

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ  
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE  
CUR**

**SO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**YARELIS TORRES JIMENEZ**

**ATIVIDADES EDUCATIVAS NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

**FORTALEZA**

**2016**

**YARELIS TORRES JIMENEZ**

**ATIVIDADES EDUCATIVAS NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

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.

Orientador:

**FORTALEZA**

**2015**

Catálogo na fonte

S379t Silva, Maria da  
Título do TCC ou Monografia/ Maria da Silva, nome do orientador.  
\_Local, ano.  
Total de folhas : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade do  
Estado do Pará, Belém, 2008.

1.Assunto. 2.Assunto. 3.Assunto. I. Título.

Classificação (CDD)

**YARELIS TORRES JIMENEZ**

**ATIVIDADES EDUCATIVAS NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

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: \_\_/\_\_/\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>o</sup>., titulação (Dr./Me.), nome.  
Instituição

---

Prof<sup>o</sup>., titulação (Dr./Me/Esp), nome.  
Instituição

---

Prof<sup>o</sup>., titulação (Dr/Me/Esp), nome.  
Instituição

## RESUMO

Nos últimos tempos os países subdesenvolvidos mostram taxas mais altas de adoecimentos e mortes por Tuberculose (TB). Segundo se evidencia em diversos estudos realizados nesta temática, isto vem se agravando faz algum tempo em decorrência de certas políticas de saúde adotadas o qual têm produzido deferências sociais importantes. O estado do Ceará aparece com taxa de 42.12 por 100.000 mil habitantes, ocupando a quinta posição do ranking brasileiro, além de apresentar taxa superior à media nacional. Na ESF de “Bela Vista” assinala-se como uns dos problemas de saúde prioritários a serem resolvidos se constatando ausência das práticas de atividades educativas para incentivar o autocuidado das famílias e prevenir esta doença ou situações de risco; razão pela qual surgiu o interesse em realizar o projeto de intervenção voltado para educação em saúde. O objetivo está direcionado a promover atividades educativas coletivas sobre Tuberculose e os possíveis fatores associados a essa ocorrência para diminuir sua incidência na população da ESF Bela Vista do município de Itapajé. O projeto será desenvolvido em cinco estágios com avaliação em dois momentos, no principio e o fim, o que possibilitará a avaliação do impacto das ações educativas realizadas. Com o projeto pretende-se incrementar a competência da população nas comunidades em aspetos relacionados com prevenção, promoção e controle da Tuberculose, baseados na educação em saúde e assim lograr o diagnóstico, tratamento e cura acima dos 85 por cento dos casos.

**Palavras chaves:** Tuberculose (TB). Educação em saúde. Estratégia de Saúde da Família (ESF).

## **ABSTRACT**

In recent times the underdeveloped countries show higher rates of adoecimentos and deaths from Tuberculosis (TB). Second is evidenced in several studies on this theme, that has been worsening for some time due to certain health adopted policies which have produced important social deference. The State of Ceará appears with 42.12 rate by 100 million inhabitants, occupying the fifth position of the Brazilian ranking, besides presenting higher rate to the national media. In the FHS "Bela Vista" is noted as some of the priority health problems to be solved if noting the absence of educational activities to encourage self-care of families and prevent this disease or risk situations; reason why the interest in performing the intervention project focused on health education. The goal is aimed at promoting educational activities on Tuberculosis and possible collective factors associated with this occurrence in order to decrease its incidence in the population of the FHS "Bela Vista" of the municipality of Itapajé. The project will be developed in five stages with rating in two moments, in the beginning and the end, which will allow the assessment of the impact of educational activities carried out. With the project aims to increase the competence of the population in communities in aspects related to prevention, promotion and control of Tuberculosis, based on health education and so achieve the diagnosis, treatment and cure of 85% of the above cases.

**Key words:** Tuberculosis (TB). Health education. The family health strategy (FHS).

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	1
2	PROBLEMA.....	4
3	JUSTIFICATIVA.....	6
4	OBJETIVOS.....	8
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	9
6	METODOLOGIA.....	18
7	CRONOGRAMA.....	24
8	RECURSOS NECESSÁRIOS.....	25
9	RESULTADOS ESPERADOS.....	26
10	REFERÊNCIAS.....	27
11	APÊNDICES	

## 1. INTRODUÇÃO

**Educação em saúde é um conjunto de atividades que tem uma influência na modificação de conhecimentos e atitudes em prol da melhora da qualidade de vida e saúde do indivíduo. Existem diversos modelos de educação em saúde onde tem um objetivo comum que é a mudança de hábitos , atitudes e comportamentos individuais em grupo e no coletivo.**

A tuberculose é uma doença que acomete as populações humanas há milhares de anos, persistindo como importante causa de morbimortalidade nos países em desenvolvimento. A epidemia da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). Propiciou o recrudescimento da doença em muitos desses países e sua reemergência nos países desenvolvidos (LAWN SD, ZUMULA AI. 2011).

A Tuberculose (TB), além de ter um tratamento eficaz, é uma das doenças infecciosas que mais causa mortes no mundo, fato que levou a declarar esta doença como uma emergência global pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no ano 1993. Segundo declarações da própria organização a causa da disseminação pelo mundo e a resistência aos medicamentos está ligada á falta de investimentos nos programas de prevenção e controle da Tuberculose e o pouco acolhimento de suas diretrizes na agenda mundial (OMS, 2010).

A falta de adesão ao tratamento é um dos principais obstáculos ao controle da doença. Além de retardar ou impedir a cura do indivíduo, o uso de medicamentos de forma irregular ou por tempo insuficiente, promove a emergência de cepas de bacilos resistentes, sendo o risco de ser portador de uma cepa multidroga-resistente (MDR) cerca de dez vezes maior entre pacientes com história de tratamento anterior para tuberculose do que naqueles nunca tratados (OMS, 2010).

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) define a tuberculose como prioridade entre as políticas governamentais de saúde e estabelece como metas a detecção de 70% dos casos bacilíferos, a cura de 85% dos doentes e a diminuição das taxas de abandono para menos de 5% (PROGRAMA NACIONAL de CONTROLE da TUBERCULOSE, 2006).

Segundo a OMS, 2010 no ano 2009 houve 14 milhões de pessoas com TB ativa, sendo 9.4 milhões novos casos. Causaram óbitos uns 1.7 milhões, aproximadamente 4.600



mortes por dia. O Brasil esta entre os 22 países mais atingidos pela doença de TB, a qual acomete a um terço da população mundial.

De acordo com dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) no ano de 2009 foram notificados no Brasil 73.598 casos novos da doença, o que corresponde a uma taxa de incidência de 38,41 por 100.000 mil habitantes. Sendo o Rio de Janeiro o estado com maior taxa de incidência, em torno de 74,06/100 mil habitantes. E o Ceará aparece com taxa de 42.12 por 100.000 mil habitantes, ocupando a quinta posição do ranking brasileiro. Além de apresentar superior à media nacional, o Estado de Ceará ficou abaixo apenas da incidência de Rio de Janeiro, Amazonas, Pernambuco e Pará.

Em o 95% dos municípios cearenses existem registros de casos de Tuberculose, sendo que o Estado ainda possui 18 cidades na lista do Ministério da Saúde prioritárias para o combate da doença devido ao alto numero de casos. Nos municípios prioritários, como Fortaleza, Sobral, Caucaia, Maracanaú, Itapipoca, Crato, Juazeiro do Norte e Itapajé, estão o 63% dos casos. Uma das razões para esse quadro se acredita, está na alta incidência do abandono do tratamento (IBGE, 2012).

Nos últimos tempos os países subdesenvolvidos mostram taxas mais altas de adoecimentos e mortes por Tuberculose (TB), segundo se evidencia em diversos estudos realizados nesta temática, isto vem se agravando faz algum tempo em decorrência de certas políticas de saúde adoptadas o qual têm produzido deferências sociais importantes. As condições de insalubridade nas moradias, baixa renda familiar, desnutridos, portadores do HIV e imigrantes, têm sido identificados como população vulnerável para adoecer por TB, além daqueles com restrições aos bens básicos como a saúde e educação. Estas condições promovem a doença através do aumento da exposição e suscetibilidade. O padrão de ocorrência da TB esta relacionado então com as determinantes sociais, podendo-se evidenciar a associação entre as privações materiais, políticas de saúde e enfermidade (ELENDER F, et all. 2008; AYRES JRCM, 2009).

Como já falado anteriormente, o Ceará possui oito municípios prioritários para o Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Em 2012, foram registrados 3.468 casos novos da doença. As taxas de incidência foram de 40,3/100 mil habitantes para todas as formas de tuberculose e de 23,7/100 mil habitantes para os casos bacilíferos. Predominou no sexo masculino e no grupo etário acima de 60 anos. Quanto ao diagnóstico da coinfeccção TB-

HIV, 45,6% dos casos tiveram testagem realizada, sendo que 239 foram positivos, o que corresponde a um percentual de coinfeção TB-HIV de 6,9%. Entre os casos de tuberculose pulmonar bacilífera diagnosticados em 2011, 76,2% dos pacientes apresentaram cura e 10,3% abandonaram o tratamento. No mesmo ano, foram registrados 246 óbitos por tuberculose, com uma taxa de mortalidade por causa básica de 2,9/100 mil habitantes (MINISTERIO DE SAÚDE. 2014).

## **2. PROBLEMA**

A cada ano, são notificados aproximadamente 70 mil casos novos de Tuberculose (TB) no Brasil e ocorrem 4,6 mil mortes em decorrência da doença. O Brasil ocupa o 17º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo (PROGRAMA NACIONAL de CONTROLE da TUBERCULOSE, 2006).

Embora a Tuberculose (TB) tendo sua prevenção, tratamento e cura, segue sendo uns dos principais problemas da saúde brasileira. É uma doença espalhada pelo país todo, sendo o nordeste uma das áreas mais afetadas. A Bahia aparece no primeiro lugar com 4.7 mil ocorrências por ano; o Ceará encontra-se no sétimo lugar em numero de casos anuais do país e uma taxa de incidência de 37 por 100 mil habitantes, morrendo em media de 240 pessoas por ano e a metade desses casos morre cada ano em município de Fortaleza com uma estimativa de 120 casos, entre tanto, São Paulo é o primeiro estado do país com maior número de caso anuais em total 16 mil. Em fortaleza existe (IBGE, 2010).

Em na ESF de Bela Vista atualmente temos 6 casos de Tuberculose representando o 0,2% da população geral, um deles em re-tratamento por abandono do mesmo, o 100% dos casos trata-se de TB pulmonar, até agora não temos óbitos por dita doença o suas complicações; de forma geral os bairros são insalubres, com problemas higiênicos e ambientais, esgotos entupidos, alto número de moradores usam o álcool, e não poucos consumidores de algum tipo de narcótico.

Existem na área de abrangência duas escolas de ensino, fundamental e médio; uma fábrica de calçados, que reúne a mais de 2000 trabalhadores do município, os quais constituem lugares com possibilidades do aparecimento de casos de Tuberculose, o 18% da população cadastrada na ESF Bela Vista, encontrasse acima dos 60 anos e o 68% delas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) associadas como Diabetes Mellitus, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), que acrescentam ainda mais o risco de contraírem a doença. Estão cadastrados na ESF, um 23% de fumantes, sendo o sexo masculino o predominante. Os desnutridos e moradores de rua não constituem um problema de risco para a TB na área de abrangência de Bela Vista, estes ocupam um por cento insignificantes e estão sendo acompanhados pelos programas dispostos pra eles no município. (SIAB do Município Itapajé, 2015).

A falta de conhecimentos da maioria dos moradores de Bela Vista faz com que eles percam a motivação pelo autocuidado, chegando, às vezes, a não se importar com a situação da Tuberculose (TB) do Município. Dessa forma é preciso a realização de ações de intervenção através de atividades preventivas e educativas, para evitar adoecer, se incapacitar ou até morrer por TB no futuro.

### 3. JUSTIFICATIVA

Segundo o Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde (2010), a Tuberculose (TB) apresenta-se como grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, apresentando distribuição desigual nas populações mediante características biológicas, sociais, culturais e econômicas particulares.

Segundo os dados estatísticos a TB segue sendo a doença infecciosa que mais mata no mundo. Brasil encontrasse na décima nona posição em número de casos de Tuberculose no mundo e a décima quarta posição em relação á incidência no ano 2007, ainda muito distante das metas propostas pelo MS (Ministério da Saúde), de curar o 85% dos casos diagnosticados e reduzir a menos de 5% as taxas de abandono do tratamento. Há mais de uma década que a Tuberculose convertia-se na primeira causa de morte em pacientes HIV positivos e a quarta causa por esta doença infecciosa. A alta taxa de incidência, prevalência e letalidade a direcionado a luta e combate desta enfermidade no mundo, tentando mudar a consciência e vontade política a fim de garantir programas cada vez mais eficazes que contribuam a sua erradicação (BARRÊTO AJR. 2012; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARÍA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. 2010).

A importância deste trabalho reside, sobretudo, em contextualizar a TB enquanto doença de caráter eminentemente social, cujos impactos vão além das alterações biológicas trazidas com a enfermidade. Com efeito, o ambiente onde o indivíduo reside e a forma como eles vivem interferem e são interferidos drasticamente pela doença, criando entre eles relação íntima e quase indissociável, sobre as quais devem ser inseridas políticas públicas sociais e em saúde específicas.

A população de “Bela Vista” é uma população de estudo, que pode ser considerada como diferenciada, tendo em vista tratar-se de pessoas em sua maioria de baixo nível cultural, presumidamente com escassos conhecimentos em relação á doença e que convivem numa área de alto risco para adoecer de Tuberculose, considerando além, que o nordeste do Brasil é área endêmica de TB e especificamente o Ceará.

Assim, buscou-se, com o presente estudo, determinar o nível de conhecimento acerca da tuberculose das pessoas que moram na área de abrangência da ESF Bela Vista, município de Itapajé, tendo por fim, identificar pontos de vulnerabilidade e assim planejar um grupo de

ações educativas baseadas na prevenção e promoção desta doença para diminuir o risco de adoecer, se incapacitar ou morrer por Tuberculose (TB).

Pela importância que o nível de conhecimento dos fatores de risco associados à TB representa, é necessário agir por meio de intervenções educativas comunitárias e assim lograr uma adequada atuação ao nível primário de atenção em saúde, o qual permitirá evitar a evolução da infecção e o estado de portador bacilífero. Nesse sentido a equipe multidisciplinar de saúde tem a responsabilidade da educação continuada de todas as suas integrantes, aliás, de por em prática ações de promoção e prevenção referentes à TB em toda sua área de abrangência, é aqui onde o Agente Comunitário de Saúde (ACS), joga o papel principal.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GERAL:**

Promover atividades educativas coletivas sobre Tuberculose e os possíveis fatores associados a essa ocorrência para diminuir sua incidência na população.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

Caracterizar os participantes do estudo quanto aos fatores socioeconômicos e ambientais como: idade, sexo, grau de instrução, situação econômica familiar, ocupação.

Orientar os participantes sobre transmissibilidade da Tuberculose e como preveni-la por meio de rodas de conversa e palestras educativas.

Ampliar o nível de conhecimentos em relação a sintomas, tratamento e complicações da Tuberculose através de palestras educativas, roda de conversas e oficinas temáticas.

## **5. REVISÃO DA LITERATURA**

## Epidemiologia

O *Mycobacterium Tuberculoso*, causador da Tuberculose (TB) é uma bactéria aeróbia estrita, em forma de bacilo, álcool-ácido-resistente (BAAR), imóvel, medindo de 0,2 a 0,6 µm de diâmetro por 1,0 a 4,0 µm de comprimento, que não possui cápsula, nem esporos e que não produz toxinas de transmissibilidade aerógena. Há mais de três mil anos essa bactéria acomete de maneira crescente a população mundial. Na década de 1990, a TB 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. (LAWAN SD, ZUMLA AI, 2011).

O bacilo da Tuberculose é capaz de sobreviver a situações adversas como ressecamento, administração de medicamentos antimicrobianos e incluso resistência á água, isso é possível á presença de uma parede externa do bacilo formada por ácidos mucólicos. A própria complexidade em sua estrutura lipídica da sua parede celular é responsável por muitas de suas características, como resistência aos fármacos, álcool-resistência, taxa de crescimento lento e patogenicidade (TORTORA GJ, FUNKE BR, CASE CL, 2005).

A coloração mais comum utilizada é a de *Ziehl-Neelsen* (ZN). Uma característica importante é o agrupamento dos bacilos, de modo a formarem ramos alongados e tortuosos, conhecidos como cordas, devido à presença de ésteres de trealose-dimicolato 6,6' trealose (PEYFFER GE, PALICOVA F, 2011).

O Complexo *Mycobacterium tuberculosis* (CMT) é constituído pelas espécies *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum*, *M. canetti*, *M. caprae*, *M. microti*, *M. pinipedii*, que compartilham cerca de 99% da identidade do DNA, apresentando sequências altamente conservadas, mas diferem na distribuição geográfica, na patogenicidade e nos hospedeiros. Em estudos recentes, outras espécies têm sido atribuídas ao CMT: *M. mungi*; *M. orygis*; *M. chimpanzee*. (VAN INGEN J et all, 2012; ALMEIDA EA, 2009).

A TB continua sendo um grave problema de saúde pública, permanecendo como a principal causa de morte por doença infecto-contagiosa em adultos, em todo o mundo. No Brasil, a mortalidade pela enfermidade permaneceu elevada até muitos anos depois da descoberta da terapia de controle específica, não há como explicar estes dados se existe



tecnologia adequada para o controle da tuberculose. O que acontece é que as ações de prevenção, de diagnóstico e de tratamento, não são aplicadas na intensidade suficiente e no momento adequado. É uma doença intimamente associada à pobreza, às más condições de vida e de habitação e à aglomeração humana. No município de Itapajé existem ainda condições de insalubridade, dificuldade com os esgotos, acúmulo de lixo dentro da cidade. Mesmo nos países mais desenvolvidos a TB ainda é um problema quase restrito aos imigrantes dos países pobres e outras populações marginalizadas (desabrigados, alcoolistas, prisioneiros, entre outros) (MOHAN, A., NASSIR, H., NIAZI, A. 2003).

No mundo aproximadamente um terço da população esta infectada pelo bacilo tuberculoso, cerca de 9.27 milhões adoecem cada ano e delas terminam morrendo arredor de 2 milhões. Do total de mortes 460 mil são coinfectedos sero-positivos de HIV. O estado nordestino de Ceará mostra uma taxa de incidência de TB de 38.5/100 mil habitantes, o 95% deles evoluem a um estado de latência os que podem o não desenvolver a doença dependendo de seu estado imunológico, e outros fatores associados como Diabetes mellitus, tabagismo e até a mesma desnutrição, só um 5% adoecem no termo dos primeiros 5 anos, e o 8% deles apresentam resistência ao tratamento por abandono do mesmo (SINAN, 2013; BRASIL, P.E., BRAGA, J.U. 2008).

Para a luta e melhora do combate contra a Tuberculose no mundo a OMS implementou a estratégia TS-DOTS que propõe como regra internacional para a detecção de pelo menos o 70% dos casos bacilíferos e um estimado de cura de um 85% dos casos em tratamento. Esta estratégia vem se aplicando no Brasil desde o ano 1997 más seu avanço tem sido lento, tanto em sua implementação como em sua expansão. A partir do ano 1998 evidenciou-se um incremento da estratégia DOTS passando de um 3% até um 68%, e foram definidas no âmbito da Atenção Primária de Saúde todas as ações de controle da TB para todo Brasil, onde todas as gestões deveram agir articuladamente pra cumprir os objetivos propostos pela OMS na sua estratégia (WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1999).

A tuberculose ainda é um sério problema da saúde pública reconhecido pelo governo brasileiro. Portanto, em razão de propósitos de suas políticas públicas, assumiu compromissos com seus cidadãos e com a comunidade internacional de controlar sua evolução, procurando reduzir sua prevalência na população. Em 2004, foi aprovado o atual plano de ação do PNCT fundamentado na descentralização e horizontalização das ações de vigilância, prevenção e controle da TB. O plano utiliza como base para a implantação da estratégia DOTS em todo o território nacional, os recursos humanos das Unidades de Atenção Básica, Programa de Saúde

da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários (PACS), todos integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS) (WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1999; PNCT, 2007).

“A maioria dos casos de TB ocorridos em 2012 está em países localizados na Ásia (58%) e na África (27%); menores proporções de casos ocorreram na região leste do Mediterrâneo (8%), na Europa (4%) e nas Américas (3%). No ano de 2012, cerca de 8,6 milhões de pessoas desenvolveram TB, e 1,3 milhões delas morreram da doença, incluindo 320 mil mortes entre os pacientes coinfectados com TB e com o *HIV*” (WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2013).

Nas Américas, o Brasil e o Peru notificaram 49% do total de casos do continente. Nesse contexto, o Brasil diagnosticou 71.123 casos novos de TB em 2013, perfazendo um coeficiente de incidência de 35,4/100 mil habitantes. Em sua maioria, tais casos ocorrem nos grandes centros urbanos brasileiros como Rio de Janeiro, que segundo dados epidemiológicos do (MINISTERIO DE SAUDE, 2012), foram registrados 10.871 casos novos de Tuberculose. As taxas de incidência foram de 67/100 mil habitantes para todas as formas de tuberculose e de 36,3/100 mil habitantes para os casos bacilíferos. Quanto ao diagnóstico da coinfeção TB-HIV, 48% dos casos tiveram testagem realizada, sendo que 992 foram positivos, o que corresponde a um percentual de coinfeção TB-HIV de 9,1%. (WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2012).

No Brasil, a doença afeta, principalmente, as periferias ou aglomerados urbanos e, geralmente, mostra-se associada às más condições de moradia e de alimentação, à falta de saneamento básico, ao abuso do álcool, tabaco e de outras drogas. No Brasil, observa-se que a distribuição de mais de 95% dos casos de TB ocorre na população maior de 15 anos e menos de 5% na faixa etária abaixo dos 15 anos. A TB tem sido relacionada como a quarta causa de morte, por doença infecciosa no Brasil, sendo a maior causa entre os indivíduos portadores de *AIDS* (WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2014).

Segundo dados do PNCT no Brasil, de conformidade com os dados fornecidos pelo MS, os moradores de rua representam a população mais vulnerável à TB, com um risco de contraírem a infecção da ordem de 44 vezes maior do que a população em geral, seguidos das pessoas com *HIV/AIDS*, que têm risco 35 vezes maior, em seguida, está a população

carcerária, com risco 28 vezes maior, e, por fim, a população indígena, com risco três vezes maior (WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2014; BARBOSA E.L, LEVINO, A. 2013).

### **Transmissão, sintomas e prevenção.**

A principal forma clínica da TB é caracterizada pelo comprometimento pulmonar, acometendo de 80 a 85% dos casos, uma vez que o *MT* tem predileção pelos pulmões e é a principal forma de transmissão e manutenção da cadeia de transmissão. No Ceará, segundo dados do MS só o 5,7% dos casos foram diagnosticados como Tuberculose extrapulmonar e o 94.3% diagnosticados com TB pulmonar bacilífera positiva. A TB pulmonar é transmitida no contato interpessoal: a inalação de aerossóis expelidos por indivíduos bacilíferos constitui a principal fonte de infecção, principalmente durante a tosse, a fala ou o espirro, que os liberam no ar, sob a forma de gotículas infectantes. (MINISTÉRIO da SAÚDE. 2011).

Mesmo sendo a TB uma doença contagiosa, para o bacilo não é fácil encontrar condições favoráveis, intrínsecas ao hospedeiro ou ao ambiente, que lhe possibilitem invadir o organismo e estabelecer a doença, de forma ativa (STEIN CM. 2011).

O *MT* é considerado, no entanto, como um agente patogênico hábil na criação e na manutenção de um estado de latência que incluiu a opção de recuperação no futuro. Fatores que influenciam na habilidade inicial de o *MT* replicar-se ou, alternativamente, de estabelecer infecção persistente, para possível reativação, ainda são desconhecidos. Na maioria dos casos (95%), o sistema imunitário do hospedeiro competente controla a infecção primária, formando o granuloma caseoso, o qual não só contém o bacilo, mas controla, ainda, sua proliferação. (GLICKMAN, MS; JACOBS, JUNIOR WR. 2001; MAULÉN, NP. 2011).

Os sintomas clássicos da TB pulmonar são: tosse persistente, produtiva ou não, com muco e, eventualmente, com sangue; febre vespertina; sudorese noturna; perda de apetite e emagrecimento. Já a TB extrapulmonar pode afetar qualquer órgão do organismo humano, apresentando manifestações clínicas multiformes, dependendo da origem étnica, da idade, da presença ou da ausência de doença subjacente, do genótipo do *MT* e do *status* imunológico (LAWN, SD; ZUMLA, AI. 2011; CAWS, M et all. 2008).

Na TB extrapulmonar, os sintomas variam, de acordo com os órgãos atingidos, podendo acometer, dentre outros, os rins, os ossos e as meninges, em função das quais se expressará clinicamente. Podem ocorrer, assim sendo, outros sinais e sintomas, além da tosse

prolongada, e tais sinais adicionais devem ser valorizados na investigação individualizada, principalmente nas regiões com maior número de casos notificados (MINISTÉRIO da SAÚDE. 2011; CONDE, MB, SOUZA, MGR. 2009).

A vacina disponível (BCG) para a TB pulmonar apresenta baixa eficiência (variável entre 0 a 80%). Apesar dos contínuos esforços para se desenvolver vacinas mais eficazes contra a TB, uma nova vacina ainda não foi aprovada (MINISTÉRIO da SAÚDE. 2011; CONDE, MB, SOUZA, MGR. 2009).

### **Aspetos Socioeconômicos**

Na atualidade, a má distribuição de renda produz uma importante desigualdade social, que conseqüentemente acarreta diferença em vários níveis para a população, quanto a variáveis económicas, educacionais, de segurança e saúde (CAMARGO, O. 2014).

“A Organização Mundial de Saúde (OMS) assinala como uma das principais causas para a gravidade contemporânea global da TB, a desigualdade social e suas implicações, o envelhecimento da população, os grandes movimentos migratórios e a piora na qualidade dos programas de controle da doença” (WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2006).

A qualidade de vida das pessoas doentes de TB é atingida inexoravelmente, apesar de ser curável. É preciso então prestar principal atenção aos fatores socioeconômicos envolvidos, estigmas e discriminação para melhorar a qualidade de vida das pessoas que contraem essa complexa doença. Deve-se, também, tentar combinar o tratamento, preferencialmente, com a vida familiar, o trabalho e as atividades sociais do indivíduo com TB (VILLA, TS et all. 2012).

O profissional de saúde que atua nos serviços de atendimento a TB e os que atuam diretamente vinculados á atenção primaria de saúde, devem estar atentas às necessidades e qualidade de vida dos pacientes acometidos pela TB, visto que a falta de aderência ao tratamento pode ser desencadeada pela falta de proximidade desses indivíduos com aqueles

que lhes prestam o cuidado e os assistem do ponto de vista técnico (SÁNCHEZ, M. 2013; MONTEIRO, S; RODRIGUES, V. 2011).

O deslocamento crescente de pessoas no mundo, devido à globalização, pode afetar o controle de TB nos países receptores de imigrantes, por causa do aumento das fontes de infecção. É de fundamental importância a avaliação da incidência de TB entre os imigrantes, segundo seu país de origem. Quando chegam ao destino, eles podem tornar-se vulneráveis, devido à situação econômica, às diferenças culturais e linguísticas, à falta de conhecimentos sobre o acesso à assistência social e à saúde e às dificuldades com moradia no novo país, ocasionando problemas de ordem física, psicológica e social, o que pode acarretar piora nas condições de saúde e a diminuição da imunidade (CARBALLO, M. 2007).

### **Diagnóstico da Tuberculose**

O diagnóstico precoce das micobactérias faz-se por exame direto, cultura, tipificação e teste de sensibilidade aos antimicrobianos, o que contribui para a interrupção do seu ciclo de transmissão e para o controle e a cura da doença (LAFAIETE, RS; SOUZA, FBA; MOTTA, MCS. 2013).

“Do ponto de vista epidemiológico, a **baciloscopia** direta do escarro é fundamental, uma vez que determina as mais importantes fontes da infecção: os indivíduos bacilíferos. Por tratar-se de exame não invasivo, rápido e econômico, é o método preconizado para o diagnóstico da TB pulmonar, permitindo a visualização microscópica do bacilo, por meio de coloração específica Ziehl Neelsen” (ZN) (MINISTÉRIO da SAÚDE. 2010; CAMPOS, H. 2006).

O isolamento de micobactérias, a partir de espécimes clínicos, é o padrão-ouro, por ser técnica mais sensível e por permitir a identificação da espécie e o Teste de Sensibilidade (TS) aos medicamentos utilizados no tratamento da TB. Nos casos pulmonares com baciloscopia negativa, a **cultura** do escarro pode aumentar em até 30% o diagnóstico bacteriológico da doença<sup>25</sup>, sendo que o método apresenta especificidade acima de 98% (MINISTÉRIO da SAÚDE. 2010).

Mesmo com os grandes avanços obtidos nos testes de diagnóstico da TB e apesar das conhecidas limitações dos métodos bacteriológicos clássicos, estes ainda se mostram a modalidade mais usual dentre os métodos de detecção da TB e seguem sendo muito utilizados para o diagnóstico da doença, principalmente em países com poucos recursos financeiros. Para o desenvolvimento de ensaios de resistência baseados em testes moleculares rápidos ainda é necessário desvendar por completo a base genética da resistência aos antibióticos (MINISTÉRIO da SAÚDE. 2010).

### **Tratamento da TB**

No Brasil, no combate à TB, um dos aspectos mais desafiadores é o abandono do tratamento, pois repercute nos índices de mortalidade e incidência da doença, e na multirresistência ao tratamento. Considerase abandono quando, após iniciado o tratamento, o indivíduo deixa de comparecer à unidade de saúde por mais de 30 dias consecutivos após a data aprazada para o retorno. O tratamento para a TB não é somente uma demanda individual de saúde, é também uma questão de saúde pública, pois se for realizado de forma correta e completa, cessa a cadeia de transmissão, constituindo-se na melhor tática de prevenção da transmissão da TB. Porém, essa efetividade nem sempre acontece. Em diversos países, o desenvolvimento de multirresistência aos fármacos utilizados no tratamento de TB tem aumentado, o que se atribui, em parte, às medidas de tratamento inadequadas, representando esta questão um problema crescente e preocupante (NYAMATHI, A., NAHID, P., BERG, J., *et all.* 2008).

Atualmente, o esquema terapêutico para TB disponível necessita de um período mínimo de 6 meses de tratamento para ser efetivo na cura da doença. Entretanto, uma grande proporção de pacientes diagnosticados com TB pulmonar não conclui o seu tratamento, favorecendo o desenvolvimento de resistência à terapia empregada. É um tratamento longo e de difícil adesão, sendo necessários novos fármacos que encurtem a duração do tratamento, com redução substancial da probabilidade de recorrência da doença, desenvolvimento de resistência aos fármacos empregados e mortes causadas pela terapia inadequada. Ensaios clínicos conduzidos neste sentido, estão obtendo resultados favoráveis, como é o caso da avaliação de atividade e segurança do uso do moxifloxacino contra TB (THUM, M., SILVA, E V. 2009).

O tratamento adequado da TB consiste na administração combinada de drogas, de modo a evitar o desenvolvimento de resistência medicamentosa, a prevenir complicações

tardias e o óbito, a diminuir a transmissão e a assegurar a cura da doença. A esses princípios, soma-se a Estratégia do Tratamento Diretamente Observado (*Directly Observed Treatment Strategy, DOTS*), como tática fundamental a ser adotada, para o sucesso do tratamento. A *DOTS* constitui mudança significativa na forma de administrar os medicamentos, com o profissional treinado passando a observar, desde o início do tratamento e até a cura da doença, a tomada da medicação pelo paciente (MINISTÉRIO da SAÚDE. 2011).

Com vistas a conter o aumento da Tuberculose Multidrogarresistente (*MDR-TB*), o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) reviu o sistema vigente de tratamento da TB no País, introduzido em 1979. Tal mudança baseou-se nos resultados preliminares do segundo Inquérito Nacional de Resistência aos Medicamentos da Poliquimioterapia da TB, que mostrou o aumento da resistência primária à isoniazida (INH), de 4,4% para 6,0%, e consistiu na introdução do etambutol (EMB), como o quarto fármaco a ser administrado, na fase intensiva do tratamento, a qual compreende os dois primeiros meses do chamado Esquema Básico, com doses fixas e combinadas dos quatro medicamentos (RIF/INH/pirazinamida (PZA)/EMB), reunidas em um único comprimido. Na fase de manutenção do tratamento, que dura quatro meses, usa-se um comprimido contendo a associação da RIF com a INH (MINISTÉRIO da SAÚDE. 2009; PASCUALINOTO, et all. 2012).

O Esquema Básico é indicado para todos os casos novos de todas as formas de TB pulmonar e extrapulmonar, para todos os casos de reincidência e de retratamento por abandono, com exceção da TB meningoencefálica. Para todos os casos de retratamento, devem ser solicitados cultura, identificação e Teste de Sensibilidade aos Antibióticos (TSA), iniciando-se o tratamento com o Esquema Básico, até obterem-se os resultados desses exames (MINISTÉRIO da SAÚDE. 2009).

Para casos de falência do Esquema Básico, o tratamento é composto por medicamentos de segunda linha, com cinco fármacos na primeira fase (estreptomicina, etambutol, ofloxacina, pirazinamida e terizidona) as quais serão ministradas ao longo de seis meses, e, posteriormente, devendo ser ministradas, durante 12 meses da fase de manutenção do tratamento, três drogas, o etambutol, a ofloxacina e a terizidona (MINISTÉRIO da SAÚDE. 2009; Conde, MB, Souza, MGR. 2009).

### **A estratégia DOTS**

A OMS implantou a estratégia DOTS (Tratamento Diretamente Observado) com a finalidade de reduzir a TB no mundo. Esta estratégia inclui cinco elementos: vontade política, diagnóstico precoce dos casos de TB, aquisição e distribuição regular de medicamentos, tratamento supervisionado (TS) e sistema de informação efetivo (WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1994).

Sua adoção aumenta a adesão ao tratamento, reduzindo o abandono, elevando as taxas de cura e, portanto, interferindo na transmissão e no risco de desenvolvimento de resistência aos medicamentos antituberculosos (DIRECTRIZES BRASILEIRAS PARA TUBERCULOSE. 2004).

Para a OMS, promover a adesão por supervisão direta do tratamento é muito mais efetivo do que gastar recursos na busca dos pacientes desistentes. Quando os pacientes auto-administram o seu tratamento, esta busca é difícil e frequentemente improdutiva, especialmente em países com populações de baixa renda (WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2003).



## **6. METODOLOGIA**

### **Tipo de estudo**

Será feito um estudo de intervenção comunitária no período compreendido entre Janeiro-julho de 2017.

Local da pesquisa: Na área adstrita á da Saúde da Família (ESF) de Bela Vista no município de Itapaje, estado Ceará.

### **Cenário da intervenção**

Itapajé é um município serrano do estado de Ceará, de clima quente, com uma população de 50.090 habitantes, uma densidade demográfica de 112,4 habitantes por km quadrado e uma extensão de 430,4 km quadrados. Sua economia fundamentalmente dedicada à produção agrícola se destacando o cultivo da banana, abacaxi, mandioca, legumes, vegetais, verduras e frutas faz da cidade um lugar com acessibilidade a produtos para alimentação saudável. Dedicase também à pecuária, artesanato e confecções; é popular por sua produção de belíssimos bordados e calçados. Sua população tem crenças religiosas muito arraigadas desde seu surgimento mesmo aspecto que contrasta com a violência vivida no dia a dia (IBGE, 2010).

Político-administrativamente o município encontra-se dividido em onze distritos: Itapagé (sede), Aguaí, Iratinga, Santa Cruz, Baixa Grande, Soledade, Pedra Daqua, Serrote do Meio, São Tomé, Armador e Mulungu (DATASUS, 2014).

O estudo será realizado na Estratégia da Saúde da Família (ESF) “Bela Vista” situado na sede do município de Itapajé, o posto de saúde abrange uma população de 5701 pessoas espalhadas em 1043 famílias. Tem cadastrados e com seguimento em consultas um total de 6 casos de TB. Considerada área de risco para esta doença, existindo centros estudantis e de trabalho que abrange grande grupo populacional, alto índice de fumantes e pessoas consumidoras de algum tipo de narcótico, o 18% da população encontrasse acima dos 60 anos e com algum risco o agravo para adoecer por TB, além disso as condições higiênico-sanitárias também não são boas o que acrescenta a suscetibilidade de seus moradores a sofrer de TB (SIAB do Município Itapajé, 2015).

A equipe está formada por um médico, uma enfermeira, duas técnico de enfermagem, uma auxiliar de dentista, um odontólogo, uma auxiliar geral, o motorista e 9 agentes comunitários. A ESF abrange 9 micro áreas todas cobertas.

### **Universo e amostra**

De um universo de 5701 pessoas cadastrados na área de abrangência da ESF Bela Vista, município Itapajé, se fará uma escolha aleatória e intencional de 200 pessoas para o estudo (n=200). A seleção atinge a 5 micro áreas das 9 que possui o posto de saúde, serão escolhidas 40 pessoas por cada micro área, que conformarão a amostra definitiva, esta seleção deve atender os seguintes critérios de inclusão: possuir capacidade física e mental que permita responder as questões da investigação, ter no mínimo ensino primário concluído (ou algum grau de ensino que permita responder o questionário), ser maior de 18 anos e que possuam algum tipo de risco para adoecer por TB . Como critérios de saída da investigação têm-se: o não cumprimento dos critérios de inclusão, a mudança da área de saúde e o óbito no decorrer da investigação.

### **Estratégias e Ações**

O projeto será realizado em cinco estágios os quais se descrevem como segue:

#### **Estágio 1:** Capacitação da equipe.

Inicialmente se capacitarão a todos os integrantes da equipe de saúde em temas relacionados à prevenção e promoção da TB voltadas para a comunidade, esta decorrerá do 1-15 de Janeiro de 2017 em duas frequências semanais, com um total de 4 atividades educativas, que iniciarão às 8:00 horas na sala de reuniões da equipe, usaremos bibliografia atualizada relacionada ao tema e informações reproduzidas pela equipe segundo os registros, prontuários da unidade, e informação fornecida pelo SIAB do município, além, contaremos com o apoio para esta capacitação com integrantes do Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF) e departamento de endemias, se propõe o seguinte plano de capacitação:

Plano temático proposto para capacitação da equipe: (Apêndice 1).

Para o cumprimento deste plano temático se propõem diferentes métodos de ensino como: método expositivo, roda de conversa e oficinas temáticas que serão pontos chaves para alcançar os objetivos de cada uma delas, estes métodos os descrevemos no estágio 4.

**Estágio 2:** Conformação da amostra definitiva.

No segundo momento será aplicado aos participantes escolhidos para o estudo o consentimento livre e esclarecido (apêndice 2) no período do 16-30 de Janeiro de 2017. No caso em que algum participante rejeitar o estudo e não assinar o termo de consentimento livre e esclarecido se fará a escolha de outro participante aplicando os mesmos critérios acima mencionados, até completar os 200 usuários que conformarão a amostra definitiva da investigação, os responsáveis nesta atividade serão todos os integrantes da equipe de Bela Vista.

**Estágio 3:** Diagnóstico inicial do problema através do pré-teste.

Nesta etapa aplicaremos um formulário bem estruturado com perguntas abertas e fechadas confeccionadas pelo autor (Pré-Teste apêndice 3) o qual servirá para caracterizar os usuários participantes do estudo, além de fazer o diagnóstico inicial do problema antes do desenvolvimento das ações, isto servirá para a escolha e planejamento dos temas a desenvolver segundo os resultados obtidos. Os responsáveis serão os integrantes da equipe de Bela Vista e será aplicado no período do 1-15 de fevereiro de 2017, após se fará a avaliação do mesmo do 16-28 de fevereiro de 2017 e o responsável é o médico investigador.

**Estágio 4:** Desenvolvimento do plano de intervenção.

4.1 No primeiro momento serão desenvolvidas as atividades educativas comunitárias de forma planejada nas 5 micro áreas escolhidas para o estudo, no período de Março até primeira semana de Abril de 2017, uma atividade em cada área semanalmente, com temas referentes à TB e objetivos da investigação. Estas atividades educativas se realizaram de forma massiva pra toda a comunidade com apoio de líderes comunitários, representantes de Igrejas que ajudaram na divulgação e concentração da população em locais previamente coordenados, usando pra isto pasquines informativos colocados em lugares estratégicos de fácil visualização, onde toda a equipe terá responsabilidade pelo desenvolvimento da mesma.

Plano temático proposto para atividades educativas comunitárias coletivas: (Apêndice 4).

4.2 Num segundo momento serão feitas as atividades educativas com a mostra definitiva e segundo a escolha e planejamento feito no estágio 3, através dos diferentes métodos de ensino (se descrevem abaixo). Para este fim será dividida a amostra definitiva

(200 usuários) em 10 turmas de 20 pessoas cada, usaremos o local de reuniões da equipe e iniciando-se às 8:00 horas, se fará uma atividade educativa semanal para cada turma divididas em duas sessões (de 8:00 a 9:00 e de 9:00 a 10:00 hs) de forma que cada turma receberá no período de Abril-Junho de 2017 um total de 4 encontros. O responsável de cada atividade será o (os) palestrante (s).

Plano temático proposto para atividade educativa com amostra definitiva: (Apêndice 5).

Usaremos nas atividades educativas bibliografia atualizada relacionada ao tema e informações reproduzidas pela equipe segundo os registros, prontuários da unidade e informações obtidas do SIAB do município, além contaremos com a parceria do Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF) no desenvolvimento destas atividades. O plano temático preconcebido pode ser mudado em quanto os resultados obtidos na avaliação inicial (estágio 3) ou acrescentar-se outra temática de interesse para os usuários do estudo.

Complementaremos as atividades educativas com a posta em encena de uma dramatização representando um caso de TB na comunidade, os atores e atrizes serão estudantes da escola “Luiz Forte da Silva” de ensino médio, pertencente à área de abrangência da equipe.

### **Métodos de ensinios a usar**

O Método expositivo: é um método pedagógico centrado nos conteúdos. Traduz-se na transmissão oral pelo formador de informação e conhecimentos ou conteúdos em que a participação do formando é diminuta. A estrutura, a sequência dos conhecimentos e o tipo dos conteúdos são definidos pelo formador (AIDA, et al.2010).

O Método demonstrativo: baseia-se no conhecimento técnico ou prático do formador e na sua competência para exemplificar uma determinada operação técnica ou prática que se deseja repetida e depois aprendida. O formando deve realizá-la primeiro sob orientação e depois sozinho (AIDA, et al. 2010).

Rodas de conversa: as rodas de conversa, metodologia bastante utilizada nos processos de leitura e intervenção comunitária, consistem em um método de participação coletiva de debates acerca de uma temática, através da criação de espaços de diálogo, nos quais os sujeitos podem se expressar e, sobretudo, escutar os outros e a si mesmos. Tem como

principal objetivo motivar a construção da autonomia dos sujeitos por meio da problematização, da socialização de saberes e da reflexão voltada para a ação. Envolve, portanto, um conjunto de trocas de experiências, conversas, discussão e divulgação de conhecimentos entre os envolvidos nesta metodologia. Os docentes proponentes desta metodologia revelam a base de fundamentação a partir da proposta da Intervenção Participativa dos Atores (INPA), dos atores sociais. A mesma afirma-se como princípio orientador das atividades e do ideário de construção coletiva necessária ao processo, conforme a Furtado & Furtado (2000).

Oficinas temáticas: Trata-se de abordar dados, informações e conceitos para que se possa conhecer a realidade, avaliar situações e soluções e propor formas de intervenção nas comunidades. Nelas abordam-se temas socialmente relevantes que favorecem a construção de conhecimento de forma interdisciplinar, além do desenvolvimento de habilidades cognitivas para a tomada de atitudes cidadãs através da aplicação desses conhecimentos. As oficinas, realizadas através de experiências e debates, possibilitam o aprofundamento dos temas em discussão de forma dinâmica e contextualizada (MARCONDES, 2008).

**Etapa 5:** Avaliação do impacto da intervenção através do pós-teste.

Nesta etapa aplicaremos o formulário do pós-teste (apêndice 6) para a coleta de dados depois de terminadas as atividades educativas propostas pela intervenção, usaremos a mesma metodologia que para a aplicação do formulário do (pré-teste). O pós-teste servirá para avaliar o impacto da intervenção e chegar a conclusões finais do estudo, os responsáveis serão os integrantes da equipe de Bela Vista e se aplicará no período de 7-15 de Julho de 2017. Após se fará a avaliação do mesmo e a confecção do relatório final para sua apresentação (Agosto de 2017), o responsável será o médico investigador.

### **Processamento e análise da informação**

A informação obtida através do instrumento criado para o efeito será organizada e processada no programa Excel do Windows/2013 e serão realizados testes descritivos simples, como médias e desvio-padrão. Os resultados serão expostos por meio de quadros, gráficos e tabelas de dupla entrada, para uma melhor compreensão e visualização dos resultados, se discutirá à luz da literatura pertinente. Em todo o processo usaremos um computador ACER core i3, será confeccionado o banner do trabalho para sua apresentação final, este processamento ocorrerá no mês de Julho-Agosto do ano 2017.

**Aspectos éticos e legais**

Trata-se de um projeto que envolve investigação nos seres humanos, porém deverá ser submetido à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e cumprir suas Normas e Diretrizes Regulamentadoras segundo aparece na Res. CNS 466/12, II.4, II.5, II.6. Os aspectos éticos e legais serão respeitados segundo os princípios da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre as pesquisas envolvendo seres humanos (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2013), assim como os princípios éticos em pesquisa. Para satisfazer estes requisitos, todos os participantes assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 2). Neste termo será assegurada ao entrevistado a confidencialidade dos dados, assim como o anonimato, sendo garantida a utilização dos dados apenas no âmbito da pesquisa.



## 8. RECURSOS NECESSÁRIOS

### Recursos materiais:

- Ilustrações diversas relacionadas aos temas a desenvolver, folhetos e cartulinhas (R\$ 160.00)
- Computador laptop Core i3 com data show e impressora hp (R\$ 0.00 fornecido pela Secretaria de Saúde e a autora da investigação).
- Amostras dos diferentes tipos de medicamentos usados no tratamento da TB (R\$ 0.00 se usará os medicamentos da ESF).
- Uma lousa (R\$ 150.00).
- Caixa de marcador do quadro (5 unidades), (R\$ 25.00).
- 2 Resma de papel liso A4 (R\$ 30.00).
- 2 Cartucho preto–impressora Hp (R\$ 50.00).
- Materiais de consumo-higiene e diversos (R\$ 200.00).

O orçamento da investigação será fornecido pela coordenadora da Secretaria de Saúde do município, em parceria com a prefeitura municipal de Itapajé.

Orçamento total (R\$ 615.00).

### Recursos humanos:

- Integrantes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), 1 médico, 1 enfermeiro, 2 técnico de enfermagem, 1 auxiliar de dentista, 1 odontólogo e 9 agentes comunitários de saúde (ACS).
- Educador em Saúde e Psicólogo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).
- Participantes do estudo e líderes comunitários.
- Gestores da Secretaria de Saúde e prefeitura do município de Itapajé.



## **9. RESULTADOS ESPERADOS**

Com este projeto de intervenção pretende-se incrementar o conhecimento, habilidade e atitude (competência) dos usuários adstritos à ESF “Bela Vista” em relação à Tuberculose (TB) e seu autocuidado a fim de diminuir o aparecimento da doença e suas complicações o qual se pode estender no futuro a outras comunidades.

Procura-se lograr que o 90% da população adstrita a ESF de Bela Vista saibam reconhecer os sintomas da TB precocemente para ter melhor perspectiva no tratamento e recuperação destes doentes.

Ademais, busca-se um maior envolvimento dos profissionais da ESF e os agentes comunitários (AC), no manejo e controle dos usuários em risco de adoecer por TB, além de uma assistência mais segura, humanizada, qualificada, direcionada às necessidades dos pacientes e baseada em evidências científicas. Desse modo, aperfeiçoaria a percepção do risco, o rastreamento da doença e o diagnóstico e tratamento precoce da TB com vistas à prevenção, manutenção e promoção da saúde. Além disso, se procura um maior envolvimento da comunidade na tomada de consciência da importância da prevenção e promoção não só da TB, mas também de suas complicações no âmbito físico, psíquico e social.

## 10. REFERÊNCIAS

AIDA, et al. *O método demonstrativo*. Disponível em:

<http://formadoresmalaquias.blogspot.com/2010/02/o-metodo-demonstrativo-sergio-aida.html>. Acesso em 13 de Setembro de 2016.

Almeida EA. Sensibilidade de bactérias do Complexo *Mycobacterium tuberculosis* as drogas antituberculosas avaliadas por duas metodologias em centro terciário de referência ambulatorial [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Instituto de Ciências Biomédicas; 2009. 79p.

Amorim E, Blanco M. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) na cidade do Rio de Janeiro. Coleção Estudos da Cidade. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 2003. Available from: <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br>

Ayres JRCM, França I, Calazans G, Salletti H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa R, Parker R. Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2009.

Barbosa EL, Levino A. Análise da coinfeção TB/HIV como fator de desenvolvimento da tuberculose multidroga resistente: uma revisão sistemática. *Rev Pan-Amaz Saude*. 2013;4(4):57-66.

Barrêto AJR, Sá LD, Nogueira JA cols. Organização dos serviços de saúde e a gestão do cuidado à tuberculose. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012; 17(7): 1875-1884.

Braga JU. Vigilância epidemiológica e o sistema de informação no Brasil, 2001-2003. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(Suppl 1): S77-88.

Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de Epidemiologia. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. 2010, 186p.

Brasil. Ministério da Saúde. Série histórica da taxa de incidência de tuberculose. Brasil, Regiões e Unidades Federadas de residência por ano de diagnóstico (1990 a 2010). Available from: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apresentacao\\_incidencia\\_05\\_04\\_11.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apresentacao_incidencia_05_04_11.pdf)

Brasil, P.E., Braga, J.U., Meta-análise de fatores relacionados aos serviços de saúde que predizem ao abandono de tratamento de pacientes com tuberculose. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24 Suppl 4: S485-502.

Camargo, Orson. Desigualdade social [Internet]. Goiânia: Brasil Escola; 2014 [citado em 2015 Fev 12]. Disponível em: <http://www.brasilecola.com/sociologia/classes-sociais.htm>

Campos H. Diagnóstico da tuberculose. *Pulmão RJ*. 2006; 15 (2): 92-9.

Carballo M. The challenge of migration and health [Internet]. Switzerland: International Centre for Migration and Health;2007

Caws M, Thwaites G, Dunstan S, Hawn TR, Lan NT, Thuong NT, et al. The influence of host and bacterial genotype on the development of disseminated disease with *Mycobacterium tuberculosis*. PLoS Pathog. 2008;4(3):e1000034.

Conde MB, Souza MGR. Pneumologia e fisiologia: uma abordagem prática. São Paulo: Atheneu; 2009.

Elender F, Bentham G, Langford I. Tuberculosis mortality in England and Wales during 1982-1992: its association with poverty, ethnicity and AIDS. Soc Sci Med 2008;46:673-81.

Faustini A, Hall AJ, Perucci CA. Risk factors for multidrug resistant tuberculosis in Europe: a systematic review. Thorax. 2006;61(2):158-63.

FURTADO, R. & FURTADO, E. A Intervenção participativa dos Atores – INPA: uma metodologia de capacitação para o desenvolvimento sustentável. Brasília: IICA, 2000.

Glickman MS, Jacobs Junior WR. Microbial pathogenesis of *Mycobacterium tuberculosis*: Dawn a discipline. Cell. 2001;104(4):477-85.

Lafaiete RS, Souza FBA, Motta MCS. O atraso no diagnóstico da tuberculose. J Res Fundam Care Online. 2013;5(3):174-80

Lawn SD, Zumla AI. Tuberculosis. Lancet. 2011;378(9785):57-72).

MARCONDES, M.E.R. (2008). Proposições metodológicas para o ensino de química: Oficinas temáticas para o aprendizagem da ciência e o desenvolvimento da cidadania. *Revista em extensão*, v.7, n. 1, p. 67-77.

Maulén NP. Virulence factors of *Mycobacterium tuberculosis*. Rev Med Chile. 2011;139(12):1605-10.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de Dezembro de 2013. Visto em 12 de Outubro de 2016.

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)

Ministério de Saúde. Panorama da Tuberculose no Brasil. Indicadores Epidemiológicos e Operacionais. Brasília-DF. 2014. Pag 35.

Ministério da Saúde (BR). Nota técnica sobre as mudanças no tratamento da tuberculose no Brasil para adultos e adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Plano estratégico para o controle da tuberculose, Brasil 2007-2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Mohan, A., Nassir, H., Niazi, A. Does routine home visiting improve the return rate and outcome of DOTS patients who delay treatment? *East Mediterr Health J.* 2003. Jul; 9 (4):702-8.

Monteiro S, Rodrigues V. A qualidade de vida da pessoa com tuberculose em regime de toma observada. *Acta Med Port.* 2011;24(Supl 2):523-30.

Munro SA, Lewin SA, Smith HJ, Engel ME, Fretheim A, Volmink J. Patient adherence to tuberculosis treatment: a systematic review of qualitative research. *PloS Med.*, 2007; 4(7): 1230-45.

Nogueira PA, Abrahao RMCM, Malucelli MIC. Avaliação das informações de tuberculose (1989 – 1999) de um centro de Saúde Escola da cidade de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol.* 2001; 4(2): 131-8.

Nyamathi, A., Nahid P., Berg, J., *et al.* Efficacy of nurse case-managed intervention for latente tuberculosis among homeless subsamples. *Nurs Res*, 2008 Jan-Feb; 57 (1):33-9.

Organização Mundial de Saúde. Anti tuberculosis drug resistance in the world: the WHO/IUATLD global project on anti tuberculosis drug resistance surveillance, 1994-1997. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 1997.

Organização Mundial de Saúde. Global Tuberculosis Control: epidemiology, strategy, financing. WHO Report 2010. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2010.

Paschualinoto AL, Ferro e Silva RR, Carmo AMS. Padrões de resistência a fármacos em pacientes com tuberculose pulmonar: IAL Santo André. *Rev Bras Ciênc Saúde.* 2012;10(31):67-70.

Pfyffer GE, Palicova F. *Mycobacterium*: general characteristics, laboratory detection, and staining procedures. In: Versalovic J, editor. *Manual of clinical microbiology*. 10th ed. Washington: ASM Press; 2011. p. 472–502.

Sánchez M, Idaly A, Marínez C, Andrés O, Mesa R, Lida Y. Trabajadores de la salud y sus significados en torno a la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. *Enfermería Global.* 2013;(31):86-108.

SBPT. II Consenso Brasileiro de Tuberculose. Diretrizes Brasileiras para Tuberculose 2004. *J Bras Pneumol.* 2004;30(1):S2-56.

Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (RJ). Linha de cuidado da tuberculose [cited 2011 Apr 20]. Available from: [http://subpav.com.br/download/prot/CLCPE/DCronicasTransmissiveis/DCT\\_TB.pdf](http://subpav.com.br/download/prot/CLCPE/DCronicasTransmissiveis/DCT_TB.pdf)

Stein CM. Genetic epidemiology of tuberculosis susceptibility: impact of study design. *PLoS Pathogens*, San Francisco. 2011;7(1):e1001189.

Thum, M., Silva E V Avaliação de uma intervenção interdisciplinar à pessoas com tuberculose na Atenção Primária em Saúde. Porto Alegre; 2009. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Gerência de Ensino e Pesquisa do GHC para obtenção do título de Aperfeiçoamento em Saúde da Família e Comunidade

Tortora GJ, Funke BR, Case CL. Microbiologia. 8a ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.

Van Ingen J, Rahim Z, Mulder A, Boeree MJ, Simeone R, Brosch R, et al. Characterization of *Mycobacterium orygis* as *M. tuberculosis* complex subspecies. Emerg Infect Dis. 2012;18(4):653–5.

Villa TS, Andrade RLP, Arakawa T, Magnabosco GT, Beraldo AA, Monroe AA, et al. Satisfação do usuário com os serviços de atenção à tuberculose em Ribeirão Preto, 2008. Cad.Saúde Colet. 2012;20(2):234-43.

World Health Organization. Global tuberculosis control. Geneva: WHO; 2012.

World Health Organization. Global tuberculosis control: surveillance, planning financing. Geneva: WHO, 2006.

World Health Organization. Global tuberculosis report 2013. Geneva: WHO; 2013.

World Health Organization. Tuberculosis: epidemiology, population surveillance: data interpretation, statistical. Geneva: WHO; 2014.

World Health Organization. What is DOTS? A guide to understanding the WHO-recommended TB control strategy known as DOTS. Washington: WHO, 1999. 30p.

World Health Organization. Treatment of tuberculosis: guidelines for national programs. Geneva (Switzerland): WHO; 2003.

World Health Organization. Tuberculosis Programme: framework for effective tuberculosis control. Geneva, (Switzerland): WHO; 1994.

## APÊNDICE 1

Plano temático proposto para capacitação da equipe:

<b>Encontros</b>	<b>Tema</b>	<b>Duração</b>	<b>Palestrante</b>
1	TB, conceito, epidemiologia, contexto na comunidade adstrita a ESF de “Bela Vista”.	1 hora	Médico Enfermeira Agente de Endemias Educador em saúde do NASF
2	TB e fatores de riscos associados, prevenção e controle.	1 hora	Médico Educador em saúde do NASF
3	Complicações da TB e consequências socioeconômicas	1 hora	Médico
4	TB adesão ao tratamento, tratamento supervisionado, consultas de seguimento e controle, aspetos psicológicos.	1 hora	Médico Psicólogo do NASF

## APÊNDICE 2

### DECLARAÇÃO DE (A) PARTICIPANTE

Eu \_\_\_\_\_ foi informado (a) dos objetivos da pesquisa intitulada “ATIVIDADES EDUCATIVAS NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim o desejar. A Dra. Orientadora da pesquisa \_\_\_\_\_ certifico-me que os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei chamar á doutora Yarelis Torres Jiménez ao telefone: (85) 996621215.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas

Data: \_\_\_\_\_

---

Nome

Assinatura do participante

---

Nome

Assinatura do pesquisador

## APÊNDICE 3

### PRIMEIRO FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS (PRÉ-TESTE)

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Data da entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

1. Gênero: ( ) MASCULINO ( ) FEMININO

1.1 Faixa etária

( )  $\geq 18$  anos e  $<$  de 40 anos

( ) 41 a 49 anos

( ) 50 a 59 anos

( )  $\geq$  de 60 anos

#### 2. DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

2.1 Qual é seu estado civil?

( ) Solteiro (a)

( ) Casado (a)

( ) Separado (a)/Divorciado (a)

( ) Viúvo (a)

2.2 O Sr. (a) trabalha?

( ) Sim ( ) Não, sim si, onde? \_\_\_\_\_

2.2.1 O ambiente laboral é fechado e com muitas pessoas?

( ) Sim ( ) Não

2.3 O Sr. (a) é morador de rua?

( ) Sim ( ) Não

2.4 Quantos anos o Sr. (a) estudou?

( ) Nenhum

( ) 1 a 4 anos

( ) 5 a 8 anos

( ) 9 anos ou mais



### 3. SAÚDE E ESTILO DE VIDA

3.1 O (a) Sr (a) fuma ou já fumou?

- Fumante
- Ex-fumante há 6 meses
- Ex-fumante há mais de 6 meses
- Nunca fumou

3.2 Costuma tomar bebidas alcoólicas?

- Diariamente
- 1 a 2 vezes/semana
- 3 a 6 vezes/semana
- Nunca bebe
- Eventualmente

3.3 Faz uso de alguma substância narcótica (droga)?

- Sim     Não

3.4 Têm o teve alguma doença crônica pulmonar (Asma Bronquial, DPOC, Neoplasia)?

- Sim         Não

### 4. CONHECIMENTO SOBRE TB

4.1 o Sr. (a) sabe o que é Tuberculose?

- Sim      Não

4.2 Marque com uma X os sintomas que considere são produzidos pela Tuberculose

- Tose por mais de 5 dias.
- Tose por mais de 21 dias.
- Falta do ar e cansaço.
- Diarreia.
- Febre baixa nas tardes de causa desconhecida.
- Aumento de peso.
- Perca de peso.

4.3 O Sr. (a) sabe dizer como é transmitida a Tuberculose?, Marque com uma X a resposta que considere correta.

- Pela via digestiva através dos alimentos ou água contaminadas.
- Pela pele

- pela via respiratória (tosse, fala ou espirro)
- Por contato com cachorros e gatos

4.5 quem são as pessoas mais suscetíveis a enfermar de Tuberculose? Marque com uma X a resposta incorreta

- Pessoas internadas nos hospitais.
- Profissional de saúde.
- Trabalhadores em locais fechados e com pouca iluminação.
- As mulheres.
- Pessoas com HIV.
- Os fumantes.

4.6 O Sr. (a) sabe sim a Tuberculose têm tratamento e cura?

Sim  Não

4.7 Qual vacina é fornecida pelo SUS para prevenir a Tuberculose? Marque com uma X a resposta correta.

- BCG.
- Penta valente.
- DPT.
- DT.

4.8 O Sr. (a) sabe qual é o exame para o diagnostico e pesquisa da Tuberculose? Marque com uma X a resposta correta.

- RX de tórax.
- Baciloscopia.
- Exame de sangue
- Mamografia.

## 5. ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

5.1 Frequenta o posto de saúde para saber como está sua saúde?

- Sim
- Não

5.2 Quando foi sua última consulta médica?

- Neste mês

- Há 3 meses
- Há 6 meses
- De 6 meses a 1 ano
- Há mais de 1 ano

5.3 O Sr. (a) conhece para que serve o DISQUE SAÚDE? Marque com uma X a resposta que considere correta.

- Informações sobre doenças.
- Para Internações.
- Para notificar casos de Tuberculose.
- Para marcação de consultas.

## APÊNDICE 4

Plano temático proposto para atividades educativas comunitárias coletivas:

<b>Encontros</b>	<b>Tema</b>	<b>Duração</b>	<b>Palestrante</b>
1	TB, conceito, epidemiologia, contexto na comunidade adstrita a ESF de “Bela Vista”, fatores de risco, prevenção, complicações e consequências socioeconômicas, aspetos psicológicos.	1ra. Semana de Março  2 horas	Equipe de saúde  Psicólogo do NASF  Educador em saúde do NASF  Agente de Endemias
2	TB, conceito, epidemiologia, contexto na comunidade adstrita a ESF de “Bela Vista”, fatores de risco, prevenção, complicações e consequências socioeconômicas, aspetos psicológicos.	2da. Semana de Março  2 horas	Equipe de saúde  Psicólogo do NASF  Educador em saúde do NASF  Agente de Endemias
Micro área 3	TB, conceito, epidemiologia, contexto na comunidade adstrita a ESF de “Bela Vista”, fatores de risco, prevenção, complicações e consequências socioeconômicas, aspetos psicológicos.	3ra. Semana de Março  2 horas	Equipe de saúde  Psicólogo do NASF  Educador em saúde do NASF  Agente de Endemias
Micro área 4	TB, conceito, epidemiologia, contexto na comunidade adstrita a ESF de “Bela Vista”, fatores de risco, prevenção, complicações e consequências socioeconômicas, aspetos psicológicos.	4ta. Semana de Março  2 horas	Equipe de saúde  Psicólogo do NASF  Educador em saúde do NASF  Agente de Endemias
Micro área 5	TB, conceito, epidemiologia, contexto na comunidade adstrita a ESF de “Bela Vista”, fatores de risco, prevenção, complicações e consequências socioeconômicas, aspetos psicológicos.	1ra. Semana de Abril  2 horas	Equipe de saúde, Psicólogo do NASF, Educador em saúde do NASF, Agente de Endemias

## APÊNDICE 5

Plano temático proposto para atividade educativa com amostra definitiva:

<b>Encontros</b>	<b>Tema</b>	<b>Data e Duração</b>	<b>Palestrante</b>
1	TB, conceito, epidemiologia, contexto na comunidade adstrita a ESF de “Bela Vista”.	1ra. Semana de Março 2 horas	Equipe de saúde Psicólogo do NASF Educador em saúde do NASF Agente de Endemias
2	TB, fatores de risco, prevenção e controle.	2da. Semana de Março 2 horas	Equipe de saúde Psicólogo do NASF Educador em saúde do NASF Agente de Endemias
3	TB, complicações e consequências socioeconômicas.	3ra. Semana de Março 2 horas	Equipe de saúde Psicólogo do NASF Educador em saúde do NASF Agente de Endemias
4	TB, adesão ao tratamento, tratamento supervisionado, consultas de seguimento e controle, aspetos psicológicos.	4ta. Semana de Março 2 horas	Equipe de saúde Psicólogo do NASF Educador em saúde do NASF Agente de Endemias

## APÊNDICE 6

### PRIMEIRO FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS (PÓS-TESTE)

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Data da entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

2. Gênero: ( ) MASCULINO ( ) FEMININO

1.2 Faixa etária

( )  $\geq 18$  anos e  $<$  de 40 anos

( ) 41 a 49 anos

( ) 50 a 59 anos

( )  $\geq$  de 60 anos

#### 2. DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

2.1 Qual é seu estado civil?

( ) Solteiro (a)

( ) Casado (a)

( ) Separado (a)/Divorciado (a)

( ) Viúvo (a)

2.2 O Sr. (a) trabalha?

( ) Sim ( ) Não, sim si, onde? \_\_\_\_\_

2.2.1 O ambiente laboral é fechado, com pouca iluminação e com muitas pessoas?

( ) Sim ( ) Não

2.3 O Sr. (a) é morador de rua?

( ) Sim ( ) Não

2.4 Quantos anos o Sr. (a) estudou?

( ) Nenhum

( ) 1 a 4 anos

( ) 5 a 8 anos

( ) 9 anos ou mais

#### 3. SAÚDE E ESTILO DE VIDA

3.1 Em relação ao fumo?

Parou de fumar.

Diminuiu os cigarros por dia. Quantos diminui-o: \_\_\_\_\_

Segue do mesmo jeito.

Nunca fumou

3.2 Em relação a bebidas alcoólicas?

Parou de beber.

Diminuiu.

Continua do mesmo jeito.

Nunca bebe

Eventualmente

3.3 Faz uso de alguma substância narcótica (droga)?

Sim     Não, sim si, qual: \_\_\_\_\_

3.4 Têm o teve alguma doença crônica pulmonar (Asma Bronquial, DPOC, Neoplasia)?

Sim         Não

#### 4. CONHECIMENTO SOBRE TB

4.1 o Sr. (a) sabe o que é Tuberculose?

Sim      Não

4.2 Escreva 4 dos sintomas que considere são produzidos pela Tuberculose

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_.

4.3 Como é transmitida a Tuberculose?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4.5 Quem são as pessoas mais suscetíveis a enfermar de Tuberculose?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4.6 O Sr. (a) sabe se a Tuberculose tem tratamento e cura?

Sim      Não

4.7 Qual vacina é fornecida pelo SUS para prevenir a Tuberculose? Marque com uma X a resposta correta.

---

4.8 Qual é o exame usado para o diagnóstico e pesquisa da Tuberculose?

---

## 5. ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

5.1 Frequenta o posto de saúde para saber como está sua saúde?

( ) Sim

( ) Não

5.2 Quando foi sua última consulta médica?

( ) Neste mês

( ) Há 3 meses

( ) Há 6 meses

( ) De 6 meses a 1 ano

( ) Há mais de 1 ano

5.3 Para que serve o DISQUE SAÚDE?

---