

A assistência de enfermagem no tratamento dos portadores de tuberculose no município de Patos-PB

Nursing care in the treatment of patients with tuberculosis in the city of Patos-PB

Wilma Katia Trigueiro Bezerra, Hildenia Onias de Sousa, Anne Milane Formiga Bezerra, Kevia Katiucia Santo Bezerra, Avaneide Linhares Vieira, Diogo da Silva Pereira, Maria da Gloria Borba Borges

RESUMO - Tuberculose é uma doença infecto-contagiosa, na qual sua prevalência está associada ao desemprego, baixo grau de escolaridade, alimentação deficiente e insuficiente, habitação insalubre e a outros fatores associados à pobreza. Entretanto no Brasil apesar dos esforços do Ministério da saúde para o controle, persiste como grave problema de saúde pública. O presente estudo consiste numa pesquisa exploratória de natureza descritiva e abordagem quantiqualitativa que teve como objetivo investigar a adesão ao tratamento dos portadores de tuberculose através da ação do profissional de enfermagem no município de Patos-PB. A amostra foi realizada com catorze enfermeiros atuantes na USF, no período de agosto e setembro de dois mil e treze. Os dados foram coletados através de um questionário contendo quinze questões objetivas e subjetivas, com vista a alcançar o objetivo proposto para o estudo. A análise foi realizada através de tabelas e gráficos. Traçado o perfil da amostra entrevistada de acordo com: o gênero, faixa etária, nível de formação profissional e tempo de atuação na USF, no entanto ficou evidenciado que a maioria dos enfermeiros atuantes estão na faixa etária de 21 a 30 anos com (86%), do sexo feminino (79%), nível de formação em especialização com (57%) e tempo de atuação na USF (79%) entre 1 e 5. Os resultados revelaram que os enfermeiros possuem uma atuação presente na adesão ao tratamento através de ações de educação em saúde e investigação dos efeitos colaterais com os usuários assistidos. A referida pesquisa tem singular importância, pois a mesma poderá subsidiar pesquisadores interessados pelo tema e assim ampliar o nível de conhecimento sobre a adesão ao tratamento dos portadores de tuberculose.

Palavras-chaves: Tuberculose. Adesão. Ações. Enfermagem.

ABSTRACT - Tuberculosis is a infectum-contagious illness, in which its prevalence is associated with the unemployment, low degree of education, deficient and insufficient feeding, terrible habitation and to other factors associates to poverty. However in Brazil despite the efforts of the Health department for the control, it persists as serious problem of health publishes. The present study it consists of a exploratory research of descriptive nature wiyh quantiqualitative and qualitative boarding that had as objective to investigate the adhesion to the treatment of the tuberculosis carriers through the action of the nursing professional in Patos city - PB. The sample was carried through with fourteen operating nurses in the Unit of Family's Health, the period of August to September of 2013. The data had been collected through a questionnaire contend fifteen objective and subjective questions, with sight to reach the objective considered for the study. It analyzes it was carried through graphical tables and traced the profile of the interviewed sample in accordance with: the sort, the age, level of professional formation and time of performance in the UFHs, however were evidenced that the majority of the operating nurses with 21 to the 30 (86%), of the feminine sex (79%), level of formation in specialization (57%) and time of performance in the UFHs (79%) between 1 to 5. The results had disclosed that the nurses possess a present performance in the adhesion to the treatment through action of education in health and inquiry of the collateral effect with the attended users. The related research has singular importance, therefore the same one will be able to subsidize researchers interested for the subject and thus to extend the knowledge level on the adhesion to the treatment of the tuberculosis carriers.

Keywords: Tuberculosis. Adhesion. Action. Nursing.

*Autor para correspondência Recebido para publicação em 11/01/2014; aprovado em 15/11/2014

- 1 – Bacharel em Enfermagem – Mestranda em Sistemas Agroindustriais da UFCG – Pombal – PB E-mail: wilmatrigueiro@gmail.com
- 2 – M. Sc. Licenciada em Letras – Faculdades Integradas de Patos - FIP
- 3 – – Bacharel em Enfermagem – M. Sc. Sistemas Agroindustriais E-annemilane_pb@hotmail.com
- 4 - Bacharel em Medicina e – Mestranda em Sistemas Agroindustriais da UFCG – Pombal – PB E-mail: keviabezerra@hotmail.com
- 5 – Licenciada em Pedagogia – Espaço Educacional Arco Iris E-mail: avaneide-linhares@bol.com.br
- 6 – Bacharel em Enfermagem – SAMU – Paulista – PB E-mail: diogopereirapf@hotmail.com
- 7 – Licenciada e Estudo Sociais – M. Sc. Sistemas Agroindustriais E-borbagloria@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) é uma doença infecciosa bacteriana que afeta principalmente o parênquima pulmonar. Transmitida também para outras partes do corpo, como as meninges, rins, ossos e linfonodos. Causada pelo agente infeccioso primário *Mycobacterium tuberculosis*, caracterizado como um bastonete aeróbico ácido-resistente, que cresce lentamente e pode ser morto por calor, luz solar ressecamento e luz ultravioleta (SMELTZER; BARE, 2005).

“A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de um terço da população mundial apresenta infecção latente por *M. Tuberculosis*” (ISEMAN, 2011, p. 1924).

Segundo Robbins e Cotran (2005, p. 397) “a Tuberculose é estimada afetar 1,7 bilhão de indivíduos no mundo todo, com 8 a 10 milhões de novos casos e 1,7 milhões de mortos a cada ano”. Sabendo-se disso, estima-se que a tuberculose é a principal causa infecciosa de morte no mundo, permanecendo como um grave problema de saúde pública por sua incidência na população. Entretanto, os portadores de HIV apresentam uma maior vulnerabilidade a desenvolver a tuberculose devido ao comprometimento das suas defesas imunológicas.

Na atualidade, a tuberculose constitui-se como um problema social que aflige a humanidade. Entretanto, as condições sociais e econômicas precárias influenciam fortemente a vulnerabilidade à tuberculose, como também a menor aderência ao tratamento prescrito. Considerando que o abandono ao tratamento implica em persistência da fonte de infecção na população, é necessário o reconhecimento dos fatores determinantes que envolvam questões ligadas ao doente, patologia e terapêutica, com uma visão ampla como um todo, ou seja, holística, que permita perceber efetivamente que estruturas deverão ser transformadas para se conseguir a saúde dos portadores de tuberculose.

Se não houver adesão ao tratamento, isto é, se o paciente interromper uma das suas medicações sem conhecimento do médico, mutantes contra as quais não é exercida ações e farmacológicas proliferarão, resultando em fracasso terapêutico ou recidivo decorrente da aquisição de resistência aos fármacos. Quando isso ocorre de forma seriada, verifica-se o desenvolvimento de resistência a múltiplos fármacos. Esses microorganismos podem ser então, transmitidos a outras pessoas produzindo Tuberculose inicial resistente aos fármacos (ISEMAN, 2011 p 1927).

Deve-se ressaltar a importância de medidas de vigilância ao paciente que não aderem ao regime medicamentoso, monitorando as doses do esquema terapêutico e a evolução da doença, para se ter um controle de sua disseminação e o risco de resistência aos fármacos.

Retomando ao tema, algumas questões são apresentadas, buscando-se o entendimento sobre a problemática. Será que realmente os portadores de Tuberculose estão

seguindo o tratamento, se não, por quê? Será que os profissionais de enfermagem estão orientando e ensinando o autocuidado aos pacientes e trabalhando em cima da resistência à medicação? Será que os portadores tomam seus medicamentos de maneira regular e segundo duração prescrita? Será que os enfermeiros estão avaliando os efeitos colaterais dos medicamentos? Sobre as questões formuladas, elabora-se o presente trabalho.

A escolha por este estudo se deu a partir da experiência pessoal em estágios curriculares realizados nas unidades básicas de saúde no município de Patos-PB, que teve como princípio a observação dos regimes terapêuticos em pacientes com Tuberculose, relacionada à resistência a medicação.

Acreditamos que, mesmo que de forma indireta, esta pesquisa possa contribuir para uma melhor qualidade de assistência nessa área, na qual, com indagação minuciosa, foi escolhido este tema.

Tuberculose

A tuberculose é uma doença infecciosa bacteriana causada pelo *M tuberculosis*. Ela afeta principalmente os pulmões, mas também pode afetar os rins e outros órgãos, Na qual o seu reservatório da infecção são humanos com tuberculose ativa. O bacilo *M. tuberculosis* é gram-positivo, em forma de bastão, ácido-álcool resistente e aeróbico. Apesar de ele conseguir viver na escuridão durante meses, sob a forma de esporos em partículas de escarro seco, a exposição direta à luz solar, ao calor e à luz ultravioleta o destrói em algumas horas. É difícil matar os microrganismos com desinfetantes comuns. O bacilo da tuberculose através da pasteurização é destruído, processo utilizado amplamente para prevenir a disseminação da tuberculose por meio do leite e de laticínios (TIMBY; SMITH, 2005).

O *M. tuberculosis* multiplica-se melhor no ambiente rico em oxigênio. A doença é produzida pelo estabelecimento, proliferação de microrganismos virulentos e interações com o hospedeiro. O bacilo da Tuberculose dissemina-se no hospedeiro pelo sistema linfático, corrente sanguínea, vias brônquicas e trato gastrointestinal. Esses bacilos podem infectar praticamente todos os tecidos, inclusive a pele, ossos, nódulos linfáticos, trato intestinal e trompas de Falópio (MEEKES; ROTHROCK, 1997).

A resposta imunológica do corpo inicia-se com reação inflamatória. Na qual os fagócitos (neutrófilos e macrófagos) engolfam muitos das bactérias, e os linfócitos tuberculose-específica lisam (destroem) os bacilos e o tecido normal. Essa reação tissular resulta no acúmulo do exsudato nos alvéolos, provocando broncopneumonia. A infecção inicial geralmente acontece em 2 a 10 semanas depois da exposição, os granulomas novas massas tissulares e bacilos vivos e mortos, são circundados por macrófagos, o que forma uma parede protetora ao redor dos granulomas. Depois os granulomas transformam-se

em uma massa tissular fibrosa, cuja porção central é chamada de Tubérculo de Ghon. O material (bactéria macrófagos) forma uma massa cremosa ficando neurótico ou calcificado formando uma cicatriz colagenosa. Nesse estágio, as bactérias ficam latentes e não existe nenhuma progressão adicional da doença ativa (SMELTZER; BARE, 2005)

A Tuberculose dissemina-se de uma pessoa para outra por contato direto com um indivíduo com doença ativa, por meio da inalação de gotículas como a tosse, espirro, falar e cantar. Entretanto no geral, o contato breve não resulta em infecção. Em contraste com o número de pessoas infectadas pelo bacilo da Tuberculose apenas uma pequena proporção delas torna-se doente. Geralmente, alguns fatores predis põem um paciente a desenvolver Tuberculose como: a má assistência á saúde, desnutrição, superpopulação e más condições de habitação (TIMBY; SMITH 2005).

Segundo os mesmos autores, a Tuberculose é caracterizada pelos estágios de infecção inicial (ou TB primária) e de latência e pela possibilidade de recorrência da doença, após a doença primária (denominada Tuberculose secundária) os bacilos podem permanecer inativos por muitos anos, sendo reativos posteriormente e produzindo sintomas clínicos da Tuberculose.

Os sinais e sintomas da Tuberculose pulmonar são insidiosos, variam de pessoa a pessoa, podendo permanecer assintomático até que a doença se encontre em um estágio avançado. Muitos pacientes apresentam febre baixa, tosse, sudorese noturna e perda de peso. A tosse pode não ser produtiva ou pode haver a expectoração de escarro mucopurulento. A hemoptise também pode acontecer. Em geral, os sintomas sistêmicos e pulmonares são crônicos, podem ter estado presentes durante semanas a meses. A dispnéia são características dos estágios finais da doença (SMELTZER; BARE, 2005).

A avaliação do diagnóstico é observada em parte do histórico e nos achados físicos, no quais os exames consistem em esfregaços e cultura de escarro em detecção de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) em amostras coradas constituem o primeiro indício bacteriológico da doença, onde o mesmo deve ser obtido primeiramente pela manhã, durante três dias consecutivos, pela qual a cultura positiva para *M. Tuberculosis* confirma um diagnóstico de TB. A radiografia do tórax para determinar a presença e extensão da doença. O teste tuberculínico (PPD ou reação Mantoux) é usado para determinar se uma pessoa foi infectada pelo M Tuberculosis, quer passada, quer atual, ativa ou inativa, o derivado protéico purificado (PPD) é injetado dentro da camada intradérmica da face interna do antebraço, aproximadamente 10 cm abaixo do cotovelo,

criando uma elevação na pele, uma pápula ou bolha, os resultados dos testes é lido em 48 a 72 horas depois da injeção, uma reação localizada tardia indica que a pessoa é sensível a Tuberculose. O tamanho da induração é documentado em diâmetro, medido em milímetros em sua parte mais ampla. Os exames com múltiplas funções como o teste tuberculínico, não deve ser empregado para determinar se uma pessoa está infectada pela bactéria M. Tuberculosis (NETTINA, 2003).

O tratamento da tuberculose deve ser feito em regime ambulatorial, supervisionado, no serviço de saúde mais próximo à residência do doente. Antes de iniciar a quimioterapia, é necessário orientar o paciente quanto ao tratamento. Para isso, deve-se explicar, em linguagem acessível, as características da doença e o esquema de tratamento que será seguido – drogas, duração, benefícios do uso regular da medicação, conseqüências advindas do abandono do tratamento, e possíveis efeitos adversos dos medicamentos. Principal estratégia do modelo de atenção ao paciente com Tuberculose, o **TDO, Tratamento Diretamente Observado**, é fator essencial para se promover o real e efetivo controle da Tuberculose. O TDO visa o aumento e a adesão dos pacientes, maior descoberta das fontes de infecção (pacientes pulmonares bacilíferos), e o aumento da cura, reduzindo-se o risco de transmissão da doença na comunidade. (BRASIL, 2011)

Em 2009, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose, juntamente com o seu comitê técnico assessor, reviu o sistema de tratamento da TB no Brasil. Com base nos resultados preliminares do II Inquérito Nacional de Resistência aos Medicamentos antiTB, que mostrou aumento da resistência primária à isoniazida (de 4,4% para 6,0%), introduz o etambutol como quarto fármaco na fase intensiva de tratamento (dois primeiros meses) do Esquema Básico. (BRASIL, 2011)

A apresentação farmacológica desse esquema passa a ser em comprimidos de doses fixas combinadas dos quatro medicamentos (RHZE), nas seguintes dosagens: R 150mg, H 75mg, Z 400mg e E 275mg. Essa recomendação e a apresentação farmacológica são as preconizadas pela Organização Mundial da Saúde e utilizadas na maioria dos países, para adultos e adolescentes. (BRASIL, 2011)

Desse modo, está recomendado o uso de Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol na primeira fase do tratamento durante dois meses seguidos de Rifampicina e Isoniazida durante quatro meses, mantendo dessa forma o regime de curta duração de 6 meses. Para crianças (< 10 anos de idade) continua a recomendação com 3 fármacos na 1ª fase (RHZ) e 2 fármacos (RH) na 2ª fase. (BRASIL, 2011)

Quadro 1 – Esquema básico para o tratamento de TB em adultos e adolescentes.

Regime	Fármacos	Faixa de Peso	Unidade/dose	Meses
2 RHZE fase intensiva	RHZE 150/75/400/275 comprimido em dose fixa combinada	20 a 35kg	2 comprimidos	2 meses
		36 a 50kg	3 comprimidos	
		> 50kg	4 comprimidos	
4 RH Fase de manutenção	RH comprimido ou cápsula de 300/200 ou de 150/100 ou comprimidos de 150/75	20 a 35kg	1 comprimido ou cápsula de 300/200mg ou 2 comprimidos de 170/75.	4 meses
		36 a 50kg	1 comprimido ou cápsula de 300/200mg + 1 comprimido ou cápsula de 150/100mg ou 3 comprimidos de 150/75.	
		> 50kg	2 comprimidos ou cápsulas de 300/200mg ou 4 comprimidos de 150/75	

Fonte: Ministério da Saúde, 2011

Como prevenção, a vacinação BCG exerce notável poder protetor contra as manifestações graves do primo-infecção, como as disseminações hematogênicas e a meningoencefalite, mas não evita a infecção tuberculosa. A proteção se mantém por 10 a 15 anos. A vacina BCG não protege os indivíduos já infectados pelo M. Tuberculosis. Por isso, nos países com elevada prevalência de infecção tuberculosa, como o Brasil, as crianças devem ser vacinadas o quanto antes possível, após o nascimento. Nas áreas geográficas com alta prevalência de infecção por micróbactérias não-tuberculosas, a margem de proteção do BCG contra a tuberculose é reduzida, razão por que nessas regiões o seu rendimento é baixo em termos de saúde pública. No Brasil, a vacina BCG é prioritariamente indicada para crianças de zero a quatro anos de idade, sendo obrigatório para menores de um ano, como dispõe a portaria n.º. 452, de 6/12/1976, do Ministério da Saúde (SILVA. 2004).

Assistência de enfermagem nas ações de controle de tuberculose

A assistência de Enfermagem na saúde está voltada para ação ou medida de controle para melhorar a qualidade de vida do indivíduo, promovendo sua recuperação, de forma a reintegrá-lo ao convívio familiar

e social. As ações de enfermagem ao portador de Tuberculose têm como objetivo estimular o paciente a aderir ao esquema terapêutico para evitar sua transmissão e obter sua cura, como também educá-lo quanto ao conhecimento da doença, orientando para controlar a disseminação da infecção.

O enfermeiro possui um papel de suma importância no cuidado do paciente com tuberculose e de sua família, o qual inclui avaliar a capacidade do paciente para continuar a terapia. Em casa, instruindo o paciente e a família sobre os procedimentos de controle da infecção. Investigar a adesão do paciente ao regime medicamentoso, sendo essencial por causa do risco de desempenhar as cepas resistentes do bacilo da tuberculose, caso as medicações não seja seguido adequadamente. Entretanto referenciar para um serviço de saúde quando o paciente não aderir ao regime medicamentoso (SMELTZER; BARE, 2005).

É importante orientar o paciente quanto à compreensão dos medicamentos e horários, observando com rigor o intervalo de tempo entre cada dose, onde os mesmos não devem omitir doses ou tomar mais que a quantidade prescrita. A terapia contínua é essencial, pois falhas no uso dos medicamentos prescritos podem acarretar reativação da infecção. Relatar aos pacientes que se ocorrer piora dos sintomas ou surgimento abrupto de

dor torácica ou dispnéia, notificar imediatamente o ocorrido para a avaliação no centro de saúde. Eles também devem ingerir muito líquido, parar de fumar e evitar a exposição à fumaça, como também consumir uma dieta leve e balanceada (TIMBY; SMITH, 2005).

Vale salientar, no entanto, que os efeitos colaterais dos medicamentos devem ser avaliados, pois é um dos motivos para o paciente falhar em aderir ao regime medicamentoso prescrito, por isso, devem ser feitos esforços no intuito de tentar reduzir os efeitos colaterais, bem como instruir o paciente a respeito do risco de resistência aos medicamentos, quando não se segue a terapia de maneira contínua.

Ainda de acordo com os autores supracitados, um cuidado continuado no ambiente do paciente deve ser realizado, no qual o enfermeiro avalia a casa ou o local de trabalho e o ambiente social, para identificar outras pessoas que podem ter estado em contato com o paciente durante o estágio da infecção, entretanto, qualquer contactante da pessoa infectada realizará uma triagem de acompanhamento no serviço de saúde. O enfermeiro enfatiza a importância de manter as consultas agendadas mensalmente com médico-assistente, bem como lembrado das questões de outras atividades de promoção de saúde e triagens de saúde recomendadas.

Os cuidados de saúde comunitários e domiciliares visam melhorar a ventilação na casa abrindo as janelas do quarto da pessoa doente e manter a porta do quarto de dormir fechada durante o maior período possível. Instruir o paciente, as práticas de higiene. Os locais de aglomeração e mal ventilados contribuem para o desenvolvimento e disseminação de TB. Discutir o exame da TB com as pessoas residentes com o paciente. Como também estimular o paciente a retornar em intervalos específicos para exame bacteriológico do escarro a fim de monitorar a resposta terapêutica e a complacência (NETTINA, 2003).

Tuberculose como um problema de Saúde Pública

A atual situação da Tuberculose está relacionada com a diminuição dos recursos para programas antituberculose, a má administração da infra-estrutura assistencial e o pouco investimento científico que contribuem significativamente (LIMA, 2007).

Há problemas sérios na área da Saúde Pública. O primeiro deles é a continuidade dos programas, o segundo, a adequação das propostas. Às vezes, as propostas focalizam o problema da Tuberculose como se ele representasse apenas um somatório dos tuberculosos existentes, mas na realidade, o problema inclui fundamentalmente a área social. Para o tuberculoso, a solução implica o uso de esquemas terapêuticos eficazes (tipo R + H + Z + E). Para a tuberculose, a solução exige programas que visem uma qualidade de vida mais adequada (RUFFINO-NETTO, 2009).

Em concordância com o autor supracitado, deve-se assinalar que, em muitos locais, as autoridades deixaram o problema de lado como se fosse assunto resolvido. Afinal, já se conhecia bastante a enfermidade, sua fisiopatologia, diagnóstico, esquemas terapêuticos e medicamentos disponíveis. Entretanto, não se considerou que a existência de todo esse saber prévio ou recursos de nada adiantam se eles não forem colocados ao alcance da população geral, como também esta população necessita fazer uso efetivo dos recursos quando estes existem no local.

Torna-se necessário criar alternativas e optar por um modelo de assistência voltada a uma prática de saúde participativa, coletiva e ao mesmo tempo integral, permanentemente vinculada à realidade da comunidade, assistida por uma equipe multiprofissional, cujos objetivos de trabalho transcendem e ultrapassam as fronteiras das unidades de saúde é um passo importante que esperamos, que possa mostrar impacto sobre o problema em pauta (RUFFINO-NETTO 2009).

No Brasil, atualmente, ainda é pequeno o diálogo entre as universidades e os serviços de saúde pública; no tema pertinente à tuberculose, caberia a universidade colaborar com orientação metodológica e apontar novos caminhos para enfrentar o problema, novas técnicas diagnósticas (mais rápidas), ampliar estudos epidemiológicos utilizando biologia molecular para melhor entender a dinâmica da doença na comunidade, como também cabe aos serviços públicos (Ministério da Saúde, secretarias da Saúde) apoiar universidades, com recursos financeiros para as pesquisas operacionais (RUFFINO-NETTO, 2009).

Diante dos novos horizontes, é necessário definir estratégias de capacitação dos profissionais que estarão na vanguarda desse processo inovador e audacioso, com a premissa de levar a saúde para todos, e mais ainda, transformar o imaginário social da doença. A tuberculose é uma doença velha, mas que precisa urgentemente de um novo olhar, um olhar capaz de enfrentar tabus e preconceitos, trazer novas alternativas de controle e, acima de tudo, ser capaz de resgatar profissionais de uma cultura estigmatizante e perpetuadora de mazelas incalculáveis para a nossa saúde (RUFFINO-NETTO, 2009)

Muito já foi feito e muito ainda há de se fazer. Políticas públicas que possam efetivamente melhorar a qualidade de vida da população têm repercussões positivas no controle da Tuberculose. No entanto, para os órgãos responsáveis pela saúde pública do país, é necessário e prioritário a imediata melhoria das ações de busca de casos, tratamento e prevenção, bem como das atividades de promoção da saúde.

Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT)

A atuação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) compreende estratégias inovadoras

que visam ampliar e fortalecer a estratégia TDO, com o enfoque na articulação com outros programas governamentais para ampliar o controle da Tuberculose e de outras comorbidades, como a aids. Além disso, privilegia a descentralização das medidas de controle para a atenção básica, ampliando o acesso da população em geral e das populações mais vulneráveis ou sob risco acrescido de contrair a tuberculose, como as populações em situação de rua, pessoas privadas de liberdade e a população indígena. Também incentiva a articulação com organizações não governamentais ou da sociedade civil, para fortalecer o controle social e garantir a sustentabilidade das ações de controle (BRASIL, 2011).

O controle da Tuberculose é baseado na busca de casos, no diagnóstico precoce e adequado e seu tratamento até a cura com o objetivo de interromper a cadeia de transmissão e evitar possíveis adoecimentos. Entretanto, a identificação e especificação dos componentes de um programa são passos importantes para que se possa apreender sua constituição. Com o objetivo de otimizar o planejamento e a avaliação das ações de controle da Tuberculose, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose – PNCT organizou-se nos seguintes componentes e subcomponentes: **Atenção à saúde:** Prevenção; Assistência; Diagnóstico; **Informação Estratégica:** Vigilância Epidemiológica; Monitoramento e Avaliação; Pesquisa; Desenvolvimento Humano e Institucional; Comunicação e Mobilização Social; Planejamento e Orçamento (BRASIL, 2011).

As esferas do Sistema Único de Saúde, com competência administrativa legalmente instituída são: a federal, a estadual e a municipal. Essas esferas correspondem, respectivamente, ao Ministério da Saúde, às Secretarias Estaduais de Saúde – SES e às Secretarias Municipais – SMS, com seus respectivos setores técnico-administrativos (BRASIL, 2011).

A partir dessa divisão, as três esferas organizam-se de acordo com a complexidade exigida pelas diferentes formas de organização administrativa, política e/ou geográfica. Por isso, estados e municípios ordenam-se segundo sua própria estrutura, muitas vezes optando por níveis intermediários entre a gestão e os serviços (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde organizou-se a partir de secretarias, diretorias, coordenações e programas. O Programa Nacional de Controle da Tuberculose encontra-se situado hierarquicamente dentro do Departamento de Vigilância Epidemiológica – Devep que, por sua vez, integra a Secretaria de Vigilância em Saúde – SUS (BRASIL, 2011).

Visando um salto de qualidade na atenção ao problema, o Ministério da Saúde lançou o plano estratégico para a implementação do controle da Tuberculose no Brasil de 2005/2011, na qual possibilitou aos profissionais de saúde com atuação na área da atenção básica, a elaboração de novos instrumentos de trabalho, capazes de atingir o controle da doença a nível local, e mais que isso, estabelecer mecanismos permanentes de

vigilância e avaliação do processo de trabalho. A humanização das práticas de saúde junto à família e seu espaço social passa a ser o referencial desta nova estratégia de enfrentamento, o que certamente será fator de sucesso para os objetivos a serem alcançados, pelos quais a assistência de saúde está voltada para a participação coletiva e integral, relacionada com a realidade da comunidade, atribuída pela equipe multiprofissional (BRASIL, 2011).

De acordo com o mesmo autor, as equipes de Saúde da Família representam hoje uma forma de acesso universal e democrático à saúde dos cidadãos. Sua implantação depende da decisão política do gestor municipal. Entre as atribuições das equipes de Saúde da Família, encontram-se a identificação dos sintomáticos respiratórios, o diagnóstico e tratamento de casos suspeitos (com especial atenção àqueles com maior risco de abandono) e o desenvolvimento de ações de proteção aos saudáveis, como a vacinação de rotina e quimioprofilaxia, quando indicada.

Segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/MS) foram notificados em 2005 no Brasil 49.814 casos de Tuberculose (em todas as formas), sendo 6.176 no Norte, 19.870 no Nordeste, 13.211 no Sudeste, 7.515 no Sul e 2.936 no Centro-Oeste. Vale salientar que os casos confirmados de Tuberculose em relação a 2004 foram 80.515, na qual teve uma queda dos dados no país de acordo com os resultados da última avaliação da incidência da doença em 2005. Dados preocupantes, onde a Organização Mundial de Saúde, estima-se que menos da metade são notificados, situação que traduz a insuficiência das políticas de controle (BRASIL, 2006).

De qualquer forma, os números do Brasil são extremamente preocupantes, seja considerada a situação do país como um todo ou apenas por regiões.

Entretanto, os dados obtidos com a Secretaria Municipal de Saúde de Patos mostram que foram notificados 31 casos de Tuberculose em Patos no ano de 2012. O percentual de cura dos pacientes registrados e tratados em 2013 ainda não foi levantado porque existem pessoas ainda em tratamento (SEMUSA, 2013).

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo foi do tipo exploratório, de caráter descritivo, com abordagem quantitativa.

Segundo Cervo e Bervian (2002, p. 66):

A pesquisa descritiva, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos variáveis sem manipulá-los. Busca conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política e demais aspectos do comportamento humano, tanto do indivíduo tomado isoladamente como de grupos e comunidade mais complexas.

Segundo os mesmos autores, "os estudos exploratórios não elaboram hipóteses a serem testados no

trabalho, restringindo-se a definir objetos a buscar mais informações sobre determinado assunto de estudo".

Para Chizzotti (1991, p.52), as pesquisas quantitativas "provém da mensuração de variáveis preestabelecidas, procurando verificar e explicar sua influência sobre outras variáveis, mediante a análise da frequência de incidência e de correlações estatísticas. O pesquisador descreve, explica e prediz".

O local de estudo foi realizado em quatorze Unidades de Saúde da Família no município de Patos - PB, que são: USF Rosinha Xavier, USF Horácio Nóbrega, USF Evaristo Medeiros Guedes, USF Vitória, USF Lauro Queiroz, USF Verônica Vieira, USF Rita Palmira, USF Sebastião Xavier, USF Aderbal Martins, USF José de Oliveira Pio, USF Jardim Queiroz, USF Osman Ayres, USF Belmiro Guedes, USF Liberdade, no período de Agosto a Setembro de 2013.

A população foi composta por catorze enfermeiros atuantes nessas unidades de saúde da família do município de Patos - PB e a amostra foi constituída pelos catorze enfermeiros que aceitaram participar do estudo.

Para Vieira e Hossne (2001, p.29), "A população é um conjunto de elementos sobre o qual queremos obter informações".

Segundo os mesmos autores, "A amostra é todo subconjunto de elementos retirados da população para obter a informação desejada".

Foi aplicado como instrumento de coleta de dados, um questionário com perguntas objetivas e subjetivas que atenderam aos objetivos da pesquisa (APÊNDICE B).

O questionário consiste em um conjunto de questões pré-elaboradas, sistemática e seqüencialmente dispostas em

Tabela 1 - Caracterização da amostra por gênero e faixa etária

VARIÁVEL	f	%
Gênero		
Masculino	03	21
Feminino	11	79
TOTAL	14	100
Faixa Etária		
21 a 30 anos	12	86
31 a 40 anos	02	14
Mais de 40 anos	00	00
TOTAL	14	100

A Tabela 1 apresenta os perfis dos profissionais que se disponibilizaram a participar da pesquisa, assim como sua distribuição segundo variáveis de gênero e faixa etária. No que se refere ao gênero, pudemos observar que três (21%) são do sexo masculino, em quanto que 11 (79%) são do sexo feminino, os valores da amostra relacionada ao gênero, evidência a característica já conhecida da enfermagem com a predominância do sexo

itens que constituem o tema da pesquisa, com o objetivo de suscitar dos informantes respostas por escrito ou verbalmente sobre o assunto que os informantes saibam opinar ou informar. É uma interlocução planejada. (CHIZZOTTI, 2005, p.48).

Os participantes tomaram conhecimento do objetivo do estudo e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido garantindo seu anonimato (APÊNDICE A).

Foi realizado um teste piloto com três enfermeiros para avaliar se o instrumento de coleta de dados encontra-se adequado para a obtenção dos objetivos.

Os resultados foram apresentados em gráficos, utilizando-se uma frequência percentual e em tabelas, utilizando-se uma frequência percentual e absoluta, os quais foram submetidos à análise descritiva. Os instrumentos de análise foram construídos através de recursos computacionais pelos programas Microsoft Excel e Microsoft Word respectivamente.

Como resultado das questões subjetivas, foram relacionados discursos que representaram os demais e foram interpretados articulando-se à literatura.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Análise das tabelas e gráficos com dados obtidos nos questionários fundamentados a luz da literatura pertinente, realizados com os profissionais de enfermagem que aceitaram participar efetivamente da pesquisa através de questionários de caráter descritivo com abordagem quantitativa.

feminino, apesar de estarmos no século XXI e os homens terem ganhado um espaço significante nessa profissão.

Em relação à faixa etária, 12 (86%) possui entre 21 a 30 anos, dois (14%) entre 31 e 40 anos, (00%) mais de 40 anos, dados estes apontam para um contingente de profissionais jovens, no auge de sua produtividade. Fato esse que pode está ligado ao grande número de Faculdades de Enfermagem que vêm surgindo a cada ano. Com isso acredita-se que o jovem traz consigo motivação

garantindo idéias inovadoras para prestar uma assistência enquanto profissional. qualificada, almejando seu crescimento e reconhecimento

Tabela 2 - Caracterização da amostra por nível de formação e tempo de atuação no PSF

VARIÁVEL	f	%
Nível de Formação		
Apenas graduação	06	43
Especialização	08	57
Mestrado	00	00
Doutorado	00	00
TOTAL	14	100
Tempo de atuação no PSF		
Menos de 1 ano	01	07
Entre 1 e 5 anos	11	79
Entre 6 e 10 anos	02	14
TOTAL	14	100

No que se refere à Tabela 2, podemos constatar que em relação ao nível de formação seis (43%) possui apenas graduação, oito (57%) especialização, enquanto que (00%) responderam que não possuem mestrado e doutorado.

“A importância do elo entre graduação e pós-graduação objetiva um intercâmbio de conhecimentos com a formação qualificada resultando em um melhor perfil do profissional enfermeiro com ênfase no processo técnico-científico” (SILVA, 2000, p. 29).

No que diz respeito ao tempo de atuação no PSF, um (7%) possui menos de 1 ano, 11 (79%) entre 1 e 5 anos, dois (14%) entre 6 e 10 anos. O que retrata profissionais, na sua maioria com experiências para resolver suas dificuldades nas atividades, pois possui um embasamento teórico e prático, propondo maior resolutividade para sua clientela.

Brasil (2003), ao se expor falando sobre a formação dos profissionais de enfermagem refere que, essa profissionalização assegura o direito dos usuários serem cuidados por profissionais com competências requeridas para o exercício da assistência de enfermagem.

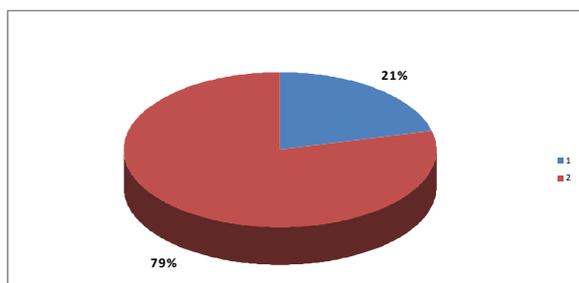


Gráfico 1 - Distribuição da realização de atividade de prevenção de tuberculose com os usuários.

De acordo com o Gráfico 1, a realização de atividade de prevenção de tuberculose com os usuários, 11 (79%) responderam que sim, três (21%) responderam que

não. Atividades essas, necessárias para que ocorra a interrupção da disseminação da doença. Assim, apresentamos a seguir alguns dos relatos que ilustram as respostas da maioria entrevistados, caso respondessem sim, qual a atividade realizada.

“Fazemos palestras educativas e vacinação”.

“Estamos sempre em busca dos sintomáticos respiratórios”.

Entendemos por ações educativas as práticas de ensino aprendizado desenvolvida junto a população com a finalidade de obter e promover a tomada de decisão em relação as atitudes e práticas de saúde, a graves da reflexão critica de ambos os atores (Figueiredo, 2005, p. 26).

De acordo com Brasil (2002 a), existem duas medidas preventivas eficazes contra TB, que são a quimioprofilaxia e a vacina com BCG (Bacilo de Calmett-Guérin). A quimioprofilaxia consiste na administração de drogas capazes de prevenir a infecção ou impedir que o indivíduo infectado adoeça. Entretanto outra medida preventiva é a vacinação com a BCG, que não protege aquelas já infectadas pelo bacilo tuberculosos. Por isso, nos países com alta prevalência de infecção, como o nosso, as crianças devem ser vacinadas o mais rápido possível, após o nascimento.

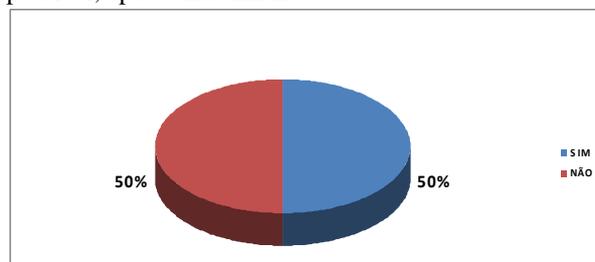


Gráfico 2 - Distribuição dos usuários com suspeita de tuberculose que procuram o serviço para confirmar o diagnóstico

De acordo com o gráfico 2, ao serem questionados sobre a procura dos usuários para confirmação do diagnóstico, todos os catorze enfermeiros responderam que sim, ou seja, o paciente com tuberculose busca as USF para confirmação do diagnóstico. Aos que responderam "sim" foi solicitado que explicassem através de quem veio o incentivo para procurar a USF e posteriormente, descobrir o diagnóstico.

“Através da ACS e enfermeira”.

“Pela enfermeira e o médico”.

O Ministério da Saúde, Brasil (2002 b, p. 20) afirma que:

Detectação ativa dos casos é uma ação feita pela equipe de profissionais capacitados desenvolvendo assim as ações de controle da tuberculose, mais abrangente poderá ser a procura de sintomáticos respiratórios nos serviços de saúde nas comunidades, mais rápidos o início do tratamento dos casos descobertos mais adequada a supervisão direta do tratamento, garantindo a cura do doente e conseqüentemente mais rápida a interrupção da transmissão.

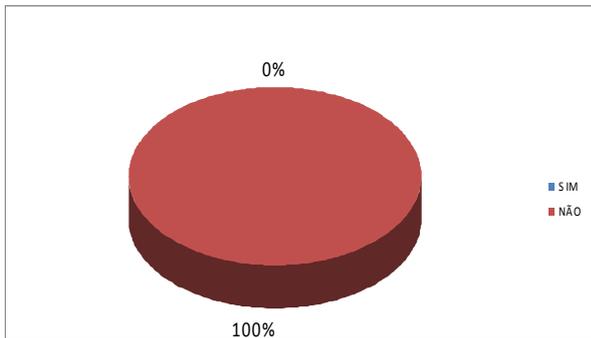


Gráfico 3 - Distribuição da marcação de consultas de retorno com os usuários suspeitos ou portadores de tuberculose

De acordo com o gráfico 3, quando questionados, todos dos enfermeiros relataram que “sim” para a marcação de consultas de retorno com os usuários suspeitos ou portadores de tuberculose. Ações essas

fundamentais para a avaliação da saúde do paciente bem como informações sobre o tratamento

“No entanto o paciente deve comunicar-se mensalmente com um profissional de saúde diretamente se possível para fornecer informações sobre a sua saúde, e a fim de que a orientação necessário seja reiterada” (ISEMAN, 2011 p.1931).

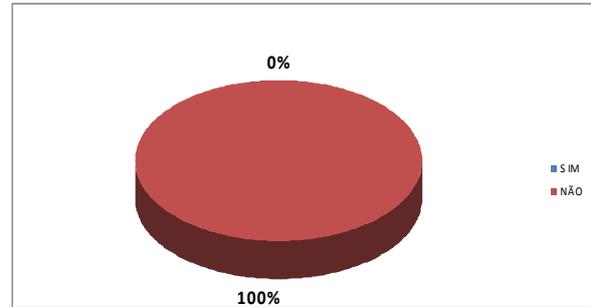


Gráfico 4 - Distribuição da realização da busca ativa na área para confirmar a existência de casos novos de tuberculosos

De acordo com o gráfico 4, também foi observado que todos os enfermeiros entrevistados realizam a busca ativa na área para confirmar a existência de casos novos de TB.

De acordo com Brasil (2002 b) as equipes do PSF e os ACS devem estar preparadas para realizar a busca ativa dos sintomáticos respiratórios, ou seja, das pessoas com mais de 15 anos que procuram os serviços de saúde por qualquer motivo e apresentam queixas e tosse com expectoração por três semanas ou mais. Devem também procurar toda pessoa, parente ou não, que convive com o doente de tuberculose. Essas unidades precisam contar com o apoio de uma unidade de referência, e média complexidade.

Sendo assim, conforme mostram os resultados obtidos na nossa pesquisa, a avaliação foi positiva, entretanto os relatos apresentados estão de acordo com as indicações realizadas pelo Ministério da Saúde, no que refere à realização de busca ativa como uma estratégia de primeira linha para a identificação do sintomáticos respiratório.

Tabela 3 – Distribuição dos casos confirmados de tuberculose na área de atuação a forma pela qual acompanha o tratamento.

SUJEITO DO DISCURSO COLETIVO	f	%
O paciente passa a ter um acompanhamento mensal através de consulta médica e de enfermagem, para receber a medicação supervisionada.	01	7,14
Através do tratamento diretamente observado (TDO) realizado pela ACS no domicílio e pela enfermeira na unidade e em visita domiciliar.	06	42,86
Consultas mensais e doses supervisionados semanalmente.	02	14,29
É encaminhada a pneumologista ou iniciamos o esquema de tratamento VD; realização de BAAR; TDO.	01	7,14
De início é feito quinzenalmente pelo enfermeiro e 3 vezes por semana pelo acompanhamento do ACS.	01	7,14
Orientando tratamento medicamentosos, reações adversas, alimentação adequada, busca de comunicantes.	01	7,14
Inicialmente é realizado a baciloscopia, posteriormente o enfermeiro acompanha a dose supervisionada de 15 em 15 dias nos primeiros 3 meses, o ACS visita este paciente todos os dias para observar a tomada de medicação.	02	14,29
TOTAL	14	100

Como podemos observar na Tabela 3 que, um (7,14%) responderam que o paciente passa a ter um acompanhamento mensal através de consulta médica e de enfermagem, para receber a medicação supervisionada, seis (42, 86%) responderam através do tratamento diretamente observado (TDO) realizado pela ACS no domicílio e pela enfermeira na unidade e em visita domiciliar, dois (14,29%) responderam que é encaminhada à pneumologista ou iniciamos o esquema de tratamento VD; realização de BAAR; TDO, um (7,14%) responderam que de início é feito quinzenalmente pelo enfermeiro e 3 vezes por semana pelo acompanhamento do ACS, um (7,14%) responderam orientando tratamento medicamentoso, reações adversas, alimentação adequada, busca de comunicantes, dois (14,29%) que inicialmente é realizado a baciloscopia, posteriormente o enfermeiro acompanha a dose supervisionada de 15 em 15 dias nos primeiros 3 meses, o ACS visita este paciente todos os dias para observar a tomada da medicação. Entretanto, a maioria respondeu através do tratamento diretamente observado (TDO), no qual vale salientar que essa conduta é necessária, pois contribui para o aumento da adesão ao tratamento, uma vez que o paciente será assistido de forma a obter sua cura.

A visita domiciliar é um instrumento de grande valia na investigação da adesão ao tratamento, uma vez que possibilita conhecer as condições de vida do cliente, bem como identificar os recursos que poderá utilizar para enfrentar a doença, avaliar os riscos de infecção dos familiares, coletar material para exames, realizar procedimentos de enfermagem e convocar faltosos para os retornos ao serviço de saúde. (BRASIL, 2001).

Conforme Brasil (2004), a tuberculose é curável. E o TDO (sigla em inglês para estratégia do tratamento diretamente observado da tuberculose), consiste em uma proposta de intervenção que aumenta a probabilidade de cura dos doentes em função da garantia do tratamento assistido, contribuindo para a interrupção das transmissões da doença.

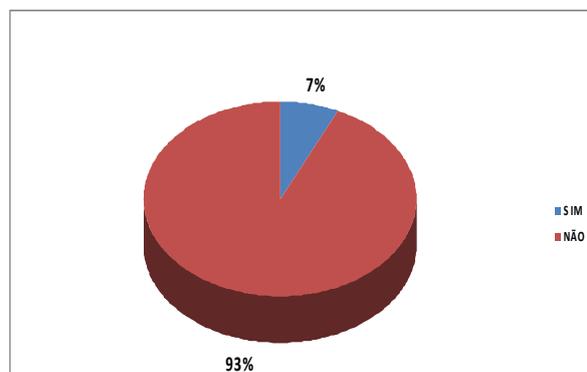


Gráfico 5 - Distribuição da realização da investigação dos efeitos colaterais no tratamento com os usuários

Analisando o Gráfico 5, percebemos que a maioria 13 (93%) responderam “sim” pois realizam investigação dos efeitos colaterais no tratamento com os usuários, enquanto que um (7%) respondeu “não”. Sendo assim, a grande maioria respondeu *sim* para a investigação dos efeitos colaterais, contudo, é de grande valia investigar os efeitos colaterais, pois aumenta mais a

probabilidade da adesão ao tratamento a partir do momento que se tem conhecimento sobre as reações adversas, instruindo o paciente em relação ao risco de resistência aos medicamentos caso não siga a terapia. Como podemos observar no discurso solicitado quando responde-se “não”, explicasse o porquê.

“pois o paciente passa também pelo médico todo mês”.

A maioria dos pacientes submetidos ao tratamento de tuberculose consegue completar o tempo recomendado sem sentir qualquer efeito colateral relevante, os fatores relacionados às reações são diversos. Todavia, os maiores determinantes dessas reações se referem à dose, horários de administração da medicação, idade do doente, seu estado nutricional, alcoolismo, condições da função hepática e renal e co-infecção pelo HIV. Intolerância gástrica, manifestações cutâneas variadas, icterícia e dores articulares são os efeitos mais freqüentemente descritos durante o tratamento os pacientes devem ser advertidos sobre as possibilidades e, caso se manifestem orientados a procurar imediatamente o serviço de saúde para consulta o mais rápido possível (BRASIL, 2002).

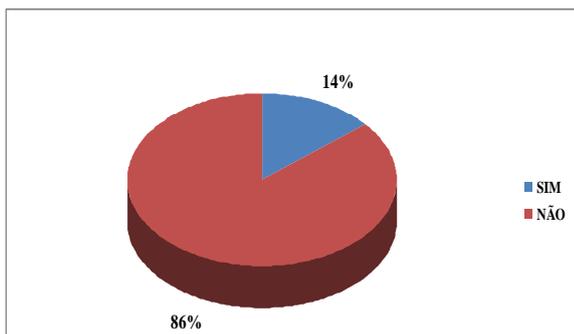


Gráfico 6 - Distribuição da realização de palestra educativa sobre tuberculose pelos enfermeiros

Pode-se observar no Gráfico 6, que 12 (86%) dos enfermeiros responderam "sim" para a realização de palestra educativas, enquanto que dois (14%) responderam "não". Notamos que a maioria dão importância a palestras educativas, contudo, é imprescindível a educação em saúde como forma de prevenir a proliferação da tuberculose através de informações sobre a doença. Aos que responderam *sim*, foi solicitado que explicassem qual o seu público-alvo, como podemos observar nos seguintes relatos:

“cliente de todas as idades”.

“paciente com tosse e febre a mais de 15 dias, seja em qualquer faixa etária”.

“Qualquer público em sala de espera principalmente idosos”.

A palestra educativa é uma atividade muito importante para a população, pois contribui para o reconhecimento da doença e, conseqüentemente para o diagnóstico precoce e tratamento adequado, todavia a falta de informação sobre a doença certamente contribui para um diagnóstico tardio e o desenvolvimento de complicações. Ações educativas essas desenvolvidas pra a motivação da população para os problemas de saúde. (FIRMINO, 2005).

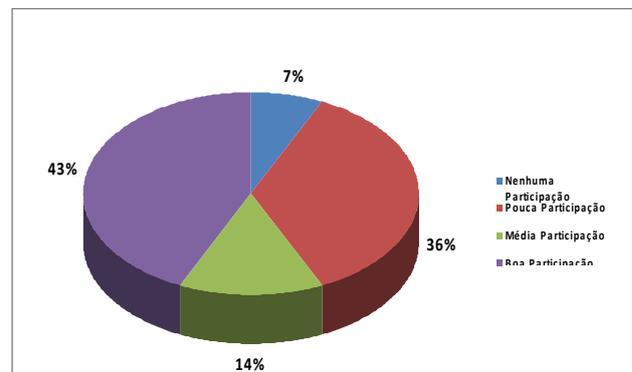


Gráfico 7 - Distribuição da classificação da participação da família dos usuários portadores de tuberculose nas consultas

Analisando o Gráfico 7, percebemos que, um (7%) responderam nenhuma participação, cinco (36%) pouca participação, seis (43%) média participação, enquanto que dois (14%) responderam boa participação, dados esses relacionados a participação da família dos usuários portadores de tuberculose nas consultas, constata-se portanto que de acordo com o gráfico há a necessidade de um maior envolvimento da família nas consultas pra que seja feita a educação em saúde, ações essas para o controle de tuberculose que devem ser desenvolvida junto aos doentes e sua família.

Menezes e Marques (2005, p. 75) dizem que:

Acreditamos que, para reduzir o número de abandono através da melhoria da assistência á saúde, faz-se necessário um acompanhamento mais próximo possível do portador e de sua família com envolvimento dos profissionais e dos serviços, levam-se em consideração as dificuldades geradas pelas desigualdades.

Tabela 4 - Distribuição das informações orientações prioritizadas durante o atendimento aos portadores de tuberculose

SUJEITO DO DISCURSO COLETIVO	f	%
Importância do tratamento (dose diária), efeitos adversos, diminuição dos sintomas, cuidados com comunicantes.	04	28,57
Continuidade do tratamento	01	7,14
Sobre a medicação e desenvolvimento da doença.	01	7,14
Efeitos colaterais melhora nos 1º 15 dias de tratamento destacando a importância do tratamento, orientações quanto a tomada de medicação, repouso e alimentação.	05	35,71
Uso correto da medicação, seqüelas que podem causar pelo abandono ao tratamento, cuidados de higiene, alimentação adequada, fatores de risco (tabagismo e etilista).	03	21,53
TOTAL	14	100

Analisando a Tabela 4, observa-se que, quatro (28,57%) dos enfermeiros responderam que orientam sobre a importância do tratamento, um (7,14%) continuidade do tratamento, um (7,14%) sobre a medicação e desenvolvimento da doença, cinco (35,71%) efeitos colaterais, três (21,53%) uso correto da medicação e entre outras. Nota-se que a maioria responderam que os efeitos colaterais das medicações são os mais prioritizados e sobre a importância da continuidade do tratamento bem como medicação e desenvolvimento são os menos prioritizados.

O controle do tratamento consiste na aplicação de meios que permitam o acompanhamento da evolução da doença e utilização correta dos medicamentos. Na qual as condições básicas para o êxito do tratamento será principalmente através de informações sobre a doença, a duração do tratamento prescrito, e a importância da regularidade do uso das drogas. Todavia essa atividade de educação deve ser desenvolvida durante as consultas e entrevistas, tanto iniciais como subsequente Na oportunidade a equipe de saúde além de conscientizar o paciente da importância de sua colaboração no tratamento, estabelece com ele uma relação de cooperação mútua e de confiança (BRASIL, 2000).

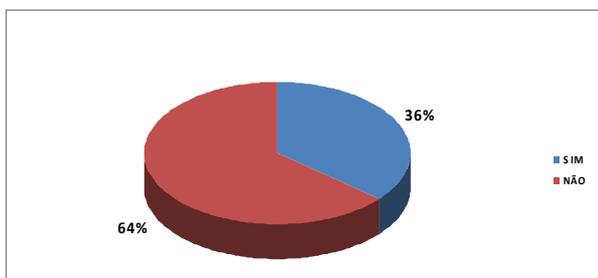


Gráfico 8 - Distribuição das dificuldades encontradas para envolver os portadores de tuberculose à USF

Como mostra o gráfico 8, que oito (64%) responderam "não", enquanto que, cinco (36%) disseram que "sim", encontram dificuldades para envolver os portadores de tuberculose à USF. No entanto, ainda não há uma prevalência satisfatória dos usuários na USF, sendo necessário realizar ações que envolvam mais os portadores de tuberculose, para que se tenha um resultado mais evidente durante o seu acompanhamento no tratamento. Conforme podemos observar os seguintes relatos, caso respondessem *sim*:

“espaço físico inadequado, resistência dos pacientes”.

“os mesmos ainda temem o preconceito”.

“devido a resistência ao uso da medicação”.

Conforme Firmino (2005, p.38):

Diante disso sabe que na essência da atenção básica a saúde as equipes não devem esperar os doentes na unidade de saúde, mas desenvolver ações que propiciem não só o controle dos agravos, como também conhecer a população a que se estar servindo, onde conhecer seja muito mais que "tomar notas", e servir mais que dar assistência.

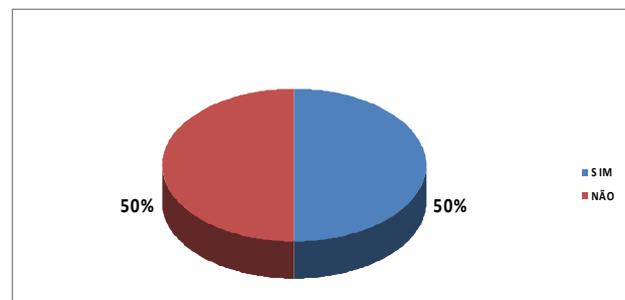


Gráfico 9 - Distribuição das dificuldades por parte dos portadores de tuberculose na adesão ao tratamento

Pode-se observar no Gráfico 9, que sete (50%) dos participantes responderam "sim" para a dificuldades por parte dos portadores de tuberculose na adesão ao tratamento enquanto que sete (50%) responderam "não". Sendo assim, percebemos que há uma mesma proporção nas respostas, no entanto, vale ressaltar a importância de atividades educativas na USF como forma de envolver os portadores de tuberculose na sua adesão ao tratamento. Assim apresentamos a seguir alguns dos relatos dos participantes que responderam "sim".

“tratamento prolongado e alcoolismo”.

“reconhecer que tem a doença e até mesmo desconhece a doença”.

“tomar a medicação e a dose supervisionada”.

“falta de uma alimentação adequada e pacientes não querem parar de usar drogas”.

Iseman (2011) relata que nem todos os pacientes são confiáveis no que se refere à tomada da medicação. Portanto, é extremamente difícil prevê aqueles que obedecerão ao tratamento. Por isso é de imprescindível importância dedicar uma particular atenção à orientação do paciente e monitorizar permanentemente o uso das medicações. Assim o tratamento supervisionado irá beneficiar os pacientes seus contatos futuros e a comunidade como um todo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo foi muito gratificante, pois contribuiu na aplicação de conhecimentos e despertou a visão crítica votada não só para realização de educação em saúde, mas a que circunstância é feita estas educação; uma forma de investigar a adesão ao tratamento dos portadores de tuberculose através da ação do profissional de enfermagem no município de Patos - PB.

A avaliação e fundamental para o crescimento dos profissionais na busca do aprimoramento, satisfazendo o cliente e atingindo o controle da doença, através de uma população mais informada e um profissional mais envolvido, sem contar com a relevância social da tuberculose.

Entretanto a motivação para a realização deste estudo foi a minha observação pessoal da conduta de alguns enfermeiros na unidade de saúde da família, contudo diante da análise dos dados coletados verifiquei formas positivas no modo como estão sendo realizadas as ações de enfermagem aos indivíduos portadores de tuberculose. Contudo, as problemáticas foram respondidas através dos achados da pesquisa na cidade de Patos-PB, pois os enfermeiros atuantes na unidade de saúde da família realizam educação em saúde através de palestras e orientações bem como investigam sobre os efeitos

colaterais dos medicamentos com os usuários, gerando e fornecendo informações necessárias à população sobre a tuberculose, os fatos mostram que a utilização de procedimentos adequados para o controle da doença é capaz de gerar resultados satisfatórios. Na minha perspectiva os objetivos foram alcançados, visto que os profissionais de enfermagem atuam para que os portadores de tuberculose sigam ao tratamento medicamentoso.

Conclui-se então que um enfermeiro e toda a sua equipe em conjunto têm um papel importantíssimo nas ações de estratégias envolvidas principalmente na adesão dos portadores de tuberculose ao tratamento, em sua disseminação e controle. Acredito que este trabalho venha contribuir para conscientizar estudantes e profissionais de enfermagem a desenvolver seu papel e assistir o paciente, de maneira integral, e ajudá-lo a concluir o tratamento com sucesso, buscando além de consolidar seus caminhos, está junto com a comunidade com que atua, luta para fazer uma diferença na assistência a saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, CONEP. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Normas para o controle da tuberculose** Brasília - DF: MS, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Manual: Programa saúde da família**, série A, n. 135, Brasília 2001.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro de referência Professor Hélio Fraga. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço**. Sed Rio de Janeiro: FUNASA/CRPHF/SBPT, 2002 a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Departamento de atenção básica. **Manual técnico para o controle de tuberculose**. Cadernos de atenção básica n. 6, 6. ed. Brasília, 2002 b., p.20.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Formação; Avaliação impacto do PROFAE na qualidade dos serviços de saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação - Brasília: Ministério da Saúde, vol. 1; n. 07; jan./abr. 2003.

_____. Ministério da saúde. **Informe da atenção básica: Tuberculose**, 2004, nº 4, p.1-2, novembro. Disponível em

<<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>.

Acesso em 10 maio 2007.

_____. Ministério da saúde. **Vigilância epidemiológica: Tuberculose**, 2000 p. 1-2, Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21445>. Acesso em 10 maio 2007.

_____. Ministério da saúde, **Tuberculose (todas as formas)** - Distribuição de casos confirmados por unidade federativa, 2006. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23449>. Acesso em 10 maio 2007.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**: Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CERVO, L. A.; BERVIAN, A. P. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo;: Pearson Prentice Hall, 2002.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 7 ed. São Paulo Cortez, 1991.

FERMINO, M. E. Ações do PSF e o controle da tuberculose. **Boletim de pneumológico sanitário**. Abr. 2005; 12 (3), 35-39.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul-SP: Yendis, 2005.

ISEMAN D. MICHAEL **Tratado de medicina interna**. 21. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p. 1327 e 1931

LIMA M. M. Co-infecção HIV/Tuberculose: necessidade de uma vigilância mais efetiva. **Revista de saúde pública**, Junho, 1997, v. 31, n. 3 p. 217-20. Disponível em <<http://www.scielo.org/SciELO/Php?script=sci-arttext&pid=S0034-89101997000300001>>. Acesso em: 03 abr 07.

LOPES, A. C. **Tratado de Clínica Médica**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2006.

MEEKES, H. M.; ROTHROCK, C. J. **Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

MENEZES, F. M.; MARQUES, R. R. C. Causa do abandono ao tratamento de tuberculose no vale do Mamanguape - PB. **Revista de ciência da saúde Nova Esperança**. Vol. 3, n. 2, João Pessoa: 2005, p.75.

NETTINA M. S. **Prática de enfermagem**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

ROBBINS, L. S.; COTRAN, S. R. **Patologia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

RUFFINO-NETTO, A. **Programa de controle da tuberculose no Brasil** situação atual e novas perspectivas, **Revista informe epidemiológico do SUS**, jul-set, 2001, v. 10, n. 3, p. 129-138.

RUFFINO-NETTO, A. **Interpretação da Prova Tuberculínica**. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 546-547, 2006.

_____. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. Jan-Fev, 2002, vol. 01, p. 51-58.

SEMUSA. **Secretaria Municipal de Saúde de Patos** -. Fonte: SINAN, de Janeiro a dezembro 2012.

SILVA, J.; B. J. Tuberculose: guia de vigilância epidemiológica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. Junho. 2004. vol. 30, Suppe 1, p. 57-85. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo/Php7pid=S1806-3713200400700003&Acrypt=Seiarttext&t...>> Acesso em (20.03.2007).

SILVA, R. M. **Ensino na universidade: Integrando graduação e pós-graduação** Fortaleza: Pós-graduação - DENF/UFG/FFOE/FCRC, 2000, p.29.

SMELTZER, S. Z.; BARE, G. B. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

TIMBY, K. B; SMITH, E. N. **Enfermagem médico-cirúrgica**. 8. ed. São Paulo: Manole, 2005.

VIEIRA, S.; HOSSNE, S. W. **Metodologia científica para a área de saúde**. Rio de Janeiro: Campus, 2001.