

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO
NORTE - FARN
CURSO DE ENFERMAGEM

MARIA DAS GRAÇAS OLIVEIRA DE LIMA

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CONTROLE DA
TUBERCULOSE PULMONAR

NATAL / RN
2009

MARIA DAS GRAÇAS OLIVEIRA DE LIMA

Monografia apresentada à Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte - FARN, intitulada: A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CONTROLE DA TUBERCULOSE PULMONAR, valendo como requisito para obtenção do Título de Graduação em Enfermagem.

Aprovação (a) em: ____/____/____

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CONTROLE DA TUBERCULOSE PULMONAR

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN) valendo como requisito para a obtenção do Título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a. Cléia de Oliveira Viana (Msc.)

NATAL / RN
2009



MARIA DAS GRAÇAS OLIVEIRA DE LIMA

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CONTROLE DA
TUBERCULOSE PULMONAR

Catálogo na Publicação – Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

Lima, Maria das Graças Oliveira de
A atuação do enfermeiro no controle da tuberculose pulmonar. / Maria
das Graças Oliveira de Lima. – Natal: FARN, 2009.
43 f.

Orientadora: Mariluce Oliveira de Araújo (Msc.)
Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Natalense
para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

1. Enfermeiro – Monografia. 2. Tuberculose Pulmonar – Monografia.
3. Humanização – Monografia. I. Título.

RN/FARN/BC

CDU 616.24-002.5

RB-33.363

FARN
BIBLIOTECA
Nº Reg. 0001473
09/02/10

616.24.002.5
L699a
2009
ex 01

NATAL/RN
2009

MARIA DAS GRAÇAS OLIVEIRA DE LIMA

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

Monografia apresentada à Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte - FARN, intitulada: A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CONTROLE DA TUBERCULOSE PULMONAR, valendo como requisito para obtenção do Título de Graduação em Enfermagem.

BSR - Busca de Sintomas Respiratório

Aprovado (a) em: ____ / ____ / ____.

DOTS - Directly Observed Treatment Short Course (Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração)

ESF - Estratégia de Saúde da Família

OMS - Organização Mundial da Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

Professora Maria Cléia de Oliveira Viana (Mcs)

Orientadora

PSF - Programa Saúde da Família

TB - Tuberculose

TS - Trabalho Supervisionado

Germiniana Maria Pacheco Dutra Cariello
Banca Examinadora - Avaliador 1.º

Sandra Cristina de Andrade
Banca Examinadora - Avaliador 2.º

LISTA DE SIGLAS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

BAAR - bacilo álcool – ácido – resistente

BK - Bacilo de Koch

BSR - Busca de Sintomático Respiratório

CF- Constituição da República Federativa do Brasil

DOTS - Directly Observed Treatment Short Course (Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração)

ESF – Estratégia de Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNCT – Plano Nacional de Controle a Tuberculose

PSF – Programa Saúde da Família

TB- Tuberculose

TS - Tratamento Supervisionado

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado forças Para a conclusão de mais uma etapa de minha vida.

Em especial Profª Maria Célia de Oliveira Viana, pela orientação deste trabalho.

Aos amigos e professores, e a todos os que cruzaram em minha vida e continuaram desta ou daquela maneira para a conclusão trabalho.

Dedico este trabalho:

Primeiramente a Deus. Sem Ele nada seria possível e não estaria aqui desfrutando desse momento tão importante.

Aos meus pais e toda minha família, pelo apoio e compreensão em todos os momentos desta caminhada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado forças Para a conclusão de mais uma etapa de minha vida.

Em especial Prof^a. Maria Cléia de Oliveira Viana, pela orientação deste trabalho.

Às amigas e professoras, e a todos os que cruzaram em minha vida e contribuíram direta ou indiretamente para a conclusão trabalho .

"Nos mesmos momentos que o que fazemos é uma
gota no oceano. Mas o oceano seria menor se essa
gota faltasse."

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

Apresenta um relato sobre a Tuberculose Pulmonar discutindo sobre o seu surgimento desde a origem até os dias atuais. Mostra as reais condições em que se apresenta a doença. Descreve os esforços que vêm sendo empreendidos para o controle da mesma. Enfatiza TB definindo as formas mais comumente encontradas bem como as formas e suas causas. Faz um relato sobre suas formas de transmissão, diagnóstico, tratamento e prevenção. Destaca a importância da detecção da doença. Destaca as formas de tratamento e os meios mais propícios a serem utilizados para o mesmo. Prioriza a atuação do enfermeiro no acompanhamento do paciente e a importância da educação em saúde. Por fim, destaca a importância do enfermeiro frente aos cuidados com os pacientes acometidos pela Tuberculose Pulmonar.

Palavras-chave: Tuberculose pulmonar. Atuação do enfermeiro.

"Nós mesmos sentimos que o que fazemos é uma gota no oceano. Mas o oceano seria menor se essa gota faltasse."

Madre Tereza de Calcutá

RESUMO

Apresenta um relato sobre a Tuberculose Pulmonar discorrendo sobre o seu surgimento, desde a origem até os dias atuais. Mostra as reais condições em que se apresenta a doença, bem como, os esforços que vêm sendo empreendidos para controle da mesma. Enfatiza TB definindo os tipos mais comumente encontrados, bem como, as formas e riscos para sua contaminação. Faz um relato sobre suas formas de diagnóstico, detalhando cada uma destas, com sua eventual importância para a detecção da doença. Destaca as formas de tratamento determinando os meios mais propícios a serem utilizados para seu controle. Prioriza a atuação do enfermeiro na assistência ao paciente no que diz respeito ao acompanhamento deste de forma a não permitir o abandono ao tratamento que lhe for determinado. Por fim, destaca a importância do enfermeiro frente aos cuidados com os pacientes acometidos pela Tuberculose Pulmonar.

Keywords: Pulmonary tuberculosis; Nurse's role

Palavras-chave: Tuberculose pulmonar. Atuação do enfermeiro.

ABSTRACT

It presents an account of Pulmonary Tuberculosis in talking about your appearance, from the origin to the present day. Shows the actual conditions in which they had the disease, as well as the efforts being made to control it. TB emphasizes defining the types most commonly found, as well as the ways and risks for contamination. Make a report on their forms of diagnosis, detailing each of these, with its possible importance for the detection of the disease. Highlights the forms of treatment by determining the most suitable to be used for its control. Prioritize the nurse's role in patient care with regard to monitoring of this so as not to allow the abandonment to the treatment he prescribed. He also stresses the importance of nurses face to the care of patients suffering from pulmonary tuberculosis.

Keywords: Pulmonary tuberculosis. Nurse's role.

1 INTRODUÇÃO

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1 OBJETIVOS.....	15
1.1.1 Geral.....	15
1.1.2 Específicos.....	15
1.2 JUSTIFICATIVA.....	16
1 TUBERCULOSE PULMONAR.....	17
2.1 Tuberculose pulmonar primária.....	20
2.2 Tuberculose pulmonar pós-primária	21
3 COMO DIAGNOSTICAR A DOENÇA	23
4 FORMAS DE TRATAMENTO.....	27
5 A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO DIA-A-DIA COM O PACIENTE.....	32
6 METODOLOGIA.....	37
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
REFERÊNCIAS.....	40

1 INTRODUÇÃO

Em meados de 1800, século XVIII, a doença ficou popularmente conhecida como o “mal do século”. Boêmios românticos e poetas como Castro Alves foram suas vítimas. No entanto, a tuberculose pulmonar não ficou no passado, em dados atuais, estima-se que cerca de 8 milhões de pessoas são acometidas todos os anos no mundo, o que é lastimável, uma vez que a tuberculose é uma doença que tem 100% de chance de cura se tratada corretamente. Como alerta à sociedade sobre sua gravidade, o dia 24 de Março foi consagrado como o “Dia Mundial de Combate à Tuberculose”.

A Tuberculose Pulmonar ainda é, nos dias atuais, um dos maiores problemas a ser enfrentado pela saúde pública em todo o mundo. Antes as tentativas empreendidas para a prevenção e controle da doença eram, muitas vezes, frustradas em virtude de fatores, tais como: dificuldade encontrada para se implantar um programa eficiente e capaz de diminuir a desproporção entre as necessidades e os recursos disponíveis; pouca cobertura e utilização da capacidade de atenção, e ainda, pela propagação da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV).

Observa-se que, nas últimas décadas, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose tem recomendado o atendimento ambulatorial para detecção e tratamento apropriado, como ferramenta para o controle da doença.

Por ser uma doença que pode afetar qualquer parte do mundo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem um controle regular sobre a mesma. Aqui no Brasil, a tuberculose (TB) representa prioridade nos programas nacionais de saúde e calcula-se que anualmente ocorram 129.000 casos novos, dos quais cerca de 40.000 não serão notificados. “O Ministério da Saúde indica que aproximadamente 50 milhões de brasileiros estão infectados pelo bacilo.” (CHIOSS, et al., 2006).

Atualmente, a OMS assinala como principais causas para a gravidade da situação atual da tuberculose no mundo os seguintes fatos: desigualdade social, advento da Aids, envelhecimento da população, grandes movimentos migratórios, entre outras causas.

No passado, pesquisas revelavam como estimativa, “a presença de 8 milhões de novos casos de tuberculose ativa somente no ano de 1990, com aproximadamente 2,6 milhões de mortes naquele ano”.

Em 1996, 5.928 mortes foram oficialmente atribuídas à tuberculose - valor este, certamente, subestimado devido a maiores notificações. Em 1998, ocorreram no Brasil 51,3 casos de tuberculose para cada 100 mil habitantes. A situação no norte e nordeste do país é mais grave, por serem regiões de cujas condições socioeconômicas são desfavorecidas. (LANÇA, 2009).

Nos primórdios, essa doença foi difundida pelas correntes migratórias ou como consequência das guerras. Antes da descoberta dos antibióticos, o tratamento da tuberculose era bastante difícil, o que aumentava a incidência de mortes entre os indivíduos afetados. O conhecimento da dinâmica dessa doença teve início desde a identificação do bacilo *Mycobacterium tuberculosis* por Robert Koch, em 1882. Ele é um bacilo não formador de esporos, sem flagelos e não produz toxinas.

Para sua detecção dados são empregados a partir da história, exame físico, teste cutâneo, radiografia de tórax e exames microbiológicos do paciente. A tuberculose pode ser definida em cinco classes assim descritas:

- ✚ Classe 0: sem exposição; nenhuma infecção.
- ✚ Classe 1: exposição; sem evidência de infecção.
- ✚ Classe 2: infecção latente; sem doença (ex.: reação de PPD positiva, mas sem evidência clínica da tuberculose ativa).
- ✚ Classe 3: doença; clinicamente ativa.
- ✚ Classe 4: doença; não clinicamente ativa.
- ✚ Classe 5: doença suspeitada; diagnóstico pendente.

Um esquema de classificação fornece aos profissionais de saúde pública uma maneira sistemática para monitorar a epidemiologia e o tratamento da doença.

Vista pelas autoridades competentes como uma doença grave, a tuberculose é transmitida pelo ar, cujo bacilo é transportado pelas gotículas de saliva expelidas pela tosse, fala ou espirro de doentes não tratados provocando vários danos a saúde e culminando, em caso do não-tratamento adequado, até com a morte. A doença pode atingir, além dos pulmões, todos os outros órgãos do corpo, cada um há seu tempo, ou não, sem, no entanto, nesse último caso, provocar algum dano pulmonar. Por ser causada por um bacilo - Koch - que se reproduz e desenvolve rapidamente em áreas do corpo com muito oxigênio, o pulmão é o principal órgão atingido pela tuberculose.

Seu contágio, mais frequentemente ocorre pela proximidade com o doente tanto em casa, como em ambientes fechados (como no local de trabalho, salas e ambientes refrigerados). Esse é um dos motivos porque nas famílias de baixa renda, que convivem num ambiente fechado, mal ventilado e com pessoa portadora da tuberculose pulmonar encontra-se maior incidência da doença do que outra que tem contato eventual ou ao ar livre com um doente. Como a tuberculose, em geral, tem evolução lenta, o doente pode demorar a procurar um Serviço de Saúde e ter o diagnóstico confirmado.

Alguns sintomas se apresentam de forma bem peculiar, dentre eles, os principais são a tosse persistente, que pode estar associada à produção de escarro; a presença de sangue no escarro; a fadiga; a perda de peso e do apetite, bem como, a febre. Além desse outros mais raros, mais não menos importantes podem ser encontrados nos pacientes afetados pela doença, dentre eles destacam-se: o sibilo; os estertores; a perda auditiva; dor no peito; reflexo de Babinski.

Por ser altamente contagiosa é importante que se tomem vários cuidados, pois para essa doença a intensidade do contato é importante. Uma pessoa infectada por tuberculose, seja essa infecção causada por qualquer forma, quando desenvolve a forma pulmonar ou laringea da doença, pode também passar a ser fonte de infecção para terceiros.

Vale enfatizar aqui, o que Santos (2008) classifica como fatores considerados como de risco para se contrair / disseminar a tuberculose:

- Pessoas com tuberculose ativa. A inalação dos núcleos transportados pelo ar a partir de uma pessoa infectada é proporcional a quantidade de tempo despendido no mesmo espaço aéreo, a proximidade com a pessoa e o grau de ventilação.
- Pacientes em estado imunocomprometido (infecção por HIV, câncer, órgãos transplantados e terapia prolongada com corticoesteróides em dose alta).
- Viciados em substâncias tóxicas (usuários de drogas IV ou por injeção e alcoólatras).
- Pessoas em condições sociais desfavoráveis (desabrigados, pobres, minorias, principalmente as crianças com menos de 15 anos de idade e adultos e jovens entre 15 e 44 anos de idade).

- Pacientes com condições médicas preexistentes ou em tratamento especial (diabetes, insuficiência renal crônica, desnutrição, malignidades selecionadas, hemodiálise, órgão transplantado, gastrectomia ou bypass jejunoileal).
- Contatos com imigrantes oriundos de países com alta prevalência de tuberculose (sudeste da Ásia, África, América Latina, Caribe).
- Permanência em instituições responsáveis por cuidar, em longo prazo, de pacientes acometidos por diversos outros tipos de doenças (hospitais psiquiátricos, asilos, casas de repouso e prisões).
- Viver em habitações com muitas pessoas, abaixo dos padrões de habitação (ex.: cortiços e favelas).
- Atuar como profissional da área de saúde realizando atividades consideradas como de alto risco, tais como, os procedimentos necessários ao tratamento do paciente com tuberculose (administração de pentamidina aerossolizada e outros medicamentos; procedimentos de indução de escarro; broncoscopia; aspiração; procedimentos de tosse; cuidado de paciente imunossuprimido; cuidados domiciliares com a população de alto risco; anestesia e procedimentos correlatos).

O controle da afecção se dá por meio do uso de drogas próprias para tal. Dentre elas destacam-se a estreptomicina, empregada apenas a partir de 1946. Atualmente, a prevenção consiste na aplicação da vacina contra a tuberculose (BCG - Bacilo de Calmette-Guérin) administrada nos primeiros 30 dias de vida. Sendo essa última, capaz de proteger contra as formas mais graves da doença.

Em alguns casos a pessoa portadora do bacilo de Koch pode ser tratada num ambiente de ambulatório. Em outros casos, os considerados mais graves, as pessoas com tuberculose podem necessitar de internação hospitalar. Devem ser levadas em consideração as condições clínicas da pessoa, o tipo de ambiente de trabalho e o risco de transmissão para outros indivíduos, uma vez que as oportunidades de infecção para outras pessoas, comumente, são maiores antes do diagnóstico e início do tratamento. O afastamento do trabalho não deve ser compulsório.

No Brasil, o tratamento para a doença ocorre de forma padronizada, e é oferecido pelo sistema de saúde, cujas medicações são distribuídas nos postos municipais de atendimento.

Dentre os efeitos indesejáveis mais frequentes causados pelas medicações

contra tuberculose estão: náusea, vômitos e dor abdominal. Nestes casos, o paciente deverá comunicar ao seu médico. Além do esquema de tratamento RHZ, existem outros esquemas (com outras combinações de medicações) que podem ser utilizados em situações especiais ou nos casos de falência com o tratamento de primeira linha (preferencial).

Discorrer sobre a Tuberculose Pulmonar enfatizando a situação do enfermeiro frente aos pacientes acometidos pela doença.

1.1.2 Específicas

- Enfatizar sobre o tipo de bacilo responsável pela Tuberculose
- Caracterizar suas formas de contágio
- Identificar as formas de tratamento empregado para seu controle
- Discorrer sobre a situação do enfermeiro no dia-a-dia com o paciente

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Geral

Discorrer sobre a Tuberculose Pulmonar enfatizando a atuação do enfermeiro frente aos pacientes acometidos pela doença.

1.1.2 Específicos

- Enfatizar sobre o tipo de bacilo responsável pela Tuberculose
- Caracterizar suas formas de contágio
- Identificar as formas de tratamento empregado para seu controle
- Discorrer sobre a atuação do enfermeiro no dia-a-dia com o paciente

1.2 JUSTIFICATIVA

Os estudos sobre tuberculose mostram que o padrão de ocorrência da doença está relacionado fundamentalmente aos determinantes sociais, estruturados nos modos de produção e reprodução da sociedade. Nos últimos tempos, a situação da doença vem se agravando, tanto em relação ao adoecimento como no que se refere ao número de mortes, em decorrência de certas políticas que vêm sendo adotadas, principalmente nos denominados países subdesenvolvidos, as quais têm produzido importantes desníveis sociais.

Têm-se identificado como mais vulneráveis para adquirir a doença, populações de baixa renda, e ou com condições insalubres de moradia, os portadores do HIV, os desnutridos, os imigrantes, além daqueles que têm acesso restrito aos bens básicos como saúde e educação. Isto evidencia a associação entre as privações materiais e a presença da enfermidade, ademais dos indicadores clássicos, relacionados à doença e que, em geral, se colocam como fatores, reduzidos a causas que promovem a doença através do aumento da exposição e suscetibilidade.

Este trabalho tem como prioridade enfatizar a tuberculose visando identificar seus pontos de vulnerabilidade, no sentido de apresentar além da incidência da doença, suas formas de contágio e o perigo a que estão sujeitos os contactantes dos pacientes contaminados, bem como, a atuação do profissional enfermeiro frente aos cuidados com os pacientes acometidos pela doença.

Infelizmente, esse mal que quando acomete o indivíduo pode até levá-lo a morte não ficou extinguido no passado. Estima-se, atualmente que cerca de oito milhões de pessoas são acometidas todos os anos, no mundo, pela doença, dado bastante lastimável, uma vez que o tratamento para a tuberculose tem 100% de chance, se tratado corretamente, de levar a cura total do paciente.

Um século depois, no ano de 1982, em alerta à sociedade sobre a gravidade da doença, a Organização Mundial da Saúde (OMS) em parceria com a União Internacional Contra a Tuberculose e Doenças Respiratórias decidiu eleger o dia 24 de março como o "DIA MUNDIAL DE LUTA CONTRA A TUBERCULOSE" (BRASIL, 2009).

2 TUBERCULOSE PULMONAR

A tuberculose pulmonar teve grande difusão em meados do século XVIII, aproximadamente, ano de 1800, sendo à época, popularmente conhecida como o “mal do século”. Grandes personalidades, boêmios, românticos e poetas como Castro Alves foram acometidos por ela tornando-se suas vítimas fatias.

Para Bertolli Filho (apud FERNANDES, 2004, p. 770):

Em fins do século XVIII e início do XIX a tuberculose era vista como doença romântica que aguçava a sensibilidade, o requinte e a delicadeza de personagens figurativos e engrandecia a obra artística, valorizando os sentimentos dos que a carregavam em seus corpos. Ignorava-se sua presença nos cortiços, entre operários. Enfim era relacionada aos sensíveis e capazes de grandes paixões, que não figuravam certamente entre os pobres.

Para Rosemberg e Tarantino (1997, p. 324-326) “no século XX a década de 30 foi marcada por avanços científicos que questionaram o ‘fator clima’ na cura da tuberculose”, e a hereditariedade na etiologia da doença. A descoberta da medicação específica, a partir da década de 1940, promoveu uma queda acentuada nos índices de mortalidade da doença. A comprovação da eficácia desses medicamentos na cura da tuberculose, descobertos ao longo das décadas de 1950 e 1960 fez com que o tratamento se tornasse primordialmente ambulatorial, tornando desnecessária, em sua maioria, a internação do paciente. Como consequência, nas décadas seguintes, os sanatórios foram paulatinamente sendo desativados.

Infelizmente esse mal que quando acomete o indivíduo pode até levá-lo à morte não ficou estagnado no passado. Estima-se, atualmente que cerca de oito milhões de pessoas são acometidas todos os anos, no mundo, pela doença, dado bastante lastimável, uma vez que o tratamento para a tuberculose tem 100% de chance, se tratada corretamente, de levar a cura total do paciente.

Um século depois, no ano de 1982, em alerta à sociedade sobre a gravidade da doença, a Organização Mundial da Saúde (OMS) em parceria com a União Internacional Contra a Tuberculose e Doenças Respiratórias decidiu eleger o dia 24 de março como o “DIA MUNDIAL DE LUTA CONTRA A TUBERCULOSE”. (BRASIL, 2009).

O Plano Nacional de Controle da Tuberculose, lançado pelo Ministro da Saúde, em 1999, define a tuberculose como prioridade entre as políticas governamentais de saúde, estabelece diretrizes para as ações e fixa metas para o alcance de seus objetivos (BRASIL, 2002).

De acordo com Faria (1999, p. 123) "a Tb era muito mais freqüente antes do que no período de 1975 a 1985. [...] é difícil avaliar a verdadeira incidência da Tb aqui e nos Estados Unidos".

Porém, a Tuberculose Pulmonar ainda é, nos dias atuais, um dos maiores problemas a ser enfrentado pela saúde pública em todo o mundo. As tentativas empreendidas para a prevenção e controle da doença continuam, a cada dia, mais frustradas em virtude da dificuldade encontrada para se implantar um programa eficiente e capaz de diminuir a desproporção entre as necessidades e os recursos disponíveis; pela pouca cobertura e utilização da capacidade de atenção, e ainda, pela propagação do HIV.

Faria (1999, p. 123) enfatiza que "[...] a AIDS aumentou muito a incidência da Tb que atinge 27% dos portadores da síndrome com o acréscimo substancial da mortalidade pela Tb e micobacteriose atípica". Nos países subdesenvolvidos, como consequência do aumento das infecções por HIV observa-se uma maior incidência da Tb. Isso vem a acontecer em virtude da queda da imunidade celular (linfócitos T-4 responsáveis por essa imunidade) provocada pela AIDS.

A tuberculose é uma doença que pode afetar virtualmente qualquer um dos sistemas orgânicos e pode ser devastadora se não tratada adequadamente. O recente aumento na incidência de tuberculose na população, tanto entre os indivíduos imunodeprimidos quanto entre os imunocompetentes, fez com que esta doença passasse, novamente, a ser uma das prioridades mundiais em saúde.

Por ser uma doença que pode afetar qualquer parte do mundo a Organização Mundial de Saúde tem um controle regular sobre a mesma. Em recente pesquisa estimou-se aproximadamente 2,6 milhões de mortes naquele ano.

No Brasil, em 1996, 5.928 mortes foram oficialmente atribuídas à tuberculose - valor este, certamente, subestimado. Em 1998, ocorreram no Brasil 51,3 casos de tuberculose para cada 100 mil habitantes. A situação no norte e nordeste do país é mais grave, por serem regiões cujas condições socioeconômicas são desfavorecidas.

A tuberculose é considerada uma doença socialmente determinada, pois sua ocorrência está diretamente associada à forma como se organizam os processos de produção e de reprodução social, assim como à implementação de políticas de controle da doença. Os processos de produção e reprodução estão diretamente relacionados ao modo de viver e trabalhar do indivíduo. (WIKIPÉDIA, 2009)

Doença altamente infecciosa, a tuberculose é causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, ou bacilo de Koch. Leva esse nome como homenagem ao bacteriologista alemão Robert Koch, que a descobriu em 1882. Esta descoberta foi um marco fundamental para o conhecimento da doença e impulsionou várias tentativas de controle e tratamento da enfermidade. Em fins do século XIX, a doença foi qualificada como um "mal social" e passou a ser relacionada às condições precárias de vida, em que estão presentes inúmeros fatores, entre eles as moradias pouco ventiladas e pequenas para o número de moradores, a má qualidade de alimentação e a falta de higiene.

Essa doença pode ser causada por outras espécies de micobactérias, tais como as *Mycobacterium bovis*, *M. africanum* e *M. microti*, as quais afetam, principalmente, os pulmões. Embora as manifestações da tuberculose estejam geralmente limitadas ao tórax, essa doença pode afetar virtualmente qualquer órgão de qualquer sistema orgânico. Nos pacientes infectados pelo HIV a doença pode acometer simultaneamente vários órgãos além do pulmão, incluindo ossos, trato geniturinário (TGU) e sistema nervoso central (SNC).

A transmissão é direta, ocorrendo por meio das gotículas de ar que são expelidas pela pessoa infectada no momento em que elas tosse, espirram ou falam sendo maior o risco de transmissão durante contatos prolongados em ambientes fechados e com pouca ventilação.

A probabilidade de transmissão depende do grau de infecção da pessoa com tuberculose e da quantidade expelida, forma e duração da exposição ao bacilo, e a virulência. A cadeia de transmissão pode ser interrompida isolando-se pacientes com a doença ativa e iniciando-se uma terapia antituberculose eficaz. A cadeia de transmissão pode ser interrompida isolando-se pacientes com a doença ativa e iniciando-se uma terapia antituberculose eficaz. (WIKIPÉDIA, 2009)

O risco de as pessoas serem infectadas nessas condições, ou que mantenham contato freqüente, é na faixa de 22% a taxa de infecção. A

contaminação ocorre, tão somente a partir do contato com pessoas com tuberculose infecciosa ativa e não entre as quem tem a doença em estado latente. É importante destacar que, dentre os afetados apenas 10% dos pacientes podem evoluir para o quadro da doença – o que parece ser uma porcentagem bem reduzida. (ALMEIDA, 2009).

Para Peixoto (1999, p. 23) “[...] o indivíduo cujas defesas estão fracas por má alimentação, excesso de trabalho, contato com muita gente, stress, entre outros, as células do sistema imune envolvem as bactérias, porém não conseguem destruí-las”. Por esse motivo, as bactérias reproduzem-se e criam um tubérculo também denominado de tumor, onde se dá a doença. Veronesi e Focaccia (2002, p. 937) destacam que o “[...] crescimento lento do bacilo condiciona o curso lento e evolução crônica para a doença”.

Quando uma pessoa inala as gotículas contendo os bacilos de Koch, muitas delas ficam no trato respiratório superior (garganta e nariz), onde a infecção é improvável de acontecer. Contudo, quando os bacilos atingem os alvéolos a infecção pode se iniciar.

A tuberculose Pulmonar está classicamente dividida em fases assim denominadas: Tuberculose Pulmonar Primária e Tuberculose Pulmonar Pós-primária, ou de Reativação.

2.1 Tuberculose pulmonar primária

A tuberculose primária ocorre no momento que existe o contato do indivíduo com o bacilo. Este não necessariamente manifesta a doença. A forma primária é facilmente curável, estando muitas vezes restrita a um local do pulmão. Apesar de a tuberculose pulmonar primária ser a forma mais comum de tuberculose pulmonar verificada entre as crianças, esta tem sido, a cada dia, mais encontrada em adultos, sendo responsável, atualmente, por 23-34% de todos os casos da doença entre estes.

Esta forma da doença normalmente “se manifesta radiologicamente como doença parenquimatosa, linfadenopatia, derrame pleural, doença miliar ou atelectasia, que pode ser lobar ou segmentar. Entretanto, pode haver uma radiografia normal em 15% dos casos. A doença parenquimatosa na tuberculose primária geralmente atinge as áreas mais ventiladas do pulmão, sendo os locais mais comuns de acometimento o lobo médio, os lobos inferiores, e o segmento anterior dos lobos superiores, nesta ordem. (ALMEIDA, 2009)

A forma primária é caracteristicamente granulomatosa. "O achado de nódulos isolados, com leve aumento da opacidade é altamente sugestivo de tuberculose. Entretanto, também podem ocorrer na pneumonia por varicela, sarcoidose, histoplasmose, metástases, pneumoconioses e hemossiderose". (ALMEIDA, 2009).

2.2 Tuberculose pulmonar pós-primária

A fase pós-primária implica da reativação do modo primário latente, ou seja, numa uma pequena minoria é uma continuação da doença primária. A tuberculose pós-primária é frequentemente encontrada nas fases de adolescência e adulta.

Pode se apresentar como doença parenquimatosa com cavitação, envolvimento de vias aéreas, extensão pleural e outras complicações, tais como:

- Doença parenquimatosa com cavitação

O achado radiológico mais precoce na tuberculose pós-primária é um infiltrado irregular, mal definido, segmentar, com predileção pelo segmento apical ou apico-posterior dos lobos superiores ou pelo segmento superior dos lobos inferiores. Dois ou mais segmentos estão envolvidos na maioria dos casos e o achado nos lobos superiores de ambos os pulmões não é raro. (ALMEIDA, 2009).

Quando não corretamente tratada, a doença progride para opacificação e destruição total do pulmão. Na fase de cura, estas lesões podem resultar em perda volumétrica do lobo superior, com atelectasia cicatricial, perda da estrutura e bronquiectasia. Em infecções crônicas, pode ser encontrado um padrão radiológico não específico de fibrose intersticial.

- Envolvimento das vias aéreas

O envolvimento das vias aéreas centrais pode ser resultado direto da extensão da doença a partir de linfonodos acometidos, disseminação endobrônquica ou linfática. A bronquiectasia é uma complicação comum da tuberculose endobrônquica e é geralmente secundária à destruição da arquitetura normal do pulmão e fibrose (bronquiectasia de tração), podendo, também, resultar de broncoestenose central. (ALMEIDA, 2009)

3 COMO • Extensão à pleura DOENÇA

Os derrames pleurais na tuberculose pós-primária são geralmente pequenos e associados à doença parenquimatosa. O empiema tuberculoso pode se manifestar como uma coleção pleural localizada, acompanhada de lesões parenquimatosas e cavitações. Cavernas subpleurais podem ser vistas em quase 50% dos pacientes com derrame pleural tuberculoso. Nível líquido visível no espaço pleural pode indicar fístula bronco-pleural. Após o tratamento podem ser vistos espessamento pleural e calcificações. (ALMEIDA, 2009).

• Pesquisa Bacteriológica

• Tuberculose da parede torácica

Geralmente secundária à doença pleural e empiema tuberculoso, ou devido à disseminação hematogênica da doença. Caracteriza-se por destruição do osso ou da cartilagem das costelas e pela presença de massas em tecidos moles que podem apresentar calcificações. (ALMEIDA, 2009).

Primeiro realiza-se o exame macroscópico direto do escarro. A baciloscopia direta do escarro é método fundamental porque permite detectar as formas mais importantes de bacilos, os bacilos ácido-bastantes. Por ser um método simples e rápido, deve ser realizado em todos os laboratórios públicos de saúde e pelos laboratórios privados. Recolhe-se as amostras de escarro de acordo com o diagnóstico a ser feito de uma amostra única por ocasião da primeira visita, e de uma amostra de escarro de uma terceira amostra, após o tratamento.

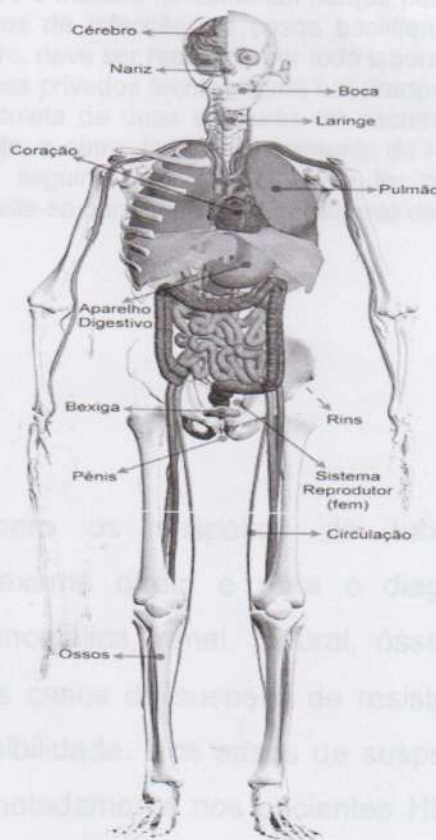


Fig. 1: Órgãos mais freqüentemente acometidos pela tuberculose

Fonte: http://www.santamonicaunai.com.br/adm/files/images/males_do_cigarro.gif

3 COMO DIAGNOSTICAR A DOENÇA

Para que seja detectada a doença, o processo inicial para investigação da mesma parte de um diagnóstico da tuberculose, o qual, além da avaliação clínica, deverá estar fundamentado nos métodos a seguir, definidos por Silva Jr. (2004).

❖ Pesquisa Bacteriológica.

A pesquisa bacteriológica é método de importância fundamental, tanto para o diagnóstico como para o controle de tratamento, e será usado na ordem de prioridade abaixo detalhada, conforme orientação do Ministério da Saúde (2002):

Primeiro realiza-se o exame microscópico direto do escarro. A baciloscopia direta do escarro é método fundamental porque permite descobrir as fontes mais importantes de infecção: os casos bacilíferos. Por ser um método simples e seguro, deve ser realizado por todo laboratório público de saúde e pelos laboratórios privados tecnicamente habilitados. Recomenda-se para o diagnóstico a coleta de duas amostras de escarro: uma, por ocasião da primeira consulta, e outra, independentemente do resultado da primeira, na manhã do dia seguinte, ao despertar. Se for necessária uma terceira amostra, aproveita-se para coletá-la no momento da entrega da segunda.

❖ Cultura para micobactéria

A cultura é indicada para os suspeitos de tuberculose pulmonar persistentemente negativos ao exame direto e para o diagnóstico de formas extrapulmonares como meningoencefálica, renal, pleural, óssea ou ganglionar. A cultura também está indicada nos casos de suspeita de resistência bacteriana às drogas, seguida do teste de sensibilidade. Nos casos de suspeita de infecção por micobactérias não tuberculosas, notadamente nos pacientes HIV positivos ou com aids, deverá ser realizada a tipificação do bacilo.

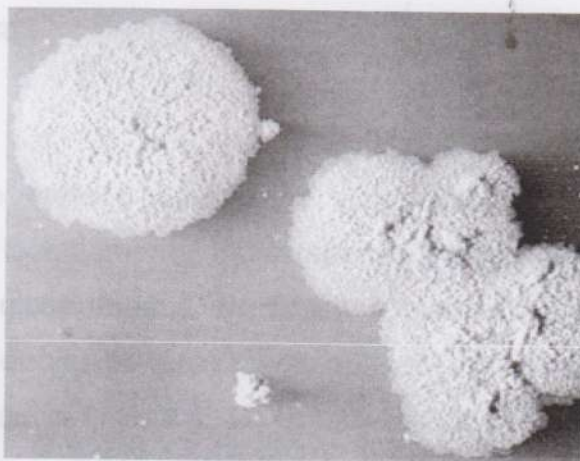


Fig. 2: Micobactéria

Fonte: http://4.bp.blogspot.com/_9mcdJxne0KA/RvklWKTdI//bacteria.jpg

❖ Exame Radiológico

O exame radiológico é para auxiliar no diagnóstico da tuberculose, justificando-se sua utilização nos casos suspeitos. Nesses pacientes, o exame radiológico permite a seleção de portadores de imagens sugestivas de tuberculose ou de outra patologia, sendo indispensável submetê-los a exame bacteriológico para se fazer um diagnóstico correto, já que não é aceitável, exceto em crianças, o diagnóstico de tuberculose pulmonar sem investigação do agente causal pela baciloscopia de escarro.

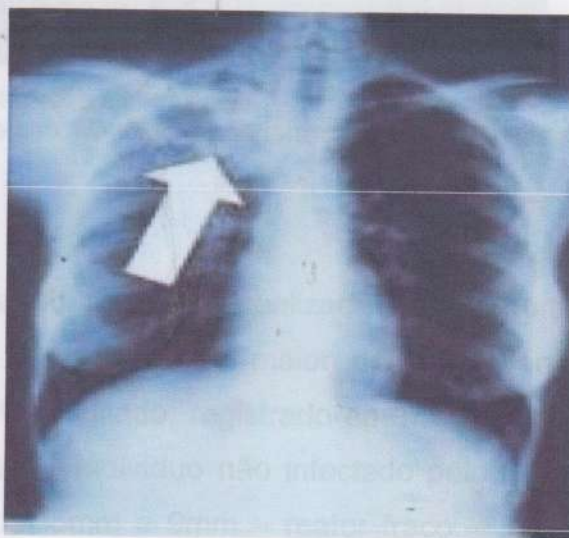


Fig. 3: RX de Tórax

Fonte: http://3.bp.blogspot.com/3_lores.jpg

❖ Prova tuberculínica

Para Leite e Talarini (1997), o método básico para confirmar casos de tuberculose pulmonar é a bacioscopia do escarro, que permite identificar a principal

fonte. Indicada como método auxiliar no diagnóstico da tuberculose, a prova tuberculínica positiva, isoladamente, indica apenas infecção e não é suficiente para o diagnóstico da tuberculose doença. No Brasil, a tuberculina usada é o PPD RT23, aplicada por via intradérmica no terço médio da face anterior do antebraço esquerdo, na dose de 0,1ml, equivalente a 2 UT (unidades de tuberculina), cujo resultado guarda equivalência com 5 UT de PPD-S, utilizada em alguns países. Deve ser conservada em temperatura entre 4°C e 8°C, não devendo ser congelada ou exposta à luz solar direta. A técnica de aplicação e o material utilizado são padronizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e têm especificações semelhantes às usadas para a vacinação BCG.



Fig. 4: Prova tuberculínica

Fonte: <http://www.portalsaofrancisco.com.br/alfa/imagens/tuberculose-6>.

A leitura da prova tuberculínica é realizada 72 a 96 horas após a aplicação, medindo-se, com régua milimetrada, o maior diâmetro transversal da área de endurecimento palpável. O resultado, registrado em milímetros, classifica-se como: 0 mm a 4mm – não reator – indivíduo não infectado pelo *M. tuberculosis* ou com hipersensibilidade reduzida. 5mm a 9mm – reator fraco – indivíduo vacinado com BCG ou infectado pelo *M. tuberculosis* ou por outras micobactérias. 10mm ou mais – reator forte – indivíduo infectado pelo *M. tuberculosis*, que pode estar doente ou não,

e indivíduos vacinados com BCG nos últimos dois anos.

Para Leite e Talarolli (1997), o método básico para confirmar casos de tuberculose pulmonar é a baciloscopia do escarro, que permite identificar a principal fonte de infecção, os doentes bacilíferos. Já o exame radiológico, identifica as pessoas portadoras de imagens sugestivas de tuberculose.

Outro componente a ser destacado refere-se à busca de sintomáticos respiratórios, seja ela passiva ou ativa, a fim de identificar a TB em seu início e dar garantia da quebra do ciclo de transmissão. Entretanto, esses precisam libertar-se de estigmas e serem supridos de infra-estrutura que lhes permitam a realização dessa atividade. (MAWER apud ARCÊNCIO, OLIVEIRA, TEREZA, 2007, p. 417).

4 FORMAS DE TRATAMENTO

Smeltzer e Bare (2002) enfatizam que a tuberculose pulmonar é tratada primariamente com agentes quimioterápicos (agentes antituberculose por um período de 6 a 12 meses). Cinco medicações de primeira linha são utilizadas: isoniazida (H), rifampicina (R), pirazinamida (Z), estreptomicina (S), etambutol (E).

É importante destacar que o tratamento da tuberculose deve ser seguido rigorosamente, a fim de se alcançar a cura, e evitar o aumento de número de casos, recidivas, surgimento de cepas mais resistentes e a elevação da taxa de óbitos, para isso, o paciente deve ser comunicado de que ao iniciar a terapêutica recomendada, a infecção pelo bacilo reduzirá a níveis insignificantes a transmissão da doença, ao fim de poucos dias ou semanas (FUNASA, 2004, p. 35).

Rosemberg (2002) destaca, no entanto, que o bacilo da tuberculose é muito resistente aos agentes químicos, em decorrência da composição de sua parede celular rica em lipídios, mais é extremamente sensível ao calor e à radiação ultravioleta. Por sua resistência a álcool e ao ácido durante processo de coloração em lâminas, é chamado de bacilo álcool – ácido – resistente (BAAR).

A descoberta dos fármacos no combate à tuberculose pode ser associada ao primeiro antibiótico a que o homem teve acesso, a penicilina descoberta em 1928 por Alexander Fleming numa cultura do fungo *Penicillium*, um tipo de mofo de cor verde, sendo considerado um dos maiores acontecimentos científicos do século XX. No entanto, foram necessários 13 anos para aparecer no mercado a primeira forma injetável para uso terapêutico, em 1941. Apesar da penicilina ser um fármaco extremamente eficaz contra diversas doenças, e a primeira defesa real contra infecções causadas por bactérias, mostrou-se curiosamente ineficaz contra a tuberculose.

Frente a isso, é imprescindível uma campanha para o combate ao abandono do tratamento por intermédio da Educação, da participação efetiva dos profissionais lotados nos centros de saúde, da equipe de visita domiciliar, do acompanhamento da tomada de medicação (DOT) e, além de tudo isso, da existência de uma assistência mais humanizada. Segundo Leite (1997), "o tratamento da tuberculose pode tornar-se demorado em virtude da virulência do bacilo, da resistência aos quimioterápicos, da topografia das lesões nos pulmões, da presença de cavernas pulmonares e da

situação imunológica do doente”.

As principais causas do abandono do tratamento são: o período prolongado da terapêutica, o esquema com múltiplas drogas, os efeitos indesejáveis, o desaparecimento dos primeiros sintomas que levam os doentes a se considerarem curados, os portadores de HIV, alcoólatras e dependentes de drogas.

Como se percebe, muito precisa ser feito para que todo o esforço desempenhado, desde o diagnóstico até o propenso controle na doença nos pacientes não seja em vão. Durante todo esse processo vale destacar a ação do profissional da enfermagem, já que o mesmo tem um importante papel nas metas de controle, combate e tratamento da TB, uma vez que participa em todas as suas fases, o que exige que esteja realmente integrada na luta contra a doença.

Como visto a tuberculose (TB) tem preocupado as autoridades da área da saúde em todo o mundo. Em 1993, a Organização Mundial de Saúde declarou a situação da TB como um estado de urgência e recomenda estratégias globais para seu controle, privilegiando o Directly Observed Treatment Short Course (Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração/DOTS), sendo o Tratamento Supervisionado (TS) um de seus pilares, que consiste na administração direta do medicamento por uma segunda pessoa. No Brasil, o TS começou a ser incorporado pelos serviços a partir de 1998.

Conforme Monroe et al (2005) o TS pode ser iniciado em qualquer ambiente onde o indivíduo doente se encontra, ou seja, “pode ocorrer na unidade de saúde, no local de trabalho, em seu domicílio e outros”. A assistência prestada é de uma atribuição da equipe executora do Programa de Controle da TB, lotada na rede básica de saúde. Geralmente essa atribuição fica sob a responsabilidade do enfermeiro, o qual será auxiliado por um técnico e ou auxiliar de enfermagem.

A atividade de Tratamento Supervisionado desenvolvida em domicílio é diferente da ocorrida na unidade de saúde, já que a primeira conta com a participação direta da família o que, conseqüentemente, propicia a interação com a realidade bio-psico-social, onde estão incutidas as culturas e crenças religiosas ou não, de cada membro. Dessa forma, destaca Monroe et. al. (2005), “a assistência torna-se mais complexa e exige necessariamente uma organização sistematizada da atenção ao doente/família”.

Ainda, de acordo com autora, para que ocorra de forma satisfatória o TS na moradia do paciente, é mister ocorrer num primeiro contato, um diagnóstico do

programa para ver se o mesmo atende a disponibilidade dos recursos necessários (humanos e materiais), bem como do perfil do doente a ser acompanhado, para, em seguida, preparar o planejamento das atividades baseadas nos objetivos do programa e/ou estratégia a serem alcançados.

É primordial que enfermeiro responsável pela supervisão do tratamento em domicílio disponha, além dos conhecimentos já adquiridos, de habilidades práticas, tais como, facilidade de comunicação, coordenação e posturas próprias, de forma a viabilizar a execução do plano proposto para os doentes/famílias durante o TS. “[...] acredita-se que as equipes responsáveis pelos Programas de Controle da TB devem ter autonomia interna para a escolha do profissional de saúde com o perfil mais adequado para assumir essa responsabilidade”.

Para Ayres (1998, p. 548) a ação direta do enfermeiro com a realidade intradomiciliar do paciente facilita uma mais rápida conscientização dos problemas e suas características peculiares. Assim sendo, é importante a elaboração de um planejamento sistematizado, de forma individualizada e integral para visando a resolução imediata das reais necessidades dos doentes/família.

Estas atividades precisam estar interligadas de forma a complementar e favorecer a sua continuidade para, só assim, se alcançar os resultados esperados (adesão e cura) ao Programa de Controle da TB. Conforme ainda destaca Ayres (1998), “[...] é necessário que a execução do plano de atividades seja acompanhada por um processo de avaliação continua para intervir e reajustar o mesmo quando necessário”. Vale salientar que uma das questões mais fundamentais enfatizada pela OMS tem destaque na estratégia DOTS, a qual traz em seu contexto cinco componentes, todos direcionados ao fator de reorganização do sistema de saúde. Este prevê a detecção de cada caso por meio da execução das seguintes ações: exame de baciloscopia de escarro, tratamento supervisionado, suprimento ininterrupto de drogas e sistema de informação e registro. Para Muniz (1999),

[...] o DOTS é a administração direta do medicamento por uma segunda pessoa, que entrega, observa e registra a ingestão de cada dose da medicação. Esse profissional tem a responsabilidade de contactar e persuadir o paciente a realizar o acompanhamento médico e medicamentoso, bem como conscientizá-lo sobre sua importância. Orienta que o local de supervisão da tomada de medicamentos deve ser estabelecido atendendo às necessidades ou conveniência do paciente, podendo ser na unidade de saúde, no domicílio do paciente, no hospital ou local de trabalho.

Pesquisas realizadas na África do Sul, mais precisamente em Hlabisa, mostram que a estratégia DOT diminui a permanência do paciente no ambiente hospitalar, tornando-a mais acessível e viável que os tratamentos convencionais. "Consideram-se aqui tratamentos convencionais aqueles que priorizam a internação para o tratamento da TB". (MAWER apud ARCÊNCIO, OLIVEIRA, TEREZA, 2007, p. 412).

[...] um dos principais problemas encontrado pelo PNCT refere-se a não adesão dos pacientes à terapêutica oferecida, tornando-se pacientes crônicos, tanto da doença, quanto do serviço. Várias pesquisas têm sido desenvolvidas no intuito de entender a respeito do modo de viver e de pensar dos doentes, a sua compreensão e dos seus familiares sobre a visão de mundo, fatores estes que podem interferir na adesão ou não ao tratamento. (VENDRAMINI, 2002, p. 96).

No que se refere à terapêutica da tuberculose, Oliveira e Moreira (2000) constatarem algumas irregularidades que comprometem o seu andamento, quais sejam: o fato de o paciente não comparecer a unidade de saúde na data marcada, ficando sem controle da medicação; as irregularidades cometidas por esse doente na tomada da medicação, no tocante às falhas na ingestão diária ou às dosagens equivocadas; irregularidades de responsabilidades dos serviços, ou seja, a não orientação ao doente acerca do cumprimento do tratamento, da importância do não abandono quando houver melhoras dos sintomas, dentre outros; as prescrições inadequadas pelos efetuadas pelos serviços; a falta do fornecimento do fármaco; a retirada precoce do esquema terapêutico; as falhas no agendamento dos retornos pelos serviços, entre outros.

"Variáveis demográficas e socioeconômicas como idade, sexo, raça, ocupação, estado civil, renda e educação; a interação entre equipe e paciente; a cultura, o conhecimento e as crenças sobre o tratamento são fatores que também influenciam no sucesso, ou não, da terapêutica" (VENDRAMINI, 2002, p. 104).

Para Ayres (1998, p. 551) um descuido do enfermeiro, no tocante ao acompanhamento do tratamento, é bastante comprometedor, uma vez que, se os medicamentos forem administrados erroneamente, podem provocar danos aos pacientes, trazendo-lhes conseqüências que podem causar, desde prejuízos/danos, reações adversas, lesões temporárias, permanentes, até a morte do paciente, dependendo da gravidade da ocorrência. Dessa forma Antunes (2000, p. 368)

ênfatiza que,

[...] cabe ao enfermeiro o planejamento das ações de enfermagem, seja disponibilizando recursos materiais adequados e seguros, seja capacitando a equipe de enfermagem ou promovendo condições tanto ambientais como de trabalho adequadas para o desempenho das atividades, garantindo segurança para o paciente. O Papel da enfermagem nas ações do enfermeiro é bastante amplo, uma vez que vai desde o acolhimento ao paciente com TB, até o seu processo de cura.

Diante das inúmeras evidências constata-se que o papel do enfermeiro é bastante amplo, uma vez que se inicia desde o acolhimento ao paciente se estendendo até o momento em que se verifica a cura ou morte do mesmo.

5 A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO DIA-A-DIA COM O PACIENTE

A atenção dispensada pelo enfermeiro, no momento em que recebe um paciente com suspeita de Tuberculose, assim como também a todos os tipos de doenças a que podem ser acometidos os seres humanos, deve estar, antes de qualquer coisa, voltada ao senso de humanidade. Nesse momento o paciente acometido por qualquer mal está sensível, tanto em virtude da doença, quanto da fragilidade em que se encontra, frente aos problemas que na maioria das vezes são desconhecidos para ele. De acordo com Ribas (1987, p. 3),

A atuação da Equipe de Enfermagem em Unidade de Assistência Primária de Saúde está voltada para uma forma de atendimento que propicia o surgimento de uma barreira prevalente no processo de comunicação enfermagem-cliente, cujo transpor se torna bastante difícil, pois o profissional age junto aos clientes na maioria das vezes de forma impessoal, não apresentando oportunidades nem a si, muito menos ao cliente, de fazer questionamentos que facilitem a realização correta do tratamento.

É bem comum advir alguma dificuldade na comunicação enfermeira-paciente, e assim sendo é imprescindível que o profissional esteja alerta, uma vez que as consequências decorrentes deste desentendimento podem vir a ser extremamente comprometedores ao paciente no tocante ao seu tratamento. Um dos problemas maiores pode ser constatado aquando da existência da tuberculose por bacilo multirresistente.

Quando o enfermeiro posiciona-se na defensiva e passa a colocar a culpa pelo abandono apenas no paciente, ele despreza a fase de análise da situação de vida desta pessoa e, o que é mais relevante, qual a sua relação com outros indivíduos do seu convívio diário. Quem são essas pessoas ou qual a probabilidade para contaminação destas pela tuberculose multirresistente?

Para o controle da tuberculose, a atuação do enfermeiro é de extrema importância, uma vez que este participa de todas as etapas para seu combate, o que exige que esteja realmente integrado na luta contra a doença.

Desde 1967, aquando da atividade de pesquisas para a descoberta de casos, Becker (1967 p. 355) já discorria sobre as atividades que seriam consideradas como de responsabilidade da enfermagem, quais sejam:

- Desenvolvimento de programas de prova tuberculínica que inclui: a) Seleção, recrutamento e preparo dos grupos a examinar;
- Aplicação e leitura dos testes;
- Rastreamento dos focos existentes em torno dos "infectados" (reatores);
- Exame de escarro dos clinicamente suspeitos;
- Recrutamento dos casos destinados a exame radiológico;
- Controle tuberculínico e radiológico, periódico, dos "comunicantes";
- Triagem dos casos examinados.

Em todas essas etapas a atuação do profissional da enfermagem tem que ser ativa. Para Paula apud Ribas (1987, p. 3) "A enfermagem já dedicou muito do seu trabalho sofisticado a poucos indivíduos, devendo agora procurar estender a sua atenção a muitos, com tecnologia apropriada através da assistência primária".

E ainda dentro desse contexto Ferreira apud Ribas (1987, p. 3), discorre que: "Os contatos que a Equipe de Enfermagem tem com o indivíduo podem não ser longos, entretanto são freqüentes, [...] Estes são oportunos para dar-lhes apoio, orientação e ensino, o que poderá ser estendido aos seus familiares".

Independente de qual forma de tuberculose a ser tratada, a presença da enfermagem no controle da tuberculose, tem que ser a mesma, não pode apresentar alterações em sua linha de controle. Nos casos ocorridos pela presença dos bacilos multirresistentes o que existe é a necessidade de uma maior atenção, tendo em vista a gravidade do problema e o fato de que a doença expõe todas as pessoas em volta, ao risco de infectar-se com estes bacilos.

A enfermagem, atualmente, vem se utilizando em seus discursos escritos e falados em humanização como um ser holístico, não significando a soma das partes, mas a captação da totalidade orgânica, una e diversa em suas partes, sendo articuladas entre si dentro da totalidade e constituindo essa totalidade. (KANEJI, 2003, p.214).

Para que se dê uma mobilidade a tudo o que foi exposto, o profissional precisa estar atento aos sintomas apresentados para, imediatamente tomar as providências necessárias para o devido cuidado. O enfermeiro, então passa a

realizar o diagnóstico tentando averiguar a história daquele paciente, bem como a efetivação de exames físicos completos.

Ele precisa detectar as manifestações clínicas de febre, anorexia, perda de peso, sudorese noturna, fadiga, tosse e produção de escarro geram uma avaliação mais completa da função respiratória, como por exemplo, avaliar os pulmões para a consolidação ao examinar os sons respiratórios (diminuídos, sons brônquicos, estertores), frêmito, egofonia e macicez à percussão. Junto a isso pode ser feito um exame (apalpar) para detectar se existe aumento dos linfonodos e se estes estão dolorosos.

O enfermeiro também faz uma avaliação das condições de vida do paciente, explanando suas percepções e sua compreensão acerca da tuberculose, seu tratamento, bem como, a forma correta para aplicá-lo. Os diagnósticos de enfermagem podem incluir conhecimentos voltados a:

- ✓ Eliminação traqueobrônquica ineficaz relacionada às secreções traqueobrônquicas copiosas.
- ✓ Déficit de conhecimento sobre o regime de tratamento e medidas de prevenção relacionadas ao gerenciamento individual ineficaz do regime terapêutico (não-adesão).
- ✓ Intolerância à atividade relacionada com a fadiga, estado nutricional alterado e febre.

Pode, ainda nesse processo, serem detectados, pelo profissional de enfermagem, problemas interdependentes ou algumas complicações potenciais, sendo elas:

- ✓ Desnutrição.
- ✓ Efeitos colaterais adversos da terapia medicamentosa: hepatite, alterações neurológicas (surdez ou neurite), *rash* cutâneo, desconforto gastrointestinal.
- ✓ Resistência a múltiplas substâncias.
- ✓ Disseminação da infecção tuberculosa (tuberculose miliar).

Juntamente a essa constatação o enfermeiro precisa traçar um plano de metas para o tratamento do paciente, no qual estão empregados: a manutenção de

uma via aérea permeável; o conhecimento aprofundado sobre a doença; um esquema de tratamento e adesão ao regime medicamentoso, bem como nutricional; a conscientização para aumento da tolerância à atividade buscando com isso, a ausência de complicações promovendo uma maior atenção ao cuidado domiciliar e comunitário (ensinar a autocuidado aos clientes e reforçar o cuidado continuado).

Diante do contexto é importante destacar que não se deve apenas questionar sobre o agir, mas [...] doutrina nos propicia a compreensão de que as ações humanas existem a partir da finalidade a que elas se propõem. A atividade que impulsiona as práticas humanas, onde a moralidade consiste na realização de certas ações, é que nos aproxima do bem. Refletir e abordar sobre o que é bom e justo não torna o homem justo e bom, se ele não se dispuser a praticar aquilo que pensa com a intenção da busca do bem supremo. (KANEJI, 2003).

É de extrema importância que o enfermeiro acompanhe o paciente, a cada dia, durante o tratamento, verificando se este segue, de forma criteriosa, todo o esquema montado. Para Santos (2008), é necessário que o profissional observe a evolução desse esquema avaliando, conforme descrito abaixo, se o paciente:

- ✓ Mantém a via aérea permeável controlando as secreções com hidratação, umidificação, tosse e drenagem postural.
- ✓ Demonstra conhecimento do esquema memorizando: a lista com o nome dos medicamentos que precisa tomar; o horário determinado para tomá-los; quais são os efeitos colaterais esperados dos medicamentos; em que momento tem que procurar o profissional de saúde.
- ✓ Segue com precisão as medidas de prevenção determinadas para seu tratamento, quais sejam: o descarte adequado dos lenços de papel utilizados; conscientiza os contactantes da necessidade de se reportar para a testagem; e cumpre todas as recomendações para a higiene corporal.
- ✓ Não apresenta nenhuma complicação ou alteração no tocante ao peso adequado ou ganho de peso, quando indicado; controla a função hepática e a função renal. Segue com rigor a atividade agendada.
- ✓ Segue todas as determinações exigidas para minimizar os efeitos colaterais dos medicamentos (Toma os suplementos vitamínicos – vitamina B, conforme prescrito, para minimizar a neuropatia periférica; Evita o uso de álcool; Evita alimentos que contêm tiramina e histamina; Faz exames físicos e testes sanguíneos regulares para avaliar a função hepática e renal, neuropatia, audição e acuidade visual.

Ao final das medidas citadas é possível ressaltar a importância do profissional em questão, em prover e prever serviços de enfermagem em saúde pública voltados para a plena investigação de possíveis indivíduos acometidos pela doença, uma vez que a sua atuação pode ser a parte fundamental para um efetivo controle da tuberculose junto à população.

Diante do contexto é importante destacar que não se deve apenas questionar sobre o atual estado de coisas, mas fomentar a construção da sociedade que desejamos, pautados no exercício dos princípios da (bio)ótica. E isso deve partir de cada um de nós, pautados na solidariedade, na compreensão, na justiça, na busca do bem e da felicidade coletiva.

6 METODOLOGIA

A metodologia desenvolvida na elaboração deste trabalho se deu por meio de uma pesquisa bibliográfica baseada em obras de autores já consagrados e conhecedores do assunto em questão. A pesquisa teve como princípio uma revisão da Literatura, de forma exploratória, efetuada em livros e demais documentos que tratam sobre a Tuberculose, encontrados nas mais variadas formas de mídia (jornais, revistas, internet), com o intuito de elaborar, ao final, uma análise coerente e fiel ao assunto, visando, assim, contribuir com futuras pesquisas direcionadas a este.

No panorama Brasileiro já se dispõem estratégias tais como, a expansão dos Programas Saúde da Família (PSF) - hoje, Estratégia de Saúde da Família (ESF) - e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com o intuito de oferecer, à população em geral, um maior acesso aos cuidados básicos para seu controle.

Acredita-se, no entanto, que para que se alcance de forma mais eficaz o controle da TB é importante que as três esferas estejam envolvidas. Assim sendo, as autoridades responsáveis pelas formulações das políticas precisam estar atentas à questão da TB, uma vez que esta é um problema real e concreto do nosso país.

Essa esfera precisa estar comprometida em promover o processo de descentralização, propiciando, dessa forma, a transferência de atividades em todos os serviços de saúde. Para isso, um dos princípios que se observa é o que diz respeito à capacitação profissional, a qual tem que estar em sintonia com o preparo dos profissionais que se encontram à frente do problema em questão. É ainda que a gestão, bem como, suas responsabilidades sejam geridas por pessoas realmente comprometidas com a questão da TB. Nesse aspecto, pode-se dizer que a competência é um ponto fundamental.

Por fim é imprescindível que o enfermeiro esteja, direta ou indiretamente, motivado e sintonizado com a realidade da TB. É primordial o investimento, tanto na atenção básica, como também, no processo de sensibilização das equipes envolvidas com a questão da TB.

O cuidado intra-hospitalar da tuberculose, mesmo nos dias atuais, representa complexos desafios. As atividades educativas desenvolvidas pelo enfermeiro constituem a linha mestra para a formação de uma equipe de saúde, crítica e

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Tuberculose pulmonar é uma doença que precisa de uma atenção diferenciada, seja no nível máximo nas formulações das políticas públicas, que precisam vê-la como prioridade, seja no nível mais central das equipes responsáveis pela assistência aos seus portadores.

Estas estratégias políticas são essenciais para o seu controle e isso se percebe em alguns países, os quais já estão apresentando um decréscimo da mortalidade entre os portadores, por meio da reorganização do seu sistema de saúde.

No panorama Brasileiro já se dispõem estratégias tais como, a expansão dos Programas Saúde da Família (PSF) – hoje, Estratégia de Saúde da Família (ESF) - e Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) com o intuito de oferecer, a população em geral, um maior acesso aos cuidados básicos para seu controle.

Acredita-se, no entanto, que para que se alcance da forma mais eficaz o controle da TB é importante que as três esferas estejam envolvidas. Assim sendo, as autoridades responsáveis pelas formulações das políticas precisam estar atentas à questão da TB, uma vez que este é um problema real e concreto de saúde pública.

Essa esfera precisa estar comprometida em favorecer o processo de descentralização, propiciando, dessa forma, a possibilidade de assistência em todos os serviços de saúde. Para isso, um dos principais fatores a se observar é o que diz respeito a capacitação profissional, a qual vem contribuir para o com o preparo dos profissionais que se encontram a frente do problema em questão. E ainda que a gerência, bem como, suas coordenações sejam geridas por pessoas realmente comprometidas com a questão da TB. Nesse aspecto, pode-se dizer que a competência é um ponto fundamental.

Por fim é imprescindível que o enfermeiro esteja, direta ou indiretamente, motivado e envolvido com a realidade da TB. É primordial o investimento, tanto na atenção básica, como também, no processo de sensibilização das equipes envolvidas com a questão da TB.

O cuidado intra-hospitalar da tuberculose, mesmo nos dias atuais, representa complexos desafios. As atividades educativas desenvolvidas pelo enfermeiro constituem a linha mestra para a formação de uma equipe de saúde, crítica e

consciente do seu papel. Sendo assim, necessário se faz que o enfermeiro intensifique as atividades educativas que promovam a reflexão, a atualização e a mudança de comportamento em prol da qualidade do cuidado. Deduz-se, nesse contexto, que, no geral, a educação vem formando os profissionais sem considerar as carências ou mesmo as necessidades por que vem passando o setor de saúde, e que este, por sua vez, procura criar condições para suprir as deficiências dos profissionais que incorpora.

É certo acreditar que, se mais rápido for detectado o problema; se mais cedo for a doença diagnosticada será fundamental na identificação do quadro, contribuindo assim, para amenizar o número de internações por TB. Sabe-se que o prolongamento na internação para tratamento da Tuberculose torna-se bastante oneroso para o SUS, por esse motivo é que uma atenção básica, mais de provável resolução, que contribua para sanar os problemas da população no que diz respeito a TB pode ser considerada um requisito fundamental. Somente assim poderá se obter sucesso na busca pelo controle de uma doença que, desde vários séculos vem causando inúmeras mortes.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Elisabete (org.). **Tuberculose pulmonar**. Disponível em: <http://www.lincx.com.br/lincx/cientificos/medicos/pneumologia/tuberculose.asp>. Acesso em: 25 set. 009.
- ANTUNES, J. L. F, WALDMAN E. A., MORAES, M. A tuberculose através do século: ícones canônicos e signos do combate à enfermidade. **Revista Ciência da Saúde**, v. 5, p. 367-379, 2000.
- ARCÊNCIO, Ricardo Alexandre; OLIVEIRA, Mayra Fernanda de; VILLA, Tereza Cristina Scatena. Internações por tuberculose pulmonar no Estado de São Paulo no ano de 2004. **Rev. Ciênc. saúde coletiva**, vol.12, n.2. Rio de Janeiro: Mar./Apr. 2007. p. 409-417. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000200017&script=sci_arttext. Acesso em: 25 de outubro de 2009.
- AYRES, J. R. C. M, FRANÇA JUNIOR, I, PELICIONE, MCF. Vulnerabilidade do adolescente ao HIV/AIDS. In: Barbosa R, Parker R. **Seminário Gravidez na Adolescência**. Projetos de Estudos da Mulher. Rio de Janeiro: [S.n.] 1998. p. 97-109.
- _____. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.10, n. 3, p. 549-560, 2005.
- BARUZZI, R. G. **Saúde e doença em índios panará (Kreen-Akarôre) após vinte e cinco anos de contato com o nosso mundo, com ênfase na ocorrência de tuberculose (Brasil central)**. Disponível em: <<http://www.scielo.org>>. Acesso em: 05 fev 2009.
- BECKER, R. Contribuição da enfermagem na luta contra a tuberculose. **Rev. Bras. Enf.**, Rio de Janeiro, 20 (4): 348-363, ago., 1967.
- BERTOLLI FILHO, C. Antropologia da doença e do doente: percepções e estratégias de vida dos tuberculosos. **História da Ciência e da Saúde**, v. 6, p. 493-522, 2000.
- _____. **História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Disponível em:

<http://www.misau.gov.mz/pt/destaques/dia_mundial_de_luta_contra_a_tuberculose_24_de_marco_de_2009>. Acesso em: 29 abr. 2009.

CHIOSS, Maria Fernanda do Valle, et. al. Repensando o cuidado intra-hospitalar da tuberculose: antigo problema nos dias atuais. **Revista Prática Hospitalar**, São Paulo, n. 44, mar. / abr., 2006. Disponível em:

<http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2044/pgs/materia%2022-44.html>.

Acesso em: 08 ago. 2009.

FARIA, José Lopes de. **Patologia especial com aplicações clínicas**. 2 ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 1999.

FERNANDES, Tânia Maria. Sol e trevas: histórias sociais da tuberculose brasileira. **História, Ciência, Saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3. dez.. 2004.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 02 mai 2009.

GONÇALVES H. A tuberculose ao longo dos tempos. **História da Ciência e Saúde**, v. 7, p. 303-25, 2000.

KANEJI, Shiratori, et al. O sentido de ser humano: uma base reflexiva para o cuidado de enfermagem. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro: UERJ, 2003. p. 214

LANÇA, Márcio Ataíde. Tuberculose pulmonar. **Revista ABC da saúde**, Rio Grande do Sul: [S.d]. Disponível em: <http://www.abcdasaude.com.br>. Acesso em: 08 Set. 2009.

LEITE, C. Q. F. & TELAROLLI, J. R. Aspectos epidemiológicos e clínicos da tuberculose. **Rev. Ciênc. Farm.**, São Paulo, 18(1):1-12, 1997.

MANN J.; TARANTOLA, DJM; NETTER, T. **Como avaliar a vulnerabilidade a infecção pelo HIV e AIDS**. In: Parker R. A AIDS no mundo. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993. p. 276-300.

MINISTÉRIO da saúde adota novo tratamento contra tuberculose nos estados.

Correio Braziliense, Brasília. 08 set. 2009. Disponível em:

http://sus20anos.saude.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&catid=1%3Anacionais&id=1889%3Aministerio-da-saude-adota-novo-tratamento-contra-tuberculose-nos-estados&Itemid=34. Acesso em: 05 set. 2009.

MONROE, Aline Aparecida; GONZALES, Roxana Isabel Cardozo; SASSAKI, Cinthia Midori; RUFFINO NETTO, Antônio; VILLA, Tereza Cristina Scatena. **Gerenciamento de caso ao doente/família com tuberculose**: uma estratégia de sistematização do cuidado no domicílio. J. bras. pneumol. vol.31 no.1 São Paulo Jan./Feb. 2005.

MUNIZ JN; VILLA TCS; MONROE AA; HINO P. Construindo e organizando a prática do Tratamento Supervisionado no controle da Tuberculose. **Espaço Saúde** [periódico na Internet]. 2001[citado 2001 jun. 21];2(2):[cerca de 16 p.]. Disponível em: [http://www.ccs.uel.br/espaco para saude/v2n2/doc/tuberculose.htm](http://www.ccs.uel.br/espaco%20para%20saude/v2n2/doc/tuberculose.htm)

OLIVEIRA, VC. **As mídias e a mitificação das tecnologias em saúde**. São Paulo: Hucitec; 1995.

RIBAS, R. M. O. Ações Educativas de Enfermagem de Saúde Pública – Relação Situacional entre Abandono do Tratamento de Tuberculose e a Educação para a Saúde. **Dissertação** (Mestrado em Enfermagem). Universidade do Rio de Janeiro – UNIRIO, 1987.

ROSEMBERG, José, TARANTINO, Affonso Berardinelli. In: TARANTINO, Affonso Berardinelli. **Doenças pulmonares**. 4. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. p. 324-326.

SANTOS, Flávio Dias. **O Desafio do Enfermeiro Sanitarista no Combate à Tuberculose Pulmonar**. São Paulo: Artigonal Diretório de Artigos Gratuitos, 2008. Disponível em: <http://www.artigonal.com/medicina-artigos/o-desafio-do-enfermeiro-sanitarista-no-combate-a-tuberculose-pulmonar-560143.html>. Acesso em: 23 Dez 2009.

SILVA JR, Jarbas Barbosa da. Tuberculose: guia de vigilância epidemiológica. J. bras. pneumol. vol.30 supl.1, São Paulo, June 2004. Disponível em: http://64.233.163.132/search?q=cache:W83vcZiSYYsJ:www.scielo.br/scielo.php%3Fpid%3DS1806-37132004000700003%26script%3Dsci_arttext+A+cultura+%C3%A9+indicada+para+os+suspeitos+de+tuberculose+pulmonar+persistentemente+negativos+ao+exame+direto+e+para+o+diagn%C3%B3stico+de+formas+extrapulmonares+como+meningocéf%C3%A1lica,+renal,+pleural,+%C3%B3ssea+ou+ganglionar&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br. Acesso em: 22 Dez 2009

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Brunner e Suddarth: **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

VENDRAMINI, SHF; VILLA, TCS; PALHA, PF; MONROE, AA; **Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma unidade de saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente.** Bol Pneumol Sanit. 2002;10(1):5-12.

VERONESSI, R.; FOCACCIA, R. **Tratado de Infectologia.** 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2002, p. 964-9

WAKSMAN, S.A. **A vitória sobre a tuberculose de Hipócrates à estreptomicina.** São Paulo: Cultrix, 1964.

WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. TUBERCULOSE. Disponível em:
<<http://pt.wikipedia.org/wiki/Tuberculose>> Acesso em: 02 maio 2009.