

**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 EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ANGELA MARINA BERMUDEZ CHAVECO

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE: INTERVENÇÃO JUNTO OS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE TUBERCULOSE PULMONAR NA SEDE DE
IPAPORANGA (CE).**

**FORTALEZA
2014**

ANGELA MARINA BERMUDEZ CHAVECO

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE: INTERVENÇÃO JUNTO OS AGENTES
COMUNITARIOS DE SAÚDE SOBRE TUBERCULOSE PULMONAR NA SEDE DE
IPAPORANGA, CEARÁ (CE).**

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: Profa Me. Arnislane Nogueira Silva

FORTALEZA

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Federal do Ceará

C512e Chaveco, Angela Marina Bermudez.

Educação em saúde: intervenção junto os agentes comunitários de saúde sobre tuberculose pulmonar na sede de Ipaporanga / Angela Marina Bermudez Chaveco. – 2015.

32 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) – Núcleo Ceará, Núcleo de Tecnologias de Educação em Saúde à Distância (NUTEDS), Curso de Especialização em Saúde da Família, Fortaleza, 2015.

Orientação: Prof^ª. Me. Arnislane Nogueira Silva

1. Tuberculose. 2. Agentes comunitários de saúde. 3. Educação em saúde. I. Título.

CDD 362.1

ANGELA MARINA BERMUDEZ CHAVECO

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE: INTERVENÇÃO JUNTO OS AGENTES
COMUNITARIOS DE SAÚDE SOBRE TUBERCULOSE PULMONAR NA SEDE DE
IPAPORANGA, CEARÁ (CE).**

**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,
comorequisito parcial para obtenção do Título de Especialista.**

Aprovado em: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

**Prof(a) Me. Arnislane Nogueira Silva
Orientadora/ Faculdades INTA/HRNF**

**Profº., Me.Hiroki Shinkai.
UFC/Sobral**

**Prof(a) Me. Késia Marques Moraes.
Faculdades INTA/HRN.**

RESUMO

A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa constituindo-se ainda um sério problema de saúde pública no Brasil, devido à sua crescente incidência em diferentes grupos populacionais e pelo maior número de mortes entre todas as outras doenças infecto-contagiosas. Esse fato é preocupante porque se trata de uma doença evitável e curável, com tratamento específico. O objetivo desta investigação é criar e verificar a efetividade de um método de intervenção educativa sobre tuberculoses nos Agentes Comunitários de Saúde no município de Ipaporanga - CE, no mês de Abril do ano 2015. Será realizado um estudo qualitativo, experimental de intervenção educativa no Posto de Saúde da Sede de Ipaporanga, Ceará, no mês de abril. O universo será composto pelo total dos Agentes Comunitários de Saúde do Posto de Saúde da Sede de Ipaporanga, Ceará, aos quais será aplicado um questionário, principal fonte para a obtenção de dados da pesquisa. Para a execução do estudo em uma fase inicial se terá comunicação com os Agentes Comunitários de Saúde, a fim de envolvê-los no presente inquérito, o que ficará validado através de um documento que será assinado como prova de sua vontade para participar do estudo. Esta pesquisa será realizada em três etapas: diagnóstico, intervenção e avaliação. O instrumento de coleta de dados utilizado neste estudo será um questionário elaborado pela autora do estudo. Todas as informações utilizadas neste estudo serão mantidas sob os princípios da máxima confiabilidade, o uso dele será apenas para fins científicos. Espera - se que a intervenção educativa seja eficaz e após sua aplicação, melhorem os conhecimentos que os Agentes Comunitários de Saúde têm sobre a tuberculose.

Palavras- chave: Tuberculose. Agentes Comunitários de Saúde. Educação em Saúde.

RESUMEN

La tuberculosis es una enfermedad infecto-contagiosa que constituye todavía un serio problema de salud pública en Brasil, debido a su creciente incidencia en diferentes grupos poblacionales y es responsable del mayor número de muertes entre todas las enfermedades infecto-contagiosas. Este hecho es preocupante porque se trata de una enfermedad evitable y curable con tratamiento específico. El objetivo de esta investigación será crear y verificar la efectividad de un método de intervención educativa sobre tuberculosis en los Agentes Comunitarios de Salud del municipio Ipaporanga - CE en el mes de abril del año 2015. Se realizará un estudio cualitativo, experimental de intervención educativa en el Puesto de Salud Sede de Ipaporanga, Ceará, en el mes de abril de 2015. El universo será compuesto por el total de los Agentes Comunitarios de Salud del Puesto de Salud de la Sede de Ipaporanga, Ceará, a los cuales se le va a aplicar un cuestionario que será la principal fuente para la obtención de datos de la pesquisa. Para la ejecución del estudio en una fase inicial se les comunicará a los Agentes Comunitarios de Salud, la intención de involucrarlos en el presente estudio, lo que quedará validado a través de un documento que será firmado como prueba de su voluntad para participar en el estudio. Esta pesquisa será realizada en tres etapas: diagnóstico, intervención e evaluación. El instrumento de colecta de datos utilizado en este estudio será un cuestionario elaborado por la autora del estudio. Toda la información se conservará bajo los principios de máxima confiabilidad y el uso de ella será para fines científicos. Se espera que la intervención educativa sea eficaz y luego de aplicada mejoren los conocimientos que sobre la tuberculosis tienen los Agentes Comunitarios de salud.

Palabras- clave: Tuberculosis. Agentes Comunitarios de Salud. Educación en Salud.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 07 |
| 2 PROBLEMA..... | 10 |
| 3 JUSTIFICATIVA..... | 12 |
| 4 OBJETIVOS..... | 14 |
| 4.1 OBJETIVO GERAL..... | 14 |
| 4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS..... | 14 |
| 5 REVISÃO DE LITERATURA | 15 |
| 6 METODOLOGIA | 20 |
| 7 CRONOGRAMA | 24 |
| 8 RECURSOS NECESSARIOS | 25 |
| 9 RESULTADOS ESPERADOS | 26 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 29 |
| APÊNDICE I..... | 31 |
| APÊNDICE II..... | 33 |

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (Tb) é uma doença infectocontagiosa constituindo-se ainda um sério problema de saúde pública remanescente no Brasil, devido à sua crescente incidência em diferentes grupos populacionais e pelo maior número de mortes entre todas as outras doenças infectocontagiosas. Esse fato é preocupante porque se trata de uma doença evitável e curável, com tratamento específico (RUFFINO-PEREIRA, 2004).

Dentre os fatores que contribuem para que a tuberculose continue sendo um problema de saúde pública, destacam-se o de caráter social como determinante, aliado a insuficiência de recursos para os cuidados da saúde, afetando tanto a população em geral quanto os profissionais de saúde que possuem contato direto com os pacientes bacilíferos.

A doença em referência é causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, um microorganismo, que se propaga, sobretudo por via aérea facilitada pela aglomeração humana, por meio de gotículas contendo bacilos expelidos por um doente com tuberculose pulmonar ao tossir, espirrar ou falar em voz alta. Os órgãos mais acometidos são os pulmões, gânglios, pleura, rins, cérebro e ossos, sendo que todos os órgãos podem ser acometidos pelo bacilo da tuberculose (MELO, 2005).

É uma doença de evolução crônica que acomete, principalmente, os pulmões através das partículas leves que entram nas vias aéreas, normalmente contendo dois a três bacilos viáveis, atingindo os alvéolos onde a infecção pode se iniciar. Após a infecção a pessoa pode desenvolver a doença em qualquer fase da vida quando seu sistema imune não consegue mais manter os bacilos sob controle. (MELO, 2005).

O homem é o principal reservatório. Um indivíduo portador da forma pulmonar e bacilífero pode, infectar em torno de dez a quinze pessoas da comunidade em um ano de doença, se não tratado. Com o início do tratamento, a capacidade de transmissão da doença é eliminada em pouco tempo. Nos indivíduos que desenvolverão a doença, o período de incubação está em torno de quatro a doze semanas.

Dentre dos fatores de risco relacionados com a doença destacam-se os fatores socioeconômicos, além de algumas doenças, tais como diabetes mellitus, doença pulmonar obstrutiva crônica, uso prolongado de corticosteróides ou outros imunossupressores, neoplasias e uso de drogas e infecção pelo HIV.

O Brasil, assim com os países desenvolvidos, considera a tuberculose como uma doença que merece destaque em termos de saúde pública, apesar de todos os esforços da ciência na tentativa de controle, a doença ainda mantém sua hegemonia como maior causa de óbitos por doença infecto-contagiosa na fase adulta. (BRASIL, 2002).

A administração da vacina BCG por via intradérmica é instituída como obrigatória no ano de 1973. Buscando unificar as diversas instâncias do Governo no combate à tuberculose, foi lançado o II Plano Nacional de Desenvolvimento, tendo como financiadores o MS/INAMPS/SES (RUFFINO-NETTO, 2002).

Conforme Ruffino-Netto (2002, pág. 54): “a partir de 1981 aparecem novas estratégias de organização dos serviços de saúde: Ações Integradas de Saúde (AIS), Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) e finalmente o Sistema Único de Saúde (SUS).”

Em 2004, foi proposta uma nova estratégia de ação através do Plano de Ação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), que teve por base ações do Governo Federal como a descentralização e horizontalização dos programas de vigilância, prevenção e controle da Tuberculose, utilizando-se de estruturas como Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários. Os projetos de educação em saúde e mobilização social convocam a participação da sociedade. Assim como no monitoramento das ações, fez-se necessária a utilização de um programa informatizado capaz de consolidar todos os registros referentes à tuberculose no país. O sistema denominado Sistema de Informação de Agravos e Notificações (SINAN) constitui a principal ferramenta de gestão para organizar de planos de ação, acompanhar e avaliar o controle da doença (SANTOS, 2007).

O controle das doenças endêmicas no país é atribuição do Governo, independente de seus demais compromissos. Quando as medidas de controle são inexistentes ou ineficazes, faz-se necessária a parceria entre as instâncias do Governo, a população e os articuladores. Nesse momento, o movimento popular tem como alvo o de resistir a mais um agravo a sua sobrevivência (VALLA, 1998).

Em consonância com esse pensamento é que se pretende com este trabalho realizar um processo educativo com os profissionais de saúde de nosso município mais direcionado aos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) para que a pesquisa seja mais eficaz, além de contribuir para a melhora dos índices de Tb no município de atuação, fornecer informações e proporcionar mais conhecimento e saúde para a comunidade envolvida.

2 PROBLEMA

A evolução da sociedade transforma a realidade da mesma conduzindo o indivíduo que a compõe a adequação desta. Neste sentido os problemas de saúde têm aumentado, dentre eles a Tb que vem se ampliando .

Neste contexto a falta de conhecimento sobre a Tb representa um desafio para o sistema de saúde tanto em âmbito nacional quanto internacional, esta doença torna-se elemento de investigação, ampliando discussões para a avaliação efetiva dos serviços de saúde visando seu controle. Assim, julga-se necessário realizar estudos que abordem a avaliação com foco no conhecimento que tem os profissionais de saúde e a população e sobre esta doença e nas ações de controle da mesma.

Postulam-se várias causas para este desafio para o sistema de saúde. A certeza equivocada da doença não mais se achar presente e estar epidemiologicamente controlada fez com que as autoridades de saúde negligenciassem a importância de seu controle. O impacto dos condicionantes socioeconômicos marcou-se mais acentuadamente no final dos anos 60, pois, devido a mudanças na forma de trabalho na zona rural, decorreu uma migração desta população para os centros urbanos, onde devido ao movimento de urbanização desordenado passaram a viver nas periferias sem acesso ao mercado formal de trabalho e a tratamento de saúde (RUFFINO-NETTO & SOUZA, 1999).

Destacam-se entre as condições socioeconômicas que aumentam o risco da doença as grandes aglomerações populacionais, as más condições de habitação, a falta de saneamento básico, o nível de educação, trabalho, sistema de saúde e alimentação. O etilismo e o tabagismo também estão associados ao aumento na incidência da doença (TURCO,2008).

Siqueira-Batista et al., (2006) descrevem o número de óbitos devido à tuberculose no Brasil em torno de 5 mil ao ano, enfatizando os dados alarmantes do Rio de Janeiro, estado que exhibe as maiores taxas de incidência e mortalidade do país: 98,8/100.000 e 6,25/100.000 respectivamente.

Nesse cenário alarmante, é fundamental a conscientização e participação de todos os segmentos da sociedade, para que, atuando conjunta e ativamente,

possam ser suprimidos as diferenças sociais e o desafio que representa a tuberculose (SANTOS, 2007).

Diante dessa premissa elaborou-se as seguintes questões de pesquisa: Quais são os conhecimentos que os ACSs têm sobre a Tb pulmonar? Como podemos intervir, junto aos ACSs, para melhorar esses conhecimentos e para que eles possam identificar a doença na comunidade?

A urgência da necessidade do controle da expansão da doença pode ser identificada nas ações que envolvem os meios de comunicação de massa, como a utilização da televisão e jornais, bem como capacitações junto aos profissionais de saúde e em especial aos ACSs, que atuam mais diretamente junto às comunidades locais.

Atualmente, enfrenta-se uma verdadeira batalha para combater o avanço da doença e conseguir cumprir as metas estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Assim, na tentativa de alcançar um controle efetivo, faz-se necessária a união e também a mobilização da sociedade, que representa o principal agente transformador.

As fortes ligações da raiz da Tb com os determinantes sociais fazem das ações representadas pela política da Educação em Saúde um aliado no combate a doença.

Pensar na relação existente entre Educação e Saúde é conceber uma rede onde diferentes atores participam do processo, mas com um interesse comum. O que se espera é que o indivíduo, através do seu desenvolvimento, seja capaz de conquistar e compreender as questões em sua magnitude, mobilizando toda a sua aptidão e potencial, adquirindo um pensamento crítico capaz de influenciar o ambiente, assim como suas vidas, promovendo um ambiente favorável à saúde (LOMONACO, 2004).

Diante desta situação, o delineamento do presente estudo busca fazer uma intervenção educativa, junto aos ACSs acerca da Tb no município de Ipaoranga- Ceará.

3 JUSTIFICATIVA

A Tbé a segunda causa mundial de mortalidade, depois do HIV, causada por um agente infeccioso. A OMS, tomando como base os dados de vigilância e os formulários enviados pelos países, permitiu calcular que em 2012 deveriam ter sido notificados 8,6 milhões de casos novos de Tb, a estimativa era que 1,3 milhões de pessoas morreriam de Tb em 2012, incluídos 320.000 casos de co-infecção por HIV. Mais do 95% das mortes por Tb ocorrerem em países pouco desenvolvidos, sendo esta doença uma das três causas principais de morte em mulheres entre os 15 e os 44 anos.

Em 2012, estimou-se que 530.000 crianças ficaram doentes e 74.000 crianças soronegativas morreram de tuberculose. A tuberculose é a causa principal de morte das pessoas infectadas pelo HIV, pois causa uma quinta parte dos falecimentos neste grupo. A tuberculose multiresistente foi encontrada em quase todos os países estudados. Embora lentamente, seja decrescente o número anual estimado de pessoas doentes de tuberculose; isso quer dizer que o mundo está a caminho de cumprir o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio que consiste em impedir a propagação da doença até o ano de 2015. A taxa de mortalidade por tuberculose diminuiu em 45% entre 1990 e 2012. Por meio de estratégias DOTS (Directly Observed Treatment Short Course) e erradicação da Tuberculose recomendadas pela OMS, estima-se que uns 22 milhões de vidas foram salvas. (OMS, 2014)

Estima se que no ano 2011 houveram 268.400 casos de Tb na Região nas Américas, 5.100 menos que em 2010. Dois terços (67%) de todos os casos novos de Tb ocorreu na América do Sul; 17% no México e América Central; 11% no Caribe, e 5,1% em América do Norte. O Brasil ocupa atualmente o 17º lugar em todo o mundo e o primeiro lugar nas Américas o que concerne ao número total de novos casos de Tb (83.000). 60% de todos os casos novos de Tb que foram notificados na Região nas Américas correspondiam ao Brasil, Peru, México e Haiti.

A taxa de novos casos de Tb na Região das Américas foi de 28 por 100.000 habitantes. O valor mais alto correspondia ao Caribe (75) e o mais baixo a

América do Norte. Em 2011, estima-se que ocorreram 337.000 casos prevalentes de Tb nas Américas, e 20.700 mortes devido a Tb entre os casos sem HIV.

Estima-se que em 2011 houveram 6.000 casos de Tb multidroga resistente (Tb-MDR) entre os casos de Tb pulmonar (TbP) notificados nas Américas. A proporção estimada de Tb-MDR foi de 2,1% (1,4%-3,0%), entre os casos novos, e de 11% (8,0%-15%) entre os casos de retratamento. Sete países (Peru, Brasil, México, Equador, Argentina, República Dominicana e Haiti) representarem mais de 80% de todos os casos de Tb-MDR calculados na Região.

De todos os casos novos de Tb; 38.100 (14%) correspondem aos casos novos de Tb/HIV ocorridos nas Américas. Dois terços de todos os casos novos de Tb/HIV ocorreram no Brasil, México e Haiti. Mais de 9.800 casos de Tb notificados nas Américas em 2011 foram crianças (idade de 0-14 anos), 5,1% de todos os casos novos de Tb notificados, o que equivale a 4,2 casos de Tb infantil por 100.000 crianças.

A taxa de detecção de casos (qualquer forma de Tb) tem vindo a aumentar nas Américas durante os últimos anos: de 70% em 2001 a 84% em 2011. O sucesso do tratamento ainda não atingiu as metas nas Américas. Só 75% de todos os casos novos de Tb com baciloscopia positiva que levaram tratamento na coorte em 2010 foram tratados com sucesso (foram curados ou completaram o tratamento). Em 2011 mais de 20.900 casos de Tb tinham HIV, 1.200 a mais que o ano anterior (+6,6%). A região das Américas em geral evoluiu de forma satisfatória para as metas globais para o controle da Tb. (OPAS, 2013).

A estrada que leva à mudança de consciência é longa, porém, o presente trabalho espera auxiliar o Brasil e mais especificamente o Município de Ipaporanga no estado do Ceará, no cumprimento das metas estabelecidas, proporcionando conhecimento para uma população que seja capaz de realizar uma análise crítica de suas atitudes e condições de vida. Este trabalho, assim como outros, tem por objetivo ser mais um instrumento na luta contra uma doença curável, mas que ainda acomete grande parte da população mundial.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

- Criar e verificar a efetividade de um método de intervenção educativa sobre tuberculoses nos Agentes Comunitários de Saúde no município de Ipaporanga - CE, no mês de Abril do ano 2015.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar o grau de conhecimentos dos atores envolvidos sobre a tuberculose no início do estudo.
- Aplicar a intervenção educativa na mostra selecionada;
- Avaliar o nível de conhecimento alcançado pelos ACSs após a intervenção educativa.

5 REVISÃO DE LITERATURA

A despeito de ser uma doença conhecida desde muitos séculos anteriores e curável com o tratamento, ainda hoje, é um grave problema da Saúde Pública Mundial pois continua demonstrando sua força, potencialidade de contaminação e resistência ao longo dos anos.

Até a descoberta do bacilo de Koch, em 1882, considerava-se a tuberculose como uma doença de origem hereditária. Em geral, quando uma pessoa adoecia, vários membros da família também adoeciam. Não se percebia, naquela época, que o confinamento familiar era o que favorecia a propagação da doença no grupo (NASCIMENTO, 2005).

Na década de 40 do século XX, com o descobrimento das primeiras drogas tuberculostáticas, inaugurou-se uma nova era na história da tuberculose, a era dos quimioterápicos. Com a descoberta da quimioterapia eficaz, a tuberculose foi considerada um problema controlado, uma vez que se passou a dispor de todas as condições técnicas para a sua prevenção, através da vacina BCG, diagnóstico e tratamento. No entanto, após 1985, a tendência de declínio da doença começou a apresentar uma inversão no seu quadro, com o surgimento da AIDS (MALHERBI, 2001).

No final do século XX, já sendo vista com um fenômeno social, a tuberculose começa a ser discutida como objeto de responsabilidade do Estado. Nesse mesmo período, quando sua incidência volta a ser preocupante, seja pelo recrudescimento da miséria em um enorme contingente da população, seja pelo aumento da resistência bacilar, deparamo-nos com a sua emergência em função da AIDS, que se constitui em mais um fator de influência nos índices da tuberculose. (NASCIMENTO, 2005).

O Plano Nacional de Controle da Tuberculose foi lançado com o objetivo de corrigir ou, pelo menos, minimizar a situação alarmante da tuberculose, definindo a doença como questão de prioridade entre as políticas governamentais de Saúde Pública. Um conjunto de ações descentralizadas, em todo território nacional sob responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais,

estabeleceu diretrizes e fixou metas para o alcance dos objetivos, tais como: implementar a cobertura do programa nacional de Controle da Tuberculose em 100% dos municípios; diagnosticar pelo menos 92% dos casos esperados e tratar, com sucesso, no mínimo 85% deles; manter o abandono de tratamento em percentuais considerados aceitáveis (5%) (BRASIL, 2002).

Sob a coordenação do Programa Nacional de Tuberculose, o programa de controle da tuberculose é hoje operacionalizado nas unidades de saúde pública de todos os estados. Suas ações básicas se fundamentam no tratamento ambulatorial, nas atividades de prevenção, nos seus diversos níveis, como também no controle dos comunicantes dos casos (BRASIL, 2002).

A não ser em casos extremos, a tuberculose, é uma doença que não requer recursos hospitalares. O seu tratamento sempre esteve disponível no serviço público, porém tem-se observado que as escolas de saúde não formam profissionais para atuar na rede pública de atenção básica. O conhecimento sobre a doença é adquirido, na realidade, com cursos de capacitação (QUEIROZ; PUNTEL, 1997). Diagnosticar e tratar, o mais rápido possível, a tuberculose é uma grande medida para salvar vidas e recuperar a saúde das pessoas acometidas por essa afecção. Antes da quimioterapia, 50% das pessoas com tuberculose não tratadas morriam, 25% tornavam-se crônicos e 25% curavam-se espontaneamente. Hoje o método de redução da tuberculose na sociedade está baseado na busca de casos novos e realização do tratamento adequado (BRASIL, 2002).

Denomina-se “caso de tuberculose” todo indivíduo com diagnóstico confirmado por baciloscopia ou cultura, e aquele em que o médico, com base nos dados clínicoepidemiológicos e no resultado de exames complementares, firma o diagnóstico de tuberculose. “Caso novo” é a pessoa com tuberculose que nunca usou, ou usou por menos de um mês drogas antituberculosas (BRASIL, 2002).

A propagação da tuberculose está intimamente ligada às condições de vida da população. Ela prolifera, como todas as doenças infecciosas, em áreas de grande concentração humana, com falta de infra-estrutura, saneamento, onde coexistem a fome e a miséria. Por isso, sua incidência é maior nas periferias das cidades, porém pode acometer qualquer pessoa, independente de sua moradia.

Nesse sentido, atenção especial deve ser dada a populações de maior risco de adoecimento, representadas, sobretudo, por residentes em comunidades fechadas, como presídios, manicômios, asilos. Também se incluem os imunodreprimidos por uso de medicamentos ou por doenças imunossupressoras (BRASIL, 2002).

Quando os bacilos da tuberculose começam a se multiplicar no pulmão, os primeiros sintomas são muito parecidos com uma “gripe mal-curada”: tosse, febre, fadiga. Com a progressão da doença, outros sintomas podem se apresentar: tosse produtiva por mais de três semanas; poderá ou não haver hemoptise; emagrecimento; cansaço fácil; anorexia; febre baixa, geralmente à tardinha; sudorese noturna com calafrios; dores torácicas; dispnéia aos esforços (BRASIL, 2002).

O diagnóstico da tuberculose, além da avaliação clínica, deverá estar fundamentado nos métodos a seguir:

- Exame microscópico direto do escarro: a baciloscopia direta do escarro é método fundamental, porque permite descobrir as fontes mais importantes de infecção: os casos bacilíferos (BRASIL, 2002);

- Cultura para Micobactéria: a cultura é indicada para os suspeitos de tuberculose pulmonar, persistentemente negativos ao exame direto, e, para o diagnóstico de formas extrapulmonares, como meningoencefálica, renal, pleural, óssea ou ganglionar. A cultura também está indicada nos casos de suspeita de resistência bacteriana às drogas, seguida do teste de sensibilidade (BRASIL, 2002);

- Radiológico: o exame radiológico é auxiliar no diagnóstico da tuberculose, justificando-se sua utilização nos casos suspeitos. Nesses pacientes, o exame radiológico permite a seleção de portadores de imagens sugestivas de tuberculose ou de outra patologia. É indispensável submetê-los a exame bacteriológico, para se fazer um diagnóstico correto, já que não é aceitável, exceto em crianças, o diagnóstico de tuberculose pulmonar sem investigação do agente causal pela baciloscopia de escarro (BRASIL, 2002);

- Histopatológico: é um método empregado principalmente na investigação das formas extrapulmonares. A lesão apresenta-se como um

granuloma, geralmente com necrose de caseificação e infiltrado histiocitário de células multinucleadas. Como essa apresentação ocorre em outras doenças, o achado de BAAR na lesão é fundamental para auxiliar o diagnóstico de tuberculose (BRASIL, 2002);

- Prova tuberculínica (PPD): utilizada como método auxiliar no diagnóstico da tuberculose, o PPD quando reator, isoladamente, indica apenas a presença de infecção e não é suficiente para o diagnóstico da doença (BRASIL, 2002);

- Outros métodos de diagnóstico: além da bacteriologia, da radiologia, da prova tuberculínica e da histopatologia, existem, desenvolvidas ou em desenvolvimento, outras metodologias diagnósticas. Entretanto, pelo alto custo destes métodos, e pela ausência de provas consistentes quanto à sensibilidade, especificidade e valores preditivos, eles não devem ser usados indiscriminadamente (BRASIL, 2002).

Na atualidade, a maior dificuldade com relação ao tratamento da Tb é a não adesão ao mesmo, o que traz por consequência, um aumento dos índices de incidência, mortalidade e de Tb-MDR.

Para evitar o abandono do tratamento, principalmente para as pessoas de alto risco, foi instituído pelo Ministério da Saúde o tratamento diretamente observado (TDO), que consiste em observar a pessoa com tuberculose tomar a medicação, pelo menos três vezes por semana, nos dois primeiros meses, e duas vezes por semana até o final do tratamento, que é de seis meses. A medicação assistida pode ser supervisionada por um familiar cuidador, agente comunitário de saúde ou ainda por um profissional de saúde. Entretanto, esse controle sobre as pessoas com tuberculose tem levantado muita polêmica entre os estudiosos da área (BRASIL; 2002).

Na grande maioria dos casos, a tuberculose é um problema que pode ter a sua resolução na Atenção Primária de Saúde, e equipes de saúde capacitadas podem interferir positivamente nesse problema de saúde, através da investigação dos Sintomáticos Respiratórios (SR), do diagnóstico precoce, do tratamento com esquema básico descentralizado, do acompanhamento do doente com tuberculose e

de seus contatos, facilitando o acesso (porta de entrada do sistema) e diminuindo a taxa de abandono do tratamento. (FERREIRA;GLASENAPP; FLORES, 2011)

Segundo Júnior, Silva e Moura (2006), o pilar estratégico para a prevenção da tuberculose é a atenção primária à saúde. Nesse contexto, referem que a prevenção visa à realização de intervenções de modo a alcançar indivíduos, grupos sociais em risco de adoecer ou a sociedade em geral, como a melhoria das condições de vida e maiores investimentos em saúde pública.

6 METODOLOGIA.

6.1 Tipo de pesquisa.

Será realizado um estudo qualitativo, experimental de intervenção educativa com o objetivo de criar e verificar a efetividade de um método de intervenção educativa sobre tuberculoses nos Agentes Comunitários de Saúde no município de Ipaporanga - CE, no mês de Abril do ano 2015.

Nos estudos experimentais o investigador manipula as condições da pesquisa. Neste tipo de estudo é utilizado para avaliar a eficiência de diferentes terapias, atividades preventivas ou para avaliar estudos de planejamento e programação sanitária. Em estudos de rastreamento os indivíduos, são identificados com base em sua exposição, mais ao contrário destes, em estudos experimentais é o pesquisador quem decide a exposição. O grande controle que você tem sobre o projeto facilita a interpretação das associações como causais. (SACKETT et al., 1994)

Geralmente trata-se de estudos comparativos com projetos experimentais, onde os resultados são medidos atribuídos à intervenção.

6.2 Universo da pesquisa.

O universo será composto pelo total dos Agentes Comunitários de Saúde do Posto de Saúde da Sede de Ipaporanga, Ceará, aos quais será aplicado um questionário como principal fonte para a obtenção de dados da pesquisa.

Para a execução do estudo em uma fase inicial se terá comunicação com os Agentes Comunitários de Saúde, a fim de envolvê-los no presente inquérito, o que ficará validado através de um documento que será assinado como prova de sua vontade para participar do estudo.

Ipaporanga é um município do estado de Ceará, pertence à Mesorregião Sertão Cearense e à Microrregião Sertão de Crateús. Os habitantes se chamam Ipaporanguenses. Situado a 281 metros de altitude, suas coordenadas geográficas são Latitude: 4° 53' 53" Sul, Longitude: 40° 45' 21" Oeste. Tem um clima tropical

quente semi- árido brando, com chuvas de Janeiro a Abril. A temperatura média anual em Ipaporanga é 25.7 °C. A precipitação média anual é de 738 mm. O município se estende por 702,1 km² e contava com 11 343 habitantes no último censo de 2010. Deles 4 136 moravam em área urbana e 7 207 em área rural. A densidade demográfica é de 16,1 habitantes por km² no território do município. Vizinho aos municípios de Ararendá, Tamboril, Poranga, Crateús e Nova Russas, Ipaporanga se situa a 277 km de distância da Capital em linha reta e 375 km por rodovia. Em divisão territorial datada de 1991, o município é constituído de 2 distritos: Ipaporanga e Sacramento.

O Posto de Saúde Familiar Sede do município de Ipaporanga fica na rua Manoel de Paula s/n, conta de 7 Agentes Comunitários de Saúde distribuídas nos Bairros Central, Centro, Caixa da Água, Bom Princípio, São José.

6.3 Critérios de amostragem.

Critérios de inclusão

- Todos os Agentes Comunitários de Saúde da Sede, no município Ipaporanga, Ceará.
- Dar o consentimento livre e esclarecido para participar da pesquisa.

Critérios de exclusão.

- Todos os Agentes Comunitários de Saúde que após o início da investigação decidam não continuar a participar na mesma.

6.4 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados.

Esta pesquisa será realizada em três etapas: diagnóstico, intervenção e avaliação. O instrumento de diagnóstico utilizado neste estudo será um questionário elaborado pela autora do estudo e será aplicado antes e depois da intervenção educativa. Esta ferramenta de avaliação será submetida à consideração dos expertos locais e irá responder aos objetivos da pesquisa.

Analisados os resultados do diagnóstico inicial, vai ser aplicado a intervenção educativa considerando-se como o treinamento dos ACSs, uma vez por semana no mês de abril de 2015. Se conceber a estratégia de recorrer a técnicas como a animação e reflexão, discussões de vídeos, dinâmica de grupo, palestras e entrega de materiais educativos.

6.5 Procedimentos para a tabulação de dados.

As informações coletadas no questionário serão processadas de forma informatizada para o qual um banco de dados vai-se criar em um computador Intel Core i7, utilizando o pacote estatístico SPSS, onde se vai calcular a porcentagem como a medida de resumo.

6.6 Procedimentos de interpretação e análises dos dados e informações.

A discussão sobre o assunto será através da justificação dos objetivos propostos, comparando-os com os resultados de outros estudos semelhantes. Os textos serão feitos em Microsoft Word e as tabelas em Excel.

Finalmente, todas as análises permitirão avaliar o nível de conhecimento alcançado pelos ACSs após a intervenção educativa através de o questionário elaborado pela autora do estudo

6.7 Considerações éticas.

Conforme a resolução 466/12, as pesquisas envolvendo seres humanos devem atender as exigências éticas e científicas fundamentais. Segundo o princípio da autonomia, a ética da pesquisa implicará em consentimento livre e esclarecido dos indivíduos alvo e na proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes. Neste sentido a pesquisa deverá sempre tratar estes indivíduos em sua dignidade respeitando-se em sua autonomia e defendendo-os em sua vulnerabilidade.

De acordo com Beauchamp e Childress (1994) o princípio da beneficência refere-se à ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais,

individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos. A garantia que danos previsíveis serão evitados foi dada pelo princípio da não maleficência.

Enquanto isso, o princípio da justiça e equidade se refere à relevância social da pesquisa com vantagem significativas para o sujeito participantes e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis o que garantiu a igual consideração sócio-humanitária.

De acordo com Conselho Nacional de Saúde serão respeitados os princípios éticos da pesquisa e garantido o anonimato das pessoas envolvidas as quais assinarão o termo de consentimento livre e esclarecido assegurado ao participante o caráter confidencial de seus dados a fim de preservar sua identidade tendo livre direito de desistir de participar a qualquer momento.

Todas as informações utilizadas neste estudo serão mantidas sob os princípios da máxima confiabilidade, o uso delas será apenas para fins científicos.

7 CRONOGRAMA

| CRONOGRAMA DE ATIVIDADES | Julho2014 | Agosto2014 | Setembro 2014 | Outubro2014 | Febrereiro 2015 | Março 2015 | Abril 2015 | Maio 2015 |
|--------------------------------------|-----------|------------|---------------|-------------|-----------------|------------|------------|-----------|
| A t i v i d a d e s | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 9 |
| Pesquisa bibliográfica | X | X | | | | | | |
| Elaboração de projeto de intervenção | | | X | X | | | | |
| Defesa do projeto | | | | | X | | | |
| D i a g n ó s t i c o | | | | | | X | | |
| Intervenção educativa | | | | | | | X | |
| A v a l i a ç ã o | | | | | | | | X |

Quadro 1: Cronograma de atividades

O responsável pela aplicação deste cronograma será a autora do estudo

8 RECURSOS NECESSÁRIOS

| Especificação do material utilizado | Quantidade | Valor R\$ | Valor total R\$ |
|---|-----------------|---------------|--------------------|
| H D e x t e r n o | 1 | 2 9 9 . 0 0 0 | 2 9 9 . 0 0 0 |
| P e n D r i v e 3 2 g b | 1 | 1 0 9 . 0 0 0 | 1 0 9 . 0 0 0 |
| Cartucho com tinta preta | 1 | 6 0 . 0 0 0 | 6 0 . 0 0 0 |
| Cartucho com tinta colorida | 1 | 7 0 . 0 0 0 | 7 0 . 0 0 0 |
| Resma de papel ofício | 3 | 1 5 . 0 0 0 | 4 5 . 0 0 0 |
| Caneta esferográfica | 1 5 | 1 . 8 0 | 2 7 . 0 0 0 |
| F o t o c o p i a s | 4 0 0 | 0 . 1 0 | 4 0 . 0 0 0 |
| G a s o l i n a | 1 . 0 0 0 . 0 0 | 3 . 3 0 | 3 . 3 0 0 . 0 0 |
| Revisão lingüística | 1 | 3 0 0 . 0 0 0 | 3 0 0 . 0 0 0 |
| E n c a d e r n a ç ã o | 3 | 1 0 . 0 0 0 | 3 0 . 0 0 0 |
| Encadernação definitiva em Capa Dura/Azul | 3 | 3 5 . 0 0 0 | 1 0 5 . 0 0 0 |
| T o t a l G e r a l | | | R\$4.385.00 |

Quadro 2: Orçamento dos valores gastos no decorrer da pesquisa.

Ressaltamos que as despesas provenientes da execução do projeto de pesquisa se darão em parte por conta da pesquisadora e em parte pela secretaria de saúde de Ipaporanga.

9 RESULTADOS ESPERADOS

Além das atribuições gerais definidas pelo Ministério da Saúde são sugeridas atribuições mínimas específicas para os ACSs de acordo com as especificidades locais:

- Identificar os sintomáticos respiratórios nos domicílios e na comunidade.
- Encaminhar ou comunicar o caso suspeito à equipe.
- Orientar e encaminhar os contatos à Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta, diagnóstico e tratamento, quando necessário.
- Orientar a coleta e o encaminhamento do escarro dos sintomáticos respiratórios.
- Supervisionar a tomada de medicação, conforme planejamento da equipe.
- Fazer visita domiciliar, de acordo com a programação da equipe, usando a ficha do SIAB (B-TB) e a Ficha de Acompanhamento da Tomada Diária da Medicação, mantendo-a atualizada.
- Verificar no Cartão da Criança a situação vacinal, se faltoso encaminhar à UBS.
- Realizar busca ativa de faltosos e daqueles que abandonaram o tratamento.
- Verificar a presença de cicatriz da vacina BCG no braço direito da criança. Caso não exista e não haja comprovante no Cartão, encaminhar a criança para vacinação. Observar a indicação de vacinação preconizada pelo Programa Nacional de Imunização (PNI), (até 5 anos de idade).
- Realizar ações educativas junto à comunidade.
- Participar com a equipe do planejamento de ações para o controle da tuberculose na comunidade.

- Observar os cuidados básicos de redução da transmissão do *Mycobacterium tuberculosis*. (BRASIL, 2011)

Com a implementação deste Projeto de Intervenção esperamos acrescentar os conhecimentos que os ACSs da UBS Sede de Ipaporanga têm sobre a Tb, o que forneceria uma melhor preparação, e realização das atribuições mínimas específicas sugeridas pelo Ministério da Saúde.

Os ACSs são o primeiro contato da população com os profissionais da saúde que poderiam sensibilizar aos pacientes para procurar ajuda especializada nos Postos de Saúde Familiar, facilitando o acesso do cliente ao diagnóstico de Tb na atenção básica, desde a identificação do caso, na adesão do tratamento, até a obtenção da cura e contribuir à redução de abandono do tratamento.

Os ACSs devem ficar motivados para olhar o problema da Tb como uma questão importante de saúde pública, uma vez que sua participação efetiva pode ser considerada como força motriz para garantir o controle sobre esta e outras enfermidades.

Os ACSs capacitados nas ações de controle da Tb têm uma ferramenta para identificar sintomas clínicos, evidências epidemiológicas e fatores de risco dos suspeitos da enfermidade. Considerando esses aspectos, cabe ressaltar que a descoberta precoce do caso, o diagnóstico correto e o tratamento completo dos doentes com baciloscopia positiva são tidos como uma das principais medidas de controle da Tb na comunidade.

Podem, também, fazer divulgação de informações sobre a tuberculose nas escolas, nas igrejas, nos serviços de saúde e na comunidade, favorecendo as atitudes positivas de saúde e o desenvolvimento de estilos de vida que promovam a saúde. (VILELA; MENDES, 2000).

Alinhado às diretrizes internacionais, o PNCT considera que a mobilização comunitária é fundamental para que o diagnóstico seja feito o mais precocemente possível, a adesão ao tratamento seja melhorada, reduzindo o abandono a menos de 5% dos casos, e o percentual de cura dos pacientes alcance, pelo menos, 85% dos casos. (BRASIL, 2010).

No Brasil, o envolvimento dos ACSs nas ações de controle da Tb ainda é bastante recente e espera-se que trabalhem ativamente na realização de atividades de sensibilização da população para questões relacionadas à prevenção da Tb, e lutem contra o estigma e o preconceito que atingem as pessoas afetadas pela doença.

REFERÊNCIAS

BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. **Principles of biomedical ethics**. 4a ed. New York: Oxford University Press, 1994.

BRASIL. **Controle da tuberculose**: uma proposta de integração ensino-serviço. 5. ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. Fundação nacional de Saúde. Centro de Referência Professor Hélio Fraga, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica : protocolo de enfermagem** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília, 2010.

FERREIRA, Sandra Rejane Soares; GLASENAPP, Rosane; FLORES, Rui (2011). **Tuberculose na Atenção Primária à Saúde**; Ministério Da Saúde, Grupo Hospitalar Conceição, Centro Federal de Ensino e Pesquisa em Saúde, Serviço de Saúde Comunitária. Porto Alegre – RS. 1ª ed. ampliada - Março de 2011. Hospital Nossa Senhora Conceição S.A. disponível em: <http://www2.ghc.com.br/GepNet/publicacoes/tuberculosisenaatencao.pdf> acessado em: 17-08-14.

FLECHER R.H., FLETCHER S.W. WAGNER E.H. **Epidemiologia Clínica**. 2da ed. Barcelona: Masson-Williams & Wilkins; 1998.

JÚNIOR, Ailton Cezário Alves, SILVA, Cláudia Hermínia Lima, MOURA, Edílson Corrêa (2006). **Atenção à saúde do adulto tuberculose: Saúde em casa**. 1ª Edição, secretaria de estado de saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas-guia/LinhaGuiaTuberculose.pdf> Acessado 18-08-14.

LOMONACO, A. F. S. **Concepções de Saúde e Cotidiano Escolar - O Viés Do Saber e da Prática**. 2004. <http://www.anped.org.br/reunioes/27/gt06/t063.pdf>. Consulta em 13 de julho de 2014.

MALHERBI, Vanessa Cristina de Souza Alvetti. **Tuberculose como causa básica e associada de óbito** - Santa Catarina, 1996 – 1999. Florianópolis, 2001. (Mestrado em Saúde Pública) - Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

MELO, Fernando A. Fiúza, *et al.* Tuberculose. In: VERONESI, Ricardo. **Tratado de Infectologia**. 3º edição. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. volume 1. Parte 6: doenças causadas por bactérias e micobactérias, pág. 1139 a 1205.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. **As pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

OMS. Centro de Prensa. **Tuberculosis** Nota descritiva N°104 Marzo de 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>> Acesso em: 18 agosto 2014.

OPAS. **La tuberculosis en la Región de las Américas: Informe Regional 2012**. Epidemiología, control y financiamiento. Washington, DC : OPS, 2013.

QUEIROZ, Marco de Souza; PUNTEL, Maria Angélica. **A endemia hansênica: uma perspectiva multidisciplinar**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

RUFFINO, N.A; PEREIRA, J.C. Carga da tuberculose: reflexões sobre o tema. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v.30, n.4, p.307-309, 2004.

RUFFINO-NETTO, A. Tuberculose a calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** 35(1): 51-58, Jan-Fev, 2002.

RUFFINO-NETTO, A.; SOUZA, A. M. A. F. Reforma do Setor Saúde e Controle da Tuberculose no Brasil. **Informe Epidemiológico do SUS** 1999; 8(4):35-51

SACKETT DL., HAYNES RB., GUYATT GH., TUGWELL P. **Epidemiologia Clínica**. 2da ed. Madrid: Editorial Medica Panamericana; 1994.

SANTOS, J. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. **Rev. Saúde Pública** vol.41 suppl.1 São Paulo Sept. 2007. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil.

SIQUEIRA-BATISTA, R. et al. Resposta imune ao *Mycobacterium tuberculosis*: nível de conhecimento de profissionais de Saúde da Família do Estado do Rio de Janeiro antes e após capacitação sobre tuberculose. **Revista Pulmão RJ** 2006; 15(4):238-246.

TURCO, S. C. **Desigualdades Sociais, Pobreza e Cuidado à Saúde: acesso e adesão ao tratamento de tuberculose em uma unidade de saúde no município do Rio de Janeiro**. Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública. Rio de Janeiro, abril de 2008.

VALLA, V. V. Participação popular e endemias: uma nova conjuntura. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 14(Sup. 2):4-5, 1998.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. **Entre Newton e Einstein: desmedicalizando o conceito de saúde**. Ribeirão Preto: Holos Editora, 2000. 83 p.

APÊNDICE

APÊNDICE I

Questionário aplicado aos ACSs do PSF Sede de Ipaporanga - CE, sobre o conhecimento da tuberculose. Assim agradecemos a sua participação neste estudo, respondendo-nos algumas perguntas.

P01 - Sabe o que é tuberculose?

Não 1
 Sim 2
 NS/NR 10

P02- Sabe qual é a causa da tuberculose?

Não 1
 Sim 2
 NS/NR 10

P03 - Sabe quais são os fatores de risco para contrair a tuberculose?

Não 1
 Sim 2
 NS/NR 10

P04 - Se sim, poderia citar alguns exemplos?

P05 - Sabe qual é o modo de transmissão da tuberculose?

Não 1
 Sim 2
 NS/NR 10

P06 - Se sim, poderia citar algum exemplo?

P07 - Sabe quais são os sintomas da tuberculose?

Não 1
 Sim 2
 NS/NR 10

P08 - Se sim, poderia citar algum exemplo?

P09 - Se descobrisse que alguém tem tuberculose, como reagiria?

P10 - Sabe como se previne a tuberculose?

Não 1
Sim 2
NS/NR 10

P11 - Se sim, poderia dar-me algum exemplo?

P12 - Sabe que o que é o Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica?

Não 1
Sim 2
NS/NR 10

P13 - Sabe que o tratamento da tuberculose é gratuito?

Não 1
Sim 2
NS/NR 10

Muito obrigado pela sua participação

O inquiridor.

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados sobre a pesquisa:

Tema do Projeto: “EDUCAÇÃO EM SAÚDE: INTERVENÇÃO JUNTO OS AGENTES COMUNITARIOS DE SAÚDE SOBRE TUBERCULOSE PULMONAR NA SEDE DE IPAPORANGA (CE).”

Pesquisadora: Dra. Angela Marina BermúdezChaveco

A tuberculose é uma doença causada por uma bactéria que espalha-se pelo ar e seu contágio ocorre de pessoa para pessoa através da tosse, espirro ou da fala, etc. Geralmente essa bactéria ataca os pulmões e seus principais sintomas são tosse por mais de três semanas, além de febre, suores noturnos e perda de peso. Apesar de ser uma doença curável, quando é tratada adequadamente. O objetivo desse estudo é realizar uma intervenção educativa para aumentar o nível de conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre tuberculose no município de Ipaporanga -CE, no período de Janeiro a Março do ano de 2015.

A sua participação no estudo acrescentaria seus conhecimentos sobre a tuberculose na comunidade para a busca ativa de pacientes sintomáticos respiratórios de mais de 21 dias.

Esse estudo poderá trazer benefícios à comunidade de Ipaporanga, auxiliando no controle da doença na comunidade e à melhoria do relacionamento entre profissionais da saúde e residentes, condições essenciais ao tratamento adequado da doença.

Declaro que esse estudo não causará nenhum desconforto ou risco ao entrevistado, pois o instrumento a ser utilizado será apenas um questionário no qual a sua identidade será mantida em sigilo.

O entrevistado está sendo convidado a participar da pesquisa, logo terá total liberdade de desistir do estudo ou retirar o seu consentimento a qualquer momento sem a necessidade de justificativas e a desistência não prejudicará sua assistência.

Portanto sua assistência será assegurada durante toda a pesquisa e lhe será garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que o entrevistado queira saber antes, durante e depois da sua participação.

Em caso de dúvidas, estarei à sua disposição para os devidos esclarecimentos pelo telefone 88 9762 1441.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu

_____dec
laro que, após ter sido convenientemente esclarecido, pela pesquisadora, concordei em participar do projeto de pesquisa acima.

Data: ___/___/___

Assinatura: _____

Endereço: _____

(Observação: Este termo de consentimento será preenchido em duas vias sendo que uma delas deverá ficar com o ACSs e o outro com o pesquisador)