



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

KATHARINY FREIRE NOGUEIRA LIMA

**CONHECIMENTOS DOS ENFERMEIROS E MÉDICOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO ALTO SERTÃO PARAIBANO ACERCA DA
TUBERCULOSE**

CAJAZEIRAS – PB

2015

KATHARINY FREIRE NOGUEIRA LIMA

**CONHECIMENTOS DOS ENFERMEIROS E MÉDICOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO ALTO SERTÃO PARAIBANO ACERCA 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

2015

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)

Denize Santos Saraiva - Bibliotecária CRB/15-1096

Cajazeiras - Paraíba

L732c Lima, Kathariny Freire Nogueira

Conhecimentos dos enfermeiros e médicos da estratégia saúde da Família de um município do alto sertão paraibano acerca da tuberculose. / Kathariny Freire Nogueira Lima. - Cajazeiras: UFCG, 2015.

77f. il.

Bibliografia.

Orientador (a): Prof. Maria Mônica Paulino do Nascimento.

Monografia (Graduação) – UFCG.

1. Tuberculose- conhecimento de médicos e enfermeiros.
 2. Saúde da Família- tuberculose- prevenção- diagnóstico- tratamento.
 3. Atenção Primária à Saúde- tuberculose- ação de controle.
- I. Nascimento, Maria Mônica Paulino do. II. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU –616-002.5


KATHARINY FREIRE NOGUEIRA LIMA

**CONHECIMENTOS DOS ENFERMEIROS E MÉDICOS DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO ALTO SERTÃO PARAIBANO
ACERCA DA TUBERCULOSE**

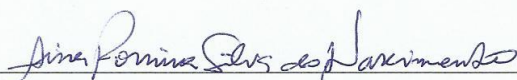
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em
Enfermagem, da Unidade Acadêmica de
Enfermagem, da Universidade Federal de Campina
Grande, como requisito parcial para obtenção do
título de Bacharel em Enfermagem, sob a
orientação da Prof. Esp. Maria Mônica Paulino do
Nascimento

APROVADO EM: 02/12/2015


BANCA EXAMINADORA:



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



Profª. Dra. Aissa Romina Silva do Nascimento
UAENF/CFP/UFCG
(Examinadora)



Profª. Me. Cecília Danielle Bezerra Oliveira
ETSC/CFP/UFCG
(Examinadora)

CAJAZEIRAS-PB

2015

Dedico primeiramente a Deus, por ter me capacitado até aqui, e por ser minha fortaleza. A minha família, pelo apoio incondicional.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus pelo seu amor infinito, por tudo que tem permitido em minha vida, por ser minha fortaleza e meu refúgio nas horas de angústias e de alegrias. Ele sabe de tudo que enfrentei para alcançar mais esta vitória, obrigada meu Deus, por ter me capacitado até aqui.

Agradeço aos meus pais, Adriana e Carlos que sempre me deram apoio incondicional, me ensinaram os valores da vida com amor, e sempre fizeram o melhor que podiam pelos meus estudos e por mim, apesar das dificuldades.

A minha irmã Karolliny, por trazer tantas alegrias aos nossos dias e pelo amor e carinho que tem por mim.

Aos meus familiares, principalmente aos que contribuíram financeiramente ou me apoiando nessa jornada, meu avô paterno Silvino e especialmente a minha avó materna, Zoraide, por ter contribuído em minha educação e criação.

Ao meu namorado Herivelthon, por todo carinho, compreensão e apoio, por estar caminhando comigo na área da Enfermagem, permitindo compartilhar experiências, e por me incentivar a buscar sempre o meu melhor.

Aos meus colegas e amigas de faculdade, que muito me ensinaram, pelos momentos de alegrias e conquistas compartilhados e ajuda mútua nas horas difíceis, agradeço em especial a Isaura, Jade, Marília e Mayara, e desejo muito sucesso a cada uma.

Aos amigos que a vida me deu e que permaneceram ao meu lado, dando apoio e força nessa etapa da minha vida, alegrando meus dias e torcendo por mim, em especial a Jéssica Luana, Tallyta e Adelite que, mesmo na distância, estiveram sempre presentes.

A ajuda dos amigos Enfermeiros Pérciles, Marília Millena, Maria Angélica e Sheila durante a minha formação profissional.

Aos mestres, verdadeiros facilitadores do conhecimento teórico-científico e prático, nos possibilitando desenvolver uma visão crítica, e prestar uma assistência integral e humanizada aos nossos pacientes, fazendo com que a Enfermagem se tornasse cada vez mais apaixonante a cada descoberta.

Aos pacientes, pessoas que foram fundamentais para meu aprendizado, não só teórico e prático, mas pessoal. Com eles pude aprender mais ainda sobre o amor ao próximo, agradeço pelo carinho que alguns demonstraram quando eu estava apenas prestando meu trabalho.

Especialmente a minha professora e orientadora Esp. Maria Mônica Paulino, pela sua competência como profissional em todos os âmbitos de atuação, pelo dom de lecionar, por ter me acompanhado desde o PROBEX, e pela sua humildade, disponibilidade, ajuda, sabedoria e qualificação na orientação do TCC. Esta conquista é nossa!

Às professoras Dra. Aissa Nascimento e Me. Cecília Danielle, membros da banca examinadora, pela colaboração e sugestões com esse trabalho.

Aos profissionais que participaram dessa pesquisa, pela sua disponibilidade e colaboração com o estudo.

Por fim, a todos aqueles que de alguma forma me ajudaram nessa jornada, sou grata de coração.

LIMA, K. F. N. **CONHECIMENTOS DOS ENFERMEIROS E MÉDICOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO ALTO SERTÃO PARAIBANO ACERCA DA TUBERCULOSE.** 2015. 77p. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, Unidade Acadêmica de Enfermagem, Cajazeiras - PB, 2015.

RESUMO

No Brasil a descentralização das ações de controle da tuberculose resultou na incorporação de inúmeras atividades pela atenção primária, passando a ser gerenciadas e organizadas não mais pelas esferas nacional e estadual, mas sim à níveis locais. Sendo assim, as equipes da Estratégia Saúde da Família são responsáveis pelo planejamento e execução de ações de prevenção da doença, diagnóstico e tratamento, de forma integral e contínua. O estudo teve como objetivos investigar os conhecimentos dos enfermeiros e médicos da ESF acerca da tuberculose, verificar a capacitação dos enfermeiros e médicos da ESF para atuar nas ações de controle da tuberculose na atenção primária e listar as dificuldades dos profissionais para atuar nas ações de controle da doença. Trata-se de um estudo do tipo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, realizado com 10 enfermeiros e 09 médicos através de um questionário semiestruturado. A coleta de dados foi realizada entre agosto e setembro de 2015 mediante parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande. Os dados foram analisados a partir da estatística descritiva simples e os resultados apresentados em tabelas através de frequência e percentual. Os dados revelam que há uma maior rotatividade dos profissionais de enfermagem no serviço, no entanto, participam de mais capacitações sobre tuberculose. Ambas as categorias conhecem os sinais e sintomas e os fatores de risco da doença, os exames diagnósticos, a baciloscopia de controle, quando encaminhar os casos para os serviços de referência secundário/terciário, e a finalidade do Tratamento Diretamente Observado (TDO). Há fragilidades no conhecimento, tanto pelos enfermeiros como pelos médicos, sobre efeitos adversos do esquema básico, profilaxia e operacionalização da TDO. Composição do esquema terapêutico, orientações para realizar a baciloscopia do escarro, orientações/cuidados e condutas necessárias durante o tratamento, são informações de maior conhecimento dos enfermeiros. Para ambos, as principais dificuldades para realização das ações de controle da tuberculose na ESF são relacionadas à infraestrutura/equipe. Conclui-se que os enfermeiros e médicos precisam de um maior incentivo e reforço para atuar nas ações de controle da tuberculose no município, necessitando que se invista em capacitações frequentes para abranger a maioria dos profissionais.

Palavras-chave: Conhecimento. Estratégia Saúde da Família. Tuberculose.

LIMA, K. F. N. **KNOWLEDGE OF NURSES AND DOCTORS OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY OF A HINTERLAND OF PARAIBA ABOUT TUBERCULOSIS.** 2015. 77p. Monograph (Bachelor of Nursing) Federal University of Campina Grande, Center for Teacher Education, Academic Unit of Nursing, Cajazeiras - PB, 2015.

ABSTRACT

In Brazil the decentralization of tuberculosis control actions resulted in the incorporation of numerous activities for primary care, going to be managed and organized not by the national and state levels, but to the local levels. Thus, the teams of the Family Health Strategy are responsible for planning and implementing disease prevention actions, diagnosis and treatment in a comprehensive and continuously. The study aimed to investigate the knowledge of nurses and ESF doctors about tuberculosis, check the training of nurses and ESF doctors to work in tuberculosis control actions in primary care and list the difficulties of professionals to work in the control actions disease. It is a study of descriptive, cross-sectional, with a quantitative approach, carried out with 10 nurses and 09 doctors through a semi-structured questionnaire. Data collection was carried out between August and September 2015 on the Committee of Ethics in Research of the Teacher Training Center of the Federal University of Campina Grande. Data were analyzed from the simple descriptive statistics and the results presented in tables by frequency and percentage. The data shows that there is a higher turnover of nursing professionals in the service, however, participate in more training on tuberculosis. Both categories know the signs and symptoms and risk factors of the disease, diagnostic tests, the smear control when submitting cases to the secondary / tertiary referral services, and the purpose of the Directly Observed Treatment (DOT). There are weaknesses in knowledge, both by nurses as by doctors, adverse effects on the basic outline, prevention and operation of DOT. Composition of the therapeutic regimen, guidelines to carry out the smear of sputum, guidelines / care and necessary behavior during treatment are information of greater knowledge of nurses. For both, the main difficulties for carrying out the tuberculosis control actions in the ESF are related to infrastructure / team. It was concluded that nurses and doctors need greater encouragement and reinforcement to work in tuberculosis control actions in the city, needing to invest in frequent training to cover most professionals.

Keywords: Knowledge. Health strategy. Tuberculosis.

LISTA DE QUADRO

Quadro 1- Esquema básico para o tratamento da TB em adultos e adolescentes.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos participantes segundo os dados sociodemográficos.

Tabela 2 – Distribuição dos participantes segundo a formação e os dados profissionais.

Tabela 3 – Distribuição dos participantes segundo os conhecimentos gerais sobre tuberculose pulmonar.

Tabela 4 – Distribuição dos participantes segundo os conhecimentos sobre o diagnóstico da tuberculose pulmonar.

Tabela 5 – Distribuição dos participantes segundo os conhecimentos sobre o tratamento da tuberculose pulmonar.

Tabela 6 – Distribuição dos participantes segundo os conhecimentos sobre acompanhamento e TDO.

Tabela 7 – Distribuição dos participantes segundo as dificuldades nas estratégias de controle da tuberculose pulmonar na ESF.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB- Atenção Básica

a.C.- Antes de Cristo

ACS- Agente Comunitário de Saúde

AIDS- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

BAAR- Bacilo Álcool-Ácido Resistente

BCG- Bacilo de Calmette e Guérin

BK- Bacilo de Koch

CFP- Centro de Formação de Professores

CNCT- Campanha Nacional de Tuberculose

d.C.- Depois de Cristo

DOTS- Directly Observed Treatment

E- Etambutol

ESF- Estratégia Saúde da Família

H- Isoniazida

HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS- Ministério da Saúde

OMS- Organização Mundial de Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

P- Ácido Para-Amino-Salicílico

PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCT- Programa de Controle da Tuberculose

PNCT- Programa Nacional de Controle da Tuberculose

PPD- Derivado Proteico Purificado

PQT- Poliquimioterapia

PT- Prova Tuberculínica

PSF- Programa Saúde da Família

R- Rifampicina

S- Estreptomicina

SIDA- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SIS- Sistema de Informação em Saúde

SINAN- Sistema de Informação de Agravos e Notificação

SNT- Serviço Nacional de Tuberculose

SR- Sintomático Respiratório

SUS- Sistema Único de Saúde

T- Tiacetazona

TB- Tuberculose

TBEP- Tuberculose Extrapulmonar

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDO- Tratamento Diretamente Observado

UFMG- Universidade Federal de Campina Grande

USF- Unidade de Saúde da Família

Z- Pirazinamida

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo Geral	17
2.2 Objetivos Específicos	17
3 REVISÃO DA LITERATURA	18
3.1 Contextualizando a Tuberculose	18
3.2 O Controle da Tuberculose e a Atenção Primária	25
4 MÉTODOS	34
4.1 Tipo de Pesquisa.....	34
4.2 Local da Pesquisa	34
4.3 População e Amostra	35
4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão	35
4.5 Instrumento de Coleta de Dados	35
4.6 Procedimento de Coleta de Dados.....	36
4.7 Análise dos Dados	36
4.8 Aspectos Éticos da Pesquisa	37
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
5.1 Caracterização dos Participantes	39
5.2 Conhecimento dos Profissionais Acerca da Tuberculose Pulmonar	44
5.3 ESF e as Dificuldades no Controle da Tuberculose	57
6 CONCLUSÕES	60
REFERÊNCIAS	62
ANEXOS	68
ANEXO A.....	69
ANEXO B.....	70
APÊNDICES	72
APÊNDICE A	73
APÊNDICE B	75

1 INTRODUÇÃO

Em pleno século XXI, a tuberculose (TB) continua sendo um tema relevante de saúde pública em todo o mundo. O Brasil é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) um dos 22 países prioritários que concentram 80% da carga mundial de tuberculose. A TB é uma doença evitável e passível de cura, atingindo especialmente a porção mais vulnerável da população do ponto de vista socioeconômico, sendo responsável pela morte de 4,5 mil pessoas por ano, principalmente nas regiões metropolitanas e unidades hospitalares (BRASIL, 2011a).

Em 1993 a OMS preconizou o DOTS (*Directly Observed Treatment*) como estratégia de acompanhamento do tratamento, no Brasil e em outros países prioritários, desejando alcançar as metas de 85% de cura, 70% de detecção de casos e 5% de redução do abandono do tratamento. Apenas no ano de 1998 o Ministério da Saúde (MS) lançou o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), que implantou o Tratamento Diretamente Observado (TDO) no Brasil, sendo ele um dos pilares da estratégia DOTS. O PNCT passou a ser prioridade entre as políticas públicas governamentais de saúde e a partir disso, foram estabelecidas novas diretrizes de trabalho e fixação de novas metas, como: diagnosticar 92% dos casos esperados e obter a cura de pelo menos 85% dos casos diagnosticados (MACIEL et al., 2009; SÁ et al., 2011; CRUZ et al., 2012).

Este processo resultou na incorporação das ações de controle da TB no âmbito da atenção primária, passando a ser gerenciado e organizado não mais pelas esferas nacional e estadual, mas sim à níveis locais, atribuindo aos municípios o planejamento e a execução de ações de prevenção da doença, diagnóstico e tratamento, como forma de garantir a descentralização (FIGUEIREDO et al., 2009; NOGEIRA et al., 2009; CRUZ et al., 2012).

As equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) são responsáveis pelas ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua. Com isso, espera-se que o Programa de Saúde da Família (PSF) na perspectiva do controle da TB, diagnostique precocemente a doença e supervisione o tratamento da tuberculose (MACIEL et al., 2009).

A estratégia DOTS foi lançada no estado Paraíba no ano de 1999 no PSF, com a cobertura inicial de dez, entre os 223 municípios do estado que contavam com uma população superior a 50 mil habitantes, maior carga bacilar e retaguarda laboratorial de referência.

(NOGUEIRA et al., 2009; SÁ et al., 2011). A incidência de TB na Paraíba foi de 28,2/100.000 habitantes em 2013. No ano de 2012, 64,6% dos casos novos de TB pulmonar bacilíferos obtiveram cura, o percentual de abandono desses casos foi de 13,0% e o coeficiente de mortalidade foi de 1,9/100.000 hab. (BRASIL, 2014).

Este estudo justifica-se pela necessidade de investigar o conhecimento dos enfermeiros e médicos da ESF do município de Cajazeiras-PB acerca da tuberculose, envolvendo as etapas de prevenção, transmissão, diagnóstico e tratamento, com ênfase no TDO. Considerando que esses profissionais possuem maior responsabilidade pelo controle e monitoramento da TB, além da avaliação do usuário e do acompanhamento que inicia na investigação diagnóstica até a conclusão do tratamento, sendo necessário uma formação adequada para o desenvolvimento de ações específicas recomendadas, também para a família e comunidade.

O interesse pelo tema desenvolveu-se durante o Curso de Graduação em Enfermagem, através do despertar da alta prevalência da TB no Brasil em pleno século XXI e por reconhecer que quando os profissionais da área da saúde dominam o conhecimento a respeito da doença, eles tornam-se aptos para o desenvolvimento das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento adequado, evitando a propagação na comunidade, o abandono do tratamento e a consequente resistência e/ou recidiva, problemas ainda observados e que dificultam o controle da doença a nível local, regional e nacional.

São as questões norteadoras do estudo: Quais os conhecimentos dos enfermeiros e médicos da Estratégia Saúde da Família acerca da tuberculose? Qual a capacitação destes profissionais para atuar nas ações de controle da tuberculose na atenção primária? E quais as principais dificuldades para atuar nas ações de controle da tuberculose na ESF?

A pesquisa torna-se relevante por fazer um levantamento situacional do conhecimento dos enfermeiros e médicos da ESF de Cajazeiras-PB sobre a tuberculose, contribuindo com a melhoria de políticas públicas locais, para que se possa oferecer maior suporte a esses profissionais atingirem as metas de controle estabelecidas pelo PNCT e, conseqüentemente, a redução dos casos de TB no município.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Investigar os conhecimentos dos enfermeiros e médicos da Estratégia Saúde da Família (ESF) de um município do alto sertão paraibano acerca da tuberculose.

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Verificar a capacitação dos enfermeiros e médicos da Estratégia Saúde da Família para atuar nas ações de controle da tuberculose na atenção primária;
- ✓ Comparar os conhecimentos dos enfermeiros e médicos da ESF acerca da tuberculose;
- ✓ Listar as dificuldades dos profissionais para atuar nas ações de controle da tuberculose na ESF.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Contextualizando a Tuberculose

Ao longo do tempo a tuberculose recebeu algumas denominações como: tísica, consunção e peste branca. Baseada em evidências arqueológicas e históricas, os primeiros casos da doença em humanos foram encontrados em múmias egípcias há mais de 5.000 anos a. C. Na América do Sul, os achados constam a presença de tuberculose pulmonar em uma múmia peruana há mais de 1.100 anos a. C. Já no Brasil, a doença foi trazida dos europeus, através dos jesuítas e colonos que vieram de Portugal a partir do ano de 1500 d. C., assumindo condição de epidemia entre a população indígena que aqui habitava (MACIEL et al., 2012; SOARES, 1994).

Até meados do século XIX, a tuberculose despertava uma visão lírica para os artistas da época. A partir do século XX, a doença passou a ser vista como problema social de saúde por se propagar especialmente entre as populações desfavorecidas, o que acabou gerando a estigmatização do enfermo. Ao longo deste século, o Brasil passou a desenvolver campanhas que objetivavam o maior controle da TB, sendo também introduzidos os medicamentos para o seu tratamento. Até a metade da década de 1980, a tuberculose esteve controlada no país, porém houve um aumento significativo do número de casos ao fim dessa década por conta do menor controle das políticas públicas de saúde (MACIEL et al., 2012; NOGUEIRA et al., 2009).

O agente etiológico responsável pela tuberculose é o *Mycobacterium tuberculosis*, ou bacilo de Koch (BK), sendo esse patógeno considerado o maior agente isolado de morte entre as doenças infecciosas em adultos. Esse bacilo possui crescimento lento, é aeróbio restrito, álcool-ácido resistente (BAAR). Sua descoberta como agente etiológico da tuberculose ocorreu no ano de 1882 por Robert Koch, tornando-se um marco para conhecimento da doença (BARROSO et al., 2004; FERREIRA et al., 2011; MACIEL et al., 2009; SEVERO, 2007).

A transmissão da tuberculose ocorre por via aérea no momento em que o indivíduo que possui a doença ativa na forma pulmonar ou laríngea expelle núcleos secos de partículas contendo os bacilos através da fala, tosse e espirro, ocorrendo geralmente em ambientes

fechados e após manter uma prolongada exposição. Estes pacientes são chamados de bacilíferos por possuírem o resultado da baciloscopia de escarro positiva, e são responsáveis por manter a cadeia epidemiológica de transmissão da doença. As formas de tuberculose extrapulmonar não são transmissíveis (BRASIL, 2011a; FERREIRA et al., 2011).

De acordo com Coutinho et al. (2012), a tuberculose, apesar de apresentar amplitude mundial, possui maior incidência nos países emergentes. Alguns fatores socioeconômicos são significativos para que a tuberculose seja adquirida. Barreira e Grangeiro (2007) destacam que os povos indígenas, populações de rua e a população privada de liberdade estão mais vulneráveis à doença.

Outros fatores de risco que causam a depressão do sistema imunológico e facilitam a infecção pelo BK são: desnutrição, etilismo, idade avançada, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), diabetes e uso de medicamentos imunossupressores; a carga bacilífera e a virulência do micro-organismo também são fatores que podem facilitar o contágio. Estima-se que em um período de um ano, um bacilífero seja capaz de infectar cerca de 10 a 15 indivíduos em uma comunidade (COSTA et al., 2013).

Como alternativa de interromper a cadeia de transmissibilidade da TB de forma precoce, é necessário que ocorra uma busca ativa pelos serviços de saúde na população para identificação dos sintomáticos respiratórios (SR), ou seja, daqueles pacientes que apresentam tosse por um período de três semanas ou mais (BRASIL, 2011a). De acordo com Paz et al. (2012), o diagnóstico precoce e o pronto início do tratamento medicamentoso são fundamentais para um efetivo controle da doença.

Embora a tuberculose possa acometer vários órgãos e sistemas do corpo humano, a do tipo pulmonar é a mais frequente e a mais relevante em saúde pública por ser a responsável pela transmissão da doença através dos bacilíferos. Seus sintomas mais frequentes são: tosse persistente, produtiva ou não, podendo apresentar muco ou hemoptise; febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento. A TB pulmonar pode apresentar-se sob a forma primária, pós-primária ou miliar (BRASIL, 2011a).

A TB pulmonar primária ocorre quando o indivíduo adoece logo na primeira infecção pelo patógeno, podendo ocorrer numa probabilidade de 5% a 10% dos casos. Ela possui uma evolução lenta e de forma insidiosa, sendo mais comum em crianças. O paciente apresenta

irritação, febre baixa, sudorese noturna, inapetência e o exame físico pode ser inexpressivo (BRASIL, 2011a; CAMPOS, 2006a).

A TB pulmonar pós-primária ou secundária, ocorre mais em adolescentes ou em adultos jovens, tendo como principal sintoma a tosse, seja seca ou produtiva. A TB miliar é uma forma pulmonar grave, sendo mais comum em crianças e adultos jovens apresentando-se de forma aguda. Os sintomas apresentados são febre, astenia e emagrecimento, ocorrendo em 80% dos casos quando associado com a tosse. Ao exame físico pode ser revelado hepatomegalia (35% dos casos), alterações do sistema nervoso central (30% dos casos) e alterações cutâneas do tipo eritemato-máculo-papulo-vesiculosas (BRASIL, 2011a).

O bacilo de Koch pode atingir outros órgãos através da corrente sanguínea, o que caracteriza a tuberculose extrapulmonar (TBEP). Esse agente etiológico instala-se em órgãos com grande aporte sanguíneo, pelo fato de oferecer maior suporte de oxigênio. As principais formas de TBEP incluem: pleural, peritoneal pericárdica, ganglionar, laríngea, geniturinária, suprarrenal, óssea, meníngea, intestinal, oftálmica e cutânea. (BRASIL, 2011a; CAMPOS, 2006a; COSTA et al., 2013; SILVA; MONTEIRO; FIGUEIREDO, 2011).

Na forma extrapulmonar, a tuberculose é paucibacilar, de evolução lenta e insidiosa, por não encontrar quantidades de oxigênio tão favoráveis quanto quando instalada no pulmão. Ela tem sua ocorrência aumentada em pacientes com AIDS. Sua sintomatologia é dependente da localização da sua instalação, geralmente o paciente apresenta febre com picos de até 40 a 41° C em especial no período vespertino, tosse e sudorese. Sendo comum também a presença de mal-estar, fadiga, perda de peso, dor torácica e dispneia (BRASIL, 2011a; CAMPOS, 2006a; COSTA et al., 2013; SILVA; MONTEIRO; FIGUEIREDO, 2011).

Além das manifestações clínicas, tornam-se necessários também exames laboratoriais para realizar o diagnóstico da TB, como: os exames bacteriológicos, que compreendem a baciloscopia do escarro e a cultura para micobactéria; o exame radiológico através do raio-X; a prova tuberculínica (PT); entre outros recursos, como o exame histopatológico (BRASIL, 2011b; COSTA et al., 2013).

A baciloscopia do escarro é o método mais utilizado pelos serviços públicos de saúde para diagnosticar a TB pulmonar, por ser de fácil realização, rápido, menos oneroso e permitir segurança no resultado ao confirmar a presença do bacilo. Para garantir o diagnóstico correto da TB, o escarro coletado deve ser proveniente da árvore brônquica, através do esforço da

tosse e deve preencher de 5 ml a 10 ml do frasco coletor, obtidos através de uma média de três eliminações de escarro, sendo indicada a higienização da boca previamente. Os pacientes que devem realizar esse exame são: os sintomáticos respiratórios, os casos suspeitos clinicamente e/ou através do raio-X de TB pulmonar, e os suspeitos de TB extrapulmonar. Devem ser realizadas no mínimo duas baciloscopias para confirmar a presença dos BAAR, uma delas na primeira consulta e a outra, na manhã do dia seguinte. O resultado depende da quantidade do patógeno encontrado por campo, sendo expresso em cruces (+, ++ ou +++) (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2010b; COSTA et al., 2013).

A cultura consiste na multiplicação e isolamento do BK em meio de cultura favorável. Esse exame possui alta especificidade e sensibilidade aos medicamentos anti-TB, aumentando em até 30% o diagnóstico dos casos de TB pulmonar com resultado da baciloscopia negativa. Dentre os meios de cultura, destacam-se o Löwenstein-Jensen e o Ogawa-Kudoh, porém a desvantagem dos métodos é a demora do resultado, podendo estender-se até oito semanas (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2010b; COSTA et al., 2013). De acordo com Campos (2006b), na presença de sintomas sugestivos da doença, mas com baciloscopia negativa, há indicação de cultura e exame radiológico do tórax.

A prova tuberculínica, também conhecida como teste tuberculínico ou de Mantoux, consiste na inoculação da tuberculina na pessoa, com o intuito de descobrir se a mesma está infectada pelo *Micobacterium tuberculosis*. A tuberculina utilizada no Brasil é o PPD-RT 23, a dose administrada deve ser de 0,1 ml, que contém 2 UT (unidades de tuberculina) e equivale a 5 UT de PPD-S, utilizada em outros países, por via intradérmica no terço médio da face anterior do antebraço esquerdo (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2010b).

A PT está indicada para investigar os casos de infecção latente do adulto e de TB doença em crianças, para realizar o controle dos contatos e em saúde pública. Esse teste provocará a reação de um endurecido na região em que foi aplicado, a leitura dessa reação deve ser realizada por profissional capacitado em torno de 48 a 72 horas após, podendo ser estendido para até 96 horas, caso o paciente não compareça no dia agendado. O resultado é dado depois de medir o maior diâmetro transversal da endureção, na direção perpendicular ao antebraço com uma régua milimetrada transparente, sendo o valor registrado em milímetros para a interpretação (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2010b).

O exame radiológico tem grande importância no auxílio do diagnóstico da TB, pois permite a investigação de imagens sugestivas de lesões ocasionadas pelo BK na doença ativa,

ou no passado. Segundo Costa et al. (2013), a função da radiografia de tórax no bacilífero é de excluir as suspeitas de outras doenças pulmonares que necessitam de tratamento concomitante, além de avaliar a evolução da TB no paciente, especialmente daqueles que não estão respondendo a quimioterapia satisfatoriamente. O raio-X deve ser solicitado para todos aqueles que possuem suspeita clínica de TB pulmonar. Porém, em até 15% dos casos de TB pulmonar não apresentam alterações na radiografia, principalmente os pacientes com o sistema imune deprimido (BRASIL, 2011b).

Para o exame histopatológico é realizado uma biópsia do tecido que apresenta suspeita de TB pulmonar ou extrapulmonar. O diagnóstico é confirmado a partir de achados de lesões granulomatosas contendo ou não necrose caseosa e pela presença do bacilo no local lesionado. (COSTA et al., 2013).

De acordo com Campos (2007), a TB apesar de ser uma doença grave, é curável em praticamente 100% dos casos, desde que o esquema medicamentoso seja adequado e administrado regularmente nas doses recomendadas por tempo suficiente. Para o Ministério da Saúde (2011b), isso evita a persistência bacteriana e a subsequente resistência aos fármacos e assegura a cura do doente. O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) é o responsável pelas ações de padronização dos esquemas terapêuticos que adequam-se às situações clínicas diversas, sendo executadas pelos estados e municípios (COSTA, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde, após 15 dias do início do tratamento, o paciente não tendo história de retratamento, nem evidências de resistência e apresentando melhora do quadro clínico, deixa de transmitir a doença. Porém, baseado nas evidências de transmissão da TB resistente às drogas, é recomendável que seja considerada a baciloscopia negativada (BRASIL, (2011b).

A década de 70 no Brasil foi marcada pelo desenvolvimento e introdução da quimioterapia de curta duração, que visavam a redução do tempo de tratamento sem o comprometimento da sua eficácia. O país recebeu o mérito de ser o primeiro a padronizar esquemas de tratamento de seis meses de duração, com drogas por via oral, utilizando a rede de serviços públicos de saúde (HIJJAR et al., 2007).

Na mesma década, no ano de 1979, foram preconizados os seguintes esquemas de tratamento para a TB no Brasil: esquema I (2RHZ/4RH) para casos novos, esquema I

reforçado (2RHZE/4RHE) para retratamentos, esquema II (2RHZ/7RH) para a forma meningocéfálica, e o esquema III (3SZEET/9EEt) para falência (BRASIL, 2011b).

Porém, em 2009 houve uma mudança no tratamento da doença, e o PNCT introduziu o etambutol (E), como a quarta droga na fase intensiva, que corresponde aos dois primeiros meses de tratamento do esquema básico. Esse esquema é recomendado pela OMS para adultos e adolescentes, sua apresentação farmacológica é em forma de comprimidos em doses fixas combinadas (RHZE). Após essa reforma, o esquema básico ficou composto pelos seguintes fármacos: Rifampicina (R) 150 mg, Isoniazida (H) 75 mg, Pirazinamida (Z) 400 mg e Etambutol (E) 275 mg. E na fase de manutenção, que corresponde aos quatro meses subsequentes de um total de seis meses de tratamento, utiliza-se a combinação de R e H em forma de comprimidos ou cápsulas (BRANCO; PINTO; BOECHAT, 2012; BRASIL, 2011b).

Para as crianças menores de 10 anos, permanece o esquema RHZ. Outra mudança foi a extinção dos esquemas I reforçado e o esquema III. Para os casos de retratamento, indica-se o esquema básico até que saiam os resultados da cultura, identificação e teste de sensibilidade. Nos casos de falência do tratamento, uma avaliação criteriosa deverá ser feita, e receberão o esquema padronizado para multirresistência ou esquemas especiais individualizados. Em todos os esquemas terapêuticos as medicações serão administradas diariamente e em dose única (BRANCO; PINTO; BOECHAT, 2012; BRASIL, 2011b).

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

Quadro 1: Esquema básico para o tratamento da TB em adultos e adolescentes.

O Ministério da Saúde recomenda que os medicamentos deverão ser administrados de preferência, em jejum (uma hora antes ou duas horas após o café da manhã), em uma única tomada, ou acompanhados com uma refeição, em casos de intolerância gástrica. O tratamento

das formas extrapulmonares (exceto a meningoencefálica) terá a duração de seis meses, assim como o tratamento dos pacientes coinfectados com HIV, independentemente da fase de evolução da infecção viral (BRASIL, 2011a).

Campos (2007) afirma que, nas doses recomendadas, a toxicidade dos tuberculostáticos é baixa, mas algumas situações podem elevar o risco de aparecerem. Segundo o Ministério da Saúde (2011b), as reações adversas do tratamento da TB estão divididas em: reações adversas menores, que normalmente não necessita que haja a suspensão do medicamento anti-TB; e reações adversas maiores, que geralmente causam a suspensão do tratamento. As reações adversas mais frequentes ao esquema básico são: mudança da coloração da urina (ocorre universalmente), intolerância gástrica (40%), alterações cutâneas (20%), icterícia (15%) e dores articulares (4%) (BRASIL, 2011a).

Os fatores de risco que aumentam a probabilidade de ocorrerem reações adversas maiores são: a idade avançada (a partir da quarta década); alcoolismo (ingestão de álcool > 80 g/dia); desnutrição (perda de mais de 15% do peso corporal); história de doença hepática prévia; e coinfeção pelo HIV, em fase avançada de imunossupressão. A orientação para o retorno ao serviço de saúde diante de quaisquer efeitos adversos é fundamental; além do monitoramento laboratorial com hemograma e bioquímica (função renal e hepática) deve ser realizado todos os meses em pacientes que apresentem sinais e sintomas relacionados e àqueles com maior risco de desenvolver esses efeitos. Um esquema especial será introduzido, caso o paciente não possa receber o esquema básico após a resolução das reações e depois de reestabelecer boa relação com o medicamento que as causou (BRASIL, 2011b).

O controle do tratamento da TB é essencial para avaliar a evolução da doença, bem como a utilização correta dos medicamentos e se está surtindo o efeito desejado. Para tanto, a baciloscopia deve ser realizada mensalmente para os casos TB pulmonar que realizam o esquema básico, sendo indispensáveis as dos segundo, quarto e sexto meses; caso o exame seja positivo ao fim do segundo mês, deve-se solicitar cultura para micobactérias com identificação e teste de sensibilidade. O acompanhamento clínico baseado na identificação de queixas e de sinais clínicos que possam avaliar a evolução da doença após a introdução dos medicamentos, bem como a detecção de reações adversas, torna-se indispensável. É importante que o peso do paciente seja monitorado para ajustar as doses dos fármacos, caso seja preciso. Quando a unidade dispõe de exame radiológico, pode ser feito o monitoramento de regressão ou agravamento das lesões a partir do segundo mês de tratamento, especialmente

se não há expectoração. A cura será comprovada mediante a apresentação de pelo menos duas baciloscopias negativas (uma na fase de acompanhamento e outra ao fim do tratamento) (BRASIL, 2011b).

Como medidas preventivas contra a TB, destacam-se a vacinação e a quimioprofilaxia (COSTA et al., 2013). A vacina BCG (Bacilo Calmett-Guérin), que recebeu o nome dos seus inventores, foi desenvolvida pelo entre os anos de 1906 e 1919, e foi preparada a partir de uma cepa derivada do *M. bovis*, sendo ela uma vacina atenuada. De acordo com a Portaria nº 452, de 6 de dezembro de 1976, do Ministério da Saúde, a BCG é recomendada prioritariamente para crianças de 0 a 4 anos, e torna-se obrigatória para menores de um ano. Recomenda-se dose única da vacina ao nascer. Esta medida preventiva tem sido adequada especialmente em regiões com alta incidência de TB (BRASIL, 2010a; PEREIRA et al., 2007).

Passados dois anos da primo-infecção, o risco de adoecer de TB aumenta, porém, o período de incubação pode estender-se por anos ou décadas. Como medida de prevenção da infecção latente (quimioprofilaxia primária) em recém-nascidos que co-habitam com caso índice bacilífero, o mesmo não deverá ser vacinado ao nascer, a quimioprofilaxia é feita com isoniazida (H) por três meses, e após esse tempo, realiza a PT. Se a PT for ≥ 5 mm, mantêm a medicação pelo mesmo período de tempo, caso contrário, suspende o fármaco e vacina com BCG. O tratamento da infecção latente ou quimioprofilaxia secundária, consiste na administração de 5 mg/kg a 10 mg/kg de isoniazida, até a dose máxima de 300 mg/dia por no mínimo seis meses, em pessoas infectadas pelo BK, a fim de evitar o adoecimento (BRASIL, 2011b).

3.2 O Controle da Tuberculose e a Atenção Primária

A TB é parte da história da sociedade brasileira, um agravo que se somou ao conjunto de fatores de retardo do desenvolvimento social e econômico do país desde o início da colonização (HIJJAR et al., 2007).

Com o intuito de suprir a ausência da participação do setor público no controle da TB no Brasil, em 1899 surgiram, entre médicos e sociedade civil baseadas em modelos europeus,

as Liga Brasileira Contra a Tuberculose no Rio de Janeiro, atual Fundação Atauilho de Paiva e a Liga Paulista Contra a Tuberculose (HIJJAR et al., 2007; MACIEL et al., 2012).

De acordo com Maciel et al. (2012), as Ligas atuaram na propagação de métodos de tratamento e de profilaxia vigentes no meio médico-social europeu, destacando-se: 1. campanhas de educação sanitária, 2. atendimento aos pobres e 3. estímulo à criação de sanatórios, dispensários e preventórios.

Apesar da pouca repercussão, no início do século XX, Oswaldo Cruz, então Diretor Geral de Saúde Pública, propôs a implantação de medidas profiláticas e terapêuticas, como tentativa de envolver o poder público na luta contra a TB. Apenas no ano de 1920, foi instituído o primeiro organismo governamental de combate à doença, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, sendo conhecido como a Reforma de Carlos Chagas, sendo criada a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, com o objetivo de estabelecer o diagnóstico e o tratamento dos casos de TB e a prevenção da doença. Outro marco, foi a introdução da vacina BCG (Bacilo de Calmette e Guérin) em 1927, desenvolvida por Arlindo de Assis, na Liga Brasileira de Tuberculose (HIJJAR et al., 2007; MACIEL et al., 2012).

Houve também na década de 1930, incremento na formação de profissionais, preparando-os para as ações de controle da TB, a partir da inclusão do ensino de Tisiologia no currículo da Faculdade Nacional de Medicina, por Clementino Fraga. Ainda na década de 30, o médico brasileiro Manoel Dias de Abreu, desenvolveu um novo método diagnóstico: o exame miniaturizado de tórax, ficando conhecido como “abreugrafia”, exame de grande importância para a época, passando a diagnosticar os casos de TB dentre os que aparentavam ser sadios. (HIJJAR et al., 2007; MACIEL et al., 2012).

Na década de 40, surgiu o Serviço Nacional de Tuberculose (SNT), tendo como diretor Raphael de Paula Sousa, que objetivava estudar a doença e colaborar para o desenvolvimento de métodos de ação preventiva e assistencial. No ano de 1946, instala-se a Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT), sob a orientação, coordenação e fiscalização do SNT, com o propósito de coordenar as ações governamentais e privadas de controle da TB desenvolvidas no país. O desempenho da CNCT impactou pela formação de uma consciência nacional, ao avanço do conhecimento técnico-científico e a capacitação dos profissionais de saúde (HIJJAR et al., 2007; MACIEL et al., 2012).

Em 1946, o tratamento da TB contava com a estreptomicina (S) descoberta em 1944 pelo americano Selman Waksman, e com o ácido para-amino-salicílico (P) descoberto em 1946. A partir de então, nas décadas subsequentes, foram sendo introduzidos outros fármacos, entre eles: a Isoniazida (H), descoberta em 1952; a Tiacetazona (T), a Pirazinamida (Z), o Etambutol (E) e a Rifampicina (R). Com o passar do tempo, os esquemas terapêuticos também foram sofrendo evoluções, reduzindo o tempo de tratamento de 24 meses em 1944, para seis meses em 1979, com o desenvolvimento e introdução da quimioterapia de curta duração, podendo ter facilitado a adesão ao tratamento. O Brasil foi o pioneiro na padronização dos esquemas de seis meses de duração, com drogas por via oral, utilizando o serviço público de saúde (HIJJAR et al., 2007; MACIEL et al., 2012). A tuberculose foi equivocadamente considerada controlada nos anos 1980, especialmente nos países desenvolvidos (BARREIRA; GRANJEIRO, 2007).

Como descreve Hijjar et al. (2007), as políticas adotadas pelo Ministério da Saúde na área de controle da TB, produziram impacto epidemiológico verificado na incidência e, principalmente, na mortalidade. Aos poucos, com a criação do CRPHF, das Coordenadorias Macro-Regionais e do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, foram dando instrumentos seguros para que o controle da TB fosse estendido para os municípios a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Um dos instrumentos que participaram desse processo foi o incentivo aos cursos de graduação para a formação de profissionais habilitados.

No ano de 1993, a OMS declarou a TB em estado de emergência e desde então, recomendou que o Brasil e os países que acumulassem maior carga da doença, passassem a implantar a estratégia DOTS (*Directly Observed Treatment*) como forma de controlar a TB, tendo como meta a cura de 85% dos casos, 70% de detecção, e redução de 5% do abandono do tratamento. Essa estratégia tem como proposta a integração do cuidado de saúde primária e adaptação contínua de reformas dentro do setor saúde (CRUZ et al., 2012; FIGUEIREDO et al., 2009; NOGUEIRA et al., 2009; QUEIROZ et al., 2012).

A mesma conta com cinco pilares, sendo eles: 1) detecção de novos casos através da baciloscopia entre os sintomáticos respiratórios que demandam os serviços gerais de saúde; 2) tratamento padronizado de curta duração, diretamente observável e monitorado em sua evolução; 3) fornecimento regular e ininterrupto dos medicamentos; 4) sistema de registro de informação e notificação de casos, que assegure a avaliação do tratamento; 5) compromisso governamental no controle da TB, colocando-a como prioridade entre as políticas de saúde.

(CRUZ et al., 2012; FIGUEIREDO et al., 2009; NOGUEIRA et al., 2009; QUEIROZ et al., 2012).

De acordo com Maciel et al. (2009), o Ministério da Saúde lançou o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), passando a ser prioridade entre as políticas públicas governamentais de saúde, estabelecendo diretrizes para ação e fixação das metas de 92% do diagnóstico e obter 85% de cura dos casos.

O PNCT implantou o Tratamento Diretamente Observado (TDO), que segundo Cruz et al. (2012), é um dos pilares da estratégia DOTS, sendo uma ferramenta importante no aumento da taxa de cura, diminuição da resistência às drogas anti-TB e auxilia na adesão ao tratamento.

O estabelecimento dessa estratégia de tratamento supervisionado no Brasil visava o controle da TB no âmbito da atenção primária, passando a ser gerenciado e organizado, segundo Nogueira et al. (2009), pelos níveis locais, o que até então era de responsabilidade apenas das esferas nacional e estadual. Atribuindo aos municípios as ações de planejamento e execução do controle da doença.

De acordo com Figueiredo et al. (2009), a proposta é que as equipes de saúde da família incorporem em suas atividades a responsabilidade pelo desenvolvimento de ações de diagnóstico, tratamento e prevenção da doença.

No ano 2000, o controle da TB estendeu-se à Atenção Básica de Saúde e articulou-se no primeiro momento à Estratégia Saúde da Família (ESF) e logo após, aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Essa descentralização favorecia a integração das equipes da ESF com as do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) nas unidades básicas tradicionais (CRUZ et al., 2012).

Assim sendo, as prioridades da ESF são as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua. Com isso, espera-se que o Programa de Saúde da Família (PSF) na perspectiva do controle da TB, diagnostique precocemente a doença e supervisione o tratamento. A proposta é que as Unidades de Saúde da Família (USF) possam dar maior resolutividade aos casos de TB, e passe do modelo médico-privatista para uma forma que dê origem a novas práticas de atenção em saúde pautadas no modelo de vigilância à saúde (MACIEL et al., 2009).

Selig et al. (2012) reforçam que os profissionais de saúde, inclusive aqueles inseridos nesse contexto do controle da TB, precisam cuidar e não apenas prescrever. De acordo com Hino et al. (2012) é importante que o profissional esteja sensibilizado para observar as necessidades do paciente e dar suporte psicológico durante o tratamento, ampliando a assistência para além da ingestão medicamentosa.

Ainda no ano 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) elaborou como metas para o “Desenvolvimento do Milênio” o combate de algumas doenças, como a TB, dando origem ao *Stop TB*, que estabeleceu a redução da incidência e de óbitos pela doença em 50% para o ano de 2015, em relação a 1990 (VIEIRA; RIBEIRO, 2011).

A estratégia DOTS não deve se limitar apenas ao monitoramento e observação da tomada da medicação, é preciso que a equipe da ESF esteja preparada para lidar com o uso das tecnologias leves em detrimento do sucesso terapêutico, na construção do vínculo com o paciente (SÁ et al., 2012). De acordo com Rossi e Lima (2005) as tecnologias leves são aquelas que se utilizam das relações com as pessoas na produção do cuidado, sendo este individualizado.

Diante disso, Sá et al. (2012) afirmam ainda que se faz necessário que sejam realizadas capacitações para os profissionais de saúde no âmbito das práticas sanitárias, ajudando a equipe a se apropriar de técnicas pedagógicas e a lidar com a subjetividade, de modo a reorganizar esse processo de trabalho e construir o vínculo.

A ESF é um espaço que permite a construção de vínculo entre os profissionais e as pessoas com TB, o que fortalece e facilita o monitoramento das ações de controle da doença. Para isso, é necessário que aja a integralidade do processo de trabalho por meio da interdisciplinaridade, intersetorialidade, trabalho em equipe, humanização e a criação de vínculo entre o usuário, o profissional e a equipe de saúde. Esse processo de trabalho deve estar de acordo com os pilares do DOTS (SÁ, et al., 2012; SOUZA et al., 2014).

Hijjar et al. (2007) destacam ainda a importância de dar condições ao paciente para que ele torne-se ativo no seu processo de cura, comparecendo ao tratamento sob a supervisão do profissional de saúde como forma de reduzir o abandono do tratamento e aumentar as chances de cura. Torna-se importante também que os serviços de saúde sejam reforçados, ampliando o acesso aos serviços de prevenção, promoção de saúde, diagnóstico e

tratamento; o registro e a informação dos dados essenciais; a capacitação da equipe para a atenção em saúde com sólidas bases científicas, humanizada e resolutiva.

O tratamento da TB é realizado apenas nos serviços públicos de saúde e isso facilita a propagação de informações para a reabilitação do paciente, além de facilitar o fortalecimento do vínculo (HINO et al., 2012).

Deve-se considerar que a TB está associada à precariedade de vida, isso pode ser um fator negativo para a adesão ao tratamento, podendo o portador da doença necessitar de outros incentivos e de uma abordagem qualificada a fim de fazer com que ele possa aderir ao tratamento proposto para sua cura (HINO et al., 2012). Souza et al. (2014) enfatizam que os enfermeiros devem identificar as situações de vulnerabilidade em que se encontram esses pacientes, pois permite entender a forma como eles enfrentam o processo saúde/doença. Isso também pode ser aplicado os demais profissionais de saúde da AB, entre eles, o médico.

De acordo com Sá et al. (2012) a enfermagem se destaca nas ações de controle da tuberculose desde a década de 1920, sendo que na década de 60, essa profissão vem atuando como visitadoras sanitárias e realizando a supervisão do tratamento. Contudo um dos desafios apresentados por essa categoria na atualidade é construir um cuidado pautado na integralidade.

Em relação ao TDO e o processo de descentralização que passa a realizar essa estratégia no âmbito da ESF, muitas dificuldades são encontradas, referindo-se especialmente à manutenção dos recursos financeiros e materiais e as exigências de qualificação técnica para os profissionais de saúde. Esses e outros obstáculos existentes para a operacionalização dessa estratégia tendem a comprometer o aumento dos índices de cura e diminuição das taxas de abandono do tratamento. É importante lembrar que segundo pesquisas realizadas, a operacionalização do TDO se apresenta de forma heterogênea nas diversas regiões (SOUZA et al., 2014).

É de extrema importância que os profissionais enfermeiros e médicos da ESF realizem o TDO da maneira que é preconizado, pois o tratamento supervisionado possibilita que as taxas de abandono diminuam, o que é difícil acontecer quando o paciente autoadministra os medicamentos, principalmente quando esses pacientes fazem parte dos grupos de risco como os etilistas, a população que vive em situação de rua, usuários de drogas ilícitas injetáveis,

peças HIV (+), ou que tenham abandonado o tratamento anteriormente (SOUZA et al., 2014).

Outro fator que contribui para alcançar as metas de controle da TB, é a busca ativa aos sintomáticos respiratórios na comunidade para a descoberta precoce dos novos casos da doença, sendo dever das equipes realizar essa ação. Essa medida é responsável por remover os fatores de risco da TB ao identificar e tratar, eliminando as fontes de contágio (CALIARI; FIGUEIREDO, 2012; SÁ et al., 2012).

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem papel fundamental na identificação dos sintomáticos respiratórios, pois ele reside na comunidade abrangida pela UBS onde trabalha, e tem facilidade para reconhecer os valores, costumes e linguagem desse local, tornando-se um facilitador do processo de saúde aproximando a comunidade e o serviço. Para tanto, é indispensável que esse profissional seja capacitado para identificar os sintomáticos respiratórios e encaminhá-los para a ESF para proceder a investigação da TB, além de orientar à família quanto ao tratamento supervisionado, e ainda organizar reuniões com a comunidade (MACIEL et al., 2008).

A implantação da DOTS no estado Paraíba, teve início no ano de 1999 no PSF, com a cobertura de dez, entre os 223 municípios do estado que contavam com uma população superior a 50 mil habitantes, maior carga bacilar e retaguarda laboratorial de referência. No ano de 2001, a estratégia de tratamento supervisionado foi expandida para vinte municípios, como resultado do pacto entre as esferas estadual e municipal, com o objetivo de garantir a implantação, a implementação e a descentralização do controle da TB junto à ESF e ao PACS (NOGUEIRA et al., 2009; SÁ et al., 2011). Sá et al. (2011), destaca que desde o ano 2000 na Paraíba, verifica-se uma estreita relação entre a ampliação das equipes de PSF e a extensão da estratégia DOTS.

Em um estudo realizado no ano de 2006, com o objetivo de avaliar o impacto causado pela implantação da DOTS na Paraíba, constatou que entre 1999 e 2004, o percentual de cura aumentou de 67,8% para 92% e a taxa de abandono decaiu de 16,6% para 2%, respectivamente. Dentre os fatores identificados que fragilizam a estratégia TDO, é a falta de qualificação profissional para atuar no controle da TB (NOGUEIRA et al., 2009; SÁ et al., 2011).

De acordo com Sá et al. (2011), a implantação da TDO dentre os seis municípios do estado considerados prioritários, se deu entre os anos de 1999 a 2003. Sendo que quatro deles (dois da região metropolitana e dois do Sertão) alcançou a cura de mais de 90% dos casos de TB. A taxa de cura na capital vem aumentando, de 44,4% em 1999 para 61,2% em 2003.

O Brasil é considerado pela OMS um dos 22 países prioritários que concentram 80% da carga mundial de TB. Apesar de ser uma doença evitável e passível de cura, a TB mata atualmente 4,5 mil pessoas ao ano. Segundo estimativas da OMS para 2007, haviam 9,7 milhões de casos novos no mundo. No ano de 2009, o Brasil notificou 72 mil novos casos da doença, o que corresponde a uma incidência de 38/100.000 habitantes, dentre esses, 41 mil eram bacilíferos. Com isso, o país assume a 19ª posição em relação ao número de casos a 104ª posição em relação à incidência. Espera-se para 2050 que a doença atinja uma incidência global inferior a 1/1.000.000 de habitantes por ano (BRASIL, 2011a).

Em relação à DOTS no Brasil, Vendramini et al. (2007) aponta que no ano de 2002, apenas 35% da população disponibilizava dessa estratégia, e o sucesso do tratamento nessas áreas foi de 75%. A cobertura aumentou 34% em 2003, em relação ao ano anterior, e a TB foi detectada em 55% das áreas cobertas pela DOTS no mesmo ano.

Dados recentes revelam que em 2013, o Brasil diagnosticou 71.123 novos casos de TB, correspondendo a incidência de 35,4/100.000 habitantes, onde 85,7% tinham TB pulmonar e 65,2% destes, eram bacilíferos. Essa incidência vem representando uma redução de 20,4% dos casos, comparado ao ano de 2003 (4,4/100.000 hab.) (BRASIL, 2014).

Em relação ao sexo, o IBGE revelou no ano de 2012 um coeficiente de incidência do sexo masculino de 50,2/100.000 hab., revelando uma taxa de 2,1% mais prevalente do que em mulheres. Outro fator observado ainda em 2012, é que a TB acomete principalmente a faixa etária de 40 a 59 anos em homens e de 20 a 39 anos no sexo feminino. Nesse mesmo ano, verificou 70,6% de cura dos casos de TB pulmonar bacilíferos e 10,5% abandonaram o tratamento, em relação aos óbitos, o país conseguiu reduzi-lo pela metade quando comparado ao ano de 1990. Analisando a incidência por região do país, o Nordeste está, juntamente com as regiões Norte e Sudeste, entre os mais altos coeficientes de incidência, representando o valor de 34,7 /100.000 hab. (BRASIL, 2014).

No estado da Paraíba, a incidência de TB foi de 28,2/100.000 habitantes em 2013. No ano de 2012, 64,6% dos casos novos de TB pulmonar bacilíferos obtiveram cura, o percentual

de abandono desses casos foi de 13,0% e o coeficiente de mortalidade foi de 1,9/100.000 hab. (BRASIL, 2014).

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que integra o Sistema de Informação em Saúde (SIS) no SUS, é a principal fonte de dados da Vigilância Epidemiológica da tuberculose nas instâncias federal, estadual e municipal. A alimentação desse sistema é de suma importância para acompanhar a situação epidemiológica dos casos de TB, possibilitando o diagnóstico dinâmico da ocorrência deste agravo na população, além de permitir conhecer o desfecho terapêutico (cura, abandono e óbito), as formas clínicas mais incidentes, a proporção dos casos diagnosticados por baciloscopia, distribuição geográfica dos casos e informações que permitem que o profissional desenvolva estratégias de intervenção (BRASIL, 2011a; NOGUEIRA et al., 2009).

A Atenção Básica (AB) é a porta de entrada principal do SUS, devendo assumir funções essenciais, como: resolubilidade, coordenação e responsabilização pela população adscrita. A ESF é o local onde são implementadas as ações de saúde coletiva, sendo que essa estratégia é capaz de articular os serviços de saúde com a população e o local onde são reconhecidas as necessidades de saúde (HINO et al., 2012; PONCE et al., 2013).

A AB tem papel fundamental para o diagnóstico oportuno e o acompanhamento do paciente com tuberculose até a cura (BRASIL, 2014). A complexidade da situação dessa doença requer uma abordagem de uma equipe multiprofissional e que estes profissionais sejam capacitados, além da descentralização do atendimento com fortalecimento do envolvimento da atenção básica (UNIS, 2012).

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de Pesquisa

O presente estudo é do tipo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. Pesquisa descritiva é a que descreve o comportamento dos fenômenos. É usada para identificar e obter informações sobre as características de um determinado problema ou questão (COELHO; SILVA, 2007).

Para Coelho e Silva (2007) estudo de corte transversal é uma metodologia positivista projetada para obter informações sobre variáveis em diferentes contextos, mas simultaneamente. É um instantâneo de uma situação em andamento. De acordo com Hochman (2005) estudos transversais são aqueles em que a exposição ao fator ou causa está presente ao efeito no mesmo momento ou intervalo de tempo analisado.

Segundo Lakatos (2010) a abordagem quantitativa utiliza-se de técnicas estatísticas, informações numéricas e amostras amplas para classificação e análise da pesquisa, avaliando a importância, o risco, a gravidade e a propensão dos agravos e ameaças através da quantificação.

4.2 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada na Estratégia Saúde da Família (ESF) da zona urbana do município de Cajazeiras-PB, localizada na região Oeste do Estado, alto sertão paraibano. A cidade distancia da capital João Pessoa cerca de 465 km (CPRM, 2005), e conta com uma área territorial de 565,899 km². Com população estimada para o ano de 2014 de 61.030 habitantes (IBGE, 2010). Cajazeiras sedia a IX Gerência Regional de Saúde. Atualmente o município conta com um total de 19 Equipes de Saúde da Família, sendo 13 da zona urbana.

4.3 População e Amostra

População se define como um conjunto de elementos com pelo menos uma característica comum, essa característica deve delimitar, inequivocamente, quais elementos pertencem ou não à população (RODRIGUES, 2005). A amostra é um subconjunto, necessariamente finito, de uma população, no qual todos os elementos serão examinados, para efeito da realização do estudo estatístico desejado (NEVES; DOMINGUES, 2007).

A população deste estudo foi constituída por todos os enfermeiros e médicos da Estratégia Saúde da Família da zona urbana do município de Cajazeiras-PB, que se enquadrassem nos critérios de inclusão e mediante aceitação da participação da pesquisa, totalizando 31 profissionais, sendo 14 enfermeiros e 17 médicos. Apenas 10 enfermeiros e 09 médicos constituíram a amostra da pesquisa, fazendo um total de 19 profissionais.

4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos no estudo os enfermeiros e médicos da ESF da zona urbana do município de Cajazeiras-PB que tinham no mínimo seis meses de atuação profissional na atenção primária. Foram excluídos do estudo os enfermeiros e médicos que estiveram afastados do serviço durante o período da coleta dos dados, por atestado, licença ou outro motivo.

4.5 Instrumento de Coleta de Dados

O instrumento de coleta consistiu em um questionário semiestruturado, com perguntas fechadas e abertas. O questionário foi elaborado pela própria pesquisadora, de acordo com as questões norteadoras do estudo, sendo composto por três partes: a primeira, referente aos dados sociodemográficos, a segunda parte relacionada à atuação profissional e capacitações e a terceira, os dados acerca dos conhecimentos dos profissionais sobre a tuberculose.

4.6 Procedimento de Coleta de Dados

Inicialmente foi solicitada a autorização da Secretaria Municipal de Saúde para a realização do estudo. O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande e, após sua apreciação e aprovação deu-se início à coleta dos dados, que ocorreram nos meses de agosto e setembro de 2015.

A coleta dos dados foi realizada nas ESF, sendo o questionário aplicado pela própria pesquisadora após explanação sobre a pesquisa e seus objetivos. A coleta deu início mediante a aceitação da participação no estudo, depois de ter sido lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo participante.

4.7 Análise dos Dados

Os dados foram analisados com o auxílio da estatística descritiva simples através de frequência e percentual. Os mesmos foram tabulados e apresentados em tabelas construídas através do Microsoft Excel (2010), e posteriormente, discutidos à luz de outros trabalhos publicados sobre o tema abordado.

Para a caracterização da população estudada foram consideradas as seguintes variáveis: sexo, raça/cor, faixa etária, maior escolaridade, tempo de serviço na ESF (em meses), capacitação e sua quantidade, e necessidade de capacitação.

No tocante ao conhecimento dos profissionais sobre a tuberculose pulmonar, as seguintes variáveis foram analisadas: conceito, formas clínicas, sinais e sintomas, transmissão, fatores de risco, profilaxia, diagnóstico, tratamento e TDO. Ao final, foi analisada a variável que identificava as principais dificuldades encontradas pelos profissionais nas ações de controle da TB, caso houvesse.

4.8 Aspectos Éticos da Pesquisa

A pesquisa foi realizada respeitando os aspectos éticos e legais contidos na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas em seres humanos, assegurando aos participantes do estudo o anonimato e a privacidade, respeitando a dignidade humana e o progresso da ciência e da tecnologia, que implicará em benefícios ao ser humano (BRASIL, 2013). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande, sob o protocolo nº 1.171.934. (ANEXO B)

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise do questionário respondido pelos enfermeiros e médicos da ESF da zona urbana do município de Cajazeiras – PB, as variáveis foram analisadas através da estatística descritiva, e os dados foram apresentados através de frequência e percentual. Todas as tabelas apresentam os resultados das categorias “enfermeiros”, “médicos” e “total”, para que os conhecimentos pudessem ser visualizados separadamente e oportunamente comparados. Inicialmente serão apresentados os dados de caracterização dos participantes, seguido dos conhecimentos dos profissionais acerca da tuberculose pulmonar e das dificuldades da ESF no controle da doença.

A população do estudo foi composta por 31 profissionais de saúde, sendo eles 14 enfermeiros (as) e 17 médicos (as). Do total, apenas 61,29% foram incluídos no estudo respondendo ao questionário, totalizando uma amostra de 10 enfermeiros (71,4%) e 09 médicos (52,9%).

Um dos critérios para realização da pesquisa foi que o questionário fosse respondido na própria Unidade de Saúde, na presença da pesquisadora, e apenas nos dias e horários de trabalho na ESF, minimizando as chances de desvio dos objetivos do estudo, principalmente de consultas a literatura e diretrizes do Ministério da Saúde.

Os motivos que dificultaram a adesão ao estudo foram a pouca disponibilidade pela sobrecarga de trabalho dos profissionais, o desconforto gerado pela extensão do questionário com perguntas que avaliavam o conhecimento dos mesmos, a dificuldade dos médicos cubanos advindos do Programa Mais Médicos em responder na língua portuguesa. Os profissionais que encontravam-se afastados do serviço no período da coleta foram excluídos do estudo.

As principais dificuldades encontradas pela pesquisadora foi decifrar a caligrafia de alguns profissionais, interferindo na análise de algumas respostas; retornos repetidos a uma mesma unidade em busca de um horário mais conveniente dos profissionais para responder ao questionário, além da própria dificuldade em abordá-los devido ao pouco interesse em participar do estudo. Todas essas dificuldades já eram esperadas ao iniciar a pesquisa de campo.

5.1 Caracterização dos Participantes

Tabela 1 – Distribuição dos participantes segundo os dados sociodemográficos. Cajazeiras – PB, 2015.

Variáveis	Enfermeiros		Médicos		Total	
Sexo	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Feminino	09	90,0	08	88,8	17	89,4
Masculino	01	10,0	01	11,1	02	10,5
Raça/Cor						
Branca	02	20,0	03	33,3	05	26,3
Preta	01	10,0	01	11,1	02	10,5
Parda	07	70,0	05	55,5	12	63,1
Faixa Etária						
20 a 29 anos	04	40,0	01	11,1	05	26,3
30 a 39 anos	05	50,0	06	66,6	11	57,8
40 a 49 anos	01	10,0	01	11,1	02	10,5
50 a 59 anos	-	-	-	-	-	-
60 a 69 anos	-	-	01	11,1	01	05,2
Total	10		09			100,0

Fonte: Pesquisa Direta (2015).

Analisando os dados sociodemográficos na Tabela 1, constatou-se que o sexo feminino predominou entre os participantes da pesquisa (90,0% enfermeiras e 88,8% médicas). No âmbito da área da saúde, é notório que o sexo feminino está presente em maior quantidade que o sexo masculino, em especial no campo da enfermagem, que pelo seu histórico foi desenvolvido inicialmente por mulheres e assim permaneceu durante décadas, tendo como precursora Florence Nightingale. A figura feminina está associada muitas vezes ao cuidar, e as profissões da saúde requerem esse olhar atencioso e o cuidado. Outra explicação encontra-se no fato que as mulheres são maioria no mundo.

Dos participantes, 63,1% se consideravam da raça parda, representando a maioria dos pesquisados. A faixa etária predominante foi entre os 30 a 39 anos (63,1%) para as duas categorias profissionais, achado compatível com os estudos de Maciel et al. (2009), que também objetivou avaliar o conhecimento dos enfermeiros e médicos da ESF do município de

Vitória–ES contando com uma amostra de 24 médicos e 26 enfermeiros, onde a média das idades foi de 34,5 anos.

Tabela 2 – Distribuição dos participantes segundo a formação e os dados profissionais. Cajazeiras – PB, 2015.

Variáveis	Enfermeiros		Médicos		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Maior titulação						
Graduação	03	30,0	-	-	03	15,7
Residência	-	-	04	44,4	04	21,0
Especialização	07	70,0	04	44,4	11	57,8
Mestrado	-	-	01	11,1	01	05,2
Tempo de serviço na ESF (em meses)						
06 a 24	04	40,0	02	22,2	06	31,5
25 a 48	03	30,0	02	22,2	05	26,3
49 a 72	02	20,0	01	11,1	03	15,7
73 a 96	-	-	01	11,1	01	05,2
97 a 120	-	-	01	11,1	01	05,2
145 a 168	01	10,0	-	-	01	05,2
169 a 192	-	-	02	22,2	02	10,5
Capacitação sobre tuberculose						
Sim	08	80,0	05	55,5	13	68,4
Não	02	20,0	04	44,4	06	31,5
Número de capacitações						
Uma vez	04	50,0	04	80,0	08	61,5
Mais de uma vez	03	37,5	01	20,0	04	30,7
Não respondeu	01	12,5	-	-	01	07,6
Percepção da necessidade de capacitação						
Necessitam de capacitação	02	100,0	03	75,0	05	83,3
Não necessitam de capacitação	-	-	01	25,0	01	16,6

Fonte: Pesquisa Direta (2015).

Com relação a maior titulação, 70,0% dos enfermeiros são especialistas, o restante possui apenas graduação. Já os médicos em sua maioria têm residência e especialização na

mesma proporção de 44,4% para ambas, e um deles fez mestrado. Ao analisar essas informações é perceptível que os enfermeiros que seguem carreira na Atenção Básica realizam apenas a especialização após concluírem a graduação, diferentemente dos médicos, que geralmente passam primeiro pela residência médica para depois realizarem a especialização em determinada área. Observa-se que os médicos estão em busca dessas titulações, uma vez que esse processo é demorado pela quantidade de anos investidos.

Corroborando com o estudo feito por Cecílio, Higarashi e Marcon (2015) realizado com médicos e enfermeiros que atuavam no controle da tuberculose nas UBS e nos ambulatórios de referência da 15ª Regional de Saúde do Paraná com uma amostra de 134 profissionais com no mínimo seis meses de atuação, 56,7% possuíam título de especialista e 3,7% eram mestres. No presente estudo realizado no município de Cajazeiras–PB observou-se que 57,8% possuem especialização e apenas 05,2% mestrado, resultados semelhantes em ambas as regiões. Para a maioria, a área dos cursos foi em Saúde da Família.

Quanto aos dados relacionados ao tempo de atuação na ESF, considerando que um dos critérios de inclusão desse estudo era ter no mínimo seis meses de atuação, maior parte dos enfermeiros possuem de 06 a 24 meses (40,0%), ao passo que os médicos representaram a mesma porcentagem (22,2%) nos intervalos de tempo de atuação de 06 a 24 meses, 25 a 48 meses e 169 a 192 meses. Dos médicos participantes, 22,2% participam do Programa Mais Médicos do Governo Federal, sendo apenas um advindo de Cuba. Esses dados relacionados ao tempo de serviço na ESF demonstram que há uma maior rotatividade dos profissionais da enfermagem nas UBS, considerando que a maioria possui pouco tempo de atuação na área, o que pode prejudicar o estabelecimento do vínculo com os usuários e com a comunidade. Essa rotatividade se explica pela modalidade de contratação dos profissionais no município, prevalecendo os contratos temporários sem vínculo empregatício.

É importante e necessário para o controle da TB que o doente e os comunicantes criem vínculos com toda a equipe de saúde, sentindo-se confiantes para dialogar com os profissionais envolvidos no tratamento e sanar suas dúvidas e tabus em relação a infecção, além de facilitar que a equipe consiga o apoio dos comunicantes para realizarem a investigação do bacilo e iniciar a profilaxia se preciso. O tempo de permanência de médicos e enfermeiros na comunidade onde trabalham é primordial para alcançar esse objetivo.

Diferentemente do que foi observado em Cajazeiras–PB, onde a maioria dos profissionais possui pouco tempo de atuação, no estudo de Maciel et al. (2009) a média do

tempo de atuação profissional dos enfermeiros e médicos foi de 9,91 anos, o que corresponde a aproximadamente 108 meses. Em uma pesquisa realizada por Santos, Nogueira e Arcêncio (2012) nas ESF da zona urbana do município de Terezina-PI, 55,9% dos participantes, entre eles médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliar de enfermagem e ACS, tinham de 6 a 10 anos de atuação na ESF, com uma média de 6,9 anos, neste estudo participaram 286 profissionais, dentre eles 64 médicos e 76 enfermeiros.

Em um estudo realizado por Sá e colaboradores (2012) nas ESF de João Pessoa–PB, as enfermeiras relataram que a rotatividade dos profissionais é prejudicial para o controle da TB, dificultando o vínculo com os doentes, e que esta situação deve-se à descontinuidade gerada pelos movimentos político-partidários.

Quase todos os participantes já atendeu algum caso de tuberculose na ESF (90,0% dos enfermeiros e 100,0% dos médicos) e 68,4% dos profissionais afirmam ter recebido alguma capacitação sobre a doença após ingressar na ESF, o que representa 55,5% dos médicos, e 80,0% dos enfermeiros; 61,5% das duas categorias receberam essa capacitação pelo menos uma vez. Diante dos dados pode-se inferir que os enfermeiros tiveram maiores oportunidades de capacitação, ficando o questionamento se estas capacitações ocorrem apenas para essa categoria profissional, ou se abrange ambas as profissões. A capacitação profissional está inserida no processo de educação continuada em saúde e tem impacto importante para a qualidade da assistência prestada. Para o controle da tuberculose, a capacitação torna-se essencial para atualizar os conhecimentos sobre a doença, em virtude das mudanças que ocorrem nas suas diretrizes, além de sensibilizar os profissionais sobre a importância da busca ativa dos sintomáticos respiratórios e supervisão do tratamento.

Na pesquisa realizada por Cecílio, Higarashi e Marcon (2015), 46,3% dos médicos e enfermeiros participaram do processo de educação permanente em saúde para as ações de controle da tuberculose, sendo que 59% consideraram-se qualificados para atender os casos da doença.

Em um grande estudo realizado por Scatena e colaboradores (2015) que faz parte de uma série de pesquisas com profissionais de saúde que compõem a equipe mínima de atenção à TB, sendo eles médicos, enfermeiros, auxiliar/técnicos de enfermagem e ACS, de algumas cidades das regiões Nordeste e Sudeste do Brasil, revelou que nos últimos três anos 77,1% dos enfermeiros e 61,5% dos médicos foram capacitados para o atendimento em TB. Os autores afirmam que a capacitação representa um desafio da atenção básica e propõe que

sejam revistos os processos de formação com ênfase na educação permanente das equipes, coordenações e gestores.

Quanto aos que nunca receberam capacitação sobre tuberculose depois de ingressarem na ESF, 83,3% desses gostariam de receber alguma capacitação na área, sendo 100,0% dos enfermeiros e 75,0% dos médicos. Quanto às justificativas de necessitarem de tal capacitação, a maior parte referiu a importância de atualizar seus conhecimentos sobre a doença e os esquemas terapêuticos, uma vez que estes se renovam.

Estudo realizado por Santos, Nogueira e Arcêncio (2012) observou que 86,0% dos profissionais receberam capacitação específica para o PCT e que 69,5% consideram tal capacitação suficiente, diferente deste estudo realizado em Cajazeiras-PB, em que a maioria dos profissionais considera necessitar de capacitação.

5.2 Conhecimento dos Profissionais Acerca da Tuberculose Pulmonar

Tabela 3 – Distribuição dos participantes segundo os conhecimentos gerais sobre tuberculose pulmonar. Cajazeiras – PB, 2015.

Variáveis	Enfermeiros		Médicos		Total	
	f	%	f	%	f	%
Conceito de tuberculose pulmonar						
Doença Infectocontagiosa	10	100,0	09	100,0	19	100,0
Formas clínicas da tuberculose						
Pulmonar e extrapulmonar	09	90,0	09	100,0	18	94,7
Não respondeu	01	10,0	-	-	01	05,2
Sinais e sintomas da tuberculose						
Tosse	10	100,0	09	100,0	19	100,0
Febre	10	100,0	08	88,8	18	94,7
Anorexia/perda de peso/inapetência	09	90,0	07	77,7	16	84,2
Hemoptise	02	20,0	03	33,3	05	26,3
Sudorese	03	30,0	01	11,1	04	21,0
Outros	03	30,0	06	66,6	09	47,3
Encerramento da transmissão						
De 2 a 4 semanas após o início do tratamento	06	60,0	04	44,4	10	52,6
Após negativação das baciloscopias de controle	02	20,0	03	33,3	05	26,3
Logo após o início do tratamento	-	-	04	44,4	04	21,0
Após completar o tratamento	03	30,0	-	-	03	15,7
Fatores de risco para a tuberculose						
Aglomerados/institucionalização	06	60,0	07	77,7	13	68,4
HIV/Imunodepressão	08	80,0	04	44,4	12	63,1
Consumo de álcool e outras drogas	06	60,0	05	55,5	11	57,8
Baixas condições socioeconômicas	04	40,0	06	66,6	10	52,6
Tempo de contato com o bacilífero	04	40,0	02	22,2	06	31,5
Desnutrição/Baixo peso	02	20,0	01	11,1	03	15,7
Profilaxia						
BCG	06	60,0	06	66,6	12	63,1
Medidas de controle ambiental/ contato	04	40,0	05	55,5	09	47,3
Quimioprofilaxia dos contatos	02	20,0	02	22,2	04	21,0

Busca ativa dos sintomáticos respiratórios	02	20,0	01	11,1	03	15,7
--	----	------	----	------	----	------

Fonte: Pesquisa Direta (2015).

*Na maioria das variáveis os participantes responderam mais de uma alternativa.

Quanto ao conhecimento dos profissionais sobre a tuberculose, todos os participantes conceituaram a tuberculose pulmonar como uma doença infectocontagiosa, enfatizando a sua transmissibilidade através das vias aéreas superiores, tendo como microorganismo causador o bacilo de Koch ou *Micobacterium tuberculosis*, e que se trata de uma doença curável. Na classificação das formas clínicas da tuberculose, 100,0% dos médicos e 90,0% dos enfermeiros descreveram as formas pulmonar e extrapulmonar.

Em relação aos sinais e sintomas mais frequentes da tuberculose, todos identificaram a tosse como o principal, descrevendo em sua maioria o tempo de duração por pelo menos 15 dias, sendo ela seca ou produtiva, 23,6% dos participantes reconheceram a hemoptise como uma das características. A febre foi lembrada por 100,0% dos enfermeiros e por 88,8% dos médicos, alguns associaram a febre vespertina. A anorexia/perda de peso/inapetência foi um sinal citado por 84,2% dos profissionais. A sudorese representou a resposta de 21,0% dos profissionais, alguns enfatizaram a sudorese noturna. Os demais sinais e sintomas foram dispneia, fraqueza, dor torácica, entre outros.

Nota-se que a tosse e a febre foram os sinais e sintomas mais citados pelos profissionais, uma vez que esses são de fácil identificação e associação com a tuberculose pulmonar. Os dados revelam que enfermeiros e médicos reconhecem de forma satisfatória a sintomatologia da TB. Na pesquisa de Maciel et al. (2009) a tosse por mais de 3 semanas foi considerada a principal manifestação clínica, assim como na presente pesquisa, seguida por perda de peso febre e sudorese.

Quando interrogados sobre o final do período de transmissão para os casos bacilíferos, a maior parte (52,6%) respondeu que a transmissão encerrava no intervalo de 2 a 4 semanas após iniciado o tratamento, enquanto que 30,0% dos enfermeiros e nenhum dos médicos acreditam que a transmissão só acaba após o final do tratamento. 26,3% consideram a negatificação das baciloscopias de controle como indício de que o doente deixou de transmitir a doença, comparado ao valor de 88% encontrado na pesquisa de Maciel et al. (2009). Um dado que chamou atenção foi que 44,4% dos médicos consideram que a partir do momento que o

doente inicia o tratamento ele já deixa de ser um bacilífero, demonstrando conhecimento reduzido sobre esse assunto. No geral, os enfermeiros demonstraram melhor conhecimento ao identificar o fim da transmissibilidade.

De acordo com o Ministério da Saúde, quando o portador da tuberculose não realizou tratamento medicamentoso para a doença anteriormente, portanto, com menor risco de resistência, havendo melhora clínica dos sintomas, após 15 dias de tratamento ele não oferece risco de disseminar a infecção. Destaca ainda que, baseado em evidência de transmissão da tuberculose resistente aos medicamentos, o recomendado é que se considere a negatificação das baciloscopias de controle (BRASIL, 2011b).

No que diz respeito aos fatores de risco para desenvolver a tuberculose, houve maior associação pelos indivíduos que são portadores de HIV/imunodeficiências (80,0% dos enfermeiros e apenas 44,4% dos médicos) e daqueles que vivem em condições ambientais desfavoráveis, seja em aglomerações ou institucionalizações (68,4% do total). O consumo de álcool e outras drogas foi citado por 57,8% dos profissionais e as baixas condições socioeconômicas foram lembradas por 52,6% deles, havendo maior associação por parte dos médicos (66,6%). Um fator de risco relevante, mas pouco lembrado (apenas 31,5% do total) é o tempo de contato com o bacilífero, pois este é um importante determinante para ocorrer a infecção e desenvolver a tuberculose. Apenas 15,7% do total associou a desnutrição/baixo peso como fator de risco.

Em relação à identificação dos fatores de risco para a doença, os profissionais demonstram bom conhecimento, entretanto, essa perspectiva pode ser melhorada com a educação continuada em saúde, para reforçar sobre as populações mais vulneráveis, aguçando o olhar clínico na identificação das áreas e populações de risco na comunidade adstrita às UBS.

Comparando ao estudo de Maciel et al. (2009) os médicos e enfermeiros também consideraram o tipo de ambiente da exposição (57% dos enfermeiros e 46% dos médicos), a duração da exposição (56% do total) e a infecção pelo HIV (73% dos enfermeiros e 83% dos médicos) como fatores de risco que aumentam as chances de adquirir o bacilo da TB.

Em uma pesquisa realizada por Hino e colaboradores (2012) com trabalhadores de saúde responsáveis pela assistência dos portadores de TB de duas USF de Capão Redondo–SP, os participantes relataram que a TB está relacionada às condições precárias de vida,

pobreza, aglomerações, más condições de moradia, desemprego, uso de álcool e drogas, má alimentação, falta de estrutura familiar e pessoas em situação de rua.

Quanto à profilaxia da doença, notou-se certa dificuldade por parte dos participantes em lembrar dessas medidas de controle, porém, a maioria (63,1% do total) respondeu a vacina BCG como forma de prevenir o desenvolvimento da tuberculose, sendo destacado por alguns sobre a importância de ocorrer essa imunização logo ao nascer. 47,3% citaram as medidas de controle ambiental e em relação aos comunicantes, a fim de reduzir a transmissão do bacilo. A profilaxia com isoniazida para os comunicantes reatores ao PPD foi pouco mencionada, representando apenas 21,0%. Poucos relataram também as ações de busca ativa aos sintomáticos respiratórios (15,7% do total).

Torna-se relevante que as medidas profiláticas da TB sejam mais exploradas pela Atenção Básica do município, fazendo com que orientações ocorram para a efetivação das práticas preventivas, considerando sua importância para o controle da doença, diminuindo os casos de TB de acordo com as metas estabelecidos pelo MS, para isso, é necessário que os profissionais realizem a busca ativa dos SR capacitando os ACS para identificar esses sintomáticos e seus comunicantes, iniciando precocemente o tratamento, caso necessitem.

Tabela 4 – Distribuição dos participantes segundo os conhecimentos sobre o diagnóstico da tuberculose pulmonar. Cajazeiras – PB, 2015.

Variáveis	Enfermeiros		Médicos		Total	
	f	%	f	%	f	%
Principais exames diagnósticos da tuberculose pulmonar						
Raio-X do tórax	10	100,0	09	100,0	19	100,0
Baciloscopia do escarro (2 amostras)	10	100,0	08	88,8	18	94,7
PPD	02	20,0	04	44,4	06	31,5
Cultura do escarro	01	10,0	03	33,3	04	21,0
Hemograma completo	-	-	01	11,1	01	05,2
Tomografia do tórax	01	10,0	-	-	01	05,2
Orientações para realizar a baciloscopia do escarro						
Não realizar higiene bucal	10	100,0	05	55,5	15	78,9
Jejum	07	70,0	03	33,3	10	52,6

Expelir escarro de forma profunda	05	50,0	02	22,2	07	36,8
Coletar escarro adequadamente	04	40,0	03	33,3	07	36,8
Ingerir bastante líquido no dia anterior	05	50,0	-	-	05	26,3

Como proceder diante de um caso suspeito de TB pulmonar com duas amostras de escarro negativas

Solicitar Raio-X	08	80,0	03	33,3	11	57,8
Solicitar cultura do escarro	02	20,0	02	22,2	04	21,0
Iniciar tratamento	-	-	03	33,3	03	15,7
Outros	04	40,0	03	33,3	07	36,8

Fonte: Pesquisa Direta (2015).

*Na maioria das variáveis os participantes responderam mais de uma alternativa.

Na Tabela 4 observa-se que sobre o diagnóstico da tuberculose, 100,0% das duas categorias pesquisadas acreditam que o raio-X do tórax é o principal exame. A maioria (94,7%) também considerou a baciloscopia do escarro como exame diagnóstico da TB. Os exames cultura do escarro e PPD foram apontados respectivamente por 21,0% e 31,5% dos profissionais. Outros exames menos citados foram a tomografia de tórax e o hemograma completo e nenhum dos profissionais considerou o exame histopatológico.

Essa maior associação do diagnóstico da TB ao raio-X do tórax e a baciloscopia do escarro deve-se ao fato de que esses dois são os exames mais solicitados na rotina das UBS para diagnosticar a doença e em virtude da sua disponibilidade no município. O fator tempo para o diagnóstico também conta bastante, uma vez que a cultura do escarro leva muitos dias para o resultado. O hemograma completo não diagnostica a TB, mas foi dado como alternativa apenas para testar o conhecimento dos profissionais.

Em relação às orientações necessárias para realizar a baciloscopia do escarro, maior parte respondeu que não se deve realizar a higiene bucal antes da coleta (100,0% dos enfermeiros e apenas 55,5% dos médicos). Ao considerar o jejum como requisito necessário para realizar o exame, houve diferença também entre os enfermeiros (70,0%) e os médicos (33,3%). 50,0% dos enfermeiros e 22,2% dos médicos lembraram de que o paciente deve expelir o escarro de forma profunda, a fim de garantir um muco proveniente da árvore

brônquica. Já os que salientaram a importância de uma coleta adequada, no que envolve a armazenagem, esterilidade e identificação do pote de coleta, o ambiente propício e quantidade de escarro suficiente para análise, representaram 36,8% do total. A ingestão de líquidos no dia anterior ao exame foi relatado apenas pelos enfermeiros (50,0%).

Pode-se constatar que os enfermeiros estão mais bem preparados para orientar o paciente na coleta do exame de escarro, quando comparados aos médicos, uma vez que na rotina do trabalho muitas vezes esse acompanhamento é feito pelo enfermeiro. Mas ainda torna-se importante reforçar essas orientações, pois elas são fundamentais para que o indivíduo com suspeita da doença possa obter uma boa amostra para a análise diagnóstica, mesmo que ele venha a realizar esse exame em um laboratório, o profissional da Atenção Básica deve estar preparado para fornecer essas e outras orientações.

Ao serem interrogados sobre como proceder diante de um caso suspeito de tuberculose pulmonar com duas amostras da baciloscopia do escarro negativas, a maioria respondeu que deveria solicitar um raio-X do tórax para analisar melhor o caso, representando 80,0% dos enfermeiros e apenas 33,3% dos médicos. Somente 21,0% dos profissionais solicitaria uma cultura do escarro. Dos participantes, apenas os médicos (33,3%) considerariam prudente iniciar o tratamento anti-TB. Outras medidas foram consideradas para o caso, entre elas o encaminhamento do usuário para um especialista/pneumologista, solicitar outros exames diagnósticos mais específicos, e averiguar diagnóstico diferencial com outras patologias.

Pode-se observar que os enfermeiros em sua maioria recorreriam ao raio-X como primeira alternativa, já os médicos possuem uma opinião dividida quanto a essa tomada de decisão. Nota-se que a cultura do escarro é um exame pouco lembrado, levando a crer que a demora no resultado seja um fator limitante para sua requisição.

De acordo com Ministério da Saúde, quando um caso suspeito de TB possuir duas amostras de baciloscopia negativas, porém raio-X sugestivo e manifestações clínicas da doença, é indicado que se realize uma cultura do escarro para confirmação diagnóstica (BRASIL, 2011b).

Tabela 5 – Distribuição dos participantes segundo os conhecimentos sobre o tratamento da tuberculose pulmonar. Cajazeiras – PB, 2015.

Variáveis	Enfermeiros		Médicos		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Esquema básico do tratamento da tuberculose						
1ª fase RHZE (2 meses)/2ª fase RH (4 meses)	06	60,0	03	33,3	09	47,3
1ª fase RHZE (2 meses)/2ª fase RHE (4 meses)	02	20,0	05	55,5	07	36,8
Outros	02	20,0	01	11,1	03	15,7
Condutas/cuidados e orientações durante o tratamento						
Orientar sobre o tratamento	08	80,0	05	55,5	13	68,4
Orientar sobre boa alimentação	06	60,0	06	66,6	12	63,1
Controle do ambiente e comunicantes	06	60,0	02	22,2	08	42,1
Orientar sobre uso de álcool/tabaco/drogas	05	50,0	02	22,2	07	36,8
TDO	02	20,0	03	33,3	05	26,3
Orientar sobre possíveis reações adversas às medicações	03	30,0	01	11,1	04	21,0
Realizar baciloscopias de controle	02	20,0	01	11,1	03	15,7
Monitorar o peso	02	20,0	01	11,1	03	15,7
Solicitar exame HIV	02	20,0	-	-	02	10,5
Principais efeitos adversos da PQT anti-TB						
Náuseas	08	80,0	08	88,8	16	84,2
Dor abdominal	07	70,0	05	55,5	12	63,1
Vômitos	05	50,0	05	55,5	10	52,6
Urina avermelhada	03	30,0	04	44,4	07	36,8
Hepatotoxicidade	03	30,0	04	44,4	07	36,8
Cefaleia	05	50,0	01	11,1	06	31,5
Neuropatia periférica	01	10,0	03	33,3	04	21,0
Ansiedade	02	20,0	02	22,2	04	21,0
Perda de peso	02	20,0	01	11,1	03	15,7
Prurido	-	-	02	22,2	02	10,5
Insônia	02	20,0	-	-	02	10,5

Nefrite	-	-	02	22,2	02	10,5
Crise convulsiva	-	-	01	11,1	01	05,2
Dor articular	01	10,0	-	-	01	05,2
Outros	03	30,0	-	-	03	15,7
Período de realização das baciloscopias de controle						
Sempre mensal	08	80,0	02	22,2	10	52,6
Mensal ou ao final do 2º, 4º e 6º meses	01	10,0	04	44,4	05	26,3
Ao final do 2º, 4º e 6º meses	01	10,0	03	33,3	04	21,0
Casos a serem encaminhados aos serviços de referência (secundário e/ou terciário)						
Multirresistência bacteriana	10	100,0	09	100,0	19	100,0
Reações adversas maiores	07	70,0	05	55,5	12	63,1
Tuberculose extrapulmonar	04	40,0	07	77,7	11	57,8
Outras doenças associadas	03	30,0	04	44,4	07	36,8
Reações adversas menores e maiores	-	-	01	11,1	01	05,2

Fonte: Pesquisa Direta (2015).

*Na maioria das variáveis os participantes responderam mais de uma alternativa.

Quanto aos conhecimentos sobre o tratamento da tuberculose, os profissionais foram interrogados em uma questão de múltipla escolha quanto à composição dos medicamentos do esquema básico pulmonar por fase, e os respectivos meses de duração. Verificou-se que apenas 47,3% das duas categorias responderam adequadamente ao considerarem o seguinte esquema terapêutico: 1ª fase RHZE (2 meses)/2ª fase RH (4 meses), neste sentido, houve maior conhecimento por parte dos enfermeiros (60,0%) comparado aos médicos (33,3%).

Outra opção assinalada em grande quantidade por ambos foi a que continha o seguinte esquema, que não é o preconizado pelo MS: 1ª fase RHZE (2 meses)/ 2ª fase RHE (4 meses), , havendo maior associação dessa resposta por parte dos médicos, demonstrando deficiência nessa área do conhecimento, uma vez que o esquema terapêutico da TB está em constante mudança. Uma explicação para esse fato, é que muitas vezes o acompanhamento do tratamento da doença é feito pela enfermagem. Outras respostas ocorreram de forma menos significativa.

Pode-se observar que ambos os profissionais conhecem a duração de cada fase do esquema terapêutico e que o etambutol é uma das drogas da fase intensiva (fase 1 – dois meses). A implantação do medicamento etambutol se deu no ano de 2009 pelo PNCT, fazendo parte da fase intensiva do esquema básico do tratamento da doença (BRASIL, 2011b) e gerou dúvidas por parte de alguns profissionais quanto ao seu uso também na fase de manutenção. Sobre o tratamento observa-se que os enfermeiros possuem conhecimento mais atualizado em relação aos médicos, todavia, em geral ambos ainda apresentam muitas dúvidas.

Ao ser questionados quanto às condutas/cuidados e orientações necessárias durante o tratamento, a maioria dos profissionais enfatizou a importância de orientar sobre o tratamento principalmente quanto a adesão para a cura, o não abandono, como deverá ser feito e o tempo de duração, entre outros.

Grande parte dos profissionais também enfatizou que o paciente deve manter uma boa alimentação. Mais da metade dos enfermeiros destacaram o controle ambiental e dos comunicantes, a fim de evitar o contágio de indivíduos sadios até completar o tempo em que o paciente deixa de transmitir os bacilos com o uso das medicações.

A importância de orientar sobre o uso de álcool, tabaco e drogas foi lembrada por metade dos enfermeiros. Apenas 26,3% dos profissionais enfatizaram sobre a realização do TDO. Outras condutas/cuidados e orientações foram citadas em menor porcentagem pelas duas profissões, entre elas: orientar sobre possíveis reações adversas às medicações, realizar baciloscopias de controle, monitorar o peso dos pacientes nas consultas, e solicitar exame de HIV para os portadores da doença, não havendo resposta de nenhum médico nesta última conduta. Novamente observa-se o que os enfermeiros possuem maiores conhecimentos, tendo em vista que esses profissionais muitas vezes são os responsáveis por acompanhar o tratamento e, por conseguinte, vivenciam de forma mais intensa as recomendações do Ministério da Saúde.

As condutas, os cuidados e as orientações são fundamentais para que o paciente conclua o tratamento de maneira satisfatória. Para isso é necessário que o profissional responsável pelo acompanhamento do tratamento tenha um olhar clínico para a condição do doente e seus hábitos de vida, ajudando a criar um vínculo e guiar o profissional nas condutas que devem ser tomadas e a forma como devem ser transmitidas essas informações para que o

portador da TB capte e entenda a importância desses cuidados para facilitar o processo de cura.

Comparado ao estudo de Maciel et al. (2009) sobre as orientações aos pacientes de TB, a categoria “benefícios do uso regular” em relação ao tratamento, foi considerada por grande parte dos médicos e enfermeiros (82%). Enquanto que as orientações sobre os efeitos adversos dos medicamentos foram citadas por 57% dos enfermeiros e 75% dos médicos (66% do total), diferindo do resultado encontrado para esta última categoria no estudo realizado em Cajazeiras–PB.

De acordo com Silva, Moura e Caldas (2014) a tuberculose é responsável pela maioria dos óbitos em pessoas infectadas com o HIV, representando uma taxa de 20% de óbito nessa coinfeção.

Quanto aos principais efeitos adversos provocados pelos medicamentos anti-TB, em uma questão onde poderia marcar mais de uma resposta, a náusea foi considerado o principal (84,2% do total). O segundo efeito mais assimilado por ambos (63,1%) foi a dor abdominal. Vômito representou 52,6% do total. Os demais foram citados por menos da metade dos profissionais, porém, a cefaleia foi associada pela metade dos enfermeiros. Outros efeitos adversos menores e maiores foram também considerados em menor porcentagem.

Percebe-se que os profissionais necessitam de mais conhecimentos sobre os efeitos adversos, podendo assim, orientar melhor os portadores da doença e garantir a adesão ao tratamento, além de realizar condutas adequadas quando essas reações acontecerem, considerando que alguns desses efeitos adversos causam transtornos na vida dos pacientes e isso pode ser um fator limitante para o tratamento, deixando-o vulnerável à falência medicamentosa e conseqüente multirresistência bacteriana. A equipe de saúde deve dar resolubilidade aos casos quando estas complicações ocorrerem, além de orientá-los sobre como prevenir esses tipos de reações e encorajá-los na conclusão da terapia medicamentosa.

Estudo realizado por Silva, Moura e Caldas (2014), corrobora que as reações às medicações estão associadas a diversos fatores como a dose, o horário de administração da medicação, a idade do paciente, seu estado nutricional, alcoolismo, comprometimento das funções hepáticas e ou renal, e a coinfeção pelo HIV. Relatam ainda que tudo isso pode levar ao abandono do tratamento logo nos primeiros meses.

Sobre a finalidade da baciloscopia de controle durante o tratamento da tuberculose, todos os enfermeiros e médicos responderam que permite verificar a eficácia do tratamento anti-TB, de modo que ela possibilita ao profissional de saúde investigar se há ou não a adesão por parte do paciente, se ele está tomando as medicações de forma correta, ou se pode estar havendo resistência dos bacilos, além de ser um instrumento necessário para o encerramento do caso através da alta por cura.

Quanto ao período em que devem ser realizadas as baciloscopias de controle, 80,0% dos enfermeiros e apenas 22,2% dos médicos considerou que deve ser mensal; 21,0% deles afirmam que o exame deve ser feito ao fim do 2º, 4º e 6º meses de tratamento. Os que consideraram que as baciloscopias de controle devem ser realizadas mensalmente ou pelo menos ao final do 2º, 4º e 6º meses de tratamento representou 26,3% do total. De acordo com o Ministério da Saúde, as baciloscopias de controle para os casos de TB pulmonar devem ser realizadas de forma mensal, porém, são indispensáveis as do final do 2º, 4º e 6º meses de tratamento do esquema básico (BRASIL, 2011b). Diante do exposto, constata-se que todos os participantes possuem conhecimento sobre essa questão.

Em relação aos casos que devem ser encaminhados aos serviços de referência secundário e/ou terciário em uma pergunta onde poderiam marcar mais de uma resposta, 100,0% dos profissionais consideraram os casos de multirresistência bacteriana; 63,1% do total concordou que os casos que apresentam reações adversas maiores aos fármacos devem ser encaminhados aos serviços de referência. Os casos de tuberculose extrapulmonar foram considerados por 77,7% dos médicos e apenas 40,0% dos enfermeiros. Outras doenças associadas representou 36,8% do total. No geral, os participantes demonstraram conhecimento satisfatório para essa variável.

O Ministério da Saúde recomenda o encaminhamento para os serviços de referência dos seguintes casos: pacientes com antecedentes ou evidência de hepatopatia aguda ou crônica, falência do esquema terapêutico ocasionado por resistência bacteriana, pacientes portadores de HIV/AIDS, paciente com antecedentes ou evidências clínicas de nefropatias, e quando há alguma intercorrência clínica que não pode ser controlada na unidade de saúde (BRASIL, 2011b).

Tabela 6 – Distribuição dos participantes segundo os conhecimentos sobre acompanhamento e TDO. Cajazeiras – PB, 2015.

Variáveis	Enfermeiros		Médicos		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Finalidade da TDO						
Adesão/sucesso do tratamento	10	100,0	09	100,0	19	100,0
Como deve ser realizada a TDO						
Diariamente na presença do profissional de saúde da ESF	05	50,0	01	11,1	06	31,5
Outros	05	50,0	06	66,6	11	57,8
Não responderam	-	-	02	22,2	02	10,5

Fonte: Pesquisa Direta (2015).

*Nas variáveis a maioria dos participantes tiveram mais de uma resposta.

Ao serem questionados sobre a finalidade do Tratamento Diretamente Observado (TDO) todos os enfermeiros e médicos concordaram que é uma forma de garantia da adesão e do sucesso do tratamento. Outras respostas também mencionadas como: acompanhar o ganho de peso do paciente, a criação de vínculo entre o paciente e o profissional e examinar o paciente, foram complementados por 15,7% dos profissionais.

Nota-se que é unânime o reconhecimento dos benefícios que essa estratégia propicia no controle da tuberculose. O TDO é de extrema importância, pois permite pensar e repensar táticas para o diagnóstico precoce, profilaxia entre os comunicantes dos casos de TB, bem estar do doente durante o tratamento, rompimento dos estigmas sociais relacionados a essa doença, criação de vínculo entre o paciente/serviço e paciente/profissional, sucesso da terapia medicamentosa com a cura, diminuição das taxas de abandono e mortalidade, além de adotar parcerias para criação de medidas de controle da tuberculose nas populações de risco.

Quando interrogados de que forma deve ser realizada a estratégia TDO, apenas 31,5% do total respondeu que a mesma deve ser feita diariamente na presença do profissional de saúde da ESF, representando metade dos enfermeiros e apenas um dos médicos.

A maioria dos médicos (66,6%) e metade dos enfermeiros responderam outras formas de realizar a estratégia, dentre elas: fazer a observação da tomada três vezes por semana na fase de ataque, e de uma vez por semana na fase de manutenção; supervisionar pelo menos 24 doses na fase de ataque e pelo menos 48 doses na fase de manutenção; alguns afirmaram que

a supervisão deve ser realizada no momento da dispensação dos medicamentos, ou que deve ocorrer apenas quando o paciente tem histórico de abandono do tratamento, ou mesmo para aqueles que se encontram em situação de risco; alguns concordaram também que o local da supervisão deve ficar à critério do paciente; a figura do ACS foi enfatizada como orientador e supervisor das doses diárias, bem como foi lembrado da importância da sua capacitação para realizar tal atividade.

Esses são dados relevantes para entender que os profissionais dominam o conhecimento da finalidade da estratégia, porém demonstram não ter instrução suficiente no que se refere à forma de supervisionar a tomada da medicação. O TDO é uma estratégia que ainda representa uma grande batalha a ser vencida no campo do controle da TB, precisando ser incentivada entre os profissionais, com a finalidade de ser praticada da maneira correta e assim diminuir os índices de abandono do tratamento como forma de atingir as metas estabelecidas pelo PNCT.

É imprescindível que os enfermeiros e médicos desconstruam essa ideia que a sobrecarga de trabalho é o empecilho para realizar a supervisão diariamente, para isso, eles podem capacitar sua equipe de ACS para realizar a supervisão no domicílio, caso o paciente opte por isso, tendo em vista que a UBS não tem recursos suficientes para oferecer café da manhã aos portadores da doença após a ingestão do medicamento no local, e isso pode limitar o deslocamento dos mesmos; porém, há incentivos com cestas básicas aos pacientes que comparecem às consultas e realizam o tratamento com regularidade.

Foi verificado no estudo de Maciel et al. (2009) que 38% do total (34% dos enfermeiros e 41% dos médicos) consideraram que a supervisão do tratamento deve ser realizada pelo menos três vezes por semana nos dois primeiros meses, que correspondem à fase de ataque do esquema básico.

A estratégia TDO foi criada para observar a tomada dos medicamentos pelo paciente, evitando que ocorra falha terapêutica. Para que essa estratégia se concretize, é preciso que a equipe de saúde responsável pela supervisão acolha e estabeleça vínculo com o paciente, bem como o paciente deve criar vínculo com o serviço de saúde. A proposta é que a supervisão seja diária, de segunda a sexta na fase de ataque ou por no mínimo três vezes por semana na fase de manutenção, por um profissional de saúde, ou por outra pessoa capacitada e monitorada. Para ser considerado um tratamento observado, é preconizado que ocorra o monitoramento de pelo menos 24 tomadas na fase de ataque e de no mínimo 48 tomadas na

fase de manutenção. Deve-se ressaltar que nos casos onde não há possibilidade de realizar a TDO na unidade de saúde, pode-se fazer no domicílio do paciente respeitando suas dificuldades e não as do serviço (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).

5.3 ESF e as Dificuldades no Controle da Tuberculose

Tabela 7 – Distribuição dos participantes segundo as dificuldades nas estratégias de controle da tuberculose pulmonar na ESF. Cajazeiras – PB, 2105.

Variáveis	Enfermeiros		Médicos		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Maiores dificuldades encontradas pelos profissionais para atuar nas ações de controle da tuberculose na ESF						
Infraestrutura/Equipe	04	40,0	08	88,8	12	63,1
Não adesão ao tratamento	04	40,0	02	22,2	06	31,5
Estigma social	04	40,0	01	11,1	05	26,3
Busca ativa dos sintomáticos respiratórios	02	20,0	02	22,2	04	21,0
Álcool e drogas	03	30,0	01	11,1	04	21,0
Outros	06	60,0	01	11,1	07	36,8

Fonte: Pesquisa Direta (2015).

*Na variável a maioria dos participantes responderam mais de uma dificuldade.

Ao final do questionário os profissionais poderiam expressar suas maiores dificuldades para atuar nas ações de controle da tuberculose na ESF, caso houvesse alguma. De acordo com a Tabela 7, as maiores dificuldades estão relacionadas à infraestrutura e equipe, abrangendo: precariedade do serviço público, as condições socioeconômicas em que vivem os pacientes, a relação/comunicação entre os profissionais que compõem a ESF, além da falta de capacitação e educação continuada dos mesmos e falhas nas referências dos serviços de saúde, representando maior parte dos médicos (88,8%) e 40,0% dos enfermeiros.

Esses problemas encontrados refletem um transtorno vivido pela saúde pública no país, onde há falta de recursos para investir em insumos necessários para promover e reestabelecer a saúde da população, além do descaso que existe com aqueles que vivem em

condições precárias de vida. Manter uma boa relação com os membros das ESF é primordial para que seja feita uma comunicação eficaz e eficiente entre os profissionais, e assim possam trabalhar de forma multiprofissional e interdisciplinar, sempre almejando a saúde e o bem estar do paciente portador da tuberculose e da comunidade que cerca a UBS. É notório que esses profissionais também precisam de incentivo para realizar um trabalho integral, e a capacitação facilita esse processo, pois torna-os mais habilitados para lidar com a doença.

Na pesquisa de Santos, Nogueira e Arcêncio (2012) também foram relatadas como dificuldades pelos profissionais das ESF de Teresina-PI a deficiência na estrutura física da UBS (44,4% dos enfermeiros e 38,1% dos médicos), a falta eventual de insumos (62,5% dos enfermeiros e 42,9% dos médicos) e a falta de capacitações com direcionamento prático (22,2% dos enfermeiros e 7,9% dos médicos).

Ao comparar com a pesquisa realizada por Scatena et al. (2015) a capacitação dos profissionais de saúde representou 56,0% das respostas, o que representa um problema enfrentado pela saúde pública atual e que merece maior atenção e investimento na tentativa de melhorar a qualidade da assistência prestada pelos profissionais na ESF.

A não adesão ao tratamento foi uma dificuldade facilmente encontrada por 31,5% dos profissionais. O estigma social representa uma barreira para essas ações de controle para 26,3% dos participantes, seguido dos problemas encontrados com os usuários de álcool e drogas portadores da tuberculose e a falta da busca ativa aos sintomáticos respiratórios, representando 21,0% para os dois problemas pelos profissionais.

Outras dificuldades foram encontradas por mais da metade dos enfermeiros e apenas um dos médicos, dentre elas: o TDO não eficaz, problemas em convencer os comunicantes a prevenirem a doença, realizar exames, ou mesmo a falta de acesso à profilaxia; a resistência do sintomático respiratório em realizar a baciloscopia do escarro para o diagnóstico, e houve quem não encontrou nenhuma dificuldade pelo pouco tempo de serviço na ESF.

Apesar das demais dificuldades ter sido pouco relatadas pelos profissionais, elas representam pontos frágeis nas estratégias de controle da TB e merecem atenção, pois algumas se tratam de barreiras sociais que são facilmente encontradas e que necessitam de intervenções, como por exemplo: romper o estigma relacionado a doença, e os usuários de álcool e drogas por abandonarem o tratamento na maioria das vezes.

Em relação às dificuldades para a adesão ao tratamento, o TDO, a busca ativa e a realização dos exames por parte dos portadores da TB e pelos comunicantes, podem ser resolvidos se os profissionais de saúde trabalharem em equipe para traçar soluções criativas para criar um maior vínculo com a comunidade e com o doente, facilitando o processo de diagnóstico e cura. As medidas profiláticas também tem preocupado alguns profissionais, pois parece ser uma ação frágil no município, percebeu-se nesse estudo que tanto os enfermeiros como os médicos têm conhecimento deficiente em relação a profilaxia.

Na pesquisa realizada por Hino e colaboradores (2012), as maiores dificuldades relatadas pelos profissionais de saúde foram a não aceitação da doença, não adesão ao tratamento, falta de apoio familiar, precariedade de vida, hábitos de vida como o alcoolismo e uso de drogas, mudança de endereço, falta de conhecimento da doença, entre outros.

6 CONCLUSÕES

Esse estudo permitiu investigar o conhecimento dos enfermeiros e médicos da ESF do município de Cajazeiras–PB acerca da tuberculose, corroborando para uma avaliação situacional das estratégias de controle da TB no município, realizada por esses profissionais, por meio da análise estatística das variáveis sociodemográficas, profissionais, dos conhecimentos sobre tuberculose pulmonar, acompanhamento e TDO; bem como identificar as dificuldades encontradas para efetuar as ações de controle da doença.

O sexo feminino predominou entre os participantes. A faixa etária mais prevalente foi de 30 a 39 anos de idade. A maioria dos participantes possui especialização. Sobre o tempo de serviço na ESF maior parte dos enfermeiros atua de 06 a 24 meses, enquanto o tempo de atuação dos médicos variou de 06 a 192 meses, inferindo que existe uma maior rotatividade dos profissionais de enfermagem na ESF. Pouco mais da metade dos profissionais participou de capacitações sobre TB, sendo a maioria enfermeiros. Grande parte dos pesquisados gostariam de ser capacitados em tuberculose.

Por não ter sido realizado teste estatístico houve certa limitação ao comparar o conhecimento entre as duas categorias profissionais. No entanto, os dados analisados demonstram que os médicos e enfermeiros possuem melhor conhecimento quanto a identificação dos sinais e sintomas da tuberculose e dos fatores de risco da doença, exames diagnósticos, finalidade e período de coleta das baciloscopias de controle, casos a serem encaminhados aos serviços de referência secundário/terciário e sobre a finalidade do TDO.

Observa-se que entre eles há diferenças no conhecimento sobre encerramento da transmissão, orientações necessárias para realizar as baciloscopias do escarro, condutas/cuidados e orientações durante o tratamento e esquema básico para tratamento da TB, informações que os enfermeiros demonstraram maior conhecimento, mesmo assim com algumas limitações.

Os enfermeiros e médicos demonstraram conhecimento insuficiente nas variáveis: profilaxia, efeitos adversos das medicações, forma de proceder diante de um caso suspeito de TB com duas amostras de baciloscopia do escarro negativas, como realizar o TDO e composição do tratamento. Como dificuldades encontradas na ESF para as ações de controle

da doença, ambos acreditam que os problemas relacionados a infraestrutura e equipe de trabalho.

Aponta-se com esse estudo a necessidade de investimentos do município na capacitação permanente dos enfermeiros e médicos sobre a tuberculose, tendo em vista a alta rotatividade de profissionais na ESF, e daqueles que tem pouco tempo de experiência no serviço e nunca vivenciaram uma capacitação, ou mesmo daqueles que estão há mais tempo nessa área de atuação, mas que precisam aperfeiçoar e reciclar seus conhecimentos, sabendo que as diretrizes sobre o tratamento da tuberculose estão em constante renovação, e as recomendações estão sofrendo mudanças ao longo do tempo.

Conclui-se nesse estudo que os enfermeiros e médicos precisam de um maior incentivo e reforço para atuar no controle da tuberculose no município, uma vez que o Brasil ocupa posição de prioridade nas ações de controle da tuberculose a nível mundial, o que torna necessário que eles saibam identificar melhor a doença para atuar nas ações de forma interdisciplinar na busca e identificação de sintomáticos respiratórios, com a consciência da importância de seus papéis na resolutividade e humanização do serviço, seja através do acolhimento do paciente e família, como na criação de vínculo para que o tratamento possa ser concluído com êxito, facilitando a investigação epidemiológica da doença, ações fundamentais para o controle da tuberculose.

REFERÊNCIAS

- BARREIRA, D.; GRANGEIRO, A. Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no **Brasil**. **Rev. Saúde Pública**. v. 41, suppl. 1, p. 4-8, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/apresentacao.pdf>> Acesso em: 29 de março de 2015.
- BARROSO, E. C. et al. Ocorrência de tuberculose doença entre contatos de tuberculose sensível e multirresistente. **J. Bras. Pneumol**. v. 30, n. 4, p. 311-318, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v30n4/v30n4a04.pdf>> Acesso em: 14 de abril de 2015.
- BRANCO, F. S. C.; PINTO, A. C.; BOECHAT, N. A Química Medicinal de Novas Moléculas em Fase Clínica para o Tratamento da Tuberculose. **Rev. Virtual Quim**. v. 4, n. 3, p. 287-328, 2012. Disponível em: <<http://www.uff.br/RVQ/index.php/rvq/article/viewArticle/243>> Acesso: em 13 de abril de 2015.
- BRASIL. Ministério de Minas e Energias. Projeto cadastro de fontes de abastecimento por água subterrânea. **Diagnóstico do município de Cajazeiras, estado da Paraíba**. CPRM/PRODEEM, 2005. Disponível em: <<http://www.cprm.gov.br/rehi/atlas/paraiba/relatorios/CAJA046.pdf>> Acesso em: 24 de março de 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. v. 44, n. 02, 2014. Disponível em: <<http://www.suvisa.ba.gov.br/sites/default/files/Boletim-Tuberculose-2014.pdf>> Acesso em: 14 de novembro de 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 8. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_guia_bolso.pdf> Acesso em: 13 de março de 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <http://www.itarget.com.br/newclients/sppt.org.br/2010/extra/download/manual_de_recomendacoes_controle_tb_novo.pdf> Acesso em 29 de março 2015.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf> Acesso em: 18 de agosto de 2014.

_____. Ministério da Saúde, Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/etica/sites/default/files/documentos/Res%20466_2012.pdf> Acesso em: 25 de abril de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica : protocolo de enfermagem** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1339786028_Tratamento%20Diretamente%20Observado%20%28TDO%29%20da%20Tuberculose%20na%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20B%C3%A1sica%20-%20Protocolo%20de%20Enfermagem.pdf> Acesso em: 12 de setembro de 2014.

CALIARI, J. S.; FIGUEIREDO, R. M. Tuberculose: perfil de doentes, fluxo de atendimento e opinião de enfermeiros. **Rev. Acta paul. enferm.** v. 25, n. 1, p. 43-47, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n1/v25n1a08.pdf>> Acesso em: 01 de julho de 2015.

CAMPOS, H. S. Etiopatogenia da tuberculose e formas clínicas. **Pulmão RJ.** v. 15, n. 1, p. 29-35, 2006a. Disponível em: <<http://www.saudedireta.com.br/docsupload/13404591932.pdf>> Acesso em: 29 de março de 2015.

CAMPOS, H. S. Diagnóstico da tuberculose. **Pulmão RJ.** v. 15, n. 2, p. 92-99, 2006b. Disponível em: <http://sopterj.com.br/profissionais/_educacao_continuada/curso_tuberculose_3.pdf> Acesso em: 17 de abril de 2015.

CAMPOS, H. S. et al. Tratamento da tuberculose. **Pulmão RJ.** v. 16, n. 1, p. 21-31, 2007. Disponível em: <http://sopterj.com.br/profissionais/_revista/2007/n_01/06.pdf> Acesso em: 29 de março de 2015.

CECILIO, H. P. M.; HIGARASHI, I. H.; MARCON, S. S. Opinião dos profissionais de saúde sobre os serviços de controle da tuberculose. **Rev. Acta paul. enferm.** v. 28, n.1, p. 19-25, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n1/1982-0194-ape-028-001-0019.pdf>> Acesso em: 30 de setembro de 2015.

COELHO, P. S.; SILVA, R. N. S. Um Estudo Exploratório sobre as Metodologias Empregadas em Pesquisas na Área de Contabilidade no EnANPAD. **Rev. Contemporânea de Contabilidade.** v. 1, n. 8, p. 139-159, 2007. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/contabilidade/article/view/5056/4591>> Acesso em: 21 de abril de 2015.

COSTA, M. et al. **“Tuberculose: Uma Revisão de Literatura”**. 2013. Disponível em: <<http://ceres.facer.edu.br/revista/index.php/refacer/article/view/43>> Acesso em: 29 de março de 2015.

COUTINHO, L. A. S. A. et al. Perfil Epidemiológico da Tuberculose no Município de João Pessoa – PB, entre 2007 – 2010. **Rev. Bras. Ci. Saúde.** v. 16, n. 1, p. 29-35, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/10172>> Acesso em 07 de abril de 2015.

CRUZ, M. M. et al. Adesão ao tratamento diretamente observado da tuberculose – o sentido atribuído pelos usuários e profissionais de saúde em duas regiões administrativas do município do Rio de Janeiro. **Rev. Cad. Saúde Colet.** v. 20, n. 2, p. 217-24, 2012. Disponível em: <http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_2/artigos/csc_v20n2_217-224.pdf> Acesso em 07 de janeiro de 2015.

FERREIRA, S. R. S.; GLASENAPP, R.; FLORES, R. **Tuberculose na Atenção Primária à Saúde.** Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, v. 184, 2010. Disponível em: <<http://www2.ghc.com.br/gepnet/publicacoes/tuberculosisnaatencao.pdf>> Acesso em: 18 de agosto de 2014.

FIGUEIREDO, T. M. R. M. et al. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. **Rev. Saúde Pública.** v. 43, n. 5, p. 825-831, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n5/265.pdf>> Acesso em: 15 de setembro de 2014.

HIJJAR, M. A. et al. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Rev. Saúde Pública.** v. 41, suppl. 1, p. 50-57, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/6489.pdf>> Acesso em: 29 de março de 2015.

HINO, P. et al. Conhecimento da equipe de saúde da família acerca das necessidades de saúde das pessoas com tuberculose. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** 2012, v. 20, n. 1, p. 44-51, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_07.pdf> Acesso em: 01 de julho de 2015.

HOCHMAN, B. Desenhos de pesquisa. **Acta Cir. Bras.** v. 20, suppl. 2, p. 2-9, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/acb/v20s2/v20s2a02.pdf>> Acesso em: 21 de abril de 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=250370&search=paraiba|cajazeiras|infograficos:-informacoes-completas>> Acesso em 28 de março de 2015.

LAKATOS, E. M. Fundamentos de metodologia científica. 7ª edição. São Paulo: Atlas, 2010.

MACIEL, M. S. et al. A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da miséria. **Rev Bras Clin Med. São Paulo.** v. 10, n. 3, p. 226-30, 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n3/a2886.pdf>> Acesso em 29 de março de 2015.

MACIEL, E. L. N. et al. O agente comunitário de saúde no controle da tuberculose: conhecimentos e percepções. **Rev. Cad. Saúde Pública.** v. 24, n. 6, p. 1377-1386, 2008.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n6/18.pdf>> Acesso em: 01 de julho de 2015.

MACIEL, E. L. N. et al. O conhecimento de enfermeiros e médicos que trabalham na Estratégia de Saúde da Família acerca da tuberculose no município de Vitória (ES): um estudo de corte transversal. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. v.14, suppl.1, p. 1395-1402, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a12v14s1.pdf>> Acesso em: 15 de setembro de 2014.

NEVES, E. B.; DOMINGUES, C. A. **Manual de metodologia da pesquisa científica**. Rio de Janeiro: EB/CEP, 2007. Disponível em: <<http://www.esacosaae.ensino.eb.br/Documentos/spgdocs/Manual%20de%20Metodologia.pdf>> Acesso em: 21 de abril de 2015.

NOGUEIRA, J. A. et al. O sistema de informação e o controle da tuberculose nos municípios prioritários da Paraíba - Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 43, n. 1, p. 125-131, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/16.pdf>> Acesso em: 15 de setembro de 2014.

PAZ, L. N. F. et al. Efetividade do tratamento da tuberculose. **J. Bras. Pneumol**. v. 38, n. 4, p. 503-510, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v38n4/v38n4a13.pdf>> Acesso em: 14 de Abril de 2015.

PEREIRA, S. M. et al. Vacina BCG contra tuberculose: efeito protetor e políticas de vacinação. **Rev. Saúde Pública**. v. 41, suppl. 1, p. 59-66, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/6492.pdf>> Acesso em: 15 de setembro de 2014.

PONCE, M. A. Z. et al. Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**. v. 29, n. 5, p. 945-954, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v29n5/12.pdf>> Acesso em: 01 de julho de 2015.

QUEIROZ, E. M. et al. Tuberculose: limites e potencialidades do tratamento supervisionado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 20, n. 2, p. 369-377, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_21.pdf> Acesso em: 15 de setembro de 2014.

RODRIGUES, M. G. V. **Metodologia da pesquisa**: elaboração de projetos, trabalhos acadêmicos e dissertações em ciências militares. 2. ed. - Rio de Janeiro: ESAO, 2005.

ROSSI, F. R.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. **Rev. bras. enferm**. v. 58, n. 3, p. 305-310, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n3/a10v58n3.pdf>> Acesso em: 14 de novembro de 2015.

SÁ, L. D. et al. Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras. **Rev. esc. enferm. USP**. v. 46, n. 2, p. 356-363, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a13v46n2.pdf>> Acesso em: 01 de julho de 2015.

SÁ, L. D. et al. Implantação da estratégia DOTS no controle da Tuberculose na Paraíba: entre o compromisso político e o envolvimento das equipes do programa saúde da família (1999-2004). **Rev. Ciênc. saúde coletiva.** v. 16, n. 9, p. 3917-3924, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a28v16n9.pdf>> Acesso em: 15 de setembro de 2014.

SANTOS, T. M. M. G. dos; NOGUEIRA, L. T.; ARCENCIO, R. A. Atuação de profissionais da Estratégia Saúde da Família no controle da tuberculose. **Rev. Acta paul. enferm.** v.25, n.6, p. 954-961, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n6/v25n6a20.pdf>> Acesso em: 30 de setembro de 2015.

SCATENA, L. M. et al. Validação e confiabilidade: instrumento para avaliação de serviços que tratam tuberculose. **Rev. Saúde Pública.** v.49, n. 7, p. 1-11, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005548.pdf> Acesso em: 01 de julho de 2015.

SELIG, L. et al. A tuberculose no cotidiano médico e o efeito bumerangue do abandono. **Rev. Ciênc. saúde coletiva.** v. 17, n. 1, p. 113-122, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a14v17n1.pdf>> Acesso em: 01 de julho de 2015.

SEVERO, N. P. F. et al. Características clínico-demográficas de pacientes hospitalizados com tuberculose no Brasil, no período de 1994 a 2004. **J. Bras. Pneumol.** v. 33, n. 5, p. 565-571, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v33n5/v33n5a12.pdf>> Acesso em: 15 de setembro de 2014.

SILVA, A. T. P.; MONTEIRO, S. G.; FIGUEIREDO, P. M. S. Perfil epidemiológico dos pacientes portadores de tuberculose extrapulmonar atendidos em hospital da rede pública no estado do Maranhão. **Rev Bras Clin Med. São Paulo.** v. 9, n. 1, p. 11-4, 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n1/a1715.pdf>> Acesso em 29 de março de 2015.

SILVA, P. F.; MOURA, G. S.; CALDAS, A. J. M. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar no Maranhão, Brasil, no período de 2001 a 2010. **Rev. Saúde Pública.** vol. 30, n. 8, p. 1745-1754, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v30n8/0102-311X-csp-30-8-1745.pdf>> Acesso em: 01 de julho de 2015.

SOARES, P. P. A dama branca e suas faces: a representação iconográfica da tuberculose. **Hist. Cienc. Caude-Manguinhos.** v. 1, n. 1, p. 127-134, 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v1n1/a12v01n1.pdf>> Acesso em: 29 de março de 2015.

SOUZA, K. M. J. et al. Atuação da Enfermagem na transferência da política do tratamento diretamente observado da tuberculose. **Rev. esc. enferm. USP.** v. 48, n. 5, p. 874-882, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt_0080-6234-reeusp-48-05-874.pdf> Acesso em: 01 de julho de 2015.

UNIS, G. Papel da atenção básica no controle da tuberculose. **Ver. Epidemiol Control Infect.** v. 2, n. 3, p. 120-121, 2012. Disponível em:

<<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/viewFile/2766/2199>> Acesso em: 18 de agosto de 2014.

VENDRAMINI, S. H. F. et al. Aspectos epidemiológicos atuais da tuberculose e o impacto da estratégia DOTS no controle da doença. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 15, n. 1, p. 1-3, 2007. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/2413/2702> > Acesso em: 15 de setembro de 2014.

VIEIRA, A. A.; RIBEIRO, S. A. Adesão ao tratamento da tuberculose após a instituição da estratégia de tratamento supervisionado no município de Carapicuíba, grande São Paulo. **J. Bras. Pneumol.** v. 37, n. 2, p. 223-231, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v37n2/v37n2a13.pdf>> Acesso em: 15 de setembro de 2014.

ANEXOS

ANEXO A
TERMO DE ANUÊNCIA



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

TERMO DE ANUÊNCIA

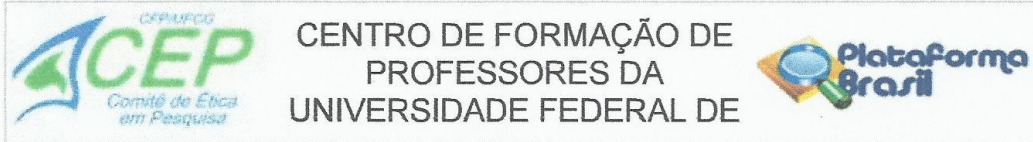
Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada "CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS E MÉDICOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO ALTO SERTÃO PARAIBANO ACERCA DA TUBERCULOSE", a ser desenvolvida pelo (a) pesquisador (a) Kathariny Freire Nogueira Lima, sob orientação de Maria Mônica Paulino do Nascimento está autorizada para ser realizada junto a este serviço.

Outrossim, informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Cajazeiras, 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,

Renata Emanuela de Queiroz Régio
Departamento de educação em saúde

ANEXO B**PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: CONHECIMENTOS DOS ENFERMEIROS E MÉDICOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO ALTO SERTÃO PARAIBANO ACERCA DA TUBERCULOSE

Pesquisador: MARIA MONICA PAULINO DO NASCIMENTO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44857615.0.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.171.934

Data da Relatoria: 14/05/2015

Apresentação do Projeto:

Estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, com enfermeiros e médicos da estratégia de saúde da família do município de cajazeiras

Objetivo da Pesquisa:

Verificar a capacitação dos enfermeiros e médicos da Estratégia Saúde da Família para atuar nas ações de controle da tuberculose na atenção primária; listar as dificuldades dos profissionais para atuar nas ações de controle da tuberculose na ESF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora relata que este estudo possui riscos mínimos, já que 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: identificação do panorama do conhecimento acerca da tuberculose pelos enfermeiros e médicos das ESF e como consequência, propor uma melhoria de

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: 1.171.934

políticas públicas locais para a capacitação desses profissionais nas ações de controle da doença no município.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa torna-se relevante por fazer um levantamento situacional do conhecimento dos enfermeiros e médicos da ESF de Cajazeiras-PB sobre suas experiências com a tuberculose, contribuindo com a melhoria de políticas públicas locais, para que se possa oferecer maior suporte a esses profissionais atingirem as metas de controle estabelecidas pelo PNCT e, conseqüentemente, a redução dos casos de TB no município.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos estão apresentados de forma adequada. A autora da pesquisa redigiu e apresentou de forma correta os seguintes itens: Termo de Consentimento Livre e Espontâneo, folha de rosto, carta de anuência, cronograma, orçamento e demais documentos necessários à aprovação do projeto de pesquisa.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando o que foi exposto, sugerimos a APROVAÇÃO do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CAJAZEIRAS, 05 de Agosto de 2015

Assinado por:
Paulo Roberto de Medeiros
(Coordenador)

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

APÊNDICES

APÊNDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Caro (a) Sr (a) participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa de conclusão de curso intitulada **CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS E MÉDICOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) DE UM MUNICÍPIO DO ALTO SERTÃO PARAIBANO ACERCA DA TUBERCULOSE**. Que tem como objetivo analisar o conhecimento dos Enfermeiros e Médicos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um município do alto sertão paraibano acerca da Tuberculose. Pedimos sua colaboração nesta pesquisa, respondendo a um questionário com questões objetivas, caso concorde.

Garantimos que este estudo possui riscos mínimos, já que 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: identificação do panorama do conhecimento acerca da tuberculose pelos enfermeiros e médicos das ESF e como consequência, propor uma melhoria de políticas públicas locais para a capacitação desses profissionais nas ações de controle da doença no município.

Ressaltamos que 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. Comprometemo-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 **Kathariny Freire Nogueira Lima** (87) 8831-3902; e Orientadora da pesquisa **Prof^a Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento** (83) 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 _____.

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

APÊNDICE B
QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

1. DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS

Gênero: () M () F

Idade: _____

Raça/cor: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena

Profissão: () Enfermeiro (a) () Médico (a)

Maior escolaridade: () Nível Superior () Residência () Especialização () Mestrado () Doutorado

Especificar: _____

2. DADOS RELACIONADOS A ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Tempo de serviço na ESF: _____ (em meses)

Caso seja médico, participa do Programa Mais Médicos () Sim () Não

Já atendeu algum caso de tuberculose na ESF? () Sim () Não

Após ingressar na rede básica de saúde, recebeu alguma capacitação sobre a tuberculose? () Sim () Não **Caso sim, quantas vezes** _____

Caso a pergunta anterior tenha sido NÃO, você sente a necessidade de realizar alguma capacitação sobre Tuberculose? () Sim () Não.

Caso sim, justifique _____

3. CONHECIMENTOS DOS PROFISSIONAIS SOBRE A TUBERCULOSE

O que é tuberculose pulmonar?

Quais as formas clínicas da tuberculose?

Para os casos transmissíveis, quando se encerra a transmissão?

Quais os fatores de risco para o desenvolvimento da doença?

Quais os sinais e sintomas mais característicos da tuberculose pulmonar?

Quais os principais exames recomendados para diagnosticar a tuberculose pulmonar em um sintomático respiratório? (pode assinalar mais de um item)

Baciloscopia do escarro Raio-X do tórax Hemograma completo Cultura do escarro PPD Tomografia do tórax Histopatológico

Como proceder diante de um caso suspeito de tuberculose pulmonar com duas amostras do exame baciloscopia de escarro negativas?

Quais as orientações ao usuário, necessárias para realização do exame baciloscopia de escarro?

Quais as condutas/cuidados e orientações necessárias durante o tratamento do doente?

Qual das alternativas representa as drogas, por fase, que compõe o esquema básico do tratamento da tuberculose pulmonar e seus meses de duração?

- 1ª fase RHZ (3 meses) / 2ª fase RH (3 meses)
 1ª fase RHZE (2 meses) / 2ª fase RHE (4 meses)
 1ª fase RHZE (2 meses) / 2ª fase RH (4 meses)
 1ª fase RHZ (3 meses) / 2 fases RHET (3 meses)

Legenda: Rifampicina (R); Isoniazida (H); Etionamida (Et); Pirazinamida (Z); Etambutol (E).

Entre os sinais e sintomas listados abaixo, quais correspondem aos principais efeitos adversos das drogas anti-tuberculose? (pode assinalar mais de um item)

- Náuseas Vômitos Urina de coloração avermelhada Cefaleia Dor abdominal
 Dor articular Neuropatia periférica Perda de peso Crise convulsiva Prurido
 Insônia Hepatotxicidade Nefrite Ansiedade

Outros: _____

Qual (is) a (s) finalidade (s) do Tratamento Diretamente Observado (TDO) e como deve ser realizado?

Qual a finalidade da baciloscopia de controle?

Qual alternativa representa em que período do tratamento devem ser realizadas as baciloscopias de controle no doente bacilífero?

- () Ao fim do 4º e 6º mês () Mensal ou ao final do 2º, 4º e 6º mês () Sempre mensal
 () Mensal ou ao final do 2º e 6º mês () Ao final do 2º, 4º e 6º mês

Quais as situações/casos o doente deve ser encaminhado para os serviços de referência secundário e/ou terciário? (pode assinalar mais de um item)

- () Multirresistência bacteriana () Reações adversas menores e maiores () Reações adversas maiores () Tuberculose extrapulmonar () Outras doenças associadas

Existe profilaxia para a tuberculose? Cite as que representam medidas recomendadas para o controle da doença.

Para você, quais as dificuldades para atuar nas ações de controle da tuberculose na ESF?
