

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ –  
FACENE/RN

JAILMA MARIA DA SILVA

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE À PREVENÇÃO DA TUBERCULOSE EM  
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ASSÚ-RN**

MOSSORÓ  
2015

JAILMA MARIA DA SILVA

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE À PREVENÇÃO DA TUBERCULOSE EM  
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ASSÚ-RN**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-FACENE/RN, como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Profa. Esp. Karla Simões Cartaxo Pedrosa

MOSSORÓ  
2015

S578a

Silva, Jailma Maria da.

Atuação do enfermeiro frente à prevenção da tuberculose em unidades básicas de saúde do município/ Jailma Maria da Silva. – Mossoró, 2015.  
56f.

Orientador: Prof. Esp. Karla Simões Cartaxo Pedrosa

Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró.

1. Tuberculose. 2. Atenção básica em saúde. 3. Enfermagem. I. Título. II. Pedrosa, Karla Simões Cartaxo.

CDU 616-002.5

JAILMA MARIA DA SILVA

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE À PREVENÇÃO DA TUBERCULOSE EM  
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ASSÚ-RN**

Monografia apresentada pela aluna Jailma Maria da Silva do curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de \_\_\_\_\_, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovada em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Esp. Karla Simões Cartaxo Pedrosa (FACENE/RN)  
Orientador

---

Profa. Ms. Kalídia Felipe de Lima Costa (FACENE/RN)  
Membro

---

Profa. Esp. Verusa Fernandes Duarte (FACENE/RN)  
Membro

A minha filha Sarah, uma das minhas maiores fontes de força e determinação, bênção de Deus em minha vida. Obrigada por estar sempre presente, mesmo quando eu estava ausente. O laço que nos une é maior que qualquer distância.

Mamãe te ama.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao Deus por mais uma vitória. "Mas em todas estas coisas somos mais do que vencedores, por aquele que nos amou." Romanos 8:37; "Porque todo o que é nascido de Deus vence o mundo; e esta é a vitória que vence o mundo, a nossa fé." João 5:4.

Aos meus pais Gércina e João, pelo exemplo de força e luta, e sempre me guiaram pelo caminho certo. Apesar de todas as dificuldades sempre me fortaleceram e que para mim foram muito importante nessa vitória.

Ao meu esposo Sérgio, pela atenção, carinho e paciência oferecidos. Juntos realizaremos muitos sonhos.

A minha irmã Jéssica, por sempre se fazer presente e ao meu lado, apoiando.

A minha avó Luiza, pelo incentivo, apoio e estímulo para enfrentar as barreiras da vida.

À Karla Cartaxo, que com sua dedicação, amizade, paciência e competência, soube conduzir meus pensamentos, orientando-me na realização deste sonho que se concretiza. "Um sorriso e um abraço sincero falam melhor que mil vezes "obrigado". Terás sempre o meu sorriso e abraço".

A Neta, Adheliany, Eliza, Sara, Thayna, Salomé, Ingrid, Glória, Alana, Clara, Amanda, Jaciara e Herica, turma a qual tive orgulho de fazer parte, fosse com um boa tarde, um sorriso ou palavras de incentivo, deram sua contribuição para que esse sonho se tornasse realidade. Sei que seremos enfermeiras competentes.

A minha amiga Salomé, obrigada por ter proporcionado gargalhadas mesmo nas horas de correria para a entrega do TCC, só você, sempre do meu lado. "Só se pode alcançar um grande êxito quando nos mantemos fiéis a nós mesmos".

A minha banca examinadora, Verusa Duarte e Kalidia Felipe, que aceitaram fazer parte desse momento tão importante em minha vida, pela confiança, por compreenderem minha ansiedade, não poderia ter escolhido melhor. Obrigada por fazerem parte desta vitória.

Agradeço a todos os professores por me proporcionar o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional, por tanto que se dedicaram a mim, em especial a Thiago Englee e Ivone Borges não somente por terem me ensinado, por terem me feito aprender, obrigado.

Obrigado a todas as pessoas que de uma forma ou de outra contribuíram para meu sucesso e para meu crescimento como pessoa e como profissional. Sou o resultado da confiança e da força de cada um de vocês. Em especial a minha amiga Beri, obrigada pela sua amizade e confiança, passamos tantas coisas juntas, tenho certeza que você também será uma ótima enfermeira.

A todos os preceptores do decorrer da graduação que dividiram seus conhecimentos. Em especial a enfermeira Jaqueline Barros, que mostrou dedicação e amizade. Admiro-te pela pessoa e pela profissional que você é.

A todos os funcionários da FACENE, que sempre me ajudaram de uma forma ou de outra. Em especial a Vanessa Camilo, por poder “contar” sempre com ela nos momentos que precisei, pela atenção e disponibilidade.

“Habilidade é o que você é capaz de fazer. Motivação determina o que você faz.  
Atitude determina a qualidade do que você faz. ”

Lou Holtz

## RESUMO

A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa, considerada um problema de saúde pública entre os 22 países com maior índice da doença, o Brasil é responsável por 80% dos casos. O Programa Nacional de Controle da Tuberculose considera que os profissionais de saúde principalmente os que atuam na Estratégia de Saúde Família, precisam estar preparados para promover medidas de prevenção, realizar diagnóstico de casos suspeitos, acompanhar o paciente durante todo o tratamento visando à cura. Esta pesquisa tem por objetivo geral: Analisar a atuação do enfermeiro da atenção primária na prevenção da tuberculose em Unidades Básicas de Saúde no município de Assú/RN e objetivos específicos: Verificar a concepção dos enfermeiros sobre a importância da prevenção da TB; Descrever as ações desenvolvidas pelos enfermeiros da atenção primária na prevenção da TB; Identificar as dificuldades encontradas pelos enfermeiros da atenção primária em desenvolver ações que previnam a tuberculose. Trata-se de uma pesquisa exploratória de caráter descritivo com abordagem quanti-qualitativa. A pesquisa foi realizada na cidade de Assú, em 05 unidades básicas de saúde. A população para a realização da pesquisa foi composta por 05 enfermeiros. O instrumento utilizado para coleta de dados foi um roteiro de entrevista. A coleta dos dados ocorreu após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE e após os participantes assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados quantitativos foram analisados e apresentados em forma de gráficos e discutidos à luz da literatura. Os dados qualitativos foram analisados através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. A pesquisa foi desenvolvida levando em consideração os princípios éticos da pesquisa que envolve seres humanos, conforme dispõe a Resolução 466/12 CNS/MS assim como os aspectos éticos contemplados na Resolução do COFEN 311/2007. Todas as despesas decorrentes da pesquisa foram de inteira responsabilidade do pesquisador associado. Na análise dos resultados pode-se perceber que, a falta de capacitação dos enfermeiros da Atenção Básica é preocupante, os dados quantitativos mostram o número de profissionais não capacitados. Nos dados qualitativos os enfermeiros reconhecem a importância das intervenções de enfermagem no contexto de controle da tuberculose, ainda assim existem falhas na elaboração das mesmas, diante de dificuldades encontradas para a elaboração das ações. Assim, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose considera que os profissionais de saúde principalmente os que atuam na Estratégia de Saúde Família, precisam estar preparados para promover medidas de prevenção, realizar diagnóstico de casos suspeitos e acompanhar o paciente durante todo o tratamento visando à cura.

**Palavras-Chave:** Tuberculose. Prevenção. Atenção Básica. Enfermagem.

## ABSTRACT

Is Tuberculosis an disease infectious, considered a problem health public among the 22 the countries with rate highest of the disease, the Brazil is responsible for 80% of cases. The Program National of Control of the Tuberculosis considers that health professionals Health especially those who work in the Strategy Health Family, prepared this need to promote prevention, diagnosis conduct of suspected cases accompany the patient throughout the treatment aimed at cure. This research has the objective: analyze the work of nurses in primary care in preventing tuberculosis in Units Basic Health in the city of Assú / RN and objectives specific: Check the design of the nurses about the importance of prevention of TB; Describe the actions performed by nurses in primary care in preventing TB; Identify the difficulties encountered by nurses in primary care in developing actions to prevent tuberculosis. It is an research descriptive exploratory with approach quantitative and qualitative. The survey was conducted in the city of Assú, in 05 units basic health. The population for the consisted research of 05 nurses. The instrument used for collection data was a interview " structured. Data collection occurred after the project was approved by the Committee Ethics of the FACENE and after participants signed the Informed Consent and Informed. Data quantitative were analyzed and presented in graphs and discussed based on the literature. The data qualitative were analyzed using the technique Discourse Subject Collective. The research was developed taking into account the principles ethical of research involving humans, pursuant to Resolution 466/12 CNS / MS as well as the included aspects ethical included in COFEN resolution 311/2007. All costs of the research were the responsibility of the Research Associate. In the analysis of the results it can be seen that the lack of training of nurses Primary Care is worrying, the figures show the number of professionals. In data qualitative the nurses recognize importance interventions nursing context in TB control, yet there are failures in their development, in the face of difficulties encountered in the preparation of actions. Thus, the Program National Control Tuberculosis considers that health professionals especially those who work in the Strategy Health, must be prepared to promote measures to prevent, perform diagnosis of suspected cases and monitor the patient throughout the treatment aimed at cure.

**Keywords:** Tuberculosis. Prevention. Cara Primary. Nursing.

## LISTA DE ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

ABS - Atenção Básica de Saúde

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

APS - Atenção Primária à Saúde

BCG – Bacillus Calmette-Guérin

DNC - Doenças de Notificação Compulsória

DFC – Doses Fixas Combinadas

ESF - Estratégia da Saúde da Família

HIV– Vírus da Imunodeficiência Humana

OMS – Organização Mundial de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PPD RT23 - Prova Tuberculínica Derivado Proteico Purificado

PNCT - Programa Nacional de Controle da Tuberculose

RH - Rifampicina, Isoniazida

RHZE - Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida, Etambutol

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde

TB – Tuberculose

UBS – Unidade Básica de Saúde

## LISTA DE GRÁFICOS

GRAFICO 1- Representa o Gênero .....	32
GRAFICO 2- Representa a Idade .....	33
GRAFICO 3- Representa o Tempo de formação.....	33
GRAFICO 4-Representa o Tempo de atuação em UBS.....	34
GRAFICO 5-Representa Especialização.....	34
GRAFICO 6- Representa a Carga Horaria de trabalho .....	35
GRAFICO 7- Representa Capacitação em TB .....	35

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
1.1 JUSTIFICATIVA .....	13
1.2 PROBLEMÁTICA .....	14
1.3 HIPÓTESE.....	14
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>15</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	15
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>16</b>
3.1 PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE-(PNCT) .....	16
3.2 TUBERCULOSE .....	17
<b>3.2.1 Tuberculose Extrapulmonar</b> .....	<b>17</b>
<b>3.2.2 Tuberculose em pacientes portadores de HIV/AIDS</b> .....	<b>18</b>
<b>3.2.3 Tuberculose primária e pós-primária</b> .....	<b>18</b>
3.3 EPIDEMIOLOGIA DA TB .....	19
3.3.1 MODO DE TRANSMISSÃO .....	20
3.3.2 DIAGNÓSTICO .....	20
3.3.3 TRATAMENTO .....	21
3.3.4 PREVENÇÃO E CONTROLE .....	24
3.4 ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM TB.....	25
<b>4 METODOLÓGIA</b> .....	<b>28</b>
4.1 TIPO DE PESQUISA .....	28
4.2 LOCAL DA PESQUISA .....	28
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	29
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	29
4.5 PROCEDIMENTO PARA A COLETA DE DADOS .....	29
4.6 ANÁLISE E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS .....	30
4.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS .....	30
4.8 FINANCIAMENTO .....	31
<b>5 ANÁLISE DOS RESULTADOS</b> .....	<b>32</b>
5.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM .....	32
5.2 DADOS RELACIONADOS À ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE À PREVENÇÃO DA TUBERCULOSE NAS UBS's DO MUNICÍPIO DE ASSU-RN.....	37
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAL</b> .....	<b>46</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>48</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	
<b>ANEXO</b> .....	

## 1 INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) é uma patologia causada por um bacilo aeróbio estrito, de lento crescimento. O *Mycobacterium tuberculosis* também é denominado como Bacilo de Koch, levando o nome do cientista que o identificou, Robert Koch. Esse bacilo afeta os pulmões dos infectados onde também pode disseminar para outros órgãos, o mesmo é transmitido através de gotículas de secreção brônquica e escarro de pessoas com a doença (BRASIL, 2008).

A mesma surgiu há milhares de anos, os vestígios foram identificados em múmias, sendo inicialmente denominada como tísica pulmonar. Espalhou-se pelo mundo inteiro, não poupou nenhum país. Chamada antigamente de "peste cinzenta", ou "doença do peito". Estima-se que a bactéria tenha evoluído há 40.000 anos, através de outras bactérias do gênero *Mycobacterium* (NILSON, 2011).

Sendo uma das doenças mais antigas que preocupa vários países há décadas, a TB vem se tornando um problema social, que leva mais ao óbito que qualquer outra doença infectocontagiosa na humanidade, sendo uma das principais causas de morte entre os doentes de HIV/AIDS (TEIXEIRA, 2011).

A TB é uma doença infectocontagiosa constituindo-se ainda um sério problema de saúde pública no Brasil, a incidência vem crescendo entre diferentes grupos populacionais e pelo aumento do número de mortes entre as doenças infectocontagiosas. Torna-se preocupante, pois se trata de uma doença evitável e curável (BRASIL, 2001).

Teixeira (2011) considera a tuberculose como uma doença de emergência nos países desenvolvidos, de acordo com as estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de um terço da população mundial está infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis* e faz adoecer cerca de 8 milhões de pessoas e matar 2,9 milhões por ano. Isso mostra que a doença é um problema que necessita das intervenções adequadas para seu controle.

Portadores de doenças como: HIV/AIDS, diabetes, insuficiência renal crônica, idosos doentes, usuários de álcool e outras drogas e tabagistas estão mais aptos a contrair a TB. Somente 5% a 10% dos infectados adquirem a doença (BRASIL, 2013).

De acordo com o panorama, o Brasil aparece entre os 22 países que têm a maior carga da doença, ocupando o 19º lugar, com números expressivos na

incidência da patologia e em 2011 foram notificados no país 69.000 casos novos (RODRIGUES; MOTTA; FERREIRA, 2013).

O Brasil é o único país entre os vinte e dois responsáveis por 80% dos casos de TB no mundo. Estima-se que uns, em cada quatro brasileiros, estejam infectados e, anualmente, cerca de 90.000 novos casos da doença são notificados ao Ministério da Saúde. Pouco mais da metade dos casos estão relacionados à forma pulmonar bacilífera, sendo a mais comum. As maiores taxas de incidência da doença estão nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste (BRASIL, 2011b).

Segundo Brasil (2011a) a TB continua sendo mundialmente um importante problema de saúde, exigindo o desenvolvimento de estratégias que visem o seu controle, considerando os aspectos humanitários, econômicos e de saúde pública.

No atual cenário do problema da TB no Brasil, um dos aspectos mais preocupante é o abandono do tratamento. Pesquisas apontam para a diversidade e complexidade dos fatores relacionados ao abandono do tratamento da TB. Percebe-se que a obtenção do sucesso terapêutico vai além da eficácia farmacológica, existindo dificuldades relacionadas ao paciente, ao tratamento e à operacionalização do cuidado nos serviços de saúde (BRASIL, 2011b).

Brasil (2011a) afirma que o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), junto com o trabalho dos profissionais da Estratégia da Saúde da Família (ESF), descentraliza para o nível municipal e para a APS (Atenção Primária à Saúde) a responsabilidade relacionada à implementação das ações de promoção à saúde, ao diagnóstico e a prevenção da TB, contribuindo, assim, para as ações de controle desta doença. O Programa destaca que a atuação das equipes da ESF é de fundamental importância para aumentar a adesão terapêutica e evitar o abandono do tratamento.

A implementação da atenção à saúde com enfoque na família e na orientação da comunidade juntamente com os serviços da APS, é necessária para promover mudanças na qualidade dos serviços e reforçar o compromisso e o envolvimento dos profissionais de saúde, usuários/famílias e a comunidade para que todos possam buscar melhores condições de vida (SÁ et al, 2013).

## 1.1 JUSTIFICATIVA

Diante da minha vivência e observação em estágios nas UBS e práticas

integradoras durante o curso de graduação surgiu o interesse pela temática. Nessa trajetória minha vontade e inquietação se voltaram para pesquisar a tuberculose, principalmente como se dá a atuação do enfermeiro na prevenção da patologia em unidades básicas de saúde.

A pesquisa justifica-se por ser de fundamental importância para a população e comunidade acadêmica, tendo em vista a relevância para a população/profissionais que atuam na atenção primária conhecer a tuberculose, pois existe um grande risco de contaminação não só entre a família e comunidade, mas, também dos próprios profissionais de saúde, assim faz-se importante o conhecimento e ações que priorizem a prevenção da tuberculose.

## 1.2 PROBLEMÁTICA

Diante do exposto, percebe-se que o enfermeiro (a) tem grande importância para a prevenção e cura da TB, juntamente com as ações de saúde pública. Assim, questiona-se: Qual a atuação do enfermeiro da atenção primária na prevenção da tuberculose, nas Unidades Básicas de Saúde?

## 1.3 HIPÓTESE

O enfermeiro da atenção primária não tem uma atuação efetiva na prevenção da tuberculose nas UBS, devido a possíveis falhas no serviço de saúde.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a atuação do enfermeiro frente à prevenção da tuberculose em Unidades Básicas de Saúde no município de Assu/RN.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar a concepção dos enfermeiros sobre a importância da prevenção da TB;
- Descrever as ações desenvolvidas pelos enfermeiros da atenção primária na prevenção da TB;
- Identificar as dificuldades encontradas pelos enfermeiros da atenção primária em desenvolver ações que previnam a tuberculose.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE-(PNCT)

Atualmente, no Brasil uns dos maiores desafios do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) consistem na estratégia do Tratamento Supervisionado (TS), as ações de controle da TB, visando diminuir o número de casos de abandono do tratamento e incrementar as taxas de cura da doença (SOUZA et al, 2010).

Em 1999, o plano nacional de controle da tuberculose, proposta pelo Ministério da saúde, define a tuberculose como prioridade entre as políticas governamentais de saúde, onde foram estabelecidas diretrizes para ações e metas para alcançar seus objetivos (BRASIL, 2002).

Além da adoção da *estratégia do tratamento diretamente observado*, o PNCT reconhece que é importante o combate da TB, para todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, visa à integração do controle da TB com a atenção básica, incluindo o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) para garantir o acesso ao diagnóstico e ao tratamento adequado (BRASIL, 2004).

Os princípios das políticas para controle da TB no mundo e no Brasil são:

- Diagnosticar e tratar precocemente os doentes;
- Prevenir a tuberculose primária com a vacinação BCG;
- Priorizar populações mais vulneráveis como países e municípios de maior carga e grupos populacionais com maior potencial social ou de risco biológico de adoecer.

As principais diretrizes são:

- Tratamento da maioria dos casos de TB em ambulatório, com profissionais generalistas, cujo perfil da unidade seja de baixa complexidade, incluindo-se aí as equipes de saúde da família;
- Fácil acesso aos recursos de maior complexidade, com recursos de apoio mais sofisticados e especialistas para ampliar a efetividade do atendimento, tanto para diagnóstico como para tratamento ou internação hospitalar, conforme indicação clínica;

- Acesso a níveis de mais alta resolução, com recursos de imagens, cirúrgicos, laboratoriais e de esquemas especiais para casos de TBMR (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2008).

### 3.2 A TUBERCULOSE

A tuberculose é uma doença infectocontagiosa, denominada como *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecida como bacilo de Koch (BK). Esse microrganismo se propaga através do ar, por meio de gotículas onde contém os bacilos expelidos por um doente com TB pulmonar ou ao tossir, espirrar ou falar. As gotículas sendo inaladas por pessoas saudáveis provocam a infecção tuberculosa e o risco de desenvolver a doença (MOUTINHO, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde, esta é um problema de saúde prioritário no Brasil. O agravo atinge a todos os grupos etários, com maior incidência nos indivíduos entre (15 - 54 anos) principalmente do sexo masculino. Doença infecciosa atinge principalmente, os pulmões (BRASIL, 2010).

Tuberculose pulmonar é a forma mais frequente, em adultos acima de 15 anos, atingindo cerca de 90% dos casos. E em menores de 15 anos, atinge cerca de 75% (BRASIL, 2010). A TB laríngea também é infectocontagiosa e é denominada hematogênica e considerada rara, a transmissão é da mesma forma da TB pulmonar (FAGUNDES, 2011). A TB pode se localizar em outras partes do organismo com nos rins, ossos e meninges, dentre outras. Os pulmões se apresentam pequenas lesões, os demais órgãos também podem apresentar lesões idênticas (BRASIL, 2010).

O sintoma mais frequente é a tosse e expectoração há três semanas ou mais entre os adultos, apresentando outros sintomas respiratórios como a dor torácica, dispnéia e sintomas com a febre vespertina, sudorese noturna, anorexia e emagrecimento (FOCACCIA, 2005).

#### 3.2.1 Tuberculose Extrapulmonar

A forma de TB extrapulmonar é responsável por cerca de 20% dos casos de tuberculose ativa. Sendo mais comum em pacientes imunocomprometidos e crianças pequenas, onde pode se localizar com mais frequência nas regiões

meníngea e linfática, podendo acometer outras regiões com a pleura, trato urinário ou o peritônio. Quando o pulmão é infectado pelo *Mycobacterium tuberculosis*, o bacilo se dissemina e envolve múltiplos órgãos, incluindo até a medula, quando isso ocorre é denominada de tuberculose disseminada ou miliar (WILSON; SANDE, 2004).

A maioria das formas extrapulmonares apresenta evolução lenta podendo levar anos para começar a apresentar sinais e sintomas, A sintomatologia específica vai depender do local afetado, órgão e sistema, geralmente apresenta a inflamação do mesmo (FOCACCIA, 2005).

### **3.2.2 Tuberculose em pacientes portadores de HIV/AIDS**

A infecção por HIV é um dos maiores fatores de risco para o desenvolvimento de tuberculose ativa. Progredindo para um alto risco de tuberculose ativa através de um foco de infecção primária ou a partir de uma reinfecção latente ou exógena (PILLER, 2012). São necessárias medidas eficazes na saúde pública para a obtenção de resultados na prevenção da coinfeção HIV/AIDS - Tuberculose. A prevalência de TB em pacientes com HIV é estimado em 6%, e de morte entre os coinfectados é em cerca de 65% dos casos (CIRINO, 2011).

Os pacientes com HIV podem apresentar uma ampla série de envolvimento do sistema de órgãos. Na infecção pelo HIV, a tuberculose pulmonar pode ser a infecção de apresentação. Nesses pacientes a disseminação é comum, vários locais podem ser infectados pelo bacilo da TB, como por exemplo, o cérebro, o pericárdio e outros sítios de extrapulmonares mais comuns, como ocorre na tuberculose peritoneal e gástrica, de modo geral o local, mas comum de tuberculose em pacientes HIV-positivos é o pulmão, porém os riscos aumentam para o desenvolvimento de doença disseminada (WILSON; SANDE, 2004).

### **3.2.3 Tuberculose primária e pós-primária**

A tuberculose primária é uma doença comum em crianças podendo também afetar adultos principalmente imunossuprimido. Considera-se tuberculose primária quando se desenvolve nos primeiros cinco anos após a infecção pelo bacilo. A mesma acomete principalmente os pulmões e gânglios satélites dos hilos,

mediastino ou brônquios. As formas extrapulmonares são as mais comuns decorrentes da infecção primária (CASTELO FILHO, 2004).

Sendo a tuberculose pós-primária a forma mais comum entre os adultos e adolescentes cerca de 85%. Ocorre quando o sistema imunológico não consegue controlar o bacilo decorrente da primoinfecção, ocorrendo multiplicação rápida (reativação endógena), ou a partir de um novo contato com o bacilo (reinfecção exógena). Apresenta-se principalmente na forma pulmonar, afetando frequentemente portadores de imunodeficiências, como por exemplo, co-infecção por TB/AIDS. (CASTELO FILHO, 2004). Observam-se, normalmente sintomas como: febre vespertina, sudorese, emagrecimento, caso a infecção esteja no pulmão apresentara dor torácica e tosse produtiva (MOUTINHO, 2011).

### 3.3 EPIDEMIOLOGIA DA TB

No Brasil, a tuberculose está entre as Doenças de Notificação Compulsória (DNC) em todo território nacional, é estabelecido como mecanismo de notificação o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2008).

O SINAN garante qualidade dos registros que auxiliam na vigilância da TB, mostrando-se importante no controle de agravos, fornece assim dados importantes para os indicadores epidemiológicos do país, além disso, a notificação da doença permite avaliação e a capacidade dos municípios na detecção e notificação dos casos (ALVES; GALINDO, 2012).

Para o Ministério da Saúde uns dos principais objetivos da vigilância epidemiológica é a identificação de possíveis fontes de infecção. Deve ser feita investigação epidemiológica, entre os contatos de todo caso novo de Tuberculose, prioritariamente nos contatos que convivam com doentes bacilíferos, ao aumento do risco de infecção e adoecimento que esse grupo apresenta (BRASIL, 2010.)

A taxa de mortalidade de pacientes com TB é três vezes maior entre os homens (3,8/100.000) que nas mulheres (1,3/100.000). Em 2010 o número de óbitos foi de 4.800, sendo a terceira causa de morte por doenças infecciosas e a primeira causa de morte entre os pacientes HIV positiva (PILLER, 2012).

A forma de TB mais frequente entre os adultos e crianças, são as

pulmonares. Apresentando cerca de 70% dos adultos e 20% dos menores de 15 anos de idade são os responsáveis pela transmissão da doença. Estes apresentam sintomas em proporção mais elevada de comunicantes, os quais adoecem com maior frequência (BRASIL, 2010).

### **3.3.1 Modo de Transmissão**

O agente etiológico da tuberculose é o *Micobacterium tuberculosis* conhecido como bacilo de Koch, o mesmo é transmitido através da tosse, espirro, fala ou respiração de um paciente com forma pulmonar. O maior risco de infecção é entre os comunicantes do paciente bacilífero, família (RONDONÓPOLIS, 2012).

Os pacientes com tuberculose broncopulmonar com tosse produtiva são particularmente infecciosos e geralmente os pacientes com tuberculose extrapulmonar não são infecciosos, pois o bacilo não é contido nos pulmões, e viaja para outros órgãos pela corrente sanguínea (BRASIL, 2012a).

Após a infecção pelo *M. tuberculosis*, transcorrem em média, 4 a 12 semanas para a detecção das lesões primárias. A maioria dos novos casos ocorre em torno de 12 meses após a infecção inicial na forma pulmonar (BRASIL, 2011c).

O período de transmissibilidade é enquanto o doente estiver eliminando bacilos e não houver iniciado o tratamento. Com o início do esquema terapêutico recomendado, a transmissão é reduzida, gradativamente, a níveis insignificante, afim de poucos dias ou semanas (BRASIL, 2010).

### **3.3.2 Diagnóstico**

Todo indivíduo com baciloscopia ou cultura, dados clinico-epidemiológicos e exames complementares como o RX de tórax que confirmem o diagnóstico, é denominada caso de tuberculose, já em “caso novo” de TB é aquele paciente que nunca usou ou usou por menos de um mês medicamentos antituberculosos (BRASIL, 2002).

O diagnóstico clínico é de acordo com os sintomas e história epidemiológica. Tuberculose suspeita em crianças e adolescente deve ser encaminhado para a unidade de referência, para investigação e confirmação do diagnóstico. A criança devesse voltar para o acompanhamento na UBS caso seja confirmado o diagnóstico

(BRASIL, 2010).

A baciloscopia direta do escarro é o método prioritário, permite identificar o doente bacilífero. Método simples e seguro devem ser realizados por todos os laboratórios. A baciloscopia direta deverá ser indicada para todos os sintomáticos respiratórios (indivíduo com tosse e expectoração por três semanas e mais). Deverá ser dada ênfase, para realização deste exame, em pacientes que apresentem alterações pulmonares na radiografia de tórax e nos contatos de Tuberculose pulmonar bacilíferos. Também é utilizada para acompanhar a evolução bacteriológica do paciente pulmonar, inicialmente positivo, durante o tratamento. O controle bacteriológico deve ser de preferência mensal e, obrigatoriamente, ao término do segundo, quarto e sexto mês de tratamento (BRASIL, 2008).

O exame radiológico é auxiliar no diagnóstico da Tuberculose, justificando-se sua utilização, se possível, nos casos suspeitos. Este exame permite a identificação de pessoas portadoras de imagens sugestivas de Tuberculose, ou de outras patologias. O exame radiológico, em pacientes com baciloscopia positiva, tem como função principal, a exclusão de outra doença pulmonar associada, que necessite de tratamento concomitante, além de permitir avaliação da evolução radiológica dos pacientes, sobretudo daqueles que não responderam a quimioterapia (BRASIL, 2010).

A Prova Tuberculina é indicada, como método auxiliar, no diagnóstico da Tuberculose, em pessoas não vacinadas com BCG ou indivíduos infectados pelo HIV. A prova tuberculínica quando positiva, isoladamente, indica apenas a presença de infecção, e não é suficiente para o diagnóstico da Tuberculose doença ( RONDONÓPOLIS, 2012).

No Brasil, a tuberculina usada é o PPD RT23, aplicado por via intradérmica, no terço médio da face anterior do antebraço esquerdo, na dose de 0,1ml, equivalente a 2UT (unidades de tuberculina). A técnica de aplicação e o material utilizado são padronizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e têm especificações semelhantes às usadas para a vacinação BCG. A injeção do líquido faz aparecer uma pequena área de limites precisos, pálida e de aspecto pontilhado, como casca de laranja (BRASIL, 2011b).

### **3.3.3 Tratamento**

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 (BRASIL, 2003). Para isso, devem-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, consequências advindas do abandono do tratamento, e possíveis efeitos adversos dos medicamentos. As drogas usadas, nos esquemas padronizados, são as seguintes (BRASIL, 2010).

- Isoniazida-H
- Rifampicina-R
- Pirazinamida-Z
- Etambutol-E

Em agosto de 2009, o Comitê Técnico Assessor do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, recomendou a inclusão do Etambutol, para adultos e adolescentes (maiores de 10 anos de idade), no tratamento de primeira linha da Tuberculose no Brasil. 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 (menores de 10 anos de idade) continua a recomendação com 3 fármacos na 1ª fase (RHZ) e 2 fármacos (RH) na 2ª fase (BRASIL, 2011. C).

Este esquema consiste em doses fixas combinadas (DFC) de Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol por seis meses, sendo dois meses de RHZE seguidos de quatro meses de RH em doses que variam conforme o peso (Quadro 1). Pode ser usado por gestantes em qualquer período da gestação, em dose plena. (BRASIL, 2010)

QUADRO-1: Esquema básico para adultos e adolescentes - 2RHZE/4RH

REGIME	FÁRMACOS	FAIXA DE PESO	Nº DE UNIDADES/DOSES	Nº DE MESES
2RHZE Fase intensiva	RHZE COMPRIMIDO EM DOSE FIXA COMBINADA 150/75/400/275mg	20 A 35 Kg	2 comprimidos	2
		36 A 50 Kg	3 comprimidos	
		>50 Kg	4 comprimidos	
4RH Fase de manutenção	RH SÁPSULAS OU COMPRIMIDOS DE 300/200mg OU 150/100mg	20 A 35 Kg	1 comprimido ou cápsula de 300/200mg	4
		36 A 50 Kg	1 comprimido ou cápsula de 300/200mg + 1 comprimido ou cápsula de 150/100mg	
		>50 Kg	2 comprimidos ou cápsulas de 300/200mg	

Fonte: Moreira (2012)

Na meningoencefalite tuberculosa, há sintomas inespecíficos na 1ª semana de doença (febre, irritação, alterações do humor, anorexia) e, por volta da 2ª semana, surgem os sintomas neurológicos (de hipertensão intracraniana e de comprometimento dos pares cranianos) (CAMPOS, 2006)

O esquema preconizado para casos da forma meningoencefálica em adultos e adolescentes consiste em doses fixas combinadas por nove meses, sendo dois meses de RHZE seguidos de sete meses de RH em doses que variam conforme o peso (Quadro 2) (BRASIL, 2010).

QUADRO-2: Esquema para Tuberculose meningoencefálica - 2RHZE/7RH

REGIME	FÁRMACOS	FAIXA DE PESO	Nº DE UNIDADES/DOSES	Nº DE MESES
2RHZE Fase intensiva	RHZE COMPRIMIDO EM DOSE FIXA COMBINADA	20 A 35 Kg	2 comprimidos	2
		36 A 50 Kg	3 comprimidos	
		>50 Kg	4 comprimidos	
7RH Fase de manutenção	RH SÁPSULAS OU COMPRIMIDOS DE 300/200mg OU 150/100mg	20 A 35 Kg	1 comprimido ou cápsula de 300/200mg	7
		36 A 50 Kg	1 comprimido ou cápsula de 300/200mg + 1 comprimido ou cápsula de 150/100mg	
		>50 Kg	2 comprimidos ou cápsulas de 300/200mg	

Fonte: Moreira (2012)

Este esquema consiste em doses fixas combinadas (DFC) de Rifampicina, Isoniazida e Pirazinamida por seis meses, sendo dois meses de RHZ seguidos de quatro meses de RH em doses que variam conforme o peso (Quadro 3) (BRASIL, 2010).

QUADRO-3: Esquema básico para criança - 2RHZ/4RH

REGIME	FÁRMACOS	FAIXA DE PESO	Nº DE UNIDADES/DOSES	Nº DE MESES
2RHZ Fase intensiva	RHZ	ATÉ 20 Kg	10/10/35mg/Kg/dia	2
		20 A 35 Kg	300/200/1.000mg/dia	
		30 A 50 Kg	450/300/1.500mg/dia	
		> 50kg	600/400/2.000mg/dia	
4RH Fase de manutenção	RH	ATÉ 20 Kg	10/10mg/Kg/dia	4
		20 A 35 Kg	300/200mg/dia	
		30 A 50 Kg	450/300mg/dia	
		> 50kg	600/400mg/dia	

Fonte: Moreira (2012)

O esquema preconizado para casos da forma meningoencefálica em crianças (menores de 10 anos de idade) consiste em doses fixas combinadas por nove meses, sendo dois meses de RHZ seguidos de sete meses de RH em doses que variam conforme o peso (Quadro 4) (BRASIL,2010).

QUADRO-4: Esquema para crianças com Tuberculose meningoencefálica - 2RHZ/7RH

REGIME	FÁRMACOS	FAIXA DE PESO	Nº DE UNIDADES/DOSES	Nº DE MESES
2RHZ Fase intensiva	RHZ	ATÉ 20 Kg	10/10/35mg/Kg/dia	2
		20 A 35 Kg	300/200/1.000mg/dia	
		30 A 50 Kg	450/300/1.500mg/dia	
		> 50kg	600/400/2.000mg/dia	
7RH Fase de manutenção	RH	ATÉ 20 Kg	10/10mg/Kg/dia	7
		20 A 35 Kg	300/200mg/dia	
		30 A 50 Kg	450/300mg/dia	
		> 50kg	600/400mg/dia	

Fonte: Moreira (2012)

### 3.3.4 Prevenção e Controle

A melhoria das condições da saúde de uma sociedade resulta do desenvolvimento econômico, cultural e social da comunidade. As políticas de saúde associando poderes para superar problemas e mantendo estruturas de proteção permanente, como a Vigilância em Saúde depende de uma série de estratégias que identifiquem o seu estado e programem as medidas necessárias (BRASIL, 2010).

Fazem-se necessárias intervenções preventivas como as ações educativas por meios de processo de informações, educação e comunicação social. Medidas de biossegurança que atuam no controle da transmissão da TB, nas unidades de saúde e profissionais da área, como preconiza a OMS (SÁ et al, 2013).

A busca ativa de casos como ação preventiva na tuberculose tem por

referência o fato da transmissão em cadeia, de um indivíduo bacilífero (foco) para seus contatos mais próximos (comunicantes), e o conhecimento de que a introdução de um tratamento eficaz reduz o período de transmissibilidade logo nas primeiras semanas de uso. Desse modo, quanto mais precocemente forem descobertos os focos e iniciada a medicação, menor será a transmissão da doença (RONDONÓPOLIS, 2012).

Segundo Brasil (2002), a quimioprevenção com o isoniazida é uma forma de proteção eficaz, reduzindo entre 40% a 80% o risco de desenvolver a doença (TB), é indicada para grupos de alto risco, entre eles os infectados com o HIV e pelo M. tuberculosis, pacientes com reator forte da tuberculina, sem sinais de tuberculose ativa, mas com condições clínicas associadas a alto risco de desenvolvê-la, como por exemplo: tabagismo, alcoolismo, diabetes, pacientes submetidos a quimioterapia e tratamento com imunodepressores.

Outra forma de proteção é a vacina BCG, protegendo das formas mais graves de Tuberculose, decorrentes da primeira infecção. No Brasil, é indicada para as crianças de 0 a 4 anos de idade, obrigatória para menores de um ano. Recomenda-se o adiamento da aplicação da vacina, nos seguintes casos: peso ao nascer inferior a 2kg; reações dermatológicas na área de aplicação; doenças graves; uso de drogas imunossupressoras. (BRASIL, 2003). Existem algumas contraindicações absolutas para aplicar a vacina BCG, em portadores de imunodeficiências congênitas ou adquiridas, exceto recém-nascidos e crianças soropositivas para HIV, ou filhos de mães com AIDS, onde não apresentem os sintomas da doença. Os adultos infectados pelo HIV (sintomáticos ou assintomáticos), não deverão ser vacinados caso estejam apresentando contagem de linfócitos T(CD4+) abaixo de 200 células/mm<sup>3</sup> (BRASIL, 2010).

O controle da TB pós-cura, só é necessária em alguns casos: se o paciente apresentar sintomas semelhantes aos do início da doença, e casos de pacientes portadores do HIV/AIDS e outras imunodeficiência e sem comprovação bacteriológica da cura (BRASIL, 2002).

### 3.4 ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA AO PACIENTE COM TB

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) surge para viabilizar

a aplicação dos conhecimentos técnico-científicos de maneira humanizada, gerando também a facilitação do registro das informações, bem como da comunicação. É necessário que o enfermeiro conheça as fases do processo de enfermagem, ao dispor desse instrumento, o Enfermeiro pode prestar assistência ao paciente de maneira sistematizada e individualizada, contribuindo assim para uma melhor qualidade do cuidado de enfermagem e atividades gerenciais (ALVES; GALINDO, 2012).

A SAE no tratamento da Tuberculose direciona e melhora a qualidade da assistência, proporcionando segurança para a equipe de enfermagem, mesmo que nunca tenha acompanhado um caso de Tuberculose. (ALVES; GALINDO, 2012). Vale ressaltar que mesmo com a implantação deste, é imprescindível a realização do Tratamento Diretamente Observado, sendo importante definir quem será responsável pela observação direta da ingestão dos medicamentos, controle e convocação de faltosos e visitas domiciliares, como propõe o Ministério da Saúde (SOUZA et al, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde, a assistência de enfermagem é essencial no tratamento da TB, procurando conhecer as necessidades e estabelecer um vínculo de saúde e usuário, a construção e implementação da assistência de enfermagem às pessoas com TB, é considerado importante, para uma boa efetividade no tratamento, intervenção e na qualificação da atenção à saúde (BRASIL, 2011a).

Nos dias atuais, a atenção primária à saúde é considerada a base de um novo modelo assistencial de sistemas de saúde, que tenham como foco usuário-cidadão (GIOVANELLA, 2012).

De acordo com Giovanella (2012), na conferência de Alma-Ata, a atenção primária à saúde é essencial na atenção à saúde, fundada como primeiro componente de um processo permanente de assistência ao usuário-cidadão, cujo acesso deve ser garantido a todas as famílias da comunidade mediante da participação e foco na proteção e promoção da saúde.

Foram consideradas áreas prioritárias na Atenção Primária, pelo “Pacto pela Vida”: a promoção da saúde e atenção básica; a saúde do idoso; o câncer de colo de útero e mama; o combate à mortalidade infantil e materna; o controle de endemias e doenças emergentes, com ênfase na dengue, hanseníase, **tuberculose**, malária e influenza. No entanto se referindo que ao controle da tuberculose foi

estabelecida como meta a cura de pelo menos 85% dos casos novos de tuberculose bacilífera diagnosticados por ano (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2008).

Denominado inicialmente como PSF, desenvolvido para levar ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde para perto das pessoas, utilizando uma equipe básica formada por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. O atendimento pode ser na unidade básica de saúde ou no domicílio. Uma das metas é a criação de vínculos de responsabilidade entre os profissionais e os usuários (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2008).

De acordo com a Política de Atenção Básica no Brasil, uma das estratégias para promover o controle de doenças prevalentes e de preocupação na saúde pública, como por exemplo, a TB. O processo de trabalho das equipes da Saúde da Família devem seguir as responsabilidades pelos desenvolvimentos das ações educativas, interferir no processo saúde-doença da população e ampliar o controle social na qualidade de vida do usuário (TEIXEIRA, 2011).

Na atualidade a TB no Brasil, se apresenta como uma das prioridades da Atenção Básica, devido ao fato de ser uma doença infectocontagiosa de notificação compulsória. As estratégias da AB propõe promover assim o aumento da taxa de cura, e diminuição de abandono do tratamento e óbitos entre os doentes, através das ações de prevenção e controle da TB (CIRINO, 2011).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa exploratória de caráter descritivo com abordagem quanti-qualitativa.

Segundo Gil (2009), uma pesquisa exploratória é uma forma metodológica de pesquisa que têm como finalidade principal desenvolver, esclarecer, e modificar conceitos e ideias com o objetivo de formular problemas precisos ou hipóteses que possam ser pesquisadas em estudos posteriores fazendo-as mais específicas. Tais pesquisas promovem o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições.

O autor supracitado relata que as pesquisas descritivas têm como objetivo principal a definição das características de uma população específica assim como fenômenos e/ou estabelecimento das relações entre as variáveis. Esse tipo de estudo dá enfoque à utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados.

Minayo (2010) afirma que a abordagem qualitativa contempla os vários aspectos que compõem os seres humanos: sua história, suas relações e representações, suas crenças, suas percepções, opiniões e a interpretação dos seres humanos a respeito de determinado tema. Diferente da pesquisa qualitativa, os resultados da pesquisa quantitativa são aqueles que podem ser quantificados. O método de pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, assim como as relações entre suas variáveis (FONSECA, 2002).

### 4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na cidade de Assú/RN em cinco unidades básicas, São elas: Unidade Básica de Saúde Frutilândia I; Unidade Básica de Saúde Frutilândia II; Unidade Básica de Saúde Vertente I; Unidade Básica de Saúde Vertente II e Unidade Básica de Saúde da Família (Maria da Penha da Silva) - São João. A escolha do local se deu pelo fato de que a instituição em questão é composta por um corpo de enfermeiros (a) suficiente para a aquisição dos dados pertinentes à pesquisa e por se localizar mais próxima à residência do pesquisador

associado.

### 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para Andrade (2010), a população pode ser definida como os elementos da pesquisa que constituem o universo, cada um dotado de especificidades. Já a amostra caracteriza-se como uma parte do todo desta população que será investigada.

A população para a realização da pesquisa foi composta por 5 enfermeiros(a) da cidade de Assú/RN, de ambos os sexos e que atenderam os seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro (a), trabalhar na atenção básica, fazer parte da equipe ESF, concordar em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). A amostra foi com 5 enfermeiros(a).

### 4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados a partir de um roteiro de entrevista (Apêndice B), que segundo Marconi e Lakatos (2010) devem ser previamente estabelecidos pelo pesquisador composto por perguntas, realizadas de maneira clara e metodológica ao investigado lhe dando a oportunidade de expressar suas respostas de forma verbal com clareza necessária para a formação da coleta dos dados.

O roteiro de entrevista foi composto por duas partes. A primeira com questões objetivas relacionadas à caracterização do perfil social dos entrevistados e a segunda com perguntas subjetivas, relacionadas à temática.

### 4.5 PROCEDIMENTO PARA A COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada através de uma entrevista, que segundo Gil (2007), é uma técnica de pesquisa que têm como objetivo a obtenção de informações que interessam a uma investigação, onde o pesquisador elabora perguntas orientadas com um objetivo definido, frente a frente com o investigado mediante uma interação social.

Ocorreu após a aprovação do projeto CEP: 013/2015 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE/RN e após os participantes assinarem o TCLE ao aceitarem

participar da pesquisa. Foi realizada em ambiente fechado e privativo entre o entrevistador e o entrevistado, garantindo assim, o anonimato, bem como assegurado a privacidade dos entrevistados. As entrevistas foram gravadas em aparelho eletrônico e as informações obtidas serão submetidas à transcrição pelo pesquisador para posterior análise.

#### 4.6 ANÁLISE E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

Os dados quantitativos foram analisados e apresentados em forma de gráficos e discutidos à luz da literatura.

Os dados qualitativos foram analisados através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), sendo este um discurso síntese elaborado por meio dos fragmentos de discursos individuais que são agrupados por similaridade de sentido. Essa técnica metodológica é formulada na primeira pessoa do singular e é elaborado pelo pesquisador e objetiva analisar o discurso previamente coletado, extraindo das respostas do entrevistado as expressões-chave significativas do discurso (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005).

#### 4.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A pesquisa 013/2015 foi desenvolvida levando-se em consideração os princípios éticos da pesquisa que envolve seres humanos, conforme dispõe a Resolução 466/12 CNS/MS. Para tal, a pesquisa foi submetida à avaliação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE.

Esta Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os referenciais da bioética, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012b).

A pesquisa levou em consideração também os aspectos éticos contemplados no Cap. III- Do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica da Resolução do COFEN 311/2007 que dispõe sobre a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e que esclarece o dever do profissional de enfermagem de exercer suas atividades com competência e respeito para que se

obtenha a promoção da saúde e a integralidade da saúde do ser humano em sua totalidade, atendendo aos princípios da ética e da bioética nas produções técnico-científicas (COFEN, 2007).

A pesquisa apresentou riscos mínimos, como, por exemplo, desconforto aos participantes durante a coleta de dados. Porém as atividades ou questionamentos elementares são comuns do dia a dia e em momento algum causam constrangimento à pessoa pesquisada. Apresenta como benefícios, a produção científica sobre o tema e a possibilidade de contribuição para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Os benefícios superaram os riscos.

#### 4.8 FINANCIAMENTO

Todas as despesas decorrentes da pesquisa foram de inteira responsabilidade do pesquisador associado. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró- FACENE/RN se responsabilizou em disponibilizar referencias contida no acervo de sua Biblioteca, computadores e conectivos, bem como, orientadora e banca examinadora.

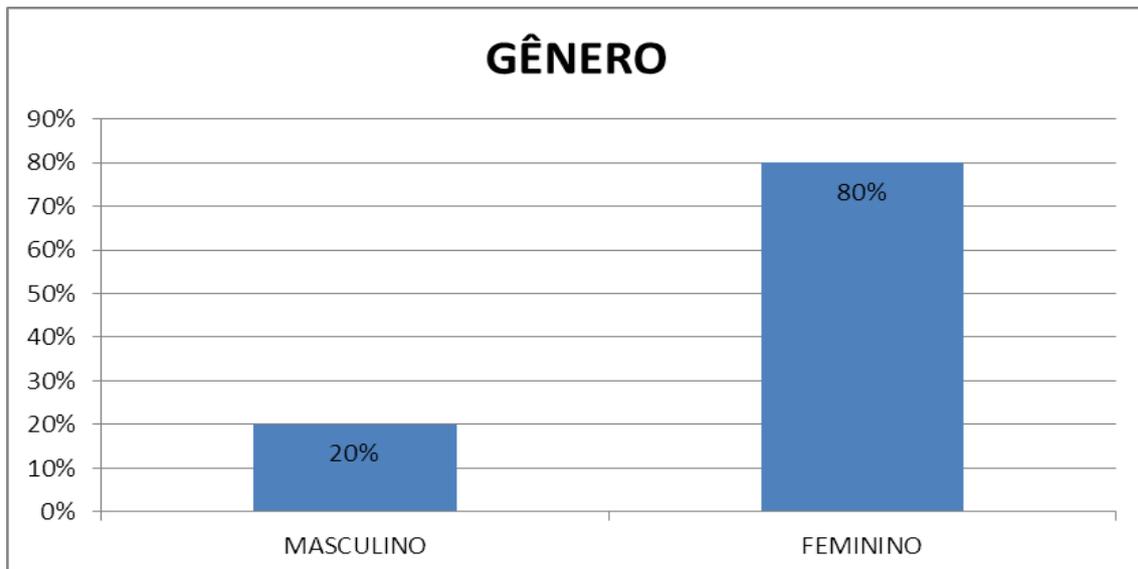
## 5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os resultados e discussões estão distribuídos em duas etapas, seguindo a ordem do roteiro de entrevista, referentes aos dados sociodemográficos dos profissionais e questões referente à temática.

### 5.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

O gráfico 1, mostra que o sexo feminino ainda é predominante na profissão. Mostrando que a enfermagem ainda continua sendo uma profissão de preferência feminina.

GRÁFICO 1



**Fonte:** Pesquisa de Campo (2015)

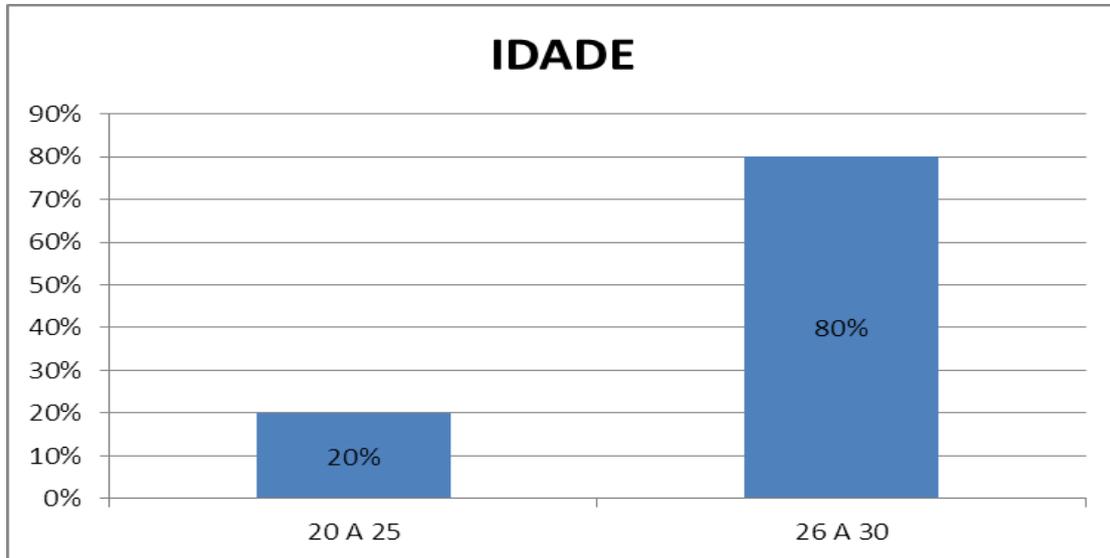
Por muitos séculos a enfermagem era função de mulheres religiosas que dedicavam suas vidas para à assistência aos pobres e aos doentes (GEOVANINI; MOREIRA; SCHOELLER; MACHADO, 2005).

A prevalência feminina na Enfermagem é uma realidade no cenário atual, onde pode ser justificado pelo fato, de que ao longo da história, as mulheres tinham como papel natural de cuidadora (OJEDA et al, 2008).

Portanto no contexto histórico a Enfermagem esta marcada pelo predomínio da força de trabalho feminina em atividades que envolvem o cuidado.

O gráfico 2, representa a faixa etária dos participantes, onde demonstra que, nos tempos atuais a procura pela formação esta cada vez mais cedo.

GRÁFICO 2

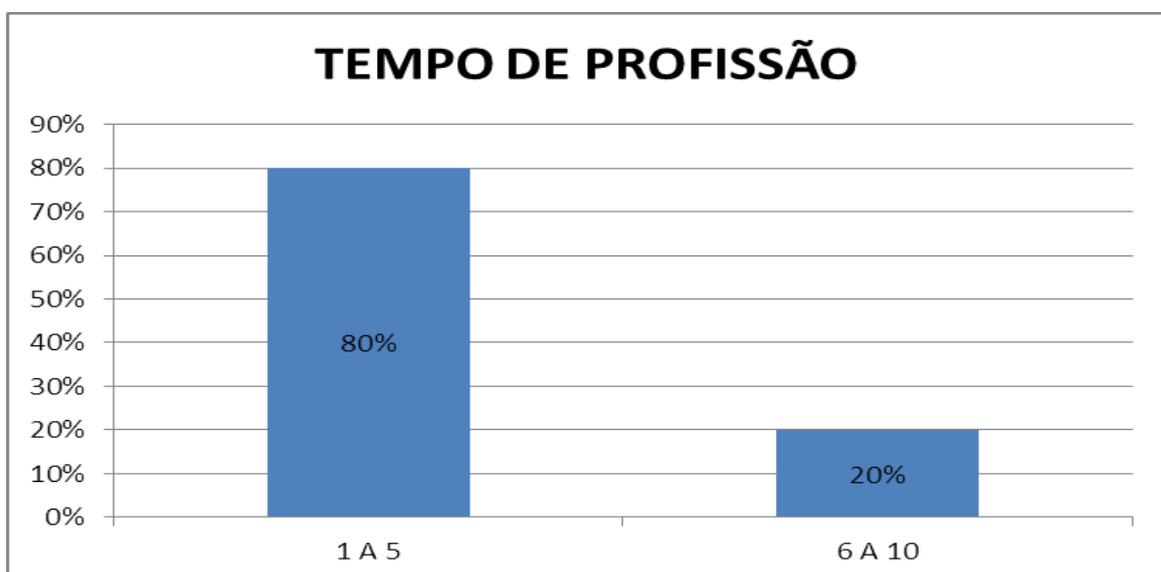


Fonte: Pesquisa de Campo (2015)

Portanto, estes resultados indicam o predomínio de uma faixa etária jovem. Discute-se entre as vantagens da presença, da formação de enfermeiros com perspectivas mais precoces de oportunidades para o crescimento e progresso profissional (MEDEIROS; PERES, 2011)

O gráfico 3, representa o tempo de formação dos enfermeiros entrevistados.

GRÁFICO 3

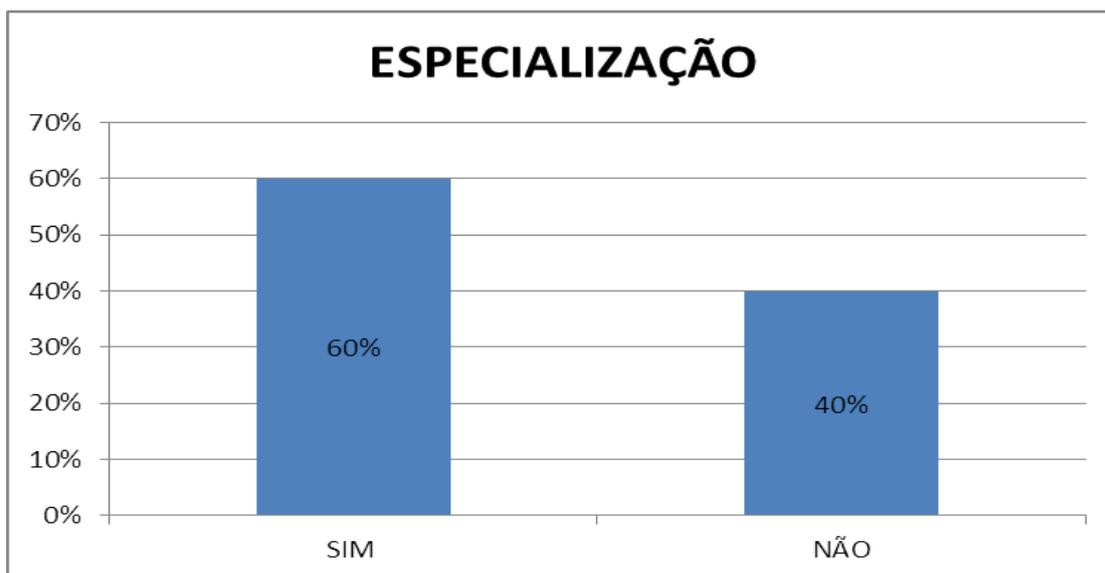


Fonte: Pesquisa de Campo (2015)

O tempo de formação profissional desempenha papel fundamental na disseminação de saberes e de práticas em saúde (CUNHA , 2013).

O gráfico 4, mostra que a maioria dos entrevistados tem algum tipo de especialização, revelando assim a preocupação de buscar novos títulos.

GRÁFICO 4

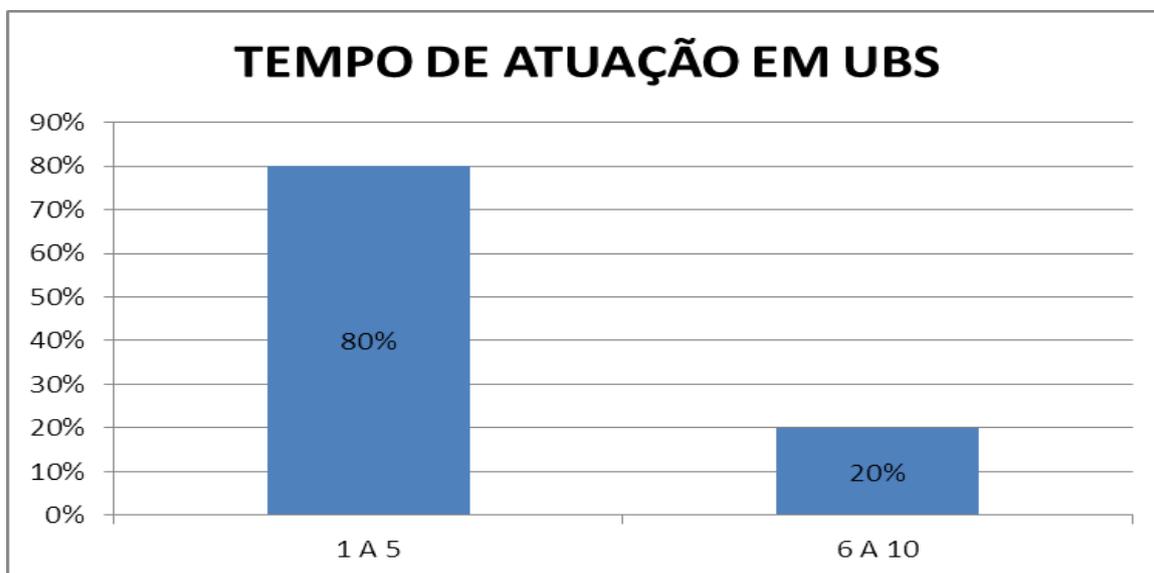


Fonte: Pesquisa de Campo (2015)

Nos dias atuais a qualificação profissional deve estar em conformidade e sintonia com os padrões de competitividade do mercado de trabalho, por tanto os enfermeiros que atuam nos serviços de saúde, constantemente, buscam um saber científico que subsidie a prática assistencial. Os cursos de pós-graduação propõem ao profissional um preparo direcionado a uma área determinada do conhecimento de aprimorar a prática do cuidado (OLIVEIRA et al, 2009).

O gráfico 5, mostra que o tempo de atuação em UBS esta relacionada com o tempo de formação dos mesmos.

GRÁFICO 5

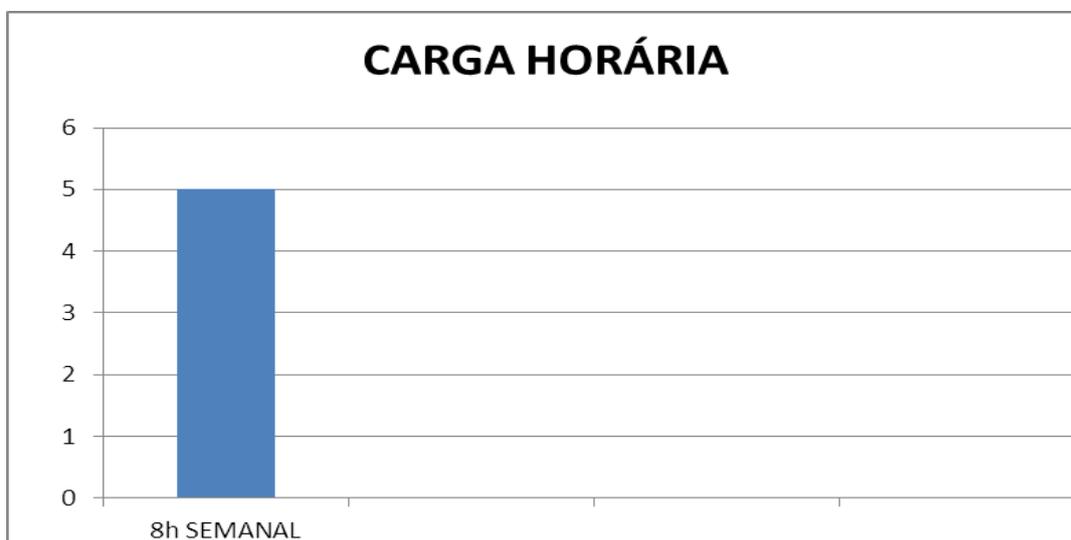


Fonte: Pesquisa de Campo (2015)

O tempo de formação influencia no desempenho profissional para possibilitar o aumento da autonomia intelectual dos trabalhadores, o domínio do conhecimento técnico-científico, a capacidade de gerenciar melhor o tempo e o espaço no trabalho, a criatividade nas ações, a interação com os usuários dos serviços, elevação do grau de consciência da qualidade da assistência prestada (GUBERT; PRADO, 2011).

O gráfico 6, mostra que os enfermeiros das UBS cumpre a carga horária de trabalho de 8 horas diárias, 40 horas semanais.

GRÁFICO 6

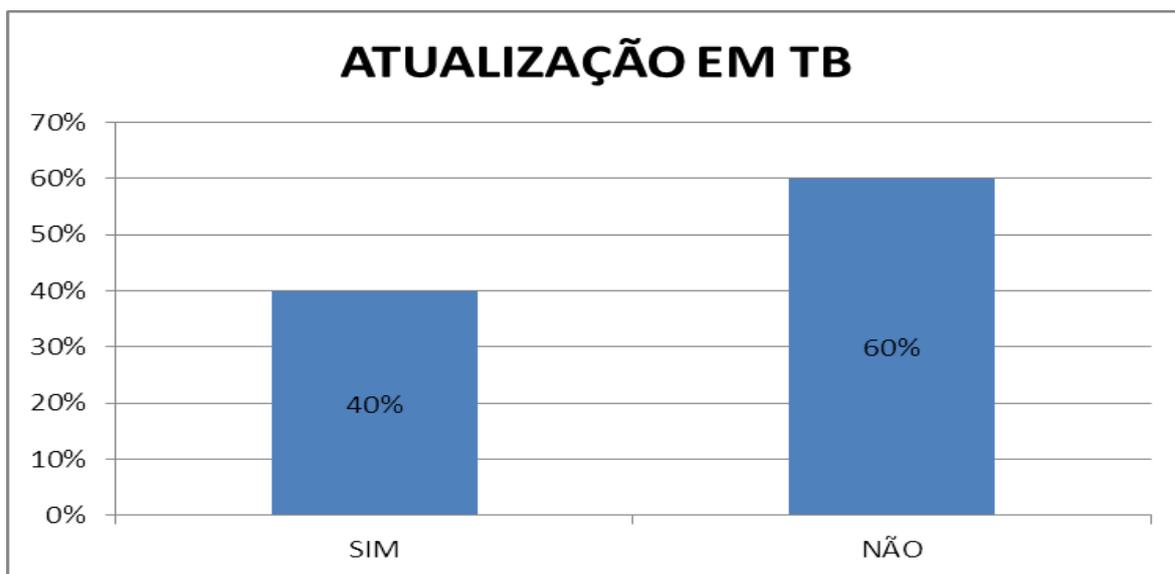


**Fonte:** Pesquisa de Campo (2015)

De acordo com o COFEN Resolução Nº 189/96, está previsto 01 enfermeiro para atividades administrativas, com 08 horas de trabalho. Para atividade assistencial e 40 horas semanal. Onde são desenvolvidas ações de Enfermagem durante todo o período de funcionamento da instituição de saúde (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1996).

O gráfico 7, representa a participação dos enfermeiros em atividades de capacitação em TB. Percebe-se que a maioria dos entrevistados não possui nem um tipo de atualização em TB. O que é preocupante pois a necessidade dos enfermeiros de UBS terem alguma capacitação em TB é fundamental para adquirir conhecimentos, promover saúde, melhorar o atendimento.

GRÁFICO 7



**Fonte:** Pesquisa de Campo (2015)

O enfermeiro tem um papel importante nos cuidados e nas orientações com o portador de tuberculose, ajudando-a a prevenir, estimulando a importância e a adesão do tratamento (SÁ et al, 2013).

A formação profissional e a capacitação são importantes requisitos para a incorporação e sustentabilidade das ações de controle de várias doenças no contexto da Atenção Básica, incluindo a TB (NOBREGA et al, 2010).

## 5.2 DADOS RELACIONADOS À ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE À PREVENÇÃO DA TUBERCULOSE NAS UBS'S DO MUNICÍPIO DE ASSU-RN

A segunda parte do roteiro de entrevista traz três questões abertas, relacionadas com a temática. Os resultados foram analisados no método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), exposto por Lefevre (2005), conforme a abordagem qualitativa.

No quadro 1, referente a ideia central 1, apresenta a concepção dos enfermeiros sobre a importância da prevenção da TB, onde todos os entrevistados responderão que as intervenções preventivas nas UB são importantes no combate a TB.

QUADRO 1- Qual a sua concepção sobre a importância da prevenção da TB? Revelando ideia central, expressões – chave e discurso do sujeito coletivo, como resposta à questão.

Ideia Central 1	Expressões – Chave
Intervenções preventivas	<p>“A unidade básica e o pilar estratégico para a prevenção da TB” [...]</p> <p>“As intervenções preventivas é a melhor forma de combater a tuberculose” [...]</p> <p>“São importantes para reduzir as complicações inerentes à doença” [...]</p> <p>“Com as intervenções na unidade, com toda a equipe e população, teremos bons resultados” [...]</p>
<p>DSC: A unidade básica é o pilar estratégico para a prevenção da TB, as intervenções preventivas é a melhor forma de combater a tuberculose, são importantes para reduzir as complicações inerentes à doença, com as intervenções na unidade, com toda a equipe e população, teremos bons resultados.</p>	

Fonte: Pesquisa de Campo (2015)

A atenção básica cumpre um papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS por estabelecer relações com a população e por se desenvolver um trabalho em equipe que enfatiza práticas participativas (MEDEIROS; PERES, 2011).

Portanto reforçar a importância da atenção aos doentes de tuberculose na atenção básica deve ter como principal porta de entrada do SUS, utilizando métodos de prevenção, diagnóstico e assistência (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012).

Portanto, a intervenção preventiva é como um alicerce da atenção básica, que promove uma melhor apreensão dos usuários da ESF acerca dos termos saúde e doença, para adotarem novos hábitos de vida e medidas de saúde. No contexto é indispensável às ações de enfermagem no combate à TB, por ser um dos agravos mais relevante e de difícil controle (BERTAZONE, 2003).

No quadro 2, ideia central 1, apresenta que as ações que são desenvolvidas na unidade para prevenção da TB, onde os entrevistados responderam que as ações educativas desenvolvidas nas unidades se limitam em pequenas palestras e/ou conversas, quando se tem oportunidade. Mostrando assim que as ações não são planejadas nem desenvolvidas diretamente para o controle e prevenção da TB.

QUADRO 2 - Quais ações são desenvolvidas nas UBS para prevenção da TB? Revelando ideia central, expressões – chave e discurso do sujeito coletivo, como resposta à questão.

Ideia Central 1	Expressões – Chave
As ações se limitam em Palestras	<p>“O que é mais realizado na unidade é pequenas palestras ou rodas de conversas” [...]</p> <p>“Para alerta a população da importância da imunização e da prevenção do contágio” [...]</p> <p>“Quando temos oportunidade falamos um pouco de cada doença, e sobre a tuberculose principalmente, não se tem muito tempo é muita coisa pra fazer ” [...]</p> <p>“São poucos momentos em que falamos da tb,</p>

	sempre relembramos outras doenças (hipertensão, diabetes..)” [...]
DSC: O que é mais realizado na unidade é pequenas palestras ou rodas de conversas, para alerta a população da importância da imunização e da prevenção do contágio, quando temos oportunidade falamos um pouco de cada doença, e sobre a tuberculose principalmente, não se tem muito tempo é muita coisa pra fazer, são poucos momentos em que falamos da TB, sempre relembramos outras doenças (hipertensão, diabetes).	

Fonte: Pesquisa de Campo (2015)

Trigueiro et al 2009, diz que as ações devem ser planejadas, priorizando a prevenção e promoção da saúde. Mostrando assim, que é fundamental perceber que educar para a saúde significa ir além da assistência curativa, priorizando a prevenção e a promoção da saúde.

As dificuldades do enfermeiro que veem impedir ou dificultar a realização das atividades educativas pode esta relacionada com a alta demanda, a desvalorização da população para com a assistência em saúde, pela falta de motivação dos profissionais e carência de habilidade de alguns profissionais (CARVALHO, 2009).

Sá et al (2007) relata que, a assistência de enfermagem deve promover ações interventivas efetivas que visem à melhoria da qualidade da assistência prestada ao portador da TB.

Quadro 2, ideia central 2, apresenta que, das ações desenvolvidas para a prevenção da TB, a busca ativa é realizada e satisfatória.

QUADRO 2 - Quais ações são desenvolvidas nas UBS para prevenção da TB?

Ideia Central 2

Expressões – Chave

	“Busca ativa dos sintomáticos respiratórios” [...]
	“De possíveis novos casos,... dos pacientes que frequenta a unidade” [...]
Busca ativa	“Ano passado foi realizado uma busca ativa, no sentido de atingir os indicadores preconizados” [...]

---

DSC: Busca ativa dos sintomáticos respiratórios, de possíveis novos casos, dos pacientes que frequenta a unidade, ano passado foi realizado uma busca ativa, no sentido de atingir os indicadores preconizados.

---

**Fonte:** Pesquisa de Campo (2015)

De acordo com Clementino e Mirando (2010), as atividades devem enfatizar o controle da tuberculose para oferta precoce, buscando novos casos e diagnóstico precoce, promovendo tratamento eficaz até a cura, objetivando a interrupção da cadeia de transmissão evitando o adoecimento.

Nobrega et al (2010), a busca ativa esta relacionada com atividade que deve ser desenvolvida pelos profissionais da equipe de saúde, através de busca sistemática de casos suspeitos, na demanda dos serviços de saúde, durante as visitas domiciliares, em grupos específicos como, por exemplo, pessoas vivendo em instituições fechadas e em eventos comunitários como em campanhas educativas.

A busca ativa deve ser incorporada à rotina de atividades de toda a equipe de saúde buscando a detecção precoce de novos casos. Muitos dos casos de TB podem não esta sendo diagnosticada pelo fato de não acesso ao serviço de saúde ou pelos profissionais não estarem atentos ao sintomático. No entanto é papel do enfermeiro e de elaborar e planejar ações, educar, treinar e atualizar a equipe pode contribuir muito para o controle da doença.

No quadro 3, ideia central 1, mostra a insatisfação dos profissionais com o ambiente de trabalho, onde os entrevistados responderam não terem ambiente adequado para atender os sintomáticos respiratórios.

QUADRO 3 – Existem dificuldades em desenvolver ações que previnam a tuberculose na unidade. Quais são? Revelando ideia central, expressões – chave e discurso do sujeito coletivo, como resposta à questão.

Ideia Central 1	Expressões – Chave
Insatisfação com o ambiente	“Sim, falta de um ambiente adequado para o atendimento dos sintomáticos respiratórios” [...]
	“A unidade deveria ter um ambiente apropriado, com circulação de ar” [...]
	“Para um bom atendimento ao paciente” [...]

---

DSC: Sim, falta de um ambiente adequado para o atendimento dos sintomáticos respiratórios, a unidade deveria ter um ambiente apropriado, com circulação de ar, para um bom atendimento ao paciente.

---

**Fonte:** Pesquisa de Campo (2015)

O ambiente inadequado proporciona elevado risco de infecção pelo bacilo da tuberculose de paciente para paciente ou de paciente para profissionais de saúde. Comprometendo assim a saúde dos usuários e dos próprios profissionais (SILVA; NAVARRO, 2013).

De acordo com Silva e Navarro (2013), os profissionais de saúde desempenham diariamente suas atividades em ambiente de risco, onde ocorrem, atendimentos de pessoas que desconhecem que são portadoras do *Mycobacterium tuberculosis*. Os indivíduos que abandonaram o tratamento também representam grande risco. O risco à saúde dos trabalhadores, pacientes e população que frequentam os serviços de saúde pode ser aumentado pela exposição em ambiente fechado com pouca circulação de ar.

Durante sua pesquisa Sá et al (2011), identificou que uma das principais fragilidades nas unidades de saúde, é o espaço físico inadequado, por ser pequeno

e sem circulação de ar, causando aglomerações, interferindo assim na realização das ações de educação em saúde, trazendo riscos para os usuários e a equipe.

Quadro 3, ideia central 2, mostra insatisfação na biossegurança dos profissionais, onde os entrevistados relataram falha na distribuição de materiais para proteção individual.

QUADRO 3 - Existem dificuldades em desenvolver ações que previnam a tuberculose na unidade. Quais são?

#### Ideia Central 2

#### Expressões – Chave

Proteção individual	<p>“Falta de materiais para trabalhar com segurança” [...]</p> <p>“Na UBS não dispõe de insumos em quantidade suficiente para a proteção dos seus profissionais” [...]</p>
---------------------	--

---

DSC: Falta de materiais para trabalhar com segurança, na UBS não dispõe de insumos em quantidade suficiente para a proteção dos seus profissionais.

---

**Fonte:** Pesquisa de Campo (2015)

De acordo com Franco e Zanetta (2004), os profissionais de saúde principalmente os enfermeiros que estão diretamente ligados ao usuário, tem maior risco de infecção e adoecimento por TB. A categoria comparando com a população geral, são mais vulneráveis ao risco de infecção.

A TB de transmissão aérea, como a pulmonar e a laríngea requerem medidas administrativas, ambientais e de proteção individual que diminuam o risco de transmissão da doença (FAGUNDES et al, 2011).

Quadro 3, ideia central 2, mostra insatisfação na biossegurança dos profissionais, onde os entrevistados relataram falha na distribuição de materiais para proteção individual.

QUADRO 3 - Existem dificuldades em desenvolver ações que previnam a tuberculose na unidade. Quais são?

### Ideia Central 3

### Expressões – Chave

	“Sim, resistência e abandono do tratamento pelos sintomáticos” [...]
Resistência dos usuários	“Resistência dos usuários ao teste” [...]
	“Muitos se negam a realizar os exames ou ate mesmo não aceitam a possibilidade de terem TB” [...]

---

DSC: DSC: Sim, resistência e abandono do tratamento pelos sintomáticos, resistência dos usuários ao teste, muitos se negam a realizar os exames ou ate mesmo não aceitam a possibilidade de terem TB.

---

**Fonte:** Pesquisa de Campo (2015)

De acordo Gutiérrez (2012), o TDO é uma estratégia fundamental para o sucesso da adesão ao tratamento. Compete aos serviços e profissionais de saúde promover meios necessários para garantir que toda pessoa com suspeita e diagnóstico de tuberculose venha a ser, sem atraso, adequadamente tratada.

Um dos principais problemas encontrados pelo PNCT é a dificuldade de adesão por partes dos usuários ao tratamento. Observa-se, na pratica, que muitos dos usuários muitos não conclui o tratamento, por uma ou diversas vezes, essa não adesão é apontada como uma grave falha do programa de controle e combate a doença. As razões que podem influenciar são diversificadas ou ate complexas, pode estar relacionada com o próprio usuário, na forma que se processa o tratamento, na forma da organização dos serviços de saúde, ou ate mesmo relação profissional e paciente (CIRINO, 2011).

Sá et al (2007) afirma que, o abandono ao tratamento não está só relacionado ao usuário, podendo sim ter diversos outros motivos, como o acesso aos medicamentos, a falta de material, de profissionais e até mesmo carência no serviço de saúde. Promovendo um descuido não do usuário mais do serviço para que terminem o tratamento até obter a cura.

Quadro 3, ideia central 4, mostra que ainda há preconceito perante a doença, os entrevistados afirmam que existe preconceito tanto do usuário, população e dos profissionais de saúde.

QUADRO 3 - Existem dificuldades em desenvolver ações que previnam a tuberculose na unidade. Quais são?

#### Ideia Central 4

#### Expressões – Chave

#### Preconceito

“O preconceito querendo ou não existe, não só da população, mas, também dos próprios profissionais” [...]

“Não é um trabalho fácil, pois o preconceito está aí, aos poucos vamos sensibilizando os usuários e a equipe” [...]

---

DSC: O preconceito que querendo ou não existe não só da população mais também dos próprios profissionais, Não é um trabalho fácil, pois o preconceito está aí, aos poucos vamos sensibilizando os usuários e a equipe.

---

**Fonte:** Pesquisa de Campo (2015)

A tuberculose, entre outros problemas sociais, provoca mudanças negativas como o afastamento e isolamento na vida pessoal. O preconceito contribui para o isolamento, de seus relacionamentos mais próximos, como cônjuges e filhos (SOUZA; SILVA; MEIRELLES, 2010). Não está só relacionada só com a população, mas com o próprio usuário e como ele encara a doença. Carregando à ideia de contágio, os portadores de tuberculose pulmonar sofrem com a aquisição dessa doença, não só pelas manifestações clínicas, como também pela possibilidade de

vivenciar preconceitos, prejudicando assim seus relacionamentos sociais (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012).

A assistência de enfermagem prestada a pacientes com TB, é por inúmeras vezes prejudicadas pela dificuldade da enfermagem lidar com suas limitações incluído o medo de adquirir a doença, seja por não saber enfrentá-la, por ter preconceito, ou por não possuir conhecimento específico a respeito da doença (MACHADO, 2002).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa, considerada um problema de saúde pública entre os 22 países com maior índice da doença, o Brasil é responsável por 80% dos casos (MOUTINHO, 2011).

A pesquisa teve como objetivo analisar a atuação do enfermeiro frente à prevenção da tuberculose no desenvolvimento das ações de controle no contexto da Atenção Primária à Saúde - APS. Foram identificadas limitações à colher os dados, por alguns profissionais de enfermagem se negaram a participar da pesquisa, onde foi observada certa insegurança dos mesmos. Mesmo mediante as limitações encontradas os objetivos foram alcançados com êxito.

Confirmando que os enfermeiros têm dificuldades em desempenhar seu papel diante das ações preventivas para a tuberculose nas UBS, devido a falhas encontradas no serviço de saúde, necessitando assim de ajustes, seja numa qualificação em TB para os mesmo, quanto nas organizações das ações na atenção primária.

Espera-se que esta pesquisa venha proporcionar maior conhecimento aos profissionais referente aos aspectos que interferem para o efetivo desenvolvimento das ações preventivas para o controle e cura da TB, podendo assim ser representado e oferecido para a reestruturação da atuação do enfermeiro e do serviço de saúde.

A enfermagem tem grande relevância e responsabilidade para o desenvolvimento das ações de controle de tuberculose estabelecido pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose, por estar diretamente envolvida nas atividades de prevenção, busca de novos casos, controle e acompanhamento do doente durante todo o processo.

A pesquisa também indica a necessidade dos enfermeiros trabalharem uma maior divulgação sobre o que é a tuberculose, promovendo tanto sua prevenção como o diagnóstico precoce, contribuindo para uma nova representação acerca desta doença. As medidas de prevenção, relação enfermeiro/paciente e de diagnóstico precoce são essenciais para o controle e combate da mesma.

Os enfermeiros e a equipe de saúde devem ter acesso a programas e treinamento sobre atividades que estejam relacionados com a TB, observa-se a necessidade de ampliação de programas de capacitação dos profissionais, levando

em consideração o número de profissionais não treinados. Dessa forma a obediência de Biossegurança, capacitação e conscientização dos enfermeiros trarão bons resultados diante do exposto. Durante uma entrevista foi relatado que “se os enfermeiros tivessem um melhor preparo, poderia melhorar o atendimento”. Este fato justifica a importância e a necessidade da equipe obter e garantir preparo adequado, visando a qualidade da assistência com segurança de ambos, ou seja, do paciente e do enfermeiro/equipe.

Assim, o PNCT considera que os profissionais de saúde principalmente os que atuam na Estratégia de Saúde Família, precisam estar preparados para promover medidas de prevenção, realizar diagnóstico de casos suspeitos e acompanhar o paciente durante todo o tratamento visando à cura.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, Loyane Gomes; GALINDO, Maria Tereza Gomes do Nascimento. **Proposta de sistematização da assistência de enfermagem no tratamento da tuberculose: construindo alternativa.** [2012].
- ANDRADE, M. M. de. **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico: Elaboração de Trabalhos na graduação.** 10 ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- BERTAZONE, Érika do Carmo. **A assistência ao portador de tuberculose pulmonar sob a ótica dos trabalhadores de enfermagem.** 2003. 119f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.
- BRASIL. Conselho Nacional De Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de Dezembro de 2012b. **Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 24 de abril de 2014.
- BRASIL. **Doenças infecciosas e parasitárias:** Guia de Bolso. 8. ed.rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. I Consenso Brasileiro de Tuberculose. **J Pneumol**, v. 23, n. 6, p. 294-342, 2012a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil.** Brasília, DF: MS, 2011b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose.** Brasília, DF, [2003].
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de controle da tuberculose.** Brasília, DF, [2001].
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose.** Brasília: MS; 2004. p. 1-28.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose na atenção básica:** protocolo de Enfermagem. Brasília, DF: MS, 2011c.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Tuberculose na atenção primária à saúde.** Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011 a.
- BRASIL. Ministério da Saúde **Tuberculose:** Guia de vigilância epidemiológica. Brasília: Funasa, 2002.
- BRASIL. Secretaria de Vigilância à Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual nacional de vigilância laboratorial da tuberculose e**

**outras microbactérias.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CAMPOS, H.S. Etiopatologia da tuberculose e formas clínicas. **Pulmão**, Rio Janeiro, v.15, n.1, p.29-35, 2006.

CARVALHO, Patrícia Gomes de. **Práticas educativas em saúde: ações dos enfermeiros na estratégia saúde da família.** 2009. 85f. Dissertação ( Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2009.

CASTELO FILHO, Adauto. II Consenso Brasileiro de tuberculose: diretrizes para a tuberculose. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 30, sup. 1, jun. 2004.

CIRINO, Illa Dantas. **As ações de controle da tuberculose na atenção primária à saúde: a visão do doente.** 117f. 2011. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2011.

CLEMENTINO, Francisco de Sales; MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes de. Acessibilidade: identificando barreiras na descentralização do controle da tuberculose nas unidades de saúde da família. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p. 584-590, out./dez.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 189/96. **Normatiza em âmbito Nacional a obrigatoriedade de haver Enfermeiro em todas as unidades de serviço onde são desenvolvidas ações de Enfermagem durante todo o período de funcionamento da instituição de saúde.** Rio de Janeiro, 1996.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM - COREN. Resolução Nº 311, de 08 de Fevereiro de 2007. **Aprovada a reforma do código de Ética dos profissionais de Enfermagem.** COREN, 2007

CUNHA, Rubellita Holanda Pinheiro. **A prática do enfermeiro gerente em unidade de internação considerando sua formação profissional.** 2013.76f. Dissertação (Mestrado em enfermagem ) – Universidade Federal do estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, Rio de Janeiro, 2013.

ELIAS, Paulo Eduardo. **Atenção Básica e a Saúde da Família.** 2007. Disponível em: [www2.fm.usp.br/cedem/did/atencao/Texto02.pdf](http://www2.fm.usp.br/cedem/did/atencao/Texto02.pdf) Acesso em: 20 maio 2015

FAGUNDES, Raquel de Cássia Ferro et al. Tuberculose laríngea: proposta de intervenção fonoaudiológica nas sequelas de voz após o tratamento farmacológico . **Rev Soc Bras Fonoaudiol.**, v.16, n.1, p.99-103, 2011.

FOCACCIA, Roberto; VERONESI, Ricardo. **Tratado de infectologia.** 3 ed. Rev.São Paulo: Atheneu,2005.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica.** Fortaleza: UECE, 2002. Apostila.

FRANCO, Célia; ZANETTA, Dirce Maria T. Tuberculose em profissionais de saúde: medidas institucionais de prevenção e controle. **Arq Ciênc Saúde**, v.11, n.4, p.244-252, out./dez. 2004.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Controle da **Tuberculose**: Uma Proposta de Integração Ensino-Serviço. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2008.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5 ed. 8 reimp. São Paulo: Atlas, 2007.

GEOVANINI, Telma; MOREIRA, Almerinda; SCHOELLER, Soraia D; MACHADO, Wiliam C. A. História da Enfermagem. Versões e Interpretações. 2ed. editora reventer Ltda, 2005.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa**. 6 ed. São Paulo: Editora Atlas S. A., 2009.

GIOVANELLA, Lígia et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: FioCruz, 2012.

GUBERT E; PRADO M.L. **Desafios na prática pedagógica na educação profissional em enfermagem**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2011 abr/jun;13(2):285-95. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.9036>.

GUTIÉRREZ, Simone Escudero. **Avaliação da implantação do programa de controle da tuberculose em unidades de saúde da atenção básica nas regionais norte e sul de Cuiabá/MT, 2010**. 2012. 133f. Dissertação (Mestrado profissional em saúde pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

LEFÉVRE, F.; LEFÉVRE, A. M. C. **O Discurso do Sujeito Coletivo**: Um enfoque em Pesquisa Qualitativa. 2. Ed. Caxias de Sul: Editora, 2005.

MACHADO, A. Et al. O impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde dos trabalhadores. **Rev. Saúde Pública** São Paulo, v.22, n.4, p.311-26, ago.2002.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. Fundamentos de metodologia científica. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MEIRELLES, Betina Hömer Schindwein. Representações sociais sobre a tuberculose. **Acta Paul Enferm.**, v.23, n.1, p.23-28, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 22 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

MOUTINHO, Ivana Lúcia Damásio. Tuberculose: aspectos imunológicos na infecção e na doença. **Rev Med**, Minas Gerais, v.21, n.1, p.42-48, 2011.

NILSON, José. **Portal da tuberculose**. 2011. Disponível em: [www.portaldatuberculose.com.br](http://www.portaldatuberculose.com.br) Acesso em: 07 set. 2014.

PILLER, Raquel V. B. Epidemiologia da Tuberculose. **Pulmão**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.4-9, 2012.

RODRIGUES, Ivaneide Leal Ataíde; MOTTA, Maria Catarina Salvador da; FERREIRA, Márcia de Assunção. Representações sociais de enfermeiros sobre o portador de tuberculose. **Acta Paul Enferm.**, v.26, n.2, p.172-178, 2013.

RONDONÓPOLIS (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atendimento de tuberculose**. Rondonópolis, MT: SMS, 2012.

SÁ, Lenilde Duarte de et al. Educação em saúde no controle da tuberculose: perspectiva de profissionais da estratégia saúde da família. **Rev. Eletr. Enf.**, v.14, n.1, p.103-111, jan./maio 2013.

SÁ, Lenilde Duarte de et al. Inter realidade e vínculo no controle da tuberculose na saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.19, n.2, mar-abr, 2011.

SÁ, Lenilde Duarte de et al. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.16, n.4, 712-718, out./dez. 2007.

SILVA, Franceline Helena Alvarenga Lima e; NAVARRO, Marli Brito Moreira de Albuquerque. Biossegurança e prevenção da tuberculose: a importância da qualidade do ar no interior dos serviços de saúde. **Rev Patol Trop.**, v. 42, n.2, p. 133-146, abr./jun. 2013.

SILVA, Rodrigo Marques da. Cuidados de enfermagem ao paciente com tuberculose pulmonar. **Revista contexto e saúde**, Ijuí, v.10, n.20, p. 859- 864, jan./jun. 2011.

SOUZA, Káren Mendes Jorge de et al. Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n.4, p.904-911, 2010.

SOUZA, Sabrina da Silva de; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da; TEIXEIRA, Ricardo Vasconcellos. **Tuberculose**: doença ocupacional nos profissionais de saúde. 21f. Artigo (Especialização em enfermagem do trabalho) – Faculdade Redentor, Três Rios, RJ, 2011.

TEIXEIRA, Ricardo Vasconcellos. Tuberculose: doença ocupacional nos profissionais de saúde. 21f. Artigo (Especialização em enfermagem do trabalho) – Faculdade Redentor, Três Rios, RJ, 2011.

OJEDA, Beatriz Sebben et al. Saberes e verdades acerca da enfermagem: discursos de alunos ingressantes. *Rev. bras. enferm.* vol.61 no.1 Brasília Jan./Feb. 2008.

WILSON, Walter R.; SANDE, Merle. **Doenças infecciosas**: diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artmed, 2004.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado (a) Sr (a).

A presente pesquisa intitulada a aplicabilidade do processo de enfermagem pelos discentes de uma instituição privada de Mossoró/RN desenvolvida por Jailma Maria da Silva, pesquisadora associada e aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, sob a orientação da pesquisadora responsável, a professora Esp. Karla Simões Cartaxo Pedrosa, tem como objetivo geral: Analisar a atuação do enfermeiro frente à prevenção da tuberculose em Unidades Básicas de Saúde no município de Assú/RN. E objetivos específicos: Verificar a concepção dos enfermeiros sobre a importância da prevenção da TB; Descrever as ações desenvolvidas pelos enfermeiros da atenção primária na prevenção da TB; Identificar as dificuldades encontradas pelos enfermeiros da atenção primária em desenvolver ações que previnam a tuberculose.

A mesma justifica-se por ser de fundamental importância para a população e comunidade acadêmica, tendo em vista a relevância para a população/profissionais de a atenção primária conhecer a tuberculose, pois existe um grande risco de contaminação não só entre a família e comunidade, mas, também dos próprios profissionais de saúde, daí a importância do conhecimento e ações que priorizem a prevenção da tuberculose.

Será utilizada como instrumento para a coleta de dados, a aplicação de uma entrevista. Desta forma, venho, através deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, solicitar a sua participação nesta pesquisa e a autorização para utilizar os resultados para fins científicos (monografia, divulgação em revistas e eventos científicos como congressos, seminários, etc.), uma vez que existe a possibilidade de publicação dos resultados.

Convém informar que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa. Você não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora participante. Informamos também que a pesquisa apresenta riscos mínimos às pessoas envolvidas, porém os benefícios superam os riscos.

A pesquisa em questão apresenta riscos mínimos, como, por exemplo, desconforto aos participantes durante a coleta de dados. Porém as atividades ou questionamentos elementares são comuns do dia a dia e em momento algum causam constrangimento à pessoa pesquisada. Apresenta como benefícios, a produção científica sobre o tema e a possibilidade de contribuição para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Os benefícios superam os riscos.

Os pesquisadores<sup>1</sup> e o Comitê de Ética em Pesquisa desta IES<sup>2</sup> estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_,  
declaro que entendi os objetivos, a justificativa, riscos e benefícios de minha participação no estudo e concordo em participar do mesmo. Declaro também que a pesquisadora participante me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, documento ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Mossoró-RN, \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2015.

---

Prof.<sup>a</sup> Esp. Karla Simões Cartaxo Pedrosa

---

Participante da Pesquisa

<sup>1</sup>Endereço residencial da Pesquisadora Responsável: Av. Presidente Dutra, 701. Alto de São Manoel – Mossoró/RN. CEP 59628-000 Fone: /Fax : (84) 3312-0143. E-mail: carlapedrosa@facenemossoro.com.br

<sup>2</sup>Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: R. Frei Galvão, 12. Bairro Gramame – João Pessoa/PB. Fone: (83) 2106-4790 e-mail: cep@facene.com.br

## APÊNDICE B – Roteiro de entrevista

## I) DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM:

1-Idade:\_\_\_\_\_ (Ano/Meses).

2-Genero: M ( ) F ( ).

3-Tempo de formação:\_\_\_\_\_ (Ano/Meses).

4-Possui Especialização em nível de: Pós-graduação ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( )

5-Tempo que atua em UBS: (Anos).

1 a 5 ( ) 6 a 10 ( ) 10 a 15 ( ) 15 a 20 ( )

6-Carga horária de trabalho diário: \_\_\_\_\_ (Média).

7-Participou de alguma atividade de atualização sobre TB?

Sim ( ) Não ( ) Ano: \_\_\_\_\_

## II) DADOS RELACIONADOS A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE A PREVENÇÃO DA TUBERCULOSE:

1- Qual a sua concepção sobre a importância da prevenção da TB?

2- Quais ações são desenvolvidas na UBS para prevenção da TB?

3- Existem dificuldades em desenvolver ações que previnam a tuberculose na unidade. Quais são?

**ANEXO**

## ANEXO A – Certidão



**Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.**  
Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da  
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, - FACENE, da  
Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da  
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN  
Fone: (83) 2106-4790 E-mail: cep@facene.com.br

**CERTIDÃO**

Com base na Resolução CNS 466/2012 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 2ª Reunião Ordinária realizada em 26 de Fevereiro 2015 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE À PREVENÇÃO DA TUBERCULOSE EM UBS<sup>s</sup> DO MUNICÍPIO DE ASSÚ-RN", Protocolo CEP: 013/2015 e CAAE: 41603015.8.0000.5179. Pesquisadora responsável: KARLA SIMÕES CARTAXO PEDROSA e das Pesquisadoras associadas: JAILMA MARIA DA SILVA e VERUSA FERNANDES DUARTE

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30/06/2015, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

João Pessoa, 04 de Março de 2015

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rosa Rita da Conceição Marques'.

Rosa Rita da Conceição Marques  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE