



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

LUCIÉLI DIÓGENES ARAÚJO BATISTA

CAPACITAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA A DETECÇÃO DE CASOS DE
TUBERCULOSE

FORTALEZA

2018

LUCIÉLI DIÓGENES ARAÚJO BATISTA

**CAPACITAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA A DETECÇÃO DE CASOS DE
TUBERCULOSE**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientadora: Prof. Me., Aline Silva de Oliveira

FORTALEZA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

B337c Batista, Luciéli Diógenes Araújo.
CAPACITAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA A DETECÇÃO DE CASOS DE
TUBERCULOSE / Luciéli Diógenes Araújo Batista. – 2018. 28 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará,
Faculdade de Medicina, Especialização em Medicina de Família e Comunidade, Fortaleza,
2018.

Orientação: Profa. Ma. Aline Silva de Oliveira.

1. Tuberculose. 2. Agente Comunitário de Saúde. 3. Sintomático respiratório. I. Título.

CDD 362.1

LUCIÉLI DIÓGENES ARAÚJO BATISTA

**CAPACITAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA A DETECÇÃO DE CASOS DE
TUBERCULOSE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: 03/08/2018

BANCA EXAMINADORA

Prof^o., Me., Aline Silva de Oliveira.

Prof^o., Dra., Caroline Mary Gurgel Dias Florêncio.

Prof^o., Me, Mayrá Lobato Pequeno.

RESUMO

A tuberculose atinge em torno de 8,6 milhões de pessoas em todo o mundo, das quais três milhões não são diagnosticadas por não terem acesso aos serviços de saúde. Dessa forma, ganha destaque a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS), sujeito que emerge da comunidade e integra-se às equipes de saúde, sendo reconhecido pela capacidade de estabelecer o elo entre a comunidade e os serviços de saúde. Espera-se que o ACS realize, além da supervisão do tratamento, outras ações como identificar pacientes sintomáticos respiratórios nos domicílios e comunidade; encaminhando casos suspeitos às UBS. O objetivo do estudo foi realizar capacitação de ACS sobre tuberculose. Inicialmente foi observado que o conhecimento sobre a doença de uma maneira geral era limitado, principalmente sobre a definição do sintomático respiratório. Espera-se que o estudo possa nortear ações para a melhoria da qualidade dos serviços desenvolvidos pelos agentes comunitários de saúde.

Palavra-chave: Tuberculose, Agente Comunitário de Saúde, Sintomático respiratório

ABSTRACT

Tuberculosis affects around 8.6 million people worldwide, of those three million are undiagnosed for not having access to health services. In this way, the figure of the Community Health Agent, a subject that emerges from the community and integrates with the health teams, being recognized for its ability to establish a link between the community and health services. It is expected that the Community Health Agent performs, besides treatment supervision, other actions such as identifying symptomatic respiratory patients in the household and community; refer suspected cases to the basic health Unit. The objective of the study was to provide training for community health agents on tuberculosis. After the lecture it was noticed that the knowledge about the disease in general was very limited, mainly on the definition of a symptomatic respiratory. It is hoped that the study could guide actions to improve the quality of services developed by community health agents.

Keywords: Tuberculosis, Community Health Agent, Symptomatic respiratory

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
2	PROBLEMA.....	11
3	JUSTIFICATIVA.....	12
4	OBJETIVOS.....	13
4.1	OBJETIVO GERAL.....	13
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	14
6	METODOLOGIA.....	19
7	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	20
8	CRONOGRAMA.....	22
9	RECURSOS NECESSÁRIOS.....	23
10	CONCLUSÃO	24
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa crônica causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, e apresenta grande relevância na saúde pública por ser uma das principais causas de mortalidade dentre as doenças infecciosas e por acometer principalmente indivíduos em idade produtiva (MACIEL, 2005).

Diversos estudos têm identificado como mais vulneráveis para adquirir a doença as populações de baixa renda que, em geral, dispõem de condições de moradia insalubres, os portadores do HIV, os desnutridos, os imigrantes, além daqueles que têm acesso restrito aos bens básicos como saúde e educação (SANCHEZ, 2011).

De acordo com Pampoli (2015), a TB atinge em torno de 8,6 milhões de pessoas em todo o mundo, das quais três milhões não são diagnosticadas por não terem acesso aos serviços de saúde, à falta de recursos para deslocamento aos serviços de saúde, pela incompreensão da doença, bem como dos seus sinais e sintomas, pelo desconhecimento de onde procurar atendimento e em decorrência do estigma social, que se apresenta marcante ainda em algumas comunidades.

Segundo o consenso brasileiro de tuberculose, recomenda-se a busca ativa de sintomáticos respiratórios na população geral e a realização de estudos com o objetivo de diferenciar a proporção de sintomáticos na população em distintas situações e áreas do Brasil (CASTELO FILHO, 2004).

O tratamento da tuberculose tem como objetivo a cura e a rápida redução da transmissão da doença. Embora a eficácia do esquema antituberculose seja de até 95%, a efetividade do tratamento varia muito de acordo com o local, estando em torno de 70% na média nacional. Uma das causas associadas à baixa efetividade é a falta de adesão, que pode ocorrer devido ao abandono do tratamento, ao uso errado dos medicamentos e/ou ao uso irregular dos medicamentos. Os problemas de adesão são responsáveis tanto pela falência terapêutica quanto pela seleção de microorganismos resistentes e recidiva de doença (RABAHI, 2017).

Na atenção primária à saúde, ganha destaque a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS), sujeito que emerge da comunidade e integra-se às equipes de saúde, sendo reconhecido pela capacidade de estabelecer o elo entre a comunidade e os serviços de saúde (CRISPIM, 2012), e que em treinado pode contribuir para a detecção de casos de doença na comunidade e contribuir nas medidas de controle.

Pra efetivação do controle da TB, espera-se que o ACS realize, além da supervisão do tratamento, outras ações como identificar pacientes sintomáticos respiratórios nos domicílios e comunidade; encaminhar casos suspeitos às UBS; confirmar se os contatos foram avaliados e examinados; encaminhar os contatos à UBS para consulta, diagnóstico e tratamento quando necessários; preencher a ficha de acompanhamento do Tratamento Diretamente Observado (TDO); verificar a situação vacinal de crianças contactantes de casos de TB; e realizar busca ativa de faltosos e daqueles que abandonarem o tratamento (ROCHA, 2015).

Em 1993, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou a implementação do Direct Observed Treatment Short-Course (DOTS) como estratégia de atuação dos países membros no controle da doença e somente a partir de 1996, o Ministério da Saúde passou a recomendar a realização do DOTS, no entanto, a estratégia só foi implantada efetivamente em 1999 pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT). A estratégia DOTS significa mais que o TDO, incluindo a adesão política das autoridades, a implantação de rede laboratorial de baciloscopia, a garantia de medicamentos e o adequado sistema de informação. As perspectivas relacionadas ao DOTS são a redução da taxa de abandono, a atenuação do surgimento de resistência entre os bacilos e o efetivo controle da TB (ROCHA, 2015).

A execução da vigilância da tomada de medicamentos influencia diretamente a atuação dos profissionais envolvidos com a Estratégia Saúde da Família (ESF) e, em especial, o agente comunitário de saúde (ACS), que é o profissional designado para aumentar o vínculo de pacientes e comunidade com a Unidade Básica de Saúde (UBS) (ROCHA, 2015).

A busca ativa de pacientes suspeitos e contatos deve ser atitude permanente e incorporada à rotina de atividades de todos os membros das equipes de saúde, tendo em vista que a detecção precoce dos casos de TB é uma das prioridades do Programa Nacional de Controle da Tuberculose do Ministério da Saúde (PNCT/MS) (NOBREGA, 2010).

No entanto, para a construção de nova prática, que atenda tal demanda, é necessário promover mudanças nos processos de trabalho, consubstanciadas pela qualificação, valorização e motivação do ACS, em um contexto permanente de educação profissional (CRISPIM, 2012).

O conhecimento a respeito da TB e das formas de atuação profissional para controle da doença pode proporcionar a efetividade na execução das tarefas dos ACS, dentre elas a conscientização dos pacientes a respeito da doença e a melhoria nas taxas de detecção e abandono (ROCHA, 2015).

Diante do exposto, o presente estudo tem por objetivo realizar capacitação acerca da tuberculose para agentes comunitários de saúde de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no Município de Fortaleza.

2. PROBLEMA

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a falta de recursos para deslocamento, a incompreensão da doença e seus sinais e sintomas, e quando procurar atendimento, dificultam o diagnóstico precoce da tuberculose (Pampoli, 2015). Na Atenção primária à Saúde a figura do ACS assume extrema importância no controle e diagnóstico precoce de doenças, pois esse profissional está inserido na comunidade de forma a estabelecer o elo entre o usuário e o serviços de saúde, diminuindo o tempo entre início dos sintomas e o tratamento (CRISPIM, 2012).

A problematização em torno deste tema, gira em torno do conhecimento insuficiente dos ACSs sobre a tuberculose, fato observado em outras UBSs, onde posso incluir o meu local de trabalho, pois apesar de estar localizada na regional de maior incidência e prevalência de tuberculose de Fortaleza, são poucos os pacientes que chegam na unidade através das orientações dos ACSs, sendo diagnosticados em sua maioria através de consultas de rotina ou de demanda espontânea. Dessa forma é de extrema importância que esses profissionais sejam capacitados adequadamente para exercer suas funções de maneira celere e eficaz afim de reduzir a carga de transmissão daa doença na região e as complicações causadas pela tuberculose.

3. JUSTIFICATIVA

A busca ativa de sintomáticos respiratórios é ferramenta fundamental para realizar o diagnóstico precoce, iniciar tratamento, quebrando o ciclo de transmissão da TB. A atividade deve ser contínua e incorporada à rotina de atividades de todos os membros das equipes de saúde, tendo em vista que a detecção precoce dos casos de TB é uma das prioridades do Programa Nacional de Controle da Tuberculose do Ministério da Saúde - PNCT/MS (NOBREGA, 2010).

Diagnosticar e tratar corretamente os casos de tuberculose pulmonar são medidas fundamentais para o seu controle. Esforços têm sido realizados para que a doença seja diagnosticada precocemente e o paciente inicie o tratamento adequado, de forma que a cadeia de transmissão do bacilo seja interrompida (MACIEL, 2016).

Por estar inserido na comunidade, o ACS assume papel primordial para a detecção de sintomáticos respiratórios e encaminhamento dos mesmo ao serviço de saúde.

É importante, portanto, que esses profissionais tenham conhecimento sobre a doença, sinais e sintomas e tratamento para que possam orientar os usuários da comunidade, identificando pacientes sintomáticos respiratórios, afim de reduzir o tempo entre início dos sintomas e o tratamento, diminuindo assim a cadeia de transmissão da doença.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Realizar capacitação de agentes comunitários de saúde da Unidade Básica de Saúde Fernando Façanha acerca da tuberculose, seus mecanismos de transmissão, tratamento e prevenção.

5. REVISÃO DE LITERATURA

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa crônica causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, e apresenta grande relevância na saúde pública por ser uma das principais causas de mortalidade dentre as doenças infecciosas (MACIEL, 2005).

O agravo atinge a todos os grupos etários, com maior predomínio nos indivíduos economicamente ativos (15 - 54 anos) e do sexo masculino (BRASIL, 2010). Sanches (2011) ainda aponta como mais vulneráveis as populações de baixa renda em condições de moradia insalubres, os portadores do HIV, os desnutridos, os imigrantes e pessoas com acesso restrito aos bens básicos como saúde e educação.

O *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecido como bacilo de Koch (BK), tem como principal reservatório o homem e seu modo de transmissão é de pessoa a pessoa através do ar, fala, espirro e, principalmente, através da tosse de um doente com tuberculose pulmonar bacilífera (BRASIL, 2010).

Um dos fatores mais importantes para a transmissão do *M. tuberculosis* é a aglomeração em espaços mal ventilados, pois intensifica o contato com o paciente (ISEMAN, 2005).

Estima-se que a pessoa que apresenta a forma pulmonar pode infectar de 10 a 15 pessoas da sua comunidade num período de um ano. O período de incubação após a infecção é de 4 a 12 semanas, sendo que a maioria dos novos casos de doença pulmonar ocorre em torno de 12 meses após a infecção inicial. A transmissibilidade é plena enquanto o doente estiver eliminando bacilos e não tiver iniciado o tratamento.

A doença apresenta algumas características marcantes como: um longo período de latência entre a infecção inicial e a apresentação clínica da doença; preferência pelos pulmões, mas também pode ocorrer em outros órgãos do corpo como ossos, rins e meninges; e resposta granulomatosa associada à intensa inflamação e lesão tissular (ISEMAN, 2005).

A TB pulmonar pode ser primária ou secundária. TB pulmonar primária é a que aparece consecutivamente com a infecção inicial pelo BK. Após a infecção geralmente aparece uma lesão periférica que leva a adenopatias hiliares ou paratraqueais que podem passar despercebidas na radiografia de tórax. Na maioria dos casos, a lesão cicatriza espontaneamente e pode ser descoberta por um pequeno nódulo calcificado (lesão Ghon) (NOGUEIRA, 2012).

A TB pulmonar secundária ocorre devido à reativação endógena da tuberculose latente, e é geralmente localizada nos segmentos apicais e posteriores dos lobos superiores, onde a alta concentração de oxigênio promove o crescimento de micobactérias. Também são afetados os segmentos superiores dos lobos inferiores (NOGUEIRA, 2012).

Diagnosticar e tratar corretamente os casos de tuberculose pulmonar são medidas fundamentais para o seu controle. Esforços têm sido realizados para que a doença seja diagnosticada precocemente e o paciente inicie o tratamento adequado, de forma que a cadeia de transmissão do bacilo seja interrompida (MACIEL, 2016).

O diagnóstico da tuberculose deve ser baseado nos sintomas e história epidemiológica e em exames bacteriológicos, tais como:

- Baciloscopia direta do escarro, que é o principal método diagnóstico, pois permite identificar o doente bacilífero. Também é utilizada para acompanhar a evolução bacteriológica do paciente pulmonar. Para o diagnóstico, a coleta de duas amostras de escarro: uma por ocasião da primeira consulta, e a segunda na manhã do dia seguinte, ao despertar.
- Cultura de escarro ou outras secreções, indicada para suspeitos de tuberculose pulmonar negativos ao exame direto do escarro, e para o diagnóstico de formas extrapulmonares, como meníngea, renal, pleural, óssea e ganglionar, e também para o diagnóstico de Tuberculose em pacientes HIV positivo.
- Exame radiológico é auxiliar no diagnóstico da tuberculose nos casos suspeitos, permitindo a identificação de pessoas portadoras de imagens sugestivas de tuberculose, ou de outras patologias.
- Tomografia computadorizada do tórax é importante em alguns casos em que a radiografia do tórax apresenta resultados imprecisos, por alterações parenquimatosas mínimas ou por não permitir distinguir lesões antigas das lesões da tuberculose ativa.
- Broncoscopia e os procedimentos a ela associados, a exemplo de lavado brônquico, lavado broncoalveolar, escovado brônquico, biópsia brônquica, biópsia transbrônquica e punção aspirativa com agulha podem ser úteis no diagnóstico da tuberculose nas seguintes situações: formas negativas à baciloscopia, suspeita de outra doença pulmonar que não a tuberculose, presença de doença que acomete difusamente o parênquima pulmonar, suspeita de Tuberculose endobrônquica ou pacientes imunodeprimidos, particularmente os infectados pelo HIV.

- Prova tuberculínica, indicada, como método auxiliar, no diagnóstico da Tuberculose, em pessoas não vacinadas com BCG ou indivíduos infectados pelo HIV. A prova tuberculínica quando positiva, isoladamente, indica apenas a presença de infecção, e não é suficiente para o diagnóstico da Tuberculose doença.
- Exame anátomo-patológico deve ser realizado sempre que possível, nas formas extrapulmonares. No material colhido será feito o exame direto, a cultura e o exame anátomo-patológico, para identificar o *M. tuberculosis*, ou o processo inflamatório granulomatoso compatível com a Tuberculose (BRASIL, 2010).

O tratamento da tuberculose tem como objetivo a cura e a rápida redução da transmissão da doença. Embora a eficácia do esquema antituberculose seja de até 95%, a efetividade do tratamento varia muito de acordo com o local, estando em torno de 70% na média nacional. Uma das causas associadas à baixa efetividade é a falta de adesão, que pode ocorrer devido ao abandono do tratamento, ao uso errado dos medicamentos e/ou ao uso irregular dos medicamentos. Os problemas de adesão são responsáveis tanto pela falência terapêutica quanto pela seleção de germes resistentes e recidiva de doença (RABAHI, 2017).

Em 1993, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou a implementação do Direct Observed Treatment Short-Course (DOTS) como estratégia de atuação dos países membros no controle da doença e somente a partir de 1996, o Ministério da Saúde passou a recomendar a realização do DOTS, no entanto, a estratégia só foi implantada efetivamente em 1999 pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT). A estratégia DOTS significa mais que o TDO, incluindo a adesão política das autoridades, a implantação de rede laboratorial de baciloscopia, a garantia de medicamentos e o adequado sistema de informação. As perspectivas relacionadas ao DOTS são a redução da taxa de abandono, a atenuação do surgimento de resistência entre os bacilos e o efetivo controle da TB (ROCHA, 2015).

São dois os objetivos da terapia anti-tuberculose clássica. O primeiro consiste na eliminação rápida dos bacilos (fase intensiva), no qual o tratamento corrente utiliza uma combinação de isoniazida (H), rifampicina (R), pirazinamida (Z), e etambutol (E), que são utilizados na fase inicial do tratamento e tem duração de dois meses. O segundo objetivo consiste na prevenção das recaídas e é chamada de fase de continuação, sendo administrados a isoniazida e a rifampicina durante quatro meses. Em caso de resistência aos fármacos de

primeira escolha, as infecções devem ser tratadas com pelo menos quatro medicamentos de segunda escolha nunca usados anteriormente pelos pacientes (NOGUEIRA, 2012).

A tuberculose nunca é tratada com um único agente antimicrobiano, sendo os fármacos disponíveis para o tratamento divididos em duas grandes categorias com base em sua segurança e efetividade:

- Agentes de primeira escolha: associam alto nível de eficácia a um grau aceitável de toxicidade, incluem a isoniazida, a rifampicina, o etambutol e a pirazinamida.
- Agentes de segunda escolha: utilizados em casos de resistência aos medicamentos anteriormente citados, incluem a amicacina, capreomicina, ciprofloxacino, cicloserina, etionamida, canamicina, ofloxacino, ácido paminosalicílico e protionamida. A utilização desses fármacos apresenta, também, desvantagens como maiores efeitos colaterais, maior duração no tratamento que varia de 18 e 24 meses e um alto custo em relação ao esquema rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol (NOGUEIRA, 2012).

O tratamento básico atualmente utilizado no Brasil consiste de uma fase intensiva de 2 meses com o esquema RHZE, seguido por uma fase de manutenção de 4 meses com esquema RH, sendo utilizado para todas as formas da doença em pacientes acima de 10 anos. Nos casos de pacientes com meningite por tuberculose, na fase de manutenção, são tratados por 7 meses e com a associação de um corticosteroide oral ou um corticosteroide endovenoso (CONDE, 2009).

Os pacientes com menos de 10 anos de idade são tratados com três medicamentos: rifampicina (10 mg/kg), isoniazida (10 mg/kg) e pirazinamida (35 mg/kg). Este esquema se baseia no menor risco de resistência à isoniazida em pacientes com pequena carga bacilar, como é mais comum na tuberculose infantil, e no risco de alterações visuais causadas pelo uso do etambutol, cujo diagnóstico pode ser difícil em crianças (CONDE, 2009).

As reações adversas mais frequentes do esquema RHZE são a mudança da coloração da urina (ocorre universalmente), intolerância gástrica (em 40% dos pacientes), alterações cutâneas (em 20%), icterícia (em 15%) e dores articulares (em 4%). Os principais fatores associados são idade (a partir da quarta década de vida), dependência química ao álcool (ingestão diária de álcool > 80 g), desnutrição (perda de mais de 15% do peso corporal), história de doença hepática prévia e coinfeção pelo HIV (RABAHI, 2017).

6. METODOLOGIA

Desenho do estudo:

Trata-se de uma capacitação sobre tuberculose a ser desenvolvida com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em Unidade Básica de Saúde do município de Fortaleza - CE, no período de maio a julho de 2018.

A capacitação será realizada nas seguintes etapas:

- Conversa inicial com os ACS para compreender o nível de conhecimento inicial do grupo
- Apresentação em powerpoint baseada no referencial teórico da Cartilha para o Agente Comunitário de Saúde: tuberculose (BRASIL, 2017) além de periódicos online e livros de referências clínicas.
- Momento de tira-dúvidas e trocas de experiências entre os ACS e outros profissionais.

Local do estudo:

O estudo será desenvolvido na Unidade Básica de Saúde Fernando Façanha, vinculado ao território da Secretaria Regional 1, no município de Fortaleza - CE. A UBS abrange um raio de 6km², com o total de aproximadamente 10 mil usuários cadastrados, distribuídos em 4 equipes de saúde, cada uma das equipes com 6 ACS, porém somente 3 equipes estão completas de profissionais.

População do estudo:

A população do estudo foi composta por todos os Agentes Comunitários de Saúde da UBS, totalizando 24 ACS das quatro equipes de saúde da unidade.

Aspectos éticos:

Por se tratar de um projeto de intervenção com objetivo de melhora do serviço, sem intenção de publicação em periódicos científicos, este projeto não passará por apreciação em Comitê de Ética em Pesquisa.

7. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foi realizada uma aula de capacitação sobre tuberculose para os agentes comunitários de saúde, tendo como objetivo melhorar o desempenho desses profissionais no reconhecimento dos sinais e sintomas de usuários da UBS.

Antes do início da capacitação foram levantados questionamentos sobre a doença aos ACSs, tais como: “O que é a tuberculose?”, “Como se dá a transmissão da doença?”, “A doença tem cura?”, “Quanto tempo de tratamento é necessário?”. Após esses questionamentos foram registradas respostas como “É uma doença transmissível, do pulmão e pode ser letal.”, “É transmitida pelo ar quando a pessoa tosse próximo de outra.”, “Tem cura, mas é difícil!”, “O tratamento é de 6 meses, mas pode ser de mais tempo!”, respectivamente.

Pelas respostas dos ACSs nesse primeiro momento, nota-se que o conhecimento desses profissionais acerca da doença é muito superficial. Como expõe em seu trabalho Crispim (2012), alguns estudos evidenciam a inabilidade desse ator na identificação e manejo dos sintomáticos respiratórios e distorção de informações sobre os sintomas e tratamento da doença. Para o desempenho efetivo do ACS no controle da TB são necessários investimentos nas distintas bases que sustentam o sistema de saúde, possibilitando assim uma prática fundamentada nos princípios do SUS.

Durante a apresentação da capacitação muitas perguntas foram feitas pelos ACSs, mostrando real interesse sobre o assunto. Notou-se que o conhecimento sobre a doença de uma maneira geral era bem limitado, principalmente sobre a definição de um sintomático respiratório. Algumas das perguntas foram sobre as condutas que o Agente Comunitário de Saúde deve ter em casos de suspeita de TB em um de seus pacientes. No decorrer da apresentação os questionamentos foram sanados da forma clara, sendo aberta uma roda de tira-dúvidas, onde todas as perguntas foram respondidas.

Essas observações são compatíveis com o estudo de Maciel (2008), onde apenas 3 dos 105 agentes comunitários de saúde souberam apresentar uma descrição correta do termo sintomático respiratório. A consistência desse dado torna-se questionável quando avaliado que, de maneira geral, mesmo não entendendo a tosse prolongada como um sintoma

importante, 20 das 26 identificações relatadas se deu por meio desta característica. Além de indicar a falta de um treinamento específico sobre a doença, essas distorções nas informações apresentadas apontam a necessidade de investigações do processo de formação deste conhecimento.

Tais achados divergem do trabalho publicado por Rocha (2015) onde afirma que o conhecimento dos ACSs sobre o controle da TB foi satisfatório e que estes profissionais dominam quais devem ser suas ações no manejo dos casos da doença. Contudo, o nível de conhecimento dos ACS sobre TB, medidas de controle e tratamento diretamente observado apresentou lacunas com relação à forma de transmissão da doença, ao público-alvo do TDO e à técnica adequada para supervisão do tratamento.

Outra questão levantada no estudo de Maciel (2008), que deve ser alvo de reflexão, trata da exposição de profissionais, com evidente carência de entendimento sobre a transmissão da tuberculose, a riscos de infecção sem a orientação devida e a provisão de equipamentos de proteção. Nesse sentido, torna-se fundamental a compreensão do agente comunitário de saúde sobre esses riscos, dos métodos de proteção e de um acompanhamento constante de sua condição de saúde.

A despeito, porém, do nível de conhecimento apresentado os agentes comunitários de saúde acreditam que seu papel e suas atividades são importantes para o controle da tuberculose e possuem uma percepção realista do seu nível de conhecimento acerca da doença e suas atividades. Um achado interessante é a influência produzida pelo tempo que o agente comunitário de saúde exerce suas atividades e a resposta dada quanto ao nível de conhecimento que possui. Maior proporção de agente comunitário de saúde com quatro ou mais anos de exercício nesta atividade avaliaram seu conhecimento como *bom*, ao passo que a maior parte daqueles com menos de quatro anos perceberam seu conhecimento como apenas *regular*, apresentando diferenças estatisticamente significantes (MACIEL, 2008).

8. CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES							
Atividades	FEV/ 2018	MAR /2018	ABR/ 2018	MAI/ 2018	JUN/ 2018	JUL/ 2018	AGO/ 2018
ELABORAÇÃO DO PROJETO	X	X					
ENVIO DO PROJETO		X	X				
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	X	X	X	X	X	X	X
APRESENTAÇÃO DA CAPACITAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS						X	X
APRESENTAÇÃO DO TCC						X	X
ENTREGA DO TRABALHO CONCLUÍDO							X

9. RECURSOS NECESSÁRIOS

Os recursos necessários para a realização da intervenção estão listados abaixo:

- 1 computador notebook de propriedade da pesquisadora;
- 1 arquivo para apresentação em PowerPoint, elaborado pela pesquisadora;
- 1 sala na Unidade Básica de Saúde onde a capacitação será efetivada.

É importante ressaltar que a pesquisadora arcou com todos os custos e despesas, ficando os ACSs e gestores da UBS isentos de qualquer gasto gerado pela intervenção.

10. CONCLUSÃO

Pelo exposto, nota-se a importância da capacitação dos profissionais para o correto andamento do serviço, pois o nível de conhecimento dos ACS sobre o assunto é insuficiente. Para que o fluxo do serviço funcione da melhor maneira todos os profissionais envolvidos devem ter seus conhecimentos atualizados com capacitações rotineiras dando maior enfoque no reconhecimento dos sintomáticos respiratórios na comunidade para que com isso possamos diminuir a incidência da tuberculose na população e quebrar a cadeia de transmissão da doença.

Espera-se que o estudo possa nortear ações para a melhoria da qualidade dos serviços desenvolvidos pelos agentes comunitários de saúde. Tal fato se dará com a implementação de capacitações ofertadas aos profissionais para que possam adquirir conhecimentos sólidos acerca das patologias que mais afligem as comunidades.

REFERENCIAS

BRASIL. **Cartilha para o Agente Comunitário de Saúde : tuberculose** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/03/cartilha_acs_tb_11jun17_site_100ex.pdf> Acessado em: 23/05/2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. v. 46, n. 9, 2015. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/25/Boletim-tuberculose-2015.pdf>> Acessado em: 07/06/2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias : guia de bolso**. 8. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_guia_bolso.pdf> > Acessado em: 18/07/2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. 7. ed. Brasília, DF, 2009. 816 p.

CONDE, M.B.; MELO, F.A.F.; MARQUES, A.M.C.; *et al.* **III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia**. J. bras. Pneumol. V.35, n.10, São Paulo, Oct. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132009001000011> Acessado em: 18/07/2018

CRISPIM, J.A.; SCATOLIN, B.E.; et al. **Agente Comunitário de Saúde no controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde**. Acta Paul Enferm, v.25, n.5, p.721-7, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/aop2312.pdf>> Acessado em : 23/04/2018

DARA, M.; COLOMBANI, P.; PETROVA, B. R. **Minimum package for cross-border TB control and care in the WHO European region: a Wolfheze consensus statement.** Eur. Respir. J., Sheffield, v. 40, n. 5, p. 1081-1090, nov. 2012. Disponível em: <<http://erj.ersjournals.com/content/40/5/1081>> Acessado em: 07/06/2018

FERREIRA JÚNIOR, S.; OLIVEIRA, H. B.; MARIN-LÉON, L. **Conhecimento, atitudes e práticas sobre tuberculose em prisões e no serviço público de saúde.** Rev Bras Epidemiol v.16, n.1, p. 100-113, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rbepid/v16n1/1415-790X-rbepid-16-01-0100.pdf> Acessado em: 07/06/2018

FILHO, A.C.; KRITSKI, A.L.; *et al.* **II Consenso Brasileiro de Tuberculose Diretrizes Brasileiras para Tuberculose 2004.** J. bras. Pneumol. Vol.30, suppl.1, São Paulo, June, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132004000700002> Acessado em: 13/06/2018

ISEMAN MD, **Tuberculose.** In: Goldman L & Ausiello D. Cecil: Tratado de Medicina Interna. 22. ed. Rio de Janeiro: Campus-Elsevier, 2005, p. 2211-2220.

MACIEL, E. L. N.; SALES, C. M. M. **A vigilância epidemiológica da tuberculose no Brasil: como é possível avançar mais?** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 25(1):175-178, jan-mar 2016 Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 25, n.1, p. 175-178, jan-mar 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n1/2237-9622-ress-25-01-00175.pdf>> Acessado em: 07/06/2018

MACIEL, E. L. N.; SEIXAS C.; MORAES, E. P.; *et al.* **O conhecimento de pacientes com tuberculose acerca de sua doença: um estudo de caso-controle.** Cadernos Saúde Coletiva, Rio De Janeiro, v. 13, n. 3, p. 593-604, 2005. Disponível em: <http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2005_3/artigos/csc_2005-3_ethel.pdf> Acessado em : 23/04/2018

MACIEL, E.L.N.; VIEIRA, R.C.; MILANI, E.C.; *et al.* **O agente comunitário de saúde no controle da tuberculose: conhecimentos e percepções.** Cad. Saúde Pública, v.24, n.6, Rio de Janeiro, June, 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000600018>

Acessado em: 18/07/2018

NÓBREGA, R.G.; NOGUEIRA, J.A.; NETTO, A.R.; et al. **A busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose, no cenário indígena potiguara, Paraíba, Brasil.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. v. 18, n. 6, :[08 telas]; nov-dez, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_18.pdf> Acessado em : 23/04/2018

NOGUEIRA, A.F., FACCHINETTI, V., SOUZA, M.V.N., VASCONCELOS, T.R.A. **Tuberculose: uma abordagem geral dos principais aspectos.** Rev. Bras. Farm. v. 93, n.1, p. 3-9, 2012. Disponível em: <<http://www.rbfarma.org.br/files/rbf-2012-93-1-1.pdf>> Acessado em: 17/07/2018

POPOLIN, M.P.; RODRIGUES, L.B.B.; FRONTEIRA, I; et al. **Conhecimento Sobre Tuberculose, Estigma Social E A Busca Pelos Cuidados Em Saúde.** Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória, v. 17, n. 3, p. 123-132, jul-set, 2015. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/14144/9973>> Acessado em: 23/04/2018

QUEIROZ, A.A.R.; DANTAS, D.N.A.; LOPES, R.H.; et al. **Conhecimento Das Famílias De Pacientes Com Tuberculose Sobre A Doença: Estudo Transversal.** Cogitare Enferm. Jan/mar; v. 21, n. 1, p. 01-09, 2016. Disponível em: <<http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2016/10/42136-173924-1-PB.pdf>> Acessado em: 23/04/2018

RABAHI, M. F.; SILVA JÚNIOR, J. L. R.; et al. **Tratamento da tuberculose.** J Bras Pneumol. v. 43, n. 5, p. 472-486, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v43n6/pt_1806-3713-jbpneu-43-06-00472.pdf> Acessado em: 07/06/2018

ROCHA, G.S.S.; LIMA, M.G.; MOREIRA, J.L.; et al. **Conhecimento dos agentes comunitários de saúde sobre a tuberculose, suas medidas de controle e tratamento diretamente observado.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1483-1496, jul, 2015. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v31n7/0102-311X-csp-31-7-1483.pdf> Acessado em: 15/05/2018

ROCHA, G.S.S.; LIMA, M.G.; MOREIRA, J.L.; et al. **Conhecimento dos agentes comunitários de saúde sobre a tuberculose, suas medidas de controle e tratamento diretamente observado.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 31, n.7, p. 1483-1496, jul, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v31n7/0102-311X-csp-31-7-1483.pdf> Acessado em: 23/04/2018

SÁNCHEZ, A.I.M.; BERTOLOZZI, M.R. **Operacionalização do conceito de vulnerabilidade à tuberculose em alunos universitários.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n. 2, p. 669-675, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n2/v16n2a31.pdf>> Acessado em: 15/05/2018

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global tuberculosis report 2014.** Geneva: WHO, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/137094/9789241564809_eng.pdf;jsessionid=A459620B00CAE0F4EFAFF77A362EACE5?sequence=1> Acessado em: 07/06/2018

