

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO NA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**RAMÍREZ, Evelín Castillo**

**Proposta de intervenção educativasobre tuberculose nos usuários  
residentes na area de abrangência da estrategia de saúde da familia  
João Antônio dos Santos do municipio Pão de Açúcar - Alagoas**

**MACEIÓ - ALAGOAS**  
**2018**

**EVELÍN CASTILLO RAMÍREZ**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE  
TUBERCULOSE NOS USUÁRIOS RESIDENTES NA AREA DE  
ABRANGÊNCIA DA ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMILIA JOÃO  
ANTÔNIO DOS SANTOS DO MUNICIPIO PÃO DE AÇÚCAR -  
ALAGOAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado na Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. WALSH, Isabel Aparecida Porcatti de

**MACEIÓ - ALAGOAS**

**2018**

**EVELÍN CASTILLO RAMÍREZ.**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE TUBERCULOSE  
NOS USUÁRIOS RESIDENTES NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA JOÃO ANTÔNIO DOS  
SANTOS DO MUNICÍPIO PÃO DE AÇÚCAR - ALAGOAS**

Banca examinadora

Profa.Dra. Isabel Aparecida Porcatti de Walsh – orientadora - UFTM

Profa. Dra. Maria Rizeide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: \_\_/\_\_/2018.

## RESUMO

Nos últimos tempos os países subdesenvolvidos mostram taxas mais altas de adoecimentos e mortes por tuberculose pulmonar. O estado de Alagoas aparece com taxa de 27,2 por 100.000 mil habitantes, ocupando a quinta posição do ranking na região norte do país. Na Estratégia Saúde da Família João Antônio dos Santos do município de Pão de Açúcar- AL assinala-se como um dos problemas de saúde prioritários a ser resolvido, é a ausência de práticas de atividades educativas para incentivar o autocuidado das famílias e prevenir as famílias de doenças ou situações de risco; razão pela qual, surgiu o interesse em realizar o projeto de intervenção voltado para educação em saúde. O objetivo deste trabalho foi criar uma proposta para a promoção de atividades educativas coletivas sobre tuberculose pulmonar e os possíveis fatores associados a essa ocorrência para diminuir sua incidência nessa na população. Foi realizada uma revisão bibliográfica a fim de obter maior embasamento científico sobre o assunto e elaborou-se um plano de intervenção baseado no Método do Planejamento Estratégico Situacional. Os passos que constituem este plano de intervenção foram elaborados de acordo com os nós críticos identificados a partir do encontro com usuários e profissionais de saúde para a seleção do problema prioritário. Com este projeto de intervenção pretende-se incrementar conhecimento, habilidade e atitude dos usuários adscritos a Estratégia de Saúde da Família “João Antônio dos Santos” em relação à tuberculose pulmonar e seu autocuidado, a fim de diminuir o aparecimento da doença e suas complicações o qual se pode estender no futuro, a outras comunidades. Além disso, procura-se um maior envolvimento da comunidade na tomada de consciência da importância da prevenção e promoção não só da tuberculose pulmonar, mas também de suas complicações no âmbito físico, psíquico e social.

Palavras-chave: Tuberculose. Educação em saúde. Estratégia de Saúde da Família.

## ABSTRACT

In recent times underdeveloped countries show higher rates of illness and deaths from pulmonary tuberculosis. The state of Alagoas appears at a rate of 27.2 per 100,000 inhabitants, ranking fifth in the northern region of the country. In the João Antônio dos Santos Family Health Strategy in the municipality of Pão de Açúcar-AL, one of the priority health problems to be solved is the absence of practices of educational activities to encourage self-care of families and to prevent diseases or situations of risk; reason for which, the interest arose in carrying out the intervention project focused on health education. The objective of this work was to create a proposal for the promotion of collective educational activities on pulmonary tuberculosis and the possible factors associated with this occurrence to reduce its incidence in this population. A bibliographic review was carried out in order to obtain a more scientific basis on the subject and an intervention plan based on the Strategic Situational Planning Method was elaborated. The steps that constitute this intervention plan were elaborated according to the critical nodes identified from the meeting with users and health professionals for the selection of the priority problem. The aim of this intervention project is to increase the knowledge, skill and attitude of the users of the Family Health Strategy "João Antônio dos Santos" in relation to pulmonary tuberculosis and its self-care, in order to reduce the onset of the disease and its complications. Which may extend in the future, to other communities. In addition, it seeks to increase community involvement in the awareness of the importance of prevention and promotion not only of pulmonary tuberculosis, but also of its complications in the physical, psychic and social spheres.

Key words: Tuberculosis. Health education. The family health strategy.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	7
1.1 Aspectos gerais do Município .....	7
1.2 O Sistema Municipal de Saúde.....	8
1.3 Equipe de saúde, território e população .....	9
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	14
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	16
3.1 Objetivo geral.....	16
3.2 Objetivos específicos .....	16
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	17
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRAFICA</b> .....	18
5.1 Características .....	18
5.2 Epidemiologia .....	18
5.3 Transmissão, sintomas e prevenção.....	20
5.4 Aspectos Socioeconômicos.....	21
5.5 Diagnóstico da Tuberculose.....	22
5.6 Tratamento da tuberculose pulmonar.....	23
<b>6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b> .....	26
6.1 Descrição do problema selecionado .....	26
6.2 Seleção dos nós críticos .....	27
6.3 Desenho das operações .....	27
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	35
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	36

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Aspectos gerais do Município

O município de Pão de Açúcar localiza-se na região centro-oeste do Estado de Alagoas, limitando-se a norte com os municípios de São José da Tapera e Monteirópolis, a leste com Palestina e Belo Monte, a sul com o rio São Francisco/SE e a oeste com Piranhas. A área municipal ocupa 659,12 km<sup>2</sup> (IBGE, 2017a).

A grande atração da cidade são as piscinas naturais, às margens do rio, chamadas de "prainha", onde são saboreados os pratos típicos da região: peixe surubim, camarão-pitu e a tradicional carne de sol e o artesanato, confeccionado em palha, couro, barro, tecido e madeira é atração na vila Ilha do Ferro (IBGE, 2017a).

A população no Censo de 2010 era de 23.811 habitantes, distribuídos em zonas urbanas e rurais, com uma densidade demográfica de 34,86hab/km<sup>2</sup>. A população estimada em 2017 era de 24.792 habitantes (IBGE, 2017b).

As principais atividades econômicas do município são comércio, serviços, agropecuária e atividades de extrativismo vegetal e silvicultura. Na pecuária, conta com rebanhos de bovinos; suínos; equinos; asininos; muares; caprinos; ovinos e aves e na área agrícola produz feijão, mandioca e milho e no extrativismo vegetal produz castanha de caju, carvão vegetal e lenha (IBGE, 2017b).

Em 2015, o salário médio mensal era de 2,1 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 5,8%. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 56,1% da população nessas condições, o que o colocava na posição 19 de 102 dentre as cidades do estado e na posição 317 de 5570 dentre as cidades do Brasil (IBGE, 2017b).

Apresenta 17,8% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 89,6% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 3,2% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) (IBGE, 2017b).

A Tabela 1 apresenta a predominância do abastecimento de água pela rede pública (77.96%).

**Tabela 1-** Abastecimento de Água Tratada no município Pão de Açúcar - Alagoas.

<b>Abastecimento de água</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Rede pública	4108	77,96
Poço ou nascente	353	6,69
Outros	808	15,33

Fonte: SIAB – municipal Pão de Açúcar/Alagoas (2016)

A Tabela 2 mostra que prevalece o tratamento com hipoclorito sendo usado por 4216 famílias, o que representa 80,01% do total de famílias no município.

**Tabela 2 -** Tratamento de água intradomiciliar no Município Pão de Açúcar- Alagoas.

<b>Tratamento de água no domicílio.</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Filtração	178	3,37
Fervura	375	7,11
Cloração	4216	80,01
Sem tratamento	527	10,00

Fonte: SIAB – municipal Pão de Açúcar/Alagoas(2016)

A Tabela 3 demonstra que a coleta de esgoto no município é feita fundamentalmente pelo uso de fossas representando 80,98%, tendo acesso ao sistema de esgoto somente 3,09%.

**Tabela 3 -** Sistema de coleta de esgoto no município Pão de Açúcar/ Alagoas.

<b>Destino fezes/urina</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Sistema de Esgoto	163	3,09
Fossa	4267	80,98
Céu aberto	839	15,92

Fonte: SIAB – municipal Pão de Açúcar/Alagoas (2016)

## 1.2 O sistema municipal de saúde

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde a cidade conta com uma Rede de Atenção à Saúde composta de:



**Atenção primária:** o município conta com 11 unidades ambulatoriais e 8 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo três localizadas na cidade e cinco na região do interior cobrindo as necessidades de atenção básica de toda a população. Todas estão com as equipes completas, realizando acompanhamento pré-natal, puericultura, saúde da mulher, do idoso, do trabalhador, programas de vacinação, citologia, acompanhamento de doenças crônicas entre outros programas de atenção básica.

**Atenção especializada:** o município conta com consultas especializadas tais como, pediatria, psiquiatria, psicologia, ortopedia e traumatologia, obstetrícia (alto risco), nutrição, ginecologia, dermatologia, cirurgia geral, bucomaxilofacial, ultrassonografia e radiodiagnóstico.

**Atenção de urgência e emergência:** o município conta com um hospital Dr. Djalma Gonçalves dos Anjos, o qual tem 54 leitos e uma unidade de atendimento de urgência e emergência, que apesar de não ser muito bem equipada realiza, pelo menos, os primeiros atendimentos ao paciente até sua estabilização ou traslado para outra unidade.

**Apoio diagnóstico:** o município conta com cobertura em ultrassonografia, Raio X, eletrocardiograma, exames laboratoriais e assistência farmacêutica.

**Assistência farmacêutica:** em cada uma das equipes há uma farmácia, além da farmácia municipal localizada no hospital com uma cobertura média de medicações.

**Relação com outros municípios:** existe uma rede de média e alta complexidade com o hospital de Santana de Ipanema, o hospital CHAMA em Maceió aos quais são encaminhados os pacientes que requerem de tecnologia para seu diagnóstico e tratamento.

**Modelo de atenção:** está sendo realizado um trabalho para erradicar por completo o modelo centrado na doença e fortalecer o modelo centrado no paciente com uma visão mais epidemiológica na base da promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos visando ter maior influência na comunidade por meio da educação em saúde.

### **1.3 Equipe de Saúde, Território e população**

A Unidade de Saúde da Família (USF) João Antônio dos Santos foi inaugurada há nove anos e encontra-se situada no Conjunto Habitacional COHAB

nova, em uma região urbana com um total de 4111 habitantes e 1002 famílias cadastradas, segundo a última análise estatística que consta no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB/municipal) atualizado no ano 2016.

O mapeamento da população já existe, o que permite um planejamento mais adequado das ações de saúde. Os recursos comunitários existentes na área são duas escolas (uma de ensino fundamental e uma faculdade), quatro igrejas e duas associações de moradores, as quais trabalham em conjunto com a equipe nas ações de saúde, oferecendo apoio.

É uma USF que está muito bem estruturada. Conta com um consultório odontológico, uma farmácia, uma sala de curativo, uma sala para nebulização, uma sala de vacina, um consultório médico, um consultório para o enfermeiro, uma sala de reunião, recepção, além dos banheiros para a população e os funcionários. É bem espaçosa e o espaço físico foi bem aproveitado. Os consultórios, a farmácia e a sala de vacina estão climatizados e com boa iluminação.

As reuniões com a comunidade para a realização de palestras, trabalho com os grupos operativos, reuniões e atividades com gestantes entre outras atividades são realizadas na sala de reuniões que também está climatizada, o que propicia um ambiente favorável para a comunicação entre a equipe e a população.

A unidade está equipada com nebulizador, mesas ginecológicas, laringoscópio, otoscópio, sonar, fitas métricas, esfigmomanômetro, instrumental cirúrgico mínimo para realizar curativos.

A escassa variedade de medicações é o principal problema que afronta a unidade e é tema sempre colocado nos contatos com os gestores de saúde do município.

A equipe encontra-se formada pelos seguintes profissionais: uma enfermeira com nove anos de experiência de trabalho na atenção básica em saúde, duas técnicas de enfermagem que há dois anos terminaram o curso técnico e desde essa data estão trabalhando na ESF, oito agentes comunitários de saúde, cada um responsável por uma das oito micro áreas do território da unidade, um cirurgião dentista, uma técnica de saúde bucal (TSB) e uma médica.

A Tabela 4 apresenta a distribuição da população da ESF João Antônio dos Santos segundo faixa etária. Observa-se uma maioria da população é masculina o que difere das estatísticas mundiais da OMS, além de 36,4% da população estar

entre as faixas etárias de 50 a 59 anos e 60 anos, tratando-se de uma população envelhecida.

**Tabela 4** - Distribuição da população segundo faixa etária do território da Estratégia de Saúde da Família João Antônio dos Santos- Pão de açúcar - Alagoas, 2016.

Faixa etária/ano	Masculino	Feminino
<1	18	26
1 a 4	69	79
5 a 9	207	133
10 a 14	157	136
15 a 19	293	252
20 a 49	686	557
50 a 59	498	337
60 e +	420	243
Total	<b>2348</b>	<b>1766</b>

Fonte: SIAB - municipal Pão de açúcar/AL (2016)

Na área de abrangência da ESF João Antônio dos Santos o lixo é coletado pela rede pública com uma periodicidade de três vezes por semana, mas ainda é necessária a conscientização da população para não fazer lixeiros no céu aberto. Quanto à energia elétrica, 100% da população tem acesso em seus domicílios.

Na Tabela 5 identifica-se que 93,8% da população da área de abrangência tem abastecimento de água pelo sistema público ficando só um 6,2 % sendo abastecida por carros pipa.

**Tabela 5** - Famílias cobertas por abastecimento de água segundo a modalidade e micro áreas na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família João Antônio dos Santos - Pão de açúcar/Alagoas, 2016:

Micro áreas	1	2	3	4	5	6	7	8
Sistema público	146	120	135	110	100	128	38	163
Outro	-	-	-	-	-	-	62	-
Total	146	120	135	110	100	128	100	163

Fonte SIAB- Municipal Pão de Açúcar/AL 2016.

Depois de identificados os problemas principais na comunidade pelo método da estimativa rápida, tendo estabelecidas as diretrizes de trabalho, o roteiro para a obtenção de dados qualitativos que justificam os dados quantitativos já registrados nas fichas de atendimento individual, nos prontuários e os dados extraídos do SIAB 2016 do município, foram listados os problemas da área de abrangência da ESF João Antônio dos Santos:

- Alta Incidência de doenças crônicas transmissíveis (casos de tuberculose e hanseníase).
- Alta incidência e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis.
- Gravidez na adolescência.
- Prevalência de doenças sexualmente transmissíveis.
- Deficiente saneamento básico e ambiental.
- Deficiente sistema de saneamento da água de consumo.
- Deficiente cobertura de exames laboratoriais.
- Deficiente cobertura do serviço de ultrassonografia.
- Baixa cobertura dos atendimentos pelos especialistas.
- Deficiente programa de zoonose.
- Deficiente sistema de coleta de esgoto.

Ao fazer uma análise e discussão destes principais problemas com a equipe, tomando em conta a gravidade de cada um nas micro áreas e o grau em que eles afetam essa comunidade com uma visão objetiva, foi dada a ordem de prioridade, apresentada na Tabela 6.

**Tabela 6** -Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade Estratégia de Saúde da Família João Antônio dos Santos- Pão de açúcar/Alagoas

<b>Principais Problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade de enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>
Alta incidência de doenças crônicas transmissíveis (casos de tuberculose)	Alta	9	Parcial	1
Alta incidência e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis	Alta	7	Parcial	2
Gravidez na adolescência	Alta	5	Parcial	3
Prevalência de doenças sexualmente transmissíveis	Alta	5	Parcial	4
Deficiente programa de				

zoonose	Alta	4	Fora	5
---------	------	---	------	---

Fonte: Autoria própria (2017)

A partir da priorização foi selecionado o problema alta incidência de doenças crônicas transmissíveis tuberculose pulmonar para elaborarmos as estratégias de intervenção.

## 2 JUSTIFICATIVA

De acordo com os dados da Secretaria de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2010), a tuberculose pulmonar é um dos grandes problemas na saúde pública do Brasil, que não foge da realidade mundial. Esta distribui-se com desigualdade, segundo características particulares do tipo econômicas, sociais, biológicas e culturais.

Segundo os dados estatísticos a Tuberculose (TB) segue sendo a doença infecciosa que mais mata no mundo. O Brasil encontra-se na décima nona posição em número de casos no mundo e a décima quarta posição em relação a incidência no ano 2007, ainda muito distante das metas propostas pelo 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 essa doenças e converte 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 têm 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, 2012; BRASIL, 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 ele vive interfere 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 da ESF João Antônio dos Santos, no município Pão de Açúcar - Alagoas 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 à doença e que convivem numa área de alto risco para adoecer de TB, considerando ainda que o nordeste do Brasil é área endêmica para a mesma.

Assim, buscou-se, determinar o nível de conhecimento acerca da TB das pessoas que moram na área de abrangência da ESF João Antônio dos Santos, município de Pão de Açúcar. Tendo sido identificados pontos de vulnerabilidade, foi

planejado um grupo com sete ações educativas baseadas na prevenção e promoção desta doença para diminuir o risco de adoecer, de incapacitar ou morrer por TB.

Pela importância que o nível de conhecimento dos fatores de risco associados que a TB representa, é necessário agir por meio de intervenções educativas comunitárias e assim conseguir 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 de promover educação continuada de todos os integrantes e colocar em prática ações de promoção e prevenção referentes à TB em toda área de abrangência da unidade, tendo o Agente Comunitário de Saúde (ACS) o papel principal.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Criar uma proposta para promoção de atividades educativas coletivas sobre a tuberculose pulmonar e os possíveis fatores associados a essa ocorrência para diminuir sua incidência na população.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Orientar os participantes do grupo sobre transmissibilidade da tuberculose pulmonar e como preveni-la.

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



## 4 METODOLOGIA

Elaborar o plano operativo é designar os responsáveis pelas operações e definir os prazos para a execução das mesmas. Por isso é fundamental saber quais são os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano, quais recursos cada um desses atores controla e qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano.

Após a realização do diagnóstico situacional foram elencados os principais problemas que afetam a comunidade e selecionado o problema prioritário, considerando que, a equipe de saúde tem governabilidade sobre o mesmo para fazer a intervenção. O problema selecionado foi “a alta incidência de tuberculose pulmonar” nos moradores do território da unidade básica de saúde onde atuou.

As ações propostas têm a possibilidade de ser realizadas pela autora que está planejando e tem uma ação mais direta sobre o problema escolhido, produzindo o impacto necessário.

Assim, para desenvolvimento deste trabalho foi realizada uma revisão bibliográfica a fim de obter maior embasamento científico sobre o assunto. A pesquisa foi feita com busca em artigos indexados nas bases de dados SciELO (*Scientific Electronic Library OnLine*), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), e MEDLINE por meio dos seguintes descritores: Tuberculose, Educação em saúde e Estratégia Saúde da Família.

Após o levantamento dos artigos foi realizada uma leitura inicial dos resumos para seleção de informações pertinentes onde foram incluídos os estudos em português, disponíveis na íntegra e que estivessem relacionados ao tema.

Além da pesquisa bibliográfica, elaborou-se um plano de intervenção baseado no Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), conforme orientação da disciplina de Planejamento e avaliação em ações de saúde (CAMPOS;FARIA;SANTOS, 2010).

Para tanto, foi realizada a sistematização da análise situacional, onde passos que constituem este plano de intervenção foram elaborados de acordo com os “nós críticos” identificados a partir do encontro com usuários e profissionais de saúde para a identificação do problema prioritário.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Características

O *Mycobacterium Tuberculosis* (MT), causador da 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 4,0µm 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;ZUMLA, 2011).

O bacilo da TB é capaz de sobreviver a situações adversas como ressecamento, administração de medicamentos antimicrobianos e incluso resistência á água. Isso é possível pela 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; FUNKE; CASE, 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 (PFYFFER; PALICOVA, 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. mungii*; *M. orygis*; *M. chimpanzee* (VAN INGEN *et al.*, 2012; ALMEIDA, 2009).

### 5.2 Epidemiologia

ATB é um grave problema na saúde pública mundial, destacando-se entre as principais causas de morte por doenças de tipo infectocontagiosas. Trata duma

doença que tem muito a ver com o nível socioeconômico (pobreza), condições de vida e habitação desfavoráveis (insalubridade e superlotação), sendo que até nos países desenvolvidos encontra-se quase limitada a grupos marginalizados como desabrigados, alcoolistas, prisioneiros e imigrantes de países subdesenvolvidos. A mortalidade por dita enfermidade continua elevada no Brasil por anos, mesmo depois de descoberta a terapia de controle específica, em função da deficiência existente nas ações de prevenção, diagnóstico precoce e oportuno e no atraso do começo do tratamento definitivo (MOHAN; NASSIR; NIAZI, 2003).

No mundo, aproximadamente um terço da população está infectada pelo bacilo tuberculoso, cerca de 9.27 milhões adoecem a cada ano, morrendo ao redor de 2 milhões. Do total de mortes 460 mil são coinfetados soropositivos de HIV(WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).Em 2016, estima-se que 10,4 milhões de pessoas adoeceram e 1,7 milhão morreram devido à TB (incluindo 400 mil coinfetadas com TB/HIV) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

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

A TB 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 Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), fundamentado na descentralização e horizontalização das ações de vigilância, prevenção e controle da mesma. 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 Saúde da Família (PSF) e Programa de

Agentes Comunitários (PACS), todos integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999).

Segundo a WORLD HEALTH ORGANIZATION (2013), 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.

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, foram registrados 10.871 casos novos. As taxas de incidência foram de 67/100 mil habitantes para todas as formas de TB e de 36,3/100 mil habitantes para os casos bacilíferos. Quanto ao diagnóstico da coinfeção TBHIV, 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. Observa-se que a distribuição de mais de 95% dos casos 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).

### **5.3 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. 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 (BRASIL, 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, 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; JACOBS JUNIOR, 2001, MAULÉN, 2011).

A TB pulmonar se apresenta como sintomas característicos como: tosse pertinaz, que pode ou não ser produtiva, com muco e ocasionalmente com sangue, sudorese noturna, febre vespertina, emagrecimento e perda de apetite (LAWN; ZUMLA, 2011; BRASIL, 2011). A TB extrapulmonar afeta qualquer órgão, com manifestações clínicas múltiplas que virão depender da comorbidade de outras doenças, idade do paciente, etnia, da competência imunológica e do genótipo (CAWS et al., 2008).

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 (BRASIL, 2011; CONDE; SOUZA, 2009).

#### **5.4 Aspectos 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 econômicas, educacionais, de segurança e saúde (CAMARGO, 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 *et al.*, 2012).

O profissional de saúde que atua nos serviços de atendimento a TB e os que atuam diretamente vinculados à atenção primária à saúde, devem estar atentos 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, 2013; MONTEIRO; RODRIGUES, 2011).

### **5.5 Diagnóstico da Tuberculose**

O diagnóstico precoce das microbactérias faz-se por exame direto no escarro, 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; SOUZA; MOTTA, 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) (BRASIL, 2010; CAMPOS, 2006).

O isolamento de microbactérias, 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, sendo que o método apresenta especificidade acima de 98% (BRASIL, 2010).

Nos países subdesenvolvidos ou com escassas condições financeiras, os métodos bacteriológicos clássicos, apesar de suas limitações, são ainda os mais

usados para o diagnóstico da TB, embora se tenha avançado muito nos testes diagnósticos (PEDRO *et al.*, 2014).

## **5.6 Tratamento da tuberculose pulmonar**

Para o esquema terapêutico disponível para a TB ser efetivo na cura da doença é preciso um tempo de seis meses como mínimo. No entanto uma notável parte dos pacientes com diagnóstico de TB pulmonar não chega a concluir o tratamento, o que propicia resistência a terapia. Assim, no Brasil, no combate a 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. Considera-se abandono quando, após iniciado o tratamento, o indivíduo deixa de comparecer à unidade de saúde por mais de 30 dias consecutivos após a data do retorno. Assim, 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 (NYAMATHI *et al.*, 2008; THUM; SILVA, 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 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 (BRASIL, 2011).

O Esquema Básico de tratamento é indicado para casos novos adultos e adolescentes (>10 anos), de todas as formas de tuberculose pulmonar e extrapulmonar (exceto a forma meningoencefálica), infectados ou não por HIV e retratamento, recidiva (independentemente do tempo decorrido do primeiro episódio) ou retorno após abandono com doença ativa em adultos e adolescentes (>10 anos), exceto a forma meningoencefálica (BRASIL, 2011).

**Quadro 1** - Esquema básico par ao tratamento da TB em adultos e adolescentes

Regime	Fármacos	Faixa de peso	Unidade/dose	Meses
2 RHZE Fase Intensiva	RHZE 150/75/400/275 comprimido em dose fixa combinada	20kg a 35kg	2 comprimidos	2
		36kg a 50kg	3 comprimidos	
		> 50kg	4 comprimidos	
4 RH Fase de manutenção	RH Comprimido ou cápsula de 300/200 ou de 150/100 ou comprimidos de 150/75*	20 a 35kg	1 comprimido ou cápsula de 300/200mg ou 2 comprimidos de 150/75*	4
		36kg a 50kg	1 comprimido ou cápsula de 300/200mg + 1 comprimido ou cápsula de 150/100mg ou 3 comprimidos de 150/75*	
		> 50kg	2 comprimidos ou cápsulas de 300/200mg ou 4 comprimidos de 150/75*	

Fonte: Brasil (2011)

A maioria dos pacientes completa o tratamento sem qualquer reação adversa relevante. As reações adversas podem ser divididas em reações adversas menores (em que normalmente não é necessária a suspensão do medicamento anti TB) e reações adversas maiores (que normalmente causam a suspensão do tratamento), havendo necessidade de interrupção ou substituição do Esquema Básico. Os fatores de risco mais referidos para o desenvolvimento dessas reações são: idade (a partir da quarta década); dependência química ao álcool (ingestão diária de álcool > 80g); desnutrição (perda de mais de 15% do peso corporal); história de doença hepática prévia e coinfeção pelo vírus HIV, em fase avançada de imunossupressão. As reações adversas mais frequentes ao esquema básico são: mudança da coloração da urina, intolerância gástrica, alterações cutâneas, icterícia e dores articulares (BRASIL, 2011).

Se o Esquema Básico não puder ser reintroduzido após a resolução da reação adversa o paciente deverá ser tratado com Esquemas especiais (Quadro 2), compostos por outros medicamentos de primeira linha nas suas apresentações individualizadas, nas dosagens correspondentes ao peso do paciente (Quadro 3).



**Quadro 2** -Esquemas especiais para substituição dos medicamentos de primeira linha

Intolerância medicamentosa	Esquema
Rifampicina	2HZES/10HE
Isoniazida	2RZES/4RE
Pirazinamida	2RHE/7RH
Etambutol	2RHZ/4RH

Fonte: Brasil (2011)

**Quadro 3** -Doses dos medicamentos para a composição dos Esquemas especiais

Fármaco	Doses por faixa de peso		
	20kg – 35kg	36kg – 50kg	> 50kg
Rifampicina 300mg	1 cápsula	1 a 2 cápsulas	2 cápsulas
Isoniazida 100mg	2 comprimidos	2 a 3 comprimidos	3 comprimidos
Rifampicina + isoniazida – 150/100 e 300/200mg	1 comprimido ou cápsula de 300/200mg	1 comp ou caps de 300/200 mg + 1 comp 150/100mg	2 comp ou caps de 300/200mg
Pirazinamida 500mg	2 comprimidos	2 a 3 comprimidos	3 comprimidos
Etambutol 400mg	1 a 2 comprimidos	2 a 3 comprimidos	3 comprimidos
Estreptomicina 1000mg	Meia ampola	Meia a 1 ampola	1 ampola

Fonte: Brasil (2011)

## **6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Incidência de doenças crônicas transmissíveis (casos de tuberculose)”, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

### **6.1 Descrição do problema selecionado**

A incidência de casos de TB ocupa o primeiro lugar nos problemas de saúde da área de abrangência da ESF João Antônio dos Santos no município Pão de Açúcar/ Alagoas e é o problema mais preocupante pois desde o último semestre do ano passado até o momento já foram diagnosticados, entre 20 casos suspeitos, sete com baciloscopia positiva. O mais alarmante é que há três anos não tinham sido diagnosticados casos novos nem recaídas de casos em tratamento segundo o SIAB do município/2016.

Esta é uma doença reemergente na área e quase todos estes casos foram contatos de casos anteriores, nos quais faltou a quimioprofilaxia, uma vez que eles relatam não ter tomado medicação alguma com dito fim. Além disso, trata-se de pessoas que vivem em casas com superlotação, alcoólatras, idosos que moram só, com más condições sanitárias e quatro deles se trasladaram para a área sem nenhum documento com o histórico de saúde.

Segundo os dados coletados nas entrevistas realizadas com os pacientes e lideranças da comunidade (no primeiro semestre do ano 2017) e outros dados fornecidos pela secretaria de saúde encontrou-se que estes fatores estão condicionados pelos seguintes problemas não críticos: baixos conhecimentos sobre a doença e sua prevenção, a falta de sistematicidade nas pesquisas dos sintomáticos respiratórios na população (realização de busca ativa: exame de Escarro BAAR I e II, Raios X de tórax nos pacientes sintomáticos respiratórios, contatos de casos de TB e casos de TB já dados como curados ou em tratamento na busca de falhas da terapêutica), as deficientes condições de saneamento básico e ambiental, as condições de superlotação nas casas de alguns pacientes e o alto índice de alcoolismo na área de abrangência.

Para a identificação de este problema foi de vital importância o trabalho dos agentes comunitários de saúde da equipe, que foram os que identificaram esses pacientes na área e levaram para atendimento na Unidade de Saúde.

## 6.2 Seleção dos nós críticos

Os problemas “nós críticos” em que pode se agir para diminuir o impacto do problema principal na comunidade ou até eliminá-lo detectados foram:

- Baixo nível de conhecimentos sobre os riscos da TB e sua prevenção.
- Falta de sistematicidade nas pesquisas dos sintomáticos respiratórios na população.
- Deficientes condições de saneamento básico e ambiental.

## 6.3 Desenho das operações

As operações sobre cada um dos “nós críticos” relacionado ao problema “Incidência de doenças crônicas transmissíveis (casos de tuberculose), na população sob responsabilidade da ESF João Antônio dos Santos no município Pão de Açúcar/Alagoas estão detalhadas nos quadros a seguir.

**Quadro 4** - Desenho de operações para os “nós” críticos do problema incidência de casos de tuberculose.

<b>Nó crítico</b>	<b>Operação/Projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Recursos necessários</b>
Baixo nível de conhecimentos sobre os riscos da tuberculose e sua prevenção.	Saber. Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos e a prevenção da tuberculose.	População mais informada e com mais conhecimento sobre os riscos de contrair doença e a prevenção da tuberculose.	Avaliação do nível de informação e conhecimento da população sobre tuberculose	Cognitivo: Conhecimento sobre estratégias de comunicação e pedagógicas. Político: Mobilização social.
Falta de sistematicidade	Cuidar melhor. Melhorar a estrutura	Garantia de exames	Capacitação de pessoal.	Financeiros: Aumento das

nas pesquisas dos sintomáticos respiratórios na população	do serviço para o atendimento aos pacientes com riscos aumentados.	previstos nos protocolos para 80% de pacientes com riscos aumentados de tuberculose.	Contratação e compra de exames e consultas especializadas.	ofertas de exames e consultas especializadas. Cognitivo: Aumento da capacitação ao pessoal de saúde.
Deficientes condições de saneamento básico e ambiental.	Saúde. Modificar modos, hábitos e estilos de vida.	Diminuir 40% dos riscos modificáveis na população.	Programa de atividades educativas (palestras, rodas de conversas) sobre hábitos saudáveis e modos e estilos de vida saudáveis.	Político Local: Unidade Básica de saúde, locais na comunidade, mobilização social e de outros setores (oficina de água e esgoto). Financeiros: Recursos audiovisuais, folhetos educativos, folhetos educativos e pôster.

Fonte: Autoria própria, 2017

**Quadro 5** - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos críticos” do problema incidência de casos de tuberculose

<u>Operação/Projeto</u>	
Saúde	<b>Político:</b> conseguir o espaço nos meios de difusão local. <b>Financeiro:</b> para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.
Saber +	<b>Político:</b> articulação intersetorial.
Viver melhor	<b>Político:</b> articulação intersetorial e aprovação dos projetos. <b>Financeiro:</b> financiamento do projeto.
Cuidar Melhor	<b>Político:</b> decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço.
Linha de Cuidado	<b>Financeiro:</b> recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos). <b>Político:</b> articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.

Fonte: Autoria própria, 2017.

**Quadro 6 - Plano Operativo**

<b>Operações</b>	<b>Resultados</b>	<b>Endemias e epidemias em adultos</b>	<b>Ações estratégicas</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
Saber. Aumentar o nível de informação da população sobre riscos e prevenção da tuberculose.	População mais informada e com mais conhecimento sobre os riscos e a prevenção da tuberculose.	Avaliação do nível de informação e conhecimento da população sobre tuberculose.	Não é precisa	Equipe de saúde da família 6 “João Antônio dos Santos” e coordenação de atenção básica do município.	Para ser desenvolvida em 7 meses. Avaliação do impacto aos 7 meses do começo.
Saúde. Modificar hábitos, modos e estilos de vida.	Diminuir 40% dos riscos modificáveis na população.	Programa de atividades educativas (palestras, rodas de conversas) sobre hábitos saudáveis e modos e estilos de vida saudáveis.	Não é necessária	Equipe de saúde da família João Antônio dos Santos” coordenação de epidemiologia.	1 mês para o início das atividades.
Cuidar melhor. Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento aos pacientes com riscos aumentados	Controle da doença. Garantia de medicamentos e exames previstos nos protocolos para 90% dos pacientes. Adesão a o tratamento.	Garantia de exames previstos nos protocolos para 80% de pacientes com riscos aumentados de tuberculose.	Apresentar projeto de estruturação da rede.	Coordenadora da atenção básica no município.	Três meses para apresentação do projeto e 8 meses para aprovação e liberação dos recursos e 4 meses para compra dos equipamentos; início em 4 meses e finalização em 8 meses.

Fonte: Autoria própria, 2017.

**Quadro 7** -Planilha para acompanhamento de projeto de intervenção educativa:  
Operação sabe + Coordenação:Médica da ESF João Antônio dos Santos no  
município Pão de Açúcar/Alagoas.

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Avaliação do nível de conhecimento dos indivíduos sobre tuberculose	Médico. Psicóloga do NASF.	Um mês	Elaborado roteiro de avaliação		
Capacitação da equipe sobre tuberculose.	Médico Enfermeira Agente de Endemias Educador em saúde do NASF Psicólogo do NASF	Início em 1 mês	Programa de capacitação elaborado, cuidadores identificados, curso ainda não iniciado.		
Programa de atividades educativas (palestras) sobre tuberculose.	Médico Enfermeira Agente de Endemias Educador em saúde do NASF	4 meses	Plano temático para as atividades educativas comunitárias coletivas e para a mostra definitiva elaborada proposta.		
Avaliação do nível de informação e conhecimento da população sobre tuberculose.	Médico	7 meses	Projeto de avaliação elaborado.		

Fonte: Autoria própria, 2017

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

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

Pretende-se alcançar que 90% da população adstrita a ESF saiba reconhecer os sintomas da TB precocemente para ter melhor perspectiva no tratamento e recuperação dos doentes.

Ademais, busca-se um maior envolvimento dos profissionais da ESF e os agentes comunitários de saúde, 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, procura-se 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.



## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. A. **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.

BARRÊTO, A. J. R. *et al.* Organização dos serviços de saúde e a gestão do cuidado à tuberculose. **Ciênc.Saúde Coletiva**. v. 17, n. 7, p. 1875-1884, 2012.

BRASIL. 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: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CAMARGO, O. "Desigualdade social"; **Brasil Escola**. 2014. Disponível em <<https://brasilecola.uol.com.br/sociologia/classes-sociais.htm>>. Acesso em 22 de abril de 2018.

CAMPOS, H. S. Diagnóstico da tuberculose. **Pulmão**. RJ. V. 15, n. 2, p. 92-99, 2006.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento\\_e\\_avaliacaod\\_as\\_acoes\\_de\\_saude\\_2/3](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacaod_as_acoes_de_saude_2/3).

CAWS, M. *et al.* The influence of host and bacterial genotype on the development of disseminated disease with Mycobacterium tuberculosis. **PLoS Pathog**. V. 4, n. 3, e1000034, 2008.

CONDE, M. B.; SOUZA, M. G. R. **Pneumologia e fisiologia: uma abordagem prática**. São Paulo: Atheneu; 2009.

GLICKMAN, M. S.; JACOBS JUNIOR, W. R. Microbial pathogenesis of Mycobacterium tuberculosis: Dawn a discipline. **Cell**. V.104, n. 4, p. 477-85, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017a. Gentílico: pão-de-açucarense. Disponível em <<http://cod.ibge.gov.br/JMJ>> atualizado em 2016. Acesso em: 14/5/2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017b. **IBGE Cidades**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/pao-de-acucar/panorama>. Acesso em 30/01/2018

LAFAIETE, R. S.; SOUZA, F. B. A.; MOTTA, M. C. S. O atraso no diagnóstico da tuberculose. **Journal of Research Fundamental Care Online**.v.5, n.3, p.174-80, 2013

LAWN,S.D.; ZUMLA, A.I. Tuberculosis. **Lancet**. V. 378, n.9785, p. 57-72, 2011.

MAULÉN, N.P. Virulence factors of Mycobacterium tuberculosis. **Rev Med Chile**.v.139, n. 12, p. 1605-10, 2011.

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**. v. 9, n. 4, p. 70- 28, 2003.

MONTEIRO, S.; RODRIGUES, V. A qualidade de vida da pessoa com tuberculose em regime de toma observada. **Acta Med Port**. v.24, n. (Supl 2), p. 523-30, 2011.

NYAMATHI, A. *et al*. Efficacy of nurse case-managed intervention for latente tuberculosis among homeless subsamples. **Nurs Res**.v.57, n.1, p. 33-9, 2008.

PEDRO,H. S. P. *et al*. Cenário atual da tuberculose. **Hansen Int**. V.39, n. 1, p. 40-55, 2014

PFYFFER, G. E.; PALICOVA, F. Mycobacterium: general characteristics, laboratory detection, and staining procedures. In: VERSALOVIC J, editor. Manual of clinical microbiology. 10th ed. Washington: **ASM Press**; p. 472–502. 2011.

SÁNCHEZ,M. *et al*. Trabajadores de la salud y sus significados en torno a la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. **Enfermería Global**. V. 12, n. 31, p. 86-108, 2013.

STEIN,C.M. Genetic epidemiology of tuberculosis susceptibility: impact of study design. **PLoS Pathogens**, San Francisco.V.7, n. 1, p. 1001-189, 2011.

THUM, M.; SILVA, E. V. **Avaliação de uma intervenção interdisciplinar a 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, G.J.; FUNKE, B.R.; CASE, C.L. **Microbiologia**. 8a ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.

VAN INGEN, J. *et al*. Characterization of Mycobacterium orygis as M. tuberculosis complex subspecies. **Emerg Infect Dis**. V.18, n. 4, p. 653–5, 2012.

VILLA, T.S. *et al*. Satisfação do usuário com os serviços de atenção à tuberculose em Ribeirão Preto, 2008. **Cad.Saúde Colet**.iva. v..20, n. 2, p. 234-43, 2012.

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. **Global tuberculosis control: surveillance, planning financing.**Geneva: WHO, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Control: epidemiology, strategy, financing.** WHO Report 2010. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis control.**Geneva: WHO; 2012.

WORD 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. **Global tuberculosis report 2017.** Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2017 Nov 8]. 262 p. Available from: [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/en/](http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/)