



Universidade Federal
de Campina Grande

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES

UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**CONHECIMENTO E ATUAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE NO CONTROLE DA TUBERCULOSE**

MARIANE DA SILVA NUNES

CAJAZEIRAS-PB

2016

MARIANE DA SILVA NUNES

**CONHECIMENTO E ATUAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE NO CONTROLE DA TUBERCULOSE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem, da Unidade Acadêmica de Enfermagem, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento

CAJAZEIRAS-PB

2016

N972c Nunes, Mariane da Silva

Conhecimento e atuação dos Agentes Comunitários de Saúde no controle da Tuberculose / Mariane da Silva Nunes. - Cajazeiras, 2016.

61f.: il.

Bibliografia.

Orientadora: Profa. Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento.

Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2016.

1. Saúde pública. 2. Agente comunitário de Saúde. 3. Tuberculose. 4. Saúde da família. I. Nascimento, Maria Mônica Paulino do. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

MARIANE DA SILVA NUNES

CONHECIMENTO E ATUAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO
CONTROLE DA TUBERCULOSE

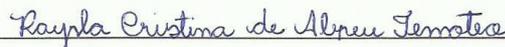
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em
Enfermagem, da Universidade Federal de
Campina Grande, como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

APROVADO EM: 19/05/2016

BANCA EXAMINADORA



Profa. Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento
UAENF/CFP/UFCG
(Orientadora)



Profa. Ms. Rayla Cristina de Abreu Temoteo
UAENF/CFP/UFCG
(Examinadora)



Prof. Ms. Marcelo Costa Fernandes
UAENF/CFP/UFCG
(Examinador)

CAJAZEIRAS-PB

2016

Dedico esta vitória a minha família que acreditou na minha caminhada e nos meus objetivos e que me impulsionou até o fim.

AGRADECIMENTOS

Toda honra e toda glória a todo o momento sejam dadas a Deus, portanto direciono minha imensa gratidão em primeiro plano ao Pai Celestial, que segurou em minha mão nos momentos de fraqueza e de angústia, que encaminhou todos os passos dados conforme o teu tempo e a tua vontade e, que em momento algum permitiu que me sentisse desamparada e por me proporcionar este momento de grande satisfação.

Em segundo plano e não menos importante agradeço imensamente a minha mãe Marlene Cavalcante, que me guardou de tantas preocupações e conflitos para que minha caminhada se tornasse mais leve, agradeço pela tua confiança, pelo teu amparo nos momentos de indecisão, de dificuldades, assim como pelo teu orgulho e felicidade nos momentos de conquistas, sei o quanto seria capaz de enfrentar e me apoiar tudo de novo se assim fosse preciso.

As minhas irmãs e a todos os meus familiares em conjunto e em especial a Lanuza Cavalcante, uma tia com função de mãe, que me guardou no seu colo, coração e que direcionou suas orações a mim como proteção, te agradeço imensamente pela sua atenção e por todo o seu cuidado e amparo.

Agradeço a César, meu companheiro de todas as situações, sejam elas conflituosas ou de alegrias. Obrigada pela paciência e pela compreensão quando não pude está presente, assim como, pelos momentos de desabafos e de apoio.

Dedico este agradecimento também, a todos os meus amigos, aqueles que acompanharam de perto e também distante, porém com preocupação e desejo que tudo ocorresse de forma positiva. Em especial aos meus colegas de curso Simone Nascimento, Bruno Soares, Mairla Nascimento, Edilaine Martins, Flávia Paloma, Demóstenes Abrantes, e a minha querida turma de estágio em Campina Grande, por não deixar que nossos passos se distanciassem independentemente da situação, pelo incentivo, apoio e preocupação e por proporcionar um aconchego tão familiar em forma de amizade em todos os momentos.

A minha orientadora Maria Mônica Paulino pela paciência, pelos ensinamentos, pelo tempo dedicado a mim e ao meu trabalho e pelo grande exemplo de ser humano e profissional que és.

Agradeço imensamente a Rhayssa Oliveira, pelo apoio e contribuição neste trabalho. E aos Agentes Comunitários de Saúde que me receberam e dispuseram parte do seu tempo para participar da minha pesquisa. Meu muito obrigado.

“Bom mesmo é ir a luta com determinação, abraçar a vida e viver com paixão, perder com classe e vencer com ousadia, pois o triunfo pertence a quem se atreve”... E a vida é muito, para ser insignificante.

(Charles Chaplin)

RESUMO

NUNES, M. S. **CONHECIMENTO E ATUAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO CONTROLE DA TUBERCULOSE**. 2016. 61p. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras-PB, 2016.

A tuberculose permanece sendo um sério problema de saúde em todo o mundo, que requer a elaboração de medidas para o seu controle. É uma doença infecciosa, acompanhada de alto poder de transmissão, passível de cura quando diagnosticada e tratada de maneira correta em tempo oportuno. De acordo com dados epidemiológicos os números de casos novos da doença no Brasil ainda são alarmantes, sendo considerada endêmica no país. O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (TB) adotou a descentralização das ações para o âmbito da Atenção Básica de Saúde, com a atuação da Estratégia de Saúde da Família juntamente ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde, ampliando as ações de controle da doença. O objetivo deste estudo consiste em analisar o conhecimento e a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde no controle da Tuberculose. Trata-se de um estudo transversal, de natureza descritiva, com abordagem quantitativa, realizada com 51 ACS que atuam em Unidades de Saúde da Família da zona urbana do município de Cajazeiras-PB. Para obtenção de dados foi utilizado um questionário semiestruturado, obedecendo aos critérios de inclusão e após concordância em participar do estudo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande sob o parecer de nº 1.431.100. Os dados foram analisados através do software estatístico IBM SPSS 21. Os resultados encontrados neste trabalho demonstraram como características sociodemográficas predominância do sexo feminino, faixa etária entre 40 a 49 anos, atuando na profissão entre 11 a 15 anos e com ensino médio completo. Quanto ao conhecimento dos ACS foram observadas lacunas no que diz respeito aos fatores de risco na transmissão da doença e sobre o tempo considerado como abandono do tratamento. Verificou-se ainda, uma grande escassez de capacitações sobre TB direcionadas a estes profissionais. E em relação à atuação observou-se limitações nas atividades educativas junto à comunidade. As dificuldades no conhecimento e na atuação dos ACS no controle da TB observadas no estudo merecem atenção dos gestores e governantes quanto a necessidade de medidas intervencionais, na tentativa de oferecer melhores condições de trabalho e, conseqüentemente, melhor desempenho nas atividades destes profissionais.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde. Atenção Básica. Estratégia de Saúde da Família. Tuberculose.

ABSTRACT

NUNES, M. S. KNOWLEDGE AND COMMUNITY HEALTH WORKER ACTING IN TUBERCULOSIS CONTROL. 2016. 61p. Final Course Assignment in Nursing. Federal University of Campina Grande. Cajazeiras-PB, 2016.

Tuberculosis remains a serious health problem in the world, which requires the development of measures for its control. It's an infectious disease, accompanied by high power transmission, curable when diagnosed and treated correctly in a timely manner. According to epidemiological data the numbers of new cases in Brazil are still alarming, it's considered endemic in the country. As a measure of control the National Program for Tuberculosis Control adopted the decentralization of actions for the scope of the Basic Health Care, with the implementation of the Family Health Strategy along the Community Workers of Health Program, expanding the disease control actions. The objective of the study is to analyze the knowledge and the work of community health workers in tuberculosis control This is a cross-sectional study of descriptive nature with quantitative approach. For data collection was used a semi-structured questionnaire aimed at 51 ACS, according to the inclusion criteria and after agreeing to participate. Data collection took place after approval by the Research Ethics Committee the opinion number: 1431100, in Health Units of the Family of the urban area in Cajazeiras city. Data were analyzed in software IBM SPSS. The results found in this study showed a predominance of females, aged between 40 to 49, acting in the profession between 11 to 15 years and having completed high school. About the knowledge of ACS were observed gaps, related to risk factors in the disease transmission, as well as on the time considered abandoning of TDO. It was also found a great lack of training on TB, directed to these professionals. And related to the performance were detected limitations in educational activities in the community. I aim for the results of the study may contribute to continuing education proposals for Community Health Agents, as well as support actions that can be taken by health services.

Keywords: Community Health Workers Primary. Family Health Strategy. Tuberculosis.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos participantes segundo os dados sociodemográficos. Cajazeiras, 2016.	25
Tabela 2 - Conhecimentos dos ACS sobre Tuberculose. Cajazeiras/2016	28
Tabela 3 - Distribuição dos ACS de acordo com a participação e frequência nas capacitações. Cajazeiras, 2016.	33
Tabela 4 - Distribuição das atividades desenvolvidas pelos ACS para o controle da TB. Cajazeiras, 2016.	34

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB: Atenção Básica

ACS: Agente Comunitário de Saúde

APS: Atenção Primária de Saúde

BAAR: Bacilo Álcool-Ácido Resistente

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CEP: Centro de Ética em Pesquisa

CNS: Conselho Nacional de Saúde

DOTS/TDO: Tratamento Diretamente Observado

ESF: Estratégia de Saúde da Família

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

MS: Ministério da Saúde

NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família

OMS/WHO: Organização Mundial de Saúde

PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PB: Paraíba

PNCT: Programa Nacional de Controle da Tuberculose

SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SR: Sintomático Respiratório

SUS: Sistema Único de Saúde

TB: Tuberculose

TS: Tratamento Supervisionado

USF: Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 Hipótese.....	14
2- OBJETIVOS	15
2.1- Geral.....	15
2.2 Específicos.....	15
3- REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1- A Tuberculose no Brasil.....	16
3.2 Atenção primária à saúde e o controle da TB.....	17
3.3 Papel dos ACS no controle da Tuberculose	19
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	22
4.1 Tipo de estudo	22
4.2 Local do estudo.....	22
4.3 População e amostra do estudo.....	23
4.4 Critérios de inclusão e exclusão	23
4.5 Instrumento de coleta dos dados.....	24
4.6 Procedimento de coleta dos dados.....	24
4.7 Análise dos dados	25
4.8 Aspectos éticos	25
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
5.1- Caracterização dos Participantes.....	26
5.2- Conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre às ações do Programa de Controle da TB	29
5.3- Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde no controle da Tuberculose.....	34
6. CONCLUSÕES	39
REFERÊNCIAS	41
APÊNDICE	45
APÊNDICE A- INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	46
ANEXOS.....	50

ANEXO A- TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL	55
ANEXO B – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR PARTICIPANTE	56
ANEXO C –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	59
ANEXO D - TERMO DE ANUÊNCIA.....	58
ANEXO E- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA (CEP) UFCG..	59
ANEXO E- TERMO DE ENCAMINHAMENTO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	60

1 INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) é uma doença infecciosa, acompanhada de alto poder de transmissão, pode acometer vários órgãos do corpo, porém o mais atingido e prejudicado é o pulmão. A apresentação da doença mais comum entre os afetados é a apresentação pulmonar, além disto, é considerada a responsável pela transmissão. (BRASIL, 2010).

Às populações com acentuada predominância da ocorrência da TB são aquelas que residem em bairros periféricos e trabalham em locais que não possuem condições favoráveis, como locais sem ventilação e iluminação adequadas, higiene precária, pequeno espaço físico para uma grande quantidade de pessoas, constatando-se que a TB está vigorosamente relacionada aos aspectos do contexto social ao qual o indivíduo está incluso (ROCHA; ADORNO, 2012).

Enfatizando o alto poder de transmissão, quanto mais precocemente for realizada a identificação dos casos de TB e o tratamento correto, maior será a probabilidade de êxito no seu controle. Para isto os trabalhos dos serviços de saúde, especialmente na área da Atenção Primária de Saúde (APS), devem estar comprometidos no reconhecimento precoce dos sintomáticos respiratórios e na realização do tratamento adequado (PINHEIRO et al., 2012),

Esta detecção precoce é realizada através da busca ativa dos sintomáticos respiratórios, que são indivíduos que apresentam tosse produtiva ou não por um período equivalente há três semanas consecutivas ou mais (BRASIL, 2011). Embora tenha ocorrido expansão das ações da Atenção Primária à Saúde (APS) nos últimos anos, e a descentralização do controle da TB, estas ações ainda apresentam fragilidades, representadas pelo diagnóstico tardio e altas taxas de mortalidade causadas pela doença.

Entre as 22 nações com mais elevada carga da doença, se tratando de números absolutos de casos, o Brasil ocupa a 18ª posição entre os países, considerando a quantidade de casos novos e óbito. Os coeficientes de mortalidade e de incidência foram reduzidos em 38,9%, respectivamente de 1990 a 2014. Estima-se que entre o ano de 2005 a 2014 tenham sido diagnosticados em média 73 mil novos casos e 4,577 óbitos ocorridos e, entre 2012 a 2015 registrados 840 casos novos de tuberculose drogarristente (BRASIL, 2016). Esses dados indicam que apesar de ser uma doença curável quando seguidos todos os princípios corretamente, a TB ainda é considerada endêmica no Brasil.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são integrantes da equipe de saúde da família indispensáveis para o controle da TB, pois são os profissionais que estão diretamente

ligados à comunidade, promovendo um elo entre a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e os indivíduos infectados e doentes.

Neste sentido, é imprescindível que os mesmos tenham conhecimento sobre as ações do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) e conheçam o diagnóstico situacional da comunidade na qual atuam afim de que as situações de vulnerabilidades sejam identificadas e monitoradas, com o objetivo de realizar uma busca ativa contínua e efetiva em sua área de atuação.

O PNCT abrange medidas inovadoras que tem como um de seus objetivos a ampliação e o fortalecimento da estratégia do Tratamento Diretamente Observado (TDO), assim como, a descentralização das ações de controle da TB para o nível da atenção básica, promovendo desta forma a ampliação dos serviços para toda a comunidade. Para isto, recomenda que haja capacitação dos profissionais que trabalham na Estratégia Saúde da Família (ESF), incluindo os ACS, com ênfase em ações baseadas no controle da doença, como a vigilância (que inclui a busca ativa contínua seja em domicílio ou na própria unidade de saúde). (BRASIL, 2011a).

A busca de sintomáticos respiratórios até então não foi completamente introduzida como uma ação crucial para o controle da TB, assim como a solicitação da baciloscopia de escarro, que não foi integrada na prática dos serviços para todos os sintomáticos respiratórios (CUNHA et al., 2015), o que reflete muitas vezes em um diagnóstico tardio, impossibilitando o controle da doença.

Diante do tema exposto, surgem os seguintes questionamentos: Qual o conhecimento dos ACS quanto às ações do programa de controle da TB? E quais as principais ações de controle da TB desenvolvidas pelos ACS?

A motivação para elaboração deste estudo surgiu durante a disciplina Enfermagem Clínica II do Curso de Graduação em Enfermagem e fortaleceu-se no decorrer da disciplina Estágio Supervisionado I, por ter observado o elevado número de casos de tuberculose pulmonar no município de Cajazeiras- PB, assim como, as ações que estão sendo implantadas e desenvolvidas pelos ACS que destacam-se como peça fundamental para o êxito destas ações.

Uma vez que este tema ainda é pouco estudado e pesquisado, como observado durante o levantamento bibliográfico para a construção deste trabalho, almeja-se que os resultados do estudo possam contribuir para propostas de educação permanente para os ACS, e para a conscientização da importância do papel desenvolvido por estes profissionais no processo de controle da Tuberculose e, conseqüentemente, subsidiar ações que possam ser

adotadas pelos serviços de saúde, proporcionando melhores condições de vida e assistência a sociedade.

1.1 Hipótese

Os Agentes Comunitários de Saúde possuem conhecimentos limitados sobre a Tuberculose, refletindo na atuação dos mesmos no controle da doença no município.

2- OBJETIVOS

2.1- Geral

Analisar os conhecimentos e a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde no controle da Tuberculose.

2.2 Específicos

Conhecer o perfil sociodemográfico dos Agentes Comunitários de Saúde;

Descrever os conhecimentos dos Agentes Comunitários de Saúde quanto às ações do programa de controle da Tuberculose;

Verificar a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde no controle da Tuberculose.

3- REVISÃO DE LITERATURA

3.1- A Tuberculose no Brasil

A Tuberculose (TB) permanece sendo um sério problema de saúde pública em todo o mundo, que requer a elaboração de medidas para o seu controle, com enfoques humanitários, econômicos e de saúde pública (BRASIL, 2011a).

É considerada uma doença milenar, uma vez que, há relatos da presença de lesões em múmias, no antigo Egito. Entretanto, somente no ano de 1882, ocorreu a descoberta da bactéria responsável pela doença, o *Mycobacterium tuberculosis*, pelo cientista Robert Koch (NOGUEIRA et al., 2012).

A expressão Tuberculose apresentou em sua história, distintos significados. O romantismo do século XIX desenvolveu um encanto pela tísica (forma como era denominada a TB na época, por ser uma doença que leva a destruição do organismo progressivamente), uma vez que, era conhecida como a doença da paixão, que afetava pessoas que amavam e sofriam por amor. Ainda na metade do século XIX, foi caracterizada como uma doença de cunho social, devido aos elevados números de casos entre as populações com menos condições de vida, ocasionando pânico entre os indivíduos (CLEMENTINO, 2011).

A TB é uma doença provocada por um bacilo de crescimento lento, aeróbio estrito, álcool-ácido resistente (BAAR), com transmissão aerógena, ou seja, através do ar, por meio da fala, tosse ou espirro de pessoas infectadas, pela forma pulmonar da doença e que não estejam em tratamento. Há mais de três mil anos, essa bactéria ataca de forma progressiva a população mundial (BRASIL, 2011a).

Caso um indivíduo seja infectado, ele poderá desenvolver a doença em qualquer estágio da vida. Este evento poderá ocorrer a depender do funcionamento do sistema imunológico, que uma vez deprimido, não terá condições de reagir impedindo a multiplicação dos bacilos. Alguns fatores podem ocasionar este déficit, tais como, infecção pelo HIV, diabetes, tratamento prolongado com corticosteroides, terapia imunossupressora, doenças renais crônicas, neoplasias e desnutrição protéico-calórica (BRASIL, 2008).

A TB pode apresentar-se por diversas manifestações clínicas que dependem do órgão afetado. Os sinais e sintomas da forma pulmonar são os mais constantes, uma vez que, o bacilo responsável pela doença, tem preferência pelo pulmão (SILVA et al., 2011). Os principais sinais e sintomas são tosse seca ou produtiva com expectoração mucoide ou

purulenta, podendo ocorrer ou não a presença de hemoptise, irritabilidade, sudorese noturna, inapetência, emagrecimento e febre vespertina (BRASIL, 2010).

O tratamento da TB possui dois objetivos principais, baseando-se nas duas fases que o constituem. Na primeira fase (fase de ataque ou intensiva), a qual tem duração de dois meses, são utilizados quatro medicamentos combinados, isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol, objetivando a eliminação rápida do bacilo e, na segunda fase (fase de manutenção ou fase de continuação), que tem duração de quatro meses, são utilizados dois medicamentos, a isoniazida e a rifampicina, almejando a prevenção das recaídas (NOGUEIRA et al., 2012).

Sua disseminação está profundamente ligada ao modo de vida da população. Propaga-se, em espaços de elevada concentração humana, com infraestrutura urbana deficiente ou inadequada, onde a convivência com a fome e a miséria é o quadro da realidade. Devido a isto, a incidência da doença é mais elevada nas periferias das grandes cidades, no entanto pode acometer qualquer indivíduo, até mesmo em áreas rurais (BRASIL, 2002).

O país exibe uma grande diversidade no campo epidemiológico, em virtude das dimensões continentais e das desigualdades econômicas e sociais, principalmente nas grandes cidades brasileiras (FARIAS, 2010).

Reportando ao Estado da Paraíba, no ano de 2012, foram registrados 1.138 novos casos de TB no SINAN. A incidência foi de 29,81/100 mil habitantes englobando todas as formas de TB e 17,4/100 mil habitantes para os casos bacilíferos. Entre os casos da doença na forma pulmonar bacilífera que foram diagnosticados em 2011, 65,7% dos infectados obtiveram cura e 13,2% abandonaram o tratamento. Ainda no mesmo ano houve 82 óbitos por TB registrados, possuindo uma taxa de mortalidade por causa básica de 2,1/100 mil habitantes (BRASIL, 2014).

A doença é julgada como prioridade do Ministério da Saúde do Brasil desde 2003, assim como uma das cinco doenças com maior destaque dos dias atuais. Integra o programa Mais Saúde, a Programação das Ações de Vigilância em Saúde, o Pacto pela Vida, entre outros (PILLER, 2012).

3.2 Atenção primária à saúde e o controle da TB

No ano de 1993, a TB foi reconhecida como uma emergência mundial pela OMS, desde então foi recomendado aos países que concentravam maior carga da doença no mundo, a adoção da estratégia *Directly Observed Treatment Short Cours* (DOTS), incluído entre estes o Brasil (WHO, 2009).

Esta estratégia pode ser definida como ações práticas que visam o controle da TB, e é embasada por cinco pilares: I) comprometimento político com os recursos humanos, financeiros, construção de planos de ações e instigação social; II) detecção de casos através de exames bacteriológicos confiáveis; III) tratamento eficaz e padronizado com a tomada da medicação supervisionada; IV) provisão dos medicamentos e gestão de qualidade; V) sistema de controle que acompanhe os casos desde a notificação até a conclusão (WHO, 2009).

No ano de 1996 foi lançado o Plano Emergencial para o controle da TB e, a partir de então, o Ministério da Saúde preconizou a implantação do Tratamento Supervisionado (TS), sendo oficializado somente no ano de 1999 por intervenção do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) (BRASIL, 2006).

Juntamente a adoção da estratégia do TS, o PNCT considera importante a horizontalização do combate a TB, ampliando as ações para todos os serviços de saúde. Desta forma, objetiva a integração do controle da TB com a atenção básica, unido ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), para assegurar eficiência na expansão do acesso ao diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2006).

Este propósito de descentralização está alicerçado na percepção que a TB é um problema de saúde com capacidade de solução no âmbito da APS, uma vez que esse nível de atenção quando organizado é capaz de intervir de forma eficaz nos determinantes da doença (DANTAS et al., 2011).

O Tratamento Supervisionado (TS) ou o Tratamento Diretamente Observado (TODO) é um componente fundamental da estratégia DOTS que objetiva a consolidação da adesão do paciente ao tratamento e busca prevenir a ocorrência de resistência das cepas aos medicamentos, assim como o fortalecimento do vínculo entre o profissional e o portador de TB diminuindo os casos de abandono e elevando a perspectiva de cura (BRASIL, 2011a).

Pode ser executado na unidade de saúde, assim como no domicílio ou no ambiente de trabalho do indivíduo infectado, podendo ser realizado por um ACS, por membros da ESF, como o enfermeiro, por exemplo, por um familiar ou pessoa da comunidade capacitada e comprometida com a ação (SANTOS et al., 2012).

O PNCT está incorporado na rede de Serviços de Saúde, é desenvolvido por meio de um programa unificado e exercido pela associação das três esferas de governo (federal,

estadual e municipal). É organizado mediante uma política de programação das suas ações com sistemas técnicos e assistenciais padronizados e bem definidos, assegurando e permitindo inclusão social de forma universal às suas ações. Através deste programa foi estabelecido como meta: detecção de 70% dos casos bacilíferos, cura de 85% dos infectados e diminuição para menos de 5% na taxa de abandono ao tratamento (BRASIL, 2006).

Existem 181 municípios distribuídos no país, considerados prioritários para o PNCT. Reportando ao Estado da Paraíba, há três municípios, são eles, João Pessoa, capital do estado, Campina Grande e Santa Rita (BRASIL, 2014).

A Atenção Básica (AB) é definida como um conjunto de ações de saúde, no contexto individual e coletivo, que compreende estratégias como, promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnósticos, tratamentos, reabilitação e manutenção da saúde, buscando desenvolver uma atenção integral (BRASIL, 2012).

A AB deve ser considerada, pelos atores sociais, como a primeira e principal porta de entrada dos serviços de saúde, oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Norteia-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), quanto mais Unidades de Saúde da Família (USF) funcionante e quanto mais profissionais de saúde competentes atuando neste cenário, realizando ações de controle da TB, mais ampla será a busca, mais detecção de casos ocorrerá, mais ágil será o início do tratamento e maior eficiência na supervisão do tratamento poderá ocorrer, propiciando cura e interrupção da cadeia de transmissão. Estas USF devem dispor do apoio de unidades de referência de média complexidade, porém devem manter a sua autossuficiência na descoberta e no tratamento da doença (BRASIL, 2008).

3.3 Papel dos ACS no controle da Tuberculose

A atividade da ESF gera ações que conciliam sistema, equipes de saúde e as comunidades, através de visitas e assistência nos domicílios e territórios onde os atores sociais vivem (SANTOS et al., 2011).

A sistematização do trabalho da ESF e a geração do cuidado dispõem de um profissional importante na ligação entre os indivíduos em suas comunidades e o sistema de saúde: o Agente Comunitário de Saúde (ACS), profissional este que possui como atribuição o

primeiro vínculo com as famílias, tornando-se um dos pilares para a eficiência e efetividade da proposta da ESF, pois conhece de maneira mais próxima a comunidade, favorecendo a troca de saberes entre estes indivíduos e os profissionais, elevando, com isso, a capacidade da comunidade de encarar os desafios impostos pelo dia a dia (SANTOS et al., 2011).

No decorrer do processo de consolidação do SUS e de revigoração da APS foi elaborado em 1991 pelo Ministério da Saúde o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) almejando principalmente a redução dos índices de mortalidade materna-infantil nas regiões do Nordeste e Norte do país e de favorecer a relação da comunidade com os serviços de saúde (OHARA; SAITO, 2010).

Com isso, foram atingidos alguns objetivos, como a amplificação do acesso aos serviços de saúde, aumento da cobertura vacinal, contenção do câncer de colo de útero, redução da mortalidade infantil, assim como outros fatores interligados às condições de trabalho (SOUZA, 2014).

A Lei n. 10.507 de 10 de julho de 2002, deu origem à profissão do ACS (BRASIL, 2002), mas somente a partir do ano de 2006 foram regulamentadas suas atividades pela Lei n. 11.350, que delimita suas atribuições e estabelece a conclusão do ensino fundamental e a realização de curso de formação inicial e continuada, a cargo dos municípios, como exigência mínima para a prática da profissão (BRASIL, 2006)

De acordo com a portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, as atribuições específicas dos ACS na AB, são: I) trabalhar com adscrição de famílias em área geográfica delimitada, a microárea; II) cadastrar todos os indivíduos de sua microárea e manter os cadastros atualizados; III) instruir as famílias quanto à finalidade dos serviços de saúde disponíveis; IV) executar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; V) Acompanhar através de visita domiciliar, as famílias e indivíduos, sob sua responsabilidade; VI) Realizar ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população VII) Desenvolver atividades de promoção da saúde, da prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde; VII) Manter vínculo permanente com as famílias, executando ações educativas, visando à promoção da saúde (BRASIL, 2011b).

Direcionando as ações de controle da Tuberculose, têm-se como atribuições do ACS neste processo, à execução da busca ativa de Sintomáticos Respiratórios (SR) nas residências e na comunidade; conduzir ou informar o caso suspeito à equipe; conduzir e encaminhar a coleta do escarro do SR; realizar o TS e ratificar a presença do doente às consultas programadas e realizar as visitas domiciliares (BRASIL, 2002).

Além disso, é almejado que o ACS coopere para a popularização da percepção do processo saúde doença no tocante a TB, e que seja capaz de contribuir na organização dos serviços de saúde na busca de uma realidade epidemiológica política e social (DANTAS et al., 2011).

Porém vale ressaltar que existem diversos desafios no saber-fazer e saber-ser ACS, dentre os quais, a função de “tradutor” do conhecimento científico ao popular; a inclusão no âmbito e até mesmo por diversas vezes na problemática da família; a dimensão do propósito da ESF, requerendo ora uma direção mais assistencial e de vigilância e ora de promoção de saúde e qualidade de vida; a oposição da população a recomendação de mudanças de hábitos; dentre outros (BAPTISTIN; FIGUEIREDO, 2014).

No que tange o controle da TB, os principais obstáculos enfrentados pelos ACS são a escassez dos recursos humanos capacitados, dos recursos materiais, assim como a desvalorização do seu ofício. Apesar de a Atenção Básica almejar o desenvolvimento do trabalho de maneira interdisciplinar, incluindo o ACS neste processo, a interação entre os profissionais configura-se como deficiente, uma vez que, os profissionais ainda estão atrelados à prática do modelo biomédico, fracionando desta forma os saberes, gerando obstáculos nas ações desenvolvidas pelos ACS (GONZALES et al., 2015).

Se de um lado existe uma população necessitada de cuidados e informações, do outro se espera que haja uma equipe de profissionais treinados e habilitados para suprir as necessidades apresentadas por esta população. Se tratando de uma doença cercada de preconceitos, como a TB, a mesma causa aflição até mesmo nos profissionais de saúde, quanto ao seu contágio, claro que diante de uma atitude como esta, o desconhecimento e a falta de preparo do profissional é perceptível, o que gera o distanciamento e a falta de segurança por parte do paciente em relação ao profissional e ao serviço, propiciando o risco para o abandono do tratamento, impossibilitando o controle da doença (GONZALES et al., 2011).

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

O presente trabalho trata-se de um estudo transversal, de natureza descritiva, com abordagem quantitativa, procurando traduzir em números os resultados encontrados.

A pesquisa exploratória tem como desígnio favorecer maior conhecimento sobre o problema abordado, com o propósito de torna-lo mais nítido ou a formular novas hipóteses. Neste sentido, ocorre quando há pouco conhecimento do tema abordado (GIL, 2010).

A pesquisa descritiva tem como finalidade descrever os atributos de uma determinada população, assim como, identificar prováveis relações entre variáveis. Enquadram-se neste tipo de pesquisa, estudos que buscam o nível de atendimentos dos órgãos públicos de uma comunidade, as condições de moradias de seus habitantes; são incluídas também, pesquisas que avaliam opiniões, atitudes e crenças de uma população (GIL, 2010).

4.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada nas Unidades de Saúde da Família (USF) localizadas na zona urbana do município de Cajazeiras no estado da Paraíba (PB), Brasil.

O município encontra-se localizado na extremidade do Estado da PB, na área do semi-árido brasileiro, a 465 Km da Capital do estado, João Pessoa. Limitando-se a Oeste com Cachoeira dos Índios e Bom Jesus, ao Sul São José de Piranhas, a Noroeste de Santa Helena, a Norte e Leste o município São João do Rio do Peixe e a Sudeste Nazarezinho. A população estimada para o ano de 2015 foi de 61.431 habitantes, a área da unidade territorial é de 565,899 km² e a densidade demográfica de 103,28hab/km (IBGE, 2015).

Estão instaladas e funcionando no município vinte e duas USF, onde dezessete equipes de saúde da família desenvolvem seu trabalho na zona urbana e oito na zona rural. Ressalta-se, que em três das vinte e duas USF, há o desenvolvimento do trabalho por duas equipes de saúde da família, por esta razão há diferença entre o número de equipes e de USF funcionantes.

As ações desenvolvidas por essas equipes tem como finalidade a promoção da saúde, prevenção das doenças e tratamento das doenças encontradas, baseados nos princípios e diretrizes do SUS. A rede de saúde pública do município também conta com uma

Policlínica, os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as Vigilâncias Epidemiológicas, Sanitária e Ambiental.

4.3 População e amostra do estudo

A população ou universo é conceituado como o total de indivíduos que dispõe de atributos similares, os quais foram definidos para um determinado estudo (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde do município onde o estudo foi realizado, existem 138 ACS, dos quais 103 atuam na zona urbana. O dimensionamento amostral foi calculado com base na quantidade total de ACS atuantes nas Unidades de Saúde da Família, usando-se o cálculo para população finita (BARBETTA, 2007)

N = tamanho da população;

E_0 = erro amostral tolerável (10%);

n_0 = primeira aproximação do tamanho da amostra;

n = tamanho da amostra.

$$n_0 = \frac{1}{E_0^2} \quad n = \frac{N \cdot n_0}{N + n_0} = \frac{103 \cdot 100}{103 + 100} = 51 \text{ ACS}$$

Os ACS foram recrutados de forma proporcional em cada USF, sendo selecionados através de sorteio. Em caso de recusa, novo sorteio foi realizado, na tentativa de alcançar o número almejado de participantes. Em algumas USF houve mais de uma recusa, não contemplando ao método amostral traçado, no entanto, em outras USF houve total aceitação dos ACS, sendo aplicado o questionário a estes ACS, compensando assim o número de recusas e compondo o total da amostra definida.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos os ACS que atuavam na zona urbana e tinham no mínimo seis meses de atuação na profissão. Sendo excluídos aqueles que estavam afastados das funções por qualquer motivo, durante o período de coleta dos dados, como licença ou férias.

4.5 Instrumento de coleta dos dados

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário semiestruturado composto por questões abertas e fechadas, formuladas pela própria pesquisadora, embasadas nas questões norteadoras do estudo. O roteiro foi dividido em três partes: a primeira engloba as variáveis sociodemográficas, a segunda sobre o conhecimento dos ACS no controle da TB e a terceira sobre a atuação dos ACS no controle da doença.

Questionário pode ser descrito como um método de investigação social constituído por um agrupamento de questões designadas a uma população com o objetivo de alcançar informações a respeito de conhecimentos, crenças, sentimentos, valores, interesses, expectativas, temores, comportamentos passados ou presentes (GIL, 2010).

4.6 Procedimento de coleta dos dados

A princípio foi solicitado o Termo de Anuência a Secretaria Municipal de Saúde, através de ofício emitido pela Coordenação do Curso de Enfermagem. Em seguida o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande, para fins de apreciação e parecer.

Após aprovação do projeto foi realizada a coleta dos dados que ocorreu em todas as USF urbanas durante o mês de março de 2016. Em algumas destas unidades, foi realizado o contato prévio com os enfermeiros, conforme a disponibilidade dos mesmos. Neste momento, era apresentado o encaminhamento da Secretaria Municipal de Saúde, consentindo a realização da pesquisa, assim como era realizado o agendamento dos encontros com os ACS. Nas unidades que não houve a possibilidade do encontro com o enfermeiro para programar as demais coletas, estas foram realizadas por tentativas e visitas não programadas.

Os encontros com os ACS ocorreram nas respectivas USF. O questionário foi aplicado pela própria pesquisadora, e os participantes responderam de próprio punho no momento da visita a USF, após esclarecimentos a respeito da pesquisa e dos seus objetivos, mediante a concordância por meio da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.7 Análise dos dados

Para análise dos dados, as perguntas subjetivas foram categorizadas e quantificadas de acordo com a frequência dos temas abordados. Sendo realizadas análises por estatísticas descritivas dos dados coletados.

Os dados da caracterização sociodemográfica, do conhecimento e da atuação dos ACS no controle da TB, presentes no questionário aplicado, foram tabulados e analisados no software estatístico IBM SPSS 21 *Statistical Package for the Social Sciences* e expressos por meio de frequência e porcentual.

4.8 Aspectos éticos

A pesquisa foi realizada respeitando as normas da Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta as pesquisas que envolvem seres humanos, assegurando o anonimato, todas as informações que envolvem sua finalidade, a liberdade para o consentimento e desistência da participação, em qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

A amostra estudada foi esclarecida a respeito da pesquisa e dos seus objetivos anteriormente a coleta dos dados e após concordância em participar do estudo foi assinado o termo de consentimento livre e esclarecido.

O único risco oferecido pela pesquisa foi o da quebra do anonimato, porém, medidas cautelosas foram tomadas, para que não ocorressem desconforto ou risco mínimo para os participantes do estudo. O trabalho não apresentou quaisquer tipos de procedimentos invasivos ou questionário com questões inapropriadas.

Como benefício, uma vez que este tema ainda é pouco estudado e pesquisado, almejou-se que os resultados do estudo possam contribuir para propostas de educação permanente para os ACS, e para a sensibilização da importância do papel desenvolvido por estes profissionais no processo de controle da TB e, conseqüentemente, subsidiar ações que possam ser adotadas pelos serviços de saúde.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande, sob o parecer de nº 1.431.100.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 51 ACS de 17 USF do município de Cajazeiras, que responderam ao questionário aplicado individualmente pela própria pesquisadora, a fim de alcançar e manter a fidedignidade das respostas, contemplando aos objetivos traçados para o estudo.

Os passos seguidos para a coleta dos dados foram, além da explanação sobre os objetivos do trabalho e sobre o TCLE, a sensibilização dos profissionais envolvidos no estudo.

5.1- Caracterização dos Participantes

Tabela 1 - Distribuição dos participantes segundo os dados sociodemográficos, Cajazeiras, 2016

Variáveis		
Sexo	<i>f</i>	%
Feminino	44	86,3
Masculino	7	13,7
Total	51	100
Faixa etária		
19 a 29 anos	1	2,0
30 a 39 anos	20	39,2
40 a 49 anos	22	43,1
50 anos ou mais	8	15,7
Total	51	100
Tempo de atuação		
Entre 6 a 10 anos	12	23,5
Entre 11 a 15 anos	29	56,9
Entre 16 a 20 anos	5	9,8
Mais de 20 anos	5	9,8

Total	51	100
Escolaridade		
Ensino fundamental completo	3	5,9
Ensino médio completo	28	54,9
Superior incompleto	7	13,7
Superior completo	6	11,8
Outros	7	13,7
Total	51	100,

Fonte: Pesquisa Direta (2016)

Analisando os dados sociodemográficos dos ACS demonstrados na Tabela 1, constatou-se que grande parte dos profissionais correspondeu ao sexo feminino, com 86,3%. O destaque feminino observado evidenciou o quanto a mulher está cada vez mais conquistando o campo profissional, abrindo novos horizontes e direcionando um novo olhar às práticas dos cuidados em saúde. Além do mais, esta profissão é constituída majoritariamente por mulheres devido ao próprio processo histórico de sua construção.

Faz parte da essência da mulher o ato de cuidar, uma vez que, esta desempenha um dos papéis mais interligados ao cuidado: o de ser mãe. Além da cautela, do zelo e da dedicação, a mulher possui uma forte influência no modo de educar e orientar, contribuindo para a caracterização, do papel do profissional ACS, que além da prestação do cuidado, tem como função, manter a comunidade orientada e informada acerca dos cuidados preventivos, assim como dos curativos.

Estes dados estão em consonância com os estudos realizados por Rocha (2015), Baptistini (2014), Crispim (2012) e Dantas (2011), que obtiveram em seus dados a presença do sexo feminino de forma predominante.

Baptistini (2014) relata que, desde a fundação do PACS, preferencialmente eram realizadas contratações de pessoas do sexo feminino, para atuar na área, embasado no critério de que a remuneração pelo trabalho implicaria em melhora na condição social da mulher, assim como encorajaria outras mulheres a buscarem o seu espaço e reconhecimento.

Quanto à faixa etária, observou-se que 43,1% estavam entre 40 a 49 anos. Com o passar dos anos adquire-se além de experiências o amadurecimento. Este nos proporciona um melhor entendimento dos acontecimentos a nossa volta. Pode-se observar durante a aplicação

dos questionários, que os ACS com maior idade demonstravam maior interesse e dedicação pela profissão. No entanto, não se pode descartar a importância da presença de profissionais jovens na profissão, uma vez que, podem trazer novas perspectivas no modo de atuar, assim como inovações, refletindo em uma ESF mais dinâmica e inovadora.

Os dados encontrados divergem dos estudos realizados por Galavote (2011) e Rocha (2015), onde a faixa etária predominante foi de 19 a 29 anos e de 30 a 39 anos, respectivamente.

Com relação ao tempo de atuação na profissão o período entre 11 a 15 anos de atuação foi citado por 56,9% dos participantes. Todo ofício, seja ele na saúde ou não, demanda tempo para seu aperfeiçoamento. A profissão do ACS não é diferente, principalmente pelo fato de envolver diferentes cenários de trabalho, pois cada família tem as suas particularidades e, o conhecimento destas é essencial para o desenvolvimento das atividades coletivas e individuais.

É possível perceber algumas vantagens entre aqueles que possuem um tempo maior de atuação, pois o vínculo e o afeto com a comunidade se torna mais forte com o tempo, alcançando assim, uma confiança mais sólida entre os atores sociais e os profissionais.

Estes dados estão convergentes com o estudo realizado por Dantas (2011) e Pinto (2014), os autores observaram entre os participantes a média de 10 anos de trabalho e o maior período de 20 anos e meio.

Com relação à escolaridade dos participantes, demonstrados ainda na Tabela 1, 54,9% responderam possuir o ensino médio completo. A educação é a base para o desenvolvimento de qualquer ação, ainda mais no âmbito da saúde. Quanto maior o nível de escolaridade do ACS, maiores também as possibilidades de adquirir novos conhecimentos, o que implicará em orientações mais esclarecedoras e coerentes, assim como na verificação e reconhecimento das demandas de saúde apresentadas pela comunidade, sendo assim, contribuindo para o aprimoramento das ações em saúde na atenção básica.

O nível de escolaridade relatado pelos participantes pode ser considerado um privilégio e avanço para a categoria, por pertencer a um nível de escolaridade eminente ao exigido pela legislação que rege a classe destes profissionais.

Em estudos realizados por Rocha (2015) e Crispim (2012), também foi observado à predominância dos relatos de conclusão do ensino médio entre os ACS. Entretanto, em estudo realizado por Dantas (2011), o nível de escolaridade que alcançou maior número de respostas entre os participantes do estudo foi o ensino fundamental completo, divergindo dos resultados encontrados nesta pesquisa.

5.2- Conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre às ações do Programa de Controle da TB

Tabela 2 – Conhecimentos dos ACS sobre Tuberculose. Cajazeiras/2016

Variável		
Fatores de Risco	<i>f</i>	%
Tempo de exposição ao bacilo.	43	84,3
Ter Aids	29	56,9
Profissionais da saúde	28	54,9
Etilismo	21	41,2
Diabetes	3	5,9
Desnutrição	29	56,9
Sinais e sintomas		
Tosse por três semanas ou mais, febre baixa vespertina, com sudorese noturna, escarros com sangue e perda de peso.	38	74,5
Tosse por três semanas ou mais, dor no peito, febre alta durante o dia, dores de cabeça.	13	25,5
Total	51	100
Funcionamento do TDO		
A cada mês alguém da equipe deve observar o paciente tomar a medicação.	8	15,7
Acompanhar diariamente durante todo o tratamento seja o próprio ACS, enfermeiro, familiar ou alguém comprometido	43	84,3
Total	51	100
Duração do TDO		
6 meses	41	80,4
12 meses	10	19,6
Total	51	100
Abandono do tratamento		

Após 3 meses de ausência na unidade	16	31,4
Após 30 dias de ausência na unidade	17	33,3
Após uma semana de ausência na unidade	17	33,3
Após 6 meses de ausência na unidade	1	2,0
Total	51	100

Fonte: Pesquisa Direta (2016)

Na variável fatores de risco os participantes assinalaram mais de uma alternativa

Quanto à análise dos fatores de risco na transmissão da TB, dos 51 participantes, 84,3% dos ACS responderam que o tempo de exposição ao bacilo se configurava como fator de risco para contrair a doença. a AIDS foi apontada por 56,9%; os profissionais de saúde por 41,2% dos participantes, o etilismo por 41,2% dos profissionais, o fator diabetes por 5,9%, e desnutrição foi escolhida por 56,9% dos profissionais

Observa-se uma escassez de estudos científicos que abordem o conhecimento dos ACS quanto aos fatores de risco na transmissão da doença, dificultando assim a comparação de dados.

O conhecimento dos fatores de risco da TB é peça chave para o desempenho dos ACS no controle da doença, uma vez que, a identificação destes possibilita uma intervenção de forma eficaz e em tempo oportuno, na quebra da cadeia de transmissão.

Um dos principais fatores de risco na transmissão da doença é o tempo de exposição ao bacilo da TB, por ser uma fator claro e evidente, foi esperado que 100% dos participantes considerassem esta opção como válida, porém como relatado anteriormente, apenas 84,3% fizeram esta escolha. Este fato chama a atenção, já que a prevenção e o controle da doença podem ser desenvolvidos principalmente pela disseminação de informações. A deficiência no conhecimento destes aspectos pode ser configurada como um obstáculo na obtenção do controle da doença.

Entre as opções analisadas que também deve ser ressaltada como preocupante para a saúde, foi à ausência da percepção dos participantes, que ser profissional da saúde é fator de risco para o adoecimento de TB, uma vez que, estes profissionais estão em contato direto e frequente com a comunidade. Como relatado apenas 54,9% consideraram esta alternativa, esse resultado dá indícios de que estes profissionais, não estão atentos ao autocuidado, comprometendo a própria saúde, além do mais, aumentando o risco de tornar-se disseminador da doença.

De acordo com estudo desenvolvido por Moreira (2010), os ACS possuem grande contato com portadores de TB, o que significa grande risco para a saúde destes profissionais, ressaltando também a presença de um aspecto agravante, que é a inexistência de equipamentos de proteção individual, para estes profissionais no seu campo de atuação.

Na análise dos dados relacionados ao conhecimento dos ACS quanto aos sinais e sintomas da doença, na Tabela 2, foram categorizadas somente duas respostas. No questionário aplicado havia cinco possibilidades de escolha, entretanto apenas duas delas foram escolhidas pelos participantes.

Entre os participantes, 74,5% optaram pela alternativa que referia corretamente os sinais e sintomas apresentados pelos portadores de TB.

O reconhecimento dos sinais e sintomas da TB pelos ACS é substancial para o controle da doença, pois a partir das queixas dos indivíduos sintomáticos respiratórios ou de seus familiares, durante as visitas domiciliares ou até mesmo em encontros não programados, extradomiciliares, é possível que haja o levantamento da suspeita, deixando a equipe vigilante, a partir da comunicação do ACS.

Os dados obtidos revelam que mais da metade da amostra estudada, possuía domínio do conhecimento sobre os sinais e sintomas da doença. No estudo realizado por Dantas (2011), foi observado que 85,5% dos ACS estudados, questionavam as pessoas da sua comunidade se tinham tosse por três semanas ou mais. Conjectura-se a possibilidade dos profissionais participantes desta pesquisa compreenderem a respeito dos sinais e sintomas que necessitam ser investigados para alcançar assim a meta estabelecida pelo MS no controle da doença, convergindo com o identificado neste estudo.

Sobre o Tratamento Diretamente Observado, esta variável foi subdividida em três, como deve funcionar o TDO, qual a duração do TDO e quando pode-se configurar como abandono do TDO.

Referente ao processo de funcionamento do TDO, somente duas respostas foram categorizadas em tabela, uma vez que, somente estas duas foram assinaladas pelos participantes. Sucedeu da mesma forma, com a variável duração do tratamento e por fim referente à variável sobre o abandono do TDO, foi categorizada por três respostas.

Com relação ao funcionamento do TDO, 84,3% referiram que o acompanhamento do tratamento deve ser realizado diariamente, durante todo o tratamento. Considerando a variável sobre a duração do tratamento, 80,4% dos participantes afirmaram que o tratamento da TB tem duração de seis meses. E por fim, a respeito do tempo considerado abandono do tratamento, 33,3% após 30 dias e 33,3% após 1 semana de ausência na unidade.

Embora o TDO não seja função privativa do ACS, a parcela de contribuição destes profissionais aumenta a possibilidade de sucesso no controle da doença, uma vez que, se não houver a adesão ao TDO, as chances do alcance de cura diminuem. O maior objetivo do TDO é evitar a resistência medicamentosa, assim como diminuir os números de abandono pelos portadores da doença.

Considerando o conhecimento dos ACS sobre o funcionamento do TDO e sua duração, os dados apontam que a grande maioria dos participantes possuía conhecimento satisfatório. Em contraposição Rocha (2015) relata em seu estudo que verificou menor domínio dos ACS com relação ao TDO, inclusive a questão com menor frequência de acertos, foi sobre o funcionamento do TDO, onde os ACS acreditavam que o TDO era realizado pelos familiares da pessoa acometida por TB.

O MS recomenda que a supervisão da tomada da medicação seja realizada diariamente durante todo o tratamento, esta supervisão deve ser realizada, preferencialmente, por algum profissional da equipe de saúde (BRASIL, 2011). Seguindo corretamente este método o profissional estará mais preparado para intervir em tempo oportuno caso haja resistência do paciente ou até mesmo desistência por parte do mesmo.

O tratamento da TB é considerado extremamente difícil, quanto ao seu desenvolvimento e manejo. Portanto, quanto mais capacitado o profissional se sentir e se apresentar, mais fluente será a relação entre o portador da TB e o serviço, facilitando desta maneira o alcance do objetivo final, a cura.

Diante dos dados analisados, os resultados que dizem respeito ao conhecimento acerca do tempo considerado como abandono do tratamento foi apontado como insatisfatório e despertou grande preocupação, pois a busca ativa de faltosos é realizada, frequentemente pelos ACS e se configura como uma das principais ações desenvolvidas para o controle da doença, além da busca do SR. O desconhecimento do correto desencadeia falha nas atividades, ainda mais se tratando do abandono do tratamento, o qual causa inúmeras consequências.

Se estes profissionais não estiverem atentos a esta informação, a busca dos faltosos ficará comprometida e conseqüentemente, haverá redução no percentual de cura, aumento da resistência aos medicamentos, maiores gastos públicos e menor qualidade de vida para os portadores da TB e seus comunicantes.

Ainda sobre o conhecimento dos ACS quanto a TB, foi questionado sobre qual o principal exame diagnóstico deveria ser realizado pelo SR para a identificação do bacilo da TB, assim como, qual seria a consequência do abandono do tratamento. A grande maioria dos

participantes afirmou que a baciloscopia de escarro era o exame mais apropriado para tal objetivo, assim como o mais acessível pelo serviço de saúde em que atuavam. E quanto à consequência do abandono do tratamento, predominantemente obteve-se como resposta que o portador não alcançava a cura e ainda tornava-se resistente a medicação utilizada para o tratamento.

A baciloscopia direta do escarro é uma tática essencial no auxílio ao diagnóstico, uma vez que, possibilita a descoberta das origens mais importantes da infecção, que são os casos bacilíferos. Quando executado de maneira correta, detecta de 70 a 80% dos casos da TB pulmonar (BRASIL, 2011).

O município, cenário da pesquisa, apresenta como vantagem a disponibilidade do exame de escarro ao SR, facilitando o desenvolvimento da descentralização do controle da TB e colaborando com as atividades executadas pela Atenção Básica. É substancial conhecimento dos ACS tanto sobre o exame como quanto sobre a consequência do abandono, apesar de não ser função deste profissional, entretanto, é válido ressaltar que todas as ações desenvolvidas para o controle da TB são fortalecidas através das informações e orientações realizadas por estes profissionais.

Tabela 3 - Distribuição dos ACS de acordo com a participação e frequência nas capacitações. Cajazeiras, 2016.

Variável		
Participação em capacitação	<i>f</i>	%
Sim	43	84,3
Não	8	15,7
Total	51	100
Frequência de capacitações		
Anualmente	9	17,6
Semestralmente	4	7,8
Há muitos anos não há capacitações	30	58,8
Não ocorreu nenhuma capacitação no meu tempo de atuação	8	15,7
Total	51	100

Fonte: Pesquisa Direta (2016)

Referindo-se a participação dos ACS em capacitações, foi identificado que 84,3% participaram de capacitações específicas sobre TB durante o seu tempo de atuação. Quanto à frequência destas capacitações 58,8% relataram que há muitos anos não havia,

As capacitações são ferramentas importantíssimas no repasse de novas informações, assim como no treinamento e aperfeiçoamento de habilidades já existentes, substanciais para o fortalecimento do saber.

Durante a aplicação do questionário aos participantes, foi observado o quanto estes sentiam necessidade e carência da realização de capacitações com maior frequência, direcionadas a sua classe, sendo isto evidenciado neste estudo pelo alto percentual de respostas, relatando há muitos anos não haver capacitações.

Os profissionais informaram que a comunidade cobrava informações, que muitas vezes fugiam do seu conhecimento e que em ocasiões como estas tentavam contornar buscando auxílio na equipe, a fim de preencher as lacunas existentes nas informações prestadas à população. Enfatizaram que as novas informações vão surgindo de acordo com novas descobertas, e com a ausência de capacitações, acabam se tornando descontextualizados e desatualizados.

.Deste modo, enfatizando o tema abordado, a Educação Permanente em Saúde é uma ferramenta de intensa utilidade para o controle da TB, uma vez que exige à responsabilidade de todas as partes envolvidas no processo de combate a doença como a gestão, o serviço, os profissionais e os atores sociais.

Consoantes a esta pesquisa estão os estudos realizados por Rocha (2015) e Dantas (2011) onde foram encontrados um percentual mais elevado entre aqueles que já participaram de capacitação, o primeiro apontou que 69,5% da sua amostra havia participado de alguma capacitação específica de TB e de acordo com o segundo autor, 51,9% da amostra estudada participou de capacitação em algum momento de sua atuação. E quanto a frequência que ocorriam estas, de acordo com Rocha (2015), 28,4% relataram ter ocorrido a última há 2 anos e 18,6% há mais de dois anos.

5.3- Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde no controle da Tuberculose

Tabela 4 - Distribuição das atividades desenvolvidas pelos ACS para o controle da TB. Cajazeiras, 2016.

Variável

Investiga SR	<i>f</i>	%
Sim	50	98,0
Não	1	2,0
Total	51	100
Conduta ao identificar SR		
Encaminha a USF	33	64,7
Comunica ao enfermeiro da USF	6	11,8
Orienta sobre o tratamento	5	9,8
Encaminha a USF e comunica de imediato ao enfermeiro	6	11,8
Encaminha a USF, comunica ao enfermeiro da equipe e busca informações acerca da conduta adotada.	1	2,0
Total	51	100
Discussão na comunidade sobre TB		
Realiza discussão na comunidade sobre sinais e sintomas	11	21,6
Realiza discussão na comunidade sobre tratamento	2	3,9
Realiza discussão na comunidade sobre transmissão	3	5,9
Realiza discussão na comunidade sobre prevenção	5	9,8
Realiza discussão na comunidade sobre fatores de risco	3	5,9
Não realiza discussão na comunidade	27	52,9
Total	51	100
Profissional que atua junto com o ACS		
Enfermeiro	25	49,0
Médico	1	2,0
Enfermeiro e médico	23	45,1
Nenhum profissional	2	3,9
Total	51	100

A Tabela 4 representa os resultados obtidos a respeito da atuação dos ACS. A maior parte das questões do questionário sobre estes aspectos eram abertas, estas foram definidas de acordo com a frequência das respostas.

Foi questionado se os ACS realizavam investigação dos SR durante as visitas domiciliares, 98,0% responderam que realizavam esta ação. Ainda nesta mesma linha, foi questionada qual a conduta ao identificar um SR na área, compondo a maior parte das respostas, 64,7%, disseram que encaminhavam a USF.

A busca do SR é o ponto inicial das ações para o controle da TB, pode-se considerar uma das principais atividades desenvolvidas pelos ACS, na procura da redução dos casos da patologia. É de extrema importância que esta, não se limite apenas aos domicílios, como investigado durante a aplicação do questionário, é preciso também está atento para realiza-la nos ambientes mais susceptíveis, como em locais fechados e com grande aglomeração de pessoas.

Por ser uma doença de alto estigma muitos indivíduos que desencadeiam os sinais e sintomas característicos da doença omitem e negam o que estão sentindo. Diante disso, muitos preferem não procurar o serviço de saúde, e silenciar a doença, sendo desta forma, disseminador para a comunidade onde vivem.

A busca ativa do SR pode desencadear aceitação do paciente a procurar o serviço de saúde, por intermédio da sensibilização com o diálogo, explanando todos os prejuízos que a TB pode causar, assim como, os benefícios que poderão ser alcançados com a prestação dos cuidados em tempo oportuno pelo serviço de saúde.

De acordo com os dados obtidos, pode-se observar que a prática da busca por SR durante as visitas domiciliares são desenvolvidas de forma satisfatória. Convergindo com o estudo realizado por Pinto (2014), que observou um bom desenvolvimento destas ações pelos ACS. Em contraposição, Scatolin (2014) relatou em sua pesquisa que os ACS apresentavam desenvolvimento da realização da busca de SR em visitas domiciliares, insatisfatório.

Em relação à conduta ao identificar SR no território, foi visto que o encaminhamento a USF foi a ação mais desenvolvida pelos profissionais abordados no estudo. A atitude do ACS previsível, frente a esta situação é que, além do encaminhamento do indivíduo, ocorra também a comunicação do caso identificado ao enfermeiro da equipe, tendo em vista a dificuldade da aceitação do indivíduo em buscar auxílio no serviço de saúde. Logo, ao tomar conhecimento o enfermeiro, da existência do SR, o trabalho em equipe se fortalecerá, aumentando a probabilidade do alcance de êxito nas ações de busca e na assistência prestada.

Também foram investigadas, através do questionário aplicado aos participantes, quais orientações eram oferecidas a respeito de como realizar a coleta de escarro e como armazená-lo. A grande maioria dos participantes informou que encaminhava o SR a unidade para que o enfermeiro esclarecesse como realizar o procedimento.

De acordo com o MS, a amostra adequada é aquela com origem da árvore brônquica; o volume ideal corresponde de 5 a 10 ml. A coleta deve ser realizada em locais abertos, com uma boa circulação de ar. O paciente deve estar em jejum, lavar a boca, porém não escovar os dentes, prender a respiração por alguns segundos e tossir com força, repetindo esta ação até que se obtenham três eliminações do escarro (BRASIL, 2010).

Diante das informações obtidas, pode-se observar que os ACS não se sentem aptos para fornecer as orientações necessárias aos indivíduos para a realização da coleta de escarro, porém de acordo com a literatura, estes profissionais são indicados a prestar este tipo de informação aos indivíduos, como os sinais e sintomas característicos da doença, no momento da visita domiciliar.

Estas informações podem propiciar um maior aprendizado e redução nas possibilidades de perda do material coletado por insuficiência de amostra ou por armazenamento inadequado, o que contribuirá para a obtenção do diagnóstico precoce, e conseqüentemente, o início do tratamento de acordo com o resultado encontrado, quebrando assim a cadeia de transmissão da doença.

Analisando a atuação do ACS junto à comunidade, na Tabela 4 verificou-se a existência de uma grande lacuna nas ações de prevenção e controle da TB, pois 52,9% dos profissionais que participaram da pesquisa relataram que não desenvolviam atividades de discussão sobre TB na comunidade e que a prática educacional se restringia apenas as orientações ofertadas em visitas domiciliares, nas famílias que havia caso confirmado da doença.

A comunidade necessita de processos de adaptação para sua integração no contexto educacional que envolvam ações de promoção da saúde e prevenção das doenças. Esta é uma tarefa árdua para os profissionais da saúde, principalmente em populações com baixo poder econômico, uma vez que, é observado em diversos estudos, que é neste tipo de população que ocorre predominância de casos de TB.

A carência de discussões com a comunidade pode desencadear diversos fatores negativos no controle da doença, como a resistência do SR a procurar o serviço de saúde para que possa ser investigado, a diminuição da adesão ao tratamento e a deficiência na compreensão do contexto da doença.

Discordando dos dados encontrados neste estudo, Rocha (2015) observou que 50,9% dos ACS, realizavam ações educativas e instrutivas a respeito da doença com a comunidade. Ainda nesta mesma linha de considerações, Scatolin (2014) do mesmo modo, verificou que 52,4% dos participantes adotavam esta prática no seu cotidiano laboral.

Finalizando o questionário aplicado, foi investigado se os ACS atuavam juntamente a outro profissional da equipe nos momentos de dúvidas e dificuldades quanto a TB. Obteve-se como resposta que 49,0% dos participantes recorriam ao enfermeiro da equipe.

Os dados encontrados revelam a importância que o enfermeiro representa no contexto da AB e no desenvolvimento das atividades praticadas pela equipe de saúde da família, principalmente na supervisão do trabalho do ACS. É possível identificar que quando há comunicação entre os integrantes da equipe de maneira harmoniosa e eficaz, o trabalho de todos os envolvidos se desenvolve fluentemente em todos os contextos, pois todos passam a caminhar em busca do mesmo objetivo.

Dados divulgados pelo MS mostram que em todas as unidades existe a presença de um profissional de saúde que responde pelas ações de controle da TB bem como as gerencia, e que 96,6% desses profissionais são enfermeiros (BRASIL, 2011).

O enfermeiro deve estar preparado e capacitado para oferecer suporte ao ACS, seja no controle da TB ou em outra atividade programática da ESF, uma vez que, o funcionamento das atividades de ambos depende entre si, para alcançar o sucesso almejado. Então, é substancial que o enfermeiro ofereça apoio, estímulo e incentivo aos profissionais da categoria estudada, para que estes se sintam mais confortáveis e confiantes na execução de suas atividades, e conseqüentemente, mais cientes do valor que representam nos cuidados com a saúde de toda comunidade.

Coincidentemente com este estudo, Costa (2013) verificou em sua pesquisa que 71,1% dos ACS, representando a maioria absoluta da amostra estudada, possuem como referência o enfermeiro da equipe e quando sentem dúvidas referentes ao processo de controle da TB buscam a este profissional a fim de sanar as dúvidas.

6. CONCLUSÕES

Diante dos resultados foi possível descrever o conhecimento dos ACS a respeito das ações do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, sendo observado o avanço alcançado na expansão das medidas de controle através da descentralização das ações do PNCT para a Atenção Básica. Verificou-se ainda o quanto a inclusão dos ACS nesta estratégia de controle enaltece a prática laboral de toda a equipe envolvida, assim como promove a aproximação da comunidade aos serviços de saúde, sejam portadores de TB ou não.

Respondendo a hipótese traçada inicialmente, foram identificadas lacunas no conhecimento e na atuação dos ACS no controle da TB, que merecem atenção e medidas intervencionais, na tentativa de oferecer melhores condições de trabalho e, conseqüentemente, melhor desempenho nas atividades destes profissionais.

Diante de algumas dificuldades encontradas, muitos ACS, inicialmente recusaram responder ao questionário, devido à ausência de acompanhamento de casos de TB no período da coleta. Nesse sentido, foi ressaltado e explicado pela pesquisadora, que este fato não se configurava como critério de exclusão da pesquisa, ao contrário, seria uma oportunidade de analisar se o profissional estava preparado caso surgisse algum caso de TB em sua área de atuação.

Com relação às limitações no conhecimento dos participantes, sugere-se a realização de capacitações que abordem o contexto da TB, com maior frequência, valorizando e reforçando a proposta da educação permanente nos serviços de saúde, assim como, uma interação mais efetiva entre os enfermeiros das equipes e os ACS, proporcionando uma maior contextualização entre o conhecimento teórico e a prática das ações de controle.

Quanto à deficiência nas ações desenvolvidas, propõem-se a execução de planejamento com toda a equipe, com ênfase nas atividades educacionais direcionadas a comunidade, levando em consideração que, o reforço na prevenção reflete em todas as outras práticas de controle da doença.

Para a concretização destas medidas é necessário também que haja incentivos governamentais suficientes para o bom andamento do serviço, incluindo os profissionais, de forma que estes sejam instruídos de acordo com suas funções, fornecimento dos insumos, que vão desde o material para a coleta de escarro, medicações usadas no combate da doença,

assim como equipamentos de proteção individual, como luvas e máscaras N95, para uso dos profissionais envolvidos.

Sugere-se também realização de outros estudos direcionados a temática, em razão da escassez encontrada, assim como, para a colaboração em novas estratégias e sugestões que aprimorem as ações no controle da TB.

REFERÊNCIAS

BAPTISTINI, R. A.; FIGUEIREDO, T.A.M. Agente Comunitário de Saúde: desafios no trabalho da zona rural. **Revista Ambiente & Sociedade**, São Paulo, v. XVII, n. 2. P. 53-70, abr-junh, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/asoc/v17n2/a05v17n2.pdf> >. Acesso em: 20 de outubro de 2015.

BARBETTA, P. A. **Estatística Aplicada às Ciências Sociais**. Editora da UFCS, Florianópolis. Livros da série didática. 7º ed., vol. 1, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico**, vol. 47, nº 13, 2016. Disponível em:< <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/24/2016-009-Tuberculose-001.pdf> >. Acesso em: 23 de maio de 2016.

_____. 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, p. 92, 2014. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/panorama%20tuberculose%20brasil_2014.pdf > Acesso em: 05 de Agosto de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 110, 2012. Disponível em: < <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> > Acesso em: 05 de agosto de 2015.

_____. 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, p. 284, 2011a. Disponível em: < http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/TB/mat_tec/manuais/MS11_Manual_Recom.pdf > Acesso em: 08 de agosto 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância Sanitária. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União; Poder Executivo, 2011b. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html >. Acesso em: 23 de maio de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 8º ed. rev. p. 444, 2010. Disponível em: < <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencasinfecciosasparasitariasguiabolso.pdf> > Acesso em: 10 de setembro 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde**: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. Brasília : Ministério da Saúde, 2º ed. rev., nº 21, p. 195, 2008. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cab_n21_vigilancia_saude_2ed_p1.pdf > Acesso em: 10 de agosto de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose, Brasil 2007 – 2015**. Brasília, 2006. Disponível em: <

http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=927&Itemid=423 > Acesso em: 15 de setembro de 2015.

CLEMENTINO, F. S. Tuberculose: desvendando conflitos pessoais e sociais. **Revista Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 638-643, 2011. Disponível em: <

<http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/sites/default/files/pesquisaprofissionais.pdf> > Acesso em: 22 de outubro de 2015.

CRISPIM, J. A. et. al. Agente Comunitário de Saúde no controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde. **Revista Acta Paul Enferm.** 25 (5):121-7, 2012. . Disponível em: <

<http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/39155/S010321002012000500012.pdf?sequence=1&isAllowed=y> > Acesso em: 04 de abril de 2016.

CUNHA, N. V. et al. Estrutura, organização e processos de trabalho no controle da tuberculose em municípios do estado do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. **Revista Interface** Botucatu, São Paulo, 19 (53): 251-63, 2015. Disponível em: <

<http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n53/1807-5762-icse-1807-576220140083.pdf> > Acesso em: 12 de agosto de 2015.

DANTAS, D. N. A. et al. Ações do Agente Comunitário de Saúde no diagnóstico da Tuberculose Pulmonar. **Revista Rene. Fortaleza**, n. 12, 2011. Disponível em: <

<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/324/pdf>.> Acesso em: 12 de agosto de 2015.

FARIAS, A. S. **Perfil dos doentes de tuberculose no município de Manaus Amazonas (2007)**. 74 f. Tese (Doutorado). Programa de Pós – Graduação em Enfermagem em Saúde Pública. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2010.

Disponível em: < www.teses.usp.br/teses/disponiveis/.../ALTAIRSEABRADEFARIAS.pdf > Acesso em: 20 de novembro de 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas S.A. 4º ed. 2010. Bibliografia: ISBN 85-224-3169-8.

GONZALES, R. I. C. et. al. A descoberta da Tuberculose no território: Análise qualitativa do trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Revista Ciência y Enfermería**, v. XXI, n. 2, 2015. Disponível em: < http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000200009 > Acesso em: 07 de dezembro de 2015.

GONZALES, R. I. C. et. al. Ações de busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose na visão dos profissionais de uma unidade de saúde da família. **Revista de Enfermagem e Saúde**, Pelotas (RS), v. 1, p. 24-32, jan-mar, 2011. Disponível em: <

<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3403/2794> > Acesso em: 07 de dezembro de 2015.

IBGE, *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*. IBGE, 2015. Disponível: <

<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=250370&search=||infogr%0E1 ficos :-informa%0E7%0F5es-completas> > Acesso em: 06 de novembro de 2015.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas. 2010, 7^o ed, p. 270, Bibliografia ISBN 85-224-2991-X.

MOREIRA, T. R.; ZANDONADE, E.; MACIEL, E. L. N. Risco de infecção tuberculosa em Agentes Comunitários de Saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 2, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000200014> Acesso em: 07 de abril de 2016.

NOGUEIRA J. A., et al. O Sistema de informação e o controle da tuberculose nos municípios prioritários da Paraíba – Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reensp/v43n1/16.pdf>> Acesso em: 09 de outubro de 2015.

NOGUEIRA, et al. Tuberculose: uma abordagem geral dos principais aspectos. **Revista Brasileira de Farmácia**, Rio de Janeiro, v. 93, n.1, p. 3-9, 2012. Disponível em: < <http://www.rbfarma.org.br/files/rbf-2012-93-1-1.pdf>> Acesso em: 21 de dezembro de 2015.

OHARA, E. C. C; SAITO, R. X. S. **Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2010, 2^o ed., p. 535.

PILLER, R. V. B. Epidemiologia da tuberculose. **Revista Pulmão RJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p. 4-9, 2012. Disponível em: < http://sopterj.com.br/profissionais/_revista/2012/n_01/02.pdf> Acesso em: 15 de setembro de 2015.

PINHEIRO, P. G. O. D. et al. Busca ativa de Sintomáticos Respiratórios e diagnóstico tardio da Tuberculose. **Revista RENE**, Ceará, v. 13, n.3, 2012. Disponível em: < <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/724/pdf>> Acesso em: 20 de agosto de 2015.

PINTO, E. S. G. et. al. O Agente Comunitário de Saúde na detecção de casos de tuberculose. **Revista Ciência Cuidado e Saúde**, Paraná, v.13, n. 3, p. 519-526, jul-set, 2014. Disponível em: < http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20926/pdf_224> Acesso em: 05 de Abril de 2016.

ROCHA, D. S.; ADORNO, R. C. F. Abandono ou descontinuidade do tratamento da tuberculose em Rio Branco, Acre. **Revista Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, n.1, p. 232-245, 2012. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/viewFile/29833/31720>> Acesso em: 28 de agosto 2015.

ROCHA, G. S. S. et. al. Conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a tuberculose, suas medidas de controle e tratamento diretamente observado. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.7, p.1483-1496, jul., 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csp/v31n7/0102-311X-csp-31-7-1483.pdf>> Acesso em: 04 de abril de 2016.

SANTOS, K. T. et al. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1023-1028, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a35v16s1.pdf>> Acesso em: 24 de setembro de 2015.

SANTOS, T. M. M. G. et al. Caracterização dos casos de Tuberculose notificados em um município prioritário do Brasil. **Revista Enferma. UFPI**, Teresina, v.1, n.1, p. 8-13, 2012. Disponível em: < <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/703/617> > Acesso em: 29 de agosto de 2015

SOUZA, F. R. M. **Agentes Comunitários de Saúde, formação e perfil profissional o caso de Duque de Caxias, RJ**. 152 f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: < http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=6765 > Acesso em: 06 de dezembro de 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) – Global tuberculosis control: epidemiology strategy, financing. Geneva, 2008.

_____. Global tuberculosis control: epidemiology strategy, financing. Geneva, 2009. Disponível em: < www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc.> Acesso em: 05 de novembro de 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS - QUESTIONÁRIO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES

UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

**“CONNHECIMENTO E ATUAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
NO CONTROLE DA TUBERCULOSE”**

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – QUESTIONÁRIO

A. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS ACS:

Sexo: () Feminino () Masculino

Idade: _____

Local de serviço: _____

Tempo que atua nesta função: _____

Escolaridade:

() Ensino fundamental completo () Ensino médio incompleto () Ensino médio completo

() Superior incompleto () Superior completo () Outro: _____

**B- INFORMAÇÕES SOBRE O CONHECIMENTO DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO CONTROLE DA DOENÇA:**

Quais dos fatores abaixo são indicadores de risco na transmissão da tuberculose? (pode ser assinada mais de uma alternativa)

() O tempo de exposição ao bacilo da tuberculose () Ter Aids

() Profissionais da saúde () Etilismo () Diabetes () Desnutrição

Quais dos sinais e sintomas apresentados levantaria a suspeita de tuberculose, baseado no seu conhecimento?

- Tosse por mais de 3 semanas, febre baixa vespertina, com sudorese noturna, escarros com sangue e perda de peso.
- Tosse, dor no peito, febre alta durante o dia, dores de cabeça.
- Perda de peso, coriza, dores no corpo, irritabilidade e falta de ar.
- Tosse, dor no peito, falta de apetite, pressão arterial elevada
- N.D.A.

Qual o principal exame que o Sintomático Respiratório deve realizar para identificação do bacilo da tuberculose?

- Raio X de tórax Exame de urina Baciloscopia de escarro
- Cultura de secreção da nasofaringe Tomografia de Tórax

Como deve funcionar o Tratamento Diretamente Observado?

- A cada mês alguém da equipe deve observar o paciente tomar a medicação.
- Fazer o acompanhamento diário, durante todo o tratamento, observando diariamente a tomada da medicação, seja o próprio ACS, enfermeiro da equipe, familiar ou alguém comprometido de acordo com importância da função.
- O enfermeiro, somente o enfermeiro, observar a cada dois meses a tomada da medicação.
- O médico ou o enfermeiro, observar a tomada da medicação no início do tratamento..
- N.D.A

Qual a duração do tratamento da tuberculose?

- 6 meses 12 meses 8 meses
- 10 meses 4 meses

Quando podemos considerar abandono de tratamento?

- Após 3 meses de ausência na unidade Após 6 meses de ausência na unidade
- Após 30 dias de ausência Após 12 meses de ausência
- Após uma semana de ausência

Quais as consequências do abandono do tratamento?

- Não atinge a cura e pode tornar-se resistente a medicação utilizada para o tratamento.

Não pode repetir o tratamento.

Morte imediata.

O Ministério da Saúde não permite mais o acompanhamento deste paciente, pelo SUS.

Pode adquirir transtorno mental

O Senhor (a) já participou de capacitações relacionadas ao controle da Tuberculose?

Sim Não

Se sim, qual a frequência e como é a dinâmica destas capacitações?

C- ATUAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO CONTROLE DA TUBERCULOSE

Durante as visitas domiciliares o Senhor (a) investiga a presença do Sintomático Respiratório?

Sim Não

Quando há identificação do Sintomático Respiratório, quais as orientações sobre a realização da coleta de escarro e do seu armazenamento?

É realizada alguma forma de discussão sobre Tuberculose com a comunidade? Quais os aspectos abordados nesta discussão?

Qual sua conduta ao identificar um Sintomático Respiratório em seu território?

É realizada a investigação de Sintomáticos Respiratórios a partir de casos confirmados de Tuberculose?

Sim Não

O Senhor (a) atua juntamente a outro profissional de saúde do serviço em que trabalha, frente a uma situação de suspeita de TB? Qual o profissional?

ANEXOS

ANEXO A- TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

23

APÊNDICE A - TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

Eu, **Maria Mônica Paulino do Nascimento**, professora da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me pela orientação de **Mariane da Silva Nunes**, discente do Curso de Graduação em Enfermagem, no desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado *“Conhecimento e Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde no controle da Tuberculose”*. Assegurando que não haverá desistência de minha parte que acarrete em prejuízo para o término das atividades desenvolvidas no trabalho de conclusão de curso – TCC pelo (a) discente

Declaro estar ciente e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo cumprimento da Resolução 01/2009 do Colegiado do Curso de Enfermagem, pelos prazos estipulados junto à disciplina TCC, e pelo zelo com o projeto de pesquisa no sentido de manutenção da privacidade e sigilo das informações, resguardo da segurança e bem estar dos participantes nela recrutados, pelo resultado obtido e posterior divulgação no meio acadêmico e científico, pela comunicação ao comitê de ética sobre qualquer alteração no projeto ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento da pesquisa, bem com arquivamento durante 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, de uma das vias do termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por cada participante recrutado, durante a execução da mesma.

Cajazeiras PB, 18 de janeiro de 2016

Maria Mônica P. do Nascimento

Prof. Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento
Mat. SIAPF: 2359958

ANEXO B TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR PARTICIPANTE

24

APÊNDICE B - TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR PARTICIPANTE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

Eu, **Mariane da Silva Nunes**, discente do Curso de Graduação em enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, campus de Cajazeiras, responsabilizo-me, junto com minha orientadora, Professora. Esp. **Maria Mônica Paulino do Nascimento**, a desenvolver o projeto de pesquisa intitulado "*Conhecimento e Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde no controle da Tuberculose*", seguindo a Resolução 01/2009 do Colegiado do Curso de Enfermagem e a seguir os prazos estipulados na disciplina TCC, comprometo-me ainda em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pela minha orientadora nas atividades de pesquisa e, junto com ela, pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e/ou científico.

Cajazeiras – PB, 06 de Janeiro de 2016

Mariane da Silva Nunes

Mariane da Silva Nunes

Mat.: 211220054

ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES

UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar da Pesquisa de Conclusão de Curso intitulada **CONHECIMENTO E ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO CONTROLE DA TUBERCULOSE**. Que tem como objetivo Analisar o conhecimento e a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde no controle da Tuberculose. Pedimos sua colaboração nesta pesquisa, respondendo a um questionário com questões objetivas e subjetivas, caso concorde

Garantimos que este estudo possui riscos mínimos, o risco decorrente de sua participação na pesquisa é a quebra do anonimato, no entanto, todos os cuidados serão realizados para que não ocorra o fato descrito. Não envolve a realização de procedimentos invasivos; mas poderá gerar insatisfação do participante em decorrência de abordar conhecimentos específicos sobre um determinado tema. Nesse caso, o pesquisador estará preparado para intervir sugerindo a suspensão da coleta, deixando você à vontade para decidir sobre sua participação no estudo posteriormente. Por outro lado, benefícios potenciais decorrerão diante de sua participação tais como: avaliação do conhecimento e da atuação dos ACS no controle da Tuberculose, contribuindo desta forma no incentivo as propostas de ações melhores nos serviços de saúde.

Todas as informações obtidas nesse estudo serão mantidas sob sigilo e sua identidade não será revelada Sua participação é voluntária e você poderá a qualquer momento deixar de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemos-nos a utilizar os dados coletados apenas para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em artigos científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação.

Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da investigação. Em caso de dúvidas relativas à pesquisa, os pesquisadores responsáveis estarão disponíveis por meio dos seguintes telefones: acadêmica de enfermagem **Mariane da Silva Nunes** (84) 9 96123203; e Orientadora da pesquisa **Profª Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento** (83) 9 9311-3927.

O Comitê de Ética da Universidade Federal de Campina Grande do Centro de Formação de Professores encontra-se disponível para esclarecimento pelo telefone: (83) 3532-2000 – Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n, Campus Cajazeiras, CEP: 58900-000 – Cajazeiras – Paraíba. Esse termo está elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador

Eu, _____, tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Cajazeiras, _____ de _____ de 2016.

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Assinatura do (a) Participante

ANEXO D- TERMO DE ANUÊNCIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS
PROGRAMA REDE ESCOLA/DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada “**CONHECIMENTOS E ATUAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO CONTROLE DA TUBERCULOSE**”, à ser desenvolvido pelo (a) pesquisador (a) *Mariane da Silva Nunes*, sob orientação da Professora *Maria Mônica Paulino do Nascimento* está autorizado para ser realizado junto a este serviço.

Outrossim, informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Cajazeiras, sob CNPJ:08.923.971/0001-15 fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ao Serviço que receberá a pesquisa.

Sem mais,

Atenciosamente,

Cajazeiras, 10 de Dezembro de 2015

Renata Emanuela de Queiroz Rêgo

Renata Emanuela de Queiroz Rêgo
Coordenadora do Programa Rede Escola

Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Educação em Saúde
Rede Escola/Programa Saúde na Escola

ANEXO E – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA (CEP) UFCG



CENTRO DE FORMAÇÃO DE
PROFESSORES DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CAMPINA GRANDE

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO E ATUAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO CONTROLE DA TUBERCULOSE

Pesquisador: MARIA MONICA PAULINO DO NASCIMENTO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52625416.1.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.431.100

Apresentação do Projeto:

TRATA-SE DE UM PROJETO DE MONOGRAFIA TCC-TRABALHO CONCLUSÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM CUJO OBJETO DE ESTUDO SERÁ ATUAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE CAJAZEIRAS-PB NO CONTROLE DA TUBERCULOSE.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o conhecimento e a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde no controle da Tuberculose. **Objetivo**

Secundário:

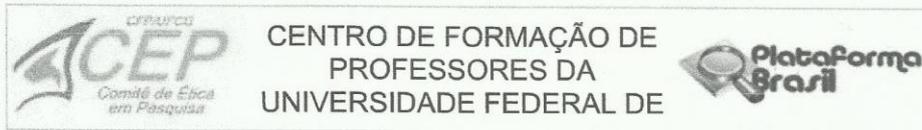
Descrever os conhecimentos dos ACS quanto às ações do programa de controle da TB; Verificar a atuação dos ACS no controle da TB; associar o conhecimento e a atuação dos ACS no controle da TB.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O único risco que a pesquisa oferecerá é o da quebra do anonimato, porém, medidas cautelosas serão tomadas, para que não aconteça desconforto

ou risco mínimo previsível para os participantes do estudo. O trabalho não apresenta quaisquer

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n	CEP: 58.900-000
Bairro: Casas Populares	
UF: PB	Município: CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3532-2075	E-mail: cep@cefpe.ufcg.edu.br



Continuação do Parecer: 1.431.100

tipos de procedimentos invasivos ou questionário com questões inapropriadas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A PESQUISA É DE IMPORTÂNCIA PARA O CAMPO DO CONHECIMENTO SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE CONTROLE DAS EPIDEMIAS NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS. CONTRIBUINDO TAMBÉM NO CAMPO DAS REFLEXÕES DA TEMÁTICA.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Conforme informação do projeto a pesquisa será feita com os ACS que atuam nas unidades básicas de saúde da família, e serão recrutados de forma proporcional em cada Unidade de Saúde, sendo selecionados através de sorteio. O projeto apresenta o Termo de Livre Consentimento, assim como o Termo de Anuência da Secretaria de Saúde e responsável pelas Unidade de Saúde da Família.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_649707.pdf	19/01/2016 16:33:42		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_compormisso_pes_participante.pdf	19/01/2016 16:32:56	MARIA MONICA PAULINO DO NASCIMENTO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso_pes_responsavel.pdf	19/01/2016 16:20:16	MARIA MONICA PAULINO DO NASCIMENTO	Aceito
Outros	Questionario.doc	19/01/2016 16:19:29	MARIA MONICA PAULINO DO NASCIMENTO	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	19/01/2016 16:18:42	MARIA MONICA PAULINO DO NASCIMENTO	Aceito

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
 Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS
 Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br



CENTRO DE FORMAÇÃO DE
PROFESSORES DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 1.431.100

Cronograma	Cronograma.docx	19/01/2016 16:16:42	MARIA MONICA PAULINO DO NASCIMENTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_anuencia.pdf	19/01/2016 16:15:02	MARIA MONICA PAULINO DO NASCIMENTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	19/01/2016 16:14:31	MARIA MONICA PAULINO DO NASCIMENTO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa.doc	19/01/2016 16:14:11	MARIA MONICA PAULINO DO NASCIMENTO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	19/01/2016 16:13:54	MARIA MONICA PAULINO DO NASCIMENTO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAJAZEIRAS, 01 de Março de 2016

Assinado por:

Paulo Roberto de Medeiros
(Coordenador)

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares
UF: PB Município: CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3532-2075

CEP: 58.900.000

E-mail: cep@cfp.ufca.edu.br

ANEXO F –TERMO DE ENCAMINHAMENTO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS
PROGRAMA REDE ESCOLA/DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Do: Setor da Rede Escola

Ao Diretor das UBS _____

Encaminhamos a aluna Mariane da Silva Nunes do curso Bacharelado em Enfermagem da Instituição de Ensino **Universidade Federal de Campina Grande** para realizar pesquisa sobre intitulada **“CONHECIMENTO E ATUAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO CONTROLE DA TUBERCULOSE”**, no período de 10 de Março à 07 de Maio de 2016. O mesmo já possui aprovação no CEP nº 1.431.100.

Sem mais, e visando o bom andamento dos trabalhos neste serviço, subscrevo-me.

Cajazeiras, 10 de Março de 2016

Atenciosamente,

Renata Emanuela de Queiroz Rêgo
Coordenadora do Programa Rede Escola