



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

MARIANA SOBRAL RAMOS REGO

TUBERCULOSE: ESTRATÉGIA PARA CONTROLE DA DOENÇA EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE FORTALEZA

FORTALEZA

2018

MARIANA SOBRAL RAMOS REGO

**TUBERCULOSE: ESTRATÉGIA PARA CONTROLE DA DOENÇA EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE FORTALEZA**

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: Prof^o. Dra. Anamaria Cavalcante e
Silva

FORTALEZA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Federal do Ceará

Biblioteca Universitária

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

R268t Rego, Mariana Sobral Ramos

Tuberculose: estratégia para controle da doença em uma Unidade Básica de Saúde de Fortaleza. / Mariana Sobral Ramos Rego. – 2018.

25 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Especialização NUTEDS - Saúde da família, Fortaleza, 2018.

Orientação: Profa. Dra. Anamaria Cavalcante e Silva

1. Tuberculose. 2. Agentes Comunitários de Saúde. 3. Atenção Primária à Saúde. I.
Título.

CDD 362.1

MARIANA SOBRAL RAMOS REGO

**TUBERCULOSE: ESTRATÉGIA PARA CONTROLE DA DOENÇA EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE FORTALEZA**

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

Profª. Dra. Anamaria Cavalcante e Silva (Orientadora)

Centro Universitário Unichristus

Profª. Dra. Jocileide Sales Campos

Centro Universitário Unichristus

Profª. Dr. Bruno Souza Benevides.

Centro Universitário Unichristus

RESUMO

A tuberculose é a doença infecciosa que mais mata no mundo e, a despeito de investimentos globais em estratégias para o controle da doença, sua prevalência e incidência permanecem crescentes em algumas áreas de maior vulnerabilidade. A falha da detecção precoce dos sintomáticos respiratórios, observada no número de casos novos encaminhados para a Unidade de Atenção Primária em Saúde avaliada provenientes de outros serviços, motivou a investigação, com foco na atividade de Agentes Comunitários de Saúde, da deficiência na busca ativa desses pacientes. Foi aplicado um questionário antes e após uma atividade educativa sobre a temática, a fim de avaliar conhecimentos prévios acerca dos principais aspectos da doença e, após a intervenção, para discutir sobre ações que possibilitem avançar nesta problemática. Evidencia-se a demanda de maior percepção da vulnerabilidade do paciente, tendo em vista o bom desempenho em conhecimentos teóricos prévios.

Descritores: Tuberculose; Agentes comunitários de saúde; Atenção primária à saúde

ABSTRACT

Tuberculosis is the infectious disease that kills the most in the world and, despite global investments in strategies for disease control, its prevalence and incidence remain increasing in some areas of greater vulnerability. The failure of the early detection of respiratory symptomatology, observed in the number of new cases sent to the Primary Health Care Unit evaluated from other services, motivated the investigation, focusing on the activity of Community Health Agents, the deficiency in the active search of these patients. A questionnaire was applied before and after an educational activity on the subject, in order to evaluate previous knowledge about the main aspects of the disease and, after the intervention, to discuss actions that make it possible to advance in this problem. The need for greater sensitivity of the patient's vulnerability is evidenced, in view of the good performance in previous theoretical knowledge.

Keywords: *Tuberculosis; Community health agents; Primary health care*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 PROBLEMA.....	9
3 JUSTIFICATIVA.....	10
4 OBJETIVOS.....	11
OBJETIVO GERAL.....	11
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	11
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	12
6 METODOLOGIA.....	16
7 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	17
8 RECURSOS NECESSÁRIOS.....	18
9 CRONOGRAMA.....	19
10 CONCLUSÃO.....	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21
APÊNDICE.....	23

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é a doença infecciosa que mais mata no mundo, superando as mortes causadas pelo HIV e a malária juntos. Foram 10,4 milhões de casos estimados em 2015, sendo 87% dos casos reunidos em 30 países, dentre os quais o Brasil.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em relatório produzido em 2015, observou-se aumento do número de casos estimados globalmente; 9 milhões de casos novos em 2013, a despeito de investimentos crescentes em estratégias diagnósticas e terapêuticas da doença.

Estima-se que em 2016 houve 1,7 milhão de mortes devido à TB (incluindo 400mil coinfectados com TB/HIV), sendo a tuberculose resistente um problema crescente, com menos de 12% dos casos curados no mesmo ano.

No Brasil, 68 mil casos novos de tuberculose (TB) foram diagnosticados em 2015, sendo esta a responsável por cerca de 4,5 mil mortes neste período. De acordo com a nova classificação da OMS 2016-2020, o Brasil ocupa a 20ª posição na lista dos 30 países com alta carga de tuberculose e a 19ª posição na lista dos 30 países com alta carga de TB/HIV. No país, é 3ª causa de mortes por doenças infecciosas, sendo 1ª causa de mortes dentre as doenças infecciosas definidas dos pacientes com AIDS.

No Ceará, em 2012, foram registrados 3.468 casos novos da doença no SINAN. 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. Quanto ao diagnóstico da coinfeção 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.

A partir de 2003, a TB é definida como prioridade nas políticas públicas do Brasil e o Ministério da Saúde pactua, com as demais esferas de gestão, o fortalecimento da estratégia do Tratamento Supervisionado (TS) e do *Directly Observed Treatment Strategy* (DOTS) como principal instrumento para alcançar as metas internacionais propostas pela OMS detecção de pelo menos 70% dos casos bacilíferos estimados e de cura de, pelo menos, 85% dos casos tratados. A expansão das ações de controle para 100% dos municípios foi definida no âmbito da APS, na qual gestores municipais e estaduais devem agir de forma

planejada e articulada para garantir a implantação das ações de controle da TB que incluem o cumprimento da estratégia DOTS.

Isto posto, o presente estudo visa a identificar estratégias práticas – enfatizando a participação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) – para o controle desta doença que, apesar de curável e com tratamento integralmente garantido pelo SUS, ainda representa sério problema de saúde pública, especialmente em áreas de grande vulnerabilidade social, como a que a Unidade de Saúde em questão.

2 PROBLEMA

Diante do número significativo de pacientes com diagnóstico de tuberculose na unidade, identificados não apenas na Atenção Primária à Saúde (APS), mas principalmente devido ao crescente número de casos novos encaminhados de Unidades de Pronto-Atendimento, devido a internamentos por complicações associadas à tuberculose – destacando-se a sepse de foco pulmonar –, percebeu-se a falha na captação precoce dos sintomáticos respiratórios e decidiu-se por focar na ação dos ACS's, tendo em vista seu singular papel nesta busca ativa; tanto dos sintomáticos respiratórios, como de seus contactantes.

Deve-se ressaltar ainda a vulnerabilidade social da população adscrita como fator preponderante na incidência da TB local.

A investigação propõe-se, portanto, a identificar pontos a serem aperfeiçoados para a captação precoce destes pacientes, focando no conhecimento dos ACS's sobre os principais aspectos da tuberculose.

3 JUSTIFICATIVA

Sendo a tuberculose uma doença causada por um bacilo de transmissibilidade aerógena, com alto risco de contágio, interromper a cadeia de transmissão, através da identificação precoce dos sintomáticos respiratórios, bem como do controle de contatos, apresentam-se como pontos imprescindíveis à meta de redução da sua incidência.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) são peças fundamentais na luta contra a TB, desde a identificação dos grupos de risco até o seguimento do tratamento. Seu envolvimento nessa causa e o domínio sobre a doença foram considerados prioridade como estratégia de controle de doença na unidade.

Vale ressaltar também a relevância da investigação dos contactantes; ação com registro frequentemente negligenciado, contribui para a manutenção do ciclo do bacilo. Para atuar na cadeia de disseminação da tuberculose, faz-se necessária contundente ação nesse grupo; haja vista que o insucesso, eventualmente, não se deve a terapêutica inadequada do paciente, mas a reinfecção pelo contactante previamente contaminado e não identificado.

A organização da atenção ao comunicante de tuberculose é uma preocupação em responder aos indicadores de saúde, para monitorar a assistência prestada pelo serviço e sua qualidade, destacando-se a prevenção. Há a necessidade de o serviço incorporar a vigilância epidemiológica, identificando o comunicante, colhendo os exames e monitorando-o de forma preventiva.

Diante da situação apresentada e acreditando na importância do comunicante de tuberculose na cadeia epidemiológica, faz-se imprescindível a sistematização do seguimento dessa amostra para o alcance das metas preconizadas.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Identificar falhas na captação precoce de portadores de tuberculose pulmonar, focando no conhecimento prévio dos ACS's sobre os principais aspectos da doença.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Sensibilizar e atualizar as equipes de saúde acerca da relevância da morbimortalidade da tuberculose;
- Capacitar os Agentes Comunitários de Saúde para identificação dos sintomáticos respiratórios;
- Aprimorar o sistema de registro e notificação de casos que permitam o acompanhamento dinâmico dos resultados dos tratamentos de cada paciente, com os contactantes associados;
- Reavaliar sistematicamente as ações desenvolvidas.

5 REVISÃO DE LITERATURA

A TB é uma doença causada por um bacilo de crescimento lento, aeróbio estrito, álcool-ácido resistente (BAAR), de transmissibilidade aerógena. Há mais de três mil anos, essa bactéria acomete de maneira crescente a população mundial. Na década de 1990, foi considerada como problema de saúde de emergência global pela OMS, tendo em vista o aumento da incidência e da mortalidade por uma doença tratável e curável. (RAVIGLIONE, SNIDER JR e KOCHI, 1995)

A tuberculose era a doença que mais matava até o final do século XIX e meados do século XX. No Brasil, a mortalidade pela enfermidade permaneceu elevada até muitos anos depois da descoberta da terapia de controle específica. Entretanto, passados mais de 50 anos da descoberta do tratamento, os números atuais de incidência e mortalidade da tuberculose revelam que ainda estamos muito distantes do controle da doença.

As fontes de infecção encontram-se, principalmente, entre os doentes bacilíferos, responsáveis pela cadeia epidemiológica de transmissão, que ocorre, na grande maioria das vezes, por via aerógena, em ambientes fechados por meio de contatos íntimos e prolongados. Esses pacientes apresentam habitualmente tosse e expectoração por mais de três semanas e são chamados de sintomáticos respiratórios (SR). Os SR, junto com os suspeitos à radiografia de tórax e com os contatos de bacilíferos, formam a base para a descoberta de casos por meio da demanda espontânea aos serviços de saúde, em países como o Brasil (BRASIL, 2002)

Com relação ao risco para infecção por TB, estão implicadas as gotículas de saliva expelidas por pessoas com doença pulmonar (comumente chamadas de bacilíferos), a renovação do ar do ambiente e o tempo de exposição entre a fonte (bacilífero) e o contato. Os maiores transmissores da TB são potencialmente as pessoas que tosse e que têm BAAR positivo no exame de escarro, os doentes de TB pulmonar sem tratamento, os pacientes que recém iniciaram a terapia específica ou os casos com pobre resposta ao tratamento. Na TB pulmonar, após 15 dias de tratamento, a tosse diminui bastante e o risco de contágio cai de maneira significativa (PICON, RIZZON e OTT, 1993.)

Sabe-se que, frequentemente, a fonte de infecção é um indivíduo com a forma pulmonar da doença eliminando bacilos para o meio exterior. Durante um ano, numa

comunidade, uma fonte pode infectar, em média, de dez a quinze pessoas contactantes.(SBPT, 1997).

Na história natural da TB, cerca de 90% das pessoas infectadas nunca adoecem. O adoecimento dá-se somente ao redor de 10% dos casos infectados, a metade nos primeiros anos após o contágio e formação do complexo primário e os demais durante o resto de suas vidas. A infecção, para se tornar doença sintomática, depende do agente, das fontes de infecção, dos hospedeiros estarem suscetíveis e das condições para a transmissão. Então, os indivíduos podem adoecer nos primeiros anos logo após a infecção (5%) ou quando apresentarem alguma forma de imunodepressão (5%) (BRASIL, 2002).

O conhecimento do ciclo natural da TB e das ações de saúde pública que podem ser desenvolvidas com a população em cada uma das situações de contato que o indivíduo pode ter tido com o bacilo é fundamental para o processo de trabalho na APS.

Em relação às ações de saúde pública para a proteção dos não infectados, utiliza-se a vacinação com BCG intradérmico (BCGid) ao nascer, que confere poder protetor às formas graves da primoinfecção pelo *M. tuberculosis*, prioritariamente indicada para crianças até quatro anos de idade, sendo obrigatória para menores de um ano. Na população de infectados, a ação indicada é a quimioprofilaxia com isoniazida para os grupos de maior risco, a fim de evitar que evoluam para a doença. Entretanto, a principal ação de saúde pública que realmente pode interromper a cadeia de transmissão é a identificação dos doentes, por meio da busca do SR para o diagnóstico e tratamento precoce (BRASIL, 2002)

Desde 2003 a tuberculose foi assumida como prioridade nas políticas públicas do Brasil e o MS pactua, com as demais esferas de gestão, o fortalecimento da estratégia TS (Tratamento Supervisionado) -DOTS (Directly Observed Treatment Strategy) como principal instrumento para alcançar as metas internacionais propostas pela OMS (detecção de pelo menos 70% dos casos bacilíferos estimados e de cura de, pelo menos, 85% dos casos tratados). Neste contexto, a APS torna-se protagonista das ações visando ao cumprimento da estratégia.

Em 2004, foi aprovado o atual plano de ação do PNCT (Plano Nacional de Controle da Tuberculose) 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 de Saúde (PACS), todos integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS) (SANTOS, 2007).

Percebe-se neste momento o papel dos ACS no funcionamento de tais estratégias em sua essência. Sua figura como ele entre a comunidade e a equipe de saúde facilita a comunicação e implementação de métodos de diagnóstico precoce e seguimento do tratamento.

Dados do MS revelam queda de 27,6% do coeficiente de incidência da TB no País entre 1999 e 2009, graças, principalmente, à expansão do TS. No entanto, a distribuição da doença, no Brasil é heterogênea. A incidência entre os homens (cerca de 50 por 100 mil) é o dobro do que entre as mulheres. Já as populações mais vulneráveis são as indígenas (incidência quatro vezes maior do que a média nacional); portadores de HIV (30 vezes maior); presidiários (40 vezes maior); e moradores de rua (60 vezes maior). A taxa de abandono ao tratamento é, ainda, de 8%16, sendo significativamente maior em pacientes coinfectados pelo HIV, pacientes com baixa escolaridade, pacientes usuários de álcool ou de outras substâncias psicoativas e em situações de vulnerabilidade social, como é o caso de moradores de rua.

O fato é que as ações de prevenção, diagnóstico e tratamento não são aplicadas adequadamente. Há necessidade da prevenção do surgimento de novos infectados, por meio do diagnóstico precoce e do tratamento adequado da fonte de infecção. A dificuldade nessa ação decorre do fato de os doentes só procurarem as unidades de saúde tardiamente, com mais de três meses de sintomas, quando já disseminaram o bacilo entre os contatos. Aliada ao fato, também, da existência de pacientes que não concluem o tratamento de forma adequada, voltando a ser novamente fonte de infecção e muitos tornando-se eliminadores de bacilos resistentes aos fármacos.

A Estratégia Global pelo Fim da Tuberculose estabelece as metas de 95% de redução do número de mortes por TB e 90% de redução da incidência até 2035, como um dos pilares dentro do cuidado integrado, centrado no paciente, a investigação sistemática dos contatos e das populações mais vulneráveis (BRASIL, 2016).

A partir da busca ativa de sintomáticos respiratórios – pessoas com tosse por tempo igual ou superior a 3 semanas – a realização do exame de escarro é indispensável para confirmar tuberculose ativa no paciente. O controle de contatos é indicado prioritariamente para os que convivem com bacilíferos, ou seja, exame de escarro positivo, especialmente os intradomiciliares e nos adultos que convivem com doentes menores de 5 anos – para identificar a possível fonte de infecção.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2009), após a investigação inicial, os pacientes sem sintomas clínicos ou qualquer outro indício da doença devem ser monitorados por, pelo menos, dois anos, porque nesse período o risco de desenvolver a doença é maior.

Isso posto, acredita-se que a investigação dos contactantes contribui para o controle da tuberculose, seja de forma direta, por meio da detecção da fonte de infecção, seja indiretamente, por meio da prevenção da ocorrência de novos casos.

No entanto, observa-se que essa estratégia não tem sido implantada com acompanhamento sistemático através de registros no sistema de informação, apesar de ser recomendada pelo Programa de Controle de Tuberculose (PCT). Embora constitua-se como um problema de saúde pública, no Brasil há um número reduzido de pesquisas que abordam a avaliação dos contatos e as ações de prevenção de doenças na família e comunidade como parte da vigilância à saúde (GAZETTA, *et al.*, 2008). A atenção ainda está centrada no indivíduo doente isoladamente, com as ações parciais, sobre o contactante.

Portanto, diante do exposto, estratégias visando ao controle da doença exigem, no mínimo, além da busca ativa e precoce dos sintomáticos respiratórios, a identificação e seguimento também dos contactantes. Ressaltando a necessidade de toda a equipe multiprofissional para o êxito deste propósito.

6 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa-ação envolvendo a capacitação dos ACS's em diagnóstico precoce de tuberculose na comunidade, tendo em vista seu imprescindível papel no controle desta em uma região onde sua incidência vai de encontro ao progresso na luta contra a doença.

É importante que se reconheça a pesquisa-ação como um dos inúmeros tipos de investigação-ação. Esse é um termo genérico para qualquer processo que siga um ciclo no qual se aprimora a prática pela oscilação sistemática entre agir no campo da prática e investigar a respeito dela. Planeja-se, implementa-se, descreve-se e avalia-se uma mudança para a melhora de sua prática, aprendendo mais, no correr do processo, tanto a respeito da prática quanto da própria investigação. (TRIPP, D. 2015)

Aplicou-se um questionário com 12 perguntas de múltipla escolha, com apenas uma assertiva, para os ACS's que compareceram ao encontro divulgado previamente pela coordenação da unidade, e reforçado posteriormente pelas enfermeiras das equipes poucos dias antes da atividade.

Eles foram informados de que haveria a capacitação com a temática da tuberculose, tendo em vista a alta incidência e prevalência da doença na região, porém não foram informados da avaliação sobre conhecimentos previamente à explanação do conteúdo.

No teste, encontravam-se questões acerca de diagnóstico, forma de transmissão, apresentação clínica, grupos de risco, tratamento e formas de prevenção.

O objetivo do estudo foi identificar conhecimentos básicos prévios dos ACS's sobre a tuberculose e avaliar seu desempenho após a atividade de educação em saúde baseada em folhetos informativos e manuais de orientação sobre a tuberculose voltados para os ACS's produzidos pela Secretaria Municipal de Saúde, além de álbum seriado fornecido pelo Ministério da Saúde.

As respostas foram avaliadas individualmente, e, a seguir, distribuídas em blocos de acordo com as temáticas abordadas nas questões, para posterior identificação das principais dúvidas em relação à temática, para devido ênfase nos pontos de maior identificados no pré-teste.

7 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Dos 21 ACS'S da unidade, 18 participaram da atividade. O questionário estava composto com 12 perguntas de múltipla escolha, com apenas uma assertiva, e as questões estavam divididas nos seguintes temas: diagnóstico (3 questões), transmissão (3 questões), tratamento (4 questões) e fatores de risco e de prevenção (2 questões). Foram assim distribuídas para verificar as fragilidades do conhecimento dos principais pontos da temática.

Surpreendentemente, 27% dos avaliados acertaram todas as questões, e os que tiveram pior desempenho acertaram 77% das questões durante a avaliação no pré-teste. O bloco de questões com maior índice de erro (46%) correspondeu à temática de fatores de risco e de prevenção e o de menor índice de erro foi o relacionado ao diagnóstico (apenas 7,6%).

Relacionado ao pós teste, que foi realizado 1 mês após, manteve-se o excelente desempenho, com todos os participantes alcançado mais de 80% da pontuação total do teste. O resultado vai ao encontro do número crescente de pacientes notificados na unidade, sendo que muitos desses novos casos foram encaminhados à unidade pelos ACS's, diante de quadros suspeitos. Aparentemente a atividade, apesar de não ter acrescentando conhecimento teórico, trouxe mais sensibilidade e acendeu o alerta aos ACS's para a busca ativa dos sintomáticos respiratórios.

Apesar de a atividade não ter avaliado diretamente o controle de contatos, a atividade realizada posteriormente ao pré-teste evidenciou a necessidade deste cuidado, o qual já foi percebido pela equipe desde então.

8 RECURSOS NECESSÁRIOS

Foram necessários ao desempenho da atividade: material educativo composto por folhetos e manuais de orientação da tuberculose direcionados aos ACS's fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, bom como álbum seriado produzido pelo Ministério da Saúde; além de impressos com pré e pós-testes em folhas de A4, disponibilizadas pelo pesquisador.

A atividade foi realizada na sala de reuniões da unidade, em horário combinado previamente.

9 CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES				2017/ 2018								
Atividades	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Elaboração projeto	x											x
Reunião com orientador	x	X										
Pesquisa bibliográfica		X	X									
Elaboração questionário					X	X						
Intervenção						X						
Avaliação dos resultados							x					

10 CONCLUSÃO

Após o plano de intervenção, pôde-se perceber que não basta ter o conhecimento teórico acerca de determinada patologia; deve-se manter sempre a sensibilidade para olhar com atenção a população sobre a qual se tem responsabilidade.

Há a necessidade de mudança no modelo de assistência: deve-se compreender que aqueles em maior risco de adoecimento precisam também de maior cuidado e olhar mais crítico. É imprescindível diagnosticar os casos antes de se tornarem fontes de infecção e acompanhar o tratamento dos pacientes diagnosticados até a cura da enfermidade, além da investigação dos contatos.

Para que isso ocorra, é fundamental que os profissionais que atuam na área da saúde estejam dispostos a intervenções sob o enfoque epidemiológico. Essas ações devem ser realizadas numa parceria entre os profissionais de saúde e os membros da comunidade, a quem também deve ser dada a missão de combater tão sério agravo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica. 6a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. CGPNCT / DEVIT Secretaria de Vigilância em Saúde Ministério da Saúde. Outubro/16.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Panorama da tuberculose no Brasil: indicadores epidemiológicos e operacionais – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 92 p. : il.

GAZETTA, Cláudia Eli et al . Controle de comunicantes de tuberculose no Brasil: revisão de literatura (1984- 2004). **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 306-313, Apr. 2008 .

PICON, P. D.; RIZZON, C. F. C.; OTT, W. P. Tuberculose: epidemiologia, diagnóstico e tratamento em clínica e saúde pública. Rio de Janeiro: Ed. Medsi, 1993.

RAVIGLIONE, M. C.; SNIDER JR, D. E.; KOCHI, A. Global epidemiology of tuberculosis. *JAMA*, v. 273, no 3, p. 220-226, 1995

SANTOS J. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. **Rev Saúde Pública**, 41(supl.1): 89-94, 2007.

SBPT; Grupo de trabalho das Diretrizes para Tuberculose. III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade brasileira de Pneumologia e Tisiologia. III Braziliam Thoracic Association Guidelines on Tuberculosis. *J Bras Pneumol*. 2009;35(10):1018-1048.

Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. I Consenso Brasileiro de Tuberculose. *J Pneumol*. 1997;23(6) :279-342.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005

APÊNDICE

QUESTIONÁRIO

UAPS SANDRA NOGUEIRA

CAPACITAÇÃO EM TUBERCULOSE PARA AGENTES COMUNITÁRIOS EM SAÚDE

1. O que é tuberculose?

1. () Doença infecto-contagiosa
2. () Doença viral
3. () Doença degenerativa
4. () Doença crônica (sem cura)

2. Quais as formas de transmissão?

1. () Água parada
2. () Sangue contaminado
3. () Objetos contaminados
4. () Tosse, fala ou espirro

3. Quais dos itens abaixo NÃO estão incluídos nos sintomas característicos da tuberculose?

1. () Tosse há mais de 3 semanas
2. () Febre no final da tarde
3. () Manchas na pele
4. () Cansaço excessivo

4. Qual a vacina estipulada pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose?

1. () BCG
2. () Tetravalente
3. () DT
4. () DTP

5. Como é feito o diagnóstico da tuberculose?

1. () Raio-X
2. () Baciloscopia (escarro)
3. () Tomografia
4. () Mamografia

6. Os grupos de maior risco são, EXCETO:

1. () Profissionais da saúde
2. () Pessoas com imunidade baixa
3. () Pessoas que vivem em ambientes pequenos e fechados
4. () Mulheres

7. Qual a duração básica do tratamento?

1. () 1 mês
2. () 1 ano
3. () 6 meses
4. () 9 meses

8. Os medicamentos para tuberculose são fornecidos por:

1. () OMS
2. () SUS
3. () Compra particular
4. () Médico

9. O que, de início, deve ser feito assim que for diagnosticado um novo caso de tuberculose?

1. () Notificar os casos identificados
2. () Vacinar imediatamente o paciente
3. () Mediar o paciente sem prescrição
4. () Orientar o paciente somente no início e deixa-lo isolado

10. Além da vacina, qual outra forma de prevenção da tuberculose?

1. () Evitar locais fechados e sem iluminação solar
2. () Não tocar em objetos usados pelo doente
3. () Comer alimentos não higienizados
4. () Usar repelente.

11. Ainda sobre tuberculose, marque o item FALSO:

1. () O doente com tuberculose deve fazer o teste para AIDS
2. () Pode-se pegar a tuberculose mais de uma vez
3. () O doente transmite a tuberculose durante todos os meses de tratamento.
4. () O tratamento dos paciente com exame de escarro positivo é atividade prioritária no controle da tuberculose.

12. Quando podemos considerar abandono do tratamento?

1. () Após 1 ano
2. () Após 60 dias
3. () Após 30 dias
4. () Após 6 meses