CAPs)	02
Centro Oftalmologia Social	01
Centro De Controle De Zoonoses	01
Pontos De Apoio CCZ	08
CTA/IST/Aids	01
Anexo Contendo: Almoxarifado E Galpão	01

Saúde Da Mulher	01
NASP (Núcleo de Saúde Pitágoras – Centro de Saúde Vila Oliveira)	01
Centro de Reabilitação e Órteses e Próteses	01
CEO (Centro De Especialidades Odontológicas)	01
Consultórios Odontológicos em ESF	08
Consultórios Odontológicos em Escolas Estaduais e Municipais.	20
Farmácias Populares	02
Laboratório Análise de Água	01

Fonte: SMS/MOC/2017

Rede de Serviços Contratados

HOSPITALAR		
Hospital Universitário Clemente de Faria		
Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Caridade de Montes Claros		
Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho – Hospital Dílson Godinho		
Hospital Pronto Socor		
Fundação Hospitalar de Montes Claros – Hospital Aroldo Tourinho		
LABORATÓRIAL - ANÁLISES CLÍNICAS E PATOLOGIA		
Exame	Santa Clara	Instituto de Patologia do Norte de Minas
Voumard	LAC	Lab. Santa Casa
Prolab	Biominas	Bioanalises Montes Claros
São Geraldo	Biodiagnóstico	Siper Labonorte
Citocenter	Biomontes	Rafha Cordeiro II
Citolab	São Paulo	Laboratório do Hospital Aroldo Tourinho
		Laboratório do Hospital Universitário Clemente de Faria
RADIOLOGIA		
Hospital Universitário Clemente de Faria		

Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Caridade de Montes Claros
Fundação Hospitalar de Montes Claros – Hospital Aroldo Tourinho
Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho – Hospital Dílson Godinho
FISIOTERAPIA
Hospital Aroldo Tourinho
Clínica de Traumatologia E Fisioterapia (São José)
Clínica de Fisioterapia São Lucas
Fisiocenter/ Santa Casa
Ortoclinica Ltda
Clínica Geraldo Caldos
SAÚDE AUDITIVA
Otorrino Fisio Center
NEFROLOGIA
Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho – Hospital Dílson Godinho
Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Caridade de Montes Claros
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA/ MEDICINA NUCLEAR
Ressonar Imagens Médicas
Núcleo de Medicina Nuclear
ONCOLOGIA
Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Caridade de Montes Claros
Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho – Hospital Dílson Godinho

3. JUSTIFICATIVA

A OMS considera tuberculose como agravo em Saúde Pública mundial, fato esse justificado pela estimativa de que aproximadamente 1/3 da população mundial esteja infectada pelo bacilo causador da tuberculose.

Na realidade brasileira, a tuberculose é uma das doenças infectocontagiosas que mais causa mortes, especialmente, entre as pessoas que vivem com HIV. Estatisticamente, o Brasil ainda permanece entre os 22 países que albergam 80% dos casos mundiais de Tuberculose, apesar da tendência de queda da incidência dos casos nos últimos anos (BRASIL, 2011).

Considerando que o cuidado ao usuário com Tuberculose, faz parte do fazer cotidiano da enfermagem, enquanto integrante das equipes de saúde da família, é imprescindível instrumentalizar os enfermeiros, que atuam nas Unidades Básicas de Saúde, para garantir uma assistência de enfermagem em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e livre de ações de imprudência, imperícia e negligência, fazendo-se necessária a elaboração deste instrumento, com o objetivo de orientar os profissionais quanto às medidas preventivas e curativas visando reduzir as complicações das lesões cutâneas, gerando grande impacto na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar.

4. ASPECTOS LEGAIS

As ações do Enfermeiro, previstas neste protocolo, estão respaldadas pela Lei de Exercício Profissional nº. 7.498, de 25 de junho de 1986, pelo Decreto nº. 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta a Lei 7498/86, pelas Resoluções COFEN nº 159/1993, nº 195/1997 e nº 358/2009 e pela Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017, que Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (COREN, 2012; BRASIL, 2017).

A Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício da enfermagem no Brasil, aponta como pontos relevantes na prática do enfermeiro,

como integrante da equipe de saúde da atenção básica: a consulta de enfermagem, em toda a sua complexidade de execução (Art. 11, alínea i), a prescrição da assistência de enfermagem (Art. 11, alínea f), a prescrição de medicamentos, desde que seja normatizada em programas de Saúde Pública e em protocolos de rotina aprovados pela instituição de saúde (Art. 11 alínea c) e a solicitação de exames de rotinas e complementares, conforme a Resolução COFEN nº 195/1997, que estabelece, no Art. 1º, que o Enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares quando no exercício de suas atividades profissionais (COREN, 2012).

Isto posto, a atuação do Enfermeiro está embasada no seu conhecimento técnico-científico, sendo responsabilidade do profissional toda ação praticada, e, ficando este, sujeito às penalidades de acordo com a lei.

Na Estratégia Saúde da Família, o enfermeiro é um integrante da equipe de saúde em que todos os profissionais são imprescindíveis no cuidar do ser humano de maneira integral, sendo que devem ser levadas em consideração as habilidades e as capacidades de cada um dos componentes da equipe, em consonância com os preceitos éticos e legais. Ressalta-se também, que a integração entre as várias disciplinas e profissionais é requisito fundamental para o alcance dos objetivos propostos.

Na equipe de saúde existem atribuições comuns a todos os profissionais que atuam na Atenção Básica segundo a Portaria 2436/ 2017:

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção

especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.).

- Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da AB;
- Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;
- Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;
- Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade;
- Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;
- Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;;
- Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;

- Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contrarreferência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica;
- Prever nos fluxos da RAS entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;
- Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;
- Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente;
- Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;
- Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;
- Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;
- Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;
- Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada - reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);

- Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;
- Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;
- Realizar ações de educação em saúde à população alSTrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;
- Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde;
- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;
- Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias;
- Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local.

São atribuições específicas dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica:

Enfermeiro

- I.- Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;
- II.- Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições

legais da profissão;

III.- Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;

IV.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

V.- Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;

VI.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VII.- Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;

VIII.- Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e

IX.- Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem:

I.- Participar das atividades de atenção à saúde realizando procedimentos regulamentados no exercício de

sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

II.- Realizar procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas pelo enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e regulamentação; e

III.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Médico:

I.- Realizar a atenção à saúde às pessoas e famílias sob sua responsabilidade;

II.- Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros); em

conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores (federal, estadual, municipal ou Distrito Federal), observadas as disposições legais da profissão;

III.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

IV.- Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito;

V.- Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa;

VI.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; e

VII.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Cirurgião-Dentista:

I.- Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

II.- Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território;

III.- Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da AB em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com as fases clínicas de moldagem, adaptação e acompanhamento de próteses dentárias (elementar, total e parcial removível);

- IV.- Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
- V.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe, buscando aproximar saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar;
- VI.- Realizar supervisão do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB);
- VII.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;
- VIII. Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; e
- IX.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Técnico em Saúde Bucal (TSB):

- I.- Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva das famílias, indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;
- II.- Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;
- III.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- IV.- Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;
- V.- Participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;
- VI.- Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;
- VII.VII - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;
- VIII.- Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

- IX.- Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;
- X.- Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;
- XI.- Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, sendo vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;
- XII.- Auxiliar e instrumentar o cirurgião-dentista nas intervenções clínicas e procedimentos demandados pelo mesmo;
- XIII.- Realizar a remoção de sutura conforme indicação do Cirurgião Dentista;
- XIV.- Executar a organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
- XV.- Proceder à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos;
- XVI.- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- XVII.- Processar filme radiográfico;
- XVIII.- Selecionar moldeiras;
- XIX.- Preparar modelos em gesso;
- XX.- Manipular materiais de uso odontológico.
- XXI.Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):

- I.- Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;
- II.- Executar organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
- III.- Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas
- IV - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
- V.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Atenção Básica, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

- VI.- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- VII.-Processar filme radiográfico;
- VIII.- Selecionar moldeiras;
- IX.- Preparar modelos em gesso;
- X.- Manipular materiais de uso odontológico realizando manutenção e conservação dos equipamentos;
- XI.- Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador; e
- XII.Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Gerente de Atenção Básica

Recomenda-se a inclusão do Gerente de Atenção Básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico gerencial.

Entende-se por Gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Importante ressaltar que o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na Atenção Básica, preferencialmente de nível superior, e dentre suas atribuições estão:

- I.- Conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre a AB em âmbito nacional, estadual, municipal e Distrito Federal, com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica, de modo a orientar a organização do processo de trabalho na UBS;
- II.- Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais;
- III.- Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AB sob sua gerência, contribuindo para implementação de políticas,

estratégias e programas de saúde, bem como para a mediação de conflitos e resolução de problemas;

IV.- Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;

V.- Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos;

VI.- Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe;

VII.- Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, apoiando os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos;

VIII.- Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento;

IX.- Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais atores da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada na UBS;

X.- Conhecer a RAS, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na AB e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis;

XI.- Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território;

XII.- Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros;

XIII.- Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social;

XIV.- Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade; e

XV.- Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com suas competências.

Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate a Endemias (ACE)
Seguindo o pressuposto de que Atenção Básica e Vigilância em Saúde devem se unir para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes, orienta-se que as atividades específicas dos agentes de saúde (ACS e ACE) devem ser integradas.

Assim, além das atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de AB, são atribuições dos ACS e ACE:

a) Atribuições comuns do ACS e ACE

I.- Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;

II.- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;

III.- Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares;

IV.- Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos;

- V.- Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;
- VI. Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território;
- VII.- Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;
- VIII.- Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- IX.- Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;
- X.- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros; e
- XI.- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

b) Atribuições do ACS:

- I- Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;
- III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;

IV - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;

V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;

VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;

VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Agente Comunitário de Saúde poderá executar em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência.

I - aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;

II - realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;

III- aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;

IV - realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e

V - orientação e apoio, em domicílio, para a correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade.

Vale ressaltar que os ACS só realizarão a execução dos procedimentos que requeiram capacidade técnica específica se detiverem a respectiva formação, respeitada autorização legal.

Atribuições do ACE:

- I - Executar ações de campo para pesquisa entomológica, malacológica ou coleta de reservatórios de doenças;
- II.- Realizar cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção, intervenção e controle de doenças, incluindo, dentre outros, o recenseamento de animais e levantamento de índice amostral tecnicamente indicado;
- III. Executar ações de controle de doenças utilizando as medidas de controle químico, biológico, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores;
- IV.- Realizar e manter atualizados os mapas, croquis e o reconhecimento geográfico de seu território;
- V.- Executar ações de campo em projetos que visem avaliar novas metodologias de intervenção para prevenção e controle de doenças; e
- VI.- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

O ACS e o ACE devem compor uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou uma equipe de Saúde da Família (eSF) e serem coordenados por profissionais de saúde de nível superior realizado de forma compartilhada entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde. Nas localidades em que não houver cobertura por equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF), o ACS deve se vincular à equipe da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Já o ACE, nesses casos, deve ser vinculado à equipe de vigilância em saúde do município e sua supervisão técnica deve ser realizada por profissional com comprovada capacidade técnica, podendo estar vinculado à equipe de atenção básica, ou saúde da família, ou a outro serviço a ser definido pelo gestor local.

Pessoal Administrativo

- Acolher os usuários e visitantes;
- Prestar informações sobre o funcionamento das Unidades de Saúde;

- Agendar consultas e exames;
- Digitar dados da Unidade de Saúde;
- Organizar os recursos e materiais da Unidade de Saúde;
- Realizar outras atividades designadas pela coordenação da equipe.

Pessoal da Zeladoria e Manutenção

- I. Acolher e informar usuários e visitantes;
- II. Realizar e manter a limpeza e a higiene adequadas do local de trabalho;
- III. Comunicar ao coordenador da unidade a ocorrência de danos ao patrimônio público;
- IV. Realizar o reparo de equipamentos.

5. OBJETIVOS

Este protocolo tem como objetivos:

- Normatizar as ações dos profissionais de enfermagem inseridos nas unidades de saúde fornecendo subsídios técnicos para uma assistência de enfermagem embasada nos programas preconizados pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros;
- Consolidar uma assistência de enfermagem mais resolutiva por meio do alinhamento técnico, aquisição de habilidades e incentivo para a busca permanente da qualidade da atenção à saúde;
- Estabelecer orientações para reorganizar o processo de trabalho da equipe de saúde, especialmente da enfermagem;
- Intensificar a capacidade de resolução dos problemas de saúde dos portadores de Tuberculose, pela equipe de enfermagem;
- Estruturar as consultas de enfermagem visando aumentar a resolubilidade para evitar a fragmentação da assistência;

- Valorizar o trabalho da equipe de enfermagem por meio da excelência da qualidade prestada;
- Sistematizar ações de educação em saúde para promoção de práticas saudáveis e ações de vigilância à saúde para prevenção e controle de doenças e agravos;
- Viabilizar a integração interdisciplinar por meio do trabalho em equipe;
- Integrar ensino, serviço e comunidade por meio das normas e ações estabelecidas no protocolo.

6. METODOLOGIA

O guia para elaboração de protocolo idealizado pelo COREN/MG (2012) define protocolo como um documento norteador do processo de intervenção que visa descrever, de forma detalhada, as atividades e atribuições dos profissionais, no âmbito da instituição de saúde em que as ações são realizadas em equipe multiprofissional de maneira interdisciplinar. Dessa forma, a elaboração desse protocolo contou com a participação de profissionais de categorias diversas (enfermeiro, médico), uma vez que o fazer em saúde deve visualizar o ser humano de forma holística dentro do seu contexto biopsicossocial. Contudo, torna-se necessário também a colaboração de representantes do gestor Municipal e de membro do Conselho Municipal, já que saúde é direito de todos como resguardado pela Constituição e regulamentado na lei 8080.

Na construção deste protocolo, utilizou-se a metodologia de revisão integrativa, que visa proporcionar a síntese do conhecimento já sistematizado e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos na prática, se constituindo em um método que permite a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, que vêm sendo, cada vez mais, utilizadas na área da saúde, por facilitar o aprofundamento em determinada temática (SOUZA *et al.*, 2010).

A primeira etapa de elaboração do protocolo consistiu em uma reunião do grupo de trabalho na sede da secretaria municipal de saúde de Montes Claros,

no dia 23 de Fevereiro de 2017, às 14:00 horas, com a definição e divisão dos temas a serem abordados no documento. A seguir, foi escolhida a metodologia de trabalho que estabeleceu a divisão dos participantes (cada integrante ficou com um tema dentro da Tuberculose), para a construção preliminar do documento através da busca de publicações pertinentes ao tema.

O processo de construção foi viabilizado com a liberação semanal de dois turnos de trabalho dos participantes, sendo que um turno ficou reservado para o encontro da equipe e um outro turno, para a socialização das produções e estabelecimento de condutas.

Este estudo baseou-se na pesquisa de documentos publicados no período de 2010 a 2017, disponíveis na editora do Ministério da Saúde, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na BDENF (Base de dados Bibliográficos Especializados na Área de Enfermagem do Brasil), na SCIELO (Scientific Eletronic Library On Line), na LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Saúde), e nos sites de órgãos públicos municipais, estaduais e nacionais. A busca de dados teve início no mês de Fevereiro de 2017.

O total de documentos selecionados foram 17, após utilizados os seguintes critérios de inclusão: a temática das publicações devem abordar a assistência à tuberculose; as publicações devem estar escritas em língua portuguesa; os documentos devem ter sido publicados a partir do ano de 2010; e, as publicações devem estar disponíveis de forma completa e gratuita.

Um documento foi descartado por não preencherem os seguintes critérios de inclusão: a temática relacionada à assistência a tuberculose; disponibilidade do documento completo; e publicação a partir do ano de 2010.

Nos dias 23/02 e 03/03 de 2017 foram realizadas reuniões para apresentação dos documentos e discussão sobre os ajustes necessários para a confecção do documento final do protocolo. No dia 04/03/2017, a versão preliminar foi encaminhada aos revisores para apreciação e sugestões.

O protocolo construído foi, então, enviado ao Conselho Municipal de Saúde na data de 03/03/2017, que foi discutido em plenária na reunião ordinária 356/2017 – Trecentésima Quinquagésima Sexta no dia 08/03/2017 às 13:30 que teve como deliberação o agendamento de Reunião extraordinária no dia 15/03/2017 em que ocorreu a aprovação do Protocolo Assistencial de Enfermagem do município de Montes Claros em plenária sendo que esta

deliberação encontra-se registrada na ata da reunião extraordinária número 170 – Centésima Septuagésima.

No dia 27 de Dezembro de 2017, a senhora Secretária Municipal de Saúde sancionou a Portaria/SMS número 12 que regulamenta o Protocolo Assistencial de Enfermagem do município de Montes Claros que entrou em vigor na presente data.

7. DESENVOLVIMENTO

7.1. Protocolo de Enfermagem na Atenção à Tuberculose

Este protocolo tem como fundamentação teórica os documentos contidos na publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), SES-MG, 2016 COREN (2014) SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (2004).

7.1.1 INTRODUÇÃO

A Tuberculose é uma doença infectocontagiosa, causada por uma bactéria denominada *Mycobacterium tuberculosis* ou bacilo de Koch, um bacilo de crescimento lento, aeróbio estrita, álcool-ácido resistente (BAAR), de transmissibilidade aerógena. Apesar da forma pulmonar bacilífera ser a mais importante, do ponto de vista epidemiológico, outras formas de tuberculose podem ser observadas, como a disseminada miliar ou as extrapulmonares: pleural, ganglionar, osteoarticular, geniturinária, meningoencefálica, entre outras. Também esta enfermidade pode acometer, ao mesmo tempo, mais de um órgão em um mesmo paciente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2004).

Há mais de três mil anos, essa bactéria acomete de maneira crescente a população mundial. Na década de 1990, foi considerada como problema de saúde de emergência global pela OMS, tendo em vista o aumento da incidência e da mortalidade por uma doença tratável e curável. No Brasil são notificados aproximadamente 70 mil novos casos por ano e ocorrem 4,6 mil mortes em decorrência da doença. Um dado que chama atenção é que ao dia morrem 13

brasileiros em média por tuberculose. Com isso, o país ocupa o 17º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo (BRASIL, 2011).

Em 2015, Minas Gerais notificou 4.039 doentes com 212 óbitos (dados parciais). A Região Metropolitana de Belo Horizonte concentra, aproximadamente, um terço dos casos do Estado. De acordo com os dados epidemiológicos, a taxa de abandono do tratamento foi de 10,6% em 2014, considerada elevada. Na cidade de Montes Claros, dos casos de Tuberculose identificados em 2014, 74,6% obtiveram cura, 4,9% abandonaram o tratamento e 0,8% tiveram óbito por Tuberculose (SES-MG, 2016).

Sendo assim, para interromper a cadeia de transmissão da Tuberculose é fundamental a descoberta precoce dos casos bacilíferos. Dessa forma, a busca ativa na população de pessoas com tosse prolongada deve ser uma estratégia priorizada nos serviços de saúde para a descoberta destes casos. Na grande maioria dos casos, a Tuberculose é um problema que pode ter resolução na APS, e as equipes de saúde capacitadas podem interferir positivamente nesse problema de saúde, por meio da investigação dos Sintomáticos Respiratórios, do diagnóstico precoce, do tratamento com esquema básico descentralizado, do acompanhamento das pessoas com Tuberculose e de seus contatos, facilitando o acesso (porta de entrada do sistema) e diminuindo a taxa de abandono do tratamento (BRASIL, 2011).

Nesse cenário, o papel da enfermagem, categoria fundamental para a condução das atividades de saúde pública no País, adquire especial importância na execução das ações de controle da tuberculose e por isso a necessidade da edição de um protocolo específico para as atividades da enfermagem no âmbito da atenção básica. Esta publicação se dedica, portanto, à sistematização do trabalho daqueles profissionais que têm o papel fundamental de garantir a supervisão de todo o tratamento e evitar as intercorrências que favoreçam o abandono, a recidiva, a falência e a tuberculose resistente, garantindo a adesão dos pacientes e um tratamento bem-sucedido.

7.2. PREVENÇÃO À TUBERCULOSE

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), as melhores medidas de prevenção e de controle da tuberculose são o diagnóstico precoce e o tratamento do paciente até a cura. 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.

VACINAÇÃO BCG

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 o território nacional os calendários de vacinação do Ministério da Saúde.

Trata-se de uma vacina atenuada e cada dose administrada contém cerca de 200 mil ou até mais de um milhão de bacilos. A administração da vacina é intradérmica, no braço direito, na altura da inserção do músculo deltoide. Essa localização permite a fácil verificação da existência de cicatriz para efeito de avaliação do programa e limita as reações ganglionares na região axilar. A vacina BCG pode ser simultaneamente administrada com outras vacinas, até mesmo com as de vírus vivos.

Essa vacina, quando administrada, não protege os indivíduos já infectados pelo *Mycobacterium tuberculosis* e nem evita o adoecimento seja por infecção endógena ou exógena, mas oferece proteção a não infectados contra as formas mais graves, como a meningoencefalite tuberculosa e a tuberculose miliar na população menor de 5 anos.

Nas áreas com elevada prevalência de infecção por micobactérias não tuberculosas, a proteção do BCG é reduzida, razão pela qual nessas regiões o seu rendimento é baixo em termos de saúde pública. Não está recomendada a segunda dose da vacina BCG no Brasil.

MEDIDAS DE CONTROLE PARA REDUZIR A TRANSMISSÃO DO *Mycobacterium tuberculosis*

As medidas de controle para reduzir a transmissão do bacilo tuberculoso nos serviços de tuberculose na atenção básica devem considerar então as características da localização geográfica, a dimensão e a área de assistência, entre outros. Assim, devem-se adequar as medidas de controle de infecção ao perfil de cada unidade, visando reduzir a transmissão do *M. tuberculosis* de paciente para paciente ou de paciente para profissionais de saúde.

A Tuberculose pulmonar e a laríngea são classificadas como de transmissão aérea e requerem medidas administrativas e ambientais que diminuam o risco de transmissão da doença. Todo ambiente onde circulem pacientes que produzam aerossóis contendo *M. tuberculosis* oferece algum risco de transmissão da doença. Destacam-se como foco das medidas de controle de infecção o domicílio do paciente, o local de trabalho e as unidades de saúde onde ele é atendido.

Para diminuir o risco de transmissão da TB, é preciso ter em conta alguns pressupostos:

- A transmissão da tuberculose se faz por via respiratória, pela inalação de aerossóis produzidos pela tosse, fala ou espirro de um doente com tuberculose ativa de vias aéreas, salvo raríssimas exceções.
- Quanto maior a concentração de bacilos e a intensidade da tosse em ambiente pouco ventilado, maior a probabilidade de infectar os circunstantes.
- Com o início do tratamento adequado e com o uso correto de medicamentos antiTB, em pacientes sem suspeita conhecida de albergarem cepas de *M. tuberculosis* resistentes, a transmissibilidade diminui rapidamente em duas a três semanas. Portanto, a prioridade deve ser dada para os pacientes com maior risco de transmissibilidade, que são aqueles não diagnosticados ou nos primeiros dias de tratamento.

- Ocorrendo infecção pelo bacilo da tuberculose, as pessoas com maior risco de adoecer são aquelas com a imunidade comprometida. As atividades previstas no Programa de Controle de Infecção em Serviços de Saúde são orientadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, em parceria com as vigilâncias sanitárias estaduais, distrital, municipais, hospitais públicos e privados, instituições de ensino e profissionais de saúde (Portaria GM no 2.616, de 12 de maio de 1998). Entre as medidas de controle preconizadas estão as administrativas ou gerenciais, orientação ao profissional de saúde e ao paciente, de controle ambiental ou de engenharia e de precaução.
- Desenvolver e implementar políticas escritas e protocolos para assegurar a rápida identificação, isolamento respiratório, diagnóstico e tratamento de indivíduos com provável TB pulmonar.
- Educar permanentemente os profissionais de saúde para diminuir o retardo no diagnóstico de TB pulmonar e promover o adequado tratamento antiTB.

Na perspectiva de Promoção e Prevenção da Saúde, como aliado à luta contra a Tuberculose, Algumas estratégias a seguir são exemplos de ações de promoção da saúde que podem ser desenvolvidas na atenção básica no contexto da tuberculose (SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2011):

- Participação comunitária como fator positivo nas atividades de controle da tuberculose, uma vez que corrobora para a conscientização do problema na sociedade.
- Capacitação da comunidade para compreender e atuar junto às suas necessidades de saúde, na implementação de estratégias integradas e intersetoriais de proteção da vida e no Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica: protocolo de enfermagem Secretaria de Vigilância em Saúde/MS 13 ampliações do processo decisório na busca de comprometimento político na resolução dos seus problemas.
- Por meio da capacitação de lideranças na comunidade para reduzir o estigma, auxiliar na identificação de sintomáticos respiratórios, facilitando o acesso do cliente ao diagnóstico de tuberculose na atenção básica, desde a identificação do caso, na adesão do tratamento, até a obtenção da cura.

- Motivação de liderança comunitária para o problema da tuberculose como uma questão importante de saúde pública, uma vez que sua participação efetiva deve ser considerada como força motriz para garantir o controle sobre esta e outras enfermidades.
- Promoção da cidadania a partir do desenvolvimento de parceria entre lideranças e organizações comunitárias para discutir, planejar e executar ações intersectoriais para a melhoria das condições de saúde e vida das pessoas, particularmente nas grandes cidades e em locais com vulnerabilidade social.
- Abertura de espaços dos serviços de saúde para se articular com a área cultural da sociedade, procurando associar a criatividade da população na emissão de mensagens que construam novos saberes técnicos com ênfase na tuberculose e transpor aos saberes populares, por meio de materiais educativos como cartilhas, fôlderes, panfletos, álbum seriado, dança, poesia, música, folclore, rap, entre outros.
- Divulgação de informações sobre a tuberculose nas escolas, nas igrejas, nos serviços de saúde e na comunidade, favorecendo as atitudes positivas de saúde e o desenvolvimento de estilos de vida que promovam a saúde
- Realização de parcerias com organizações não governamentais – ONGs e com outras instituições governamentais na área de desenvolvimento social para viabilizar formas de atendimento de outras demandas dos pacientes de tuberculose, como alimentação, moradia, traslados, agasalhos, entre outros.
- Articulações com outros setores de políticas públicas – assistência social e educação na detecção precoce da tuberculose.

Tratamento preventivo da tuberculose

Todos os seres humanos são susceptíveis à infecção, porém a maioria das pessoas resiste ao adoecimento após a infecção desenvolvendo uma imunidade parcial à doença; entretanto, alguns bacilos permanecem vivos, bloqueados pela reação inflamatória do organismo formando o granuloma tuberculoso.

A publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) destaca que cerca de 5% das pessoas não conseguem impedir a multiplicação dos bacilos e adoecem na sequência da primo-infecção, enquanto que outros 5%, apesar de bloquearem a infecção nessa fase, adoecem posteriormente por reativação dos bacilos ou em consequência de exposição a uma nova fonte de infecção.

Fatores relacionados à competência do sistema imunológico podem aumentar o risco de adoecimento, com destaque para a infecção pelo HI, além de doenças ou tratamentos imunodepressores; idade – menor que 2 anos ou maior que 60; desnutrição.

O maior risco de adoecimento se concentra nos primeiros dois anos após a primo-infecção, mas o período de incubação pode se estender por muitos anos e até mesmo décadas (BRASIL, 2011).

Prevenção da infecção latente ou quimioprofilaxia primária (QP)

Todo recém-nascido coabitante de caso índice bacilífero é recomendado a prevenção da infecção tuberculosa, dessa forma, o recém-nascido não deverá ser vacinado ao nascer e devendo ser prescrito a medicação Isoniazida (H) por três meses e, após esse período, faz-se a prova tuberculínica – PT.

Se o resultado da PT for ≥ 5 mm, a quimioprofilaxia – QP deve ser mantida por mais três meses; caso contrário, deve-se interromper o uso da isoniazida e vacinar com BCG.

Tratamento da infecção latente da tuberculose (ILTB) ou quimioprofilaxia secundária

A quimioprofilaxia secundária consiste na administração de Isoniazida a uma pessoa infectada pelo *M. tuberculosis* com o intuito de evitar que ela adoça. O tratamento da infecção latente– ILTB- é com isoniazida – H que reduz em 60% a 90% o risco de adoecimento (BRASIL, 2011).

O Fármaco utilizado: Isoniazida – na dose de 5 mg/kg a 10 mg/kg de peso, até a dose máxima de 300 mg/dia. *Tempo de tratamento:* deve ser realizado por um período mínimo de seis meses.

Indicações

Além do resultado da PT, a indicação do uso da H para tratamento da ILTB depende de três fatores: idade, probabilidade de ILTB e risco de adoecimento. Os grupos com indicação de tratamento são:

1. Crianças contatos de casos bacilíferos:

- PT igual ou superior a 5 mm em crianças não vacinadas com BCG, crianças vacinadas há mais de 2 anos ou qualquer condição imunossupressora.
- PT igual ou superior a 10 mm em crianças vacinadas com BCG há menos de 2 anos.
- Crianças que adquiriram ILTB até os 5 anos – grupo prioritário para o tratamento de ILTB.

2. Em adultos e adolescentes:

- Adultos e adolescentes maiores de 10 anos com ILTB, a relação risco-benefício do tratamento com H deve ser avaliada. A idade é um dos fatores de risco para hepatotoxicidade pela isoniazida (BRASIL, 2011).

Pelo elevado risco de hepatotoxicidade e reduzido risco acumulado de adoecimento, recomenda-se o tratamento conforme o Quadro 1.

Quadro 1 – Indicações de tratamento da ILTB de acordo com idade, resultado da PT e risco de adoecimento.

Risco	PT $\geq$ 5 mm	PT $\geq$ 10 mm	Conversão*
Maior (indicado tratamento em qualquer idade)	HIV/aids**	Silicose	Contatos de TB bacilífera
	Contatos adultos*** e contatos menores de 10 anos não vacinados com BCG ou vacinados há mais de 2 anos****	Contato com menos de 10 anos vacinados com BCG há menos de 2 anos	Profissional de saúde
	Uso de inibidores do TNF-a	Neoplasia de cabeça e pescoço	Profissional de laboratório de micobactéria
	Alterações radiológicas fibróticas sugestivas de seqüela de TB	Insuficiência renal em diálise	Trabalhador de sistema prisional
	Transplantados em terapia imunossupressora		Trabalhadores de instituições de longa permanência

Risco	PT $\geq$ 5 mm	PT $\geq$ 10 mm	Conversão*
Moderado (indicado tratamento em menor de 65 anos)	Uso de corticosteroides (> 15 mg de prednisona por >1 mês)*	<i>Diabetes mellitus</i>	
Menor***** (indicado tratamento em menor de 50 anos)		Baixo peso (< 85% do peso ideal)	
		Tabagistas ($\geq$ 1 maço/dia)	
		Calcificação isolada (sem fibrose) na radiografia	

Fonte: BRASIL, 2011, p. 20

7.3 DIANÓSTICO DA TUBERCULOSE

O enfermeiro capacitado nas ações de controle da tuberculose deve identificar informações clínicas, epidemiológicas e sociais dos suspeitos da enfermidade e tomar providências para o esclarecimento do diagnóstico.

A pesquisa bacteriológica é o método prioritário para o diagnóstico e o controle do tratamento da tuberculose, uma vez que permite a identificação da fonte de transmissão da infecção (o bacilífero). Considerando esses aspectos, cabe ressaltar que a descoberta precoce do caso, o diagnóstico correto e o tratamento completo dos doentes com baciloscopia positiva são tidos como uma das principais medidas de controle da tuberculose na comunidade.

É função do enfermeiro da ESF dentro do programa de controle da tuberculose organizar e cumprir as recomendações do Ministério da Saúde e, segundo a Portaria da Atenção Básica nº 2436/ 2017 (BRASIL, 2017), o diagnóstico de tuberculose nos serviços de saúde está implícito nas atribuições desse profissional: “Conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, *realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações*”

Neste sentido, o enfermeiro além de ficar atendo os pacientes com sintomas suspeitos da tuberculose, como: tosse persistente e produtiva (muco e eventualmente sangue) ou não, febre, sudorese noturna e emagrecimento deve

realizar a busca de sintomáticos respiratórios (SR) que são todos os usuários com queixa de tosse igual a superior a 3 semanas. Mas ao realizar buscar ativa dos SR em população de risco compor exemplo sistema prisional, sugere-se que a busca seja feita em indivíduos com tosse com tempo igual a superior a duas semanas, visando aumentar a sensibilidade da busca.

A operacionalização dessa ação requer atuação do enfermeiro com vista à captação de suspeitos continuamente na rotina diária, bem como no sentido de alcançar impacto nos indicadores de tuberculose propostos para a unidade de saúde, como descrito a seguir:

- Realizar capacitação com toda a equipe sobre a busca dos SR, pois essa abordagem deve ser multiprofissional, com foco no Agente Comunitário de Saúde (ACS) que possui contato mensal no domicílio, facilitando a identificação dos SR.
- Estabelecer vagas específicas nas agendas e fluxo de exames para os casos suspeitos como agilidade no atendimento e na realização dos exames.
- Organização de ações voltadas para os grupos ou locais com maior probabilidade de adoecer por tuberculose: presídios, creches, abrigos e asilos, pessoas em situação de rua, etilistas, usuários de drogas, mendigos, imunodeprimidos por uso de medicamentos ou doenças imunossupressoras AIDS, diabetes).
- Programar metas e monitorar mês a mês a descoberta do sintomático respiratório nas unidades de saúde e em populações especiais, utilizando-se do registro no Livro do Sintomáticos Respiratórios.
- Solicitação da Baciloscopia do Escarro (BAAR) ou TRM (Teste Rápido Molecular).

Baciloscopia do Escarro

A baciloscopia direta do escarro é o principal método no diagnóstico da tuberculose pulmonar uma vez que permite a descoberta dos casos bacilíferos.

Aliado ao fato de ser um método simples, rápido, de baixo custo e seguro que permite a confirmação da presença do bacilo.

Na microscopia, são visualizados bacilos álcool-ácidos resistentes – BAAR - bastonetes delgados, ligeiramente curvados, granulados, isolados aos pares ou em grupos e que coram de vermelho em um fundo azul, com a coloração de Ziehl-Neelsen (BRASIL, 2011).

Uma boa amostra de escarro provém da árvore brônquica, obtida após esforço da tosse (expectoração espontânea) (BRASIL, 2011).

O exame de baciloscopia de escarro deve ser solicitado aos pacientes que apresentem (BRASIL, 2011):

- tosse por três semanas ou mais (sintomático respiratório);
- suspeita clínica e/ou radiológica de TB pulmonar, independentemente do tempo de tosse;
- suspeita clínica de TB em sítios extrapulmonares (materiais biológicos diversos).

A baciloscopia de escarro deve ser solicitado, no mínimo, duas amostras: uma, por ocasião da primeira consulta, e outra, independentemente do resultado da primeira, na manhã do dia seguinte, preferencialmente ao despertar.

Em casos com indícios clínicos e radiológicos de suspeita de TB e as duas amostras de diagnóstico apresentem resultado negativo, podem ser solicitadas amostras adicionais (BRASIL, 2011).

Orientação para a coleta de escarro espontâneo (BRASIL, 2011):

Na unidade de saúde

- Explique a importância do exame com termos claros e de fácil entendimento.
- Oriente acerca da técnica de coleta, com auxílio do pote, aproveitando para indicar a quantidade a ser coletada.
- Oriente a inspirar profundamente, retendo por alguns instantes o ar dos pulmões e em seguida escarrar diretamente no pote.
- Oriente a repetir esse procedimento por três vezes, até atingir a quantidade necessária ao exame (5 ml a 10 ml), com para não escorrer por fora do pote.
- A seguir tampar o pote, rosqueando-o firmemente.

- Entregue o pote para a coleta (identificado com o nome do paciente no corpo do pote) com um papel toalha (ou papel higiênico), a requisição do exame e indicação do local de coleta.
- Após a coleta, deve levar o pote até o profissional de saúde que verificará a quantidade e a qualidade da amostra, sem abrir o pote. Caso seja insuficiente, deve-se pedir para repetir a operação até obter uma amostra adequada.
- Ao final, o paciente deverá lavar as mãos.

No domicílio

- Orientar para coleta ao despertar pela manhã, lavando bem a boca, inspirar profundamente, prender a respiração por um instante e escarrar após forçar a tosse. Repetir essa operação até obter três eliminações de escarro, evitando que esse material escorra pela parede externa do pote.
- Informar que, após a coleta, colocar em um saco plástico com a tampa para cima, cuidando para que permaneça nessa posição até a chegada ao laboratório. Protegê-la da exposição a luz solar.
- Orientar o paciente para a lavagem de mãos.
- Observação: na impossibilidade de envio imediato da amostra para o laboratório ou unidade de saúde, essa deverá ser conservada em geladeira comum.
- Em relação a conservação das amostras do escarro, elas poderão ficar em temperatura ambiente e ao abrigo da luz solar por um período Máximo de 24 horas. Se a demora para o envio ao laboratório for superior a um dia, as amostras deverão ser mantidas refrigeradas entre 2oC e 8oC. Essas amostras podem ficar refrigeradas de cinco a sete dias.

Interpretação do resultado do exame bacteriológico e conduta

Para compreensão da leitura das lâminas e, conseqüentemente, do resultado da baciloscopia, são observadas a existência e a quantidade aproximada de bacilos álcool-ácido resistente, em cada campo examinado.

QUADRO 2- Critérios para leitura e interpretação da baciloscopia do escarro, após concentração ou não, corada pelo método de Ziehl-Neelsen.

BAAR por campo microscópico	Resultado
Nenhum BAAR em 100 campos observados	Negativo
De um a nove BAAR por campo, em 100 campos observados	Relata-se apenas a quantidade de BAAR
De dez a 99 BAAR por campo, em 100 campos observados	+
De um a dez BARR por campo, nos primeiros 50 campos observados	++
Mais de dez BAAR por campo, nos primeiros 20 campos	+++

Fonte: BRASIL, 2011.

Será considerado como *tuberculose pulmonar positiva* o caso que apresentar (BRASIL, 2011):

- duas baciloscopias diretas positivas; ou
- uma baciloscopia direta positiva e cultura positiva; ou
- uma baciloscopia direta positiva e imagem radiológica sugestiva de tuberculose; ou
- duas ou mais baciloscopias diretas negativas e cultura positiva.

Será considerado como *tuberculose pulmonar negativa* o caso que apresentar (BRASIL, 2011):

- duas baciloscopias negativas, com imagem radiológica sugestiva e achado clínico, situação em que se deve buscar a confirmação bacteriológica solicitando cultura para efetivação do diagnóstico da tuberculose.

7.4. CONSULTA DE ENFERMAGEM

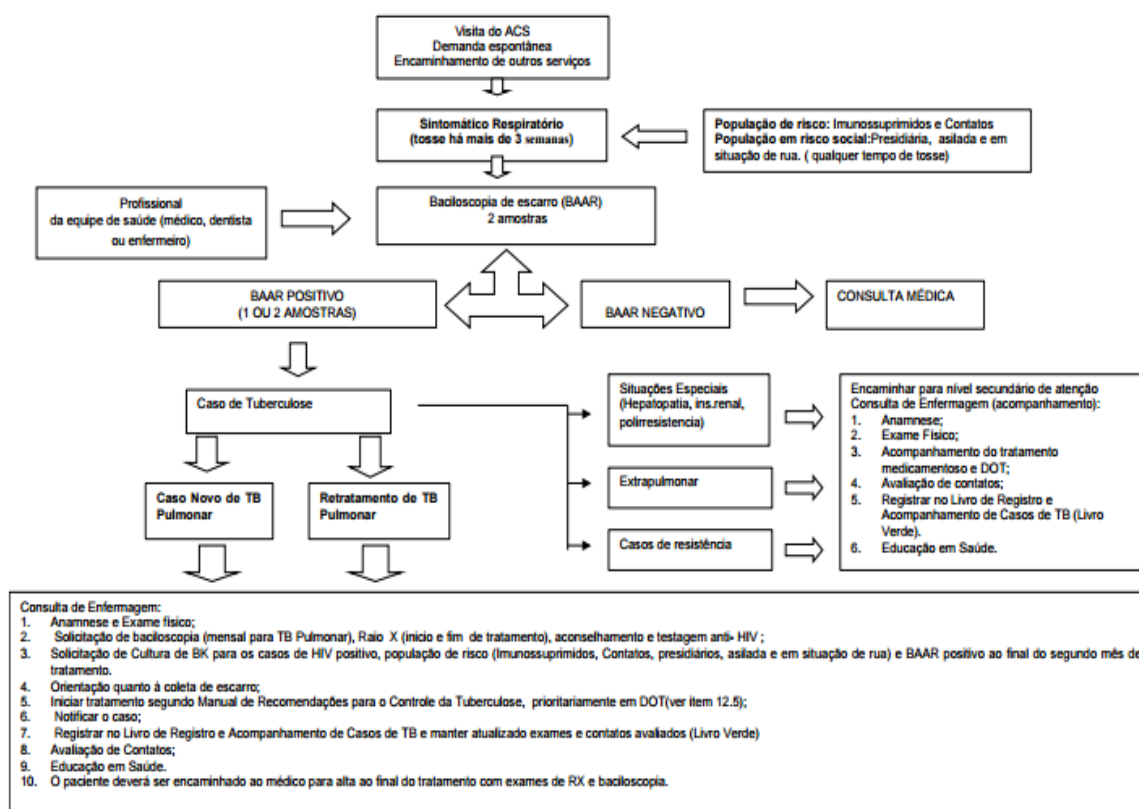
O enfermeiro deve identificar Informações clínicas epidemiológicas e sociais dos suspeitos da tuberculose e tomar providências para o esclarecimento do diagnóstico (BRASIL, 2011). Dentre essas recomendações estão:

- Anamnese
- Exame físico
- Solicitação da baciloscopia de escarro
- Solicitação, realização e leitura do teste tuberculínico (PPD) se capacitado e quando necessário. E utilizada, em adultos e crianças, para o diagnóstico de

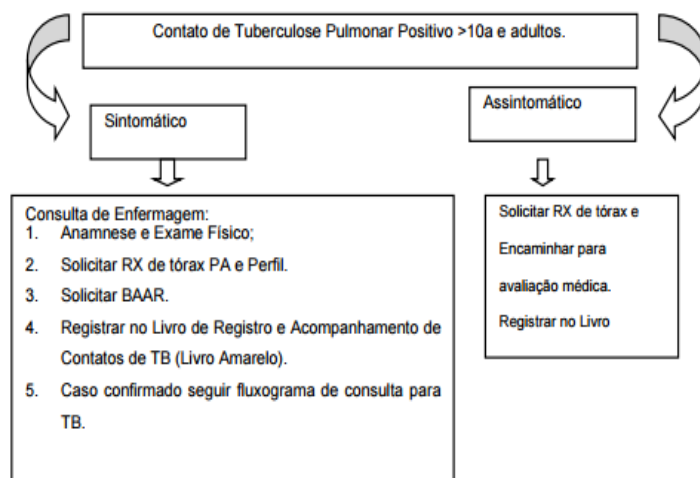
infecção latente pelo *M. tuberculosis* (ILTb). Na criança também é muito importante como método coadjuvante para o diagnóstico da TB doença.

- Realizar notificação em ficha de investigação preconizada pelo Ministério da Saúde.

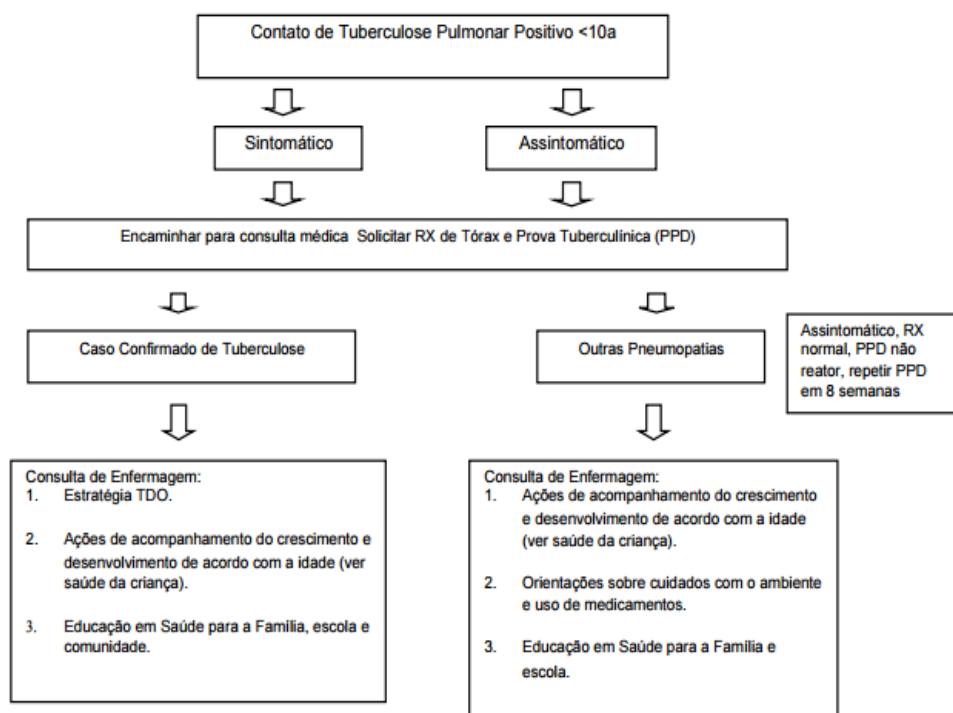
Fluxograma 1- Consulta de enfermagem para maiores de 10 anos.



Fluxograma 2- Exame de Contatos para adolescentes maiores de 10 anos e adultos.



Fluxograma 3 - Exame de Contatos para menores de 10 anos.



7.5 TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

A tuberculose é uma doença curável em praticamente 100% dos casos novos, sensíveis aos medicamentos antiTB, desde que obedecidos aos princípios básicos da terapia medicamentosa e à adequada operacionalização do tratamento.

O profissional de enfermagem obedecendo à legislação vigente diante **do diagnóstico de tuberculose confirmado** deverá:

- Instituir e acompanhar o tratamento do paciente com tuberculose pulmonar e extrapulmonar, bem como registrar e examinar os contatos dos casos pulmonares bacilíferos.
- O enfermeiro deve acompanhar o tratamento dos casos de tuberculose pulmonar podendo prescrever as medicações previstas segundo esse protocolo, após firmado o diagnóstico médico e notificação do caso no SINAN.
- Explicar e aplicar o Tratamento Diretamente Observado (TDO) e indicar o profissional de saúde responsável para realização da supervisão.
- Solicitar baciloscopia, cultura e teste de sensibilidade para o efetivo controle do tratamento e não ausência de médico solicitar Raio X de tórax.
- Orientações gerais ao paciente e familiares, como por exemplo, em relação à doença, seus mitos, duração e necessidade do tratamento.
- Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.
- 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).

O esquema medicamentoso encontra-se descrito no Quadro 3.

QUADRO 3- Tratamento de Tuberculose para adolescentes maiores de 10anos e adultos (Esquema Básico para Tuberculose Pulmonar e Retratamento).

Regime	Fármacos e doses por comprimido	Faixa de peso	Unidades/dose/dia	Meses
2 RHZE (Fase intensiva)	Rifampicina: 150 mg Isoniazida: 75 mg Pirazinamida: 400 mg Etambutol: 275 mg	Até 20 kg	10/10/35/25 mg/kg	2
		20 a 35 kg	2 comprimidos	
		35 a 50 kg	3 comprimidos	
		> 50 kg	4 comprimidos	
4 RH (Fase de manutenção)	Rifampicina: 150 mg Isoniazida: 75 mg	Até 20 kg	10/10/35/25 mg/kg	4
		20 a 35 kg	2 comprimidos	
		35 a 50 kg	3 comprimidos	
		> 50 kg	4 comprimidos	

R=Rifampicina; H=Isoniazida; Z=Pirazinamida; E=Etambutol

OBS: 1 - O esquema pode ser usado por gestantes em qualquer período da gestação. Associar Piridoxina 50mg/dia.

2. Em casos de reações adversas aos medicamentos antituberculose o paciente deve ser encaminhado imediatamente ao médico da equipe ou da unidade de referência.

Vale destacar casos de tuberculose pulmonar em clientes diabéticos o tratamento tem duração de 9 meses.

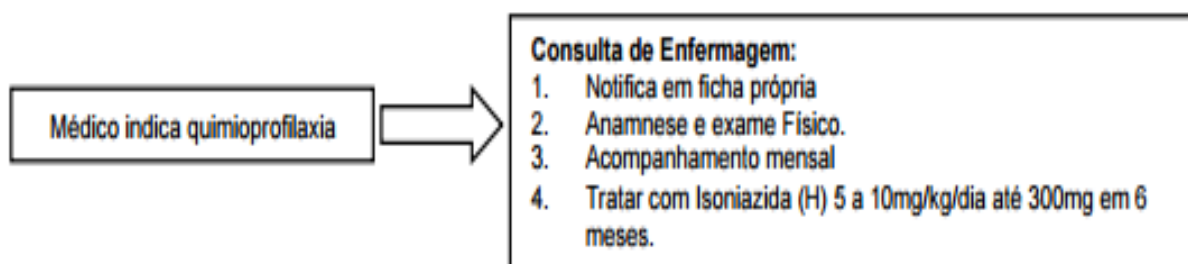
QUADRO 4- Esquema básico para o tratamento da TB em crianças (< 10 anos)

Fases do tratamento	Fármacos	Peso do doente			
		Até 20kg	>20 a 35kg	>35 a 45kg	> 45kg
		mg/kg/dia	mg/kg/dia	mg/kg/dia	mg/kg/dia
2 RHZ Fase de ataque	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	Z	35	1000	1500	2000
4RH Fase de manutenção	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400

QUADRO 5- Supervisão dos Medicamentos (DOT).

Regime		Tomada dos medicamentos
Fase intensiva RHZE 2 meses (uso diário)	2ª à 6ª feira	Supervisão direta do uso da medicação (no domicílio ou na US). Paciente leva para casa a medicação para o final de semana e feriados.
	Sáb, dom e feriados	Uso autoadministrado (TAA): paciente faz uso da medicação sem supervisão.
Fase de manutenção RH 4 meses (uso diário)	2 ^{as} e 5 ^{as} OU 3 ^{as} e 6 ^{as}	Medicação supervisionada no mínimo (2x/sem). Paciente leva o restante da medicação para casa.
	3 ^{as} , 4 ^{as} , 6 ^{as} , sáb e dom OU 2 ^{as} , 4 ^{as} , 5 ^{as} , sáb e dom	Faz uso da medicação sem supervisão.

Fluxograma 4- Tratamento para Infecção Latente de Tuberculose (ILTB ou TBL)



Tratamento Diretamente Observado (TDO)

O Pacto pela Vida, de Gestão e em Defesa do SUS (BRASIL, 2006) e o Pacto pela Vida para 2008 (Portaria n º 325, de 21 de fevereiro de 2008) têm compromissos com ações prioritárias no campo da saúde, sendo a tuberculose uma das prioridades.

Portanto a atuação de comprometida, ética e humana dos gestores, profissionais de saúde e a comunidade usam o TDO como estratégia de controle no tratamento da tuberculose. O TDO consiste na observação da ingestão dos medicamentos, preferencialmente todos os dias, ou seja, de segunda a sexta-feira. É considerado TDO para fins operacionais, a observação de 24 tomadas na

fase de ataque, 48 tomadas na fase de manutenção, assistida por um profissional de saúde.

A partir desse contexto, a atuação do enfermeiro no Tratamento Diretamente Observado (TDO) deve contemplar duas dimensões do processo de trabalho: a gerencial, que se relaciona ao planejamento, à organização e à avaliação de serviço, e a assistencial, ligada à organização e à realização das ações do cuidado, diretamente envolvidas no tratamento. Essas duas dimensões podem ser organizadas por meio da elaboração e da implantação de protocolos de enfermagem adaptados às unidades de saúde nos níveis estaduais, municipais e locais.

SITUAÇÕES PARA ENCAMINHAMENTO A UNIDADE DE REFERÊNCIA

Existem situações nas quais o paciente deve ser referenciado para uma unidade de referência devido à complexidade de seu tratamento e acompanhamento.

- Difícil diagnóstico; Presença de efeitos adversos “maiores”;
- 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.

REFERÊNCIAS

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n.16, p.39-52, fev. 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Guia de Vigilância Epidemiológica 7 ed. Brasília, 2010

BRASIL, Ministério da Saúde. Manual Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica – Protocolo de Enfermagem – Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Nota Técnica sobre as mudanças no sistema de tratamento da tuberculose em maiores de 10 anos de idade no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=28055.

BRASIL, Ministério da Saúde. Recomendações acerca do Controle de Contatos e Quimioprevenção (primária e tratamento da infecção latente de tuberculose) SESDEC 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p (Série E. Legislação em Saúde)

COREN. Conselho Regional de Enfermagem. *Guia para elaboração de protocolo assistencial de enfermagem para a atenção básica*. Belo Horizonte: 2012.

DUNCAN, B. B. et al. *Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária em Evidências*. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

MATTEI DA, TAGLIART MH, MORETTO EFS. O enfermeiro na equipe de saúde da família. *RECENF*. v.11, n.3, p. 308-317, 2005.

MONTES CLAROS. Prefeitura de Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. *Protocolo de assistência à saúde na rede municipal de Montes Claros - atenção básica*. Montes Claros, 2006.

MONTES CLAROS. Prefeitura de Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão*. Montes Claros, 2013.

MONTES CLAROS. Prefeitura de Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão*. Montes Claros, 2015.

SOUZA, M.T *et al.* *Revisão integrativa: o que é e como fazer*. Einstein. 2010, n.8, p.102-6.

STARFIELD, Bárbara. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços, tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

FONSECA, Gildete Soares; FERNANDES, Duval Magalhães. Montes Claros espaço de emigração e imigração intermunicipal na microrregião de Montes Claros. Trabalho apresentado no XVI Seminário sobre a Economia Mineira, realizado em Diamantina (Minas Gerais), de 16 a 20 de setembro de 2014. Disponível em: <<http://diamantina.cedeplar.ufmg.br/2014/site/arquivos/montes-claros-espaco-de-emigracao-e-imigracao-intermunicipal-na-microrregiao-de-montes-claros.pdf>> Acesso em: Agosto/2017.

IBGE-CIDADES. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/mg/montes-claros/panorama>> Acesso em: Agosto/2017.

CASTELLO BRANCO, M. L. G. Algumas considerações sobre a identificação das cidades médias. SPOSITO, Maria Encarnação Beltrão. (org) Cidades médias: espaços em transição. São Paulo: Expressão Popular, 2007, p. 89-112.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <www.ibge.gov.br/> Acesso em: Agosto/2017.

FRANÇA, Iara Soares de. Indicadores sociais e econômicos para uma leitura do processo de fragmentação do espaço urbano e desigualdade social na cidade média de Montes Claros/MG. 2011. Disponível em: <<file:///C:/Users/jairo.nascimento.SMSAU/Downloads/51-100-1-SM.pdf>> Acesso em: Agosto/2017.

SANTOS, Luíz Filipe Rodrigues dos; Santos, Maria Santana Silva; Santos, Thaís Pereira dos; Desigualdades socioeconômicas em Montes Claros-MG: breves apontamentos. V Congresso em Desenvolvimento Social, 2016. Disponível em: <http://www.congressods.com.br/anais/gt_02/DESIGUALDADES%20SOCIOECONOMICAS%20EM%20MONTES%20CLAROS.pdf> Acesso em: Setembro/2017.

ADHB - Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/montes-claros_mg> Acesso em: Setembro/2017.

PNAD (Pesquisa Nacional : Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?indicador=1&id_pesquisa=149> Acesso em: Setembro/2017.