



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

PAULA FERNANDA RAMOS NUNES

**CONHECIMENTO DOS USUÁRIOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE CUITÉ-PB ACERCA DA TUBERCULOSE**

CUITÉ-PB

2014

PAULA FERNANDA RAMOS NUNES

**CONHECIMENTO DOS USUÁRIOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE CUITÉ-PB ACERCA DA TUBERCULOSE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação em Saúde da Universidade Federal de Campina Grande-Campus Cuité, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof^ª. Ms. Anne Jaquelyne Roque Barrêto

CUITÉ-PB

2014

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

N972n Nunes, Paula Fernanda Ramos.

Nível de conhecimento dos usuários de uma Unidade Básica de Saúde do município de Cuité – PB acerca da tuberculose. / Paula Fernanda Ramos Nunes. – Cuité: CES, 2014.

63 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2014.

Orientadora: Anne Jaqueline Roque Barrêto.

1. Enfermagem. 2. Tuberculose. 3. Atenção primária em saúde. 4. Educação em saúde. I. Título.

CDU 616.9

PAULA FERNANDA RAMOS NUNES

**CONHECIMENTOS DOS USUÁRIOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE CUITÉ-PB ACERCA DA TUBERCULOSE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pela aluna Paula Fernanda Ramos Nunes, do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____, conforme apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado em _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Ms. Anne Jaquelyne Roque Barrêto - UFCG
Orientadora

Prof^a. Janaína von Söhsten Trigueiro- UFCG
Examinadora

Prof^a. Francilene Figueiredo da Silva Pascoal - UFCG
Examinadora

CUITÉ – PB
2014

Dedico este trabalho aos meus pais Jário Fernando Muniz Nunes e Ana Paula Ramos Nunes, aos meus avós Liberato de Farias Nunes e Estelita Muniz da Silva e aos meus tios Lúcia Ângela e José Alves, que foram base forte para construção do meu castelo de sonhos realizados. Essa vitória é nossa!

AGRADECIMENTOS

Não sei bem se saudade seria a palavra certa a ser utilizada, mas digamos, que no mínimo sinto-me orgulhosa de cada obstáculo superado até o exato momento em que essas palavras são passadas para o papel. Busquei a todo instante fazer dos pobres de espírito o alimento da minha alma, daqueles de pouco caráter, minha constante inovação e do pó e dos cacos a base para o meu reino de vitória. Enfim... A todos que desejaram minha derrota, aqui estou eu e vencedora.

Agradeço o resultado desse trabalho em primeiro lugar a **DEUS** e **SÃO MIGUEL ARCANJO** que assoalharam o sentido da palavra fé em minha vida, mantendo-me sempre protegida das ciladas do mal e forte o suficiente para levantar a cada queda que sofri.

A toda minha família por ser o sentido e o significado de tudo que está nos meus planos. Agradeço, por ser meu corpo, mente e alma. Grata pela vida e tudo que dela faz parte: à mainha, **ANA PAULA RAMOS NUNES** e a painho, **JÁRIO FERNANDO MUNIZ NUNES**. Pela força, confiança e motivação: a voinho, **LIBERATO DE FARIAS NUNES**, a voinha, **ESTELITA MUNIZ DA SILVA**, aos meus irmãos, **LIBERATO DE FARIAS NUNES NETO**, **ANANDA SABRINA RAMOS NUNES** e **JÁRIA ALLANA RAMOS NUNES**, aos meus tios, em especial a tia **LÚCIA ÂNGELA MUNIZ NUNES** e tia **ALBA REJANE MUNIZ NUNES**, aos meus primos **CAMILA RISTANISLÉIA**, **EUCÁRIA CAROLINE**, **SAMIRA ROSSELI**, **HYGOR CHRISTOPHER**, **MATHEUS LEOPOLDO** e **LUCAS THIAGO**. Amo cada um de vocês e mesmo distantes, sempre conseguimos manter acesa a chama do nosso amor, dando força uns aos outros para seguir em cada caminhada, pois independentemente de onde estejamos, sabemos que jamais estaremos sozinhos. Os caminhos podem até ser diferentes, mas se precisarmos, eu sei, que ali estaremos todos nós, em qualquer situação, acolhendo e enxugando o pranto daquele que precisa. Lembro-me claramente de cada dificuldade, cada tristeza e angústia que vivi nesses cinco anos, porém lembro-me mais ainda de cada palavra, cada sorriso e cada abraço que recebi de vocês. Tudo isso foi como o combustível que me movia, aliás, é justamente esse amor inabalável, indestrutível, infinito e inexplicável, que me move até hoje, até agora! ... Enfim, é com um nó na garganta e uma lágrima escorrendo no canto dos olhos que eu digo de todo o coração: nada nesse mundo, muito menos essas palavras, serão capazes de demonstrar o mínimo se quer do que eu sinto por vocês. **AMO ETERNAMENTE TODOS VOCÊS!**

À minha primeira professora, **VALDENICE DE FARIAS TIBÚRCIO**, bem como a minha primeira escola, **GRUPO ESCOLAR VÍTOR NUNES DE FARIAS** e a todos aqueles que foram meus colegas de sala, à **ELIANE NUNES DOS SANTOS** (que me ensinava as tarefinhas de casa, com a delicadeza que só ela tem). Apesar do tempo jamais me esquecerei de vocês e os levarei, sempre, com muito carinho nas minhas mais doces lembranças.

À **ESCOLA MONTEIRO LOBATO**, bem como a todos seus funcionários e em especial a diretora geral **ZEZA** e todos os amigos que viveram junto comigo a fase mais importante da minha vida. Especialmente **ROBERTA MASCENA AMORIM PIRES** e **THAYNNARA ALICE QUEIROZ**.

Às minhas professoras **GISELLE CHALEGA** e **DENIZE PIMENTEL**, bem como ao município e a todos os meus amigos de **INGAZEIRA-PE**.

A minha orientadora, **ANNE JAQUELYNE ROQUE BARRÊTO**.

A banca examinadora, **JANAÍNA VON SÖHSTEN** e **FRANCILENE FIGUEIREDO**.

A minha professora supervisora **DANNIELE SAMARA**, pois sem sua participação talvez nada disso tivesse sido realizado.

A todos os amigos, **RAPHAEL PEREIRA**, **RODRIGO DIAS** e **EDUARDO SALES**, à companheira de casa **MARINA ROCHA**, a **GABRIEL FONTES**, a **DAYANNE TANGARÁ**, **THAYANNE NÓBREGA**, **JÉSSICA NAYARA**, **THANNIZE ALENCAR**, **EDILSON MUNIZ**, **VÍCTOR MEDEIROS**, **GEAN LUCAS**, **JOSY** e a todos aqueles que sabem que merecem meus agradecimentos. Fico grata, por cada momento que pude compartilhar com vocês, pelas gargalhadas, brincadeiras e também pelas discussões e lágrimas que derramamos juntos.

A todos que fazem parte da academia de Jiu-Jitsu Hikari-Cuité, especialmente ao mestre Ítalo (Ratão).

A **EDILSON**, meu moto-táxi, que sempre me socorreu nas horas de apuros, inclusive domingos e feriados.

Há sempre alguma loucura no amor. Mas, existe sempre um pouco de razão na loucura. Obrigada **CHARLES GEISON**, por tudo aquilo que só nós sabemos e entendemos. Se não for eterno durante essa vida, para mim será.

A todos vocês, meu muito OBRIGADA!

“Viver, viver e ser livre. Saber dar valor para as coisas mais simples. Só amor constrói pontes indestrutíveis. A arte maior é o jeito de cada um, vivo para ser feliz e não para ser comum. ”

(Charlie Brow Jr.)

RESUMO

NUNES, P. F. R. **CONHECIMENTO DOS USUÁRIOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CUITÉ-PB ACERCA DA TUBERCULOSE.** Cuité, 2014. (63). Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Unidade Acadêmica de Enfermagem, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2014.

A tuberculose ou TB é uma doença infectocontagiosa causada pelo bacilo de Koch, *Mycobacterium tuberculosis* que apesar de afetar vários órgãos atinge de forma prevalente os pulmões causando grave infecção. De acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS), dos 22 países que representam 80% de todos os casos notificados o Brasil encontra-se na 15ª posição e passou a considerar a tuberculose como uma prioridade desde o ano de 2003. A prevenção, diagnóstico precoce e tratamento completo são prioritários para a efetividade desse controle. Assim as ações educativas realizadas nos serviços de saúde são estratégias fundamentais para efetivação do controle da doença, especialmente a sociedade civil. Nessa perspectiva, o presente estudo teve como objetivo analisar o conhecimento dos usuários de uma Unidade Básica de Saúde acerca da Tuberculose. Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem quantitativa, realizada numa UBSF do município de Cuité-PB. A amostra do trabalho compreendeu 40 usuários da Unidade Básica de Saúde Raimunda Domingos de Moura. Para a coleta de dados foi feita uma entrevista estruturada por meio de um formulário composto por 21 questões. Na análise, observou-se que 21,4% dos homens e 19,2% das mulheres já tiveram algum contato com pessoas com tuberculose; 55% mencionaram ser a tuberculose uma doença infecciosa e 82,5% ser a tosse prolongada como o principal sintoma da doença. Segundo os entrevistados 85,8% do sexo masculino disseram que a transmissão da doença se dá por meio da tosse e 46,1% do sexo feminino disseram que sua transmissão acontece através de utensílios contaminados e que a cura da doença é alcançada quando o doente faz uso do medicamento adequado de acordo com 80% dos entrevistados. A respeito da informação sobre o tratamento da doença cerca de 66,7% disseram ser o profissional da saúde o responsável pela orientação e para 87,5% dos entrevistados a tuberculose tem cura. Assim o estudo evidenciou que determinado grupo de pesquisados tem um conhecimento básico sobre a infecção, porém alguns pontos desse conhecimento ainda são frágeis, como em respeito da transmissão e da cura da doença, necessitando trabalhar mais a questão de educação em saúde no município. Desse modo, espera-se que este estudo possa contribuir significativamente para o desenvolvimento das ações de educação em saúde na atenção básica, utilizando estratégias específicas, de uma maneira que se adéque a cada tipo de público alvo, respeitando condições sociais, demográficas, econômicas, crenças, nível de escolaridade e entre outros quesitos básicos para realização de um trabalho eficaz e continuado.

Palavras-chave: Enfermagem. Tuberculose. Atenção Primária em Saúde. Educação em Saúde.

ABSTRACT

NUNES, P. F. R. **KNOWLEDGE OF USERS OF A BASIC HEALTH UNIT OF THE CITY OF CUITÉ-PB ABOUT TUBERCULOSIS.** Cuité, 2014. (63). Completion of course work (Bachelor of Nursing) - Academic Unit of Nursing, Center for Education and Health, Federal University of Campina Grande, Cuité-PB, 2014.

Tuberculosis or TB is an infectious disease caused by the bacillus of Koch, *Mycobacterium tuberculosis* that affect multiple organs despite the prevailing form reaches the lungs causing severe infection. According to World Health Organization (WHO), the 22 countries that represent 80% of all reported cases the Brazil is in 15th position and began to consider TB as a priority since the year 2003. Prevention, early diagnosis and complete treatment are important for the effectiveness of this control. Thus the educational activities in health services are key strategies for effective disease control, especially civil society. In this perspective, the present study aimed to analyze the users' knowledge of a Basic Health Unit on Tuberculosis. This is an exploratory study with a quantitative approach, held in the city of UBSF Cuité-PB. The sample of work included 40 users of Basic Health Unit Raimunda Domingos de Moura. To collect data was structured through a form consisting of 21 questions interview. In the analysis, it was observed that 21.4% of men and 19.2% of women have had some contact with people with TB; 55% reported that tuberculosis is an infectious disease and 82.5% be prolonged cough as the main symptom of the disease. According to respondents 85.8% males said that disease transmission occurs through coughing and 46.1% females said that their transmission occurs through contaminated utensils and that a cure is achieved when the patient makes use of the appropriate medicine according to 80% of respondents. Regarding the information about the treatment of the disease approximately 66.7% said to be the healthcare professional responsible for guidance and for 87.5% of respondents tuberculosis is curable. Thus the study showed that certain group of respondents have a basic knowledge about the infection, but some points of this knowledge are still fragile, and in respect of transmission and cure of disease, requiring more work the issue of health education in the municipality. Thus, it is expected that this study will contribute significantly to the development of the actions of health education in primary care, using specific strategies in a way that suits every kind of audience, respecting social, demographic, economic conditions, beliefs, education level and among other basic requirements for conducting an effective and continuous work.

Keywords: Nursing. Tuberculosis. Primary Health Care. Health Education.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Distribuição da população de estudo em relação à faixa etária, estado civil, religião, escolaridade, quantas pessoas moram numa mesma residência, se é aposentado e se possui algum problema de saúde. Cuité, 2014, estado Paraíba.....	33
Tabela 02: Distribuição da população de estudo em relação a possuir algum problema de saúde. Cuité, 2014, estado Paraíba.....	35
Tabela 03: Distribuição da população de estudo em relação a ter tido contanto contato com alguém que já teve ou tem tuberculose. Cuité, 2014, estado Paraíba.....	35
Tabela 04: Distribuição da população de estudo acerca do que você acha que é a tuberculose. Cuité, 2014, estado Paraíba.....	36
Tabela 05: Distribuição da população de estudo acerca de como se pega a tuberculose. Cuité, 2014, estado Paraíba.....	36
Tabela 06: Distribuição da população de estudo acerca do conhecimento do principal sintoma da tuberculose. Cuité, 2014, estado Paraíba.....	37
Tabela 07: Distribuição da população de estudo acerca do conhecimento de outros sintomas da doença. Cuité, 2014, estado Paraíba.....	38
Tabela 08: Distribuição da população de estudo acerca do conhecimento sobre qual tratamento deve ser feito depois de confirmada a doença. Cuité, 2014, estado Paraíba.....	39
Tabela 09: Distribuição da população de estudo acerca do conhecimento de algum remédio para tuberculose. Cuité, 2014, estado Paraíba.....	40
Tabela 10: Distribuição da população de estudo em relação a quem indicou/ensinou esse remédio. Cuité, 2014, estado Paraíba.....	41
Tabela11: Distribuição da população de estudo em relação a se a tuberculose tem ou não cura. Cuité, 2014, estado Paraíba.....	42

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABS - Atenção Básica a Saúde

ACS - Agente Comunitário de Saúde

BK -Bacilo de Koch

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DOTS – (*Direct Observed Treatment Strategy, Short-Course*)

E- Etambutol

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FDC - Dose Fixa Combinada

H - Isoniazida

HIV – Human Immunodeficiency Virus/Vírus da Imunodeficiência Humana

MS - Ministério da Saúde

PB -Paraíba

PCT -Programa de Controle da Tuberculose

PNCT - Programa Nacional de Controle da Tuberculose

PPD - Proteína Purificada Derivada

R - Rifampicina

SUS - Sistema Único de Saúde

TB - Tuberculose

TDO - Tratamento Diretamente Observado

TS - Tratamento Supervisionado

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFMG - Universidade Federal de Campina Grande

Z - Piraniazida

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. JUSTIFICATIVA.....	17
3. HIPÓTESE.....	18
4. OBJETIVOS.....	19
4.1 Objetivo Geral.....	19
5. REVISÃO DE LITERATURA.....	20
5.1 Controle da Tuberculose no Brasil.....	20
5.2 Tuberculose: Aspectos clínicos, diagnóstico e tratamento.....	23
6. CAMINHO METODOLÓGICO.....	28
6.1 Tipo de Pesquisa.....	28
6.2 Cenário da Pesquisa.....	28
6.3 População e Amostra.....	28
6.4 Critérios de Inclusão e exclusão.....	29
6.5 Instrumento para Coleta de Dados.....	29
6.6 Procedimento para Coleta de Dados.....	29
6.7 Tratamento e Análise dos Dados.....	30
6.8 Apresentação dos dados.....	30
6.9 Considerações Éticas.....	30
7. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	31
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47

REFERÊNCIAS

APÊNDICES

Apêndice A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice B- Questionário

ANEXOS

Anexo A- Termo de Anuência I

Anexo- Termo de Autorização Institucional

PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infecto contagiosa causada pelo bacilo de Koch, *Mycobacterium tuberculosis*, e atualmente também pelo *Mycobacterium hominis*, que apesar de afetar vários órgãos atinge de forma prevaiente os pulmões causando grave infecção. É transmitida principalmente por via aérea, através do contato direto com gotículas de escarro das pessoas contaminadas, possui uma evolução crônica, com tempo de adoecimento prolongado e terapêutica de pelo menos seis meses (ROCHA et al., 2012; VILLA et al., 2008; MELLO, 2012).

A infecção pelo bacilo de Koch chega a atingir cerca de 9,4 milhões de pessoas no mundo e estima-se que ocorram aproximadamente 2 milhões de óbitos pela doença a cada ano, evidenciando o fato de que a TB ainda é um grave problema de saúde pública, que se mantém nos países em desenvolvimento como uma das mais importantes causas de mortalidade entre adultos jovens (15 e 49 anos) (ROCHA et al., 2012; MARQUIEVIZ et al., 2011).

De acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS), dos 22 países que representam 80% de todos os casos notificados o Brasil encontra-se na 15ª posição e passou a considerar a tuberculose como uma prioridade desde o ano de 2003, por ser uma das cinco doenças mais em foco nas últimas décadas. Estima-se que 57 milhões de pessoas estejam infectadas pelo *m. tuberculosis* no Brasil, sendo o dobro da incidência no sexo masculino (46,9/100.000 habitantes) em relação ao sexo feminino (24,6/100.000 habitantes), já a faixa etária com maior número de casos vai dos 20 aos 49 anos, abrangendo cerca de 66% do total de novos casos, ressaltando mais uma vez a necessidade manter toda população bem informada acerca da doença, bem como buscar por estratégias de controle mais eficazes (MACHADO et al., 2011; PILLER, 2012).

Na perspectiva de almejar determinados objetivos viu-se a necessidade de integrar na Estratégia de Saúde da Família (ESF), juntamente a outros programas já presentes, o Programa de Controle da Tuberculose (PCT), antes desenvolvido preferencialmente em centros de especialidades, o que centralizava e limitava o atendimento. Então, com essa modificação na aplicabilidade do Programa, a TB passou a ser considerada definitivamente como um agravo de prioridade da Atenção Básica a Saúde (ABS), aumentando a necessidade de reorganização do planejamento e execução das atividades de controle, bem como dando ênfase as medidas de prevenção da TB (PEQUENO, 2011)

Há mais de 20 anos, desde a criação o Sistema único de Saúde (SUS), o Brasil vem passando por grandes mudanças, no que diz respeito a políticas de saúde, esse fato se dá principalmente pela necessidade da população à qualidade, agilidade e acessibilidade aos programas de saúde disponibilizados pelo governo que incorporou novos instrumentos gerenciais, técnicos e democratização da gestão, além de reorganizar a lógica da assistência, transitando de um modelo centrado na produção e na atenção médica curativa, para outro descentralizado e voltado para a prevenção, centrado na atenção integral do indivíduo e coletividade (MARCOLINO et al., 2007; PEQUENO, 2011).

E com esse intuito implantou-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que exigiu uma reformulação no modelo de saúde básica e introduziu novas possibilidades de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação de algumas doenças, favorecendo a aproximação entre os serviços de saúde e a população, contribuindo para uma prática mais eficaz, que propõe a descentralização e ultrapassa a visão fragmentada do indivíduo passando a uma compreensão integral e coletiva (CUNHA, 2010).

A descentralização das ações de saúde foi necessária para um avanço crucial no que diz respeito a políticas públicas, e se tratando de tuberculose, foi então implantado o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), que conta com apoio dos governos federal e estadual e já faz parte da realidade de vários estados e municípios da federação, e introduz novas possibilidades de intervenção na sua proposta de trabalho, para permitir integração dos serviços e expansão das atividades de controle da doença. Para tal as ESF, de todo país, devem estar capacitadas para realizar suspeição e diagnóstico dos casos, tratar e supervisionar a ingestão medicamentosa, acompanhar os contatos, manter atualizado o sistema de informação e realizar ações preventivas (BCG, quimioprofilaxia) e educativas junto à comunidade (MARCOLINO et al., 2007).

Alguns estados vêm consolidando essa experiência de acordo com especificidades, como políticas organizacionais e humanas. O estado da Paraíba, por exemplo, vem alcançando satisfatoriamente seus objetivos, concomitantemente ampliação da cobertura das ESF. Alguns municípios foram considerados prioritários para o controle da tuberculose (João Pessoa, Bayeux, Campina Grande, Patos e Cajazeiras) e notou-se que nos municípios menores houve um maior avanço nos percentuais de cura da doença, isso é justificado pela utilização do Tratamento Supervisionado (TS), que só foi implantado posteriormente nos grandes municípios e vem se consolidando em acordo com a política de descentralização e municipalização da Atenção Básica, uma vez que a principal idéia do estado da Paraíba foi

implantar a estratégia e depois expandi-la, dando preferência, é claro, as cidades prioritárias (MARCOLINO et al., 2007; FORMIGA; LIMA, 2009; SILVA et al., 2007).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE, censo 2010, a Paraíba possui uma população de aproximadamente 3.766.834 habitantes e de acordo com o Ministério da Saúde (MS) somente no ano de 2012 foram registrados 833 novos casos da doença. Nos últimos anos essa população vem sendo alertada social e cientificamente a respeito das principais epidemias e endemias sócio- humanas, como a TB, e quanto à significância de sua prevenção e tratamento. Essa doença merece destaque não só pelo seu alto índice de mortalidade, como também por sua má interpretação, por grande maioria das pessoas, frente ao seu surgimento e sintomas, por exemplo (FORMIGA, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), desde o início de 2013 o Programa Nacional de Combate à Tuberculose (PNCT) analisa dados epidemiológicos e busca dá maior visibilidade quanto ao nível de informação da população acerca desta, incluindo justamente aqueles indivíduos não tuberculosos e seus conhecimentos, ressaltando o fato de que apesar de ser uma doença muito antiga priorizada pelo MS a falta de informação, alguns estigmas e seu perigo ainda é um dos principais desafios enfrentados pelo controle da doença (BRASIL, 2014).

A TB é uma doença que envolve crenças e tabus ao seu respeito e ainda é cercada de dúvidas e forte estigma apesar de ser tão discutida atualmente. Traz consigo uma história que se modificou ao longo dos tempos, marcando cada época de maneira distinta. Desde o século XIX, quando ainda era considerada pela população uma doença de mórbida elegância e cunho poético e romântico, passando pelo século XX, onde começou a ser desmistificada graças aos investimentos em políticas de saúde, chegando até os dias atuais, que infelizmente, apesar do tempo passado e de grandes avanços tecnológicos na área da saúde ainda traz uma carga de problemas, principalmente, quando se refere à informação e conhecimento da população acerca da doença (SOUZA et al., 2010).

A maioria dos estudos estabelece a associação entre os conhecimentos do paciente com tuberculose e dos profissionais de saúde sobre a doença, quase nunca enfatizando o conhecimento da população em geral, ou seja, daqueles que não têm TB, dando ênfase na questão curativa e não na prevenção. Neste sentido, torna-se necessário a realização de um estudo que evidencie o nível de conhecimento da população não infectada, acerca da doença, qual o nível de informação e os meios pelos quais essa informação chegou até determinada população.

2 JUSTIFICATIVA

Diante do exposto, é notório o quão pouco são abordados estudos desse cunho, ora visto que a maioria das pesquisas sobre a tuberculose é sempre voltada ao indivíduo que tem ou já teve tuberculose e aos profissionais da área da saúde. Depois de um minucioso levantamento de dados bibliográficos pode-se perceber que a temática escolhida para realização desse trabalho não é tão facilmente encontrada, reforçando o fato de que ainda é preciso trabalhar bastante para expandir o campo de pesquisas sobre tal assunto.

E foi na perspectiva de identificar o nível de conhecimento de uma determinada comunidade acerca da tuberculose, que foi desenvolvido o trabalho, uma vez que hipoteticamente, esse nível de informações ainda é mínimo, mesmo depois de tantos avanços na área da saúde e do fácil acesso a tais serviços.

3 HIPÓTESE

A população não tem conhecimento acerca da doença tuberculose e tampouco das ações de controle.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

- Analisar o conhecimento de um grupo de usuários da Unidade Básica de Saúde da Família acerca da tuberculose no município de Cuité-PB.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Controle da Tuberculose no Brasil

ATB é uma das mais antigas doenças infecciosas da humanidade e foi vista e representada socialmente de diferentes maneiras, de acordo com cada época da história, acredita-se que tenha assumido pela primeira vez a condição de epidemia, na população indígena, inclusive no Brasil, logo após a colonização europeia, trazendo até os dias atuais drásticas consequências econômicas e sociais, ficando conhecida como a “peste branca” (PEDRO; OLIVIEIRA, 2013; MACIEL et al., 2012).

Considerada como doença de cunho romântico e poético no século XIX, ficou conhecida principalmente entre os intelectuais e artistas, que deram a tuberculose uma aura de excepcionalidade e certo refinamento durante aquele período histórico. Já em meados do século XX, a infecção que ainda não dispunha da eficácia da quimioterapia foi considerada grave, mortal e de difícil tratamento o que gerava diversos sentimentos quanto à sua superação e sua causa, já que era vista como resultado de uma vida de excessos. Tornando coletivo o horror em relação à tuberculose e fazendo desta um tabu, um objeto de estigmatização e cruel isolamento do doente (PÔRTO, 2007).

Apesar de tantos anos se passarem e dos significativos avanços tecnológicos na área da saúde, a tuberculose ainda é considerada como um grave problema de saúde pública a nível global e mesmo sendo passível de efetivo tratamento, a infecção foi causa de aproximadamente 1,1 milhão de óbitos em todo o mundo, somente no ano de 2010. A busca por uma explicação cabível levou alguns pesquisadores a afirmarem que as condições de vida, principalmente o alto nível de desigualdade social e estado geral de saúde da população, estão mais intimamente ligadas ao não controle da TB do que ao próprio desempenho de programas de controle desse agravo (PEDRO; OLIVEIRA, 2013).

Quando se tratando de agravo à TB, além da desigualdade social e má qualidade de saúde da população, entra em cena outro fator determinante, a distribuição geográfica, o maior número de casos notificados e estimados, número de óbitos e abandono do tratamento ocorrem nos grandes centros urbanos, como capitais de estados e regiões metropolitanas. De acordo com a OMS, somente no ano de 2010, o Brasil chegou a uma prevalência de 100 mil casos notificados, mortalidade de aproximadamente 4,5 mil pessoas e a prevalência da co-infecção pelo HIV, principal causa de morte por tuberculose no mundo, alcançou 12%. Os dois grandes centros com maior incidência da infecção são a região Norte (45,2 casos/100.000

habitantes) que representa o primeiro lugar em taxa de incidência e em seguida a região Sudeste com (37,6/100.000 habitantes) (HINO et al., 2013).

Nesse contexto sócio-geográfico a doença vem assumindo cada vez mais peculiaridades e por ser infectocontagiosa sua permanência na população depende tanto do modo, quanto da fonte transmissora. Por ser o homem o reservatório principal, deve ser sobre ele e suas inter-relações, bem como seu local de trabalho e moradia que devem recair as Políticas de Combate a TB. Então deve ser nesse sentido que o conhecimento, por parte das esferas governamentais, da situação social, econômica e geográfica de determinada população deve ser detalhado e preciso, haja vista que as iniciativas populares ainda são pouco capazes de influenciar nas Políticas Públicas de Saúde (BARBOSA et al., 2013).

O PNCT estabeleceu algumas diretrizes para o controle da doença e percebeu que seria necessário estipular e bater algumas metas para se obter o resultado esperado. Esse resultado consiste em: Expandir o tratamento supervisionado para 100% das unidades dos municípios prioritários; detectar 90% dos casos esperados; curar no mínimo 85% dos casos diagnosticados e manter a taxa de abandono do tratamento abaixo de 5%. Destarte torna-se crucial a descentralização das políticas administrativas e consequente autonomia dos municípios, que passam a planejar e executar ações de acordo com suas peculiaridades e necessidades, facilitando a implantação da estratégia DOTS (Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração) (MARQUIEVIZ et al., 2013).

Em 1993 a OMS criou a estratégia DOTS ou Tratamento Diretamente Supervisionado de Curto Prazo, considerado muito eficaz e efetivo no controle da TB em grandes proporções. O DOTS foi aplicado pela primeira vez na Índia, em 1994, fazendo com que fosse rapidamente ampliado para outros países de grande prevalência. A estratégia além de combater diariamente a tuberculose propriamente dita, buscando controlar a infecção, inclui também, medidas de rastreamento da co-infecção pelo HIV, visto que a sua associação com a TB é cada dia mais frequente (IBANÊS; JUNIOR, 2012);

A implantação do DOTS visou revolucionar as políticas de saúde e trazia consigo um objetivo principal de controle dessa endemia, que segundo Ruffino Netto (2002), ficou conhecida popularmente como a “calamidade negligenciada”. A estratégia propõe a integração do cuidado de saúde primária e adaptação contínua de reformas dentro do setor de saúde e sustenta-se em cinco pilares: detecção de casos por baciloscopia entre sintomáticos respiratórios que demandam os serviços gerais de saúde; tratamento padronizado de curta duração, diretamente observado e monitorado em sua evolução; sistema de registro de todas

as informações necessárias para um tratamento contínuo, seguro e eficaz e compromisso das esferas governamentais, colocando o controle da TB como prioridade entre as políticas públicas (NOGUEIRA et al., 2009).

O DOTS só foi implantado no Brasil em 1998, através do PNCT, Plano Nacional de Controle da Tuberculose, e foi prioridade daqueles municípios com maior prevalência da doença, no entanto a estratégia foi ampliada e hoje é preconizada para todo paciente diagnosticado com tuberculose. Segue no intuito de controle e prevenção da TB, já que recentemente esta foi classificada uma doença reemergente nos países desenvolvidos e manteve sua ocorrência em níveis elevados e até mesmo crescentes em países em desenvolvimento, concretizando-se como um marcador social das Políticas Públicas de Saúde (IBANÊS; JUNIOR, 2012; HINO et al., 2011).

Um dos itens relevantes no DOTS a ser operacionalizado no nível da Atenção Básica é o Tratamento Diretamente Observado (TDO) que consiste numa mudança na forma de administrar os medicamentos sem mudar o esquema terapêutico e garante que o profissional habilitado e capacitado observe a tomada dessa medicação do início do tratamento até a cura. Os profissionais que atuam nessa área além de estarem qualificados para o desenvolvimento contínuo dessa tarefa precisam, também, estar humanamente preparados, fazendo uso de técnicas leves para favorecer o processo terapêutico e manter o vínculo profissional-paciente (GEMAL, 2011; SÁ et al., 2011)

A equipe multidisciplinar, nesse caso, da ESF, foi criada em 1994 pelo MS com o intuito de priorizar ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, reforçando a ideia de qualificação e capacitação dos profissionais da área, sejam eles Agentes Comunitários de Saúde (ACS), médicos e enfermeiros ou qualquer outro que se insira nessa modalidade, garantindo uma atenção integral e resolutiva para o controle da TB, já que esses permanecem em contato direto com a realidade de determinada comunidade, além de conhecer as particularidades e dificuldades de cada uma (SÁ et al., 2011).

Por isso a participação ativa da Estratégia de Saúde da Família torna-se crucial no controle da TB, agindo como meio operacional e organizacional na implantação e integração de medidas necessárias a esses fins. Criada em 1994, a ESF surge como extraordinária e inovadora mudança dos serviços de saúde do Brasil, passando da simples idéia de tratamento e cura, para o modelo de prevenção, promoção e recuperação de saúde, como atenção básica. A partir desse momento todas as ações voltadas ao controle da infecção passaram a ser de

total autonomia dos municípios, que planejam e executam atividades de acordo com suas necessidades e particularidades (SOBRINHO et al., 2013; MARQUIEVIZ et al., 2013).

Destarte, torna-se evidente que a perspectiva de reorganização da Atenção Básica desde a implantação da ESF tornou-se um eixo de estrutura que possibilitou e facilitou o acesso da comunidade aos serviços de saúde, anteriormente centralizados, garantindo uma gama de outros atendimentos, integrando a população aos diversos níveis de atenção (PEQUENO, 2011).

5.2 Tuberculose: Aspectos clínicos, diagnóstico e tratamento

A infecção marca severamente cada lugar por onde passa e caracteriza-se principalmente pelo fácil modo de transmissão, que se dá por via aérea. A TB é uma doença infecto-contagiosa causada por um grupo de bactérias do complexo *Mycobacterium tuberculosis*, que foi encontrado primeiramente em múmias egípcias confirmando o fato de já comprometer o homem desde muito antigamente, alguns estudiosos dizem que esse complexo de bactérias surgiu a cerca de 15.000 anos atrás, no entanto só foi estudado e descrito em 1882, pelo bacteriologista Robert Koch, por isso ficou mundialmente conhecido como Bacilo de Koch (BK) (DEPONTI, 2013; CAMPOS, 2006; MAIOR et al., 2012).

Trata-se de uma doença que apresenta uma grande variedade de manifestações clínicas, visto que ela pode atingir diversas partes do corpo sem apresentar sinais e sintomas exclusivos. No entanto, alguns sintomas podem ser mais comuns e tornar-se sinal de alerta, como por exemplo, a tosse seca ou produtiva por mais de três semanas, na TB pulmonar. Essas manifestações variam de acordo com a área que foi acometida, já que a TB pode manifestar-se também de forma extrapulmonar e atingir outros órgãos e locais do corpo, alguns exemplos são, a tuberculose pleural, a ganglionar, óssea e a tuberculose do Sistema nervoso Central (SNC) (BESEN; ESTAUB; SILVA, 2011; BETHLEM, 2012).

A maioria dos casos de tuberculose só é realmente confirmada depois de mais ou menos 12 meses do início da infecção e seu período de incubação pode chegar a 12 semanas até que se descubram as primeiras lesões causadas pela doença. O diagnóstico dado através da cultura de espécime clínico e alguns testes adicionais excluem outras patologias que se assemelham a TB, possibilitando dá início ao tratamento adequado e consequentemente eliminar, de forma rápida, a fonte de transmissão, que é o próprio paciente. Este além de hospedeiro é também o principal transmissor que chega a infectar até quinze pessoas no período de um ano. A transmissão é feita de pessoa para pessoa, ou seja, de forma direta, por

meio de tosse, espirro ou da própria fala, onde até 3000 gotículas, contendo de 1 a 100 milhões de bacilos por ml, são lançadas ao ar e contaminam outras pessoas através de suas vias aéreas (DEPONTI, 2013; NOGUEIRA et al., 1012).

Com isso, torna-se óbvio o fato de que a transmissão da TB é facilitada em locais fechados, mal arejados, com aglomerados de pessoas e pouca ventilação, já que algumas gotículas infectadas com o bacilo podem permanecer suspensas no ar durante algumas horas. No entanto, o indivíduo que entrar em contato com o ar contaminado pode sim inalar as gotículas, mas não necessariamente irá ter tuberculose, já que esta só é capaz de se desenvolver se o bacilo chegar aos brônquios e alvéolos, onde são capturados por macrófagos e se multiplicam em seu interior, além disso, o número de bacilos infectantes e a virulência também são fatores definidores, nesse sentido. Todo esse processo caracteriza a infecção primária, que na maioria das vezes, (95% dos casos), é combatida pelo próprio sistema imunológico do indivíduo, exceto em pessoas imunodeprimidas, como HIV-positivos, por exemplo, onde essa infecção é devastadora e pode, facilmente, ser fatal (NOGUEIRA et al., 2012; CAMPOS, 2006).

Apesar de a tuberculose ser curável em quase 100% dos casos, vale ressaltar a existência da co-infecção da TB nos pacientes HIV positivos. Estes estão bem mais suscetíveis ao agravo e complicações causados pela tuberculose, uma vez que as duas infecções evoluem concomitantemente debilitando ainda mais o paciente. Isso pode trazer consigo graves consequências como, intensas complicações clínicas, respostas inadequadas a terapia medicamentosa e um prognóstico incerto ou ruim, além disso, doenças oportunistas podem piorar ainda mais a situação que o paciente se encontra. Por isso é imprescindível e urgente a procura por serviços de saúde, de preferência, os especializados, para que o diagnóstico seja exato e rápido e o tratamento iniciado o quanto antes, diminuindo o potencial de disseminação de aerossóis contendo BK e as chances de contaminação de outros indivíduos (CHEADE, 2007; COSTA et al., 2014).

A tuberculose pode ser dividida em primária e secundária. A TB primária é a mais comum, ou seja, é aquela que aparece logo após a infecção com o *M. Tuberculosis*, na maioria dos casos ela é inicialmente assintomática, exceto em pessoas imunodeprimidas e/ou desnutridas, por exemplo, onde essa infecção pode levar rapidamente a manifestações clínicas evidentes, como o derrame pleural, que pode evoluir de diferentes maneiras. Já em indivíduos imunocompetentes acontece geralmente o contrário, haja vista que esses mantêm acentuada capacidade de cicatrização quando se tratando desse tipo de lesão. Na infecção pulmonar

secundária a pessoa que já possui o *M. tuberculosis* no estado de latência, ou seja, “inativo” no organismo, reativa esse complexo de micobactérias. Isso ocorre, principalmente, por que o local onde o bacilo permanece latente é rico em oxigênio podendo, a qualquer, momento promover novamente o seu crescimento e evoluir para uma infecção crônica cada vez mais debilitante (NOGUEIRA et al., 1012).

Além de poder ser definida como primária e secundária, a Tuberculose pode, também, ser extrapulmonar, ou seja, se dá em locais fora dos pulmões. Em incidência decrescente, a TB extrapulmonar se localiza geralmente: nos gânglios, pleura, sistema urinário, ossos e articulações, meninges e peritônio respectivamente. No entanto essa prevalência não exclui as chances da infecção atingir outros órgãos e sistemas. Contudo, independente da área afetada o paciente que inicia precocemente o tratamento, com duração de aproximadamente seis meses a dois anos, e segue a risca a terapia medicamentosa, apresenta significativa recuperação e um ótimo prognóstico, contribuindo satisfatoriamente para o PNCT (NOGUEIRA et al., 2012; BRASIL, 2014)

Para que o controle da doença seja alcançado de forma rápida e segura torna-se necessário assegurar, também, que outros fatores sejam avaliados com precisão, como por exemplo, o diagnóstico, prevenção e o não abandono do tratamento da doença. Hoje a medicina conta com uma variedade de procedimentos que podem diagnosticar a tuberculose, no entanto, os principais ainda são a baciloscopia de escarro, método simples, rápido e eficaz que consiste na coleta de duas ou três amostras de expectoração do indivíduo com tosse a mais de duas semanas, a radiografia de tórax, apesar de apresentar algumas limitações, como confusão com outras doenças respiratórias e um pouco de dificuldade para determinar a atividade da doença; o escarro induzido ou a broncoscopia para coleta e a BTB, Biopsia Transbrônquica (JACOMELLI et al., 2012).

Alguns sinais e sintomas são imprescindíveis para essa confirmação, os mais específicos são tosse seca ou produtiva persistente, dispnéia, hemoptise, dor torácica moderada, imunodepressão por qualquer causa, como uso álcool e drogas, por exemplo. No entanto outros achados, concomitantes, como anorexia e perda de peso, febre vespertina, sudorese noturna, fadiga e fraqueza podem indicar a infecção. Quando esses sintomas aparecem separadamente, principalmente no início da doença, a pessoa leiga geralmente não os associa a tuberculose e demora a procurar um serviço de saúde, caracterizando um diagnóstico tardio (SIQUEIRA, 2012; MELLO, 2012).

Após a confirmação clínica e laboratorial da TB o tratamento deve ser iniciado imediatamente. Vale ressaltar que até 1980 quase todos os casos de tuberculose eram motivo de internação hospitalar, embora o MS recomendasse o tratamento domiciliar, que se dá em grande parte dos casos confirmados atualmente, com exceção dos casos graves e/ou associados a outras doenças, bem como a condições de alcoolismo e o uso de drogas ilícitas, por exemplo. Ainda em relação ao tratamento, uma atenção especial deve ser dada para locais que necessitem de busca ativa. Dando prioridade as pessoas que tiveram contato com indivíduos contaminados, a comunidades com alta prevalência, portadores de HIV ou outras condições imunodepressoras, moradores de abrigos ou asilos, moradores de rua e presidiários (MELLO, 2012; PERRECHI; RIBEIRO, 2011; SIQUEIRA, 2012).

Após o início do tratamento o desafio é fazer com que as pessoas infectadas o sigam corretamente até o final, sem que haja em hipótese alguma o seu abandono. Já que, de acordo com o MS, a TB é curável em praticamente 100% dos casos, ressalta-se o quanto é importante e necessário seguir os princípios básicos da terapia medicamentosa e uma adequada operacionalização do tratamento. Para que todo esse processo de cuidados seja seguido à risca torna-se dever dos serviços de saúde garantir que todo e qualquer indivíduo que possua a doença seja, sem demora, devidamente tratado (BRASIL, 2014).

Todo esquema terapêutico é montado para que não haja falha durante o tratamento e para que o paciente tenha um bom prognóstico. A medicação utilizada para combater a tuberculose é distribuída pelo governo de forma gratuita, garantindo o direito de todo cidadão à saúde. Até o final do ano de 2009 o Brasil utilizava apenas três tipos de medicamento no tratamento da TB, que eram Rifampicina (R), Isoniazida (H) e Piraniazida (Z), no entanto a taxa de abandono do tratamento permanecia muito elevada, cerca de 12%, quando o MS estabelecia que a máxima não deveria ultrapassar os 5%. Com isso, a OMS em acordo com o PNCT decidiu acrescentar mais uma droga no esquema terapêutico, o Etambutol (E). Então o esquema passou de RHZ para RHZE (150/75/400/275mg) 4:1, ou seja, um único comprimido com quatro princípios ativos, em Dose Fixa combinada (FDC), seguida do 2:1 RH (300/150 ou 150/75mg), também em FDC. O esquema consiste em quatro comprimidos do 4:1 em dois meses, seguido do 2:1 (na dose 150/300mg/dia) ou quatro comprimidos nas doses 150/75mg ao dia, por quatro meses. O sucesso terapêutico depende basicamente da utilização das drogas adequadas em suas doses certas (GEMAL, 2011; DALCOLMO, 2012).

Sabendo o quanto é alentado o esquema terapêutico da TB, pode-se citar como efeito colateral a desnutrição, que ocorre em grande parte dos pacientes, principalmente, pelo fato de

a terapia medicamentosa ser consideravelmente forte e ser administrada oralmente quando a pessoa ainda está de jejum, para facilitar a absorção. Tudo isso pode gerar intolerância gástrica, um desconforto estomacal intenso e perda de apetite, levando o paciente ao abandono do tratamento ou a uma drástica perda de peso. Além do mais, esse emagrecimento rápido e a desnutrição severa contribuem para alterações no mecanismo imunológico e consequente agravamento do quadro clínico do indivíduo levando a necessidade de atendimento especializado, que também é disponibilizado pelo SUS. (PIVA et al., 2013; BRASIL, 2014).

Pelo fato de se tratar de uma Estratégia que ainda possui um índice consideravelmente elevado de abandono do tratamento, fica evidente a necessidade de uma abrangência e eficácia cada dia maior por parte do PNCT e das estratégias de todos os municípios, principalmente os prioritários, em relação a seus serviços e medidas de controle, enfocando o quesito “informação” a todo e qualquer usuário da Atenção da Básica.

6 CAMINHO METODOLÓGICO

A metodologia é o caminho ou procedimento realizado, pelo qual chega-se a objetivos específicos em busca de informações, ou seja, é um conjunto de métodos e estratégias utilizados para atingir o conhecimento sobre determinado assunto, explicando passo-a-passo o caminho e os instrumentos utilizados durante todo percurso, até a obtenção de certos resultados (PRODANOV, FREITAS, 2013).

6.2 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem quantitativa, que visou relacionar números, proporções, probabilidades e análises estatísticas por meio de associação, medindo o grau de relação entre dois ou mais fenômenos, com intuito de obter informações objetivas sobre determinada população, baseando-se, geralmente, na teoria de amostragem que é fundamental para estudos onde pretende-se avaliar aspectos de uma realidade social.

6.3 Cenário da pesquisa

A pesquisa foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) Raimunda Domingos de Moura, do bairro Basílio Magno da Fonseca, da Secretaria de Saúde do Município de Cuité-PB. A escolha desse local se deu, principalmente, pelo vínculo já existente entre a Universidade e as UBS da cidade, onde são realizados estágios e algumas visitas técnicas, esse fato foi decisivo para a aceitação do levantamento de dados e aplicação do questionário naquela área, tanto por parte da equipe de saúde quanto pela própria comunidade. O fácil acesso ao local, sua proximidade com a Universidade, necessidade de uma pesquisa deste cunho também foram decisivos para definição do cenário de pesquisa.

A taxa de abandono de tratamento foi de 0% nos últimos cinco anos e 100% de cura, mesmo tendo havido apenas cinco casos no município. Desses, dois foram notificados na zona rural e os outros três em duas Unidades distintas da zona urbana.

6.4 População e Amostra

A população deste estudo foi constituída por usuários da Unidade Básica de Saúde Raimunda Domingos de Moura pertencente ao município de Cuité-PB. A amostra compreendeu 40 usuários da referida UBS.

6.5 Critérios de Inclusão e Exclusão

- Critérios de inclusão na investigação:
 - Ser usuário da UBS em estudo;
 - Participar pelo menos de alguns dos trabalhos: palestras, educação em saúde, consultas e eventos realizados pela Unidade.
- Critérios de exclusão da amostra do estudo:
 - Não fazer parte da micro-área pesquisada;
 - Não ser usuário da UBS em estudo;
 - Não participar de nenhum tipo de atividade desenvolvida pela UBS;

6.6 Instrumento para Coleta de Dados

Para avaliar o nível de informação dos usuários da UBS utilizou-se um questionário como instrumento de coleta de dados, sendo este elaborado e preenchido pela própria pesquisadora.

Entende-se como questionário um conjunto de questões específicas de determinado tema de interesse do pesquisador. É um instrumento de investigação, geralmente aplicado num grupo específico, que visa colher informações necessárias a construção de determinado estudo (AMARO, PÓVOA, MACEDO, 2005).

6.7 Procedimento para Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada após a aprovação do projeto junto ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Campina Grande. Em seguida foi feito contato com a Secretaria Municipal de Saúde para encaminhamento da mesma e conseguinte realização da pesquisa na Unidade Raimunda Domingos Moura. No terceiro momento todos os participantes deste estudo foram informados quanto seu objetivo e como todo procedimento que seria realizado, uma vez, concordado em colaborar e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram colhidas as informações necessárias, através aplicação de um questionário que teve como principal objetivo avaliar o nível de conhecimento daquela comunidade acerca da tuberculose.

6.8 Tratamento e Análise de Dados

Para análise geral e absoluta dos resultados foram utilizados números absolutos, proporções e apresentação em tabelas elaboradas no programa Excel.

6.9 Apresentação dos Dados

Os dados foram apresentados em forma de tabelas de representatividade quantitativa.

6.10 Considerações Éticas

O estudo foi desenvolvido seguindo as diretrizes e normas regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos, contidas na Resolução de nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Antes de iniciar a pesquisa os usuários/participantes foram informados sobre o porquê do estudo e o passo a passo de como este seria realizado,então, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, logo depois de compreender a importância da participação de cada um para o levantamento de dados, deixando claro e oficial a espontânea participação no trabalho e autorizando a publicação dos resultados obtidos. Esse estudo mostrou através de um questionário o nível de informação de uma comunidade específica acerca da TB e enfatizou a importância do conhecimento das pessoas sobre determinada infecção, independente de já ter tido ou não a doença.

O presente estudo proporcionou riscos mínimos de natureza psicológica, física, biológica e educacional.

A pesquisa só foi desenvolvida após análise e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Este foi aprovado com o número 665.222.

7 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Esse capítulo compreende a apresentação e análise dos dados obtidos ao final da pesquisa. A princípio foi feita uma caracterização dos participantes do estudo e em seguida os dados relativos ao conhecimento dos usuários de uma UBS acerca da TB foram dispostos através de tabelas e discutidos a luz da literatura.

Tabela 01: Distribuição da população de estudo em relação à faixa etária, estado civil, religião, escolaridade, quantas pessoas moram numa mesma residência, se é aposentado e se possui algum problema de saúde. Cuité, 2014, estado Paraíba.

FAIXA ETÁRIA	Masculino		Feminino		Geral	
	N	%	N	%	N	%
20 a 29 anos	06	42,8%	09	34,6%	15	37,5%
30 a 39 anos	02	14,2%	08	30,7%	10	25,0%
40 a 49 anos	03	21,4%	06	23,07%	09	22,5%
50 a 59 anos ou mais	03	21,4%	03	11,53%	06	15,0%
TOTAL	14	100%	26	100%	40	100%

ESTADO CIVIL	Masculino		Feminino		Geral	
	N	%	N	%	N	%
Solteiro	10	71,4%	14	53,84%	24	60,0%
Casado	04	28,5%	11	42,30%	15	37,5%
Separado	00	0,00%	01	3,84%	01	2,5%
Viúvo	00	0,00%	00	0,00%	00	0,00%
Outros	00	0,00%	00	0,00%	00	0,00%
TOTAL	14	100%	26	100%	40	100%

RELIGIÃO	Masculino		Feminino		Geral	
	N	%	N	%	N	%
Católica	11	78,5%	23	88,46%	34	85,0%
Evangélica	01	7,1%	03	11,53%	04	10,0%
Espírita	00	0,00%	00	0,00%	00	0,00%
Outros	02	14,2%	00	0,00%	02	5,0%
TOTAL	14	100%	26	100%	40	100%

ESCOLARIDADE	Masculino		Feminino		Geral	
	N	%	N	%	N	%
Não alfabetizado	02	14,2%	01	3,84%	03	7,5%
Ens. Fund. Incompleto	04	28,5%	10	38,46%	14	35,0%
Ens. Fund. Completo	02	14,2%	04	15,38%	06	15,0%

Ens. incompleto	Médio	01	7,1%	01	3,84%	02	5,0%
Ens. completo	Médio	00	0,00%	04	15,38%	04	10,0%
Ens. Incompleto	Sup.	04	28,5%	02	14,28%	06	15,0 %
Ens. Sup. Completo		01	7,1%	03	11,53%	04	10,0%
Pós- graduação		00	0,00%	01	3,84%	01	2,5%
TOTAL		14	100%	26	100%	40	100%

QUANTAS PESSOAS MORAM COM VOCÊ	Masculino		Feminino		Geral	
	N	%	N	%	N	%
Nenhuma	00	0,00%	01	3,84%	01	2,5%
Uma ou duas	06	42,8%	08	30,7%	14	35,0%
Três ou quatro	08	57,1%	09	34,61%	17	42,5%
Cinco ou seis	00	0%	05	19,23%	05	12,5%
Seis ou mais	00	0,00%	03	11,53%	03	7,5%
TOTAL	14	100%	26	100%	40	100%

VOCÊ É APOSENTADO	Masculino		Feminino		Geral	
	N	%	N	%	N	%
Sim	02	14,2%	02	7,69%	04	10,0%
Não	12	85,7%	24	92,3%	36	90,0%
TOTAL	14	100%	26	100%	40	100%

POSSUI PLANO DE SAÚDE	Masculino		Feminino		Geral	
	N	%	N	%	N	%
Sim	07	50,0%	13	50,0%	20	50,0%
Não	07	50,0%	13	50,0%	20	50,0%
TOTAL	14	100%	26	100%	40	100%

Fonte: Dados da pesquisa, junho/julho, 2014.

Das 40 pessoas entrevistadas, 26 eram mulheres (65%) e apenas 14 homens (35%), onde prevaleceu à faixa etária entre 20 e 29 anos de idade em ambos os sexos e 60% da amostra foi composta por solteiros. Do total (40), 85%, são católicos com o ensino fundamental incompleto (35%), a maioria (42,5%) das 40 pessoas divide a mesma residência

com mais três ou quatro pessoas e apenas 14,2% dos homens e 7,69% das mulheres são aposentados, destes 50% de cada possui plano de saúde.

Tabela 02: Distribuição da população de estudo em relação a ter tido contato com alguém que teve tuberculose.

JÁ TEVE CONTATO COM ALGUÉM QUE TEVE TB	Masculino		Feminino		Geral	
	N	%	N	%	N	%
Sim	03	21,40%	05	19,23%	08	20,0%
Não	11	78,60%	21	80,76%	32	80,0%
TOTAL	14	100%	26	100%	40	100%

Fonte: Dados da pesquisa, junho/julho, 2014.

Dos participantes do estudo 21,40% dos homens e 19,23% das mulheres disseram já ter tido e/ou ainda ter contato com algum portador de TB, o que corresponde a uma pequena parte, visto que a maioria afirmou nunca ter tido contato com alguém que tivesse a doença.

O Brasil, apesar de estar entre os 22 países com maior número absoluto de casos (15ª posição), é o de menor coeficiente de incidência estimado (62/100.000 hab.), enquanto o de maior incidência, que é o Zimbábue chega a cerca de 683/100.000 habitantes. Na última década, juntamente, com o Peru o Brasil soma 50% dos casos notificados nas Américas e chega a serem diagnosticados de 80 a 90 mil novos casos por ano, sem contar com aproximadamente outros 15 mil casos de retratamento por causa de abandono e por recidiva da infecção. Esta que chega a ser 9º lugar em gastos com internação pelo SUS com doenças infecciosas e a 4ª posição em relação à taxa de mortalidade por doenças infecto-contagiosas no país (HIJAR et al, 2005; BARBOSA et al., 2013; COUTINHO et al., 2012).

Estima-se que aproximadamente 8,6 milhões de pessoas tiveram TB no mundo, apenas no ano de 2012. Porém, apesar deste número ainda ser consideravelmente alto, observou-se uma significativa redução nesse quantitativo ao longo dos últimos anos, o que acarretou consequentemente, uma queda também, no número de mortes causadas pela doença. Em 1990 foram confirmadas cerca de 1,3 milhão de mortes no mundo, já em 2012 esse número foi de 940 mil, isso indica que houve uma redução de 45,0% num intervalo de 12 anos. Foram diagnosticados 71.123 casos de tuberculose no Brasil, apenas no ano de 2013, o que condiz a um coeficiente de incidência de 35,4/100.000 habitantes. No entanto, houve também uma redução nessa taxa de incidência, que foi de 20,4% em relação ao ano de 2003 (BRASIL, 2014).

Segundo o MS, quando analisada separadamente cada região do país é possível observar uma oscilação muito grande em relação ao coeficiente de incidência. Este é mais elevado nas regiões Norte (45,2/100.000 habitantes), Sudeste (37,1/100.000 habitantes) e Nordeste (34,7/100.000 habitantes). Em relação aos estados, alguns chegam a ultrapassar o valor encontrado no país, como o caso do Rio de Janeiro, Mato Grosso, Amazonas e Pernambuco. Torna-se, então, importante destacar que embora tenha havido uma significativa redução do número total de casos de TB e seus coeficientes, no Brasil, este ainda é um processo heterogêneo quando analisa-se diferentes regiões (BRASIL, 2014).

A fragilidade na detecção precoce dos casos da doença, seja pela situação de conhecimento e nível de informação, condição social ou demográfica da população, faz com que os níveis e percentuais em relação à infecção aumentem e conseqüentemente favorece a disseminação da doença. Estudos apontam que o diagnóstico tardio da tuberculose pode está intimamente ligado à deterioração do serviço público de saúde resultando em dificuldade de acesso a esses serviços, falha por parte dos recursos humanos treinados para o diagnóstico, distribuição de medicamentos anti-tuberculose e notificação e acompanhamento inadequados do paciente. É necessário, então, que haja a educação permanente, não só da população, mas também dos profissionais de saúde, como estratégia essencial em busca de avanços e melhorias, principalmente, nos âmbitos de detecção precoce dos casos e tratamento adequado (SCATENA et al., 2009; DUARTE et al., 2011).

Vale ressaltar que populações específicas apresentam dados ainda mais alarmantes, como por exemplo, a população indígena e grupos de presidiários, moradores de rua, presidiários e albergados, que correspondem a 146,3/100.000 hab. e 3.000/100.000 hab., consecutivamente. Os grupos presidiários são mais vulneráveis do que os outros grupos específicos o que favorece a rápida transmissão da doença, uma vez que o homem é o principal reservatório do bacilo e seu ambiente de trabalho e/ou a sua condição de moradia podem aumentar ainda mais a transmissibilidade, já que lugares fechados, com pouca ventilação e aglomerações facilitam o contágio de pessoas sadias. Faz-se necessário, então, um diagnóstico precoce da doença e, conseqüentemente, o tratamento adequado mais rápido, diminuindo a taxa de disseminação da TB, esta que resultaria num aumento do percentual de transmissão, gerando um ciclo descontrolado de infecções (HIJAR et al., 2005; HIJAR; PROCÓPIO, 2006; NOGUEIRA et al., 2012; CAMPOS 2006).

Tabela 03: Distribuição da população de estudo acerca do que você acha que é a tuberculose. Cuité, 2014, estado Paraíba.

O QUE VOCÊ ACHA QUE É A TUBERCULOSE	Masculino		Feminino		Geral	
	N	%	N	%	N	%
Alergia	03	21,40%	1	3,84%	04	10,0%
Infecção	08	57,10%	14	53,84%	22	55,0%
Doença que causa inflamação	03	21,40%	11	42,3%	14	35,0%
Doença não transmissível	00	0,00%	00	0,00%		0,00%
TOTAL	14	100%	26	100%	40	100%

Fonte: Dados da pesquisa, junho/julho, 2014.

Observa-se na tabela 03 que 55% dos 40 entrevistados disseram que a TB é uma doença infecciosa o que demonstra um conhecimento acerca da patologia e cerca de 42,3% dos entrevistados do sexo feminino e 21,40% do sexo masculino mencionaram que a TB é uma doença inflamatória.

Sabendo-se que a TB é tida como uma das mais antigas patologias infecto-contagiosas da história da humanidade, altamente transmissível (transmissão de pessoa para pessoa) e tem como patógeno o Bacilo de Koch, (descoberto em 1882), que se instala no organismo humano e se desenvolve, principalmente, dentro do macrófago, atacando-o e causando, inicialmente, o que o corpo entende como um processo inflamatório, que posteriormente, é reconhecido com a progressão de uma infecção. Quando se utiliza o termo progressão quer dizer, especificamente, que as células de defesa já foram tomadas e modificadas pelo bacilo, até um ponto onde elas já não podiam mais combatê-lo. E é justamente nesse momento que surgem as manifestações clínicas que caracterizam a doença, como a tosse e a febre, por exemplo (CAMPOS, 2006; ROCHA, 2012; BETHLEM, 2012; PEDRO; OLIVEIRA, 2013; GUIMARÃES et al., 2011).

Tabela 04: Distribuição da população de estudo acerca de como se pega a tuberculose Cuité, 2014, estado Paraíba.

COMO VOCÊ ACHA QUE SE PEGA A TUBERCULOSE	Masculino		Feminino		Geral	
	N	%	N	%	N	%
Através de contato com sangue contaminado	00	0,00%	03	11,53%	03	7,5%
Através da relação sexual	01	7,10%	00	0,00%	01	2,5%
Em copos, talheres ou objetos contaminados	01	7,10%	12	46,15%	13	32,5%
Através da tosse da pessoa contaminada	12	85,80%	10	38,46%	22	55,0%
Através de água e ou alimentos	00	0,00%	01	3,84%	01	2,5%

contaminados

TOTAL	14	100%	26	100%	40	100%
--------------	-----------	-------------	-----------	-------------	-----------	-------------

Fonte: Dados da pesquisa, junho/julho, 2014.

Pode-se perceber que a tabela 04 traz como resposta de mais escolhas entre os homens (85,80%), o contágio através da tosse contaminada, já as mulheres (46,15%), compreendem que a transmissão da TB se dá por meio de “copos, talheres ou objetos contaminados”. Deixando a opção mais votada pelos homens em segundo lugar geral, com 38,46% de resposta do total de entrevistados.

A TB é uma doença de fácil e rápido contágio, passada de pessoa para pessoa pelas vias respiratórias (pulmonar ou laríngea), principalmente através da tosse. As micobactérias causadoras da infecção podem atacar e se instalar em qualquer parte/órgão do corpo, no entanto, elas têm preferência pela área pulmonar, onde acabam gerando alterações funcionais que podem se manifestar através de um sintoma clássico, que é a tosse persistente, apesar de a TB ser considerada uma doença de subaguda a crônica com sintomas sistêmicos (BESEN, STAUB, SILVA, 2011; BETHLEM, 2011).

As pessoas portadoras de TB pulmonar, em fase mais avançada da doença, ou seja, quando já pode-se notar uma sintomatologia mais específica, apresentam um quadro respiratório que geralmente é composto de tosse, com ou sem hemoptise, sibilância, quanto aos murmúrios presentes e dispneia, destacando o comprometimento do sistema respiratório do indivíduo tuberculoso (DEPONTI, 2013; NOGUEIRA et al., 2012; CASTRO, 2012);

Mais uma vez destaca-se a questão da Educação em Saúde e o nível de conhecimento da população acerca da tuberculose, uma vez que esse conhecimento é necessário para que a própria comunidade tenha capacidade de identificar sinais e sintomas e relacioná-los a TB, contribuindo para questões importantes como, a busca por uma instituição de saúde, um possível diagnóstico precoce e adesão ao tratamento, bem como a adoção de medidas preventivas. Sabendo-se que todo profissional de saúde deve se portar como educador, é importante que se forme um vínculo entre a comunidade e a unidade de saúde onde o diálogo e o intercâmbio dos saberes teórico e prático possam se tornar realidade, concretizando uma forma de conhecimento compartilhada, onde haja mudança de maus hábitos e comportamentos, bem como promoção de poder de crítica e reflexão entre ambas as partes, proporcionando melhores condições de saúde à determinada comunidade fazendo com que esse fato venha a se tornar motivador e precursor de inovações entre a população em geral (SÁ et al., 2013; TRIGUEIRO et al., 2009).

Tabela 05: Distribuição da população de estudo acerca do conhecimento do principal sintoma da tuberculose. Cuité, 2014, estado Paraíba.

QUAL O PRINCIPAL SINTOMA DA TUBERCULOSE	Masculino		Feminino		Geral	
	N	%	N	%	N	%
Espirro						
Dor de cabeça	01	7,10%	02	7,69%	03	7,5%
Tosse por longo período de tempo	11	78,50%	22	84,61%	33	82,5%
Dor no corpo	02	14,20%	02	7,69%	04	10,0%
TOTAL	14	100%	26	100%	40	100%

Fonte: Dados da pesquisa, junho/julho, 2014.

De acordo com a tabela 05, a maioria dos participantes mencionou que o principal sintoma da TB é a tosse e o percentual relativo foi de 78,5% (11) de escolha do sexo masculino e 84,61% (22) do sexo feminino para a mesma opção.

Os locais de aglomeração humana como prisões, favelas e albergues e a má qualidade do ar ambiente ou a insuficiência deste aumentam significativamente o risco da proliferação ágil do bacilo e conseqüentemente o contágio. A tosse por um longo período de tempo, (geralmente mais de três semanas), com ou sem presença de expectoração e hemoptise faz-se importante na busca de sinais e sintomas sugestivos da infecção (BESEN; STABU; SILVA, 2011; SILVA; NAVARRO, 2013).

Sabe-se que é necessário o reconhecimento desses sintomas pela população, ou seja, a própria comunidade, deve ter capacidade de identificar determinado sintoma ou um conjunto deles e relacionar a determinada doença, nesse caso a TB. Esse processo de reconhecimento/identificação dos sintomas de uma patologia só pode ser concretizado se houver qualidade em educação em saúde e busca de conhecimento pela sociedade civil. A aproximação entre a sociedade e as unidades e profissionais de saúde é feita por meio de uma figura indispensável, o ACS, que atua, juntamente com o restante da equipe multiprofissional (enfermeiros, médicos, nutricionistas, etc.), numa perspectiva de criar um vínculo entre estes e a comunidade, mantendo uma visão mais próxima da realidade de cada pessoa, e é por tanto, que o ACS possui uma função/trabalho indispensável quando se tratando de prevenção, educação em saúde e integralidade (SANTOS; ACIOLI, 2011).

A comunicação entre os sistemas de saúde e educação e a comunidade deve ser efetivo e permanente, uma vez que objetiva-se por melhoramento dos níveis de conhecimento da comunidade acerca da TB. A disseminação da informação sobre as manifestações clínicas, bem como sobre o tratamento da doença é essencial para que pessoas comuns, da própria comunidade, tornem-se capazes de identificar de sinais e sintomas sugestivos da TB,

contribuindo, conseqüentemente, para a busca por serviços de saúde, uma maior adesão ao tratamento e diminuição da taxa de abandono do mesmo (ROCHA, 2012).

A TB é uma doença infecto-contagiosa que pode atingir variadas áreas e órgãos do corpo, porém afeta mais comumente a região dos pulmões, passando a ser chamada de tuberculose pulmonar. E é justamente por atingir a área dos pulmões, e conseqüentemente afetar o sistema respiratório, que a TB caracteriza-se, principalmente, pela tosse, que pode ou não, ser acompanhada por expectoração (com ou sem hemoptise) e dispnéia em vários graus. Por isso que a TB continua sendo representada, pelo senso comum, como uma forte e insistente tosse (BETHLEN, 2011).

Tabela 06: Distribuição da população de estudo acerca do conhecimento de outros sintomas da doença. Cuité, 2014, estado Paraíba.

QUAIS SINTOMAS DA DOENÇA	OUTROS DA	Masculino		Feminino		Geral	
		N	%	N	%	N	%
Perda de peso		04	11,4%	22	22,22%	26	19,4%
Falta de ar e cansaço		11	31,4%	22	22,22%	33	24,62%
Náuseas e vômitos		03	8,6%	09	9,09%	12	8,95%
Perda da visão		01	2,85%	02	2,02%	03	2,23%
Escarro com presença de sangue		06	17,14%	23	23,23%	29	21,64%
Dor nos ossos		02	5,71%	5	5,05%	07	5,22%
Fraqueza e fadiga		08	22,6%	16	16,16%	24	17,91%
TOTAL		35	100%	99	100%	134	100%

Fonte: Dados da pesquisa, junho/julho, 2014.

De acordo com a tabela 06, 24,62% dos entrevistados escolheram a opção “falta de ar e cansaço” seguida de “escarro com presença de sangue” com 21,64% de escolha como resposta. Como sintoma com menor probabilidade de fazer parte das manifestações clínicas da doença, ficou a perda da visão com 2,85% de opção dos entrevistados homens e 2,02% de opção das mulheres. Nessa perspectiva percebe-se que há um conhecimento acerca dos principais sintomas da TB pelos participantes. Para o sexo masculino a “fraqueza e fadiga” apareceu como um dos principais sintomas da TB enquanto para o sexo feminino foi o “escarro com presença de sangue” que se sobressaiu.

A TB é uma enfermidade grave que deve ser tratada o quanto antes, inicialmente pode ser assintomática e posteriormente apresentar um quadro de sintomatologia sistêmica que pode trazer emagrecimento, sudorese noturna, febre baixa, dor torácica, tosse, astenia e diferentes níveis de dispnéia. É necessário que uma avaliação aprofundada do paciente seja

realizada, tanto para confirmação da doença quanto para se iniciar o tratamento, onde deve ser levantado um histórico progresso da pessoa e obter informações se este indivíduo manteve contato com alguém que teve ou tem a doença, o lugar onde ele mora, as condições desse lugar e se é uma área de risco, bem como procurar achados específicos do caso, como a presença de tosse e por quanto tempo ela persiste, perguntar se houve perda de peso e quanto essa pessoa perdeu, perguntar se há presença de febre e de suor excessivo, por exemplo. Essa conduta deve ser procedida, é claro, do diagnóstico laboratorial, que ajudará, na exclusão de hipótese de outras doenças que possam ser confundidas com a TB (BETHELEM, 2011; PIMENTEL; CASTRO; DUARTE, 2013; BESEN; STABU; SILVA, 2011).

Segundo Porto (2007), a representação social da TB moldou-se de acordo com o passar dos anos, modificando-se a cada século. A princípio, em meados do século XVIII, a TB chegou a ser caracterizada, pela alta sociedade da época, como certo requinte de romanticidade e intelectualidade, onde os grandes literários tinham que está um pouco emagrecidos, sempre pálidos e apresentando tosse. No entanto, com o alastramento e persistência da doença, mais fortemente entre as classes desfavorecidas, esta passou a ser considerada causadora de desordem social, que pelo fato de ainda serem desconhecidas suas causas e ineficaz o seu tratamento gerou um horror coletivo por parte das pessoas, principalmente as não doentes.

Geralmente, doenças como a TB, que são contagiosas, tendem a receber diversas atribuições imaginárias ou de acordo com credices e culturas diversas. Esta ainda é marcada severamente por um forte traço simbólico e de estigmatização pela maioria das pessoas que não a conhecem realmente. Essa natureza de representações simbólicas e de caráter altamente excludente leva a pessoa acometida pela TB sofrer não só pela doença propriamente dita, ou seja, pelas manifestações clínicas, mas, principalmente, pela possibilidade de preconceito, sendo muitas vezes excluídas dos seus relacionamentos sociais (SOUZA, 2010).

Tabela 07: Distribuição da população de estudo acerca do conhecimento sobre qual tratamento deve ser feito depois de confirmada a doença. Cuité, 2014, estado Paraíba.

DEPOIS DE CONFIRMADA A DOENÇA QUAL TRATAMENTO DEVE SER FEITO	Masculino		Feminino		Geral	
	N	%	N	%	N	%
Comer menos gordura e açúcar	01	7,10%	01	3,84%	02	5,00%
Tomar corretamente toda medicação prescrita e manter repouso	09	64,20%	23	88,46%	32	80,0%

Fazer caminhada diariamente	03	21,40%	00	0,00%	03	7,5%
Tomar xarope, chás ou quaisquer remédios caseiros	01	7,10%	02	7,69%	03	7,5%
TOTAL	14	100%	26	100%	40	100%

Fonte: Dados da pesquisa, junho/julho, 2014.

Nota-se, claramente, na tabela 07 que a alternativa de maior escolha mencionada pelos participantes do estudo foi “tomar corretamente toda medicação prescrita e manter repouso”, com 64,20% de escolha masculina e 88,46% de escolha feminina. A tabela mostra também que 21,40% dos homens afirmam que fazer caminhada diariamente faz parte do tratamento da tuberculose. Apesar de ser minoria, 7,10% dos homens e 3,84% das mulheres, ainda optaram pela alternativa “comer menos gordura e açúcar”.

O primeiro desafio em relação ao tratamento adequado e completo é encontrado antes do seu início, ou seja, a pessoa infectada pela TB pode não procurar prematuramente uma Unidade de Saúde. E essa problemática pode ter diversas, podendo ser pela falta de informação, pelo difícil acesso, baixo nível de conhecimento acerca da doença ou por vários outros motivos, que impedem o início do tratamento e conseqüentemente prolongam o tempo de doença e transmissibilidade daquele indivíduo (BRASIL, 2014).

Reforçando a ideia de diagnóstico precoce, estudos afirmam que uma série de medidas devem ser tomadas para confirmação da doença e início do tratamento, entre elas pode-se citar: a história clínica do paciente (sinais e sintomas sugestivos); o exame bacteriológico ou baciloscopia direta (se realizada de forma correta chega a diagnosticar 70 a 80% dos casos de tuberculose pulmonar), a cultura do BK (em casos de pacientes resistentes as drogas do tratamento, aos suspeitos de TB negativos a baciloscopia direta e em casos de formas extra-pulmonares); o exame radiológico, que por sua vez, auxilia na exclusão de outros tipo de doenças pulmonares, além de permitir a avaliação da evolução radiológica dos pacientes; e o teste PPD ou Proteína Purificada Derivada, que baseia-se na reação de hipersensibilidade da pele do indivíduo. Se este já tiver sido exposto ao BK desencadeará um processo inflamatório intenso no local de inoculação, uma vez que os anticorpos do organismo reconhecerão aquelas proteínas inoculadas e as atacarão procurando proteger-se, geralmente a leitura só é feita 48 depois, se positivo, haverá formação do halo de endurecimento no local da aplicação (PIMENTEL; CASTRO; DUARTE, 2013; WYSOCKI et al., 2013; SANTOS et al, 2014).

Sabe-se que há ainda hoje uma grande necessidade de profissionais de saúde habilitados e capacitados para lidar diretamente com paciente de TB, bem como com a

comunidade, a fim de questionar e buscar medidas específicas e eficazes, levando em consideração a questão socioeconômica e demográfica e ainda a situação emocional e fisiológica atuais de cada pessoa, que traria como objetivos alcançados o conhecimento do doente e das demais pessoas de determinada comunidade acerca da enfermidade, menores índices de abandono do tratamento e de recidiva da doença (WYSOCKI et al., 2013).

O abandono do tratamento ainda é uma realidade quando se fala em TB, mesmo depois da implantação do TDO, que visa o acompanhamento minucioso do paciente durante todo o tratamento da doença. Por isso, o MS achou necessário que fossem priorizados aqueles casos que requeriam maior urgência, como os doentes bacilíferos, os tabagistas e/ou etilistas, casos de retratamento, moradores de rua, doentes apenados e institucionalizados. Que é justamente o grupo de pessoas mais suscetíveis a contaminação e disseminação da doença. Vale ressaltar, ainda, a dificuldade que algumas pessoas encontram em parar com o uso do álcool, fumo e outras drogas para iniciação do tratamento. Assim sendo outros fatores passaram a ser observados e viu que estudos apontam outras características peculiares, como, sexo, idade, ocupação, escolaridade, comportamentos, crenças e valores dos indivíduos de uma determinada comunidade, bem como falta de organização por parte das unidades de saúde locais, o difícil acesso a estas e falta de conhecimento e interesse, tanto por parte da sociedade civil, quanto pelos profissionais de saúde (SILVA; ANJOS; NOGUEIRA, 2014; BRASIL, 2014).

Tabela 08: Distribuição da população de estudo acerca do conhecimento de algum remédio para tuberculose. Cuité, 2014, estado Paraíba.

VOCÊ ALGUM BOM TUBERCULOSE	CONHECE REMÉDIO PARA CURAR		Masculino		Feminino		Geral	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	02	14,20%	01	3,84%	03	7,5%		
Não	12	85,80%	25	96,15%	37	92,5%		
TOTAL	14	100%	26	100%	40	100%		

Fonte: Dados da pesquisa, junho/julho, 2014.

Apenas 02 homens, (14,20%), e 01 mulher (3,84%) da tabela 08 afirmaram conhecer algum tipo de remédio, enquanto mais de 90% dos participantes mencionou não conhecer nenhum medicamento utilizado no tratamento para cura da TB.

Durante séculos o mais perto que se chegava de um tratamento para a TB era a medicina caseira e o pedido feito a deuses que a população acreditava proporcionar a cura

para tal doença. Por muitos séculos os costumes de manipular plantas, óleos e cascas, foram repassados de geração em geração, alcançando até mesmo os dias atuais. No entanto, com o avanço da medicina foi traçada uma profilaxia adequada ao quadro de TB e eficiente no combate da infecção. Até o final do de 2009 o esquema terapêutico era feito com três diferentes medicamentos, eram eles a Rifampicina, a Isoniazida e a Piraniazida. Porém posteriormente o MS viu a necessidade da implementação de uma outra droga, o Etambutol, foi então que o esquema terapêutico para o tratamento da TB passou a ser RHZE (150/75/400/275mg) 4:1, ou seja, um único comprimido com quatro princípios ativos, em Dose Fixa Combinada (DFC), seguida do 2:1 RH (300/150 ou 150/75mg), também em DFC (MENDES; OLIVEIRA; SANTOS, 2013; COSTA; CARDOSO, 2014; GEMAL, 2011; DALCOLMO, 2012).

Tabela 09: Distribuição da população de estudo em relação a quem indicou/ensinou esse remédio. Cuité, 2014, estado Paraíba.

QUEM LHE INDICOU/ENSINOUSSE REMÉDIO	Masculino		Feminino		Geral	
	N	%	N	%	N	%
Alguém da família	01	50,0%	00	0,00%	01	33,3%
Amigos	00	0,00%	00	0,00%	00	0,00%
Alguém que já teve ou tem a doença	00	0,00%	00	0,00%	00	0,00%
Um profissional de saúde (médico, enfermeiro)	01	50,0%	01	100%	02	66,7%
Outros	00	0,00%	00	0,00%	00	0,00%
TOTAL	02	100%	01	100%	03	100%

Fonte: Dados da pesquisa, junho/julho, 2014.

Na tabela 09 (50%) dos homens disseram ter obtido informação e indicação do remédio por alguém da família, enquanto os outros (50%) afirmaram ter tomado conhecimento do medicamento através de um “profissional de saúde”, assim como respondeu também a única mulher (100%) que afirmou conhecer um remédio utilizado no tratamento da TB.

Sabe-se que a população brasileira mantém insistentemente o hábito do uso de medicamentos sem prescrição médica, chegando a tornar esse fato um grande problema de saúde pública. A grande disponibilidade de medicamentos e o fácil acesso a estes em diversas farmácias ajuda ainda mais a agravar a situação. A automedicação caracteriza-se principalmente pela iniciativa do doente ou de alguém próximo e/ou responsável por ele iniciar um tratamento medicamentoso por conta própria, pelo fato de já ter tomado anteriormente, ou até, simplesmente, por indicação de um amigo, vizinho, conhecido,

acreditando que essa prática lhe fará bem ou trará a cura para determinada doença. Na realidade, essa prática, pode levar justamente ao contrário do que se espera, ou seja, um diagnóstico tardio ou incorreto da doença, interações medicamentosas e reações do próprio organismo do ser humano (SILVA et al., 2013; SILVA et al., 2005).

Foi na perspectiva de evitar fatos como os citados anteriormente que a Estratégia de Saúde da Família foi criada pelo MS em 1994, dando ênfase às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, formulando um modelo de Atenção Primária, que fosse capaz de resolver a maior parte dos problemas de saúde. Criado, então, a ESF percebeu-se que para conseguir conquistar avanços na intercepção da TB, a medida certa a ser adotada era a estratégia baseada não mais na cura e sim na prevenção da doença. A eficácia do controle da TB pela ESF, pode ser explicada pela descentralização das ações de controle da doença e medidas de educação em saúde permanentes, favorecendo a aproximação entre a comunidade e os serviços de saúde (SOBRINHO et al., 2013; BESEN et al., 2007; CUNHA, 2010).

Ainda se tratando da Atenção Básica, logo ESF, foi implantada uma medida de atuação na redução das taxas de abandono do tratamento, incidência e óbitos por TB, o DOTS ou TDO, Tratamento Diretamente Supervisionado, que tem como objetivo principal o acompanhamento direto do tratamento da pessoa com a infecção, desde o início da tomada da medicação até a cura, adaptando-se a cada tipo de esquema terapêutico. Para que essa tarefa seja desenvolvida adequadamente é necessário que os profissionais disponíveis para executá-la, sejam habilitados e capacitados para tal (GEMAL, 2011; SÁ et al., 2011).

No entanto, alguns outros entraves são impostos dificultando a execução dessas medidas pela ESF, um deles é a resistência de indivíduos do sexo masculino em procurar por serviços de saúde. Estudo desenvolvido por Gomes, Nascimento e Araújo (2007) identificou que a baixa escolaridade dos homens é um aspecto que dificulta a busca dos serviços de saúde para o cuidado com a própria saúde. Um outro estudo, de Silva et al. (2005), aponta que o horário de funcionamento das Unidades de Saúde converge com sua rotina de trabalho, uma vez que grande parte dos homens afirma trabalhar durante todo período diurno, ou seja, durante o horário de atividades das UBS. Além desses, Silva et al. (2013), afirma em um trabalho seu, que a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, bem como a fácil aquisição/compra de fármacos sem prescrição e/ou indicação médica contribuem ainda mais para uma menor procura dos homens por esses serviços de saúde.

O MS refere que os aspectos citados acima são relevantes e preocupantes, uma vez que os homens padecem mais por doenças crônicas e severas do que as mulheres. Em relação

a TB, os homens, segundo o MS, são os mais vulneráveis em adquirir e desenvolver a doença, uma vez que cerca de 66% dos casos notificados de TB no país são do sexo masculino, sendo maior frequência na faixa etária entre 25 e 34 anos e mais incidentes entre 45 a 54 anos de idade. Essa falta de aproximação entre o homem e os serviços de saúde pode levar, não só ele, como qualquer outra pessoa, ao uso de medicações sem indicação médica, bem como o uso errado ou indiscriminado de determinado medicamento (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; BRASIL, 2012).

Tabela 10: Distribuição da população de estudo em relação a se a tuberculose tem ou não cura. Cuité, 2014, estado Paraíba.

VOCÊ ACHA QUE A TUBERCULOSE TEM CURA	Masculino		Feminino		Geral	
	N	%	N	%	N	%
Sim	12	85,80%	23	88,46%	35	87,5%
Não	02	14,20%	02	7,69%	04	10%
Não sabe dizer	00	0,00%	01	3,84%	01	2,5%
TOTAL	14	100%	26	100%	40	100%

Fonte: Dados da pesquisa, junho/julho, 2014.

De acordo com a tabela 10, segundo o conhecimento dos participantes em relação à cura ou não da TB os dados foram divididos da seguinte forma: 85,80% dos homens disseram haver sim cura para doença, já o percentual entre as mulheres que deram a mesma resposta foi de 88,46%, esses valores equivalem consecutivamente a 12 entrevistados do sexo masculino e 23 do sexo feminino. Houve ainda nessa tabela a distribuição daqueles que não sabiam responder a pergunta, esse quesito foi preenchido por apenas 01 mulher (3,84%) que afirmou desconhecer se existe ou não cura para doença

Pesquisas afirmam que mais de 95% dos pacientes acometidos pela TB chegam à cura, porém, vale ressaltar a importância da pessoa realizar o tratamento completo, (geralmente 06 meses), mesmo se sinta bem melhor, pois pode haver a recidiva da doença, haja vista que alguns bacilos podem permanecer nos pulmões por um longo período de tempo, se multiplicando e tornando-se mais resistentes, dificultando no caso de um novo tratamento. O esquema terapêutico no Brasil é disponibilizado pelo SUS e executado pelos estados e municípios, dando condições a toda e qualquer pessoa de realizar o tratamento completo e adequadamente (BRASIL, 2013).

Para uma maior eficácia em relação ao tratamento da doença bem como a diminuição das taxas de abandono desse tratamento foi criado pela OMS em 1993, o DOTS (*Observed*

Treatment Short Course/ Tratamento Diretamente Observado de Curto Prazo) ou TDO (Tratamento Diretamente Observado), que foi implantado primeiramente na Índia no ano de 1994, chegando ao Brasil apenas 1998. A necessidade de uma medida eficaz no controle da TB em grandes proporções era urgente principalmente nos países subdesenvolvidos, que são os mantém os índices mais elevados até os dias de hoje. A princípio foram priorizados para a implantação do DOTS aqueles municípios com maiores taxas de incidência posteriormente a estratégia foi ampliada e hoje faz parte da realidade de todos estados da federação, dando o direito e disponibilizando um tratamento qualificado a todo indivíduo portador de TB (IBANÊS; JÚNIOR, 2012).

O DOTS revolucionou as políticas públicas de saúde ao mesmo tempo que trazia consigo a ideia de integralidade e cuidado na Atenção Primária e adaptação contínua de reformas dentro do setor de saúde. A estratégia apoia-se em cinco pilares básicos para que haja sua correta aplicabilidade e, conseqüentemente, o controle da endemia. São eles: detecção de casos por baciloscopia entre sintomáticos respiratórios que demandam os serviços gerais de saúde; tratamento padronizado de curta duração, diretamente observado e monitorado em sua evolução; sistema de registro de todas as informações necessárias para um tratamento contínuo, seguro e eficaz e compromisso das esferas governamentais, colocando o controle da TB como prioridade entre as políticas públicas e concretizando o DOTS como um forte marcador social no Brasil e o no mundo (HINO et al., 2011; NOGUEIRA et al., 2009).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O número de casos de TB notificados hoje em nosso país mostra o quanto o controle desta no Brasil ainda caminha a passos lentos e apesar de ser uma das mais antigas doenças infecto-contagiosas do mundo continua sendo um grave problema de saúde pública, principalmente, entre os países subdesenvolvidos. Diante disso, viu-se a necessidade de reformas na Atenção Básica e implementação de novas estratégias que tivessem a capacidade de controlar essa doença.

A qualidade das informações bem como o meio e o modo como elas são repassadas à comunidade é fundamental para a formação de um conhecimento concreto e aberto a mudanças e inovações, é necessário que haja a orientação das pessoas quanto ao repasse de tais informações sobre a TB, uma vez que a educação em saúde visa, também, a formação de disseminadores desse conhecimento, quando cada pessoa terá um papel crucial nesse processo contínuo de prevenção em saúde.

O presente estudo, realizado no município de Cuité-PB, atingiu o seu objetivo, que era analisar o conhecimento de um grupo de usuários de Unidade Básica de Saúde da Família acerca da TB, obteve-se, por final, um bom resultado, uma vez que a maioria dos participantes demonstrou algum conhecimento sobre a doença, especialmente, quando se tratando das principais manifestações clínicas desencadeadas durante o processo patológico. No entanto, foi possível notar que alguns pontos ainda são frágeis em relação a informações sobre a temática, como por exemplo, em respeito da transmissão e da cura da TB.

Contudo, os dados finais da pesquisa foram satisfatórios e atingiram um bom patamar em relação à perspectiva de educação em saúde no município em questão. Ressalta-se, que isso não significa dizer que 100% da população tenha domínio sobre o assunto, a educação em saúde deve continuar, ou seja, seguir um processo permanente. A partir da análise, notou-se que apesar de pouquíssimos casos notificados nos últimos quatro anos na Secretaria de Saúde de Cuité-PB e mesmo que apenas alguns dos entrevistados tenha tido contato com uma pessoa acometida pela TB, a maioria tinha um conhecimento básico sobre o agravo.

Porém, sabe-se que esses dados não apontam a situação atual a nível nacional, destacando novamente a importância da educação em saúde preventiva e permanente, que possibilitará, de forma progressiva, uma melhor oferta dos serviços de saúde no Brasil. Os números referentes ao nível de conhecimento de determinado grupo estão relacionados com a importância que essa educação em saúde tem para todos os municípios do país, já que estes devem lutar incessantemente pelo controle, e quem sabe, pelo fim da doença.

Desse modo, espera-se que este estudo possa contribuir significativamente para o desenvolvimento das ações de educação em saúde na atenção básica, utilizando estratégias específicas, de uma maneira que se adéque a cada tipo de público alvo, respeitando condições sociais, demográficas, econômicas, crenças, nível de escolaridade e entre outros quesitos básicos para realização de um trabalho eficaz e continuado.

REFERÊNCIAS

AMARO, A.; PÓVOA, A.; MACEDO, L. **A arte de fazer questionários**. PORTO: FC, 2005. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/54315619/A-arte-de-fazer-questionario-O-que-e-e-como-fazer>> Acesso em: 08 abr. 2014.

AZEDO, R.C.M. **Avaliação comparativa do perfil e tratamento de pacientes nos programas de tuberculose do estado de Pernambuco e do hospital Universitário Oswaldo Cruz**. Recife: UFPE, 2014. Disponível em: <<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/geum/article/view/1737>> Acesso em: 25 ago. 2014.

BARBOSA, D. R. M. et al. **Aspectos socioculturais da tuberculose e diálogo com políticas públicas em saúde no Brasil**. Piauí: **Gest e Saúde**, 2013. Disponível em: <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/394>> Acesso em: 06 mar. 2014.

BESSEN, A.; STAUB, G. J.; SILVA, R. M. Manifestações clínicas, radiológicas e laboratoriais em indivíduos com tuberculose pulmonar: estudo comparativo entre indivíduos... Santa Catarina: **J Bras Pneumol.**, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132011000600010&script=sci_arttext> Acesso em: 06 ago. 2014.

BETHLEM, E. P. Manifestações Clínicas da Tuberculose Pleural, Ganglionar, Geniturinária e do Sistema Nervoso Central. Rio de Janeiro: **Pulmão RJ**, 2012. Disponível em: <http://www.sopterj.com.br/revista/2012_21_1/05.pdf> Acesso em: 06 ago. 2014.

BRASIL, **Ministério da Saúde**, 2013. Disponível em: <<http://www.minsaude.gov.br/index.php/sua-saude/tuberculose>> Acesso em: 14 ago. 2014.

CAMPOS, H. S. Etiopatogenia da tuberculose e formas clínicas. Rio de Janeiro: **Pulmão RJ**, 2006. Disponível em: <<http://www.sopterj.com.br/tuberculose/curso/2.pdf>> Acesso em: 06 mar. 2014.

CASTRO, F. J. **Abordagem Primária no Tratamento da Tuberculose: revisão de literatura**. Minas Gerais: UFMG, 2012. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3787.pdf>> Acesso em: 06 mar. 2014.

CHEADE, M. de F. M. **Evolução Clínica da Tuberculose em pacientes infectados por HIV em Campo Grande, MS, 2003-2005**. Campo Grande: Ed. UFMS, 2007. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/1803/3/Tese_MariaFatimaMeinbergCheade.pdf> Acesso em: 08 mar. 2014.

COSTA, M., et al. **Tuberculose Uma Revisão De Literatura**. Goiás: FACER, 2012. Disponível em: <<http://ceres.facer.edu.br/revista/index.php/refacer/article/view/43/30>> Acesso em: 08 mar. 2014.

COSTA, M. C. P. A biossegurança durante os cuidados de enfermagem aos pacientes com tuberculose pulmonar. São Paulo: **Acta Paul Enferm.**, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000400002&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 08 mar. 2014.

COSTA, T.A.; CARDOSO, D.M. Aspectos socioculturais do processo saúde-doença e o papel das ciências sociais: uma análise de trabalhos em tema de saúde. Pará: **Revista Café Com Sociologia**, 2013. Disponível em: <<http://revistacafecomsociologia.com/revista/index.php/revista/article/view/247>> Acesso em: 08 mar. 2014.

COUTINHO, L. S. A. Perfil Epidemiológico da Tuberculose no Município de João Pessoa-PB, entre 2007 – 2010. João Pessoa: **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, 2012. Disponível em: <<http://www.okara.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/10172>> Acesso em:

CUNHA, N. V. **Descentralização das ações de controle da tuberculose para a estratégia saúde da família em um bairro de São Gonçalo/RJ, 2010**. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2011. Disponível em: <<http://www.posgraduacao.iesc.ufrj.br/media/tese/1347388579.pdf>> Acesso em: 09 mar. 2014.

DALCOLMO, M. P. **Tratamento da Tuberculose Sensível e Resistente**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. Disponível em: <http://www.sopterj.com.br/dominios/sopterj/revista/2012_21_1/13.pdf> Acesso em: 09 mar. 2014.

DEPONTI, G. N. **Análise da trajetória dos pacientes com tuberculose que procuram um hospital universitário: do início dos sintomas ao tratamento**. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2013. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/78525>> Acesso em: 09 mar. 2014.

DUARTE, S. J. H. **A educação permanente como possibilidade no diagnóstico precoce da tuberculose**. Santa Catarina: AMB, 2011. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/acm/revista/pdf/artigos/843.pdf>> Acesso em: 09 jun. 2014.

FORMIGA, N. S.; LIMA, D. **A incidência e o controle da tuberculose a partir da descentralização de políticas de saúde no estado da Paraíba, Brasil**. Paraíba: [s.n], 2013. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0704.pdf>> Acesso em: 09 mar. 2014.

FORMIGA, N. S.; LIMA, D. S. **A tuberculose no estado da Paraíba/Brasil: a operacionalidade do tratamento supervisionado no controle da tuberculose**. João Pessoa: Consciência e saúde, 2009. Disponível em: <http://www.uninove.br/PDFs/Publicacoes/conscientiae_saude/csaude_v8n2/conscientiaesaud ev8n2.pdf#page=37> Acesso em: 15 mar. 2014.

NOGUEIRA, A. F. et al. **Tuberculose: uma abordagem geral dos principais aspectos**. Rio de Janeiro: RBF, 2012. Disponível em: <<http://rbfarma.org.br/files/rbf-2012-93-1-1.pdf>> Acesso em: 15 mar. 2014.

GEMAL, A. L. **Produção de medicamentos para o tratamento da tuberculose no Brasil. Recomendações visando ao aprimoramento da capacidade...** Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2011. Disponível em: <http://www.fundacaoataulphodepaiva.com.br/_arq/BILL%20GATES/2014/Andre_Gemal_versao_final.pdf> Acesso em: 15 mar. 2014.

GUIMARÃES, M.R., et al. **A transação do TDO dos PACS para ESF na comunidade da Rocinha**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2011. Disponível em: <<http://conferencias.redeunida.org.br/index.php/redeunida/ru10/paper/view/3858>> Acesso em: 26 mar. 2014.

HINO, P. et al. **A ocorrência da tuberculose em um distrito Administrativo do município de São Paulo**. São Paulo: Esc Anna Nery, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/21.pdf>> Acesso em: 03 ago. 2014.

HIJAR, M. A. Epidemiologia da Tuberculose: importância no mundo, no Brasil e no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: **Pulmão RJ**, 2005. Disponível em: <<http://sopterj.com.br/tuberculose/curso/1.pdf>> Acesso em: 07 mai. 2014.

IBANÊS, A. S.; CARNEIRO JÚNIOR, N. **Panorama internacional e nacional da estratégia do tratamento diretamente supervisionado (DOTS) nas políticas de controle da tuberculose**. São Paulo: ABSV, 2012. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=681443&indexSearch=ID>> Acesso em: 03 ago. 2014

JACOMELLI, M. et al. **Broncoscopia no diagnóstico de tuberculose pulmonar em pacientes com baciloscopia de escarro negativa**. São Paulo: J BrasPneumol., 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v38n2/v38n2a04.pdf>> Acesso em: 05 abr. 2014.

MACHADO, A. C. F. T. et al. **Fatores associados ao diagnóstico da tuberculose pulmonar no estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: J BrasPneumol., 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v37n4/v37n4a14.pdf>> Acesso em: 11 abr. 2014.

MACIEL, M. de S. et al. **A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da miséria**. São Paulo: BrasClin Med., 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n3/a2886.pdf>> Acesso em: 11 abr. 2014.

MARCOLINO, A. B. L. et al. **Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux – PB**. João Pessoa: BrasEpidemiol., 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v12n2/05.pdf>> Acesso em: 06 mar. 2014.

MELLO, F. C. de Q. **Abordagem Diagnóstica da Tuberculose Pulmonar**. Rio de Janeiro: Pulmão RJ, 2012. Disponível em: <http://www.sopterj.com.br/revista/2012_21_1/07.pdf> Acesso em: 06 jun. 2014.

MAIOR, M. de L. et al. **Tempo entre o início dos sintomas e o tratamento de tuberculose pulmonar em um município com elevada incidência da doença**. Rio de Janeiro: J BrasPneumol., 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v38n2/v38n2a09.pdf>> Acesso em: 02 jun. 2014.

MARQUIEVIZ, J. et al. **A Estratégia de Saúde da família no controle da tuberculose em Curitiba (PR)**. Paraná: UTFP, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/27.pdf>> Acesso em: 14 mar. 2014.

NETTO, A. R. **Tuberculose: a calamidade negligenciada**. São Paulo: Soc. Bras. de Med. Trop., 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0037-86822002000100010&script=sci_abstract> Acesso em: 09 mar. 2014.

NOGUEIRA, J. de A. et al. **O sistema de informação e o controle da tuberculose nos municípios prioritários da Paraíba- Brasil**. Paraíba: Ed USP, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/16.pdf>> Acesso em: 05 jul. 2014.

PEDRO, A. S.; OLIVEIRA, R. M. **Tuberculose e indicadores socioeconômicos: revisão sistemática da literatura**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v33n4/a09v33n4.pdf>> Acesso em: 13 jun. 2014.

PEQUENO, G. Al. **Descentralização da atenção aos casos de tuberculose no município de João Pessoa do período de 2001 a 2009**. Paraíba: Ed. UFPB, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v12n2/05.pdf>> Acesso em: 13 mar. 2014.

PERRECHI, M. C. T.; RIBEIRO, S. A. Desfechos de tratamento de tuberculose em pacientes hospitalizados e não hospitalizados no município de São Paulo. São Paulo: **J BrasPneumol.**, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v37n6/v37n6a12.pdf>> Acesso em: 13 jun. 2014.

PILLER, R. V. B. **Epidemiologia da tuberculose**. Rio de Janeiro: [s.n], 2012. Disponível em: <http://www.sopterj.com.br/dominios/sopterj/revista/2012_21_1/02.pdf> Acesso em: 09 jul. 2014.

PIMENTEL, G.; CASTRO, N.; DUARTE, T. **A tuberculose e a sociedade: educação para saúde/promoção de saúde uma estratégia para controle da doença**. Porto Alegre: Universidade do Mindelo, 2013. Disponível em: <<http://193.136.21.50/handle/10961/2562>> Acesso em: 02 ago. 2014.

PIVA, S. G. N. Prevalência de deficiência nutricional em pacientes com tuberculose pulmonar. Bahia: **J BrasPneumol.**, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v39n4/pt_1806-3713-jbpneu-39-04-0476.pdf> Acesso em: 06 jun. 2014.

PÔRTO, Â. **Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v41s1/6493.pdf>> Acesso em: 18 mar. 2014.

PRODANOV, C. P.; FREITAS, E. C. **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. Novo Hamburgo: ASPEUR, 2013. Disponível em: <http://www.hugoribeiro.com.br/biblioteca-digital/FEEVALE-Metodologia_Trabalho_Cientifico.pdf> Acesso em: 09 abr. 2014.

ROCHA, P. H. S. et al. Nível de informação sobre tuberculose entre usuários de um Centro de Saúde em Montes Claros – MG. Montes Claros: **Unimontes científica**, 2012. Disponível em: <<http://www.ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/547>> Acesso em: 29 abr. 2014.

SCATENA, L. M. et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. São Paulo: **Rev. Saúde Pública**, 2009. Disponível em: <> Acesso em: 12 abr. 2014.

SÁ, L. D. de et al. **Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras**. Paraíba: Ed USP, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reusp/article/view/40956>> Acesso em: 07 ago. 2014.

SANTOS, et al. **Caráter estigmatizante da tuberculose, natureza biológica e impacto social da doença**. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/FOL/article/viewFile/1934/1335>> Acesso em: 20 ago. 2014.

SANTOS, R.O.B.; ACIOLE, M.D. A integralidade e as ações de tratamento da na atenção básica à saúde: o espaço da (inter)subjetividade. Pernambuco: **Rev. Cien. Méd. de Pernambuco**, 2011 Disponível em: <<http://www.revistacienciasmedicaspe.com.br/site/index.php/revistacienciasmedicaspe/article/view/208>> Acesso em: 26 ago. 2014.

SILVA, F.H.A.L.; NAVARRO, M.B.M.A. **Biossegurança e prevenção da tuberculose: a importância da qualidade do ar no interior dos serviços de saúde**: Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/iptsp/article/view/25521>> Acesso em: 12 mai. 2014.

SILVA, G.M.S. **Análise da automedicação do município de Vassouras-RJ**. Rio de Janeiro: USS, 2005. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/18/automedicaAAo.pdf>> Acesso em: 23 mai. 2014.

SILVA, J.A.C. et al. Prevalência de automedicação e os fatores associados entre os usuários de um Centro de Saúde Universitário. Pará: **Rev. Bras. Clin. Med.**, 2013. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n1/a3385.pdf>> Acesso em: 20 ago. 2014.

SIQUEIRA, H. R. de. **Enfoque Clínico da Tuberculose Pulmonar**. Rio de Janeiro: Pulmão RJ, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132004000700002&script=sci_arttext> Acesso em: 27 mai. 2014.

SOBRINHO, E. C. R. et al., A tuberculose na estratégia de saúde da família: o conhecimento dos agentes comunitários de saúde. São Paulo: **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 2013. Disponível em: < <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/16982> > Acesso em: 07 mar. 2014.

SOUZA, S. S.; SILVA, D. M. G. V.; MEIRELLES, B. H. S. **Representações sociais sobre a tuberculose**. Santa Catarina: Acta, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002010000100004&script=sci_abstract> Acesso em: 23 ago. 2014.

TRIGUEIRO, J. V. S. et al., Percepção de enfermeiros sobre educação em saúde no controle da tuberculose. Paraíba: **Rev. Cienc. Cuid. Saude**, 2009. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/search/search>> Acesso em: 26 ago. 2014.

VILLA, T. C. S. et al. **Satisfação do usuário com os serviços de atenção a tuberculose em Ribeirão Preto, 2008**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. Disponível em: <http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_2/artigos/csc_v20n2_234-243.pdf > Acesso em: 18 ago. 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE- A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa é intitulada “**Conhecimento dos usuários de uma unidade básica de saúde do município de Cuité-PB acerca da tuberculose**” e está sendo desenvolvido por Paula Fernanda Ramos Nunes, aluna do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité, sob a orientação da Prof^a. Ms. Anne Jaquelyne Roque Barrêto. Possui como objetivo analisar o conhecimento dos usuários de uma Unidade de Saúde da Família do município de Cuité-PB sobre a tuberculose.

Os dados serão coletados por meio de um questionário constituído por questões objetivas e de fácil compreensão, preenchido pela própria pesquisadora. Desse modo, solicitamos sua contribuição voluntária e informamos que será garantido seu anonimato, assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou de desistir da mesma.

Os pesquisadores¹ estarão à disposição para esclarecer qualquer dúvida em todas as etapas da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos sua valiosa contribuição para a realização dessa pesquisa.

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, justificativa, riscos e benefícios da minha participação e concordo em colaborar. Afirmo que a pesquisadora participante me informou que o projeto foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa. Estou ciente de que receberei uma cópia desse documento, assinada por mim e pelas pesquisadoras, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Cuité-PB, ____/____/2014.

Anne Jaquelyne Roque Barrêto

Pesquisadora responsável

Paula Fernanda Ramos Nunes

Pesquisadora Participante

¹**Endereço profissional da pesquisadora responsável:** Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde – CES, Rua: Olho D’Água da Bica S/N Cuité – Paraíba – Brasil CEP: 58175-000. Telefone (83) 33721984; e-mail: annejaque@gmail.com; **Contato do Comitê de Ética:** Comitê de Ética do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC). E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

APÊNDICE B – ENTREVISTA ESTRUTURADA
QUESTIONÁRIO

CONHECIMENTO DOS USUÁRIOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE CUITÉ-PB ACERCA DA TUBERCULOSE

1. FAIXA ETÁRIA:

- 20 a 29 anos
- 30 a 39 anos
- 40 a 49 anos
- 50 a 59 anos ou mais

SEXO: M () F ()

2. ESTADO CIVIL:

- Solteiro
- Casado
- Separado/divorciado
- Viúvo
- Outro

3. RELIGIÃO

- Católica
- Evangélica
- Espírita
- Outros. Qual? _____

4. ESCOLARIDADE:

- Não alfabetizado
- Ensino Fundamental incompleto
- Ensino Fundamental completo

- Ensino Médio incompleto
- Ensino Médio completo
- Ensino superior incompleto
- Ensino superior completo
- Pós-graduação

5. QUANTAS PESSOAS MORAM COM VOCÊ:

- Nenhuma
- Um ou dois
- Três ou quatro
- Cinco ou seis
- Seis ou mais

6. VOCÊ É EPOSENTADO: () Sim () Não

7. POSSUI PLANO DE SAÚDE: () Sim () Não

NÍVEL DE CONHECIMENTO DA COMUNIDADE ACERCA DA TUBERCULOSE

8. POSSUI ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE: () Sim () Não

Qual? _____

9. JÁ TEVE CONTATO COM ALGUÉM QUE TEVE TUBERCULOSE: () Sim () Não () Quem? _____

10. COMO ESSA PESSOA COM TUBERCULOSE PARECIA ESTÁ/ SE SENTIR:

11. QUAL O SENTIMENTO EM RELAÇÃO A PESSOA DOENTE DE TUBERCULOSE?

12. O QUE VOCÊ ACHA QUE É A TUBERCULOSE:

- Uma alergia
- Uma infecção
- Uma doença que causa inflamação
- É uma doença não transmissível

13. COMO VOCÊ ACHA QUE SE PEGA A TUBERCULOSE:

- Através do contato com o sangue contaminado
- Através da relação sexual
- Em copos, talheres ou objetos contaminados
- Através da tosse da pessoa contaminada
- Através de água e/ou alimentos contaminados

14. QUAL O PRINCIPAL SINTOMA DA TUBERCULOSE:

- Espirro
- Dor de cabeça
- Tosse por longo período de tempo (com ou sem escarro)
- Dor no corpo

15. QUAIS OUTROS SINTOMAS DA DOENÇA:

- Perda de peso

- Falta de ar e cansaço
- Náuseas e vômitos
- Perda da visão
- Escarro com presença de sangue
- Dor nos ossos
- Fraqueza e fadiga

16. VOCÊ SABE O QUE A PESSOA COM SUSPEITA DE TUBERCULOSE DEVE FAZER PARA CONFIRMAR A DOENÇA: () Sim () Não. O quê?

17. DEPOIS DE CONFIRMADA A DOENÇA, QUAL TRATAMENTO DEVE SER FEITO:

- Comer menos gordura e açúcar
- Tomar corretamente toda medicação prescrita e manter repouso
- Fazer caminhada diariamente
- Tomar xarope, chás ou quaisquer remédios caseiros

18. VOCÊ CONHECE ALGUM REMÉDIO BOM PARA CURAR A TUBERCULOSE: () Sim () Não. Qual? _____

19. QUEM LHE INDICOU/ENSINOU ESSE REMÉDIO:

- Alguém da família
- Amigos (a)
- Alguém que já teve ou tem a doença
- Um profissional de saúde: médico, enfermeiro.
- Outros

20. VOCÊ ACHA QUE A TUBERCULOSE TEM CURA: () Sim () Não

Se NÃO, por quê?

21. DE UMA MANEIRA GERAL, O QUE É A TUBERCULOSE PRA VOCÊ:

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO DOS USUÁRIOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CUITÉ-PB ACERCA DA TUBERCULOSE

Pesquisador: Anne Jaquelyne Roque Barrêto

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 31048714.4.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 665.222

Data da Relatoria: 21/05/2014

Apresentação do Projeto:

Pesquisa do tipo exploratória, com abordagem quantitativa. Será desenvolvida com usuários da Unidade Básica de Saúde Raimunda Domingos de Moura pertencente ao município de Cuité- PB. Os dados serão coletados através de um questionário, elaboradora e preenchido pela própria pesquisadora.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o conhecimento de um grupo de usuários da Unidade Básica de Saúde da Família acerca da tuberculose no município de Cuité, PB.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa poderá proporcionar riscos mínimos de natureza psicológica, física, biológica e educacional. Entretanto, caso a hipótese seja comprovada, os pesquisadores poderão sugerir aos profissionais da saúde que trabalham na UBS investigada, maior investimento no que diz respeito a Tuberculose.

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

Bairro: Casas Populares

CEP: 58.900-000

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

Telefone: (83)3532-2075

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

Continuação do Parecer: 665.222

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa está estruturado conforme recomendações do CEP/UFCG e CONEP/CNS/MS, apresentando elementos introdutórios que permitem compreender a temática e os objetivos do projeto. A fundamentação teórica está coerente, e a metodologia está articulada com os objetivos. O estudo proposto é importante no âmbito da saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

No projeto foram considerados os aspectos éticos conforme recomendado pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS na realização de pesquisa envolvendo seres humanos, o TCLE do Projeto em discussão está adequado.

Recomendações:

Explicar no relatório final da pesquisa, como foi feito o cálculo amostral, bem como a seleção dos sujeitos da amostra.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando a importância do estudo em identificar o nível de conhecimento de uma determinada comunidade acerca da tuberculose; Considerando que há coerência teórica e metodológica que embasa a proposta, bem como observância dos aspectos éticos no projeto, sou de parecer favorável à aprovação, salvo melhor juízo.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

Bairro: Casas Populares

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

CEP: 58.900-000

Telefone: (83)3532-2075

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

CENTRO DE FORMAÇÃO DE
PROFESSORES DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 665.222

CAJAZEIRAS, 28 de Maio de 2014

Assinado por:
Paulo Roberto de Medeiros
(Coordenador)

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

Bairro: Casas Populares

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

CEP: 58.900-000

Telefone: (83)3532-2075

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

ANEXO- B

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Ilmo. Sr. Ramilton Marinho

O Centro de Educação e Saúde da UFCG conta em seu *campus*, atualmente, com sete cursos de Bacharelado/Graduação, dentre eles o Curso de Bacharelado em Enfermagem. Nesse contexto, eu, Paula Fernanda Ramos Nunes, pesquisadora secundária, aluna matriculada regularmente no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande- UFCG, sob a orientação da pesquisadora responsável Anne Jaquelyne Roque Barrêto, estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada: "CONHECIMENTO DOS USUÁRIOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CUITÉ-PB ACERCA DA TUBERCULOSE"

Desta forma, solicito sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar tanto o acesso à realização da coleta de dados, com a utilização do nome da instituição.

Salientamos que os materiais coletados serão mantidos em sigilo e utilizados para a realização deste trabalho, bem como para a publicação em eventos e artigos científicos.

Na certeza da reflexão ao pleito, agradeço antecipadamente.



Ramilton Marinho Costa
Diretor do CES
Mat. SIAPE 337298

Cuité, 10 de abril de 2014.

(Diretor do Centro de Educação e Saúde da UFCG)

(Pesquisadora Responsável)