



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

TAMILLES CRISTINA LOPES DA SILVA

**DIAGNÓSTICO TARDIO DA TUBERCULOSE A PARTIR DO RELATO DE
ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA**

CAJAZEIRAS – PB

2014

TAMILLES CRISTINA LOPES DA SILVA

**DIAGNÓSTICO TARDIO DA TUBERCULOSE A PARTIR DO RELATO DE
ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA**

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

Orientadora: Prof.^a Me. Arieli Rodrigues
Nóbrega Videres

CAJAZEIRAS – PB

2014

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

S586d Silva, Tammiles Cristina Lopes da

Diagnóstico tardio da tuberculose a partir do relato de enfermeiros da atenção básica. / Tammiles Cristina Lopes da Silva. Cajazeiras, 2014.

112f. : il.

Bibliografia.

Orientador (a): Arieli Rodrigues Nóbrega Videres.

Monografia (Graduação) - UFCG/CFP

1. Atenção básica - tuberculose. 2. Enfermagem em saúde pública. 3. Tuberculose - diagnóstico. I. Videres, Arieli Rodrigues Nóbrega. II. Título.

UFCG/CFP/BS

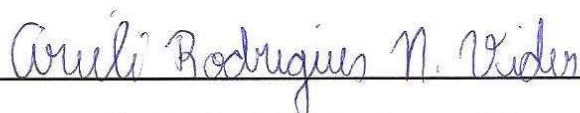
CDU -616-002.5

TAMILLES CRISTINA LOPES DA SILVA

**DIAGNÓSTICO TARDIO DA TUBERCULOSE A PARTIR DO RELATO DE
ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA**

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

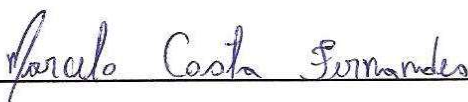
Aprovado em: 10/09/2014



Prof.^a Me. Arieli Rodrigues Nóbrega Videres
Unidade Acadêmica de Enfermagem – UAENF/CFP/UFCG
(Orientadora)



Prof.^a Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento
Unidade Acadêmica de Enfermagem – UAENF/CFP/UFCG
(Membro Examinador)



Prof. Me. Marcelo Costa Fernandes
Unidade Acadêmica de Enfermagem – UAENF/CFP/UFCG
(Membro Examinador)

À minha mãe Josinalva Lopes da Silva (in memoriam) fonte primordial da minha vida e razão pela qual busco realizar cada objetivo sonhado e idealizado por nós. Obrigada mãe por me compreender, incentivar, interceder e acreditar no meu potencial. Hoje juntas, pelo amor que nos preenche, comemoramos mais esta conquista.

AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar, idealizador de todas as coisas e em quem busco força para seguir almejando cada sonho. Autor da minha vida que me ampara em todos os momentos, que não me permite fraquejar e por estar sempre ao meu lado ajudando a atravessar cada dificuldade amparando-me em Teus braços, mantendo-me firme nos meus objetivos em toda minha caminhada e por colocar pessoas maravilhosas em minha vida para que a cada dia eu possa alcançar as minhas metas e vencer os meus medos. Obrigada ó Deus por mais essa conquista idealizada por mim e concretizada por ti.

A Nossa Senhora, minha mãe e rainha, pelas inúmeras intercessões em meu favor e a quem amo e recorro em todos os instantes. Mãe Santíssima obrigada por me acolher em seu colo maternal.

Aos que amo incondicionalmente, meus pais Jailson Neto e Josinalva Lopes (in memoriam), por se fazerem presentes em todos os momentos ensinando-me sempre a crescer com dignidade, humildade e respeito ao próximo, bem como, possibilitando a criação e a realização de cada sonho principalmente os relacionados aos estudos, meus eternos educadores. A vocês, a quem devo a vida e em quem busco ter como exemplo e espelho a minha infinita gratidão. Saibam que tudo sempre foi e será com vocês, para vocês e por vocês.

A minha maninha, Fernanda Taize, a quem amo sem medidas e a quem tento proteger e ensinar como seguir sonhando! O meu agradecimento por acreditar que sou capaz e me fortalecer pelo simples fato de existir. Nandinha, obrigada por tudo.

A meu noivo, Audair José, por estar sempre ao meu lado nesses últimos anos compartilhando dos momentos de alegrias e tristezas, dos meus medos e inseguranças, das realizações e dos meus sonhos. Obrigada por se fazer presente mesmo na distância e por não desistir de acreditar em mim e em nós. Te amo!

Aos meus amados e estimados avós Antônio e Arnilda, Sales e Mariinha, por serem exemplo de humildade, coragem e simplicidade, por me fazerem enxergar nos simples gestos a grandeza da vida e por me orgulhar em ser a primeira neta a obter diploma de graduação.

Aos meus tios, Francieudes, Jucicleide, Josineide, Jucitânia, Francy Hallyson, Norma, Lilla, Dilvana, Isaias, Adailton, Francisco, José e Adenilda, por acreditarem no meu potencial e por sempre me incentivarem a seguir em frente, pelos gestos de carinho e amor, momentos ímpares em minha vida. Obrigada pelas orações e pela força e em nome de vocês agradeço a todos meus familiares. Amo vocês.

As madrinhas Francisca Edna e Maria de Fátima (Maria de Valdimiro), Elizete e Francisca Barbosa por estarem sempre preocupadas comigo, colocando-me em suas orações.

A Irmã Vilma e Irmã Anália por serem meu porto seguro em muitas situações e por estarem sempre intercedendo por mim e minha família.

A Virgínia Morais (Dona Duzinha) pelo modelo exemplar de mulher, cidadã e profissional de saúde, que por muitos anos atuou como parteira e por ser exemplo admirável de quem sempre buscou servir ao próximo.

A todos meus familiares e amigos que confiaram na minha capacidade e torceram para que eu conquistasse mais esse sonho.

A minha orientadora e amiga, Prof.^a Ms. Arieli Rodrigues, por me orientar neste e em outros trabalhos, pela dedicação, atenção e disponibilidade em todos os momentos. A você Arieli, agradeço principalmente pela amizade que antecedeu a orientação, por se fazer presente em minha vida e por me ajudar em momentos difíceis, por me ouvir e muitas vezes aconselhar. Obrigada por dividir comigo essa conquista e por conhecer-te melhor como profissional e ser humano admirável. A você minha gratidão e admiração.

Aos membros da banca, a Prof.^a Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento e o Prof.^o Marcelo Costa Fernandes pela contribuição neste trabalho.

A todos meus amigos de turma, com quem tive a oportunidade de compartilhar a maior parte do meu tempo nesses últimos anos, pelas inúmeras amizades, conversas, grupos de estudo, pelas alegrias e dificuldades enfrentadas juntos e acima de tudo por ser a eterna Turma 2010.1. Em especial as minhas amigas Fernanda Avelino e Juliana Fernandes. Encontraremos-nos em breve dividindo os plantões que a vida nos reserva. A vocês a minha admiração e votos de sucesso.

A todos os docentes da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cajazeiras, com quem tive a oportunidade de aprender e conviver por serem exemplos de profissionais e por dedicarem seu tempo a formar novos profissionais a minha admiração e gratidão.

A todos que fazem a UFCG, campus Cajazeiras, com quem todos os dias convivíamos e nos distraíamos dividindo experiências.

A todos os profissionais de saúde, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, com quem tive oportunidade de aprender e compartilhar experiências em todos os estágios realizados no HRC, HUJB, Maternidade Dr. Deodato Cartaxo e HUAC.

Aos pacientes que tive a oportunidade de prestar cuidados enriquecendo meu saber e prática pela humildade de no momento de fragilidade acreditar no meu potencial e ser a fonte viva do meu aprendizado.

As enfermeiras participantes desse estudo por fazerem parte dessa conquista e por compartilhar suas experiências profissionais confiando em mim e no meu trabalho.

Enfim, a todos os que torceram e acreditaram no meu sonho.

*“Porque eu sou do tamanho daquilo que sinto, que vejo e que faço,
não do tamanho que as pessoas me enxergam”.*

(Carlos Drummond de Andrade).

SILVA, Tamilles Cristina Lopes da. **Diagnóstico tardio da tuberculose a partir do relato de enfermeiros da Atenção Básica**. 2014. 112 f. Monografia (Curso Bacharelado em Enfermagem) – Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras - PB, 2014.

RESUMO

Introdução: A descentralização das ações de controle da tuberculose vem estabelecendo reorientações nas práticas das Equipes de Saúde da Família no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). O diagnóstico tardio da TB constitui-se como um dos grandes desafios enfrentados pela gestão e trabalhadores de saúde na redução da incidência da doença no Brasil. **Objetivo:** Explorar os relatos de enfermeiros da Atenção Básica acerca das causas que interferem no retardo do diagnóstico da tuberculose. **Metodologia:** estudo de natureza descritiva com abordagem qualitativa realizado nas ESF e na Secretaria de Saúde do município de Sousa–PB, envolvendo 15 enfermeiros atuantes na Atenção Básica. O material empírico coletado no mês de julho de 2014 por meio de uma entrevista semi-dirigida foi analisado através da técnica de Análise de Conteúdo de Bardin, respeitando os pressupostos éticos da Resolução n.º 466/2012. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria (FSM). **Resultados:** Após sucessivas leituras percebe-se que as enfermeiras têm um conhecimento científico satisfatório acerca da definição da doença, muito embora algumas desconheçam a situação epidemiológica da mesma no município supracitado. Apresentaram como causas do diagnóstico tardio da TB o déficit na busca ativa, ausência de informação e diagnóstico precoce; o auto-preconceito e, abandono do tratamento. A maioria considerou longo e demorado o percurso entre o aparecimento dos sintomas e a confirmação do diagnóstico. Por outro lado, o tempo decorrido do surgimento dos sintomas ao início do tratamento foi considerado rápido e curto. Sobre o planejamento e desenvolvimento das ações de busca ativa de sintomáticos respiratórios na ESF algumas enfermeiras deixaram claro não desenvolvê-las, e quando acontecem, são realizadas pelos agentes de saúde. Percebe-se que há necessidade de aprimorar o conhecimento dos enfermeiros sobre a TB e estabelecer um fluxograma de atendimento dos pacientes com TB que envolva a unidade e o serviço de referência englobando ações de busca ativa e educação em saúde para melhor controle da doença. **Considerações finais:** Com isso, aponta-se a necessidade de apoio dos gestores em saúde e interesse dos profissionais atuantes nas ESF, inclusive do enfermeiro, na busca pela capacitação, possibilitando o desenvolvimento de ações que objetivem o controle da doença e que promova a inclusão da comunidade no processo saúde-doença.

Palavras-chave: Atenção Básica. Enfermagem em Saúde Pública. Tuberculose.

SILVA, Tamilles Cristina Lopes da. **Delayed diagnosis of tuberculosis reported of the Primary Care nurses.** 2014. 112 f. Monograph. (Bachelor of Nursing Course) – Center for Teacher Education, Federal University of Campina Grande, Cajazeiras - PB, 2014.

ABSTRACT

Introduction: Decentralization of TB control has been setting reorientations in the Family Health Teams practices in the area of Primary Health Care (PHC). The Late TB diagnosis was established as one of the major challenges faced by the management and health professionals in reducing the incidence of the disease in Brazil. **Objective:** To explore the reports of clinical nurses about the causes that interfere in the tuberculosis retardation diagnosis. **Methodology:** Study with descriptive qualitative approach made in the FHS and Department of Health in Sousa-PB, involving 15 clinical nurses. The empirical material collected in July 2014 through a semi-structured interview was analyzed using the content analysis of Bardin technique, respecting the ethical assumptions from 466/2012 nth Resolution. The project was submitted to the Ethics Committee in Santa Maria College Research. **Results:** After successive readings it was realized that nurses have a satisfactory scientific knowledge about the disease definition, although some of them don't know the epidemiological situation in the same aforementioned city. Presented as causes of TB late diagnosis the deficit in active search, lack of information and early diagnosis; the self-prejudice, and abandonment of treatment. The majority considered long and slow the route between appearance of symptoms and diagnosis confirmation. On the other hand, the time of symptoms appearance from the beginning of treatment was considered fast and short. About the planning and development of active search actions for respiratory symptoms in the FHS some nurses made clear not develop it, and when it happens, are performed by the Health Agents. It notices that there is need to improve nurses' knowledge of TB and establish a flowchart of patients service with TB involving the unit and the reference service involving actions of active search and health education for better disease control. **Final considerations:** Thus, it points to the need for support from health managers and the interest from professionals working in the FHS, including the nurse, in the search for capacity, making possible the development of actions that aim to the disease control and promote the inclusion of community in the health-disease process.

Keywords: Primary Care. Public Health Nursing. Tuberculosis.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLA

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADT	Assistência Domiciliar Terapêutica
APS	Atenção Primária à Saúde
BCG	Bacilo de Calmette Guérin
BK	Bacilo de Koch
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
ESF	Estratégia Saúde da Família
E	Etambutol
FTS	Força de Trabalho em Saúde
GRS	Gerência Regional de Saúde
H	Isoniazida
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Pacientes Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILTB	Infecção Latente pelo Mycobacterium tuberculosis
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
R	Rifampicina
SR	Sintomáticos Respiratórios
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TS	Tratamento Supervisionado
TDO	Tratamento Diretamente Observado
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família

UTI	Unidade de Terapia Intensiva
Z	Pirazinamida

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Municípios da 10ª Gerência Regional de Saúde	31
Figura 2 – Fluxo do paciente na Unidade de Saúde	92

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização das participantes quanto à idade, sexo, estado civil e religião. Sousa-PB, 2014	36
Quadro 2 – Caracterização das participantes segundo o tempo de atuação na ESF e especialidade. Sousa-PB, 2014	38

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 OBJETIVOS	20
2.1 GERAL	20
2.2 ESPECÍFICOS	20
3 REVISÃO DE LITERATURA	21
3.1 O DIAGNÓSTICO TARDIO DA TUBERCULOSE COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	21
3.2 AÇÕES DE ENFERMAGEM NO CONTROLE DA DOENÇA	26
4 MATERIAL E MÉTODO	30
4.1 TIPO DE ESTUDO	30
4.2 LOCAL DO ESTUDO	30
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	31
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	32
4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	32
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	33
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	34
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	35
5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES	35
5.2 RELATOS DAS COLABORADORAS	39
5.3 CATEGORIZAÇÃO DOS RELATOS	70
5.3.1 Conhecimento dos enfermeiros sobre TB	70
5.3.2 Situação da tuberculose no município de Sousa	73
5.3.3 Fatores que contribuem para o diagnóstico tardio da TB	77
5.3.4 Tempo decorrido entre o aparecimento dos sintomas e o diagnóstico de TB	81
5.3.5 Tempo decorrido entre o aparecimento dos sintomas e o início do tratamento da TB	85
5.3.6 Planejamento e desenvolvimento das ações de busca ativa de sintomáticos respiratórios na ESF	86
5.3.7 Organização dos serviços de saúde voltados ao controle da TB	89
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS	97

APÊNDICES	104
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	105
APÊNDICE B - DECLARAÇÃO INSTITUCIONAL	106
ANEXOS	107
ANEXO A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	108
ANEXO B: TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL	111
ANEXO C: TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR PARTICIPANTE	112

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) configura-se como um dos males mais antigos da história da humanidade. Secularmente, associada a fatores agregados ao estigma, medo e preconceito, enfrenta diversos obstáculos para ser diagnosticada precocemente e controlada nos serviços de saúde.

O diagnóstico tardio da TB consiste em um dos grandes desafios a ser enfrentado pela gestão e trabalhadores de saúde na redução da incidência do agravo no país. Mesmo com os avanços na área da saúde, assim como das políticas de saúde, os casos de TB continuam diagnosticados tardiamente, concorrendo para elevar a transmissão da doença e retardar o processo terapêutico (PINHEIRO et al., 2012).

Nas Américas, estudos têm investigado os aspectos que dificultam o diagnóstico da TB tanto relacionados ao doente (compreende-se por atraso no diagnóstico de TB o período do surgimento dos primeiros sintomas até a primeira visita formal a qualquer estabelecimento de saúde), quanto ao serviço de saúde (o atraso é compreendido como o período de tempo entre a primeira consulta da pessoa em qualquer serviço de saúde até a data do diagnóstico), apresentando resultados distintos devido às peculiaridades intra e interregionais. Contudo, todos retratam as interferências da vulnerabilidade social e da organização dos serviços de saúde sobre o diagnóstico precoce da TB (MACIEL et al., 2010; SANTOS et al., 2005; SILVA-SOBRINHO et al., 2012).

Silva-Sobrinho et al. (2012); Basnet et al. (2009) apontam que esclarecimentos sobre o retardo no diagnóstico da TB são escassos no Brasil, sendo fundamental a investigação desse evento, visto que retardos na procura pelo serviço de saúde e na obtenção do diagnóstico comprometem a cura, aumentam a gravidade da doença e potencializam a disseminação da infecção na comunidade, elevando a mortalidade.

Na atual política de saúde do país, ações de controle da TB, dentre elas a confirmação diagnóstica, são de responsabilidade dos serviços da Atenção Primária, já que constituem a porta preferencial de entrada do usuário no sistema de saúde. Logo, é de suma importância que esses serviços, visando horizontalizar as atividades de vigilância, prevenção e controle da doença, atuem orientados para responder às necessidades da população (GIOVANELLA et al., 2009; PINHEIRO et al., 2012).

Inseridos no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF), destacam-se os enfermeiros, profissionais de saúde protagonistas na história das ações de controle da TB no país, responsáveis por identificar os sintomáticos respiratórios, solicitar baciloscopia para

diagnóstico, realizar a consulta de enfermagem, fazer tratamento supervisionado (TS), notificar a doença, entre outras (SÁ et al., 2012).

Gomes e Sá (2009) revelam que o enfermeiro é um dos integrantes da equipe de Saúde da Família mais diretamente envolvido com as ações de controle da TB, dentre elas a busca ativa de sintomáticos respiratórios. Eis aqui um dos motivos que leva a desenvolver estudos tendo como sujeitos esses profissionais, principalmente o enfermeiro, dada a sua história no enfrentamento da TB no Brasil.

O Plano Regional de Tuberculose 2006–2015 considera a enfermagem como um protagonista no trabalho contra a doença, mas, agora, com maiores exigências para o seu desempenho (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2006).

Silva-Sobrinho et al. (2012) consideram relevante e necessária a realização de pesquisas de causa-efeito para determinar os componentes envolvidos no retardo do diagnóstico e, concomitantemente, desenvolver ações de controle da TB nos serviços de saúde, embasadas na situação epidemiológica de cada localidade.

Considerando que o enfermeiro marca a história da saúde e da TB, quando se observa que é o trabalhador no contexto da ESF que, juntamente com o Agente Comunitário de Saúde (ACS), mais se envolve nas ações do controle da doença e no cuidado ao doente, questiona-se: quais as causas que interferem no retardo do diagnóstico da TB a partir do relato dos enfermeiros da Atenção Básica?

A escassez de estudos sobre as causas do diagnóstico tardio da TB (mesmo sob o enfoque quantitativo) e praticamente a inexistência de estudos qualitativos sob o tema, foram determinantes para elaborar e apresentar um projeto de investigação tendo como sujeitos enfermeiros que lidam com o controle da doença. O que se aspira é identificar, com mais profundidade, os elementos que cercam esse problema que requer urgência em ser compreendido de modo a embasar a qualidade das práticas e ações voltadas ao seu enfrentamento.

Enquanto acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, ao cursar algumas disciplinas, em especial Enfermagem em Clínica II, despertou-me o interesse em pesquisar sobre os fatores relacionados ao diagnóstico tardio da TB, doença esta milenar que conta com várias estratégias e políticas públicas visando o diagnóstico precoce e a eficácia do tratamento.

Destarte, espera-se contribuir com os profissionais enfermeiros na compreensão das causas de retardo do diagnóstico, objetivando a melhoria e qualificação da assistência de enfermagem ao doente de TB. Espera-se também contribuir com os serviços de saúde e

gestores locais, quiçá de todo o Brasil, na redução do número de casos e mortes por TB, assim como subsidiar na reformulação de políticas públicas que priorizem com mais intensidade o acesso precoce do usuário ao diagnóstico e tratamento de TB no SUS.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Explorar os relatos de enfermeiros da Atenção Básica acerca das causas que interferem no retardo do diagnóstico da tuberculose (TB).

2.2 ESPECÍFICOS

- Descrever a percepção do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família, envolvido no controle da TB, sobre as causas que favorecem o retardo do diagnóstico da TB;
- Identificar as características da organização dos serviços de saúde que influenciam no retardo ao diagnóstico e no início do tratamento;
- Estimar o tempo decorrido (e os fatores relacionados) entre o aparecimento dos sintomas de TB e a procura ao primeiro serviço de saúde para o diagnóstico de TB;
- Averiguar os aspectos relacionados ao tempo decorrido entre o aparecimento dos sintomas de TB e o início do tratamento de TB pelo serviço de saúde;
- Conhecer as ações das equipes de saúde da família direcionadas à busca ativa de sintomáticos respiratórios.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O DIAGNÓSTICO TARDIO DA TUBERCULOSE COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A tuberculose “é uma doença infecciosa e contagiosa, causada por uma bactéria, o *Mycobacterium tuberculosis*, também denominado de Bacilo de Koch (BK). O termo tuberculose se origina no fato da doença causar lesões chamadas tubérculos” (BRASIL, 2008, p. 130).

É uma doença com profundas raízes sociais intensamente ligada à pobreza e a má distribuição de renda que associada ao estigma dificulta a adesão dos portadores e/ou familiares/contactantes ao tratamento. Com a epidemia de AIDS e o surgimento de focos de TB multirresistente o problema da doença agravou-se ainda mais no mundo (BRASIL, 2010a).

Sua transmissão se dá através das vias aéreas e a infecção pode acontecer em qualquer idade quando os núcleos secos de gotículas que contêm bacilos expelidos pela tosse, fala ou espirro de doente com TB ativa de vias respiratórias (pulmonar ou laringea) são inalados. A principal fonte de infecção da TB são os doentes bacilíferos, ou seja, aqueles que apresentam baciloscopia de escarro positiva, no entanto, doentes acometidos pela TB pulmonar com baciloscopia negativa, mesmo com resultado positivo à cultura, são menos eficientes como fontes de transmissão e as formas exclusivamente extrapulmonares não transmitem a doença (BRASIL, 2010b).

A transmissão ocorre enquanto os bacilos estiverem sendo eliminados pelo doente, e o mesmo ainda não tiver iniciado o tratamento. Porém, nem todos os indivíduos expostos ao bacilo tornam-se infectados. Após o início do tratamento e com o esquema terapêutico recomendado, a transmissão é reduzida, de forma gradativa, até chegar a níveis insignificantes, após poucos dias ou semanas (BRASIL, 2009).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) no ano de 2013 foram notificados no Brasil 71.123 novos casos de TB, valor que corresponde a uma taxa de incidência de 35,4 casos para cada 100 mil habitantes. Com esses indicadores o Brasil consta na 16ª posição em relação ao número de casos e na 111ª posição em relação ao coeficiente de incidência (WHO, 2013).

Destarte, o Brasil assumiu o compromisso com os cidadãos e com a comunidade internacional de controlar a evolução da TB por reconhecê-la como um grave problema da saúde pública, tentando minimizar sua prevalência na população (BRASIL, 2010a).

A prevenção e o controle da TB se concentram na tomada de medidas práticas como o diagnóstico precoce e o tratamento até a cura. Porém, outras medidas de prevenção também são realizadas, como é o caso da vacinação com Bacilo de Calmette Guérin – BCG, o controle dos contatos e o tratamento da infecção latente pelo *M. tuberculosis* – ILTB (BRASIL, 2011a).

Após ser infectado pelo BK, o indivíduo pode desenvolver a TB em qualquer fase da vida, principalmente quando o sistema imunológico não consegue mais estabilizar o bacilo de modo que ele se prolifere rapidamente. Condições que deprimam o sistema imunológico podem cooperar para a infecção da TB, como é o caso dos indivíduos portadores de infecção pelo HIV, diabetes, em terapia imunossupressora, doenças renais crônicas, neoplasias, entre outras. Dos indivíduos infectados pelo bacilo, apenas 10% adoecem, podendo ser nos primeiros dois anos ou posteriormente. Alguns órgãos são atingidos com maior frequência pela TB, são eles: pulmões; gânglios linfáticos; pleura; laringe; rins; cérebro e ossos (BRASIL, 2008).

A procura pelos casos de TB deve envolver os serviços e a comunidade e ocorrer de forma programática compreendendo tanto os métodos de diagnóstico como as ações organizadas para operacionalizá-los. As ações são voltadas para os grupos com maior possibilidade de apresentar TB, como: sintomáticos respiratórios; contatos de casos de TB; suspeitos radiológicos; pessoas com doenças e/ou em condição social que predisponham à TB (BRASIL, 2002a).

Para diagnóstico da TB o enfermeiro deve estar apto a identificar informações clínicas, epidemiológicas e sociais dos suspeitos e providenciar o diagnóstico. Ao exame físico observam-se os sintomas (tosse, febre, sudorese noturna e emagrecimento) e parte para o diagnóstico laboratorial da doença (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2009).

Outros órgãos que não o pulmão podem ser atingidos pelo bacilo e caracterizar a tuberculose extrapulmonar com base nos achados e nos exames complementares, podendo se apresentar também como formas disseminadas a exemplo da miliar (BRASIL, 2008).

Segundo o Ministério da Saúde o exame bacteriológico é o principal método para o diagnóstico e o controle do tratamento da TB, pois identifica os indivíduos bacilíferos. Além deste, outros elementos são importantes para o diagnóstico da TB, como a história clínica do paciente, o exame radiológico, a prova tuberculínica e o histopatológico (BRASIL, 2011a).

A história clínica do paciente irá direcionar o diagnóstico da TB. É importante saber se o mesmo obteve contato com uma pessoa com TB, se apresenta sinais e sintomas característicos da doença como tosse seca ou produtiva por três ou mais semanas, febre vespertina, perda de peso, sudorese noturna, dor torácica, dispnéia e astenia, se tem história de tratamento anterior para TB ou se apresenta fatores de risco favoráveis a obtenção da doença (BRASIL, 2002b).

Outro elemento importante para chegar ao diagnóstico precoce da TB é a busca ativa dos Sintomáticos Respiratórios (SR), ou seja, indivíduos com tosse persistente durante três semanas ou mais. É uma estratégia de saúde pública recomendada mundialmente para identificar e interromper precocemente os casos bacilíferos que são as principais fontes de transmissão da infecção e minimizar a incidência da doença em longo prazo exigindo atuação do enfermeiro para captar os suspeitos (BRASIL, 2011a).

De acordo com o Ministério da Saúde, na atenção básica a busca ativa dos SR pode ser realizada na demanda dos serviços de saúde, na Estratégia Saúde da Família (ESF), no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), pelos profissionais da Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) do Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST/AIDS, busca no sistema prisional, nas instituições fechadas (asilos e albergues), população indígena e de rua, nos contatos intradomiciliares e intensificada através de campanhas (BRASIL, 2011a).

O diagnóstico laboratorial primordial da TB é o exame bacteriológico, pois detecta, monitora e avalia a evolução do tratamento. São dois tipos de exames bacteriológicos que podem ser realizados nos casos suspeitos, o primeiro é a baciloscopia direta do escarro que descobre os casos bacilíferos (principal fonte de infecção) indicada para todos os SR e o segundo é a cultura de escarro ou de outras secreções que, por sua vez, é realizada nos suspeitos de TB pulmonar cujo baciloscopia do escarro foi negativa, também indicada para diagnosticar as formas extrapulmonares da TB (minígea, renal, pleural, óssea e ganglionar) e em pacientes HIV positivo (BRASIL, 2009).

Desde que executada de forma correta em todas as suas fases, a baciloscopia do escarro, permite detectar de 60% a 80% dos casos de tuberculose pulmonar, fator importante do ponto de vista epidemiológico, visto que, os casos bacilíferos são os responsáveis pela transmissibilidade da doença (BRASIL, 2011b).

A radiologia é um exame auxiliar indicado para os indivíduos suspeitos de TB pulmonar que permite visualizar os diferentes achados que apontam se a doença está em atividade ou não e o tipo e extensão do comprometimento pulmonar (BRASIL, 2010b).

Outro exame auxiliar no diagnóstico da TB é a prova tuberculínica que indica a presença de infecção, isolada não é suficiente para o diagnóstico. Para sua realização é introduzida 0,1 ml de tuberculina PPD RT23 por via intradérmica no terço médio da face anterior do antebraço esquerdo cuja leitura ocorre de 48 a 72 horas, podendo ser estendida para 96 horas após a administração, medindo-se o diâmetro transverso da área endurecida com uma régua milimetrada e realizado a leitura de acordo com os parâmetros como reator ou não reator (BRASIL, 2011b).

Por sua vez, o exame histopatológico é utilizado na identificação das formas extrapulmonares e nas formas pulmonares que se apresentam no exame radiológico como doença difusa a exemplo da TB miliar (BRASIL, 2011a).

No entanto, mesmo com tantas estratégias traçadas visando o diagnóstico precoce e com os avanços na área de saúde e em suas políticas o diagnóstico da TB continua ocorrendo tardiamente, contribuindo para o aumento da transmissibilidade e para o atraso do início do tratamento (PINHEIRO et al., 2012).

De acordo com a III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2009), a avaliação imprópria dos sintomáticos respiratórios é o principal motivo para o retardo na identificação de casos de TB. Evidências comprovadas por estudos no país mostram que entre a primeira consulta e o início do tratamento são transcorridas sete semanas e entre o início dos sintomas e o início do tratamento o intervalo varia de 10 a 12 semanas (CONDE, 2009).

Quanto à mensuração do tempo aceitável para um diagnóstico tardio da TB a literatura nacional e internacional deixa a desejar, no entanto, sabe-se que para o controle adequado da doença o tempo relacionado ao doente não deve ultrapassar duas ou três semanas para a grande parte dos casos com baciloscopia positiva (SÁ et al., 2013a).

Um dos fatores atribuído ao diagnóstico tardio está relacionado à deterioração do serviço público de saúde que dificulta o acesso ao serviço causando falha na distribuição dos medicamentos utilizados no tratamento e falta de profissionais capacitados para diagnosticar, notificar e acompanhar o paciente com TB. A dificuldade no acesso aos serviços de saúde pelos doentes estabelece uma desigualdade em saúde colaborando para que muitos casos de TB não sejam diagnosticados precocemente, constituindo barreiras para o controle da doença (SCATENA et al., 2009).

Segundo Pinheiro et al. (2012), o maior desafio dos profissionais de saúde para minimizar a incidência dos casos de TB no Brasil é o diagnóstico tardio. O autor atribui esse atraso tanto ao doente quanto ao serviço de saúde. Ao doente por demorar a procurar o serviço

desde os primeiros sintomas até a primeira consulta e ao serviço pelo tempo decorrido da primeira consulta até o diagnóstico. O diagnóstico precoce da TB contribui para a redução da transmissão da doença, visto que, uma pessoa infectada e sem tratamento pode transmitir o bacilo até quinze pessoas em um ano, justificando a necessidade de estratégias ativas para identificar e tratar precocemente os novos casos.

Oliveira et al. (2013) configura o atraso no diagnóstico da TB ao serviço de saúde no que diz respeito a dificuldade do acesso, o acolhimento inadequado, a reduzida busca ativa dos SR e dos comunicantes e o baixo nível de suspeição diagnóstica de TB. Os autores enfatizam ainda que a falta de qualificação profissional, o conhecimento insuficiente a respeito da doença e seus fatores relacionados, a pouca prescrição da baciloscopia, a inadequada avaliação e a busca passiva dos SR associado a um modelo de assistência baseado na demanda espontânea dificultam a realização de estratégias de controle da TB na Atenção Básica (AB) e, conseqüentemente, retardam o diagnóstico e o início do esquema terapêutico.

A TB mesmo sendo uma doença grave tem cura em praticamente 100% dos casos novos, a depender do seguimento adequado da quimioterapia. Interromper a cadeia de transmissão é o foco principal de controle da TB. Após poucos dias do início do tratamento nos casos bacilíferos, os bacilos perdem praticamente seu poder de transmissibilidade. De modo que, os doentes pulmonares positivos não necessitem ser isolados do convívio familiar e social (BRASIL, 2009).

O tratamento e acompanhamento da TB têm por objetivo primordial tratar 100% dos casos diagnosticados e curar no mínimo 85% dos mesmos. Essa estratégia deve ser realizada por uma equipe multiprofissional com vistas a promover a inclusão social do paciente tendo o enfermeiro papel fundamental em todo desenvolvimento das ações (BRASIL, 2010a).

Para garantir o tratamento adequado, a cura do paciente, evitar a persistência bacteriana e o desenvolvimento de resistência aos fármacos é preciso seguir os princípios básicos de associação medicamentosa adequada, doses corretas e uso dos medicamentos por tempo suficiente adicionado ao Tratamento Diretamente Observado (TDO) (BRASIL, 2011a).

Fornecer subsídios necessários para assegurar o tratamento adequado e sem atraso a todo indivíduo com diagnóstico de TB é papel dos serviços de saúde. A adesão do paciente, o acolhimento no serviço, informar-lo sobre a doença e tratamento e o TDO são condições básicas para o seu êxito (BRASIL, 2010b).

A escolha do melhor esquema terapêutico deve levar em consideração como o bacilo se comporta metabolicamente e sua localização, deve conter atividade bactericida precoce, ter

capacidade de prevenir a emergência de bacilos resistentes e conter atividade esterilizante (BRASIL, 2011a).

O esquema padronizado da TB utiliza como drogas: Isoniazida (H), Rifampicina (R), Pirazinamida (Z) e Etambutol (E). Este último foi introduzido no Brasil em 2008 por recomendação do Comitê Técnico Assessor do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, como quarto fármaco na fase intensiva de tratamento do esquema básico de acordo com os resultados que mostrou aumento da resistência primária a Isoniazida (BRASIL, 2011a).

Dessa forma, o esquema terapêutico de 1ª fase ou fase de ataque (2RHZE) para tratamento da TB pulmonar é composto por 4 drogas preconizadas administradas em comprimidos com dosagens fixas de Rifampicina 150mg, Isoniazida 75mg, Pirazinamida 400mg e Etambutol 275mg durante dois meses seguidos pela 2ª fase ou fase de manutenção (4RH) com 2 drogas preconizadas também administradas em comprimidos e com dosagens fixas de Rifampicina 150mg e Isoniazida 75mg durante quatro meses, mantendo dessa forma o regime de curta duração de 6 meses. Para crianças (<10 anos de idade) continua a recomendação composto pelo esquema I (2RHZ/4RH) de acordo com o peso (BRASIL, 2009).

Para que a TB seja controlada de maneira eficaz é necessário que exista um quantitativo maior de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e profissionais devidamente capacitados, somente assim, aumentarão as ações de controle e busca, maior número de casos serão detectados, o tratamento iniciará mais rapidamente e melhor será a supervisão, favorecendo a cura e a quebra da cadeia de transmissão (BRASIL, 2008).

Não obstante, espera-se que a Atenção Básica de fato tenha a capacidade de identificar a TB em tempo hábil e dispensar as estratégias adequadas para a realização da busca ativa dos SR desenvolvendo seu papel de porta de entrada do usuário no serviço de saúde (TRIGUEIRO et al., 2013).

3.2 AÇÕES DE ENFERMAGEM NO CONTROLE DA DOENÇA

A TB é uma doença que atinge predominantemente as populações mais vulneráveis pela sua pobreza e iniquidade. A enfermagem, por sua vez, tem a função de contribuir para que os sujeitos de sua atenção, neste caso, os acometidos pela TB, possam alcançar nível e qualidade de vida adequados, pois desempenha papel importante nas ações de controle da doença (OBLITAS et al., 2010).

A atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) tem como característica a criação de equipes multiprofissionais com o objetivo de atuar desenvolvendo práticas de saúde com integralidade para atender populações desfavorecidas por áreas geográficas. De acordo com a política de trabalho o ser humano deve ser visto de forma contextualizada levando em consideração suas condições demográficas, epidemiológicas, sócio- econômicas, políticas e culturais para que as ações de saúde sejam cada vez mais direcionadas e eficazes (FERNANDES; BACKES, 2010).

“No sistema de saúde, o processo de trabalho de enfermagem particulariza-se em uma rede ou subprocessos que são denominados cuidar ou assistir, administrar ou gerenciar, pesquisar e ensinar” (SÁ et al., 2012, p. 357). Sanna (2007) afirma que além desses quatro processos de trabalho, há o processo de trabalho Participar Politicamente, no qual, permeia todos os outros processos, podendo estar presente sem que o enfermeiro tome conhecimento.

A enfermagem é considerada pelo Ministério da Saúde como uma categoria fundamental para condução das atividades de saúde pública no país e adquiriu especial importância na execução de ações de controle da TB. Por isso, foi implantado um protocolo específico para as atividades da enfermagem no âmbito da atenção básica orientando o TDO (BRASIL, 2011a).

O Tratamento Diretamente Observado (TDO) é uma das ações voltadas para o controle e tratamento dos pacientes com TB, que constituiu uma mudança na forma de administrar os medicamentos sem alterar o esquema terapêutico, de modo que, um profissional treinado passa observar a tomada da medicação do paciente desde o início do tratamento até a sua cura (BRASIL, 2011b).

Essa estratégia possibilita uma maior probabilidade de cura para o paciente ou do mesmo não apresentar a TB multirresistente, apresenta também como vantagem a aproximação dos profissionais ao contexto social dos indivíduos, impossibilita os efeitos do estigma a partir do momento que identifica os grupos de risco para a não adesão ao tratamento e estabelece vínculos entre o serviço de saúde, o doente e a família propiciando uma educação individual e dialogada (BRASIL, 2011a).

Segundo Oblitas et al. (2010), o desempenho do enfermeiro é percebido principalmente como relacionado ao aspecto assistencial. No entanto, essa realidade vem se modificando sendo necessário utilizar medidas corretivas, pois o enfermeiro também atribui seu tempo a ações gerenciais. Além disso, a enfermagem é responsável por valorizar e promover a participação da comunidade nos programas de controle da qualidade de atenção da saúde, pois uma comunidade informada é capaz de atuar ativamente no controle social do

setor. Desse modo, informar os usuários quem é a enfermeira (o), as suas atividades e capacidade de liderança trata-se de uma estratégia para manter a comunidade atuante.

Como ação de controle da TB é importante que o enfermeiro e a equipe realizem práticas de educação em saúde com o intuito de promover o diálogo entre profissionais de saúde e usuários, a autonomia cidadã e o incentivo a uma postura ativa desses indivíduos em seus ambientes políticos e sociais. Entretanto, entende-se que preocupações relacionadas ao trabalho em equipe, à falta de qualificação profissional permanente, à insuficiência de recursos humanos e à frágil articulação entre comunidade, profissionais de saúde e gestão pública do sistema de saúde dificultam a realização da educação em saúde (SÁ et al., 2013b).

A organização dos serviços de saúde afeta diretamente o acesso dos usuários às ações de saúde, bem como, o comportamento do paciente perante a doença, os aspectos econômicos e culturais interferindo na confirmação precoce do diagnóstico (SÁ et al., 2013a).

Dessa forma, se faz necessário que as equipes de saúde da família executem ações de vigilância em saúde, acolhimento humanizado, prestem atendimento de saúde, realizem visitas domiciliares e criem espaços contínuos e crescentes de atividades educativas. No entanto, o maior desafio das equipes de saúde da família é organizar o trabalho com vistas a conciliar a realização dos atendimentos prestados em demasia com o cumprimento integral de todas as suas atribuições (FERNANDES; BACKES, 2010).

De acordo com Bertazone, Gir e Hayashida (2005) a assistência ao paciente com TB, por vezes, é prejudicada, pois, a equipe de enfermagem tem dificuldade de lidar com suas limitações, tais como, o medo de adquirir a doença por não saber enfrentá-la, preconceito ou por não dominar o conhecimento específico a respeito da doença.

No entanto, de acordo com as atribuições dos profissionais de saúde em relação às atividades de controle da TB na Rede Básica e no Programa Saúde da Família, algumas das principais atribuições do enfermeiro (a) são: identificar os sintomáticos respiratórios entre as pessoas que procuram as UBS, nas visitas domiciliares ou mediante os relatos dos ACS e solicitar baciloscopia, realizar consulta de enfermagem mensal e notificar o caso de TB, convocar os comunicantes para investigação, entre outros (BRASIL, 2002b).

Nas consultas o enfermeiro deve identificar as queixas e os sintomas que permitam avaliar a evolução da TB com a introdução dos medicamentos, avaliar as reações adversas causadas pelo uso dos mesmos e avaliar o peso do doente já que este é um bom parâmetro de resposta ao tratamento para os pacientes com TB pulmonar e baciloscopias negativas e para os portadores de TB extrapulmonar (BRASIL, 2002b).

Outra estratégia importante no controle da TB é a atuação da vigilância epidemiológica que tem por objetivo “conhecer a magnitude da doença (dados de morbidade e mortalidade), sua distribuição, fatores de risco e tendência no tempo, dando subsídios para as ações de controle” (BRASIL, 2011a, p. 115).

As principais ações de vigilância epidemiológica consistem: na definição, investigação do caso e notificação; na visita domiciliar a caso novo e convocação dos faltosos; realização de exames nos comunicantes; vigilância em hospitais e em outras instituições; vigilância de infecção tuberculosa em populações de alto risco de infecção; e acompanhamento e encerramento dos casos (BRASIL, 2011b).

Para alcançar uma atenção integral e resolutiva para o controle da TB, é primordial que as equipes de saúde da família estejam preparadas tecnicamente, bem como, utilizem as tecnologias leves com vistas a beneficiar o processo terapêutico com o intuito de fortalecer a construção do vínculo (SÁ et al., 2012).

As tecnologias leves, por sua vez, são aquelas relacionais no espaço intersubjetivo do profissional de saúde e paciente, que se refere às tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos e de autonomização (MERHY, 2002).

Procurar entender o discurso dos gestores a respeito dos aspectos relacionados ao retardo do diagnóstico da TB, levando em consideração a organização dos serviços de saúde e os elementos associados ao doente, consiste numa tentativa de conseguir obter uma detecção precoce de casos, diminuição da incidência da doença e a efetivação das ações de controle da TB no âmbito da Atenção Primária em Saúde (SÁ et al., 2013a).

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Foi desenvolvido um estudo de natureza descritiva com abordagem qualitativa. A pesquisa descritiva foi escolhida, pois “tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis” (GIL, 2008, p. 28).

Utilizou-se uma abordagem qualitativa por buscar compreender detalhadamente os significados e as características dos discursos dos participantes (RICHARDSON, 2008).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) e na Secretaria de Saúde do município de Sousa, Estado da Paraíba, conforme conveniência e disponibilidade dos participantes.

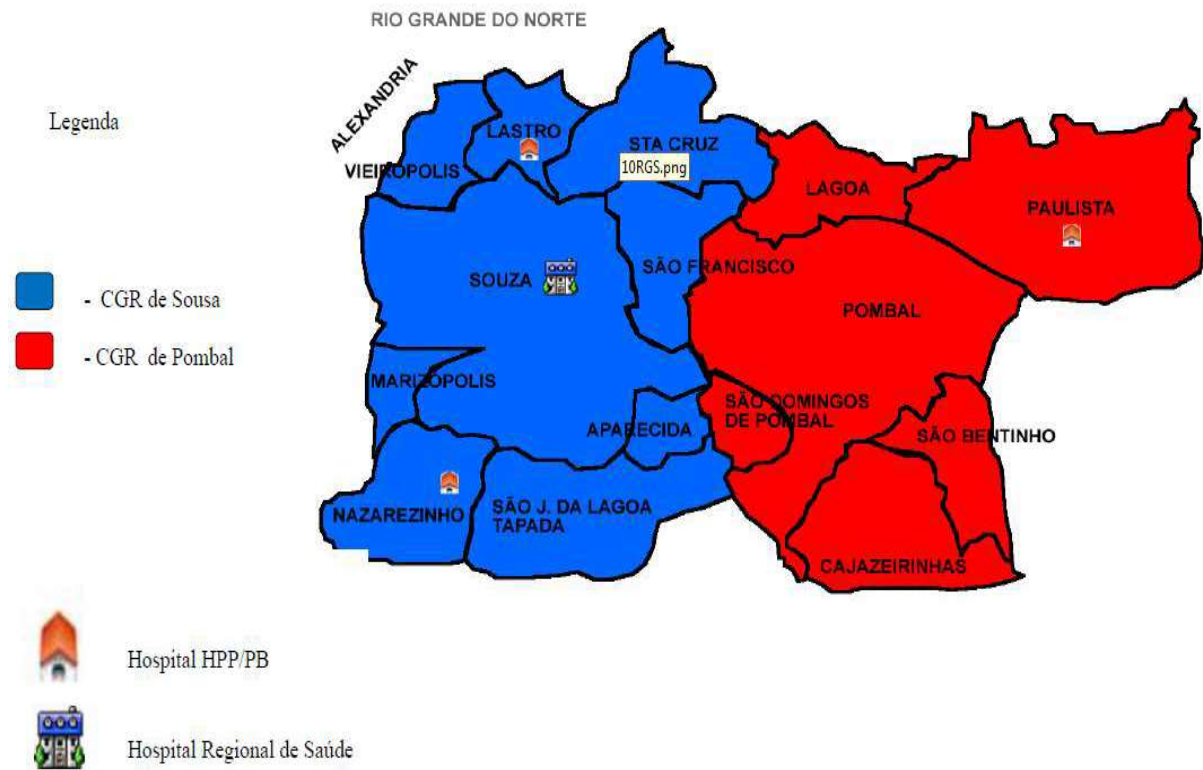
O município conta com 26 equipes de Saúde da Família, das quais 19 encontram-se localizadas na zona urbana e as demais na zona rural. Cada unidade é composta por uma equipe multidisciplinar generalista (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS e pela equipe de saúde bucal) que assiste uma área adscrita variando de 800 até 3.120 pessoas. As ESF são caracterizadas pelo atendimento com demanda espontânea e programada, com disponibilidade de recursos de baixa tecnologia e funcionando 40 horas semanais, de segunda a sexta-feira (7 às 11 horas e 13 às 17 horas), tendo o enfermeiro um dia de folga durante a semana.

O município de Sousa–PB faz parte da 10^a Gerência Regional de Saúde do Estado (figura 1) e corresponde à quarta macrorregião de saúde englobando uma população de 438.617 habitantes, representando uma concentração de 17,9% dos municípios e 12,05% da população da Paraíba (PARAÍBA, 2008a). As cidades circunvizinhas correspondentes a X GRS, são: Vieirópolis, Lastro, Santa Cruz, São Francisco, Aparecida, São José da Lagoa Tapada, Nazarezinho e Marizópolis (PARAÍBA, 2008b).

De acordo com o IBGE o município conta com uma população de 65.803 habitantes, sendo 31.798 habitantes correspondentes ao sexo masculino e 34.005 ao sexo feminino, podendo chegar a um quantitativo de 68.434 habitantes em 2014. A cidade fica localizada no

Alto Sertão paraibano a 420 km da capital João Pessoa, apresenta 738,547 km² de área territorial e uma densidade demográfica de 89,10 hab/km² (IBGE, 2010).

Figura 1 – Municípios da 10^a Gerência Regional de Saúde.



Fonte: PARAÍBA, 2008b, p. 107.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população, também denominada universo, é formada por um conjunto de elementos com características comuns, enquanto que a amostra é um subconjunto dessa população (RICHARDDSON, 2008).

A população do estudo foi formada por todos os enfermeiros atuantes na ESF, totalizando 26 profissionais. Deste universo, a amostra foi composta por apenas 15 enfermeiros que se disponibilizaram em contribuir com o estudo, sendo que os demais se negaram a participar.

Como critérios de inclusão foram selecionados enfermeiros independente do sexo, da titulação e com tempo de serviço na atual função superior a seis meses por estar adaptado a rotina da unidade.

Foram excluídos os enfermeiros que estavam afastados temporariamente de suas atividades por motivo de saúde, férias e outros.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Como instrumento de coleta de dados utilizou-se uma entrevista semi-dirigida, composta por questionamentos que contemplaram os dados sócio-demográficos, cujas variáveis exploradas consistiram no sexo, idade, estado civil, religião, função, tempo de atuação e especialidade.

Buscando atingir os objetivos propostos abordaram-se questões relacionadas aos relatos dos enfermeiros da Atenção Básica voltadas à organização dos serviços para atender o doente de TB; as ações das equipes da ESF direcionadas à busca ativa de sintomáticos respiratórios; as causas que favorecem o retardo do diagnóstico da doença; os fatores relacionados e o tempo decorrido entre o aparecimento dos sintomas de TB e a procura ao primeiro serviço de saúde para o diagnóstico de TB, bem como entre o aparecimento dos sintomas de TB e o início do tratamento de TB pelo serviço de saúde.

As entrevistas foram realizadas após agendamento prévio de horário e lugar com os enfermeiros. Foi dada preferência por realizá-las nos locais escolhidos pelos participantes, pois se entende que as entrevistas devem ser realizadas conforme a conveniência do entrevistado.

4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

O material empírico foi coletado no mês de julho de 2014. A priori, foi solicitada a Coordenação do Curso de Enfermagem desta Instituição de Ensino Superior um ofício que foi encaminhado a Secretaria Municipal de Saúde para fins de apresentação dos objetivos e caráter científico do estudo pela pesquisadora responsável. Após autorização institucional, foi realizada uma busca dos locais das referidas ESF e do nome dos enfermeiros responsáveis.

Em seguida, a pesquisadora participante dirigiu-se a todas as unidades de saúde no período da coleta de dados para manter contato com os enfermeiros e apresentar o projeto. Nesse momento, os participantes foram abordados em seus locais de trabalho (USF e Secretaria de Saúde) e esclarecidos sobre os objetivos do estudo, sendo convidados a participar voluntariamente do mesmo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Na oportunidade, foram informados que as entrevistas seriam gravadas através de um dispositivo de mídia – MP4, transcritas e textualizadas. Após a leitura da versão final e consentimento dos participantes para publicação dos dados, o texto foi submetido à análise.

Apesar dos entraves, a pesquisadora participante foi bem recepcionada pelas 26 enfermeiras que teve oportunidade de manter contato, independente de terem aceitado ou não participar do estudo. Todos os encontros transformaram-se em uma oportunidade única da mesma conhecer melhor o papel do enfermeiro na ESF e principalmente no que diz respeito a sua atuação frente ao doente com TB.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados sócio-demográficos foram dispostos em quadros (Quadro 1 e 2). As questões subjetivas voltadas ao objeto de estudo foram analisadas através da Técnica de Análise de Conteúdo, que segundo Bardin (2009, p. 44) consiste em:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos objetivos e sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Esse processo ocorreu em três etapas, que não obedecem obrigatoriamente uma ordem cronológica, são elas: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A pré-análise consiste na organização das informações obtidas, objetivando a sistematização das idéias iniciais, “de maneira a conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise” (BARDIN, 2009, p. 121). Nesta etapa, foram realizadas leituras do material coletado após a transcrição das entrevistas na íntegra e passaram por pequenas adequações lingüísticas que não modificaram o caráter espontâneo das falas, a fim de, conhecer os textos identificando os pontos convergentes e significativos ao tema.

A etapa seguinte tem por finalidade a aplicação sistemática das informações obtidas na pré-análise. A última fase subdivide-se no tratamento dos resultados, nas quais as informações são tratadas a fim de serem significativas e válidas e, na inferência, onde é realizada a análise do conteúdo e a interpretação, e os resultados interpretados conforme os objetivos preditos.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo considerou os aspectos éticos da pesquisa que envolve seres humanos contemplados na Resolução N° 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde/CNS em conformidade com os princípios que implicam na eticidade da pesquisa envolvendo seres humanos: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

Os participantes tomaram ciência do caráter da pesquisa e todos os elementos nela envolvidos de forma clara e objetiva, propiciando sua total compreensão, respeitando sua vontade de contribuir e permanecer ou não na pesquisa, tendo sua dignidade preservada.

Para tanto, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria (FSM/PB) para fins de apreciação e parecer.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O presente capítulo encontra-se dividido em três momentos. O primeiro destina-se à caracterização dos participantes cujos dados encontram-se dispostos em quadros sinóticos, de modo a proporcionar ampla visão de suas características. A partir das variáveis estudadas, como idade, sexo, estado civil, religião, tempo de atuação e especialidade foi possível delinear o perfil sócio-demográfico das enfermeiras, possibilitando, assim, maior entendimento acerca da atuação das mesmas.

O segundo momento trata da apresentação dos relatos das enfermeiras atuantes nas ESF no município de Sousa-PB sobre sua atuação e vivência com TB. O texto elaborado após a transcrição dos depoimentos foi descrito na íntegra, preservando a originalidade das falas. Por fim, acrescentaram-se as informações técnicas pertinentes às entrevistas, tais como o local, o dia e horário das mesmas.

No terceiro momento, após a leitura dos relatos que possibilitou maior reflexão sobre os temas que emergiram das entrevistas de cada participante, foram delineadas as categorias com suas respectivas falas e, posteriormente, uma análise com embasamento teórico na literatura pertinente.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

Respeitando-se o sigilo e anonimato das participantes, utilizaram-se no ato das entrevistas, códigos sugeridos pelas pesquisadoras. Pensou-se em identificá-las com a letra E, referente à profissão enfermeira, seguido do número arábico correspondente à ordem em que se sucedeu a coleta.

Conforme observado no quadro sinótico 1, percebe-se um perfil de participantes absolutamente do sexo feminino (15), com idades variando entre a faixa etária economicamente produtiva, dos 25 a 39 anos (15), apresentando união estável (08) e praticantes da doutrina católica (13).

Quadro 1 – Caracterização das participantes quanto à idade, sexo, estado civil e religião. Sousa–PB, 2014.

Pseudônimo	Idade	Sexo	Estado civil	Religião
EA 1	37	F	Solteira	Católica
EA 2	36	F	Solteira	Ateia
EA3	32	F	Solteira	Católica
EA 4	34	F	Casada	Católica
EA 5	31	F	Casada	Católica
EA 6	26	F	Solteira	Católica
EA 7	28	F	Casada	Protestante
EA 8	39	F	Solteira	Católica
EA 9	35	F	Casada	Católica
EA 10	27	F	Casada	Católica
EA 11	31	F	Solteira	Católica
EA 12	31	F	Casada	Católica
EA 13	27	F	Solteira	Católica
EA 14	25	F	Casada	Católica
EA 15	35	F	Casada	Católica

Fonte: Pesquisa direta, 2014.

Em relação à variável sexo, Rodrigues et al. (2012) enfatizam que a grande quantidade de profissionais do sexo feminino atuantes na enfermagem está relacionado ao contexto histórico do seu surgimento e ao seu reconhecimento como profissão.

Para Machado, Vieira e Oliveira (2012), a feminilização é uma característica forte do setor, isto é, a maioria da Força de Trabalho em Saúde (FTS) é feminina. Atualmente corresponde a mais de 70% de todo o contingente – e com tendência ao crescimento para os próximos anos. A enfermagem é formada quase que integralmente de mulheres e esse processo de feminilização ultrapassa 90% de toda equipe de enfermagem. Não obstante, estudos também demonstram uma presença crescente do público masculino no setor.

No tangente a variável idade, todas as enfermeiras são adultas-jovens. Para Barreto, Krempel e Humerez (2011, p. 253 – 254) “a força de trabalho dos profissionais de enfermagem no Brasil é majoritariamente jovem, com 63,23% na faixa etária entre 26 a 45 anos, no auge da sua força produtiva e reprodutiva”.

Dados semelhantes foram encontrados por Zanetti et al. (2010) e Rocha et al. (2009) em estudos realizados com profissionais da ESF/PSF do município de João Pessoa (PB) e em outras regiões do país no qual a maioria dos profissionais encontrava-se na faixa etária mais produtiva de suas vidas.

Quanto à variável estado civil, oito enfermeiras são casadas e sete estão solteiras. A partir dos dados disponíveis pelos Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN's), o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) conseguiu traçar no ano de 2010 o perfil do profissional de enfermagem no Brasil. Relativo ao estado civil, a maioria dos profissionais eram solteiros (49,29%) ou casados (34,66%) (A ENFERMAGEM, 2012).

Muito embora, os jovens possam apresentar outros vínculos empregatícios e as casadas possam não apresentar uma dupla jornada de trabalho, segundo Pinto, Menezes e Villa (2010), a quantidade de enfermeiras solteiras sugere que os jovens/adultos têm adiado um pouco o casamento, significando um fator positivo para o serviço de saúde, pelo fato das mesmas estarem mais disponíveis ao trabalho, o que muitas vezes não acontece com as casadas devido sua dupla jornada de trabalho e demais obrigações domésticas.

Em relação à religiosidade, 13 enfermeiras são praticantes do catolicismo, algo importante para o profissional quando da necessidade de auxiliar seu paciente a enfrentar as situações estressoras advindas de um diagnóstico indesejado. Gussi e Dytz (2008) afirmam que independentemente de sua doutrina religiosa, o enfermeiro deve conhecer as religiões dos pacientes a quem prestam cuidados e de todas as formas encorajar, considerar e reforçar suas crenças, pois o poder da fé é inigualável, é um estímulo à vida, ao conforto e a segurança. Deve-se considerar também que mesmo os profissionais de saúde que não se apresentam adeptos a nenhuma religião podem trabalhar a espiritualidade com os pacientes.

No quadro sinóptico 2, vê-se que o tempo de atuação das participantes nas ESF variou de 6 meses a 9 anos, predominando a atuação durante 1 ano e 6 meses (04). Apresentavam pós-graduação lato sensu (nível especialização) (13), prevalecendo a especialidade em ESF (09).

De acordo com Costa e Miranda (2008), o enfermeiro ampliou seu espaço de trabalho e sua inserção quando assumiu a linha de frente em relação aos demais profissionais de saúde na consolidação e fortalecimento da ESF no âmbito do SUS por desenvolver atividades assistenciais, administrativas e educativas.

Quanto ao tempo de atuação dos enfermeiros, um estudo realizado por Villela et al. (2011) no estado de Minas Gerais revelou que o tempo de participação desses profissionais no

mercado de trabalho foi de 46% nos primeiros dez anos do exercício profissional e de 25% entre 11 a 20 anos de atuação.

Quadro 2 – Caracterização das participantes segundo o tempo de atuação e especialidade. Sousa–PB, 2014.

Pseudônimo	Tempo de Atuação	Especialidade
EA 1	4 anos	ESF
EA 2	1 ano e 6 meses	ESF e Saúde Pública
EA3	1 ano e 6 meses	ESF
EA 4	5 anos e 7 meses	ESF
EA 5	9 anos	ESF
EA 6	1 ano e 6 meses	—
EA 7	1 ano e 7 meses	ESF e Gestão em Saúde
EA 8	5 anos	Educação em Saúde
EA 9	7 anos	Saúde Pública
EA 10	1 ano e 6 meses	Cuidado Integral ao Paciente Renal
EA 11	6 meses	UTI
EA 12	6 anos	ESF
EA 13	4 anos	ESF
EA 14	1 ano e 7 meses	—
EA 15	6 anos	ESF e Saúde Pública

Fonte: Pesquisa direta, 2014.

Roecker, Nunes e Marcon (2013) ao desenvolverem um estudo abordando o trabalho educativo do enfermeiro na estratégia saúde da família em uma regional de saúde do Paraná, constataram que a grande maioria (19 dos 20 enfermeiros participantes) cursou pós-graduação lato sensu, observando-se também áreas distintas, com o predomínio em saúde pública (12).

Segundo Paiva et al. (2010) o sistema organizacional de saúde deve oferecer condições necessárias para a qualificação profissional afim de que os trabalhadores de saúde possam melhor desenvolverem suas atividades, beneficiando a organização, a clientela e a sociedade. Para isso, é necessária que ocorra a reestruturação da saúde no Brasil sob a tríade: satisfação da clientela, valorização do profissional e qualidade dos serviços prestados.

De acordo com Fernandes et al. (2010) a explicação pela maior busca por cursos de especialização pelos enfermeiros pode ser devido a maior seletividade do mercado de trabalho associada a esperança de aumento salarial, a necessidade de apresentar um perfil diferenciado para o trabalho na ESF, bem como, a possibilidade de trabalhar no ensino de graduação.

Correlacionando o tempo de atuação em ESF e a especialidade escolhida pelas enfermeiras do presente estudo percebe-se que a maioria destas buscaram ampliar seu conhecimento em sua área de atuação, qual seja, Atenção Básica e outras optaram por somar mais de uma pós-graduação. Contudo, vê-se que duas enfermeiras atuantes há aproximadamente um ano e seis meses na ESF ainda não cursaram nenhuma pós-graduação, fragilizando o processo de ensino-aprendizado e também a assistência oferecida.

5.2 RELATOS DAS COLABORADORAS

RELATOS DA ENFERMEIRA E1

A entrevista foi realizada com a enfermeira E1 no dia 03 de julho de 2014 às 14:40 horas na ESF em que atua. A mesma tem 37 anos, é solteira, praticante da doutrina católica, exerce a função de enfermeira na Atenção Básica há quatro anos, e possui pós-graduação lato sensu (nível especialização) em Saúde da Família.

A tuberculose (TB) é uma doença do tipo bem contagiosa, infecciosa, bastante controlada atualmente! Tem todo um aparato, um tratamento, um cuidado preventivo que a gente da Estratégia Saúde da Família (ESF) trabalha em cima disso, a prevenção.

Quem tem o primeiro contato com os pacientes são os agentes comunitários de saúde, que sempre trazem a informação em primeira mão. A partir dessa primeira informação é que a gente pode desenvolver a prevenção. Então assim, os casos que a gente encontra são casos bastante isolados! São pessoas que não receberam tanta informação ou interpretaram-na mal. Acredito que todo mundo sabe o que é uma tuberculose.

Até onde vai o meu conhecimento, minha prática e minha realidade, assim como cada postinho tem a sua realidade, acredito que a TB no município de Sousa seja bem assistida nos dias de hoje. O município oferece uma plena assistência aos pacientes que estão em tratamento.

Atualmente, na minha unidade não tenho nenhum caso da doença, mas tive recentemente, e a secretaria de saúde me deu uma grande assistência.

Neste caso em particular, o tempo decorrido entre o aparecimento dos sintomas e a procura ao serviço de saúde para confirmação diagnóstica foi muito demorado, muito longo, aproximadamente um mês porque, em primeiro lugar, o paciente não aceitava o que ele tinha permanecendo tempos e tempos com os mesmos sintomas. Tinha tosse e febre, mas ele achava que estava com outro tipo de problema. Ele tratou todos os outros problemas para depois se conscientizar que tinha TB. Foi a partir do poder de convencimento da equipe de saúde que veio a aceitação parcial da doença. Digo parcial porque ele aceitou fazer o tratamento mesmo sem aceitar sua condição de saúde.

Quanto o tempo que o paciente espera desde o aparecimento dos sintomas até o início do tratamento pelo serviço de saúde este é imediato se ele estiver na Policlínica, por exemplo, onde a equipe de TB e Hanseníase nos dá todo o apoio. Se o paciente recebe o diagnóstico lá mesmo, imediatamente já começa o tratamento. Por outro lado, se ele passar inicialmente pela unidade de saúde, será encaminhado a um pneumologista, que também atende na Policlínica, para ele realizar o diagnóstico. Na verdade, a demora maior é fazer com que o paciente se conscientize que está doente e procure a ESF.

Dentre os fatores que contribuem para o diagnóstico tardio da TB a busca ativa é o que mais dificulta. Se você não desenvolve uma certa assistência direcionada a busca ativa e não realiza um trabalho preventivo referente a temática esse diagnóstico não vai ser feito. Por outro lado, se faço esse trabalho, se reúno minha equipe e trabalho em cima disso, acabarei proporcionando uma busca ativa de todas as pessoas que têm os sintomas.

Atualmente, em nossa unidade não temos desenvolvido ações de busca ativa de sintomáticos respiratórios nem qualquer outra atividade voltada a TB porque temos outras prioridades no momento. Já desenvolvemos ações relacionadas, tipo, visita domiciliar junto com os agentes de saúde, formação de grupos, palestras e panfletagens, tudo isso a fim de contribuir com os indivíduos na descoberta dos primeiros sintomas da TB. Além disso, fazíamos também o acompanhamento com os comunicantes.

RELATOS DA ENFERMEIRA E2

A entrevista foi realizada com a enfermeira E2 no dia 07 de julho de 2014 às 08:15 horas na ESF em que atua. A mesma tem 36 anos, é solteira, não pratica nenhuma religião, exerce a função de enfermeira na Atenção Básica há um ano e seis meses, e possui pós-graduação lato sensu (nível especialização) em Programa Saúde da Família e Saúde Pública.

A tuberculose é uma doença marginalizada por pensarmos que é uma doença de pobre e sujo. O fato é que, quando uma pessoa de um nível mais elevado é diagnosticada com TB, como eu já tive um caso aqui, ela quer distância de você e procura realizar o tratamento na Policlínica para não ter contato com a equipe da ESF, justamente por haver essa marginalização da doença.

Acredito que em nosso município os casos de TB vêm diminuindo, muito embora, ainda continue elevada no subúrbio. Neste caso, existe a busca ativa pelos agentes de saúde no próprio posto onde ficamos supervisionando o controle do tratamento a fim de evitar a desistência do mesmo. O tratamento é muito longo e a medicação de alta dosagem causa reação e quando eles começam a se sentirem melhor acham que estão curados. Neste caso, intensificamos o cuidado para não haver o abandono do tratamento, principalmente pelos pacientes de nível escolar mais baixo.

Quanto ao tempo que o doente de TB realiza entre o aparecimento dos sintomas e a procura pelo serviço de saúde eu não sei precisar exatamente, pois varia muito de paciente para paciente. Tem paciente que a gente descobre rápido porque tem aquela questão dos 15 dias, o agente de saúde vai ao domicílio e encaminha para a unidade. Mas, também tem aqueles que demoram mais, pois relacionam os sintomas ao uso do fumo ou alguma coisa assim.

Por outro lado, o início do tratamento pelo serviço de saúde é rápido, pois encaminhamos o paciente para os exames e após resultado positivo ele já inicia com o tratamento na Policlínica onde as medicações são disponibilizadas. Só há problema quando falta medicação no Estado sendo mais complicado.

Em minha opinião os fatores que contribuem para o diagnóstico tardio da TB seriam a falha na busca ativa, a pouca conscientização através do Ministério da Saúde na televisão e também a dificuldade que alguns médicos têm principalmente médico hospitalar de acharem que determinados sintomas podem ser de uma TB.

No momento aqui na unidade não existe nenhuma estratégia de busca ativa de sintomáticos respiratórios relacionada à TB. Os agentes de saúde realizam busca ativa somente quando aparece algum paciente com sintomas, pois palestra e sala de espera aqui é muito complicado.

RELATOS DA ENFERMEIRA E3

A entrevista foi realizada com a enfermeira E3 no dia 07 de julho de 2014 às 15:00 horas na ESF em que atua. A mesma tem 32 anos, é solteira, praticante da doutrina católica, exerce a função de enfermeira na Atenção Básica há um ano e seis meses, e possui pós-graduação lato sensu (nível especialização) em Saúde da Família.

A tuberculose é uma doença antiga, curável, fácil de ser diagnosticada e tratada. É uma doença que quanto mais precoce for diagnosticada maior é a chance de cura.

No município de Sousa quando aparece algum caso suspeito o mesmo é encaminhado à Policlínica onde são realizados os exames necessários, a confirmação do diagnóstico e iniciado o tratamento. Temos como contribuintes o setor de Vigilância que comunica os casos suspeitos e os especialistas. Após confirmada a doença, o tratamento é iniciado e a medicação fornecida. O enfermeiro realiza o acompanhamento das doses supervisionadas e faz a busca ativa dos comunicantes.

Desde que assumi essa unidade não notifiquei nenhum caso de TB, mas a respeito do aparecimento dos sintomas e a procura ao primeiro serviço de saúde para confirmação diagnóstica nós trabalhamos de acordo com as informações colhidas pelos ACSs, realizamos busca ativa, investigamos os primeiros sintomas e a médica da ESF encaminha o caso suspeito para o especialista e solicita os exames necessários. A vigilância nos ajuda na investigação e notificação. Depois de confirmado o diagnóstico inicia-se o tratamento e controle dos comunicantes.

Quanto ao tempo que o paciente leva para procurar o serviço é difícil dizer, pois nunca me deparei com um caso de TB. Porém, sabe-se que isso depende muito do paciente, pois, quando os sintomas aparecem muitos acham que é uma simples virose. Somente quando o caso está muito avançado, agravado é que ele procura o serviço. Após confirmado o diagnóstico, de acordo com exames, o tratamento é iniciado de imediato, pois, quando suspeitamos já encaminhamos à Policlínica para o início do mesmo.

O diagnóstico tardio da TB está relacionado à falta de informação dos pacientes, a resistência e o abandono do tratamento. Outro fator que contribui é o fato dos pacientes começarem a sentir alguns sintomas e não procurarem a unidade, agravando o quadro e tornando o diagnóstico cada vez mais tardio.

A busca pelo serviço ocorre de acordo com os sintomas de qualquer doença no qual o paciente é acometido. Geralmente, eles vêm para uma consulta médica relatando uma gripe,

alguns sintomas respiratórios, febre há tantos dias. Como eles não têm conhecimento sobre a TB não associam os sintomas à doença, cabendo ao profissional suspeitar e iniciar o planejamento de ações que trabalhem ele, a família e a população.

Quanto à busca ativa dos sintomáticos respiratórios nós não realizamos. Como os ACSs estão dia a dia na comunidade a gente espera muito a informação deles, pois eles têm conhecimento da doença e sabem exatamente como passar as informações.

RELATOS DA ENFERMEIRA E4

A entrevista foi realizada com a enfermeira E4 no dia 07 de julho de 2014 às 16:10 horas na ESF em que atua. A mesma tem 34 anos, é casada, praticante da doutrina católica, exerce a função de enfermeira na Atenção Básica há cinco anos e sete meses, e possui pós-graduação lato sensu (nível especialização) em Saúde da Família.

A tuberculose é uma doença 100% curável e apresenta como entrave maior o diagnóstico, que quanto mais precoce for realizado melhor o tratamento do paciente. Acredito que o município tem um alto índice de TB, pelo menos no que diz respeito ao bairro em que atuo o Mutirão, devido à procura das pessoas, os sintomáticos que aparecem e aqueles que já passaram pelo tratamento.

O primeiro fator que contribui para o diagnóstico tardio da TB é a burocracia. Às vezes, não tem médico na unidade, e quando tem, este sente dificuldade em diagnosticar os casos suspeitos a partir de exames mais simples como a baciloscopia cujo resultado é rápido. Em algumas situações a primeira baciloscopia dá negativa ou não é possível diagnosticar a partir da mesma, sendo necessário exames mais complexos como a tomografia.

Quando o diagnóstico é obtido a partir da baciloscopia o início do tratamento é bem mais rápido, como foi o caso recente de uma paciente sintomática cuja baciloscopia deu positiva e, no mesmo dia ela já iniciou o tratamento. Acredito que, por muitas vezes, a baciloscopia dá negativa devido o paciente já vir fazendo uso de medicação como antibiótico. Sem falar que os sintomas da TB podem ser vistos como o de uma pneumonia ou broncopneumonia retardando mais ainda o diagnóstico.

Quanto ao tempo para os pacientes procurarem a unidade a partir do aparecimento dos sintomas pode levar de dois a quatro meses. De acordo com a minha experiência aqui ESF os pacientes inicialmente tratam a tosse como gripe ou alergia, procurando a unidade apenas quando passam a produzir o escarro com sangue.

Os últimos três casos que apareceram aqui na ESF passaram mais ou menos uns quatro meses para serem confirmados, porque só foram diagnosticados através de exames de imagem como raio X e tomografia após internação hospitalar, mesmo tendo passado anteriormente pelo médico da unidade e pelo pneumologista.

Há uns dois meses atrás, houve um treinamento sobre TB no qual a médica e a equipe participaram o que facilitou e melhorou bastante o planejamento e desenvolvimento

das ações de busca ativa de sintomáticos respiratórios na ESF e a notificação dos casos. Antigamente, por muitas vezes, não havia uma comunicação entre a médica e a equipe após a consulta de um suspeito de TB. Agora, trabalhamos em equipe identificando os sintomáticos.

A médica nos comunica os suspeitos que se consultaram, os agentes de saúde nos avisam das pessoas com tosse persistente em sua área e os trazem ao serviço. Ultimamente realizamos palestra na escola para jovens e adultos e sempre alertamos com relação a TB e hanseníase que são doenças predominantes no bairro.

RELATOS DA ENFERMEIRA E5

A entrevista foi realizada com a enfermeira E5 no dia 09 de julho de 2014 às 16:00 horas na ESF em que atua. A mesma tem 31 anos, é casada, praticante da doutrina católica, exerce a função de enfermeira na Atenção Básica há nove anos, e possui pós-graduação lato sensu (nível especialização) em Programa Saúde da Família.

A tuberculose antigamente era uma doença que não tinha tratamento e cura. Ultimamente tem se tornado comum no nosso dia a dia, embora ainda seja muito estigmatizada e escondida pelos pacientes que se recusam a fazerem o tratamento na unidade dirigindo-se a outros setores para não revelarem que tem a doença.

Atualmente aqui no PSF não temos nenhum caso de TB. No entanto, seu controle é feito na Policlínica onde é realizada a busca ativa dos pacientes e de onde muitas vezes somos informados do diagnóstico de pacientes da nossa área. Isso acontece, pois a maioria da população do município sabe que o tratamento da TB é realizado na Policlínica e se dirige para lá ao invés de vir primeiro ao posto. A Policlínica contém fichas com os dados do paciente de modo que quando ele atrasa a busca da medicação a equipe entra em contato conosco e realiza o controle correto dos pacientes.

Quando surge algum paciente com sintomas de tosse frequente e febre encaminhamos inicialmente para consulta médica no próprio serviço. Se houver suspeita de diagnóstico o mesmo é encaminhado para um pneumologista na Policlínica. Quando o paciente é contra-referenciado com diagnóstico positivo começamos o tratamento na unidade.

Quanto ao aparecimento dos sintomas e a procura ao primeiro serviço de saúde para confirmação diagnóstica alguns vêm direto à unidade, mas não procura a enfermeira e sim o médico, geralmente apresentando tosse, febre e às vezes até suspeitam da TB ou já tiveram algum caso na família. Outros, como já me referi, vão direto à Policlínica para que o PSF não saiba do caso e quando somos informados o paciente já está no segundo mês de tratamento, pois, os mesmos vêm buscar a segunda dose mensal aqui na unidade ou então a equipe da Policlínica entra em contato conosco em no máximo uma semana para que notifiquemos e acompanhemos o paciente durante o tratamento.

Quanto ao tempo para eles procurarem o serviço a partir do início dos sintomas eu acho que leva um mês, porque primeiro eles tentam tratar-se em casa como uma alergia ou uma virose. Só a partir do momento que o paciente percebe que não tem melhora é que procuram o serviço. Já para o início do tratamento é mais ou menos um mês também, porém,

varia de paciente para paciente. Assim que ele é diagnosticado na Policlínica a medicação já é entregue.

Em minha opinião o principal fator que contribui para o diagnóstico tardio da TB está relacionado com o preconceito dos pacientes com a própria doença.

A busca ativa de sintomáticos respiratórios na ESF se dá a partir do momento em que descobrimos e notificamos um paciente com tuberculose. Após, procuramos a família para saber se alguém mais apresenta tosse, febre e se foram vacinados contra a BCG que previne as formas graves da doença. Sabemos que a BCG não previne a forma pulmonar da TB, mas mesmo assim, se algum comunicante não tiver cicatriz vacinal nós o encaminhamos à Policlínica para ser vacinado e a médica da ESF solicita o raio X de tórax para o mesmo.

Não realizamos com frequência palestra relacionada à TB, pois temos pouquíssimos pacientes e há um tempo não temos casos. Porém, como temos casos de hanseníase já realizei palestra até no batalhão de polícia.

RELATOS DA ENFERMEIRA E6

A entrevista foi realizada com a enfermeira E6 no dia 14 de julho de 2014 às 14:30 horas na ESF em que atua. A mesma tem 26 anos, é solteira, praticante da doutrina católica, exerce a função de enfermeira na Atenção Básica há um ano e seis meses, e não possui pós-graduação lato sensu (nível especialização).

A tuberculose é uma doença muito antiga, silenciosa e de difícil controle, porque pelo tempo que existe e se trabalha com a mesma já era pra ter um menor número de doentes. Traz como problema a não aceitação da doença e do tratamento por parte do paciente que não a divulga.

No município de Sousa não sei informar como está à incidência da doença, mas temos um fluxograma para realizarmos o controle da mesma. Primeiro, identificamos o paciente sintomático na unidade, solicitamos a baciloscopia que é levada até a Policlínica e a depender do resultado são solicitados exames complementares para após diagnóstico iniciar o tratamento do paciente.

O serviço primeiramente procura se organizar para tentar de alguma forma identificar os sintomáticos por meio de exames que facilitem o diagnóstico correto da doença e o tratamento é observado quando não há uma boa aceitação da mesma. O paciente é monitorado para observarmos as reações da medicação e se ele está realizando o tratamento diariamente para que não haja complicação. Pois, quando os sintomas deixam de existir eles acham que não precisam mais continuar com a medicação e por vezes também não aceitam tomá-la devido às reações.

Geralmente como a tosse se torna persistente por uma semana ou um mês chegando a incomodar, a presença de febre durante a tarde, além de todo mundo já ter alguma informação sobre a tuberculose pela televisão faz com que eles nos procurem. Após o aparecimento desses sintomas, o paciente se ver debilitado e procura o posto de saúde, mais provavelmente o médico. Às vezes, ele é identificado anteriormente por uma agente de saúde que o encaminha a unidade. É difícil eles procurarem o enfermeiro queixando-se desses sintomas.

Após, o médico solicita a baciloscopia e o raio X com urgência para que eu providencie junto a Policlínica e oriente o paciente sobre como realizar a coleta do escarro. Se necessário o encaminhamos para o pneumologista para o diagnóstico e início do tratamento, no entanto, é difícil convencer o paciente a aceitar a doença.

Quanto ao aparecimento dos sintomas e o início do tratamento pelo serviço de saúde, digamos que ele chegou hoje pela manhã a ESF e é sintomático respiratório, nós já orientamos como é feita a coleta do escarro e tentamos realizá-la no mesmo dia ou então no outro dia pela manhã. No caso, acredito que em uma semana mais ou menos ele inicie o tratamento. Quando recebe o resultado do diagnóstico o início do tratamento supervisionado é imediato. Neste caso, do início dos sintomas e o tratamento levaria um mês e uma semana.

Para mim os fatores que contribuem para o diagnóstico tardio da TB estão relacionados principalmente ao paciente buscar o serviço e relatar o que está sentindo. Pois, se houvesse uma melhor aceitação da doença e busca da unidade por parte dele diminuiria cada vez mais o retardo do diagnóstico. Geralmente, o agente de saúde é quem identifica o paciente que apresenta tosse persistente por estar todos os dias em sua área e orienta-o a procurar a unidade para investigarmos o caso.

As ações de busca ativa de sintomáticos respiratórios na ESF partem dos agentes de saúde, mas toda a equipe tem conhecimento de como identificá-los. Geralmente realizamos visitas domiciliares e tentamos identificá-los através de sua vinda a unidade por outros motivos. Após identificarmos é registrada no livro essa busca ativa. Recentemente tivemos um sintomático respiratório no qual foi à família que solicitou nossa visita e realizamos a solicitação necessária para diagnosticar ou descartar a possibilidade, porém, não foi diagnosticado com TB. Aqui nós não realizamos palestras direcionadas somente a tuberculose, no geral, falamos sobre tuberculose e hanseníase.

RELATOS DA ENFERMEIRA E7

A entrevista foi realizada com a enfermeira E7 no dia 14 de julho de 2014 às 15:15 horas na ESF em que atua. A mesma tem 28 anos, é casada, praticante da doutrina protestante, exerce a função de enfermeira na Atenção Básica há um ano e sete meses, e possui pós-graduação lato sensu (nível especialização) em Programa Saúde da Família e Gestão em Saúde.

A tuberculose que é o objeto da sua pesquisa é uma doença que possui morbidade digamos assim significativa, preconceito relativo à doença, aos profissionais, aos usuários, familiares e aos comunicantes. Cabe a nós profissionais da saúde e, principalmente aos agentes de saúde e ao enfermeiro que temos mais contato com a população, buscar esses casos.

Nessa conjuntura que atravessamos hoje a tuberculose está sendo confundida com algumas doenças sazonais dentre elas a coqueluche. Os sintomas iniciais da tuberculose é aquela tosse seca com mais de três semanas. Quanto à coqueluche houve um surto que iniciou o mês passado, em junho, e agora no mês de julho estamos sendo alertados através da vigilância epidemiológica para o aparecimento desses casos. Então nesse meio tempo de junho e julho a tuberculose está sendo confundida com alguns sintomas da coqueluche.

A tuberculose tem indicadores que por hora vêm aumentando pouco a pouco nos municípios adjacentes e também no município de Sousa. Semestralmente temos uma oficina de indicadores de saúde onde avaliamos a prevalência de casos de tuberculose e hanseníase. Esses indicadores são sempre monitorados nessas oficinas no qual visualizamos a situação de Sousa e dos municípios adjacentes e especialmente os de cada posto de saúde. Então, temos conhecimento que os indicadores vêm crescendo pouco a pouco.

A organização dos serviços de saúde no controle da tuberculose em Sousa funciona da seguinte forma: fazemos a busca ativa se for o caso ou o paciente vem até o médico para consulta e ele suspeita de tuberculose. A partir dessa suspeita encaminhamos o paciente a Policlínica para o setor de tuberculose e hanseníase. Lá eles são orientados sobre o exame de escarro e de como fazer a coleta correta do material, procurar um ambiente arejado, não escovar os dentes, não beber água e fazer a coleta da melhor forma possível. Em seguida, eles recebem o resultado de uma ou duas baciloscopias sendo positivada e a depender do caso pode ser diagnosticado a partir de raio X. Logo, a porta de entrada seria o PSF, nós

encaminharíamos o paciente para o setor de tuberculose e hanseníase na Policlínica onde fariam os exames diagnósticos e receberia a poliquimioterapia e retornaria a unidade para acompanharmos a dose supervisionada.

Cinco semanas seria o tempo decorrido entre o início dos primeiros sintomas (tosse há mais de três semanas) e a busca pelo serviço para diagnosticar a doença. Tivemos um usuário trabalhador que estava com essa tosse há mais de três semanas, não tinha procurado nenhum posto de saúde e comentou que estava se sentindo mal e com falta de ar para a agente de saúde. Esse paciente está em tratamento e seu diagnóstico foi tardio porque não fizemos busca ativa. Ele é que veio até nós.

Tivemos um caso aqui no bairro de um paciente que no momento está em tratamento. Nós íamos fazer a visita domiciliar e o médico se recusou porque não tínhamos a máscara N95. Então, de início tivemos esse entrave. Esse paciente foi diagnosticado na Policlínica e estava com as baciloscopias e havia iniciado o tratamento há mais ou menos uns cinco dias. Logo, sabemos que a medicação ainda não estava totalmente efetiva e ele ainda continua transmitindo o “vírus”. Então, seria um risco para o profissional e nós trabalhamos com risco zero. Tivemos esse entrave do médico, mas por outro lado nos trouxe como benefício à aquisição dessas máscaras para unidade. Hoje em dia temos máscara para enfermeiro, agente de saúde e médico caso necessitarmos.

Entre o aparecimento dos sintomas e o início do tratamento pelo serviço de saúde se o paciente aparecer para mim na segunda-feira e for encaminhado para a Policlínica, na terça-feira ele já faz o escarro, na quarta-feira ele recebe o resultado e inicia o quanto antes esse tratamento. Logo, se ele vem à unidade com cinco semanas do início dos sintomas com seis semanas ele já inicia o tratamento.

Um dos fatores que contribuem para o diagnóstico tardio da TB está associado principalmente à falta de comunicação do pessoal que está com a morbidade em procurar o serviço de saúde. Sabemos que o Programa Saúde da Família tem de ir ao encontro do usuário, contudo, isso se torna complicado pelo fato dos usuários trabalharem durante o horário de funcionamento da unidade.

Quanto ao planejamento e desenvolvimento de ações de busca ativa de sintomáticos respiratórios na ESF inicialmente os agentes de saúde é quem fazem a triagem, pois têm mais contato com a população e conhece a realidade de cada pessoa. Após tomarem ciência dos casos de tosse há mais de três semanas eles nos recrutam para realizarmos uma visita domiciliar. Planejamos a visita domiciliar para fazermos essa abordagem inicial, ou então, pedimos para que eles venham até o posto de saúde. Em alguns casos de demanda imediata o

paciente vem ao médico se consultar e caso ele suspeite que os sintomas sejam de TB nos comunica para em seguida encaminhá-lo à Policlínica.

Quanto à realização de palestras voltada para a tuberculose esse ano a gente ainda não fez, mas está no nosso planejamento anual fazer essa capacitação tanto para os agentes de saúde como orientar a população. O ano passado o posto do Angelim teve a iniciativa de fazer uma capacitação inicialmente para os agentes de saúde no qual eu ministrei. Foi uma reunião de duas horas com os agentes de saúde tirando dúvidas, informando como fazerem busca ativa e como seguir o fluxo. Sempre colocamos cartazes principalmente da tuberculose e os enfoques de campanhas.

Aos comunicantes orientamos a fazerem o PPD, os encaminhado à Policlínica para realizarem os testes e ficarmos monitorando-os. Procuramos os comunicantes do núcleo familiar e os mais próximos que ficam em outros bairros orientando a família que é uma doença infectocontagiosa e que fiquem monitorando o aparecimento dos sintomas e fazer o PPD pra vê a questão do reator.

RELATOS DA ENFERMEIRA E8

A entrevista foi realizada com a enfermeira E8 no dia 16 de julho de 2014 às 14:25 horas na ESF em que atua. A mesma tem 39 anos, é solteira, praticante da doutrina católica, exerce a função de enfermeira na Atenção Básica há cinco anos, e possui pós-graduação lato sensu (nível especialização) em Educação em Saúde.

A tuberculose é uma doença que merecia mais atenção por parte da equipe profissional, necessitando de melhor capacitação para equipe médica que é à base do serviço e por quem o paciente passa despercebido porque eles nunca pensam primeiro em diagnóstico tuberculose, sempre acham que é uma virose ou infecção quando tem febre.

O fator que contribui para o diagnóstico tardio da TB é a falha na busca ativa dos sintomáticos respiratórios. Atribuo isso a equipe, ao diagnóstico ser dado pelo médico, pois não temos autonomia para solicitar um Raio X , apenas a baciloscopia. Tem também a questão do paciente procurar diretamente o médico e não passar pela enfermeira por acharem que não temos capacidade de fazer esse diagnóstico.

Todos os pacientes que acompanhei com tuberculose vieram referenciados da Policlínica. Foram diagnosticados no Hospital Regional, encaminhados direto à Policlínica e somente quando veio à notificação foi que me procuraram para fazer a busca ativa na área. Não é fácil trabalhar com tuberculose em Sousa. Primeiro subnotificação, segundo diagnóstico atestado no hospital, terceiro resistência dos pacientes com relação ao preconceito.

O Programa Tuberculose e Hanseníase é muito interessante porque quando a enfermeira observa um paciente com tosse a primeira coisa que ela pensa é em tuberculose e o médico em processo alérgico. Quando uma enfermeira observa uma mancha ela pensa em hanseníase e o médico em uma dermatite. Essa diferença no olhar é muito interessante. Quando dispomos de um bom médico na área adstrita que olha para o paciente que o procura porque está cansado, com tosse, febre, e ele logo pensa em TB, isso nos ajuda bastante.

Porém, o paciente por muitas vezes tem que se internar com uma pneumonia ou alguma outra complicação no hospital para ser feito o diagnóstico e depois procurar a unidade quando deveria ser ao contrário. Deveria ser diagnosticado na unidade para depois ir para o serviço de referência e tomar a medicação.

Quanto à organização dos serviços de saúde voltados ao controle da TB temos uma equipe de apoio a TB e a Hanseníase muito boa. Eles ficam abertos na Policlínica para fazer a baciloscopia e PPD durante a semana e também nos dão um apoio. No último treinamento nos foi repassados a importância do Tratamento Diretamente Observado (TDO), algo que melhorou bastante a questão da busca, acompanhamento e vínculo com o paciente. Então, mesmo o médico diagnosticando ele procura a enfermagem para tomar o remédio, fazemos a visita junto com o médico para fazer os controles e saber como o paciente e os comunicantes estão e ver os exames.

Recentemente eu tinha uma paciente que era diabética, tinha um problema vascular, tuberculose e mais um problema mental. Foi muito importante a questão de termos uma equipe multidisciplinar e o apoio do NASF (Núcleo de Atenção a Saúde da Família), porque conseguimos trabalhar todos os problemas e tínhamos como fazer uma referência e contra-referência.

Em relação ao aparecimento dos sintomas e a procura ao primeiro serviço de saúde para confirmação diagnóstica quando o paciente nos procura, primeiro leva em torno de duas semanas, não demoram muito e com mais uns dez dias no máximo ele inicia o tratamento o que levaria no todo umas três semanas. Porque primeiro a comunidade conhece o serviço e se estiver apresentando dor, febre, tosse logo nos procura. O problema maior é como você vai observar essa tosse, se vai vê-la como um processo alérgico ou suspeitar de uma tuberculose.

Para confirmar o diagnóstico pedimos o PPD e a baciloscopia cujo resultado é rápido. O paciente já sai daqui com o encaminhamento agendado para ir na mesma semana, a depender do dia, fazer os exames que pode incluir o raio X. Neste caso, procuramos a secretaria de saúde para agilizar o mais rápido possível o exame, pois é um caso diagnóstico. Assim que o paciente estiver com os resultados ele retorna a unidade para a consulta para fechar o diagnóstico e começar com a medicação.

A base do nosso trabalho de busca ativa de sintomáticos respiratórios são os agentes comunitários de saúde. Então, os oriento a observar em sua área as casas em que as pessoas apresentam tosse, pois como tivemos um surto de coqueluche aqui em Sousa caso o paciente esteja com tosse orientamos procurar a unidade. Na unidade investigamos essa tosse, qual o problema, quando começou e a qual diagnóstico podemos chegar. Desse modo, os agentes comunitários de saúde visitam as casas e encaminham os pacientes para o ambulatório na unidade.

Não realizamos palestras, só quando tem algum evento que a gente faz no PSF, porque tenho grupos de gestantes, idosos e de mães que amamentam e sempre tem um tema mais interessante, como no momento não temos nenhum caso para trabalhar a tuberculose não falamos do tema. Nós damos prioridade a outras coisas, pois nesses cinco anos que estou aqui tive apenas três casos de tuberculose. Duas vizinhas da unidade e outra vinda de outro Estado. Ao contrário da hanseníase que eu tive quatro casos de uma vez. Depois de diagnosticado o primeiro caso, fizemos busca ativa ao redor pra achar os demais. Do mesmo jeito fizemos com a tuberculose quando chegou o primeiro caso fomos atrás dos comunicantes.

RELATOS DA ENFERMEIRA E9

A entrevista foi realizada com a enfermeira E9 no dia 16 de julho de 2014 às 15:30 horas na ESF em que atua. A mesma tem 35 anos, é casada, praticante da doutrina católica, exerce a função de enfermeira na Atenção Básica há sete anos, e possui pós-graduação lato sensu (nível especialização) em Saúde Pública.

A tuberculose é uma doença antiga, grave, mas que hoje é mais fácil porque todo mundo tem acesso ao médico, a raio X, a medicação. Antigamente morria muita gente de TB, hoje é muito raro isso acontecer. Quando o paciente é diagnosticado com a tuberculose toda equipe da saúde, incluindo a secretaria de saúde, prestam uma assistência completa a esse paciente. Fazemos de tudo para que o paciente faça o tratamento certo para não o perdermos.

Acredito que a organização do serviço e acompanhamento dos casos de TB aqui em Sousa seja muito boa, porque quando o paciente precisa de uma transferência para João Pessoa, uma tomografia, ressonância eles dão um jeito de realizar.

Antigamente o paciente procurava a unidade ou o agente de saúde no momento da visita quando achava um caso suspeito de TB nos comunicava. Nós íamos até o paciente ou ele vinha no posto para encaminharmos ao raio X e ao pneumologista. A medicação vinha para unidade, nós a distribuíamos e realizávamos o tratamento supervisionado. Porém, hoje não é mais assim, pois o Conselho Regional de Farmácia proibiu aqui em Sousa a entrega de medicamentos pelas enfermeiras, nem o anticoncepcional podemos entregar. A medicação passou a ser entregue pela Policlínica.

Hoje, descobrimos o paciente com TB, encaminhamos para o raio X e pneumologista e depois do diagnóstico notificamos e referenciamos o paciente à Policlínica para pegar a medicação e iniciar o tratamento. Ficamos com o cartão e com o prontuário do paciente e uma vez por semana mantemos contato para ver se realmente ele está tomando e pegando a medicação.

O aparecimento dos sintomas e a procura ao primeiro serviço de saúde para confirmação diagnóstica vão depender de cada caso. Não leva muito tempo, pois, o tempo que o paciente apresenta tosse e os outros sintomas e para aceitar que tem a doença e procurar a unidade não passa mais de mês.

Após o paciente procurar a unidade leva-se uma semana, quinze dias no máximo para o início do tratamento. Porque quando o paciente chega e diz que suspeita estar com TB já marco logo os exames para encaminhá-lo ao pneumologista e fazer a baciloscopia na Policlínica. O entrave é maior consiste em ele procurar o serviço de saúde, porque ao colocar os pés aqui dentro da unidade, no outro dia já estamos providenciando tudo.

Um dos fatores que contribuem para o diagnóstico tardio da TB é o preconceito do paciente, pois muitos se recusam a dizer que tem TB e a aceitar a doença. Já tivemos casos de paciente em que só fomos descobrir que ele tinha a doença quando o mesmo foi para outra cidade fazer o tratamento. Tive também uma paciente que veio de Patos fazer o tratamento aqui em Sousa, pois não queria que a família ficasse sabendo que ela tinha TB.

Em relação à busca ativa dos sintomáticos respiratórios são os agentes de saúde quem realiza, porque eles estão dia a dia na casa dos pacientes. Durante as visitas eles perguntam se estão com problema e prestam atenção nos sintomas de TB e hanseníase para me informarem e também o médico. Nós realizamos o controle dos comunicantes quando o paciente é diagnosticado, mas, não fazemos educação em saúde. Os comunicantes fazem o PPD e aqueles que dão o fator baixo tomam a BCG.

RELATOS DA ENFERMEIRA E10

A entrevista foi realizada com a enfermeira E10 no dia 22 de julho de 2014 às 14:30 horas na ESF em que atua. A mesma tem 27 anos, é casada, praticante da doutrina católica, exerce a função de enfermeira na Atenção Básica há um ano e seis meses, e possui pós-graduação lato sensu (nível especialização) em Cuidado Integral ao Paciente Renal.

A tuberculose precisa ser muito debatida na Atenção Básica, porque, apesar de nunca ter tido nenhuma experiência com paciente de TB, já participei de capacitações e vejo que o nível de informação que temos ainda é pouco necessitando de mais investimentos nessa área.

Não é admissível que na época de hoje ainda exista tantos pacientes com tuberculose. Acredito que deveria existir mais informação, o que não ocorre devido à falta de estruturação da Atenção Básica em abordar esses tipos de paciente. O que salva um pouco é a imunização que tem uma grande cobertura, porque o serviço da Atenção Básica é muito deficitário nessa área.

Pela pouca vivência que tenho com TB não sei dizer realmente como está o índice da mesma aqui no município de Sousa. Mas, trabalho em uma unidade mista que reúne no mesmo prédio três ESF e vejo que no PSF vizinho tem muito caso de tuberculose e hanseníase que são doenças muito antigas que acompanham a humanidade desde o seu surgimento.

Infelizmente vejo muitos casos graves de paciente com tuberculose devido à falta de informação. A população procura muito a rede hospitalar e não procura muito à unidade, isso às vezes prejudica a captação desse paciente para podermos acompanhar o tratamento por aqui.

Acredito que um dos fatores que contribuem para o diagnóstico tardio da TB é o fato dos agentes de saúde não fazerem seu papel como deve ser feito. Não é falando dos meus colegas de profissão, mas o agente de saúde é fundamental para poder haver a captação desse paciente o quanto antes, pois é ele quem está todos os dias na área, na casa do paciente e muitas vezes eles deixam a desejar.

Infelizmente temos que trabalhar com todos os tipos de profissionais, o bom e o ruim. Conviver com pessoas não é fácil e na Atenção Básica o agente de saúde quando desempenha bem o seu papel permite que enfermeira também faça o seu. Porém, quando não temos a ajuda do agente de saúde é difícil trabalhar. Porque a população só vem para a unidade, muitas vezes, procurar o médico ou a procura de exames. Muito difícil ele querer uma

consulta de enfermagem ou assistir palestra. É difícil demais quebrar isso. Por isso, acredito que o agente de saúde quando ele é realmente atuante em sua área, visitando as pessoas, com certeza ele detecta com mais facilidade um paciente sintomático, suspeita e já leva a enfermeira ficando bem mais fácil trabalhar. Resumindo o diagnóstico tardio da TB ocorre pela falta de busca ativa.

A respeito da organização dos serviços de saúde voltados ao controle da TB no município de Sousa deveria existir um trabalho mais intensivo nessa área. Não só com a tuberculose mais também a hanseníase, porque são muitos os casos que vemos e convivemos. Considero o controle da TB muito deficiente, pois a temática não é abordada com frequência e quando é “eles” procuram chamar só as enfermeiras que já convivem com casos e nós que nunca tivemos contato com o paciente raramente somos convidados a participar de um trabalho como esse. Então, acho isso errado porque nós que estamos na Atenção Básica tanto faz termos o paciente como não, temos que saber atender até para reconhecer um possível caso suspeito. Acredito que deveria ser mais investido na capacitação dos funcionários.

Entre o aparecimento dos sintomas e a procura do paciente pelo serviço de saúde para confirmação diagnóstica é muito variável. Eu não sei dizer com certeza porque eu nunca recebi paciente desse tipo, mas, pelo que pude observar das outras colegas que acompanham casos o paciente foi captado com rapidez. A Policlínica funciona muito bem como centro de referência e assim que surge um caso suspeito já são encaminhados para fazer a coleta do escarro, o raio X e diagnosticar. E o tempo preciso que o doente de TB realiza entre o aparecimento dos sintomas e o início do tratamento eu não sei dizer por que não tive nenhum paciente, mas acredito que também seja rápido.

A respeito do planejamento e desenvolvimento de ações de busca ativa de sintomáticos respiratórios na ESF primeiramente é feita a abordagem do tema em reunião com a equipe, no qual, trazemos os casos que estão acontecendo com frequência na área vizinha e ficamos em alerta e sempre incentivo o papel do agente de saúde. A segunda proposta é reunir a comunidade para realizar palestras abordando os sintomas e buscando reduzir um pouco a resistência que eles têm de procurar a unidade e a partir da informação eles podem observar aquele determinado sintoma e associar com o que a enfermeira falou e colocar neles essa vontade de procurar o serviço.

RELATOS DA ENFERMEIRA E11

A entrevista foi realizada com a enfermeira E11 no dia 22 de julho de 2014 às 15:00 horas na ESF em que atua. A mesma tem 31 anos, é solteira, praticante da doutrina católica, exerce a função de enfermeira na Atenção Básica há um ano e seis meses, e possui pós-graduação lato sensu (nível especialização) em Unidade de Terapia Intensiva.

A tuberculose é uma doença que tem cura, mais se não tratada pode levar a morte principalmente quando a população é desinformada, humilde, precária e não tem acesso a informação. Existe o tratamento, mas muitas vezes eles são acometidos pela doença e por não terem informação passam anos transmitindo a tuberculose para outras pessoas.

O município de Sousa tem cerca de sessenta e poucos mil habitantes. Assim, o número de casos de tuberculose é pouco em comparação ao tamanho da população e sabemos que os notificados também não são muitos. Então, temos uma disparidade entre saber realmente se esses casos são poucos em relação à população e se a estimativa epidemiológica é correta de acordo com o que é apresentado nas notificações.

Quanto à organização dos serviços para o controle da TB esta estende-se desde o ACS até a vigilância epidemiológica. O ACS passa na visita identifica o caso suspeito me comunica e pedimos ao médico para solicitar os exames. O paciente vai ao laboratório e quando volta com as duas provas notificamos e ele começa o tratamento em casa com o acompanhamento do agente de saúde.

Como não podemos mais entregar a medicação devido o Conselho de Farmácia, os pacientes pegam na Policlínica ou como minha comunidade fica numa área precária e muitas vezes eles não vão pegar eu pego para eles. Como também há casos que a agente de saúde tinha que ir de segunda a segunda na casa da paciente para dar a medicação, porque ela não tomava por conta própria.

O paciente procura a unidade em torno de dois a três meses após o início dos sintomas e por volta de duas semanas ele começa o tratamento, tempo necessário para se obter o resultado das provas de escarro.

O diagnóstico tardio da TB ocorre devido ao próprio paciente não procurar pelo serviço talvez por não ter informação. Mas, não atribuo o diagnóstico tardio à falta de busca ativa, porque os agentes de saúde passam quase todos os dias nas residências e no meu caso tenho agente de saúde que me informa a suspeita e sugere que seja solicitado um teste de escarro, porque o paciente já vem tossindo há dois meses e não passa.

O planejamento da busca ativa de sintomáticos respiratórios na ESF parte dos ACSs que buscam durante as visitas identificarem os sintomas como febre, gripe, alguma coisa relacionada à doença e nos comunica e encaminhamos o paciente ao médico para solicitar os exames. Porém, nunca realizamos palestras a respeito, pois faz pouco tempo que estou aqui.

RELATOS DA ENFERMEIRA E12

A entrevista foi realizada com a enfermeira E12 no dia 23 de julho de 2014 às 10:00 horas na ESF em que atua. A mesma tem 31 anos, é casada, praticante da doutrina católica, exerce a função de enfermeira na Atenção Básica há seis anos, e possui pós-graduação lato sensu (nível especialização) em Programa Saúde da Família.

A tuberculose é uma doença grave que precisa ser acompanhada e pode levar o paciente a óbito. Nela existe muitos mitos e vergonha no diagnóstico. É desvalorizada muitas vezes pelos serviços públicos, paciente e família.

Temos vários casos de TB no município, porém não tenho na minha área. Apesar de que a vigilância reclama muito de subnotificação e do fato de alguns pacientes serem identificados fora do município ou no serviço particular. Isso acaba distanciando o acesso da informação, porque o paciente rejeita o diagnóstico. Por esses motivos ocorre a subnotificação no município que inclusive pode ocorrer na minha área, mas creio que não por ela ser muito pequena e mais fácil ter controle.

A organização dos serviços de saúde voltados ao controle da TB para mim ainda poderia melhorar através da ligação entre os centros de diagnóstico que envolve os consultórios particulares, o serviço de vigilância e a própria Estratégia Saúde da Família, pois não existe uma ligação entre eles. Logo, muitas vezes um paciente com TB é diagnosticado no serviço particular e como eles não dispõem do tratamento a informação demora a chegar até nós.

O fato do paciente não aceitar o diagnóstico e ter vergonha da doença faz com que ele a esconda contribuindo para o diagnóstico tardio da TB. Como no começo da doença os sintomas são discretos, tanto o paciente esconde a doença como demora a procurar a unidade e acaba achando que é qualquer outra coisa menos tuberculose. Isso ocorre porque ele tem medo, vergonha ou não sente dor. Geralmente os pacientes se incomodam muito com a dor, como eles não sentem dor a princípio acabam demorando a procurar atendimento.

Nesses casos se nós não formos buscar o paciente muitas vezes eles nem fazem o tratamento porque tem vergonha de nos dizer que diagnosticou a doença. Outro fator que dificulta o diagnóstico é a falta de busca ativa, pois a equipe foca no atendimento dos que procuram a unidade e não realiza a busca ativa não só da tuberculose mais de muitas outras doenças dificultando a busca de quem não chega ao serviço.

Tem paciente que leva anos para procurar o serviço após o início dos sintomas e outros mais cuidadosos que vem mais rápido. Porém, os dois pacientes que eu tive eram alcoólatras que demoraram a se sensibilizar e a perceber os sintomas devido o alcoolismo que já é outra doença. Eles não tinham vontade de se tratar e não valorizava o que sentiam. O último que tive levou mais de ano pra ser diagnosticado inclusive nem foi aqui, foi fora.

Depois de diagnosticado se tivermos acesso a essa informação o início do tratamento é rápido, não demora, levando quinze dias, um mês no máximo. O que demora é termos acesso a essa informação, mas o diagnóstico e o acesso a medicação é rápido.

Na minha unidade não temos planejamento de busca ativa, pois não temos tempo e deixamos sempre para depois. O que ainda acontece é o médico identificar algum paciente com os sintomas e me comunicar para ir atrás do paciente ou ele mesmo já pede a baciloscopia. Só que não realizamos a coleta do escarro na hora para fazer a baciloscopia como é o certo. Nós temos o material, mas não fazemos a coleta. Então o médico solicita a baciloscopia e o paciente vai fazer na Policlínica.

Não temos busca ativa e não registramos os sintomáticos respiratórios. A nossa busca ativa é quase zero e ainda tem a família e o paciente que escondem a doença. No máximo, os ACSs são orientados e atentos quanto à tuberculose e outras doenças, mas não temos palestra sobre a tuberculose e falamos mais de outros temas com a comunidade.

RELATOS DA ENFERMEIRA E13

A entrevista foi realizada com a enfermeira E13 no dia 23 de julho de 2014 às 10:50 horas na ESF em que atua. A mesma tem 27 anos, é solteira, praticante da doutrina católica, exerce a função de enfermeira na Atenção Básica há quatro anos, e possui pós-graduação lato sensu (nível especialização) em Saúde da Família.

A tuberculose é uma doença que acomete as pessoas no mundo todo. Inclusive aqui em Sousa os casos vêm aumentando mesmo sendo bem fiscalizada pela Vigilância Sanitária e equipe da Policlínica. Fazemos muitas palestras e não sei se esse aumento ocorre pelas pessoas não se cuidarem ou por falta de conhecimento.

Um dos fatores que contribuiu para o diagnóstico tardio de um dos pacientes aqui na unidade foi o fato de ficar se deslocando de um canto para outro e nós não o achávamos para solicitar a baciloscopia ficando difícil diagnosticá-lo. Fiquei sabendo do caso dele, pois me comunicaram que ele estava com os sintomas, febre alta, tossindo muito, mas que não havia parado suas atividades nos lotes. Outro fator, por exemplo, pode ser o fato de existirem muitos bares aqui podendo ter a questão de um beber no copo do outro, mas graças a Deus, hoje de tanto comentarmos sobre a doença só temos um caso.

Neste caso, o paciente foi direto para o pneumologista onde fez o raio X e a baciloscopia que permitiu diagnosticar a TB e foi direto para a Policlínica. Quando apareceu aqui na unidade já estava tudo certo e eu só fiz notificar.

Através dos agentes de saúde fiscalizamos e controlamos a rotina do tratamento se o paciente está tomando a medicação todos os dias e como tem uma pessoa responsável por ele na casa todos os dias sem falta ele toma a medicação que eu pego na Policlínica e o entrego.

Os pacientes costumam levar meses para procurar a unidade após o início dos sintomas, mas isso depende muito de cada um. Quando eles surgem apresentando febre alta e tossindo muito eu já solicito as baciloscopias e oriento os comunicantes para que o controle seja imediato. O raio X quem solicita é o médico ou o pneumologistas.

A procura pelo serviço depende de cada paciente e da família em se preocupar ou não com a situação. Esse último que tivemos, por exemplo, era super despreocupado. Vinha com febre, tosse, mas achava que era uma gripe ou pneumonia e nunca que poderia ser uma tuberculose.

Após procurar a unidade e fazer as baciloscopias na Policlínica acho que demora uma semana para começar o tratamento. Na Policlínica é feito o cadastro do paciente e eles

comunicam quando chega o resultado para iniciar o esquema que é de acordo com o peso do paciente.

A ação de busca ativa de sintomáticos respiratórios na ESF é feito justamente com os agentes ou pelo médico que quando identifica o paciente me comunica para registrar os sintomáticos respiratórios no livro de controle. Porém, como não estou na unidade no mesmo horário do médico não estou mais registrando os que ele suspeita. Também tem o fato da unidade só contar com três agentes que me comunicam dos casos, então, só tenho três áreas cobertas atrasando o diagnóstico, pois o paciente que está em tratamento é de uma das áreas descobertas e a família quem me procurou.

Logo que entrei aqui realizei palestra sobre TB junto com a equipe de apoio do NASF nos locais onde aparecem mais casos como na favela onde o pessoal é muito descuidado, sem informação e pobre de tudo porque aqui a coisa é mais nobre. Mais agora que o posto está em reforma demos uma parada nessa atividade.

RELATOS DA ENFERMEIRA E14

A entrevista foi realizada com a enfermeira E14 no dia 23 de julho de 2014 às 14:30 horas na ESF em que atua. A mesma tem 25 anos, é casada, praticante da doutrina católica, exerce a função de enfermeira na Atenção Básica há um ano e sete meses, e não possui pós-graduação lato sensu (nível especialização).

A tuberculose antigamente era uma doença assustadora, pois não tinha assistência, medicação e busca ativa. Hoje em dia é mais tranquilo, pois os municípios dispõem da medicação correta e dos exames especializados.

A tuberculose no município de Sousa está mais recorrente, o índice diminuiu bastante porque fiscalizamos mais o tratamento, a população está sabendo mais a respeito da doença e fazemos busca ativa.

Para o controle da TB procuramos inicialmente fazer busca ativa nas áreas das pessoas que estão com tosse há mais de 30 dias e as encaminhamos para o médico na unidade. O médico, por sua vez, solicita os exames especializados. Se a baciloscopia for positivo nós encaminhamos o paciente para o especialista e para a Policlínica para começar a tomar a medicação.

Geralmente o paciente aparece na unidade com mais de 30 dias de tosse repentina para saber o motivo dessa tosse. Quando o médico realmente suspeita de uma tuberculose solicitamos os exames com caráter de urgência e com menos de 20 dias o paciente inicia a medicação.

A resistência do paciente em admitir que possa estar com tuberculose é um dos fatores que contribuem para o diagnóstico tardio da doença. Se não for o agente de saúde e o enfermeiro para buscá-lo em casa para fazer os primeiros exames e ter contato com o médico dificulta bastante o nosso diagnóstico justamente por eles não aceitarem a doença. Mas, graças a Deus ultimamente nós temos conseguido buscar as pessoas com fatores de risco parecidos com a tuberculose e os pacientes da nossa área já estão encaminhados e fazendo tratamento.

Aqui na unidade nós fazemos ações de busca ativa de sintomáticos respiratórios a partir de questionários e palestra junto com o médico, enfermeiro, ACSs, especialistas e universitários. Fazemos essas atividades educativas para deixar os pacientes e a comunidade ciente de quais são os sintomas da tuberculose, os cuidados que ele deve tomar e para tirar

as dívidas. A partir disso as pessoas que suspeitam começam a aparecer na ESF e graças a Deus os casos aqui diminuíram bastante com esse trabalho em conjunto.

RELATOS DA ENFERMEIRA E15

A entrevista foi realizada com a enfermeira E15 no dia 24 de julho de 2014 às 16:40 horas na Secretaria Municipal de Saúde. Ela tem 35 anos, é casada, praticante da doutrina católica, exerce a função de enfermeira pós-graduação lato sensu há seis anos, e possui pós-graduação lato sensu (nível especialização) em Saúde da Família e Saúde Pública.

A tuberculose é uma doença que inspira cuidados e requer grande atenção devido ao preconceito e aos tabus ainda existentes.

Nós observamos que nos últimos anos no município de Sousa os casos de TB vêm aumentando significativamente. O que nos faz despertar maior cuidado e intensificar a busca ativa.

Para o controle da tuberculose há uma intersetorialidade com a Policlínica que nos oferece apoio junto ao diagnóstico e tratamento.

Entre o aparecimento dos sintomas e a procura ao primeiro serviço de saúde para confirmação diagnóstica o paciente leva de duas a três semanas. Já para o início do tratamento o tempo é relativamente curto e com mais uma semana ele inicia.

Os fatores que contribuem para o diagnóstico tardio da TB é a falta de busca ativa intensa e de parceria com os membros da equipe como médico e agentes de saúde.

Nós realizamos palestras com a comunidade e reuniões com a equipe (médico e ACSs) para intensificar a busca ativa dos sintomáticos respiratórios na ESF.

5.3 CATEGORIZAÇÃO DOS RELATOS

Mediante a leitura dos relatos das entrevistadas foram extraídos sete eixos temáticos norteadores da análise para a discussão, quais sejam: conhecimento dos enfermeiros sobre TB; situação da tuberculose no município de Sousa; fatores que contribuem para o diagnóstico tardio da TB; tempo decorrido entre o aparecimento dos sintomas e o diagnóstico de TB; tempo decorrido entre o aparecimento dos sintomas e o início do tratamento da TB; planejamento e desenvolvimento das ações de busca ativa de sintomáticos respiratórios na ESF; organização dos serviços de saúde voltados ao controle da TB.

5.3.1 Conhecimento dos enfermeiros sobre TB

A partir das questões norteadoras, as enfermeiras relataram suas experiências com a temática vivenciadas nas ESF em que prestam serviço. Na oportunidade, expuseram sua percepção sobre a TB ao passo que discorriam sobre o tema de um modo geral.

Indagados sobre o que sabiam acerca da TB e após leitura e análise dos relatos, percebeu-se que apenas uma das enfermeiras referiu ser uma doença infectocontagiosa controlada. É o que se percebe na fala a seguir:

“A tuberculose (TB) é uma doença do tipo bem contagiosa, infecciosa, bastante controlada atualmente! Tem todo um aparato, um tratamento, um cuidado preventivo que a gente da Estratégia Saúde da Família (ESF) trabalha em cima disso, a prevenção” (E1).

Vê-se que a enfermeira possui um conhecimento científico acerca da definição da doença ao considerá-la de caráter infectocontagioso, porém, fragiliza seu pensamento quando diz que atualmente encontra-se controlada. Contudo, em seu relato, a mesma atribui tal controle ao fato de que na ESF em que trabalha realiza ações preventivas e dispõe de todo aparato e tratamento da doença, o que ainda assim não justifica a afirmativa.

Sabe-se que o controle da TB pode ser obtido a partir do momento que as ações de promoção, prevenção e reabilitação passam a ser realizadas pelos profissionais de saúde no âmbito da Atenção Básica associados à acessibilidade do serviço de saúde. Nogueira et al. (2012) consideram que um dos desafios da Atenção Primária à Saúde (APS) no controle da TB consiste em expandir a cobertura das ações e cuidados, por meio de serviços acessíveis, equitativos e de melhor qualidade centrados na família e na comunidade.

Por outro lado, algumas enfermeiras descreveram a TB como uma doença social, estigmatizante, marginalizada e preconceituosa.

“A tuberculose é uma doença marginalizada por pensarmos que é uma doença de pobre e sujo” (E2).

“Ultimamente tem se tornado comum no nosso dia a dia, embora ainda seja muito estigmatizada e escondida pelos pacientes que se recusam a fazerem o tratamento na unidade dirigindo-se a outros setores para não revelarem que tem a doença” (E5).

“A tuberculose que é o objeto da sua pesquisa é uma doença que possui morbidade digamos assim significativa, preconceito relativo à doença, aos profissionais, aos usuários, familiares e aos comunicantes” (E7).

Embora a TB tenha sofrido importantes transformações ao longo de sua história, a percepção de estigma, marginalização e preconceito perduram até os dias atuais. A esse tipo de concepção atribui-se o fato da TB ser uma doença infectocontagiosa que por vezes distancia os acometidos da sociedade, da família e dos profissionais de saúde culminando em lacunas que interferem no processo saúde-doença.

Nos relatos, observa-se que o acometimento da TB foi associado a indivíduos de classe econômica menos favorecida, e o preconceito e estigma foi extensivo aos próprios usuários, familiares e profissionais.

Para Borges et al. (2002), o preconceito consiste em um julgamento, uma opinião ou um sentimento no qual se formula irrefletidamente, sem fundamento ou razão, a propósito de uma pessoa ou grupo que não se conhece.

Segundo o professor pesquisador do Instituto de Psicologia da USP, José Leon Crochík, “o estigma é algo que dá visibilidade ao alvo do preconceito”. O estigma está vinculado a uma ideia de marca, é considerado uma predisposição para o preconceito e apresenta forte relação com o ambiente em que o grupo estigmatizado está inserido (REVISTA PSIQUE, 2010).

De acordo com Texeira (2011) o estigma e o preconceito estão anexados à pobreza, moradias precárias e a uma vida dedicada a excessos, fatores que perduram no imaginário social, não só a respeito da doença, mas, sobretudo do doente, configurando a imagem que a tornou uma doença temível.

Marques (2011) caracteriza a TB como uma doença reemergente e negligenciada associada a fatores sociais, tais como, miséria e pobreza, aglomeração, má-alimentação e ausência de saneamento básico, aspectos que levam o aparecimento do preconceito e por

vezes isolamento social; atribui ainda os estigmas negativos a deficiência de informação da população sobre prevenção, tratamento e cura e aos problemas operacionais dos serviços de saúde, o que torna complexa a redução dos impactos causados pela doença na sociedade, na vida de portadores e de seus familiares.

A TB também foi percebida como uma doença antiga, curável e de fácil diagnóstico e tratamento.

“A tuberculose é uma doença antiga, curável, fácil de ser diagnosticada e tratada. É uma doença que quanto mais precoce for diagnosticada maior é a chance de cura” (E3).

“A tuberculose é uma doença antiga, grave, mas que hoje é mais fácil porque todo mundo tem acesso ao médico, a raio X, a medicação. Antigamente morria muita gente de TB, hoje é muito raro isso acontecer” (E9).

Os relatos apontam que a TB mesmo sendo uma doença muito antiga ainda é um problema de saúde pública, que, no entanto, vêm tendo melhor controle com o desenvolvimento de políticas que promovem ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce. Atribui-se o avanço no controle da doença a acessibilidade dos usuários aos serviços bem como ao tratamento e conseqüentemente a cura.

No entanto, estudos de Scatena et al. (2009) afirmaram que a dificuldade no acesso aos serviços de saúde pelos doentes estabelece uma desigualdade em saúde e colabora para que muitos casos de TB não tenham diagnóstico precoce, mantendo as barreiras para o controle da doença.

Dessa forma, percebe-se que a operacionalização dos sistemas de saúde nem sempre funciona como deveria, tornando-se barreira quando na verdade, deveria configurar-se como “ponte” de acesso rápido e “porta” de entrada dos serviços de saúde para os usuários.

A TB também foi retratada pelos enfermeiros como uma doença grave, silenciosa, de difícil diagnóstico e controle que necessita de um olhar diferenciado por parte dos profissionais.

“A tuberculose é uma doença muito antiga, silenciosa e de difícil controle, porque pelo tempo que existe e se trabalha com a mesma já era pra ter um menor número de doentes” (E6).

“A tuberculose precisa ser muito debatida na Atenção Básica, porque, apesar de nunca ter tido nenhuma experiência com paciente de TB, já participei de capacitações e vejo que o nível de informação que temos ainda é pouco necessitando de mais investimentos nessa área” (E10).

“A tuberculose é uma doença grave que precisa ser acompanhada e pode levar o paciente a óbito. Nela existe muitos mitos e vergonha no diagnóstico. É desvalorizada muitas vezes pelos serviços públicos, paciente e família” (E12).

Observa-se que a percepção de cada profissional caminha ao encontro de sua experiência com a doença. Algumas das entrevistadas a vêem como uma doença de fácil diagnóstico e tratamento enquanto outros encontram dificuldade em seu manejo considerando-a silenciosa e de afanoso controle.

É perceptível que a capacitação, o nível de informação e a experiência dos profissionais contribuam para a realização de ações efetivas para o diagnóstico precoce da doença, que embora curável, ainda é de difícil controle.

Em uma das falas fica evidente a desvalorização da doença por parte do serviço, pacientes e familiares, fator que coopera para o diagnóstico tardio da doença e retarda o tratamento causando muitas vezes a perda de sua efetividade concernente à gravidade já instalada.

De acordo com Trigueiro et al. (2009), quando se considera as práticas desenvolvidas na ESF, é possível perceber o quanto é importante a capacitação dos profissionais que atuam neste setor, principalmente quando a comunidade apresenta problemas de saúde de grandeza e gravidade social, como no caso da TB. Para tanto, o autor afirma ser necessário rever o cuidado com a doença desde a formação acadêmica, com vistas a causar sensibilização do futuro profissional de saúde que trabalhará no campo da Atenção Básica, para que este seja capaz de promover transformações no processo de trabalho e no estilo de vida da população.

5.3.2 Situação da tuberculose no município de Sousa

Ao serem interrogadas sobre o contexto da TB no município de Sousa-PB, algumas enfermeiras divergiram suas percepções quanto à prevalência da doença, outras demonstraram desconhecimento da situação epidemiológica, enquanto que, poucas a associaram a casos de subnotificação ao mesmo tempo em que enalteciam a assistência prestada aos pacientes.

Para algumas entrevistadas, o município oferece todo suporte e uma boa assistência aos pacientes com TB, conforme observado nos relatos abaixo:

“Até onde vai o meu conhecimento, minha prática e minha realidade, assim como cada postinho tem a sua realidade, acredito que a TB no município de Sousa seja bem assistida nos dias de hoje. O município oferece uma plena assistência aos pacientes que estão em tratamento” (E1).

“Eu acredito que a organização do serviço e acompanhamento dos casos de TB aqui em Sousa seja muito boa, porque quando o paciente precisa de uma transferência para João Pessoa, uma tomografia, ressonância eles dão um jeito de realizar” (E9).

As enfermeiras deste estudo atribuíram uma boa assistência à acessibilidade dos usuários aos hospitais de referência e a exames especializados, porém não mencionaram a assistência de enfermagem propriamente dita nem as ações realizadas na ESF. Uma boa assistência é aquela que parte da visão do outro como um ser biopsicossocial respeitando seu modo de ver e agir e que observa aspectos que visam à prevenção de doença, promoção e reabilitação da saúde, bem como, o acompanhamento dos acometidos e as informações a eles prestadas.

De um modo geral os pacientes que realizam tratamento de doenças infectocontagiosa no Estado da Paraíba têm como hospital de referência ao tratamento especializado o Complexo Hospitalar Clementino Fraga – CHCF situado na cidade de João Pessoa (a que a enfermeira E9 faz referência em seu relato), responsável atualmente em consonância com a Reforma Sanitária Brasileira pela política de assistência e atendimento aos portadores de doenças infectocontagiosas.

O modo de ver o contexto da TB no município vai de encontro à vivência das profissionais em suas áreas de atuação de acordo com a demanda a elas apresentada. As enfermeiras que lidam rotineiramente com o cuidado ao doente de TB comprovam ter maior ciência da incidência dos casos na cidade, enquanto que, as que não nunca atuaram com esses casos desconhecem a situação epidemiológica da TB, mas são conhecedoras do fluxograma a ser seguido ao identificar um caso suspeito.

“No município de Sousa não sei informar como está à incidência da doença, mas temos um fluxograma para realizarmos o controle da mesma. Primeiro, identificamos o paciente sintomático na unidade, solicitamos a baciloscopia que é levada até a Policlínica e a depender do resultado são solicitados exames complementares para após diagnóstico iniciar o tratamento do paciente” (E6).

“Pela pouca vivência que tenho com TB não sei dizer realmente como está o índice da mesma aqui no município de Sousa. Mas, trabalho em uma unidade mista que reúne no mesmo prédio três ESF e vejo que no PSF vizinho tem muito caso de tuberculose e hanseníase que são doenças muito antigas que acompanham a humanidade desde o seu surgimento” (E10).

Atrelado à falta de informações da incidência da TB está a subnotificação e de onde parte a referência dos casos. Percebeu-se no decorrer da coleta de dados que o sistema de referência e contra-referência não seguia o fluxograma preconizado pelo Ministério da Saúde, no qual, a Atenção Básica consiste em uma das portas de entrada dos usuários no serviço e de onde os mesmos podem ser referenciados para a assistência especializada. No município de Sousa, o percurso seguido pelos portadores de TB nem sempre inicia na unidade de saúde. A maioria dos relatos afirma acolher o paciente com TB quando já se tem o diagnóstico confirmado pela referência.

A Policlínica Mirian Gadelha localizada no município de Sousa, é um centro médico que contém diversas especialidades clínicas para atender a população, dentre elas, pneumologia, radiologia e diagnóstico por imagem, mastologia, endocrinologia, odontologia, entre outras. Nela funciona o Centro de Apoio a Tuberculose e Hanseníase. Os casos suspeitos de TB identificados nas ESF são referenciados à Policlínica, onde os pacientes têm acesso a baciloscopia e exames complementares, além da assistência especializada com o pneumologista e início do tratamento.

Como centro de referência bastante conhecido pela população, muitos dos usuários buscam primeiramente esse serviço onde são diagnosticados e iniciam o tratamento da TB. Dessa forma, os profissionais das ESF só tomam conhecimento dos casos quando os pacientes já estão em tratamento. A equipe de apoio de TB da Policlínica informa o caso confirmado aos enfermeiros das USF a fim de que seja realizada a notificação no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). Porém, nem sempre há essa comunicação, resultando em subnotificação dos casos. Por outras vezes, os pacientes são diagnosticados com TB no Hospital Regional da cidade e referenciados a Policlínica e só então são contra referenciados para notificação e acompanhamento na ESF.

Tais afirmações podem ser comprovadas conforme os relatos abaixo:

“Todos os pacientes que acompanhei com tuberculose vieram referenciados da Policlínica. Foram diagnosticados no Hospital Regional, encaminhados direto à Policlínica e somente quando veio à notificação foi que me procuraram pra fazer a busca ativa na área. Não é fácil trabalhar com tuberculose em Sousa. Primeiro subnotificação, segundo diagnóstico atestado no hospital, terceiro resistência dos pacientes com relação ao preconceito” (E8).

“Temos vários casos de TB no município, porém não tenho na minha área. Apesar de que a vigilância reclama muito de subnotificação e do fato de alguns pacientes serem identificados fora do município ou no serviço particular. Isso acaba distanciando o acesso da informação, porque o

paciente rejeita o diagnóstico. Por esses motivos ocorre a subnotificação no município que inclusive pode ocorrer na minha área, mas creio que não por ela ser muito pequena e mais fácil ter controle” (E12).

Subnotificados ou não, dados disponíveis pelo Ministério da Saúde no DATASUS, mostram que de dezembro de 2013 a junho de 2014, o município de Sousa contava com dez casos de TB registrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), sendo nove casos correspondentes a pacientes com 15 anos ou mais e apenas um menor de 15 anos (BRASIL, 2014a).

O fato da TB agregar preconceito e estigma faz com que o seu portador procure serviços especializados em outros municípios e na rede particular como forma de esconder a doença da família, comunidade e profissionais da sua área, fatores esses que contribuem para a subnotificação dos casos.

Souza, Silva e Meirelles (2010) buscando conhecer as representações sociais de pacientes com TB em um serviço de referência de um município de Santa Catarina corrobora com o presente estudo quando demonstra que os pacientes tinham receio em revelar a doença mantendo-a em segredo devido ao preconceito que a rodeia, o temor do julgamento social e principalmente medo e vergonha de sofrerem humilhação.

Outro aspecto enfatizado pelas enfermeiras sobre a situação da TB no município é a baixa prevalência dos casos de TB em consequência da redução do número de casos. Por sua vez, não demonstram segurança em suas afirmações deixando transparecer a dúvida.

“Acredito que em nosso município os casos de TB vêm diminuindo, muito embora, ainda continue elevada no subúrbio” (E2).

“O município de Sousa tem cerca de sessenta e poucos mil habitantes. Assim, o número de casos de tuberculose é pouco em comparação ao tamanho da população e sabemos que os notificados também não são muitos. Então, temos uma disparidade entre saber realmente se esses casos são poucos em relação à população e se a estimativa epidemiológica é correta de acordo com o que é apresentado nas notificações” (E11).

“A tuberculose no município de Sousa está mais recorrente, o índice diminuiu bastante porque fiscalizamos mais o tratamento, a população está sabendo mais a respeito da doença e fazemos busca ativa” (E14).

Mais uma vez ficou subtendido nos relatos a subnotificação dos casos, fator preocupante, pois não se sabe se esses pacientes estão realizando ou não o tratamento, seja na cidade em que residem ou em outro município, da mesma forma que impossibilita a realização de ações mais incisivas impedindo a interrupção da cadeia de transmissão.

Segundo Pinheiro, Andrade e Oliveira (2012), os casos de TB subnotificados no SINAN dificultam a realização de ações que visem seu controle tornando-se inviável a contabilização dos casos perdidos, no entanto, a recuperação dos dados pode ser realizada pelas fontes usadas pelos Programas de Controle da Tuberculose buscando reduzir a ocorrência de subnotificações.

Em contradição aos relatos supracitados, algumas das enfermeiras afirmaram que o município tem uma alta prevalência de casos TB.

“Acredito que o município tem um alto índice de TB, pelo menos no que diz respeito ao bairro em que atuo o Mutirão, devido à procura das pessoas, os sintomáticos que aparecem e aqueles que já passaram pelo tratamento” (E4).

“A tuberculose tem indicadores que por hora vêm aumentando pouco a pouco nos municípios adjacentes e também no município de Sousa” (E7).

“Nós observamos que nos últimos anos no município de Sousa os casos de TB vêm aumentando significativamente” (E15).

Dessa forma, não se sabe ao certo como está a prevalência da TB no município, pois os dados notificados no SIAB aparentemente não correspondem com a realidade. Os dez casos de TB informados pelo sistema parecem não ser fidedignos quando se analisa os discursos das enfermeiras que divergem entre si.

O Plano Estadual de Saúde da Paraíba referente aos anos 2008 – 2011 apresenta como uma de suas diretrizes o controle da TB, com o objetivo de reduzir a sua morbimortalidade e com metas de detectar pelo menos 70% dos casos na forma bacilífera, curar no mínimo 85% dos novos casos detectados e reduzir o índice de abandono do tratamento para menos de 5%.

De acordo com os indicadores operacionais e epidemiológicos do controle da TB disponibilizados no Boletim Epidemiológico 2014, o Estado da Paraíba no ano de 2012 apresentou um coeficiente de incidência de 28,2% e de mortalidade de 1,9% por 100.000 habitantes, com 64,6% de cura dos casos novos de tuberculose BK+ e 13,0% de abandono do tratamento desses novos casos (BRASIL, 2014b).

Logo, percebe-se que as metas estabelecidas pelo Plano Estadual de Saúde não foram alcançadas, pois o índice de cura foi bastante inferior a 85% e as taxas de abandono foram superiores a 5%.

5.3.3 Fatores que contribuem para o diagnóstico tardio da TB

De acordo com Pinheiro et al. (2012) um dos desafios dos gestores e profissionais de saúde na redução da incidência de agravos no Brasil é o diagnóstico tardio da TB, situação esta que eleva a transmissão da doença e retarda o início do tratamento, evidenciando que os avanços na área da saúde e em suas políticas não estão sendo suficientes para o controle e diagnóstico precoce da doença.

Com base nos relatos das enfermeiras, o déficit na busca ativa, a ausência de informação e o diagnóstico precoce; o auto-preconceito; e o abandono do tratamento são as três principais causas do diagnóstico tardio no município.

O déficit na busca ativa dos sintomáticos respiratórios, principalmente das situações mais vulneráveis a contrair a doença, associados à ausência de informação dos usuários do serviço resultam na dificuldade em diagnosticar precocemente a TB e conseqüentemente iniciar o processo terapêutico.

Um dos fatores que colaboram com o diagnóstico tardio da TB evidenciado a partir dos relatos das enfermeiras consiste no déficit de busca ativa e de médicos nas unidades, bem como, na inexperiência desses profissionais para diagnosticarem precocemente a doença. Tais afirmações podem ser comprovadas nas falas a seguir:

“Dentre os fatores que contribuem para o diagnóstico tardio da TB a busca ativa é o que mais dificulta. Se você não desenvolve uma certa assistência direcionada a busca ativa e não realiza um trabalho preventivo referente a temática esse diagnóstico não vai ser feito” (E1).

“Em minha opinião os fatores que contribuem para o diagnóstico tardio da TB seriam a falha na busca ativa, a pouca conscientização através do Ministério da Saúde na televisão e também a dificuldade que alguns médicos têm principalmente médico hospitalar de acharem que determinados sintomas podem ser de uma TB” (E2).

“O primeiro fator que contribui para o diagnóstico tardio da TB é a burocracia. Às vezes, não tem médico na unidade, e quando tem, este sente dificuldade em diagnosticar os casos suspeitos a partir de exames mais simples como a baciloscopia cujo resultado é rápido” (E4).

Vale salientar que um dos principais fatores que contribui para o sucesso na gestão e no cuidado ao paciente com TB está associado a ações que identifiquem os Sintomáticos Respiratórios (SR) desenvolvida através da busca ativa dos casos, capacitação de todos os profissionais de saúde para diagnosticá-los e informar a população sobre a doença.

Estudos de Pinheiro et al. (2012), corroboram com os resultados apresentados ao afirmarem que os gestores em saúde possuem fragilidades quando o assunto se refere a ações

para o diagnóstico da TB, detecção precoce dos casos e a construção de projetos terapêuticos singulares, fatores esses que visam um cuidado integral e humanizado, defendidos pelas políticas públicas de saúde, e que deveriam ser usados para orientar a organização dos serviços.

Assim sendo, estudos de Sá et al. (2013a) evidenciam que o diagnóstico tardio da TB está relacionado tanto aos usuários quanto ao serviço de saúde. Aos usuários atribuí-se as condições precárias de vida, o desemprego, a pouca escolaridade, baixos salários, sexo feminino, idade superior a 60 anos, bem como, ao medo, ao preconceito e a falta de informação. Ao serviço de saúde, o retardo diagnóstico pode estar relacionado ao despreparo e à burocratização dos serviços de saúde para realização da investigação clínica e do diagnóstico da TB, a baixa suspeição diagnóstica de TB por parte dos profissionais, a demora na entrega de exames, quadro incompleto de profissionais, descontinuidade da assistência, dificuldades estruturais e a falta de qualificação profissional.

Quanto à inexperiência médica no diagnóstico da TB, a pneumologista Margareth Dalcolmo em entrevista concedida em 2008 a revista Radis da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, afirma que o desafio em controlar a TB parte desde o seu ensino precário e revela que “há cursos médicos que em seis anos dão duas horas de tuberculose”. A médica também é enfática quando diz que “não existe paciente difícil de ser tratado, como um fenômeno social isolado, existe serviço ineficiente” (LAVOR; MENEZES, 2008, p. 21).

Desse modo, conclui-se que o “olhar” médico tem um diferencial do “olhar” do enfermeiro quanto à TB, podendo estar associado à formação e a atenção dada por cada um desses profissionais a doença, de modo que possa contribuir significativamente para o seu diagnóstico tardio já que muitas vezes a equipe médica a metamorfoseia com outras doenças de pele e respiratórias.

“O Programa Tuberculose e Hanseníase é muito interessante porque quando a enfermeira observa um paciente com tosse a primeira coisa que ela pensa é em tuberculose e o médico em processo alérgico. Quando uma enfermeira observa uma mancha ela pensa em hanseníase e o médico em uma dermatite. Essa diferença no olhar é muito interessante” (E8).

Outro aspecto que predispõe o diagnóstico tardio da TB identificado nas falas é o auto-preconceito dos pacientes, como se pode observar a seguir:

“Em minha opinião o principal fator que contribui para o diagnóstico tardio da TB está relacionado com o preconceito dos pacientes com a própria doença” (E5).

“Para mim os fatores que contribuem para o diagnóstico tardio da TB estão relacionados principalmente ao paciente buscar o serviço e relatar o que está sentindo. Pois, se houvesse uma melhor aceitação da doença e busca da unidade por parte dele diminuiria cada vez mais o retardo do diagnóstico” (E6).

“O fato do paciente não aceitar o diagnóstico e ter vergonha da doença faz com que ele a esconda contribuindo para o diagnóstico tardio da TB” (E12).

Vergonha e preconceito são barreiras que devem ser consideradas em se tratando de TB. Tais sentimentos invadem o paciente e o distancia da sociedade e do serviço de saúde, deixando-o marcado socialmente. O medo de ser estigmatizado pela comunidade e profissionais causa no paciente resistência em aceitar a doença e buscar o serviço.

Segundo Souza, Silva e Meireles (2010), o preconceito não é expresso apenas por aqueles que rodeiam o portador, mas pelo próprio portador, agregado a compreensão que este tem da doença.

Assim sendo, a não aceitação da doença por parte do paciente por medo do preconceito, estigma, dificuldade de aproximação das pessoas, redução da interação afetiva e outros fatores, provoca auto-preconceito e faz com que ele não procure ajuda na unidade de saúde para a realização do tratamento colaborando para o diagnóstico tardio e consequente transmissão da doença.

Por fim, os entrevistados atribuíram o diagnóstico tardio da TB ao abandono do tratamento. Souza, Silva e Meireles (2010) afirmam que o abandono do tratamento está possivelmente atrelado à longa duração do tratamento, aos efeitos indesejáveis advindos com a medicação, a ausência de sintomas nos primeiros meses da terapêutica, que os leva a acreditar que já estão curados, às lacunas existentes e prevaletentes no programa de controle da TB, além das repercussões socioculturais que integram a vida do portador e sua família.

“O tratamento é muito longo e a medicação de alta dosagem causa reação e quando eles começam a se sentirem melhor acham que estão curados. Neste caso, intensificamos o cuidado para não haver o abandono do tratamento, principalmente pelos pacientes de nível escolar mais baixo” (E2).

“O diagnóstico tardio da TB está relacionado à falta de informação dos pacientes, a resistência e o abandono do tratamento” (E3).

Um estudo qualitativo que objetivou analisar os motivos que levam o doente de TB a abandonar o tratamento, realizado em João Pessoa-PB, identificou que os elementos relacionados ao abandono do tratamento da TB estão diretamente associados à maneira como os profissionais da ESF têm prestado assistência ao doente e a sua família, bem como, ao modo como esses serviços de saúde são coordenados e a forma que eles têm acompanhado o paciente, durante do tratamento (ALVES et al., 2012).

Logo, o abandono do processo terapêutico pode ocorrer por causa do paciente e do serviço de saúde. Ao paciente por achar que está curado, pelo preconceito ou reações medicamentosas, entre outros fatores, e ao serviço pela assistência ineficiente.

No entanto, o presente estudo não identificou abandono do tratamento relacionado ao uso de álcool e drogas como evidenciado por Campani, Moreira e Tietbohel (2011), cuja pesquisa realizada em UBS de referência para o tratamento da tuberculose em Porto Alegre, identificou que as associações mais significantes para o abandono do tratamento foram o etilismo, o uso de drogas ilícitas, a infecção por HIV, o fato de o paciente não residir com familiares e o baixo nível de escolaridade.

5.3.4 Tempo decorrido entre o aparecimento dos sintomas e o diagnóstico de TB

Em relação ao percurso, incluindo o tempo, que os pacientes levam entre o aparecimento dos sintomas e o diagnóstico da TB, algumas enfermeiras mencionaram que o percurso é longo e demorado; outras que o percurso é curto e rápido, enquanto que outras não souberam precisar.

“Os últimos três casos que apareceram aqui na ESF passaram mais ou menos uns quatro meses para serem confirmados, porque só foram diagnosticados através de exames de imagem como raio X e tomografia após internação hospitalar, mesmo tendo passado anteriormente pelo médico da unidade e pelo pneumologista” (E4).

“O paciente procura a unidade em torno de dois a três meses após o início dos sintomas e por volta de duas semanas ele começa o tratamento, tempo necessário para se obter o resultado das provas de escarro” (E11).

“Tem paciente que leva anos para procurar o serviço após o início dos sintomas e outros mais cuidadosos que vem mais rápido”. (E12).

As falas supracitadas revelam que o período entre o aparecimento dos sintomas e o diagnóstico da TB é longo e demorado, variando de um a quatro meses e até mesmo anos. Sá

et al. (2013a) afirmam que não há um consenso no que se diz respeito ao tempo que o diagnóstico de TB pode ser considerado tardio. Dados contidos neste estudo mostram que o tempo de retardo para o diagnóstico pode variar de 30 a 162 dias quando relacionado ao doente com suspeita de TB e de 02 a 18 dias no que se refere ao sistema de saúde.

Sabendo que o diagnóstico tardio da TB está associado ao doente e ao serviço de saúde, é importante esclarecer que o retardo por parte do doente corresponde ao período de aparecimento dos sintomas e a procura do serviço, por conseguinte o atraso do serviço refere-se ao tempo decorrido da primeira consulta até a confirmação do diagnóstico.

A não aceitação da doença foi identificada como um dos fatores que contribuem para o diagnóstico tardio da TB, pois está relacionada ao auto-preconceito, e condiciona ao prolongamento do percurso entre início dos sintomas e o diagnóstico da doença, como é revelado nas falas a seguir:

“[...] o tempo decorrido entre o aparecimento dos sintomas e a procura ao serviço de saúde para confirmação diagnóstica foi muito demorado, muito longo, aproximadamente um mês porque, em primeiro lugar, o paciente não aceitava o que ele tinha permanecendo tempos e tempos com os mesmos sintomas” (E1).

“Nesses casos se nós não formos buscar o paciente muitas vezes eles nem fazem o tratamento porque tem vergonha de nos dizer que diagnosticou a doença” (E12).

“A resistência do paciente em admitir que possa está com tuberculose é um dos fatores que contribuem para o diagnóstico tardio da doença” (E14).

Outro fator que colabora com a demora do paciente em procurar o serviço de saúde está relacionado ao fato de os sintomas da TB serem comuns aos observados em viroses e outras patologias pulmonares o que acaba mascarando a TB durante um longo período. Sintomas como febre, tosse e dor no corpo são compatíveis com várias as patologias e fazem com que o doente veja esses sintomas iniciais como algo mais simples e não dispense atenção adequada.

“Porém, sabe-se que isso depende muito do paciente, pois, quando os sintomas aparecem muitos acham que é uma simples virose” (E3).

“Quanto ao tempo para eles procurarem o serviço a partir do início dos sintomas eu acho que leva um mês, porque primeiro eles tentam tratar-se em casa como uma alergia ou uma virose” (E5).

“Esse último que tivemos, por exemplo, era super despreocupado. Vinha com febre, tosse, mas achava que era uma gripe ou pneumonia e nunca que poderia ser uma tuberculose” (E13).

A tosse ocorre como reflexo à presença de corpo estranho no sistema respiratório funcionando como um mecanismo de defesa do nosso organismo. Como reflexo a qualquer corpo que cause inflamação ou irritação o organismo tenta expulsar este elemento para proteger o pulmão. Deve-se observar o período em que a tosse permanece, pois ela pode ser aguda (até três semanas) ou persistente (três semanas ou mais), neste caso é necessário procurar o médico e ver a possível suspeita de TB (ROSENTHAL, 2012).

Atentar para a duração dos sintomas, a frequência e o horário que eles aparecem é importante para diferenciar uma virose ou outras doenças de vias aéreas superiores de um diagnóstico sugestivo de TB.

A busca pelo serviço de saúde também é prolongada quando os pacientes são tabagistas, pois interpretam os sintomas como consequência do uso do cigarro, conforme a fala de E2:

“Mas, também tem aqueles que demoram mais, pois relacionam os sintomas ao uso do fumo ou alguma coisa assim”.

Rabahi (2012) expôs em seu estudo as evidências científicas da associação TB e tabagismo e afirmou que realmente o uso de tabaco é um fator de risco para a TB latente e ativa e influencia no aumento da mortalidade pela doença. Ainda de acordo com o autor um estudo de coorte prospectivo realizado em Taiwan revelou que fumantes tem duas vezes mais risco de adquirir TB ativa do que os não fumantes e que na população pesquisada 17% dos casos eram atribuídos ao tabagismo.

A ausência de busca ativa também foi citada pelas enfermeiras entrevistadas como fator que torna o percurso longo. Neste caso, o diagnóstico tardio da TB ocorre devido ao serviço de saúde ter dificuldade em realizar busca dos sintomáticos respiratórios.

“Esse paciente está em tratamento e seu diagnóstico foi tardio porque não fizemos busca ativa. Ele é que veio até nós” (E7).

Segundo Silva e D’Amaral (2011) frente às atividades realizadas pelos profissionais de saúde considerando sua diversidade e complexidade para prestar uma assistência integrada e humanizada, se faz necessária a realização da avaliação do processo de trabalho para o

desenvolvimento de ações que busquem reduzir as dificuldades encontradas na busca ativa dos SR e na identificação dos novos casos de TB.

Como já discutido neste estudo o nível de informação do paciente com relação a TB influencia na suspeita e procura do serviço. Talvez seja esse o fator que explique a divergência relatada pelas enfermeiras assistenciais das ESF quanto ao percurso do paciente até o diagnóstico. As falas abaixo revelam que o tempo decorrido entre o surgimento dos sintomas e o diagnóstico é relativamente curto/rápido:

“Em relação ao aparecimento dos sintomas e a procura ao primeiro serviço de saúde para confirmação diagnóstica quando o paciente nos procura, primeiro leva em torno de duas semanas, não demoram muito e com mais uns dez dias no máximo ele inicia o tratamento o que levaria no todo umas três semanas” (E8).

“Eu não sei dizer com certeza porque eu nunca recebi paciente desse tipo, mas, pelo que pude observar das outras colegas que acompanham casos o paciente foi captado com rapidez” (E10).

“Entre o aparecimento dos sintomas e a procura ao primeiro serviço de saúde para confirmação diagnóstica o paciente leva de duas a três semanas” (E15).

Observa-se que de acordo com as enfermeiras E8, E10 e E15 a captação dos sintomáticos respiratórios ocorrem em tempo hábil, já que o tempo previsto para o aparecimento dos sintomas correspondentes a TB, como a tosse seca ou produtiva, corresponde ao tempo em que o paciente procura a unidade. Sendo assim, o quanto antes o diagnóstico for confirmado mais rápido será o início do tratamento, interrupção da cadeia de transmissão e controle dos comunicantes.

No entanto, algumas das enfermeiras não souberam precisar o tempo destinado a esse percurso realizado pelo paciente talvez pelo fato de nunca terem passado pela experiência de acompanhar um caso de TB, como pode ser visto abaixo:

“Quanto ao tempo que o doente de TB realiza entre o aparecimento dos sintomas e a procura pelo serviço de saúde eu não sei precisar exatamente, pois varia muito de paciente para paciente” (E2).

“Quanto ao tempo que o paciente leva para procurar o serviço é difícil dizer, pois nunca me deparei com um caso de TB” (E3).

“O aparecimento dos sintomas e a procura ao primeiro serviço de saúde para confirmação diagnóstica vão depender de cada caso” (E9).

5.3.5 Tempo decorrido entre o aparecimento dos sintomas e o início do tratamento da TB

O tempo é um dos aspectos mais relevantes quando se fala em TB. O quanto antes o tratamento for iniciado menor será as chances de o doente continuar transmitindo a doença e ter alguma complicação advinda.

Sobre o tempo decorrido entre o aparecimento dos sintomas e início do tratamento, percebeu-se nos relatos que muitas enfermeiras recorreram ao tempo após a confirmação do diagnóstico divergindo entre si sobre o percurso rápido e demorado.

Referente ao percurso rápido as colaboradoras afirmam que após o diagnóstico o início do tratamento é imediato, no entanto, isso depende do tipo de serviço em que o paciente é atendido, conforme identificado nas falas:

“E o tempo preciso que o doente de TB realiza entre o aparecimento dos sintomas e o início do tratamento eu não sei dizer por que não tive nenhum paciente, mas acredito que também seja rápido” (E10).

“Depois de diagnosticado se tivermos acesso a essa informação o início do tratamento é rápido, não demora, levando quinze dias, um mês no máximo” (E12).

“Após procurar a unidade e fazer as baciloscopias na Policlínica acho que demora uma semana para começar o tratamento” (E13).

Levando em consideração que o tempo entre o início dos sintomas e a procura do serviço varia de duas a três semanas de acordo com os relatos das enfermeiras e que o percurso decorrido entre o diagnóstico e início do tratamento dura de uma semana a um mês no máximo, pode-se afirmar que o tempo mínimo entre o surgimento dos sintomas e o tratamento seria de três semanas e o máximo equivalente há sete semanas.

Já de acordo com outro grupo de enfermeiras entrevistadas e sua experiência na área, esse mesmo percurso foi considerado demorado, visto que, correspondeu a no mínimo um mês chegando até seis semanas.

“Já para o início do tratamento é mais ou menos um mês também, porém, varia de paciente para paciente” (E5).

“Logo, se ele vem à unidade com cinco semanas do início dos sintomas com seis semanas ele já inicia o tratamento” (E7).

Em um estudo descritivo e exploratório realizado em Nova Iguaçu–RJ, que teve como objetivo estimar o tempo entre o início dos sintomas e o início do tratamento de pacientes com TB pulmonar chegou à conclusão que esse percurso foi consideravelmente longo levando 11 semanas, sendo a maior parte desse período, equivalente há oito semanas, consequência da demora do paciente em procurar o atendimento médico. O estudo também concluiu que o tempo decorrido entre o primeiro atendimento do paciente no serviço de saúde e o início do tratamento foi excessivo, correspondendo há três semanas (MAIOR et al., 2012).

Logo, se comparado o tempo correspondente ao início dos sintomas e a procura do serviço e entre o início dos sintomas e o início do tratamento relatado pelas participantes deste estudo com os resultados encontrados por MAIOR et al. (2012) percebe-se que até mesmo o tempo decorrido considerado rápido/curto pelas enfermeiras aqui entrevistadas foi excessivo em relação ao realizado em Nova Iguaçu - RJ.

Ao tempo excessivo, ambos os estudos convergem que isto ocorre devido à demora da procura dos usuários ao serviço de saúde principalmente pela falta de informação, o que dificulta o reconhecimento pelo doente dos sintomas indicativos da doença.

5.3.6 Planejamento e desenvolvimento das ações de busca ativa de sintomáticos respiratórios na ESF

O planejamento e desenvolvimento de ações de busca ativa de sintomáticos respiratórios é uma das estratégias que visam prevenir e reduzir o quantitativo de diagnóstico tardio da TB, sendo fundamental para o controle da mesma. No entanto, percebe-se que poucas são as ESF que promovem essa prática, por vezes devido à demanda reduzida ou inexistente de casos de TB e pela ausência de capacitação dos profissionais envolvidos.

No transcorrer do estudo identificou-se que ações como educação em saúde são empregadas, entretanto não são realizadas frequentemente ou são realizadas pelos agentes de saúde e em algumas situações só são iniciadas após notificação de algum caso.

De fato, quando a busca ativa não é realizada o risco de a doença ser mascarada, transmitida e o diagnóstico ocorrer tardiamente é bem maior. Os enfermeiros E1, E2 e E12 relataram não realizarem busca ativa em suas unidades.

“Atualmente, em nossa unidade não temos desenvolvido ações de busca ativa de sintomáticos respiratórios nem qualquer outra atividade voltada a TB porque temos outras prioridades no momento” (E1).

“No momento aqui na unidade não existe nenhuma estratégia de busca ativa de sintomáticos respiratórios relacionada à TB” (E2).

“Não temos busca ativa e não registramos os sintomáticos respiratórios. A nossa busca ativa é quase zero e ainda tem a família e o paciente que escondem a doença” (E12).

As justificativas apresentadas pelas entrevistadas para a não realização de busca ativa se resumem em não identificação da TB como uma prioridade a ser trabalhada, bem como, ao paciente em não procurar o serviço. Isso significa dizer que entre as prioridades estabelecidas pelo Ministério da Saúde a serem efetivadas na Atenção Básica, o que, inclui a TB, nem sempre são de fato tidas como prioridades.

Grande parte das enfermeiras afirmou que a busca ativa dos SR é realizada pelos agentes de saúde que ali atuam. Embora haja compreensão de que o ACS é o membro da equipe que estabelece maior contato com a comunidade e por isso atribui-se às suas competências a realização da busca ativa dos SR, sabe-se, porém que é responsabilidade de toda a equipe a atuação para manter a população informada.

“As ações de busca ativa de sintomáticos respiratórios na ESF partem dos agentes de saúde, mas toda a equipe tem conhecimento de como identificá-los” (E6).

“Quanto ao planejamento e desenvolvimento de ações de busca ativa de sintomáticos respiratórios na ESF inicialmente os agentes de saúde é quem fazem a triagem, pois têm mais contato com a população e conhece a realidade de cada pessoa” (E7).

“Em relação à busca ativa dos sintomáticos respiratórios são os agentes de saúde quem realiza, porque eles estão dia a dia na casa dos pacientes” (E9).

Segundo Façanha et al. (2009) em pesquisa realizada em uma comunidade de baixa renda de Fortaleza com intuito de avaliar o impacto do treinamento da equipe do PSF e da busca ativa domiciliar, identificaram que a detecção de casos de TB antes e depois do treinamento dos ACS aumentou 180% na população estudada. O presente aumento atribuiu-se ao treinamento realizado com as equipes, já que os dados anunciados pela Secretaria de Saúde do município não demonstraram tamanho crescimento.

Desse modo, conclui-se que a capacitação dos profissionais de saúde tem influência bastante relevante na captação dos novos casos de TB, bem como, a participação de todos os profissionais da equipe da ESF na busca ativa dos SR e no planejamento de ações que modifiquem a realidade e identifiquem de fato todos os casos de TB. Logo, é evidente que a

não realização de nenhum tipo de busca ativa acarreta prejuízos que devem ser refletidos pelos gestores e trabalhadores de saúde.

Uma das entrevistadas afirmou que o planejamento e desenvolvimento de ações de busca ativa de sintomáticos respiratórios em sua unidade só é iniciado após a notificação de algum caso, como pode observar conforme relato abaixo:

“A busca ativa de sintomáticos respiratórios na ESF se dá a partir do momento em que descobrimos e notificamos um paciente com tuberculose” (E5).

De acordo com Pinheiro et al. (2012), o diagnóstico precoce da TB contribui para a redução da transmissão da doença, já que uma pessoa infectada e sem tratamento transmite o bacilo a até quinze pessoas em um ano, justificando a necessidade de estratégias ativas para identificar e tratar precocemente os novos casos.

Considerando que um paciente sem tratamento é fonte de transmissão da doença e que a busca ativa ajuda a identificar precocemente os novos casos e que poucos dias após o início do tratamento o doente reduz sua carga bacilar e conseqüentemente o poder de transmissão, pode-se afirmar que a busca ativa realizada após notificação de um caso evidentemente não é tão eficaz quanto à realizada continuamente.

Se considerar que um paciente diagnosticado com TB tenha sido identificado tardiamente e que este tenha entrado em contato com outras pessoas que foram infectadas por ele e que essa cadeia cresce a cada contato com outros indivíduos susceptíveis perceber-se-á que a quebra desse ciclo teria sido mais efetiva se a busca dos SR fosse constante e não somente após notificação de um caso.

Por outro lado, muitas das enfermeiras afirmaram desenvolver ações de educação em saúde nas comunidades em que atuam, sendo que, na maioria das vezes não abordam a TB isoladamente, e sim acompanhada da hanseníase, como pode ser evidenciado a seguir:

“Ultimamente realizamos palestra na escola para jovens e adultos e sempre alertamos com relação a TB e hanseníase que são doenças predominantes no bairro” (E4).

“Quanto à realização de palestras voltada para a tuberculose esse ano a gente ainda não fez, mas está no nosso planejamento anual fazer essa capacitação tanto para os agentes de saúde como orientar a população” (E7).

“Aqui na unidade nós fazemos ações de busca ativa de sintomáticos respiratórios a partir de questionários e palestra junto com o médico, enfermeiro, ACSs, especialistas e universitários” (E14).

Para Trigueiro et al. (2009) manter a população informada sobre os problemas de saúde que as rodeiam ajuda aos indivíduos a terem uma consciência crítica do assunto, promove estímulo para a busca de soluções e ações coletivas para enfrentar suas necessidades. O estudo de Trigueiro et al. (2009) também constatou que a carência de planejamento, insuficiente capacitação profissional, inadequação do espaço físico das unidades e escassez de material educativo dificultam a realização de educação em saúde, necessitando do apoio dos gestores locais, com vistas a promover saúde e cidadania.

O apoio de outros profissionais e da comunidade acadêmica no planejamento de ações de educação em saúde junto com a equipe da ESF enriquece essa prática e contribui para a formação de cidadãos mais informados e engajados na busca do controle das necessidades encontradas em sua área. Ações de educação em saúde envolvem palestras, panfletagem, visita domiciliar, sala de espera, mutirões de saúde, entre outras atividades que mantêm a população sensibilizada da realidade encontrada.

As enfermeiras E5, E9 e E11 afirmaram não realizarem palestra referente à TB:

“Não realizamos com frequência palestra relacionada à TB, pois temos pouquíssimos pacientes e há um tempo não temos casos” (E5).

“Nós realizamos o controle dos comunicantes quando o paciente é diagnosticado, mas, não fazemos educação em saúde” (E9).

“[...] nunca realizamos palestras a respeito, pois faz pouco tempo que estou aqui” (E11).

Embora não seja difícil realizar essas ações a falta de insumos, capacitação profissional, espaço físico, apoio dos gestores, acompanhado da insuficiente importância dada ao tema TB dificultam a prática de ações que envolvam o diagnóstico precoce e o controle da doença.

5.3.7 Organização dos serviços de saúde voltados ao controle da TB

Ao analisar as entrevistas acerca das características da organização dos serviços de saúde que influenciam no retardo ao diagnóstico e no início do tratamento para eventual controle da doença, foi possível extrair quatro categorias, quais sejam, encaminhamento dos

novos casos suspeitos a Policlínica para confirmação diagnóstica e início do tratamento; referência a Policlínica após diagnóstico e notificação; controle deficiente da TB; e realização de busca ativa, notificação, supervisão do tratamento pela ESF.

A maioria das enfermeiras entrevistadas relatou encaminhar os novos casos de TB a Policlínica, unidade de referência, para confirmação do diagnóstico e início do tratamento, conforme relatos:

“No município de Sousa quando aparece algum caso suspeito o mesmo é encaminhado à Policlínica onde são realizados os exames necessários, a confirmação do diagnóstico e iniciado o tratamento” (E3).

“Atualmente aqui no PSF não temos nenhum caso de TB. No entanto, seu controle é feito na Policlínica onde é realizada a busca ativa dos pacientes e de onde muitas vezes somos informados do diagnóstico de pacientes da nossa área” (E5).

“Para o controle da tuberculose há uma intersetorialidade com a Policlínica que nos oferece apoio junto ao diagnóstico e tratamento” (E15).

Destarte, resultados do estudo de Caliari; Figueiredo (2012) realizado em municípios do Estado de São Paulo corrobora com a presente pesquisa quando concluiu que após a baciloscopia positiva o paciente era encaminhado à unidade de referência em TB do município para notificação e início do tratamento e que apenas um (município A) dos seis municípios notificava o caso na própria unidade. A unidade de referência localizada no município A recebia todos os pacientes encaminhados dos demais municípios para fornecer a medicação e realizar o acompanhamento do caso, sendo que a supervisão do tratamento era de responsabilidade das equipes de origem.

Ao mesmo tempo em que este estudo identifica que a confirmação diagnóstica de TB ocorre na unidade de referência, há casos que também são confirmados e notificados na unidade (conforme falas abaixo) para então serem referenciados para início do tratamento. Logo, a pesquisa realizada por Caliari; Figueiredo (2012) corrobora com este estudo no que diz respeito ao fluxograma seguido pelos serviços de saúde.

“Hoje nós descobrimos o paciente com TB, encaminhamos para o raio X e pneumologista e depois do diagnóstico notificamos e referenciamos o paciente à Policlínica para pegar a medicação e iniciar o tratamento” (E9).

“Se a baciloscopia for positivo nós encaminhamos o paciente para o especialista e para a Policlínica para começar a tomar a medicação” (E14).

De acordo com os relatos percebe-se que há unidades de saúde que conseguem captar o paciente, diagnosticar a doença e notificá-la para posteriormente encaminhar ao serviço de referência para início do tratamento, monitoramento e controle dos comunicantes pela unidade.

As enfermeiras E10 e E12, por sua vez, disseram que o controle da TB no município é deficiente, atribuindo à falta de informação da população, a não procura da Atenção Básica como primeira escolha para diagnóstico e ausente comunicação para repasse de informação entre o serviço privado, equipe de vigilância epidemiológica e a ESF.

“Infelizmente vejo muitos casos graves de paciente com tuberculose devido à falta de informação. A população procura muito a rede hospitalar e não procura muito a unidade, isso às vezes prejudica a captação desse paciente para podermos acompanhar o tratamento por aqui” (E10).

“A organização dos serviços de saúde voltados ao controle da TB para mim ainda poderia melhorar através da ligação entre os centros de diagnóstico que envolve os consultórios particulares, o serviço de vigilância e a própria Estratégia Saúde da Família, pois não existe uma ligação entre eles” (E12).

Com o objetivo de avaliar o nível de acesso aos serviços de saúde de uma população de pacientes internados por TB em dois hospitais no município de São Paulo, Perrechi; Ribeiro (2009) constataram que 119 (72%) dos 166 pacientes internados que participaram do estudo foram diagnosticados com TB em hospitais ou em prontos-socorros. Os principais motivos pelo qual os pacientes de TB foram internados se referiam à elucidação diagnóstica, insuficiência respiratória, hemoptise, AIDS, caquexia, entre outros.

Dessa forma, o diagnóstico de TB realizado em nível hospitalar demonstra a fragilidade da atenção básica para identificar esses novos casos a partir dos sinais e sintomas da doença, já que o estudo supracitado também concluiu que havia associação entre a internação por TB e casos de retratamento da doença, procura de outro serviço de saúde antes do diagnóstico e sintomatologia presente por período superior a 12 semanas.

No Brasil, a TB ocupa o nono lugar entre as causas infecciosas de internação hospitalar, o sétimo lugar em gastos com internação por doenças infecciosas no Sistema Único de Saúde (SUS) e o quarto lugar em mortalidade por doenças infecciosas (HIJAR et al., 2005).

O apoio da vigilância epidemiológica na TB é imprescindível, pois tem por objetivo monitorar a situação e a tendência da doença para recomendar, executar e avaliar as atividades de controle. Logo, tendo como base essa perspectiva de diagnóstico hospitalar e falta de

comunicação entre os setores de saúde sobre os casos suspeitos e diagnosticados de TB é possível afirmar que o controle da doença de fato é deficiente.

Após discutir sobre o encaminhamento dos pacientes ao serviço de referência para confirmação diagnóstica e início do tratamento ou após diagnóstico e notificação dos casos pela unidade e a respeito do controle deficiente da TB no município de Sousa–PB, duas entrevistadas afirmaram realizar busca ativa, notificação e supervisão do tratamento na própria ESF, revelando preocupação com a organização do serviço para o controle da TB:

“Neste caso, existe a busca ativa pelos agentes de saúde no próprio posto onde ficamos supervisionando o controle do tratamento a fim de evitar a desistência do mesmo” (E2).

“Quanto à organização dos serviços para o controle da TB esta estende-se desde o ACS até a vigilância epidemiológica. O ACS passa na visita identifica o caso suspeito me comunica e pedimos ao médico para solicitar os exames. O paciente vai ao laboratório e quando volta com as duas provas notificamos e ele começa o tratamento em casa com o acompanhamento do agente de saúde” (E11).

Em concordância com o Protocolo de Enfermagem para o Tratamento Diretamente Observado o fluxograma de atendimento dos casos suspeito de TB deve abranger o caminho que será percorrido pelo paciente em cada serviço de saúde, compreendendo a descoberta do SR, os procedimentos diagnósticos (marcação, coleta e resultados de exames), o acompanhamento do TDO até a alta, a garantia do retorno médico mensal, as consultas com especialista, se necessário, a internação ou outras demandas, conforme figura 2 (BRASIL, 2011a).

Figura 2 – Fluxo do paciente na unidade de saúde.



Notas: * Os casos de Sintomáticos Respiratórios com baciloscopia negativa e persistência dos sintomas respiratórios, encaminhar ao médico para avaliação e conduta.

** No caso de o serviço ter médico, encaminhar o paciente imediatamente para a consulta, caso contrário, o Enfermeiro inicia o tratamento e agenda a consulta para o médico a seguir.

Conclui-se assim, que o diagnóstico precoce e o controle da TB no município de Sousa–PB depende muito do interesse dos profissionais de saúde atuantes nas ESF, inclusive do enfermeiro, em buscar capacitação e desenvolver ações que objetivem este controle.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tuberculose é uma doença marcada pelo tempo capaz de criar um universo de representações socioculturais que influenciam negativamente na vida dos que convivem com a mesma, repercutindo no eu biopsicossocial. Mesmo com os inúmeros progressos que possibilitaram a sua cura, a concepção que perdura no imaginário social atrela preconceito, isolamento, estigma e medo, dificultando a desmistificação que a perfaz.

Com o intuito de compreender os aspectos que envolvem o diagnóstico tardio da TB elaboraram-se questionamentos que nortearam este estudo e que permitiram retratar a realidade da doença no município de Sousa-PB e as dificuldades que a rodeia.

Por compreender que o diagnóstico tardio da TB coopera para a disseminação da doença e retarda o processo terapêutico, configurando-se como um grande desafio enfrentado pelos profissionais de saúde na redução de sua incidência, o presente estudo teve por objetivo principal explorar os relatos de enfermeiros da Atenção Básica acerca das causas que interferem no retardo do diagnóstico da TB.

No entanto, muitas dificuldades foram encontradas no decorrer da coleta de dados quanto à aceitação dos profissionais em participarem do estudo. Algumas enfermeiras negaram-se a participar ou tiveram resistência por não querer conceder entrevista, demonstrando preferência por questionários semi-estruturados. Outra barreira consistiu em encontrar algumas das participantes em seu local de trabalho para o primeiro contato, bem como, para contatos posteriores, pois estas agendaram o local, data e hora para conceder a entrevista e não compareceram, fato este que se repetiu diversas vezes até o término do período de coleta dos dados.

Quanto à caracterização dos participantes, observou-se um perfil de profissionais absolutamente do sexo feminino, na faixa etária economicamente produtiva entre 25 a 39 anos, casadas, praticantes da doutrina católica, tempo de atuação profissional entre seis meses a nove anos, predominando a atuação durante um ano e seis meses, com pós-graduação lato sensu, prevalecendo à especialidade em ESF. Percebeu-se, desta forma, um perfil de enfermeiras preocupadas com qualificação profissional em sua área de atuação.

Mediante a análise das narrativas, foram extraídos sete eixos temáticos que nortearam a discussão, a saber: conhecimento dos enfermeiros sobre TB; situação da tuberculose no município de Sousa; fatores que contribuem para o diagnóstico tardio da TB; tempo decorrido entre o aparecimento dos sintomas e o diagnóstico de TB; tempo decorrido entre o aparecimento dos sintomas e o início do tratamento da TB; planejamento e desenvolvimento

das ações de busca ativa de sintomáticos respiratórios na ESF; organização dos serviços de saúde voltados ao controle da TB.

Em relação ao primeiro eixo temático as enfermeiras assistenciais expuseram sua concepção sobre a TB ancoradas em sua experiência e a conceituaram como: infectocontagiosa e controlada; doença social estigmatizante, marginalizada e preconceituosa; antiga, curável e de fácil diagnóstico e tratamento; grave, silenciosa, de difícil diagnóstico e controle que necessita de um olhar diferenciado. Entende-se que o conhecimento dos profissionais de saúde relacionado a essa doença milenar se faz necessário para superar as dificuldades encontradas em seu manejo e aprimorar as ações que visem seu controle.

O perfil da TB no município de Sousa traçado pelas enfermeiras da ESF permite concluir que há uma disparidade de informações presentes nos relatos referentes à prevalência da TB, fato este que pode estar associado à subnotificação e dificuldade em referenciar os casos suspeitos. Houve ainda quem elogiasse a assistência dispensada aos pacientes, não referente ao cuidado, mas ao acesso a exames simples e complementares.

Quanto aos fatores que contribuem para o diagnóstico tardio da TB sob o ponto de vista das enfermeiras considerando sua experiência estão: déficit na busca ativa, ausência de informação e diagnóstico precoce; auto-preconceito; e abandono do tratamento. Logo, conclui-se que os serviços de saúde deixam lacunas no que diz respeito a ações para o diagnóstico da TB, detecção precoce dos casos e a construção de projetos terapêuticos revelando fragilidade do serviço na assistência ao paciente.

O tempo decorrido entre o aparecimento dos sintomas e o diagnóstico da TB depende exclusivamente de dois fatores: o paciente e o serviço de saúde. Após análise das narrativas constatou-se que esse período concentrou-se em três vertentes: percurso longo/demorado, percurso curto/rápido e das que não souberam precisar esse tempo. Atribuiu-se ao percurso longo/demorado (um a quatro meses) a não aceitação da doença, a sintomatologia sugestiva de virose e tabagismo e a ausência de busca ativa. O período curto/rápido (três semanas) justificou-se pela captação em tempo hábil dos sintomáticos respiratórios e os que não souberam precisar o tempo, foram relacionados pela não atuação do profissional na assistência ao portador de TB.

Quanto ao tempo decorrido entre o início dos sintomas e o tratamento também houve divergência entre os relatos que o definiram como rápido e demorado (três e sete semanas respectivamente), no entanto, ao comparar os dados obtidos com a literatura pertinente foi possível identificar que mesmo o percurso considerado rápido foi excessivo.

Por sua vez, a realização do planejamento e desenvolvimento de ações de busca ativa de sintomáticos respiratórios, fundamental para o controle da TB, foi insipiente no município estudado, visto que, escassa foi a atenção voltada à realização de educação em saúde, competência muitas vezes atribuída ao ACS ou realizada após a notificação dos casos.

Por fim, buscou-se conhecer a organização dos serviços de saúde voltados para o diagnóstico da TB. De acordo com as narrativas foi possível identificar que algumas unidades encaminharam casos suspeitos à Policlínica para confirmação diagnóstica e início do tratamento, outras referenciaram à Policlínica após diagnóstico e notificação, enquanto que, algumas afirmaram que o controle da TB é deficiente no município e poucas referem realizar busca ativa, notificação e supervisão do tratamento na própria ESF.

Logo, após observar todos os relatos correspondentes as questões que nortearam este estudo, surgiram outros questionamentos: Como se pode criar um vínculo entre o paciente de TB e a UBS se o diagnóstico nem sempre se dá na unidade? Como detectar precocemente os sintomáticos respiratórios se não há busca ativa? Como estabelecer a prevalência da TB no município se é evidente a subnotificação dos casos de acordo com os relatos?

Conclui-se assim, que o diagnóstico precoce e o controle da TB no município de Sousa–PB requer apoio dos gestores em saúde e interesse dos profissionais atuantes nas ESF, inclusive do enfermeiro, na busca pela capacitação, possibilitando o desenvolvimento de ações que objetivem o controle da doença e que promova a inclusão da comunidade no processo saúde-doença.

Faz-se necessário também a realização de mais estudos que abordem essa problemática com vista a identificar outros fatores que contribuem para o retardo diagnóstico da TB que não foram identificados aqui devido às limitações encontradas na realização deste trabalho, bem como, subsidiar na formulação de estratégias que tenham por finalidade manter os profissionais e a comunidade sensibilizados com o assunto, como a confecção de cartilhas, boletins informativos, dia “D” da TB, mutirões de saúde, entre outros.

REFERÊNCIAS

A ENFERMAGEM. **Perfil da Enfermagem**. Nov., 2012. Disponível em:

<<http://aenfermagem.com.br/materia/perfil-da-enfermagem/>>. Acesso em: 31 jul. 2014.

ALVES, R. S. et al. Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 650-657, jul-set, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a21.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2014.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Portugal: Edições 70, 2009.

BARRETO, I. S.; KREMPEL, M. C.; HUMEREZ, D. C. O Cofen e a Enfermagem na América Latina. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 4, p. 253 – 254, 2011. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/195/131>>. Acesso em: 31 jul. 2014.

BASNET, R. et al. Delay in the diagnosis of tuberculosis in Nepal. **BMC Public Health**, v. 9, n. 236, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2716339/>>. Acesso em: 22 mai. 2014.

BERTAZONE, E. C.; GIR, E.; HAYASHIDA, M. Situações vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem na assistência ao portador de tuberculose pulmonar. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 374-381, mai-jun, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a12.pdf>>. Acesso em: 22 mai. 2014.

BORGES, E. et al. *Racismo, preconceito e intolerância*. São Paulo: **Atual**, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde – DATASUS. Sistema de Informação da Atenção Básica. **Cadastramento familiar**. Brasília, jun, 2014a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABFbr.def>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Brasília, v. 44, n. 2, p. 1 – 13, 2014b. Disponível em: <http://www.suvisa.saude.ba.gov.br/sites/default/files/vigilancia_epidemiologica/doencas_transmissiveis/arquivo/2014/04/14/Boletim-Tuberculose-2014.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica**: protocolo de enfermagem. Brasília, 2011a.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Área Técnica de Pneumologia Sanitária. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília, 2010a. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ProgramaTB.pdf>>. Acesso em: 04 mai. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília, 2010b. Disponível em: <http://www.itarget.com.br/newclients/sppt.org.br/2010/extra/download/manual_de_recomendacoes_controle_tb_novo.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed., Brasília, 2009. Disponível em: <ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/ZOO/lepto_gve7ed_atual.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2. ed., Brasília, 2008. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad21.pdf>. Acesso em: 06 mai. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Comitê Técnico – Científico de Assessoramento à Tuberculose. Comitê Assessor para Co-infecção HIV - Tuberculose. **Tuberculose – guia de vigilância epidemiológica**. Brasília, 2002a. Disponível em: <<https://www.google.com.br/url?sa=t&rc=tj&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.saude.mt.gov.br%2Farquivo%2F2963&ei=f2t3U8mAE62isASg-oGYDg&usq=AFQjCNHX4JsfJPEQfaFCXH7qHSJjLz8pPQ&sig2=XaT0aTGp42E6zMaqlf74EQ&bvm=bv.66917471,d.cWc>>. Acesso em: 10 mai. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica**. 6. ed., Brasília, 2002b. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_0327_M.pdf> Acesso em: 17 de maio de 2014.

CALIARI, J. S.; FIGUEIREDO, R. M. Tuberculose: perfil de doentes, fluxo de atendimento e opinião de enfermeiros. **Acta paul. enferm.** [online], v. 25, n. 1, p. 43-47, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n1/v25n1a08.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2014.

CAMPANI, S. T. A.; MOREIRA, J. S.; TIETBOHEL, C. N. Fatores preditores para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil na cidade de Porto Alegre (RS). **J. bras. pneumol.** [online], v. 37, n. 6, p. 776-782. ISSN 1806-3713, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v37n6/v37n6a11.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2014.

CONDE, M. B. et al. III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **J. bras. Pneumol.**, v. 35, n. 10, p. 1018-1048, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v35n10/v35n10a11.pdf>>. Acesso em: 18 mai. 2014.

COSTA, R. K. S.; MIRANDA, F. A. N. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: contribuição para a mudança do modelo assistencial. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 120-128, abr-jun, 2008. Disponível em:

<<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/570/pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2014.

FAÇANHA, M. C. et al. Treinamento da equipe de saúde e busca ativa na comunidade: estratégias para a detecção de casos de TB. **J. bras.pneumol.** [online], v. 35, n. 5, p. 449 – 454, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v35n5/v35n5a10.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2014.

FERNANDES, S. F. et al. Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família: a relação das variáveis sociodemográficas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 434-42, jul-set, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a04v19n3>>. Acesso em: 15 set. 2014.

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Rev Bras Enferm.** Brasília, v. 63, n. 4, p. 567-573, jul-ago, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/11.pdf>>. Acesso em: 30 mai. 2014.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/14.pdf>>. Acesso em: 22 mai. 2014.

GOMES, A. L. C.; SÁ, L. D. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. 2, p. 365-372, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v43n2/a16v43n2.pdf>>. Acesso em: 22 mai. 2014.

GUSSI, M. A.; DYTZ, J. L. G. Religião e espiritualidade no ensino e assistência de enfermagem. **Rev. Bras Enferm.** Brasília, v. 6, n. 3, p. 377-384, mai-jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v6n3/a17v6n3.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2014.

HIJJAR, M. A. et al. Epidemiologia da tuberculose: importância no mundo, no Brasil e no Rio de Janeiro. **Pulmão RJ**, v. 14, n. 4, p. 310-314, 2005. Disponível em: <<http://www.sopterj.com.br/tuberculose/curso/1.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2014.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [online]. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/233RH>>. Acesso em: 15 set. 2014.

LAVOR, A.; MENEZES, K. T. Não existe mau paciente, só serviço ineficiente. **Radis**. Rio de Janeiro, n. 69, p. 21 – 23, mai, 2008. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_69.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2014.

MACHADO, M. H.; VIEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, E. Construindo o perfil da enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v. 3, n. 3, p. 119-122, 2012. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/download/294/156>>. Acesso em: 31 jul. 2014.

MACIEL, E. L. et al. Delay in diagnosis of pulmonary tuberculosis at a primary health clinic in Vitoria, Brazil. **Int J Tuberc Lung Dis.**, v. 14, n. 11, p. 1403-1410, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3697918/>>. Acesso em: 22 mai. 2014.

MAIOR, M. L. et al. Tempo entre o início dos sintomas e o tratamento de tuberculose pulmonar em um município com elevada incidência da doença. **J. bras.pneumol.** [online], v. 38, n. 2, p. 202-209, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v38n2/v38n2a09.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2014.

MARQUES, C. F. **As percepções dos pacientes em tratamento de tuberculose sobre sua doença:** uma análise da literatura científica. 2011. 56. f. Monografia (Especialização em Saúde Pública) — Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Percep%C3%A7%C3%B5esPacientes.pdf>>. Acesso em: 09 ago. 2014.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: **Hucitec**, 2002.

NOGUEIRA, J. A., et al. Vínculo e acesso na estratégia saúde da família: percepção de usuários com tuberculose. **Rev Rene**, v. 13, n. 4, p. 784-793, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1073/pdf>>. Acesso em: 09 ago. 2014.

OBLITAS, F. Y. M. et al. O papel da enfermagem no controle da tuberculose: uma discussão sob a perspectiva da equidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 1-9, jan-fev, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_20.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2014.

OLIVEIRA, A. A. V. et al. Diagnóstico da tuberculose em pessoas idosas: barreiras de acesso relacionadas aos serviços de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 47, n. 1, p. 145-151, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reensp/v47n1/a18v47n1.pdf>>. Acesso em: 08 abr. 2014.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Plan Regional de Tuberculosis 2006-2015.** Washington, D.C: OPS, 2006. Disponível em: <<http://www1.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/tb-reg-plan-2006-15.pdf>>. Acesso em: 22 mai. 2014.

PAIVA, S. M. A. et al. Teorias administrativas na saúde. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 311-6, abr-jun, 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a24.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2014.

PARAÍBA. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2008 - 2011.** João Pessoa: SES/PB, 2008a. Disponível em: <<http://www.saude.pb.gov.br/site/planoestadua20082011.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Planejamento e Gestão. Sub-Gerência de Programação e Organização da Assistência. Núcleo de Desenvolvimento das Regiões de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização da Paraíba PDR – PB.** João Pessoa, jul. 2008b.

Disponível em: <<http://www.saude.pb.gov.br/site/ger/gplanejamento.html>>. Acesso em: 12 set. 2014.

PERRECHI, M. C. T.; RIBEIRO, S. A. Tratamento de tuberculose: integração entre assistência hospitalar e rede básica na cidade de São Paulo. **J Bras Pneumol.**, v. 35, n. 11, p. 1100-1106, 2009. Disponível em: <http://www.jornaldepneumologia.com.br/detalhe_artigo.asp?id=202>. Acesso em: 20 ago. 2014.

PINHEIRO, P. G. O. D. et al. Busca ativa de sintomáticos respiratórios e o diagnóstico tardio da tuberculose. **REV RENE**, v. 13, n. 3, p. 572-581, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/724/pdf>>. Acesso em: 22 mai. 2014.

PINHEIRO, R. S.; ANDRADE, V. L.; OLIVEIRA, G. P. Subnotificação da tuberculose no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN): abandono primário de bacilíferos e captação de casos em outras fontes de informação usando linkage probabilístico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 1559 – 1568, ago, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n8/14.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2014.

PINTO, E. S. G.; MENEZES, R. M. P.; VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online]. São Paulo, v. 44, n. 3, p.657-664, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300015>. Acesso em: 08 de mar. 2014.

RABAHI, M. F. Tuberculose e Tabagismo. **Pulmão**, RJ. v. 21, n. 1, p. 46 – 49, 2012. Disponível em: <http://www.sopterj.com.br/revista/2012_21_1/11.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2014.

REVISTA PSIQUE. Preconceito de todo dia: um delírio em relação ao alvo, o preconceito existe para que um grupo ou alguém mantenha o poder sobre o outro. 2010. Disponível em: <<http://psiquecienciaevida.uol.com.br/ESPS/Edicoes/35/artigo119636-2.asp>>. Acesso em: 29 ago. 2014.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

ROCHA, F. R. et al. Enfermeiros coordenadores de equipe do Programa saúde da família: perfil profissional. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n. 2, p. 229-233, abr-jun, 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a16.pdf>>. Acesso em: 08 de mar. 2014.

RODRIGUES, Y. C. S. J. et al. Ventilação mecânica: evidências para o cuidado de enfermagem. **Esc. Anna Nery** [online]. Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.789-795, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielophp?pid=S141481452012000400021&script=sci_arttext>. Acesso em: 08 de mar. 2014.

ROECKER, S.; NUNES, E. F. P. A. MARCON, S. S. O trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 157-65, jan-mar, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_19.pdf>. Acesso em: 15 set. 2014.

ROSENTHAL, C. Tossir por mais de três semanas pode ser sinal de doença do pulmão. **Bem estar** [online], mar, 2012. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2012/02/tossir-por-mais-de-tres-semanas-pode-ser-sinal-de-doenca-no-pulmao.html#>>. Acesso em: 14 ago. 2014.

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: 22 mai. 2014.

SÁ, L. D. et al. A discursividade de gestores sobre aspectos relacionados ao retardo do diagnóstico de tuberculose. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 47, n. 5, p. 1165-1171, 2013a. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/pt_0080-6234-reeusp-47-05-1165.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2014.

SÁ, L. D. et al. Educação em saúde no controle da tuberculose: perspectiva de profissionais da estratégia Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 15, n. 1, p. 103-111, jan-mar, 2013b. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n1/pdf/v15n1a12.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2014.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Rev. bras. enferm.** [online], v. 60, n. 2, p. 221-224. ISSN 0034-7167. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n2/a17v60n2.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2014.

SANTOS, M. A. et al. Risk factors for treatment delay in pulmonary tuberculosis in Recife, Brazil. **BMC Public Health**, v. 5, n. 25, p. 1-8, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1084352/>>. Acesso em: 22 mai. 2014.

SCATENA, L. M. et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 389-397, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/248.pdf>>. Acesso em: 18 mai. 2014.

SILVA, C. O. G.; D'AMARAL, R. K. K. Tuberculose: casos novos e Estratégia de Saúde da Família. **Rev Enferm**, UNISA, v. 12, n. 1, p. 64-67, 2011. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2011-1-11.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2014.

SILVA-SOBRINHO, R. A. et al. Retardo no diagnóstico da tuberculose em município da tríplce fronteira Brasil, Paraguai e Argentina. **Rev Panam Salud Publica** [online], v. 31, n. 6, p. 461-468, 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n6/v31n6a03.pdf>>. Acesso em: 22 mai. 2014.

SOUZA, S. S.; SILVA, D. M. G. V.; MEIRELLES, B. H. S. Representações sociais sobre a tuberculose. **Acta paul. enferm.** [online], v. 23, n. 1, p. 23- 28, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/04.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2014.

TEXEIRA, R. V. **Tuberculose**: doença ocupacional nos profissionais de saúde. 2011. 21. f. Monografia (Especialização em Enfermagem do Trabalho) — Departamento Nacional de Pós-Graduação e Atualização, Faculdade Redentor, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.redentor.inf.br/arquivos/pos/publicacoes/02082012Artigo%20-%20Ricardo%20Vasconcelos.pdf>>. Acesso em: 09 ago. 2014.

TRIGUEIRO, D. R. S. G. et al. Determinantes individuais e utilização dos serviços de saúde para o diagnóstico da tuberculose. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 371-378, jul-set, 2013. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v21n3/v21n3a16.pdf>>. Acesso em: 09 abr. 2014.

TRIGUEIRO, J. V. S. et al. Percepção de enfermeiros sobre educação em saúde no controle da tuberculose. **Cienc Cuid Saude**, v. 8, n. 4, p. 660-666, out-dez, 2009. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9697>>. Acesso em: 09 ago. 2014.

VILLELA, L. C. M. et al. Tempo de atuação do profissional enfermeiro – Minas Gerais. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 4, p. 248-250, 2011. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/194/130>>. Acesso em: 01 ago. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global tuberculosis report 2013**. WHO report: Genebra, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/>. Acesso em: 11 set. 2014.

ZANETTI, T. G. et al. Perfil socioprofissional e formação de profissionais de Equipes de saúde da família: um estudo de caso. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá- PR, v. 9, n. 3, p. 448-455, 2010. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/7664/6655>>. Acesso em: 08 de mar. 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Informações Gerais:

Data: _____ **Hora:** _____ **Local:** _____

Pseudônimo: _____ **Sexo:** _____ **Idade:** _____

Estado civil: _____ **Religião:** _____

Função: _____ **Tempo de atuação:** _____

Especialidade: _____

- Comente a respeito da TB no município de Sousa.
- O que você pensa sobre essa doença?
- Em sua opinião, quais os fatores que contribuem para o diagnóstico tardio da TB?
- Comente sobre a organização dos serviços de saúde voltados ao controle da TB.
- Conte para mim o percurso (incluindo tempo) que o doente de TB realiza entre o aparecimento dos sintomas e a procura ao primeiro serviço de saúde para confirmação diagnóstica.
- Conte para mim o percurso (incluindo tempo) que o doente de TB realiza entre o aparecimento dos sintomas e o início do tratamento pelo serviço de saúde.
- Fale a respeito do planejamento e desenvolvimento das ações de busca ativa de sintomáticos respiratórios na ESF.

APÊNDICE B - DECLARAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Noemia Rachel de Araújo Gadelha, Secretária de Saúde do município de Sousa (PB), autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: **“DIAGNÓSTICO TARDIO DA TUBERCULOSE A PARTIR DO RELATO DE ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS”**, a ser realizada nas Estratégias Saúde da Família e na sede da Secretaria de Saúde do município de Sousa-PB no mês de julho de 2014, tendo como pesquisadora, a Profª. Ms. Arieli Rodrigues Nóbrega Videres e colaboradora Tamilles Cristina Lopes da Silva, acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, Campus de Cajazeiras – PB.

Sousa-PB, 09 de junho 2014.



Dra. Noemia Rachel de Araújo Gadelha

Secretária Municipal de Saúde

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Bom dia (boa tarde ou noite), meu nome é TAMILLES CRISTINA LOPES DA SILVA, aluna do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande e o Sr. (a) está sendo convidado (a), como voluntário (a), à participar da pesquisa intitulada **“Diagnóstico tardio da tuberculose a partir do relato de enfermeiros da Atenção Básica”**.

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS: A pesquisa se justifica pela escassez de estudos sobre as causas do diagnóstico tardio da TB (mesmo sob o enfoque quantitativo) e praticamente a inexistência de estudos qualitativos sob o tema buscando-se identificar, com mais profundidade, os elementos que cercam esse problema - que requer urgência em ser compreendido-, de modo a embasar a qualidade das práticas e ações voltadas ao seu enfrentamento. O objetivo dessa pesquisa é explorar o relato de enfermeiros da Atenção Básica acerca das causas que interferem no retardo do diagnóstico da tuberculose. Os dados serão coletados da seguinte forma: o Sr. (a) irá participar de uma entrevista semi-dirigida no qual constam questões para avaliação sócio-demográfica e outras voltadas à problemática, sendo requerida a sua participação uma única vez.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: A pesquisa oferecerá risco mínimo à integridade física, psicológica e social dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família podendo causar apenas ansiedade nos participantes no momento da entrevista. Deste modo, espera-se que este estudo contribua com os profissionais enfermeiros na compreensão das causas de retardo do diagnóstico, objetivando a melhoria e qualificação da assistência de enfermagem ao doente de TB. Espera-se também contribuir com os serviços de saúde e gestores locais, quiçá de todo o Brasil, na redução do número de casos e mortes por TB, assim como subsidiar a formulação de políticas públicas que priorizem o acesso precoce do usuário ao diagnóstico e tratamento de TB no SUS.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: A participação do Sr. (a) nessa pesquisa não implica necessidade de acompanhamento e/ou assistência posterior, tendo em vista que a presente pesquisa tem a finalidade de explorar o relato de

enfermeiros da Atenção Básica acerca das causas que interferem no retardo do diagnóstico da tuberculose e não intervir. Além disso, como na entrevista não há dados específicos de identificação do Sr. (a), a exemplo de nome, CPF, RG, etc., não será possível identificá-lo posteriormente de forma individualizada.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E

GARANTIA DE SIGILO: O Sr. (a) será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O Sr. (a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de prestação de serviços aqui no estabelecimento. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa permanecerão confidenciais podendo ser utilizados apenas para a execução dessa pesquisa. Você não será citado (a) nominalmente ou por qualquer outro meio, que o identifique individualmente, em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado, assinada pelo Sr. (a) na última folha e rubricado nas demais, ficará sob a responsabilidade do pesquisador responsável e outra será fornecida ao (a) Sr. (a).

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR

EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para Sr. (a) e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Não é previsível dano decorrente dessa pesquisa ao (a) Sr. (a), e caso haja algum, não há nenhum tipo de indenização prevista.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO

PARTICIPANTE: Eu, _____, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci todas minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e desistir de participar da pesquisa se assim o desejar. O (a) pesquisador (a) _____ certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, no que se refere a minha identificação individualizada, e deverão ser tornados públicos através de algum meio. Ele compromete-se, também, seguir os padrões éticos definidos na Resolução CNS 466/12.

Também sei que em caso de dúvidas poderei contatar o (a) estudante Tamilyes Cristina Lopes da Silva através do telefone (83) 8120-6471 e e-mail tamilyescristina2@yahoo.com.br, ou o (a) professor (a) orientador (a) Arieli Rodrigues Nóbrega Videres, através do telefone (83) 8841-0524 e e-mail: arieli.nobrega@hotmail.com. Além disso, fui informado que em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo poderei consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, situado na BR 230, Km 504, Cristo Rei, Cajazeiras-Paraíba, CEP: 58.900-000 ou através do Telefone: (83) 3531-2722.

_____	_____	_____ / ____ / ____
Nome	Assinatura do Participante da Pesquisa	Data

_____	_____	_____ / ____ / ____
Nome	Assinatura do Pesquisador	Data

**ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO
PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

Eu, **ARIELI RODRIGUES NÓBREGA VIDERES**, professora da UFCG, responsabilizo-me pela orientação de **TAMILLES CRISTINA LOPES DA SILVA**, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem, no desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulada “**DIAGNÓSTICO TARDIO DA TUBERCULOSE A PARTIR DO RELATO DE ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS**”. Declaro estar ciente e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o projeto de pesquisa, no sentido de manutenção da privacidade e sigilo das informações, resguardo da segurança e bem-estar dos participantes nela recrutados, pelos resultados obtidos e posterior divulgação no meio acadêmico e científico, pela comunicação ao Comitê de Ética em Pesquisa sobre qualquer alteração no projeto e /ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento, pelo como pelo arquivamento durante 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, de uma das vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por cada participante recrutado durante a execução da mesma.

Cajazeiras - PB, 29 de maio de 2014.



ARIELI RODRIGUES NÓBREGA VIDERES

Pesquisador Responsável

**ANEXO C – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO
PESQUISADOR PARTICIPANTE**

Eu, **TAMILLES CRISTINA LOPES DA SILVA**, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande responsabilizo-me junto com minha orientadora, Prof^ª. Ms. **ARIELI NÓBREGA RODRIGUES VIDERES**, a desenvolver o projeto de pesquisa intitulado “**DIAGNÓSTICO TARDIO DA TUBERCULOSE A PARTIR DO RELATO DE ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS**”. Comprometo-me ainda em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

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

Cajazeiras - PB, 29 de maio de 2014.

Tamilles Cristina Lopes da Silva.

TAMILLES CRISTINA LOPES DA SILVA

Pesquisador Participante