



Universidade Federal  
de Campina Grande

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA CIÊNCIAS DA VIDA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO  
CONTROLE DA TUBERCULOSE**

**LETÍCIA FONSECA ARNAUD**

**CAJAZEIRAS  
2010**

**LETÍCIA FONSECA ARNAUD**

**ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO  
CONTROLE DA TUBERCULOSE**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)  
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.

**ORIENTADORA: Prof. Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento**

**CAJAZEIRAS  
2010**

---



Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)  
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096  
Cajazeiras - Paraíba

A744<sup>a</sup> ARNAUD, Leticia Fonseca  
Atuação dos enfermeiros da estratégia de saúde da  
família no controle da tuberculose./Leticia Fosenca  
Arnaud. Cajazeiras, 2010.  
51f.

Orientadora: Maria Mônica Paulino do Nascimento.  
Monografia (Graduação) – CFP/UFPG

1. Tuberculose. 2. Saúde da Família. I. Título.

UFPG/CFP/BS

616.24-002.5  
CDU-616-002.5

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. OBJETIVOS.....	13
2.1 Geral.....	13
2.2 Específicos.....	13
3. REFERÊNCIAL TEÓRICO.....	14
3.1 Tuberculose: Contexto Geral.....	14
3.2 Papel do Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família no Desenvolvimento das Ações de Controle da Tuberculose.....	17
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	24
4.1 Tipo de Estudo.....	24
4.2 Cenário do Estudo.....	24
4.3 População e Amostra.....	24
4.4 Instrumento para Coleta de Dados.....	25
4.5 Procedimento de coleta de dados.....	25
4.6 Análise dos Dados.....	26
4.7 Aspectos Éticos.....	26
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	27
5.1 Dados relativos a caracterização dos participantes da pesquisa.....	27
5.2 Dados referentes aos objetivos da pesquisa.....	28
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
REFERÊNCIAS.....	40
APÊNDICES.....	45
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
APÊNDICE B - Instrumento de Coleta de Dados	
ANEXOS.....	49
ANEXO A - Ofício à Secretaria Municipal de Saúde	
ANEXO B - Termo de Aprovação do CEP	

## ABSTRACT

ARNAUD, L. F. **Performance of nurses in family health strategy for tuberculosis control.** Completion of course work in Nursing Degree. Federal University of Campina Grande. Cajazeiras-PB. 2010. 51f.

Tuberculosis (TB) has been throughout history, one of the infectious diseases that prevail as a public health problem. No country has implemented various measures in health care related to TB control, through the Unified Health System. Therefore, nurses' involvement of ESF is very important, considering that it is they who will accompany the patient from Detection of the case until discharge. Thus this study aims to understand the general performance of nurses from the Family Health Strategy for the development of actions to control tuberculosis in the municipality of Cajazeiras - PB. It was an exploratory research field with a quantitative approach, conducted in 14 health units in the city of Family Cajazeiras - PB. The population and sample consisted of 14 nurses working in Family Health Program in the municipality. The instrument used for the collection was a structured semi-structured questionnaire containing two parts, the first with information relating to characterization of the participants and the second with data related to the research objectives. The data were analyzed quantitatively by simple statistical treatment and arranged on tables. The characterization of the sample showed that 93% of participants were female, 58% are aged between 21 and 30 years, 64% have training time 1-9 years and 64% of professionals have training in TB. The data related to the goals of the research showed that for 64% of nurses, the TDO is only done by the ACS, the same being done 3 times per week in 57% of the units. The smear of control is required monthly for 57% of nurses. When there is no abandonment or 50% of nurses do visit focusing on the importance of treatment. The nurse performs an examination of the contacts in 86% of the units. To optimize adherence, 50% recommend the patient during delivery of the medication. Of the participants, 86% cite the noncompliance of the community as the main difficulty for the implementation of educational activities. To carry out proper management of TB is necessary to enhance and improve the actions directed to the disease. Thus it is necessary to establish a closer interaction between UBS and the City, with a view to discussion and development of truly effective actions to control Tuberculosis.

**Keywords:** Acting. Nurse. Tuberculosis.

## RESUMO

ARNAUD, L. F. **Atuação dos enfermeiros da estratégia de saúde da família no controle da tuberculose.** Trabalho de Conclusão de Curso Bacharelado em Enfermagem. Universidade federal de Campina Grande. Cajazeiras-PB. 2010. 51f.

A Tuberculose (TB) tem sido ao longo da história, uma das doenças infecto-contagiosas que prevalece como problema de saúde pública. No país tem sido implementadas diversas medidas em assistência à saúde relativas ao controle da tuberculose, através do Sistema Único de Saúde. Diante disso, a atuação dos enfermeiros da ESF é muito importante, tendo em vista que são eles que vão acompanhar o paciente desde a detecção do caso até a alta. Deste modo o presente estudo tem por objetivo geral conhecer a atuação dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família no desenvolvimento das ações de controle da tuberculose no município de Cajazeiras – PB. Foi uma pesquisa exploratória, de campo, com abordagem quantitativa, realizada nas 14 Unidades de Saúde da Família do município de Cajazeiras – PB. A população e a amostra foi constituída pelos 14 enfermeiros que atuam no Programa de Saúde da Família no município. O instrumento utilizado para a coleta foi um roteiro de questionário semi-estruturado contendo duas partes, a primeira com informações relacionadas à caracterização dos participantes e a segunda com dados relacionados aos objetivos da pesquisa. Os dados foram analisados quantitativamente através de tratamento estatístico simples e dispostos em tabelas. A caracterização da amostra demonstrou que 93% dos participantes é do sexo feminino, 58% tem idade entre 21 e 30 anos, 64% possui tempo de formação de 1 a 9 anos e 64% dos profissionais possuem capacitação em TB. Os dados relacionados aos objetivos da pesquisa demonstram que para 64% dos enfermeiros, o TDO é feito apenas pelo ACS, sendo o mesmo realizado 3 vezes por semana em 57% das unidades. A baciloscopia de controle é solicitada mensalmente por 57% dos enfermeiros. Quando há falta ou abandono 50% dos enfermeiros realizam visita enfocando a importância do tratamento. O enfermeiro realiza o exame dos contatos em 86% das unidades. Para otimizar a adesão, 50% orientam o paciente durante a entrega da medicação. Dos participantes, 86% citam a não adesão da comunidade como principal dificuldade para implantação de atividades educativas. Para realização de um manejo adequado da TB é necessário intensificar e aperfeiçoar as ações direcionadas à doença. Dessa forma é preciso que se estabeleça uma maior interação entre UBS e o município, tendo em vista a discussão e o desenvolvimento de ações realmente eficazes de controle da Tuberculose.

**Palavras-chave:** Atuação. Enfermeiro. Tuberculose.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Caracterização da Amostra.....	27
<b>Tabela 2</b> - Distribuição dos Participantes de Acordo com a realização do diagnóstico de Tuberculose.....	29
<b>Tabela 3</b> - Distribuição dos Participantes de Acordo com os exames diagnósticos solicitados.....	30
<b>Tabela 4</b> - Distribuição dos Participantes de Acordo com a realização do Tratamento Diretamente Observado e sua periodicidade.....	31
<b>Tabela 5</b> - Distribuição dos Participantes de Acordo com a periodicidade da realização de baciloscopia de controle.....	32
<b>Tabela 6</b> - Distribuição dos Participantes de Acordo com as ações desenvolvidas diante da falta ou abandono ao tratamento.....	32
<b>Tabela 7</b> - Distribuição dos Participantes de Acordo com a realização do exame dos contatos de um caso novo.....	33
<b>Tabela 8</b> - Distribuição dos Participantes de Acordo com as atividades de otimização da adesão ao tratamento.....	34
<b>Tabela 9</b> - Distribuição dos Participantes de Acordo com as dificuldades encontradas na implantação das atividades educativas.....	35
<b>Tabela 10</b> - Distribuição dos Participantes de Acordo com a avaliação das ações municipais de controle da TB.....	36

## **LISTA DE SIGLAS**

**ACS** - Agente Comunitário de Saúde

**AIDS** - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

**BCG** - Bacilo Calmette- Guérin

**BSR** - Busca de Sintomáticos Respiratórios

**ESF** - Estratégia de Saúde da Família

**HIV**- Vírus da Imunodeficiência Adquirida

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**OPAS** - Organização Panamericana de Saúde

**PACS** - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

**PNTC** - Programa Nacional de Controle da Tuberculose

**PPD** - Prova Tuberculínica

**PSF** - Programa de Saúde da Família

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**TB** - Tuberculose

**TDO** - Tratamento Diretamente Observado

**UBS** - Unidade Básica de Saúde



*"Não sabendo que era impossível, foi lá e fez"*  
*(Jean Cocteau)*

## AGRADECIMENTOS

*À Deus, pelas maravilhas que tem realizado em minha vida.*

*Aos meus pais, Edmilson Fonseca Torres e Maria de Fátima Formiga Arnaud, que são meus exemplos de "gente", meu porto seguro, pra onde eu sempre vou poder voltar, agradeço pelo amor incondicional e por todos os sacrifícios que fizeram para que eu chegasse até aqui.*

*Às minhas irmãs, Camila e Naninha (em memória) que sempre estiveram do meu lado quando precisei, me apoiando e acreditando na minha capacidade, lutando junto comigo para alcançar meus ideais.*

*Aos meus avós, João e Maria, Joséfa e Severino (em memória) que de forma incondicional apoiavam as minhas decisões, que me deram colo todas as vezes que precisei.*

*Ao meu namorado, Itama, agradeço pelo seu companheirismo, pela sua fidelidade, compreensão e acima de tudo pela sua paciência comigo. Amo você!*

*Aos meus tios e tias que contribuíram para que isso tudo se tornasse possível.*

*Aos meus primos e primas, agradeço a confiança e a força que sempre me foi dada ao longo dessa jornada.*

*À minha colega, amiga, irmã, Ana Adília que esteve sempre comigo e nunca deixou que eu desistisse diante das pedras no meio do caminho.*

*À turma do prédio, Aryanne, Raquel, Suelany, Cinthya, Denise, Janice, Fernanda, umas se foram, outras chegaram, pessoas com as quais dividi alguns dos melhores momentos da minha vida, e que também sempre estiveram ao meu lado me apoiando e aconselhando em importantes decisões, vocês sempre farão parte da minha vida.*

*À Sebastiana (Marta) e Joelfina que se tornaram verdadeiras amigas, que compartilharam comigo tantas alegrias e tristezas, com quem tenho certeza que poderei contar pelo resto da vida.*

*A todos os professores que contribuíram para minha formação profissional.*

*À minha orientadora, Maria Mônica Paulino do Nascimento que sempre esteve disposta a me ajudar na concretização deste trabalho.*

*A todos os funcionários que fazem parte da Universidade Federal de Campina Grande meus agradecimentos.*

*A toda minha turma, com a qual construí amizades verdadeiras que foram edificadas em alicerces fortes, que persistirão por toda a vida.*

*A todos que contribuíram para a concretização deste trabalho.*

*Aos meus pais que  
sempre estiveram ao meu  
lado e que muitas vezes  
tiveram que abrir mão de  
seus sonhos para que eu  
pudesse realizar os meus.  
Amo vocês!*

**LETÍCIA FONSECA ARNAUD**

**ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO  
CONTROLE DA TUBERCULOSE**

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Banca Examinadora:**

---

**Prof. Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento  
(Orientadora)**

---

**Prof. Esp. Lavoisier Morais de Medeiros  
(Membro Examinador)**

---

**Profª Mércia de França Nóbrega Medeiros  
(Membro Examinador)**

**CAJAZEIRAS  
2010**

## 1. INTRODUÇÃO

A incidência de mortalidade por doenças transmissíveis no Brasil apresentou de forma geral, tendência decrescente. Porém, ainda existem grupos de doenças transmissíveis persistentes e reemergentes. A Tuberculose (TB) tem sido ao longo da história da saúde mundial, uma das doenças infecto-contagiosas que prevalece entre tantas outras. É uma enfermidade antiga que persiste como problema sério de saúde pública, necessitando de ações urgentes (BRASIL, 2005).

Aguiar; Ribeiro (2006), incluem no grupo das doenças transmissíveis com quadro de persistência, as doenças que mantiveram incidência elevada ou que apresentaram redução que não caracteriza ainda uma tendência decrescente. Foram classificadas como tais: a malária, a tuberculose, a leishmaniose visceral, a leishmaniose tegumentar americana, a febre amarela silvestre, as hepatites virais, a esquistossomose, a leptospirose, o tracoma e as meningites, em especial a doença meningocócica.

Nos últimos anos houve um crescente aumento do número de casos de Tuberculose no Brasil e no mundo. Alguns dos motivos que podem justificar essa acentuada e preocupante prevalência são os fatores vinculados à pobreza, como o desemprego, o baixo grau de escolaridade, uma alimentação deficiente e insuficiente, condições de moradia inadequadas, a negligência na gestão da doença, o impacto da pandemia HIV/AIDS, entre outros (AGUIAR; RIBEIRO, 2006).

Apesar de nas décadas de 1970 e 1980 terem sido verificadas altas taxas de cura, a TB permanece sendo a doença infecciosa que mais mata no mundo. De acordo com Kritski *et al* (2007), ainda não existe uma vacina eficaz contra a TB e o diagnóstico ainda depende da baciloscopia, que tem apenas 60% a 70% de sensibilidade. O longo tempo necessário de incubação da cultura para micobactéria e os esquemas atuais de tratamento, tanto da doença quanto da infecção latente, são insatisfatórios por serem prolongados e apresentarem efeitos adversos em diferentes populações que dificultam o seu manuseio.

Para Boechat; Silva (2004), se olharmos a história da Tuberculose em nosso país, não se pode falar em uma doença que ressurgiu, pois nunca deixou de ser um problema entre nós, como nunca deixou de ser um problema do Terceiro Mundo em geral. O que mudou, isso sim, foi a prevalência nos países desenvolvidos. A Tuberculose era considerada praticamente uma doença em via de extinção nos países do chamado Primeiro Mundo. Importantes autores tomavam por verdade absoluta a situação epidemiológica da TB nos países desenvolvidos e acabavam divulgando essa situação como sendo mundial, mas na verdade estavam se

referindo à erradicação da doença nos países do Primeiro Mundo, que pelos índices que apresentavam, realmente estavam caminhando para o alcance desse objetivo.

Entretanto, o empobrecimento, a urbanização, a favelização e a pandemia da infecção pelo HIV nas grandes metrópoles reavivaram a TB, mesmo nos países desenvolvidos onde ela parecia estar sob controle. Diante desse quadro alarmante, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a TB uma emergência global e propôs uma estratégia de tratamento diretamente observado para aumentar as taxas de detecção e de cura (BRASIL, 2002).

No país tem sido implementadas diversas medidas em assistência à saúde relativas ao controle da tuberculose, através do Sistema Único de Saúde (SUS). Essas ações possibilitam ao Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) a descentralização de suas atividades para os serviços de Atenção Básica em saúde, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BARREIRA; GRANGEIRO, 2007).

Nesse contexto a Tuberculose tem trazido importantes desafios ao setor de saúde, principalmente aos profissionais vinculados a Atenção Básica. No tocante a ESF, a atuação desempenhada pelo enfermeiro é imprescindível para controle eficaz, já que este vai trabalhar diretamente na prevenção, no diagnóstico precoce e na realização de um tratamento de qualidade, visando não apenas a cura, mas principalmente o bem estar biopsicossocial do usuário do serviço.

Este tema foi escolhido devido o desejo de aprofundar conhecimentos sobre a atuação dos enfermeiros da ESF do município de Cajazeiras - PB no controle da Tuberculose e espera-se que esta pesquisa venha a contribuir como ferramenta de estudo e de reflexão para os profissionais de enfermagem e de saúde em geral. Sendo desta forma de extrema relevância em virtude de proporcionar uma visão mais detalhada acerca da atuação dos profissionais de enfermagem na implementação das atividades direcionadas ao controle da Tuberculose.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Conhecer a atuação dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família no desenvolvimento das ações de controle da Tuberculose no município de Cajazeiras – PB.

### **2.2 Específicos**

- Identificar as ações educativas direcionadas à comunidade em relação à Tuberculose;
- Listar as dificuldades encontradas na implantação das ações de controle da TB junto à comunidade.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Tuberculose: Contexto Geral

A Tuberculose (TB) é uma das enfermidades mais antigas e conhecidas do mundo. Algumas evidências indicam sua existência desde os tempos pré-históricos. Há registros de sinais da doença encontrados em esqueletos de múmias do antigo Egito e mais recentemente em uma múmia pré-colombiana no Peru. Os tratamentos utilizados iam desde a ingestão de preparados exóticos até a utilização de sangrias e a indução de vômitos (BRASIL, 2010).

No final do século XIX, alguns pacientes mais abastados recebiam cuidados em sanatórios que funcionavam como pousadas nas montanhas, já que era indicado também como tratamento a mudança de clima, os pacientes se deslocavam para as regiões montanhosas. Ao longo do tempo esses lugares passaram a ser usados como isolamento para doentes de qualquer classe social (FIOCRUZ, 2010).

Em 1882, o famoso bacteriologista inglês Robert Koch identificou o agente causador da enfermidade, a bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, também chamada de Bacilo de Koch em homenagem ao seu descobridor. Em 1908, os cientistas Albert Calmette e Camille Guérin conseguiram isolar uma cepa do bacilo da tuberculose para produzir culturas vivas atenuadas a serem usadas como vacina. A cepa recebeu o nome de Bacilo Calmette-Guérin, de onde surgiu o nome "BCG". Foi aplicada pela primeira vez em crianças em 1921. Somente em 1944 foi inventado o primeiro antibiótico, a estreptomicina, entretanto, sem o apoio ao tratamento e o contato entre doentes, surgiram bactérias resistentes ao medicamento. Para contornar o problema, desenvolveu-se um coquetel com quatro antibióticos (BRASIL, 2010).

A partir dos últimos anos do século XVIII, associou-se à Tuberculose pelo menos duas representações. A primeira, a definia como uma "doença romântica", idealizada nas obras literárias e artísticas ao estilo do romantismo e identificada como uma doença característica de poetas e intelectuais. A segunda, gerada em fins do século XIX, qualificava a doença como "mal social" e firmou-se, claramente, no decorrer do século XX, tendo convivido nas primeiras décadas com a visão romântica. Essas duas concepções apresentaram-se de forma significativa no imaginário social, expressando-se por meio de uma forte auréola estigmatizante (FIOCRUZ, 2010).

A percepção da Tuberculose como doença social no Brasil, demorou a ser construída e a estar presente nos discursos de saúde, que passaram a respaldar-se por dados estatísticos. Estes indicam de forma incontestável, uma maior incidência de tuberculose junto às classes populares. Entretanto, apesar da associação da doença às condições de vida, percebe-se que as



orientações para o controle da tuberculose, ao longo do tempo, assumiram o fator biológico como seu principal determinante, sustentadas apenas por um saber técnico-científico que se desenvolveu progressivamente (KRITSKI *et al.*, 2007).

A Tuberculose é uma doença que aparece representada de maneira ambígua em diferentes momentos da história. Até meados do século XX, quando a eficácia do tratamento quimioterápico da tuberculose ainda não era uma realidade, a doença gerava sentimentos diversos quanto à sua superação, representados de variadas formas, tanto no nível individual como coletivo (SOUZA *et al.*, 2010).

Apesar de ser uma das doenças infecciosas mais antigas, bem conhecida e há mais de meio século vulnerável ao tratamento medicamentoso, permanece como um dos principais agravos à saúde a ser enfrentado em âmbito global. Contribui para este fato a desigualdade social, a insuficiência de pesquisas visando o desenvolvimento de novos tratamentos e vacinas, fluxos migratórios, deficiências do sistema de saúde e alta prevalência dos casos de tuberculose multi-drogas resistentes e associados à infecção pelo HIV (BARREIRA; GRANGEIRO, 2007).

De acordo com Hansen; Lambert (2007) a TB é uma doença granulomatosa transmissível, causa 6% de todos os óbitos por doenças infctocontagiosas em todo o mundo e se desenvolve onde a pobreza, a superpopulação e doenças debilitantes crônicas são prevalentes. Dissemina-se pelo ar por pequenos núcleos de perdigotos. Conforme crescem, os bacilos provocam uma resposta celular imunológica; porém, antes do desenvolvimento da imunidade celular, os bacilos propagam-se através dos vasos linfáticos para os linfonodos broncopulmonares e através do sangue para outros sistemas de órgãos.

Segundo o Ministério da Saúde, trata-se de uma doença infecciosa que atinge principalmente o pulmão. Após a inalação dos bacilos, estes atingem os alvéolos (primoinfecção), onde provocam uma reação inflamatória e exsudativa do tipo inespecífico. A infecção benigna pode atingir linfonodos e outras estruturas, em 90% dos indivíduos infectados o sistema imunológico consegue impedir o desenvolvimento da doença. Em 5% dos indivíduos observa-se a implantação dos bacilos no parênquima pulmonar ou linfonodos, iniciando-se a multiplicação, originando-se o quadro de tuberculose primária (BRASIL, 2005).

A TB pós- primária ocorre no organismo que tem sua imunidade desenvolvida tanto pela infecção natural como pela vacinação com a BCG. Dos primo-infectados, 5% adoecerão tardiamente, em consequência do recrudescimento de algum foco já existente no seu

organismo (reativação endógena) ou por receber nova carga bacilar do exterior (reinfecção exógena) (CAMPOS, 2006).

Os sinais e sintomas da tuberculose são insidiosos. Muitos pacientes apresentam febre baixa, tosse, sudorese noturna, fadiga e perda de peso. A tosse pode não ser produtiva ou pode haver a expectoração de escarro mucopurulento. A hemoptise também pode acontecer. Em geral os sintomas sistêmicos e pulmonares são crônicos e podem ter estado presentes durante semanas a meses (SMELTZER; BARE, 2008).

Teixeira (2002) diz que a Tuberculose é uma das mais importantes causas de sofrimento e morte já imposta à humanidade em todos os tempos. Em termos mundiais, um terço da população está infectada e, a cada dia, surgem mais de 20.000 casos de tuberculose ativa. A distribuição geográfica da doença é universal, mas, concentra-se de forma macabra em 22 países, dos quais 10 estão situados na Ásia, 10 na África, 1 na Europa e 1 na América Latina – o Brasil – que, em seu conjunto, abrigam 80% dos casos existentes no mundo, exibindo uma incidência que varia de 64/100.000 a 628/100.000 habitantes por ano.

De acordo com Netto (2001), no cenário brasileiro, a tuberculose vem se firmando como uma das principais causas de morbimortalidade, atingindo indistintamente diversas faixas etárias e classes sociais. Acreditava-se que com os novos adventos tecnológicos as doenças infecto-contagiosas seriam facilmente controladas e banidas do nosso meio. A realidade, porém, mostrou-se contraditória. A epidemia da AIDS e o fantasma da multirresistência tornaram-se grandes desafios a serem vencidos.

A Tuberculose é uma doença velha, mas que precisa urgentemente de um novo olhar. Um olhar capaz de enfrentar tabus e preconceitos, trazer novas alternativas de controle e, acima de tudo, ser capaz de resgatar profissionais e pacientes que estão investidos de uma cultura estigmatizante e perpetuadora de mazelas incalculáveis para a nossa saúde (NETTO, 2001).

Para Souza (2009), a escassez de recursos humanos e financeiros no sistema público de saúde representa uma dificuldade operacional em acompanhar os pacientes que realizam o tratamento de TB, onde nos primeiros meses de tratamento ocorrem a maioria dos abandonos, indicando a necessidade de medidas que o reduzam desde o início do tratamento. Deste modo, a adesão ao tratamento pode ser baseada em abordagens individuais relacionados ao paciente ou fatores ambientais externos ao paciente. Os primeiros já estão bem descritos na literatura, a exemplo de pertencer ao sexo masculino, baixa escolaridade e tabagismo, uso de álcool ou drogas. Entretanto, há escassez de estudos sobre as características dos serviços de saúde e sua atuação no controle da TB.

Neste contexto, de acordo com Muniz (2005), o modo como se organizam os serviços de saúde desperta uma série de reflexões acerca da assistência prestada, fazendo-se necessário, introduzir novas estratégias de trabalho, repensar o modelo de assistência, remodelar o "velho" e construir o "novo". Não basta como proposta tecnológica de uma política inovadora, alterar apenas o plano material das ações e das práticas em saúde. É necessário renovar as técnicas e seus instrumentos próprios; requer o reconhecimento crítico tanto da clientela dos serviços por parte dos seus profissionais como o reconhecimento da natureza interdependente e complementar dos trabalhos institucionalmente articulados em trabalho coletivo.

Reconhecendo a estimativa da magnitude e tendência do problema TB é essencial para a boa administração e avaliação dos programas de controle, mais do que nunca é altamente recomendável a implementação de ações integradas de saúde pública, em particular o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e a avaliação de impacto de ações de controle da tuberculose em nível local e regional, seguindo as diretrizes estabelecidas no SUS (FILHO *et al.*, 2004).

### **3.2 Papel do enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família no Desenvolvimento das Ações de Controle da Tuberculose**

Toda a equipe da estratégia de saúde da família é de extrema relevância para dispensar uma assistência adequada ao paciente portador de tuberculose. Todavia é o enfermeiro que em grande parte das vezes atua como protagonista nas ações de controle da TB. Algumas das ações que devem ser desenvolvidas pelo enfermeiro da estratégia de saúde da família e sua equipe, de acordo com Aguiar; Ribeiro (2006), são a promoção de educação em saúde, a busca de sintomáticos respiratórios, a realização de baciloscopia de controle conforme preconizado no esquema adotado, um acompanhamento clínico periódico, realização da consulta de enfermagem, a utilização da ficha de aprazamento para o controle do acompanhamento do paciente no serviço de saúde, o registro das atividades realizadas, a convocação dos faltosos e a visita domiciliar para acompanhamento do tratamento no domicílio sempre que se fizer necessário.

Ao desenvolver estas ações o enfermeiro estará atuando diretamente na prevenção, diagnóstico precoce, realização de tratamento adequado e dessa forma poderá ter um certo controle da doença dentro da comunidade.

De acordo com o Ministério da Saúde, a prevenção usual da TB é a vacina BCG, aplicada nos primeiros 30 dias de vida e que é capaz de proteger os indivíduos não infectados contra as formas mais graves da doença, conferindo um grau de proteção de 70% a 80%, por um período de aproximadamente 10 anos. A vacina não protege os indivíduos já infectados pelo *M. tuberculosis*. Por isso, nos países com elevada prevalência de infecção tuberculosa, como o nosso, as crianças devem ser vacinadas o quanto antes. No Brasil, a vacina BCG é prioritariamente indicada para as crianças de zero a quatro anos de idade, sendo obrigatória para menores de um ano, a aplicação se dá por via intradérmica, no braço direito, na altura da inserção inferior do músculo deltóide, essa localização permite a fácil verificação da existência de cicatriz para efeito de avaliação do programa e limita as reações ganglionares à região axilar. A vacina BCG pode ser simultaneamente aplicada com outras vacinas (BRASIL, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde, as ações para a procura de casos devem estar voltadas para os grupos com maior probabilidade de apresentar tuberculose. Deve-se realizar a busca ativa de casos entre: os sintomáticos respiratórios, a equipe de saúde deve estar preparada para realizar a busca sistemática de sintomáticos respiratórios que procuram os serviços de saúde por qualquer motivo e apresentam queixas de tosse e expectoração por três semanas ou mais, entre esses, deve-se procurar o doente com tuberculose pulmonar bacilífera, fonte de infecção para outros indivíduos; contatos de casos de tuberculose, toda pessoa, parente ou não, que coabita com um doente de tuberculose; populações de maior risco de adoecimento como os residentes em comunidades fechadas, como presídios, manicômios, abrigos e asilos e os indivíduos etilistas, usuários de drogas, mendigos, imunodeprimidos, que mantêm contato próximo com doente com TB pulmonar bacilífera. A procura de casos deve ser feita ainda entre os suspeitos radiológicos (pacientes com imagens suspeitas de TB que chegam ao serviço de saúde (BRASIL, 2002).

Nesse sentido, as equipes do PSF, os agentes comunitários de saúde e os profissionais de saúde responsáveis pela vigilância epidemiológica devem mobilizar a comunidade para identificar os sintomáticos, com o objetivo de encaminhá-los para fazer exame de escarro. As UBS devem contar com o apoio de uma unidade de referência, mas também precisam manter a sua autonomia na descoberta e no tratamento de casos de tuberculose.

Diagnosticar um doente tuberculoso, particularmente um *bacilífero* (doente que, ao tossir, elimina bacilos no ar ambiente), e tratá-lo corretamente, curando-o, é eliminar uma fonte de infecção. Reduzir as fontes de infecção quebra a cadeia de transmissão da doença e diminui o problema da tuberculose na comunidade. A efetividade das ações de controle da

tuberculose é diretamente proporcional à participação de todos, profissionais de saúde, governos e comunidades (CAMPOS, 2006).

Quanto mais rápido for o diagnóstico, mais precocemente se poderá iniciar a quimioterapia específica, conseguindo-se assim, a diminuição das seqüelas da doença e a manutenção do indivíduo como força de trabalho atuante.

A história clínica do paciente é de extrema relevância para a realização do diagnóstico correto devendo-se analisar se ocorreu contato, intradomiciliar ou não, com uma pessoa com tuberculose; se apresenta sintomas e sinais sugestivos de tuberculose pulmonar tosse seca ou produtiva por três semanas ou mais, febre vespertina, perda de peso, sudorese noturna, dor torácica, dispnéia e astenia, se há história de tratamento anterior para tuberculose, presença de fatores de risco para o desenvolvimento da TB doença (Infecção pelo HIV, diabetes, câncer, etilismo), (BRASIL, 2002).

Segundo Brasil (2005) a baciloscopia de escarro deverá ser indicada para todos os sintomáticos respiratórios (indivíduos com tosse e expectoração por três semanas ou mais), pacientes que apresentem alterações pulmonares na radiografia de tórax e contatos de tuberculose pulmonar bacilíferos quando sintomático respiratório. Recomenda-se, para o diagnóstico, a coleta de duas amostras de escarro: a primeira é coletada quando o sintomático respiratório procura o atendimento na unidade de saúde, para aproveitar a sua presença e garantir a realização do exame (não é necessário estar em jejum), e a segunda é coletada na manhã do dia seguinte, logo que o paciente despertar. Também é utilizada para acompanhar, mensalmente, a evolução bacteriológica do paciente pulmonar bacilífero. Para isso, é indispensável que seja realizada, pelo menos, ao final do 2º, 4º e 6º mês de tratamento.

A identificação do microrganismo se faz comumente por microscopia direta das secreções broncopulmonares (baciloscopia do escarro), positiva somente quando se eliminam pelo menos 5.000 bacilos por mL de escarro. A baciloscopia negativa pode corresponder a cultura positiva, pois esta é mais sensível, bastando 10 bacilos para gerar uma colônia na cultura. No entanto, exige-se 2 a 6 semanas de incubação e tem maior custo, tornando-se inviável para todos os pacientes (WANNAMACHER *et al.*, 2004).

A Cultura é indicada para suspeitos de tuberculose pulmonar com baciloscopia repetidamente negativa, diagnóstico de formas extrapulmonares, como meníngea, renal, pleural, óssea e ganglionar, e para o diagnóstico de todas as formas de tuberculose em paciente HIV positivo. Também está indicada para os casos de tuberculose com suspeita de falência de tratamento e casos de retratamento para verificação da farmacorresistência nos testes de sensibilidade (BRASIL, 2005).

O exame radiológico é auxiliar no diagnóstico da tuberculose justificando-se sua utilização, se possível, nos casos suspeitos, ele permite a identificação de pessoas portadoras de imagens sugestivas de tuberculose ou de outras patologias. Em pacientes com baciloscopia positiva, tem como função principal a exclusão de outra doença pulmonar associada que necessite de tratamento concomitante, além de permitir avaliação da evolução radiológica dos pacientes, sobretudo naqueles que não responderam à quimioterapia (BRASIL, 2002).

A prova tuberculínica (PPD) é Auxiliar no diagnóstico, ela indica apenas a presença da infecção e não é suficiente para o diagnóstico da doença. O exame anatomopatológico (histológico e citológico) é indicado nas formas extrapulmonares, através de realização de biópsia. Os exames bioquímicos são mais utilizados nas formas extrapulmonares, em derrame pleural, derrame pericárdico e líquido cefalorraquidiano e em meningoencefalite tuberculosa. Os exames sorológicos e de biologia molecular são úteis, mas seus altos custos e complexidade os inviabilizam como exames de rotina (BRASIL, 2005).

A TB poderia estar controlada, considerando-se que os recursos diagnósticos são relativamente simples e os esquemas terapêuticos disponíveis são altamente eficazes. Porém são comuns falhas/ intercorrências acontecerem ao longo do tratamento, ocasionando desvios como o não-cumprimento do esquema terapêutico, prolongando o tratamento, o risco de abandono, resistência, falência do tratamento e conseqüentemente o agravamento do quadro clínico e até mesmo o óbito. O não- cumprimento de um esquema terapêutico é um problema antigo e pode se apresentar sob diferentes formas e graus, do esquecimento eventual ou da interrupção intencional periódica e/ou intermitente ao abandono total do tratamento.

A descontinuidade do tratamento está ligada principalmente ao desconforto provocado pelas reações indesejáveis, alcoolismo, uso de drogas, falhas na supervisão do tratamento ou diferentes formas da percepção da doença e sua cura (SANTOS *et al.*, 2004).

O abandono do tratamento propicia a seleção de bacilos multirresistentes, que causam a TB multirresistente e, nestes casos, as chances de cura diminuem consideravelmente (INFORME TUBERCULOSE, 2004). A tuberculose multirresistente (TB-MR) é definida na literatura internacional com uma doença provocada por cepas de *Mycobacterium tuberculosis* resistentes a mais de um fármaco, em especial à rifampicina ou à isoniazida, dupla de maior potencial bactericida e esterilizante no tratamento da doença (MELO *et al.*, 2003).

Em 1997, a OMS passou a recomendar o emprego da estratégia DOTS (*Directly Observed Treatment- Short course*) no tratamento da tuberculose com o objetivo de reduzir a mortalidade, a morbidade e a transmissão da doença. Com a estratégia DOTS- tratamento de curta duração diretamente supervisionado, atingem-se os mais elevados índices de cura nos

programas de saúde pública. Muitos países, porém, não possuem meios econômicos de desenvolver programas de quimioterapia com medicamentos mais eficazes. No Brasil, a quimioterapia está integrada no *Programa Nacional de Controle da Tuberculose - PNCT*, com a distribuição gratuita dos medicamentos, constituindo grande avanço (TARANTINO; BERARDINELLI, 2002).

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) tem como propósito reduzir a transmissão do bacilo da TB na população por meio de ações de diagnóstico e tratamento, que se constituem nas principais medidas de controle. Desse modo, as prioridades dos serviços de saúde incluem a prevenção realizada com vacina BCG intradérmica e quimioprofilaxia com isoniazida, diagnóstico precoce (especialmente de bacilíferos) e tratamento com antituberculosos eficazes e suficientemente seguros (WANNAMACHER *et al.*, 2004).

Alguns fatores de ordem sócio-culturais podem atrapalhar o tratamento, tais como o estigma da tuberculose, analfabetismo, a não aceitação da doença e o fato de considerar-se curado antes da cura efetiva, o não apoio de familiares no tratamento e até o desconhecimento destes com relação à enfermidade do familiar, impossibilidade de faltar ao emprego para comparecer às consultas, impossibilidade de pagar meios de transporte para comparecer às consultas ou no serviço para retirada de medicamentos, impossibilidade de comparecer às consultas no horário de agendamento, ausência de residência fixa, frustrações por não sentir melhora com o tratamento associadas ou não a mitos sobre a doença, má-alimentação, intolerância medicamentosa, alcoolismo, presença de outras doenças concomitantes ou uso de drogas lícitas, ilícitas e álcool (RIBEIRO *et al.*, 2000).

O tratamento da TB deve ser feito necessariamente nas unidades de saúde referência para tal finalidade, com seguimento ambulatorial. A hospitalização é admitida somente em casos especiais e de acordo com as seguintes prioridades: meningoencefalite; indicações cirúrgicas em decorrência da TB; complicações graves; intolerância medicamentosa não manejável em ambulatório; intercorrências clínicas e/ou cirúrgicas graves; estado geral que não permita tratamento em ambulatório, com vulnerabilidade social, como ausência de residência fixa ou grupos com maior possibilidade de abandono; especialmente se for um caso de re-tratamento ou falência (BRASIL, 2004).

Em geral o tratamento é realizado a nível ambulatorial, sendo as medicações distribuídas de forma gratuita, é aplicado o TDO (tratamento diretamente observado) com o objetivo de garantir a adesão do paciente, reduzindo o risco de transmissão na comunidade.

Pode ser indicada a hospitalização em casos graves ou quando a probabilidade de abandono é alta em decorrência das condições sociais do doente.

Para a realização do tratamento são utilizadas seis drogas divididas em esquemas de acordo com o quadro clínico e história do paciente. O esquema I é recomendado para os casos novos de TB pulmonar e extrapulmonar (exceto meningite), casos sem tratamento anterior, tratamento por menos de 30 dias ou com tratamento anterior e cura a mais de cinco anos. Para este esquema são utilizadas a rifampicina, isoniazida e pirazinamida durante a primeira fase (2 meses) e a rifampicina e isoniazida na segunda fase (4 meses). Nos casos com tratamento anterior (retratamento), recidiva após cura com o esquema I ou retorno após abandono de esquema I, sendo utilizadas rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol na primeira fase (2 meses) e rifampicina, isoniazida e etambutol na segunda fase (4 meses), caracterizando o esquema IR (esquema I reforçado). Para a TB meningoencefálica indica-se o esquema II sendo utilizadas na primeira fase (2 meses) a rifampicina, isoniazida e pirazinamida e na segunda (7 meses) a rifampicina e a isoniazida. Em caso de falência do esquema I ou IR aplica-se o esquema III, sendo na primeira fase (3 meses) utilizadas a estreptomicina, etionamida, etambutol e pirazinamida e na segunda fase (9 meses) a etionamida e o etambutol (BRASIL, 2002).

Em conformidade com Wannamacher *et al.*, (2004) todos os esquemas terapêuticos a medicação é de uso diário e deverá ser administrada de preferência em uma única tomada. A via oral se justifica por boa biodisponibilidade e comodidade, tendo em vista a prolongada duração do tratamento.

Todos os fármacos antituberculosos apresentam algum potencial de toxicidade, sendo os efeitos colaterais mais comuns a intolerância digestiva, toxicidade hepática e renal. Contudo, se o paciente for orientado adequadamente, estes efeitos podem ser clinicamente controlados evitando interrupções no tratamento (DALCOMO, 2000).

O Ministério da Saúde propôs um novo sistema de tratamento da doença, a partir de 2009. Basicamente, as mudanças ocorridas promovem: (1) a alteração das dosagens de algumas drogas; (2) a introdução de uma quarta droga, o etambutol, nos dois primeiros meses de tratamento; e (3) a formulação das quatro drogas num único comprimido, a dose fixa combinada. Assim, os esquemas vigentes até agora (I, II e de retratamento) serão substituídos pelo esquema básico, enquanto o esquema III deixará de ser utilizado (BRASIL, 2009).

As vantagens da mudança da apresentação dos fármacos são o maior conforto do paciente, pela redução do número de comprimidos a serem ingeridos, a impossibilidade de



tomada isolada de fármacos o que promove uma maior praticidade ao paciente e uma maior adesão do mesmo ao tratamento que se torna bem mais simples.

O Ministério da Saúde destaca ainda que nesse primeiro momento, as mudanças ocorrerão apenas no tratamento dos doentes de tuberculose com mais de dez anos de idade. Para os indivíduos abaixo dessa faixa etária permanecem os esquemas vigentes atualmente no Programa Nacional de Controle da Tuberculose (BRASIL, 2009).

As Equipes de Saúde da Família representam, hoje, uma forma de acesso à saúde para todos os cidadãos. Para sua real implantação, faz-se necessário um árduo e constante trabalho por parte dos gestores e dos condutores do campo operacional para que efetivamente se construa um novo paradigma para a saúde pública brasileira. Diante dos novos horizontes, é necessário definir estratégias de capacitação dos profissionais que estarão à frente deste processo inovador e audacioso, com a premissa de levar a saúde para todos e, mais ainda, transformar o imaginário social da doença.

## 4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

### 4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória-descritiva, de campo, com abordagem quantitativa. A pesquisa quantitativa caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto no processo de coleta de dados quanto na utilização de técnicas estatísticas para o tratamento dos mesmos, tem como principal qualidade a precisão dos resultados, sobretudo utilizado em estudos descritivos, que procuram descobrir e classificar a relação de causalidade entre as variáveis da hipótese estabelecida, bem como estabelecer a causalidade entre os fenômenos (SOUZA *et al.*, 2009).

Segundo Matioli *et al.*, (2007), pesquisas exploratórias são as que proporcionam maior familiaridade com o problema, tornando-se mais explícito e seu principal objetivo é o aprimoramento de idéias ou a descoberta de instituições. Enquanto o estudo descritivo tem por objetivo conhecer, analisar e descrever um determinado contexto, buscando entender as relações estabelecidas dos atores com seus meios para assim formular estratégias.

De acordo com Triviñus (1994), o estudo quantitativo envolve toda investigação baseada na estatística que pretende obter resultados objetivos, estabelecendo relação estatisticamente significativa ou não entre os fenômenos e proporcionam maior experiência em relação a determinado problema, para obtenção dos resultados desejados, quando em contato com uma determinada população.

### 4.2 Cenário do Estudo

A pesquisa foi realizada nas 14 Unidades de Saúde da Família do município de Cajazeiras – PB. O município está localizado no Alto Sertão da Paraíba, a 475 km da capital João Pessoa – PB, sendo este considerado de médio porte com população predominantemente urbana, totalizando 57.255 habitantes (IBGE, 2006).

### 4.3 População e Amostra

A população foi constituída pelos 14 enfermeiros que atuam no Programa de Saúde da Família (PSF) no município e a amostra composta por todos os profissionais que aceitaram de forma voluntária participar da pesquisa, tendo como único critério de exclusão a não aceitação

em participar do estudo, após contato da pesquisadora e esclarecimento quanto aos objetivos do mesmo.

Segundo Rampazzo (2002), população indica um conjunto de pessoas, animais ou objetos que vão ser estudados e amostra é uma parte representativa da população. Para Gil (1999) população é um conjunto de todos os elementos que possuem determinadas características em comum. Já a amostra é um subconjunto da população, através dela permiti estabelecer ou estimar as características da população.

#### **4.5 Instrumento para Coleta de Dados**

O instrumento utilizado para a coleta foi um roteiro de questionário semi-estruturado contendo duas partes, a primeira com informações relacionadas à caracterização dos participantes da pesquisa e a segunda com dados relacionados aos objetivos da pesquisa.

De acordo com Gil (1999), o questionário é uma técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, etc. As questões devem ser pertinentes ao objeto e claramente formuladas, de modo a serem bem compreendidas pelos sujeitos, e objetivas, de forma a suscitar respostas igualmente objetivas, evitando provocar dúvidas, ambigüidades.

#### **4.6 Procedimento de Coleta de Dados**

A pesquisa foi realizada no período de junho de 2010, após submissão e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

Inicialmente foi solicitado ofício à coordenação do curso de enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sendo este apresentado à Coordenadora da Atenção Básica do município. Em seguida foram aplicados os instrumentos aos enfermeiros do PSF em suas respectivas Unidades, individualmente, respeitando-se o horário de trabalho, de forma a não prejudicar a realização das atividades de rotina. Os participantes foram esclarecidos acerca dos objetivos da pesquisa, da sua participação e da possibilidade de desistência a qualquer momento do estudo.

#### **4.7 Análise dos Dados**

Os dados foram analisados quantitativamente através de tratamento estatístico descritivo-simples e dispostos em tabelas, construídas no Microsoft Office Word 2007. As questões abertas foram analisadas, considerando as respostas dos participantes para a elaboração de categorias e discutidas a luz da literatura pertinente.

#### **4.8 Aspectos Éticos**

No presente estudo, foram observados os aspectos éticos relativos à pesquisa com sujeitos humanos, conforme as diretrizes regulamentadoras da Resolução nº. 196, de 10 de Outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas Complementares, outorgada pelo Decreto nº. 93933, de 24 de Janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 1996).

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 5.1 Dados Relativos à Caracterização dos Participantes da Pesquisa

Os dados coletados através dos questionários serão aqui expostos em dois momentos. Na intenção de facilitar a compreensão, inicialmente serão expostos os dados relativos à caracterização dos participantes da pesquisa, em seguida são apresentados os dados relacionados aos objetivos propostos. Os dados foram analisados estatisticamente e dispostos em forma de tabelas.

**Tabela 1** - Caracterização da amostra

Variável	<i>f</i>	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	13	93
Masculino	1	7
<b>Idade</b>		
21-30	8	58
31-40	2	14
41-50	2	14
51-60	2	14
<b>Tempo de formado</b>		
1- 9 anos	9	64
10-19 anos	2	14
20-29 anos	3	22
<b>Capacitação em Tuberculose</b>		
Sim	9	64
Não	5	36
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

A Tabela 1 apresenta a caracterização dos participantes envolvidos na pesquisa. Participaram 14 enfermeiros que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF), na cidade de Cajazeiras – PB, onde 93% destes profissionais são do sexo feminino e 7% do sexo masculino. Diante desse dado, constata-se que ainda hoje há uma predominância de mulheres na profissão de enfermagem.

A predominância do sexo feminino na profissão, é corroborado com Rocha *et al.* (2007), que enfatiza as raízes históricas da predominância do referido sexo na enfermagem ao

salientar que a imagem do profissional de enfermagem durante séculos foi confundida com a da mulher e o ato de cuidar, uma extensão das funções maternas.

Quanto à faixa etária dos sujeitos, houve uma variação entre 21 e 60 anos. Dos profissionais, 58% encontravam-se na faixa etária de 21 a 30 anos, 14% na faixa etária de 31 a 40 anos, 14% tinham entre 41 e 50 anos e outros 14% entre 51 e 60 anos. Observa-se que há uma predominância de adultos jovens, o que está diretamente relacionado ao tempo de formação, onde 64%, a maioria, tinha de 01 a 09 anos, ou seja, relativamente pouco tempo de formação. Neste estudo há pode ser feita uma associação entre idade e tempo de formação, onde uma é diretamente proporcional a outra, quanto menor a idade, menor o tempo de formação. Segundo Rocha *et al.*, (2007), o tempo de formação pode ser um indicativo de tempo de experiência do enfermeiro no mercado de trabalho e de relativa maturidade, assim como em uma dada época reflete o conhecimento e aptidões valorizadas em determinado período.

Quanto à participação em capacitações sobre Tuberculose (TB), 64% dos enfermeiros já realizaram alguma capacitação enquanto 36% nunca realizaram. Percebe-se que a maior parte dos enfermeiros são capacitados em TB, entretanto, o ideal era que isso ocorresse com 100% dos participantes, tendo em vista que as capacitações e a grande oferta das mesmas tanto através de órgãos públicos quanto privados permitem a atualização dos conhecimentos dos profissionais acerca da das ações do programa e conseqüentemente uma melhor assistência ao paciente.

Segundo Martins (2006), a especialização como instrumento de qualificação, seja no ensino, na assistência, na gerência ou na prática investigativa é de extrema importância para o profissional de enfermagem por proporcionar uma forma diferenciada de conhecimento, que resulta em melhorias na qualidade da assistência prestada à clientela.

## **5.2 Dados Referentes aos Objetivos da Pesquisa**

Nesse momento serão apresentados os resultados e discussões referentes aos objetivos da pesquisa. Sendo assim, no que diz respeito a realização da busca dos sintomáticos respiratórios, houve uma convergência de respostas onde todas apresentaram o mesmo conteúdo, os participantes relataram que a busca dos sintomáticos é realizada pelo enfermeiro e principalmente pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS). Em relação a esta atividade, acredita-se que os ACS estão realmente a frente da busca dos sintomáticos respiratórios no dia-a-dia do seu trabalho. Tendo em vista que os mesmos tem um contato mais frequente com as famílias de sua área do que o próprio enfermeiro, tornando-se uma função de mais fácil



realização para este profissional. Todavia, o enfermeiro também participa ativamente desta detecção durante a consulta na Unidade e também na visita de rotina. É importante ressaltar que o enfermeiro deve estar sempre capacitando os agentes comunitários de saúde para que estes consigam realizar uma detecção precoce de sintomáticos e dessa forma proporcionar maior efetividade ao serviço.

Corroborando com o dado encontrado, Nogueira (2007) diz que a busca de sintomáticos respiratórios (BSR) é uma das prioridades do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), sendo esta uma atividade que deve estar inserida no cotidiano de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), visando a detecção precoce de casos.

**Tabela 2** - Distribuição dos participantes de acordo com a realização do diagnóstico de Tuberculose

<b>Categorias</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Médico da própria Unidade	10	72
Médico da Unidade de Referência	4	28
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

Na Tabela 2 observa-se que o diagnóstico de Tuberculose é feito em 72% na própria Unidade pelo médico, enquanto que 28% dos enfermeiros relataram que a equipe faz o encaminhamento para o médico da Unidade de Referência. Esse é um dado interessante já que a Atenção Básica possui um programa direcionado à Tuberculose e nesse sentido deveria possuir médicos aptos a realizar o diagnóstico da doença, bem como proceder ao tratamento de forma rápida e eficaz e não encaminhar para referência, onde o paciente ainda terá que agendar uma consulta, e só depois desta realizar baciloscopia para confirmação do diagnóstico, aumentando assim o tempo para o início do tratamento e possibilitando que mais pessoas sejam infectadas.

Nesse sentido, Morrone (2005) afirma que os médicos responsáveis pelo atendimento de sintomáticos respiratórios precisam ser devidamente treinados para atenderem as necessidades de seus pacientes. Conforme o Ministério da Saúde, preconiza-se que o diagnóstico, bem como o tratamento e acompanhamento da Tuberculose deve ser feito em regime ambulatorial sob supervisão no serviço de saúde mais próximo à residência do doente (BRASIL, 2005).

**Tabela 3** - Distribuição dos participantes de acordo com os exames diagnósticos solicitados

<b>Categorias</b>	<i>f</i>	<i>%</i>
Baciloscopia, anti-HIV e raio X	6	43
Baciloscopia e anti-HIV	4	28
Baciloscopia e raio X	3	22
Baciloscopia e cultura	1	7
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

Através da Tabela 3 percebe-se que após encaminhamento feito pelos enfermeiros dos casos suspeitos para o médico, 43% destes solicitam os exames de baciloscopia, anti-HIV e raio X, 28% solicitam baciloscopia e anti-HIV, 22% baciloscopia e raio X e 7% baciloscopia e cultura. Observa-se que a solicitação dos exames diagnósticos, bem como dos exames complementares não seguem uma padronização, eles são pedidos de forma aleatória de acordo com cada médico, um dado preocupante é que 4 dos participantes não solicitam sorologia para HIV, tendo em vista que é comum os pacientes HIV positivos desenvolverem tuberculose associada, sendo a solicitação deste exame imprescindível para que se ofereça uma assistência adequada ao paciente.

O Ministério da Saúde considera necessária a solicitação de exames para confirmação do diagnóstico, quais sejam baciloscopia direta do escarro e/ou cultura do bacilo de Koch e exames complementares como o exame radiológico, a prova tuberculínica (PPD) em pessoas não vacinadas com BCG e a sorologia anti-HIV (BRASIL, 2002).

Vale ressaltar que os enfermeiros tem o amparo legal para solicitar exames de rotina e complementares de acordo com a necessidade, estando os mesmos respaldados através da Lei 7498/86 que dispõe sobre a regulamentação do exercício destes profissionais, para solicitarem exames, uma vez que a consulta de enfermagem oferece parâmetros para que o mesmo possa elaborar o diagnóstico de enfermagem sendo complementado com as referidas solicitações. A prática supra-citada, ainda é amparada pela Resolução COFEN 195/97 que dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares pelo enfermeiro e a Resolução COFEN 271/02 que aprova a regulamentação das ações do enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames (COFEN, 2002).



**Tabela 4** - Distribuição dos participantes de acordo com a realização do Tratamento Diretamente Observado (TDO) e sua periodicidade

<b>Categorias</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Quem realiza</b>		
ACS	9	64
ACS e enfermeiro	5	36
<b>Periodicidade</b>		
3 vezes por semana	8	57
Quando necessário	5	36
Diariamente	1	7
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

Diante da Tabela 4 observa-se que 64% dos enfermeiros afirmam que é apenas o ACS que realiza o TDO, enquanto que 36% dos enfermeiros dizem que atuam juntamente com o ACS. Quanto a periodicidade, 57% responderam que é feito 3 vezes por semana, em 36% feito apenas quando necessário e 7% que o TDO é aplicado diariamente. Percebe-se aqui que mais uma vez o ACS encontra-se mais presente nas ações direcionadas à TB. Quanto a periodicidade da realização do TDO, nota-se uma despadronização nas Unidades, havendo inclusive situações em que só o realizam quando necessário, esse é um dado alarmante tendo em vista que não há um critério definido de quando o paciente vai precisar ou não do TDO. Acompanhar o tratamento através da observação direta é importante para reforçar o vínculo paciente/equipe de saúde, criando uma relação de confiança onde ambos estão abertos a críticas e sugestões para melhorar cada vez mais a assistência prestada aos portadores de TB.

Conforme Vendramini (2002), o Tratamento Diretamente Observado caracteriza-se pela observação e monitorização da administração dos medicamentos, mas não deve ser entendido apenas como tal, ele compreende um corpo de medidas que se complementam, definidas pela OMS como os cinco pilares da estratégia: 1) detecção de casos por microscopia; 2) tratamento diretamente observado; 3) provisão regular das drogas; 4) sistema eficiente de registro de dados e 5) compromisso político no controle da tuberculose. De acordo com Aguiar; Ribeiro (2006) recomenda-se que na primeira fase do tratamento (2 meses) sejam realizadas no mínimo três observações semanais e na segunda fase (4 meses) uma observação semanal.

Para controlar efetivamente a tuberculose, é preciso curar pelo menos 85% dos pacientes, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), que recomenda o Tratamento Diretamente Observado (TDO) para todos os casos, independente de avaliação de risco. Em 2008, 47% dos casos novos de tuberculose bacilífera iniciaram tratamento sob a modalidade

supervisionada, ou seja, com observação da ingestão dos medicamentos por um profissional de saúde, 85% desses casos foram curados, enquanto os restantes, tratados de forma auto-administrada, só atingiram 73% de cura. Dessa forma o TDO é considerado o meio mais eficaz de assegurar a cura e prevenir a resistência (SANTOS; GALESI, 2010).

**Tabela 5** - Distribuição dos participantes de acordo com a periodicidade da realização de baciloscopia de controle

<b>Categorias</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Mensalmente	8	57
De 2 em 2 meses	6	43
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

A Tabela 5 revela que a baciloscopia de controle é solicitada mensalmente por 57% dos enfermeiros, enquanto 43% solicitam a cada 2 meses, o que demonstra que os enfermeiros procedem de forma correta o acompanhamento dos pacientes através de baciloscopia.

Esta periodicidade de realização segue o preconizado pelo Ministério da Saúde que recomenda realização mensal da baciloscopia de controle, sendo indispensáveis as do segundo, quarto e sexto meses de tratamento, no esquema básico (esquema I) e esquema básico + etambutol (esquema IR) e no 3, 6.º, 9.º e 12.º meses, nos casos do esquema III e esquemas especiais (BRASIL, 2002).

**Tabela 6** - Distribuição dos participantes de acordo com as ações desenvolvidas diante da falta ou abandono ao tratamento

<b>Categorias</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Realização de visita, enfocando a importância do tratamento	7	50
Convocação dos pacientes através do ACS e esclarecimento das dúvidas	7	50
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

Diante da falta ou abandono, foi questionado aos enfermeiros quais as atividades desenvolvidas por eles para conseguir que o paciente retomasse o tratamento, 50% dos participantes disseram que realizam visita, enfocando a importância do tratamento, 50% que fazem a convocação do paciente através do ACS à unidade, onde esclarece-se as dúvidas do paciente, bem como as de sua família. Fazendo um paralelo com a discussão referente a Tabela 4, vale lembrar que a realização do tratamento diretamente observado, pode evitar tanto a falta quanto o abandono ao tratamento. Vê-se na Tabela 6 que todas as ações



implementadas pelos enfermeiros são voltadas para a educação do paciente. Várias são as medidas que devem ser desenvolvidas junto ao paciente, família e comunidade no intuito de prevenir o abandono ao tratamento da TB, destacando-se sem dúvida as ações de educação em saúde, porque esse tipo de ação permite que o paciente tenha um maior conhecimento acerca do seu tratamento.

Conforme Muniz (2005), o enfermeiro deve educar o paciente e seus familiares, quanto à necessidade de aderir ao tratamento medicamentoso, para assim conseguir recuperar sua saúde e poder retomar suas atividades cotidianas normalmente.

**Tabela 7** - Distribuição dos participantes de acordo com a realização do exame dos contatos de um caso novo

<b>Categorias</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Quem faz o exame</b>		
Enfermeiro	12	86
Médico	2	14
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100</b>
<b>Procedimentos realizados pelos enfermeiros</b>		
Solicita-se baciloscopia para todos os contatos	8	66
Solicita-se baciloscopia para sintomáticos	4	34
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

Quanto a realização do exame dos contatos de um caso novo de TB, a Tabela 7 demonstra que o principal responsável pela identificação e exame dos contatos é o enfermeiro, com 86%, seguido do médico com 14%. Quanto aos procedimentos realizados, 66% dos enfermeiros solicitam baciloscopia para todos os contatos, independente destes apresentarem sintomatologia ou não, enquanto os outros 34% solicitam baciloscopia apenas para os contatos sintomáticos. Observa-se que o enfermeiro desempenha bem esta função, pois quase sempre ele é quem tem realizado a investigação epidemiológica dos casos de TB e, solicitando baciloscopia de escarro para os contatos sintomáticos ou não, tem realizado ações em busca do diagnóstico precoce e da quebra da cadeia de transmissão. O exame baciloscópico tem ampla importância na TB, seja no diagnóstico dos casos novos, no controle da evolução e eficácia do tratamento ou no exame dos contatos, portanto, é um exame indispensável para a rotina e o manejo das ações do Programa de Tuberculose à nível municipal.

Corroborando com as informações obtidas observa-se que vários autores em seus estudos indicam a baciloscopia direta do escarro como sendo o exame fundamental para

diagnosticar um paciente com tuberculose, dentre os quais Filho *et al.* (2004) afirmam que reconhecidamente, a pesquisa bacteriológica é o método prioritário, quer para o diagnóstico, quer para o controle do tratamento da tuberculose, além de permitir a identificação da principal fonte de transmissão: o paciente bacilífero.

De acordo com o Ministério da Saúde, a nível de atenção básica, a ação de investigação dos contatos limita-se ao cadastramento, à verificação de cicatriz BCG, à identificação de sintomáticos respiratórios e ao exame pela baciloscopia. Para o uso de outros métodos como prova tuberculínica, Raios X e cultura, necessários ao estudo dos contatos, estes deverão ser encaminhados para a Unidade de Referência (BRASIL, 2002).

**Tabela 8** - Distribuição dos participantes de acordo com as atividades de otimização da adesão ao tratamento

<b>Categorias</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Orientação durante a entrega de medicação	7	50
Não é feita porque a adesão é total	5	36
Não se aplica, pois não há pacientes	2	14
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

Quando os participantes da pesquisa foram questionados acerca da realização de atividades para otimizar a adesão ao tratamento, 50% responderam que fazem a orientação aos pacientes no ato da entrega da medicação, 36% referem não fazer porque na Unidade a adesão é total e 14% responderam que na Unidade não há pacientes de TB e portanto, esse tipo de ação não se aplica. Nas Unidades em que não há pacientes, realmente esse tipo de ação torna-se inaplicável, tendo em vista que a mesma é direcionada aos pacientes em tratamento. No entanto, nos casos em que a adesão é total, também considera-se importante desenvolver ações direcionadas à manutenção do tratamento, mesmo que seja apenas através de orientação no momento da entrega da medicação, como acontece em 50% das Unidades, pois o profissional deve sempre reforçar a importância do tratamento regular bem como esclarecer as dúvidas, pois estas podem vir a surgir em qualquer período do tratamento. Esta atitude do enfermeiro pode proporcionar ao paciente uma maior compreensão sobre sua doença, fortalecendo dessa forma a adesão do mesmo ao tratamento.

Em relação à otimização da adesão ao tratamento Souza *et al.* (2009) destacam que um ponto de discussão entre os profissionais de saúde tem sido a não-adesão ao tratamento medicamentoso, sendo a adesão um processo dinâmico, multifatorial, que envolve aspectos comportamentais, psíquicos e sociais e que requer decisões compartilhadas e co-



responsabilidades entre usuário e serviço. Entende-se desta forma que a adesão depende do sucesso da terapia proposta, da cura de determinada enfermidade e do controle de um processo crônico, deste modo, a adesão ao tratamento pode ser baseada em abordagens individuais relacionados ao paciente ou fatores ambientais externos ao paciente.

A partir do questionamento sobre a realização de ações educativas direcionadas à comunidade para esclarecimentos acerca da doença, todas as respostas demonstram que referente a essas ações o que se faz são palestras educativas periodicamente na Unidade, o que acaba gerando uma certa monotonia nas ações desenvolvidas no que diz respeito a educação em saúde. Dessa forma torna-se nítida a importância do enfermeiro enquanto chefe da equipe de saúde da família de se auto-reciclar e capacitar a sua equipe no tocante a como desenvolver ações educativas que fujam a regra onde o enfermeiro fala e os pacientes escutam. É preciso transformar os passivos em ativos promovendo assim um maior entendimento acerca do processo “saúde-doença-saúde” que envolve a tuberculose.

Segundo Cadilhe *et al.* (2005), há a necessidade das práticas educativas estarem mais próximas da população, onde os serviços de saúde devem estar inseridos na realidade das pessoas e se adequar de forma mais socializada e humana, percebendo que a população tem saber e um saber que deve ser relevante para a união de esforços que chegue a um bem comum.

**Tabela 9** - Distribuição dos participantes de acordo com as dificuldades encontradas na implantação das atividades educativas

<b>Categorias</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
A não adesão da comunidade	12	86
Medo do preconceito e da discriminação	1	7
Não realiza por não ter muitos pacientes	1	7
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

No tocante as principais dificuldades encontradas na implantação das atividades educativas sobre Tuberculose junto à comunidade, 86% dos enfermeiros destacaram a não adesão da comunidade, 7% o medo do preconceito e da discriminação e 7% o fato de não haver muitos pacientes. No que se refere a não adesão da comunidade a essas atividade, como já discutido, é necessário sair da monotonia, quebrar a rotina, é preciso que haja uma renovação dos métodos tradicionais referentes a educação em saúde para reavivar na comunidade o interesse de participar das ações desenvolvidas pela equipe de saúde.

Quanto ao medo do preconceito e da discriminação, o fato de não haver ações educativas em relação a TB pode contribuir em proporcionar a construção de visões errôneas acerca da doença. O fato de não haver muitos pacientes na Unidade não pode ser visto como dificuldade para implantação de ações educativas, uma vez que estas devem ser direcionadas a comunidade em geral e não apenas aos pacientes.

Neste sentido, Schall; Struchiner (2009) destacam que atualmente persistem diversos modelos ou diferentes paradigmas de educação em saúde, os quais condicionam diferentes práticas, muitas das quais reducionistas, o que requer questionamentos e o alcance de perspectivas mais integradas e participativas. Uma educação em saúde ampliada inclui políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos, assim como propostas pedagógicas libertadoras, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, orientando-se para ações cuja essência esteja na melhoria da qualidade de vida e na “promoção do homem”.

**Tabela 10** - Distribuição dos participantes de acordo com a avaliação das ações municipais de controle da TB

<b>Categorias</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
É boa, há o apoio da vigilância epidemiológica	8	57
Falta compromisso	6	43
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

A Tabela 10 remete à avaliação, por parte dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família, das ações de controle da Tuberculose a nível municipal. Nesse contexto 57% classificaram as ações municipais como sendo boas, havendo o apoio da vigilância epidemiológica, enquanto 43% responderam que falta compromisso da gestão municipal em relação a TB. Percebe-se que a vigilância epidemiológica em representação da gestão municipal tem oferecido o apoio necessário para a implementação das ações na maioria das Unidades. Todavia alguns enfermeiros relatam que falta um maior compromisso da gestão local em relação ao programa de controle da tuberculose. Nesse sentido, talvez esteja faltando o estabelecimento de uma maior interação entre equipe de saúde da família e Secretaria Municipal de Saúde, de modo que um apoio mútuo, em propor medidas para solucionar essas falhas de forma a resolver o problema de ambos.

De acordo com Santos (2007), as principais ações do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) estão baseadas na vigilância epidemiológica, prevenção e controle de casos. A vigilância tem como objetivo detectar precocemente os casos de TB. Para a

Organização Panamericana de Saúde, Vigilância Epidemiológica deve atuar como uma representação da gestão pública local no sentido de estimular a implantação de projetos de educação em saúde, comunicação e mobilização social, adequado a realidade do PNCT, no que se refere a adesão dos pacientes ao tratamento, à vigilância dos contatos e redução do estigma da doença construído pela sociedade (OPAS, 2010).

Diante do exposto torna-se necessário que se estimule um maior compromisso entre UBS e município afim de proporcionar uma melhor atenção aos portadores de TB e comunidade em geral. A Vigilância Epidemiológica deve atuar como uma representação da gestão pública local no sentido de, em concordância com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), estimular a implantação de projetos de educação em saúde, comunicação e mobilização social, adequado a realidade do PNCT, no que se refere a adesão dos pacientes ao tratamento, à vigilância dos contatos e redução do estigma da doença construído pela sociedade.

Monroe *et al.* (2008) destaca o papel essencial da coordenação do Programa de Controle da Tuberculose no incentivo, organização, viabilização, supervisão contínua e monitoramento da situação da TB para a reorganização da atenção à doença no contexto da Atenção Básica. É necessária a designação de profissionais capacitados e com transito político para assumirem o gerenciamento e condução desse processo no nível municipal.

De acordo com o Ministério da Saúde, compete a instância municipal: coordenar a procura sistemática de sintomáticos respiratórios, bem como supervisionar e, inclusive, participar da investigação e do controle dos contatos de pacientes bacilíferos na comunidade; notificar a identificação de caso de tuberculose no município; assegurar a realização dos exames de escarro; participar da operacionalização dos tratamentos diretamente observados no município; providenciar, junto ao órgão regional, os medicamentos para o tratamento; articular-se com as unidades executoras; administrar a utilização racional do “bônus” concedido pela Alta por Cura de Tuberculose pelo Governo Federal e zelar pela vacinação BCG dos recém-nascidos (FUNASA, 2002).



## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo a tuberculose uma doença com importantes implicações sociais, estudos que retratem a forma como os enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família vem atuando no controle deste agravo são de grande valor para uma avaliação da atuação dos profissionais, bem como para o estabelecimento de planos e metas que possam vir a melhorar a assistência prestada aos portadores de TB no que se refere tanto as atividades desenvolvidas na Unidade Básica de Saúde quanto as realizadas a nível de município.

A caracterização dos enfermeiros da ESF do município de Cajazeiras-PB apresentado neste trabalho demonstrou que há uma predominância de mulheres em relação aos homens inseridos na atenção básica. No referente a idade os sujeitos apresentaram uma variação de 21 a 60 anos, com prevalência da faixa etária entre 21 e 30 anos. Ainda no tocante aos sujeitos, observou-se que 64% apresenta um tempo de formação de até nove anos e já participaram de capacitação em tuberculose.

Os dados relacionados aos objetivos da pesquisa demonstram que a busca dos sintomáticos respiratórios é feita pelo agente comunitário de saúde e enfermeiro. O diagnóstico de TB na maioria dos casos é feito na própria unidade, enquanto em outros os suspeitos são encaminhados para referência, sendo o mesmo realizado através dos exames clínico e laboratorial. O Tratamento Diretamente Observado é feito tanto pelo enfermeiro, quanto pelo ACS, respeitando-se a individualidade de cada paciente. O exame baciloscópico de controle é realizado mensalmente na maioria das unidades para avaliar a eficácia do tratamento.

Diante da falta ou abandono ao tratamento os enfermeiros procuram enfatizar a importância da continuidade do tratamento para o paciente e a comunidade, bem como os riscos decorrentes da falta ou abandono. Os contatos de um caso novo são examinados em praticamente todas as UBS pelo enfermeiro, onde alguns solicitam baciloscopia para todos os contatos independente da presença de sintomatologia, enquanto outros solicitam o exame apenas para sintomáticos. Nas unidades que apresentam adesão total ao tratamento ou que tem poucos ou nenhum paciente os enfermeiros não realizam atividades para otimizar a adesão, enquanto outros aproveitam a entrega da medicação para reforçar a importância do tratamento. Os enfermeiros realizam palestras educativas periodicamente, todavia o número reduzido de pacientes, o medo do preconceito e discriminação e a não adesão da comunidade a essas ações torna difícil a sua implementação. Na visão de alguns enfermeiros falta compromisso do município em relação a TB, enquanto outros acham boas as ações



municipais desenvolvidas neste âmbito tendo em vista a interação com a vigilância epidemiológica.

Diante do exposto no decorrer deste estudo, percebe-se a necessidade de criar alternativas de intervenção, optando por um modelo de assistência voltado para uma prática de saúde participativa, coletiva, integral e que esteja vinculada a realidade social. A assistência deve ser prestada por uma equipe multiprofissional cujos objetivos de trabalho devem ultrapassar as fronteiras das Unidades de Saúde, constituindo-se assim um importante passo no sentido de impactar com o problema de saúde pública em que implica a tuberculose.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. RIBEIRO, M. C. S. **Vigilância e Controle das Doenças Transmissíveis**. 2. ed. São Paulo, 2006.

BARREIRA, D. GRANGEIRO, A. Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, supl. 1. São Paulo, setembro 2007. Disponível em <<http://www.scielo.com.br>>. Acessado em 10 de abril de 2010.

BOECHAT, N. SILVA, J. R. L. Artigo de Revisão: O ressurgimento da tuberculose e o impacto do estudo da imunopatogenia pulmonar. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, julho/agosto 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Manual técnico para o controle da tuberculose**. 6. ed. rev. e atual. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tuberculose: guia de vigilância epidemiológica**. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 6. ed. rev. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Nota técnica sobre as mudanças no tratamento da tuberculose no Brasil para adultos e adolescentes**. Brasília, 2009. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nota\\_tecnica\\_versao\\_28\\_de\\_agosto\\_v\\_5.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nota_tecnica_versao_28_de_agosto_v_5.pdf). Acessado em 20 de abril de 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica 2004. **Jornal Brasileiro de Epidemiologia**. vol.30 supl.1 São Paulo Junho, 2004.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Resolução 196 de 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Portal da saúde. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/tuberculose/historiatb/brasil/mundo>>. Acessado em 07 de abril de 2010.

CADILHE, L.F. *et al.* Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Centro de Referência Professor Hélio Fraga. Implementação de ações educativas sobre tuberculose nas comunidades escolares da área programática 4 /AP4. Rio de Janeiro, setembro de 2005. Disponível em <<http://www.icml9.org/program/track6/public/documents/LF%20Cadilhe2-145414.pdf>>. Acessado em 21 de junho de 2010.

CAMPOS, H. S. Diagnóstico da Tuberculose. Curso de Tuberculose – aula 3. **Rev. Pulmão**. Rio de Janeiro, 2006.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **Documentos Básicos**. 8ª ed. Rio de Janeiro, 2002.

DALCOMO, M. M. P. Regime de curta duração intermitente e parcialmente supervisionado, como estratégia de redução de abandono no tratamento de tuberculose no Brasil. **Tese de Doutorado**. Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2000.

FILHO A. C *et al.* II Consenso Brasileiro de Tuberculose: Diretrizes Brasileiras para Tuberculose 2004. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, vol. 30, suppl. 1, São Paulo, junho 2004.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. Acervo Memória da Tuberculose. Disponível em <<http://www.coc.fiocruz.br.htm/memoriadatuberculose>>. Acessado em 07 de abril de 2010.

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Tuberculose – guia de vigilância epidemiológica**. Comitê Técnico – Científico de Assessoramento à Tuberculose e Comitê Assessor para Co-infecção HIV-Tuberculose. Brasília, outubro de 2002.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

HANSEN, J. T. LAMBERT, D. R. **Anatomia Clínica de Netter**. 1. ed. Porto Alegre, 2007.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2006, Tabela Estimativa das Populações Residentes. Disponível em:<http://>

[www.ibge.gov.br/home/estatistica/população/estimativa\\_2006/POP2006\\_DOU.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/população/estimativa_2006/POP2006_DOU.pdf). Acesso em 20 de janeiro de 2010.

KRITSKI, A. L. *et al.* Duas décadas de pesquisa em tuberculose no Brasil: estado da arte das publicações científicas. **Rev. Saúde Pública**, vol. 41, suppl 1. São Paulo, setembro 2007.

MARTINS, A. S. *et al.* Perfil dos enfermeiros e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. **Revista de enfermagem**. Online. São Paulo, v.15, n.3, p.472-478, 2006. Disponível: <http://www.bvs.gov.br>. Acesso em: 19 de Janeiro de 2010.

MATIOLI, C. P. *et al.* Metodologia: interpretando autores In: FIGUEIREDO, N. M. A. de (organizadora). **Método e Metodologia na Pesquisa Científica**. 2 ed, São Paulo. Yendis. 2007.

MELO, F. A. F. *et al.* Aspectos Epidemiológicos da tuberculose multirresistente em serviço de referência na cidade de São Paulo. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v. 36. n. 1. Uberaba, janeiro/fevereiro, 2003.

MONROE, A. A. *et al.* Envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde no Controle da Tuberculose. **Rev. Esc. Enfermagem USP**. São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/>>. Acessado em 20 de junho de 2010.

MORRONE, N. Diagnóstico da tuberculose em sintomáticos respiratórios. Comentários a respeito das II Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia e Ministério da Saúde. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. v. 31, n. 4, São Paulo, março de 2005.

MUNIZ, J. N. *et al.* A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 10, nº 2, Rio de Janeiro, abril/junho 2005.

NETTO, A. R. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: Situação Atual e Novas Perspectivas. **Informe Epidemiológico do SUS**. São Paulo, 2001.

NOGUEIRA, J. A. *et al.* Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose na percepção do Agente Comunitário de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 09, n. 1, 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a08.htm>. Acessado em 20 de junho de 2010.

OPAS – Organização Panamericana de Saúde. Relatório sobre tuberculose. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Disponível em <

<http://www.opas.org.br/prevencao/site/UploadArq/ProgramaTB.pdf>>. Acessado em 7 de junho de 2010.

RAMPAZZO, L. **Metodologia Científica – Para alunos dos cursos de graduação e pós-graduação**. 2. Ed. São Paulo: Loyola, 2002.

RIBEIRO, M. O. *et al.* Tuberculose associada à AIDS: caracterização de pacientes atendidos em um serviço de referência do sul do Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. v. 30. Porto Alegre, julho/agosto, 2000.

ROCHA, J. B. B. *et al.* Perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: uma necessidade para discutir a prática profissional. **Revista de Enfermagem UERJ**. Online. Rio de Janeiro, n. 1, v. 15, jan/mar, 2007. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br>. Acesso em: 18 de Janeiro de 2010.

SANTOS, B. M. M. *et al.* Tuberculose associada à AIDS: características demográficas, clínicas e laboratoriais de pacientes atendidos em um serviço de referência do sul do Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. n. 29. Porto Alegre, março/abril, 2004.

SANTOS, J. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. **Rev. Saúde Pública**. vol. 41, suppl. 1. São Paulo, setembro de 2007. Disponível em <<http://www.scielo.com.br>>. Acessado em 23 de abril de 2010.

SANTOS, L. A. R. GALES, V. M. N. Informe Técnico: Mudança no esquema de tratamento da tuberculose. **Boletim Epidemiológico Paulista**. Janeiro de 2010. Disponível em: <[http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa73\\_tbesquema.htm](http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa73_tbesquema.htm)>. Acessado em 21 de junho de 2010.

SCHALL, V. T; STRUCHINER, M. **Educação em Saúde: Novas Perspectivas**. 1 ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2009.

SMELTZER, S. C; BARE, B.G; HINKLE, J. L; CHEEVER, K. H. **Brunner & Suddarth, tratado de enfermagem medico-cirúrgica**. 11 ed. Vol. 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

SMS - Secretaria Municipal da Saúde. Sistema Único de Saúde. Centro de Controle de Doenças. **Informe Tuberculose: doença curável**. n. 1. São Paulo, 2004.

SOUZA, M. S. P. L. *et al.* Características dos serviços de saúde associadas à adesão ao tratamento da tuberculose. **Rev. Saúde Pública**. vol. 43, n. 6. São Paulo, dezembro de 2009.

\_\_\_\_\_, M. S. P. L. *et al.* Características dos Serviços de Saúde Associadas à Adesão ao Tratamento da Tuberculose. **Revista de Saúde Pública**, vol. 43, nº 6, São Paulo, dezembro 2009.

SOUZA, S. S. *et al.* Representações sociais sobre a tuberculose. **Acta Paulista de Enfermagem**, vol. 23, nº 1, São Paulo, 2010.

SOUZA, C. A. *et al.* **TCC: Métodos e Técnicas**. Florianópolis: Visual Books, 2007.

TARANTINO, R. J; BERARDINELLI, A. **Doenças pulmonares**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

TEIXEIRA, G. M. Editorial: Da Tuberculose e suas Perspectivas no Novo Governo. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, vol. 10, nº 2. Julho/Dezembro 2002.

TRIVIÑUS, A. N. **Introdução à Pesquisa em Ciências: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo. Atlas. 1994.

VENDRAMINI, S. H. F. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma unidade de saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente. **Boletim de Pneumologia Sanitária**. vol. 10, n. 1. Rio de Janeiro, junho de 2002.

WANNAMACHER, L; DANNI, F. F; FERREIRA, M. B. C. **Farmacologia Clínica**. 3 ed. 1 : Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

# APÊNDICES

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título do Projeto: Atuação dos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família no Controle da Tuberculose**

**Pesquisador responsável: Maria Mônica Paulino do Nascimento**

**Pesquisador participante: Letícia Fonseca Arnaud**

Eu \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, residente na \_\_\_\_\_, fui informado(a) que este projeto tem o objetivo de Conhecer a atuação dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família no desenvolvimento das ações de controle da Tuberculose no município de Cajazeiras – PB. A realização desta pesquisa parte do pressuposto que se faz necessário conhecer a assistência à saúde dos portadores de Tuberculose, possibilitando um acompanhamento adequado do tratamento e a construção de estratégias que promovam o restabelecimento da saúde desses pacientes.

Para desenvolvê-lo será necessário realizar os seguintes procedimentos: a aplicação de um questionário utilizando um roteiro semi-estruturado, instrumento composto por dados relacionados a caracterização da amostra e dados voltados para os objetivos da pesquisa.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa tive assegurados os meus direitos de obter resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa. Tive assegurado também o direito de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, bem como, a não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade e meu anonimato. Os resultados da pesquisa só serão utilizados para fins científicos.

Caso deseje, eu posso procurar esclarecimentos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande -PB.

Após obter as informações necessárias sobre o projeto de pesquisa, declaro estar ciente do conteúdo deste Termo e desejar participar do projeto.

Cajazeiras – PB, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Nome do sujeito/ou do responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
BIBLIOTECA SETORIAL  
CAJAZEIRAS PARAIBA

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável



## INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

### Parte I. Caracterização dos participantes

Sexo:

Idade:

Tempo de formado:

Já realizou capacitação em TB?

( ) Sim ( ) Não

### Parte II. Dados referentes aos objetivos da pesquisa

1. Como é realizada a busca ativa dos sintomáticos respiratórios?

---

---

2. Quem realiza o diagnóstico da TB nos sintomáticos respiratórios da sua área?

---

---

3. Como é realizado o diagnóstico? Quais os exames diagnósticos realizados?

---

---

4. É realizado o TDO (Tratamento Diretamente Observado)? Como ele é feito e quem realiza?

---

---

5. É realizada baciloscopia de controle durante o tratamento? Qual a periodicidade?

---

---

6. Diante da falta ou abandono ao tratamento, que ações são desenvolvidas por você, enquanto enfermeiro(a) da equipe?

---

---

7. Diante de um caso novo de TB, como é realizado o exame dos contatos? Quem o realiza?

---

---

8. É realizada alguma atividade para otimizar a adesão ao tratamento?

---

---

9. São realizadas ações educativas direcionadas a comunidade para esclarecimentos acerca da doença (transmissão, tratamento, etc...)?

---

---

10. Quais as principais dificuldades encontradas na implantação das atividades junto à comunidade?

---

---

11. Qual a sua avaliação das ações de controle da Tuberculose a nível municipal?

---

---

# ANEXOS

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA  
COORDENAÇÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Ofício no. 026/2010 – Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem

Cajazeiras, 08 de Abril de 2010.

DA: Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem  
Prof. Doutor Francisco Fábio Marques da Silva

À: Coordenadora de Atenção Básica do Município de Cajazeiras-PB  
MD Sra. Verônica Rangel Arruda

Solicitamos a V. Sa. autorização para a aluna **Leticia Fonseca Arnaud**, matrícula **50612118**, coletar dados referentes à pesquisa para Monografia de Conclusão do Curso Bacharelado em Enfermagem, intitulada: **Atuação dos enfermeiros da ESF no controle da tuberculose**, sob orientação da professora Maria Mônica Paulino do Nascimento.

Na certeza do pronto atendimento a este pleito, agradecemos a vossa atenção, e nos despedimos cordialmente com votos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,

  
**Prof. Doutor Francisco Fábio Marques da Silva**  
Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem

  
**Verônica Rangel Arruda**  
Coordenadora de Atenção Básica  
COREN: 15105

*Recebido*  
08  
04  
2010



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA-UEPB  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA-PRPGP  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP**

**PROJETO: CAAE N °        2196 .0.000.133- 10**

**PARECER**

**x    APROVADO**

**NÃO APROVADO**

**PENDENTE**

**TITULO: ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DE FAMÍLIA  
NO CONTROLE DA TUBERCULOSE**

**PESQUISADOR: ProF<sup>o</sup>. MARIA MÔNICA PAULINO DO NASCIMENTO**

**PARECER: O projeto atende as exigências do CEP-UEPB mediante  
RESOLUÇÃO/UEPB/CONSEPE/10/2001 e Resolução 196/96 do CNS/MS.**

**Diante do exposto, o parecer é projeto APROVADO, salvo melhor juízo.**

**Campina Grande, 18 de junho de 2010**

**PARECERISTA 03**