



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ANA ROSA MACHADO RAMIREZ

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM SAÚDE COM PACIENTES PORTADORES
DE TUBERCULOSE PULMONAR, NO MUNICÍPIO DE CARIRÉ-CE.**

FORTALEZA-CE.

2015

ANA ROSA MACHADO RAMREZ

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM SAÚDE COM PACIENTES PORTADORES
DE TUBERCULOSE PULMONAR, NO MUNICÍPIO DE CARIRÉ-CE.**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à
Coordenação do Curso de Especialização em
Saúde da Família, modalidade semipresencial,
Universidade Aberta do SUS (Una - SUS) -
Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em
Educação a Distância Em Saúde, Universidade
Federal do Ceará, como requisito parcial para
obtenção do Título de Especialista.

Orientadora Prof.Ms. Adriana Melo de Farias

FORTALEZA-CE.

2015

ANA ROSA MACHADO RAMIREZ

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM SAÚDE COM PACIENTES PORTADORES
DE TUBERCULOSE PULMONAR, NO MUNICÍPIO DE CARIRÉ-CE.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una - SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

María José Galdino Saraiva

Ms em Ensino na Saúde. Escola de Formação em Saúde da Família

Visconde de Sabóia. Sobral.

Alain Oliveira Dos.

Escola de Formação em Saúde da Família

Visconde de Sabóia. Sobral.

Prof.º, titulação (Dr./Me/Esp), nome.

Instituição

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Federal do Ceará

R173i Ramirez, Ana Rosa Machado.

Intervenção educativa em saúde com pacientes portadores de tuberculoses pulmonar, no Município de Cariré-CE / Ana Rosa Machado Ramirez. – 2015.

27 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) – Núcleo Ceará, Núcleo de Tecnologias de Educação em Saúde à Distância (NUTEDS), Curso de Especialização em Saúde da Família, Fortaleza, 2015.

Orientação: Profª. Me. Adriana Melo de Farias.

1. Tuberculose pulmonar. 2. Tratamento. 3. Educação em saúde. I. Título.

CDD 616.995

RESUMO

O presente trabalho discorre acerca da Tuberculose Pulmonar, aborda os conceitos básicos desse tema, a respeito das informações sobre o perfil dos pacientes do Distrito de Cariré, no Estado do Ceará, Brasil. Tenciona-se compartilhar informações que possam demonstrar e orientar na busca de alternativas para o tratamento adequado e identificar as causas associadas a esta doença. A tuberculose é infectocontagiosa causada por uma bactéria que afeta principalmente os pulmões, mas também podem ocorrer em outros órgãos do corpo, como ossos, rins e meninges (membranas que envolvem o cérebro). A tuberculose no geral é causada por uma infecção por *Mycobacterium tuberculosis* ou *Bacilo de Koch* (BK). Outras espécies de micobactérias também podem causar a tuberculose, tais como *mycobacteriumbovis*, *africanum* e *microti*.. No presente trabalho, realizou-se a análise e interpretação dos dados coletados referentes aos casos de Tuberculose Pulmonar obtidos a través das Fichas de Notificação, Prontuários dos pacientes e Entrevistas realizadas com o objetivo de promover um levantamento das necessidades de saúde no Município de Cariré, e possibilidades de intervenção educativa em saúde para a integração dos serviços na ampliação do acesso dos sintomáticos respiratórios aos serviços de saúde, por o Programa Saúde da Família, uma vez que este é apontado como um importante meio operacional. Nesse sentido, este trabalho analisa também a importância da correta aplicação dos serviços do profissional de saúde da família no tratamento dessa doença, evidenciando, portanto, a sua importância para o tratamento. Reconhece-se que as ações de educação, informação e comunicação, na perspectiva da promoção da saúde, são primordiais para a prevenção e o reconhecimento da tuberculose, com vistas à detecção precoce e ao tratamento oportuno dos casos, bem como para contribuir com a diminuição da transmissão dessa doença nas comunidades.

Palavras-Chave: Tuberculose Pulmonar, Tratamento, Educação em saúde, Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

This work talks about the Pulmonary Tuberculosis, covers the basics of this subject, about the information on the profile of the patients Cariré, district in the state of Ceará, Brazil. It is intended to share information that can demonstrate and guide the search for alternatives for proper treatment and identify the causes associated with this disease. Tuberculosis is an infectious caused by bacteria that mainly affects the lungs but can also occur in other organs of the body, such as bones, kidneys and meninges (the membranes surrounding the brain). Tuberculosis in general is caused by infection with *Mycobacterium tuberculosis* Bacillus Koch (BK). Other tamarin species bacteria can also cause tuberculosis, *Mycobacterium bovis* such as, *africanum* and *microti*. No this study, there was the analysis and interpretation of data collected regarding the cases of pulmonary tuberculosis with the aim of promoting a needs assessment of health in the city of Cariré, and educational intervention possibilities for the integration of health services in extending the reach of respiratory symptoms to health services through the Family Health Program, as this is considered as an important means operating. In this sense, this paper also analyzes the importance of correct application of professional services in family health in the treatment of this disease, showing therefore its importance for treatment. It is recognized that education activities, information and communication from the perspective of health promotion, are essential for the prevention and recognition of tuberculosis, with a view to early detection and timely case management, as well as to contribute to the decrease the transmission of the disease in communities.

Key Words: Pulmonary Tuberculosis, Treatment, Health Education, Family Health Program.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	06
2	PROBLEMA.....	07
3	JUSTIFICATIVA.....	08
4	OBJETIVOS.....	08
4.1	GERAL.....	08
4.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	09
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	09
6	METODOLOGIA.....	17
7	CRONOGRAMA.....	24
8	RECURSOS NECESSÁRIOS.....	24
9	RESULTADOS ESPERADOS.....	25
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26

INTRODUÇÃO

A tuberculose Pulmonar é uma doença infecciosa, que ainda representa uma ameaça para a humanidade até os dias atuais, sendo, portanto, considerada um problema de saúde pública mundial. Constatou-se que no ano de 2010, foram notificados 81.946 casos novos no país, correspondendo a uma taxa de incidência de 46%, o que coloca o Brasil na 19ª posição no ranking dos 22 países com maior incidência da doença no mundo (WHO, 2011).

De acordo com (WHO, 2011, p. 29), uma das principais preocupações com respeito à tuberculose é a redução das taxas de abandono de tratamento. No Brasil, a taxa de abandono é alta, situa-se em 17%, porém, em muitas regiões, atinge níveis mais elevados.

Segundo dados colhidos por meio da Secretaria de Saúde do estado do Ceará, (2014, p. 2), em 2013, o Brasil registrou 71.123 casos novos de tuberculose, com um coeficiente de incidência de 35,4/100.000 habitantes (hab). Destaca-se que esse coeficiente apresenta redução ao longo dos anos. Em 2003, esse valor foi de 44,4/100.000 hab., uma redução de 20,4% em comparação a 2013. No município de Cariré, cidade localizada no interior do Ceará, durante o ano 2014, foram notificados nove casos de Tuberculose, com uma incidência de dois casos confirmados para uma população de 19.063 habitantes. A partir destes dados, a Secretaria Municipal da Saúde, decidiu aumentar a busca ativa de Sintomáticos Respiratórios (SR), além de ofertar exames de baciloscopia para todos eles e detectar, precocemente, os casos de Tuberculose, neste Município.

Segundo a Revista Latino Americana de Enfermagem (2010), diante do desafio de controlar a doença, a Organização Mundial de Saúde - OMS tem demonstrado preocupação quanto à qualificação das equipes de saúde no comprometimento com as ações de controle da doença, particularmente no que tange a descentralização, prevenção e integração dos serviços de Atenção Primária à Saúde no controle da Tuberculose.

Diante da importância do combate da Tuberculose, este estudo almeja promover um levantamento das necessidades de saúde no Município de Cariré referentes aos casos de TB pulmonar e possibilidades de intervenção para a integração dos serviços na

ampliação do acesso dos sintomáticos respiratórios aos serviços de saúde, por meio do Programa Saúde da Família, uma vez que este é apontado como um importante meio operacional.

Nesse sentido, a adesão ao tratamento pode ser baseada em abordagens individuais relacionadas ao paciente, identificada pela importância do vínculo, e também pelo conhecimento do profissional de saúde, à frente dos trabalhos para o desenvolvimento de ações do controle.

2. PROBLEMA

A tuberculose é uma doença infecciosa granulomatosa de curso crônico cujo agente etiológico é o *Mycobacterium tuberculosis*. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2006, p. 29), “é a doença infectocontagiosa de maior morbidade e mortalidade em todo o mundo, sendo mais frequente nos países subdesenvolvidos (95% de todos os casos novos e 99% de todos os óbitos anuais.”

Entretanto, existe, nos países do Primeiro Mundo, um grande temor da doença por conta da emergência da multirresistência às drogas utilizadas no seu tratamento. Observa-se que vários fatores têm criado condições propícias para o recrudescimento da Tuberculose Pulmonar, destacando-se o fator social como determinante principal associado à ocorrência da doença.

A Organização Mundial de Saúde – OMS (2011, p.112), declarou a “tuberculose como sendo um problema de saúde de emergência mundial” e as principais razões assinaladas para o aumento de incidência da doença foi a pobreza, a grande desigualdade social, a associação com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), envelhecimento da população e grandes movimentos migratórios.

Dessa forma, a pesquisa está alicerçada na seguinte problemática: *Sobre os mecanismos de controle e erradicação da tuberculose como o profissional da área de saúde da família pode contribuir de forma eficaz ?.*

3. JUSTIFICATIVA

Como projeto de intervenção utilizar-se-á de técnicas de pesquisa, poderá ser usado como referência para o segmento saúde. Como tenho neste curso que fazer um TCC, decidi escolher um tema que fosse para mim relevante no auxílio da intervenção para o tratamento da tuberculose, no município de Cariré- Ceará.

Nesse contexto, considera-se que este projeto pode acrescentar à população propensa à tuberculose, um parâmetro de promoção à saúde, prevenção e diagnóstico da tuberculose, contribuindo, como instrumento para melhorar a adesão terapêutica e ações de controle para evitar o abandono do tratamento, bem como, na identificação de novos casos.

Além disso, este estudo deve ampliar as fontes de pesquisa para profissionais e pesquisadores. Assim, nasceu o interesse pelo tema da tuberculose, pois surgiram inquietações ao longo do curso de Especialização em Saúde da Família, quando por meio da participação em grupo de pesquisas.

Frente a esse cenário, destaca-se que o desenvolvimento deste estudo torna-se relevante uma vez que busca contribuir com a área da assistência, trazendo subsídios e discussões aos profissionais do Programa de Saúde da Família, com o intuito de que possam realizar alianças entre a prática científica do fazer saúde com práticas educativas em saúde, assumindo deste modo, um papel significativo ao possibilitar aos pacientes o papel de se constituírem protagonistas da sua história.

Constata-se, assim, a relevância da implementação de políticas públicas voltadas para o diagnóstico precoce, prevenção primária e cuidados secundários, objetivando o controle da tuberculose, evitando desistência do tratamento por parte dos pacientes e dos agravos, constituindo-se, portanto, numa prioridade desafiadora a ser enfrentada pela população médica daquela região.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver ações sócias educativas em saúde, voltadas para a temática da tuberculose pulmonar com o intuito em a atuação dos profissionais sobre os mecanismos de erradicação principalmente as causas de não-adesão ao tratamento.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar como é a atuação das equipes de saúde e o Programa Nacional de Controle da Tuberculose e sua influência no tratamento.

- Avaliar, a evolução da tuberculose e das intervenções implantadas no Programa de Controle, as principais causas do abandono do tratamento da Tuberculose no Brasil.

- Analisar a evolução das taxas de abandono do tratamento de Tuberculose no município de Cariré-CE. visando integrar novamente, este paciente.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Tuberculose

A tuberculose é uma doença infecto contagiosa, de evolução crônica que afeta principalmente os pulmões.

De acordo com Gomes e Faresin (2006, p. 39), “ela pode ser transmitida para outras partes do corpo, inclusive meninges, rins, ossos e linfonodos.” Seu agente infeccioso primário é *Mycobacterium tuberculosis*, o qual se propaga através do ar, por meios de gotículas contendo bacilos expelidos por uma pessoa doente com tuberculose pulmonar ativa.

Desse modo, ocorrendo a infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis*, transcorrem em média de 4 a 12 semanas para detecção das lesões primárias iniciais. A transmissão é plena enquanto se estiver eliminando bacilos e não estiver iniciado o tratamento medicamentoso.

Para Figueiredo (2005, p. 187), “(...) o fator de risco mais importante é o contato próximo com alguém portador de tuberculose ativa.” Em seguida apresentam-se vários outros fatores, tais como: o estado imunocomprometido por infecção HIV, neoplasias, cirurgias estomacais, falência renal e terapia prolongada com corticosteróides em elevadas doses elevadas.

Sendo a tuberculose um agravo de causas sociais como renda familiar insuficiente, má alimentação e educação precária, há recomendação do Ministério da Saúde na atenção redobrada em relação aos estilistas, usuários de drogas, imunodeprimidos e desnutridos por apresentarem maior risco de desenvolverem a doença devida à queda do estado imunológico (BRASIL 2008).

Verifica-se que, mesmo que os pacientes compreendam a tuberculose como uma doença que tem cura, relutam em modificar comportamentos negativos no tocante à mudança de hábitos nocivos à saúde como uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas.

Segundo Foccacia (2009, p. 219),

A tuberculose ainda permanece como a maior causa de morbidade e mortalidade entre as doenças infectocontagiosas do mundo, sendo que 98% das mortes pela doença se deram em países pouco desenvolvidos como é o caso de Moçambique. A situação que se pontua no continente africano demonstra ser esta a região de maior contribuição para o peso da doença a nível global.

Ainda de acordo com Foccacia, (2009, p. 219), “dos 22 países que são considerados como maiores responsáveis pelo peso mundial dessa patologia, nove deles são da região africana.” Dos quinze países que apresentam a mais alta incidência estimada da tuberculose no mundo, somente três deles não estão no continente africano.

5.2 Tuberculose no Brasil

Apesar da identificação do bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, agente causador da doença há mais de um século e aproximadamente 50 anos após a descoberta de um tratamento medicamentoso eficaz, aliado à tecnologia disponível que pode curar a quase totalidade de casos, mesmo assim o Brasil é o décimo oitavo na lista dos 22 países com maior incidência de tuberculose no mundo, onde o controle deve ser considerado uma prioridade. O número de casos notificados no país está em torno de 80 mil ao ano. A mortalidade atinge cifras em torno de 5 mil óbitos ao ano (BRASIL 2008).

Contribuem para essa situação os bolsões de pobreza, grupos de maior risco (população carcerária, indígenas, população albergada e outros) e também a não execução das ações de controle com qualidade e garantia de acesso (HIJAR et al, 2007).

Segundo Foccacia (2009, p. 221) menciona o fato da “tuberculose no Brasil, acometer preferencialmente indivíduos nas faixas etárias em plena capacidade produtiva e abrangendo os setores de baixa renda da população.” E evidencia claramente que a miséria é a principal responsável pelo atual quadro da doença no País.

Constata-se que a estrutura do País que organiza as ações sobre o controle da tuberculose no Brasil é o Programa Nacional de Controle da Tuberculose – PNCT, que está integrado na rede de serviços de Saúde. É desenvolvido por intermédio de um programa unificado, executado em conjunto pelas esferas Federal, Estadual e Municipal.

Está subordinado a uma política de programação das suas ações com padrões técnicos e assistenciais bem definidos, garantindo desde a distribuição gratuita de medicamentos e outros insumos até as ações preventivas e de controle do agravo permitindo o acesso universal da população às suas ações (BRASIL 2008).

Além das metas de descoberta, cura e da redução das taxas de abandono, o programa objetiva a descentralização das ações através da capacitação dos profissionais que atuam no controle e prevenção da doença em todas as esferas de gestão, desenvolvendo ações educativas em saúde que enfoquem a prevenção, promoção e reabilitação em saúde.

5.3 Fatores Considerados Importantes à adesão do tratamento

É consenso, conforme destacam Mendes e Fensterseifer (2004, p. 201), “que um dos fatores que contribuem para a cura da tuberculose é a adesão do paciente ao tratamento.”

No entanto, sendo um problema global social de saúde pública apresenta causas sociais multifacetadas como desnutrição, superpopulação, moradias insalubres e vários agravos associados HIV, drogas lícitas e ilícitas (tabaco, álcool, maconha, crack), fatores estes que interferem na problemática da não adesão ao tratamento e da alta taxa de abandono.

Para Mendes e Fensterseifer (2004, p. 103),

Vários esforços têm sido realizados por parte dos governos e comunidades, mas mesmo assim a problemática do tratamento da tuberculose está na alta taxa de não adesão que no Brasil pode atingir em média 25% dos pacientes tratados, além de que o portador da doença que não adere ao tratamento continua doente permanecendo como fonte de contágio.

Considera-se preocupante, a efetividade de tratamentos irregulares, os quais além de não curarem os doentes podem transformá-los em casos resistentes às drogas usuais.

5.4 Associação entre as Drogas: O uso do tabaco e a tuberculose

De acordo com o Ministério da Saúde e o INCA (2011),

O tabagismo foi identificado como fator de risco para a tuberculose desde 1918. Na rede SUS o tratamento do Tabagismo é regulamentado pela Portaria SAS/MS/Nº 442 de 13 de maio de 2004 e regulado pela Portaria nº 1035/GM de 31 de maio de 2004.

Verifica-se que essas Portarias, definem que o tratamento do tabagismo deve ser realizado através de abordagens cognitivas comportamentais e apoio medicamentoso quando for o caso por unidades do SUS que preencham critérios de credenciamento definidos no plano de implantação.

Assim, compreende-se que as Unidades de Saúde dentro do Sistema Único de Saúde são importantes canais, devendo liderar o desenvolvimento de ações educativas que mostrem riscos e implicações do fumante-tuberculoso.

De acordo com os estudos de (SÁ et al, 2007, p. 34),

No atual cenário da luta contra a tuberculose, um dos aspectos que mais desafia as autoridades públicas é adesão ao tratamento, pois repercute diretamente no aumento dos índices de mortalidade, incidência e multirresistência.

Conforme o mesmo autor, estudos afirmam que as causas relacionadas ao abandono do tratamento estariam associadas ao doente, à modalidade do tratamento empregado e a operacionalização dos serviços de saúde.

Sendo assim, entende-se que, analisar causas relacionadas à não adesão ao tratamento da tuberculose é admitir que o sucesso do mesmo vá além das metas do Programa e, portanto, ultrapassa as fronteiras da clínica e prescrições médicas. “Mais do que isso é preciso correlacionar o processo saúde-doença ao contexto social, cultural e conjuntural em que o indivíduo vive” (BRASIL 2008).

5.5 Vacina BCG

A vacina BCG é amplamente usada em quase todo o mundo – mas não nos Estados Unidos – para prevenir a tuberculose. A vacina BCG consiste em células vivas de uma cepa atenuada de *M. bovis* (uma cepa “atenuada” perde a sua habilidade de causar a doença). A injeção da cepa atenuada de BCG em indivíduos tuberculina-negativa (geralmente na infância) induz à imunidade mediada por células contra a tuberculose, tendo 60 a 80% de efetividade. A imunização normalmente não produz efeitos adversos, embora o intumescimento de linfonodos possa ocorrer em 10% dos vacinados.

Para (PELCZAR, 1997, p. 26),

O organismo BCG pode crescer e causar infecção em aproximadamente uma pessoa em um milhão de vacinados, normalmente naqueles que tem um sistema imunológico enfraquecido por doenças ou por drogas imunossupressoras. A vacina BCG não é usada nos Estados Unidos por causa do risco de infecções por *M. tuberculosis* ser muito baixo e porque o indivíduo torna-se tuberculina-positiva.

Isto dificulta o uso do teste da tuberculina para detecção rápida de indivíduos infectados com *M. tuberculosis*.

Desse modo, Ebrahim, (2006, p. 129), comenta, repetições da vacinação BCG ou a vacina BCG em indivíduos já sensíveis pelo micro bactéria do ambiente é ineficaz

[...] A revacinação BCG em indivíduos previamente vacinados oferece pequeno benefício aparente. Na BCG, sendo uma vacina viva, é necessário um período de replicação no hospedeiro para gerar uma resposta imune ótima, que pode ser inibida pela imunidade residual de vacinações anteriores. [...]

Uma vacina incluindo duas proteínas antigênicas, ESAT-6 (*earlysecretoryantigenictarget 6*) e AG85 B - tuberculosisantigen 85B, (EBRAHIM, 2006), como uma fusão proteica, pretende servir como uma vacina reforço para indivíduos previamente vacinados com a BCG, está em Fase 1 de experimentação.

5.6 Tratamento da Tuberculose

Para o tratamento da tuberculose há dois objetivos principais, que de acordo com (PALOMINO; LEÃO; RITACCO, 2007, p. 189).

- 1- É necessário matar rapidamente os bacilos que vivem em ambiente extracelular nas cavidades pulmonárias, os quais são ativos metabolicamente e se dividem continuamente; isto é necessário para a prevenção de transmissão da doença pelo hospedeiro.
- 2- É necessário atingir completa esterilização e eliminação dos bacilos que vivem intracelularmente em tecidos do hospedeiro, do contrário esses bacilos podem persistir e serem responsáveis por relapsos de tuberculose subsequente.

Os aspectos essenciais do tratamento das doenças mico bacterianas consistem em sempre serem tratadas com pelo menos dois fármacos diferentes, aos quais o microrganismo é sensível, e tratar por um período de tempo suficiente para evitar a ocorrência de recidiva.

Assim, os fármacos utilizados no tratamento da tuberculose podem ser divididos em duas categorias principais. Os agentes de “primeira linha” combinam o maior nível de eficácia com um grau aceitável de toxicidade; incluem a isoniazida, a rifampicina, o etambutol, a estreptomina e a pirazinamida.

Hardman, (2006, p. 121), leciona que, os pacientes com tuberculose podem, em sua maioria, ser tratados com sucesso com esses fármacos.

[...] Em certas ocasiões, devido à resistência microbiana, pode ser necessário recorrer a fármacos de “segunda linha”, de modo que o tratamento pode ser iniciado com cinco a seis fármacos. Essa categoria de agentes inclui moxifloxacina ou gatifloxacina, etionamida, ácido aminossalicílico, ciclosserina, amicacina, canamicina, capreomicina e linezolida.

Conforme os estudos de Strohl; Rouse; Fisher, (2004, p. 289),

Podem-se obter resultados excelentes em pacientes com tuberculose não-resistente a fármacos com um curso de tratamento de seis meses de duração; nos primeiros 2 meses, administram-se isoniazida, rifampicina, etambutol e pirazinamida, seguidos de isoniazida e rifampicina durante os últimos 4 meses. A administração de rifampicina em associação com isoniazida durante nove meses também constitui uma terapia efetiva para todas as formas de doença causadas por cepas de *Mycobacterium tuberculosis* sensíveis a ambos os fármacos. [...]

Em pacientes infectados pelo HIV que fazem uso de inibidores da protease e/ou inibidores não-nucleosídeos da transcriptase reversa, as interações medicamentosas com as rifamicinas (rifampicina, rifapentina, rifabutina) causam muita preocupação (HARDMAN, 2006).

A tuberculose clínica requer um curso longo de tratamento, devido às características do organismo e às lesões que produz.

5.6.1 Tuberculose Resistente

Couto Sant’Anna et al., (2002, p. 301) comentam que “na década de 1960, começou a se estabelecer a prioridade de se tratar a tuberculose com uma combinação de drogas, formando o esquema tríplice da época, estreptomicina, isoniazida e ácido

paraaminossalicílico.” Tal esquema visava suplantar a resistência bacteriana, se o bacilo fosse resistente a uma das drogas, haveria mais duas, às quais o microrganismo poderia ser sensível e, assim, garantir o êxito do tratamento.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2011), a resistência da tuberculose se dá através de cinco definições distintas:

- Tuberculose resistente – casos de tuberculose resistente a uma droga ou mais drogas;
- Tuberculose multirresistente – resistência a pelo menos isoniazida e rifampicina;
- Resistência primária – presença de resistência a uma ou mais drogas em pacientes que não haviam recebido medicamentos anti-tuberculose anteriormente;
- Resistência secundária – presença de resistência a uma ou mais drogas em pacientes previamente tratados com drogas anti-tuberculose, por um período mínimo de um mês;
- Resistência intermediária – presença de resistência a uma ou mais drogas em pacientes sem informação em prontuário sobre tratamento anterior com drogas anti-tuberculose.

Constata-se que a maioria dos casos de resistência primária é causada por contaminação em ambientes fechados, tais como: hospitais, prisões, abrigos e co-infecção por HIV (BRITO et al., 2004).

Assim, De acordo com o mencionado autor, “(...) o mecanismo de resistência do *M. Tuberculosis* a drogas antituberculosas é geneticamente controlado.” Uma proporção de mutantes resistentes a uma única droga é gerada espontaneamente em qualquer população bacilar, mesmo quando não exposta a algum fármaco antituberculoso.

GOMES et al., (2000, 304), relatam que,

Entre os maiores fatores predisponentes à ocorrência de resistência mico bacteriana destacam-se o uso irregular das drogas e o abandono do tratamento. As taxas de abandono e de tratamento irregular tendem

a aumentar no grupo de indivíduos infectados pelo HIV, pois neste grupo é mais freqüente o uso de drogas injetáveis.

Dessa forma, os pacientes que não se curam após tratamento com os esquemas padronizados pelo Ministério da Saúde, portadores, em geral, de bacilos resistentes a mais de duas drogas, incluindo rifampicina e isoniazida, constituem um grupo de doentes classificados no Consenso Brasileiro de Tuberculose, em 1997, como portadores de tuberculose multirresistente (TBMR).

Para este grupo, SILVA JR. (2004, p. 119) comenta que “são agregados os pacientes que apresentam resistência primária a rifampicina, isoniazida e a outras drogas utilizadas, geralmente estreptomicina e/ou etambutol.” Desse modo, como critério de alta para estes pacientes, se exige que, após duas culturas negativas sucessivas para micro bactérias, o paciente permaneça fazendo uso diário das drogas pelo menos por 12 meses, cumprindo um tempo total de tratamento igual ou superior a 18 meses.

Observa-se que, apesar do esforço por parte dos órgãos responsáveis em busca da erradicação da doença, a realidade da tuberculose no Brasil é preocupante, do ponto de vista epidemiológico e social. Portanto, ao se analisar a bibliografia, evidencia-se a deficiência no controle da doença, assim como a necessidade de implantação de novos métodos auxiliares para a detecção de resistência e diagnóstico preciso.

6. METODOLOGIA

Esta pesquisa trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, terá predominância qualitativa de natureza bibliográfica/documental, descritivo-explicativo, que de acordo com Gil (2002, p. 59), define metodologia como “relatório que deverá esclarecer acerca das técnicas adotadas para seleção da amostra e coleta de dados.” Convém que seja definida a extensão da amostra, bem como a modalidade de amostragem utilizada. As técnicas de coleta de dados deverão ser apresentadas com detalhes suficientes para sua avaliação.

Será desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos, acerca da patologia a ser estudada, a saber: intervenção educativa em saúde com pacientes portadores de tuberculose pulmonar, no município de

Cariré-CE. A importância da prevenção, ampliação do controle e tratamento da tuberculose pulmonar.

A primeira etapa da investigação caracteriza-se como de cunho exploratório e amplo, com finalidade de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias. O enfoque do trabalho compreenderá o estudo generalista da tuberculose pulmonar, procurando possíveis causas, conseqüências, prevenção, cuidados e tratamento não farmacológico.

Além de buscar a orientação sobre formas de tratamento e prevenção da tuberculose pulmonar, a presente investigação será baseada na visão biológica, fisiológica do ser humano e as variáveis intervenientes como os aspectos sociais.

6.1 Cenário de Intervenção

Os Postos de Saúde da Cidade de Cariré Estado do Ceará, que apresenta capacidade instalada para realização do serviço primário. Dispõe de 09 Unidades Básicas, e 01 unidade hospitalar.

6.2 Procedimento de Intervenção

As unidades de Saúde de Cariré, onde será implantado o projeto, ainda não dispõe de um Projeto de Intervenção completo para a tuberculose, estão trabalhando em esse sentido, que tem como objetivo o acompanhamento sistematizado dos pacientes acometidos da doença. Assim, visando ampliar o controle e tratamento da tuberculose pulmonar, pretende-se implantar um Projeto nesse sentido.

Dessa forma, para a abordagem dos pacientes, será feito o cadastramento mais completo das pessoas acometidas da tuberculose, usando-se, sistema de escore utilizado para estimativa de risco, levando-se em consideração as variáveis: idade, pessoas com gripes ou tosses frequentes, a frequência elevada da tosse reforça a necessidade de busca de casos novos através dos sintomáticos respiratórios, encaminhando para exames aqueles que apresentem há mais de três semanas, sobretudo, quando forem portadoras do alcoolismo, tabagismo, dentre outros fatores considerados de risco, que vêm assumindo importância na epidemiologia da tuberculose.

Seguida de abordagem direcionada, com agendamento de consultas conforme prioridade, criação do encaminhamento para o especialista nos casos em que houver indicação e criação de grupos.

Com a implementação do plano de ação proposto, pretende-se aplicar abordagem da Tuberculose Pulmonar, proporcionando o aumento da adesão dessa população às mudanças do estilo de vida e uso correto da medicação, no intuito de estimular o correto tratamento, a autonomia destas pessoas, em relação ao seu estado de saúde, propiciando melhoria na qualidade de vida.

6.3 Atividades de intervenção a serem desenvolvidas

A intervenção será realizada por meio de Oficinas temáticas com os doentes cadastrados e acompanhados na Unidade de saúde em estudo, oficinas estas que ratificam as recomendações da literatura e das próprias necessidades para estimular a adesão doentes.

As atividades previstas no programa são:

- O cadastro mais completo dos pacientes,
- A distribuição de medicamentos
- O atendimento individual ou em grupo mensal.

Sendo assim, será estabelecido um cronograma para as reuniões com os pacientes estabelecendo-se, portanto, data de início, com dias e horários, a serem combinados conforme a disponibilidade dos candidatos ao tratamento.

A etapa seguinte:

Será baseada na apresentação de reuniões a serem realizadas, mensalmente visando mostrar ao público-alvo informações essenciais sobre a tuberculose pulmonar, objetivando explicar a sua condição fisiopatológica e conscientizar a adesão ao tratamento, bem como, a adoção de um estilo de vida mais saudável. Ou seja, sem o tabagismo, sem álcool, dentre outros.

Nesse contexto, conforme a disponibilidade do grupo será efetuada a aplicação das atividades planejadas.

As oficinas serão realizadas mensalmente com os seguintes temas, após a conscientização:

Tuberculose Pulmonar - conceito, ocorrência e consequências;

Dieta – abstinência do álcool e tabagismo.

Prevenção e Tratamento - medicamentoso e uso correto da medicação prescrita.

Para o acompanhamento do doente de tuberculose no ambulatório, serão estabelecidas rotinas para os dois tipos de tratamento, auto administrado e supervisionado. Os problemas enfrentados para o início dessa nova estratégia serão discutidos em reuniões com os técnicos envolvidos e gestor do serviço.

A implantação do Projeto nos Posto de Cariré será mais do que uma simples observação da tomada da medicação pelo doente, pois almeja-se que este, gere um maior compromisso por parte da equipe com o serviço, além de levá-la a repensar a sua prática cotidiana, priorizar as atividades educativas com os doentes e aumentar a participação de todos do setor, no sentido de realizar maior número de consultas, fator que poderá ser considerados importante, para a elevação das taxas de adesão ao tratamento.

Constata-se que a adesão ao tratamento da tuberculose, ainda é um dos maiores desafios da saúde pública como um todo. Por ser um processo dinâmico, multifatorial, envolve aspectos comportamentais, psíquicos e sociais e requer, portanto decisões compartilhadas e co-responsabilizadas entre os usuários dos serviços, a equipe de saúde e as redes de apoio, com abordagens que atendam as singularidades socioculturais e subjetivas, visando a uma melhor qualidade de vida das pessoas.

- Realização de treinamentos para ACS, visando a identificação de sintomáticos respiratórios e a imediata coleta do escarro para elaboração do instrumento de registro de baciloscopia solicitada para a avaliação dessas ações.

- Integrar os ACS que devem acompanhar o tratamento de portadores de tuberculose pelo monitoramento domiciliar do uso da medicação prescrita e realizar busca ativa dos pacientes faltosos.

- Regularidade do Tratamento e Aumento na Detecção de Sintomático Respiratório (SR) - As visitas domiciliares devem ser frequentes, realização do registro. Visitas em domicílios em maior número.

- Instituir a visita domiciliar por enfermeiro pelo menos uma vez por mês, visando o aumento das taxas de cura e diminuição das taxas de abandono. Melhorando, portanto, a adesão ao tratamento e conseqüente aumento das taxas de cura.

Nesse contexto, considera-se que as ações devem ser coletivas, permanentes e organizadas, para mudar seus padrões endêmicos. É um desafio para os profissionais e gestores da área de saúde.

6.4 Para Reduzir o risco de adoecimento entre a população estudada

Atividades:

a) Treinar funcionários da unidade de saúde, para identificação e encaminhamento adequado do sintomático respiratório (indivíduo que apresenta tosse com expectoração por três semanas ou mais).

b) Iniciar tratamento imediato após confirmação de cada caso de tuberculose.

c) Acompanhar o uso regular das drogas tuberculostáticas.

d) Realizar avaliação de saúde da população, periodicamente incluindo os meios diagnósticos para tuberculose.

e) Implantar medidas de biossegurança recomendadas para o controle da tuberculose.

6.5 Reduzir o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento das fontes baculíferas.

Atividades:

- a) Garantir acesso rápido de todo caso suspeito de tuberculose à realização dos exames baciloscópicos.
- b) Garantir fornecimento regular dos tuberculostáticos a fim de impedir desabastecimento.
- c) Iniciar tratamento imediatamente após a confirmação dos casos.

6.6 Prevenir o desenvolvimento de resistência às drogas antituberculosa.

Atividades:

- a) Realizar entrevistas com os doentes visando obter informações quanto aos seus conhecimentos sobre a doença, a aceitação dela, o seu comportamento e o das outras pessoas quando souberam que estavam doentes e sobre os efeitos colaterais da medicação.
- b) Garantir a ingestão supervisionada dos tuberculostáticos para toda a população em tratamento de tuberculose.
- c) Acompanhar os casos de tuberculose em tratamento realizando baciloscopias de controle (conforme Manual de Normas do PCT), identificando precocemente os casos de falência do tratamento.
- d) Garantir o acompanhamento dos casos suspeitos de multirresistência, pelo Hospital Estadual de Referência para Tuberculose.
- e) Executar as medidas de biossegurança indicadas para as diferentes fases do processo de controle da tuberculose.

6.7 Acompanhamento e avaliação

O Projeto será avaliado desde a fase de negociação institucional, implantação e efetiva execução, à medida que forem aparecendo os casos da tuberculose na população estudada.

Além disso, ao se estabelecer o fluxo de informação referente ao desenvolvimento das ações preconizadas pelo Posto de Saúde, torna-se possível realizar análises periódicas dos dados epidemiológicos da população estudada utilizando indicadores como:

- coeficiente de incidência de tuberculose pulmonar na população em estudo;
- efetividade do tratamento através do percentual de casos encerrados por cura e por abandono.

7. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

TABELA 1. PLANO OPERATIVO

Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas
Implantar linha de cuidado para a Tuberculose Pulmonar, incluindo os mecanismos de referência farmacológica.	Cobertura de 40% da população com adoecimento por Tuberculose pulmonar.	Linha de cuidado para risco de adoecimento por Tuberculose Pulmonar; criação de protocolos; capacitação de recursos humanos; regulação implantada; implantar gestão da linha de cuidado.	Plano de cuidado da prevenção para portadores de tuberculose pulmonar.
Responsáveis		Prazo	
A equipe de Saúde do Posto em estudo Cariré – Ceará.		Início em três meses e finalização em doze meses.	

Fonte: Ana Rosa Machado Ramirez.

8. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Conhecer o ambiente e população a ser estudada, nos Postos de Saúde do distrito de Cariré; Criar um livro de registro dos pacientes com tuberculose que seguem o tratamento, anotando as causas de abandono do tratamento, de forma a ser usada para modificar ou criar formas de combater os fatores da não adesão à terapêutica, para o real controle, no caso de falta para o recebimento da medicação, ou qualquer outro assuntos tais como, busca dos faltosos, construção de dados estatísticos, dentre outros.

RECURSOS NECESSÁRIOS:

HUMANOS-01 Médicos,02 Enfermeiros; 01 Farmacêuticos; 01 Psicólogos; 01 Assistente Social, 01 Fisioterapeutas.

MATERIAL- Estetoscópio, recursos cabíveis; Cartazes informativos a respeito da Tuberculose Pulmonar, suas causas e complicações, bem como explicação sobre a importância da adesão ao tratamento adequado; Painéis com fotos ilustrativas; Dinâmicas de grupo. Tomando por base o plano de cuidados, será usado durante o ciclo das oficinas *foldens*, com o objetivo de informar e orientar a população de uma forma clara, objetiva e ilustrativa, visando facilitar a transmissão e a interação do educador e o educando.

9. RESULTADOS ESPERADOS

Dentre os pacientes, conhecer as taxas de abandono de tratamento evidenciando diferenças, justificando a importância e necessidade de aumentar a cobertura das estratégias de intervenção educativa no município a ser estudado, por meio de planejamento prioritário. Considerando-se, portanto, êxito de tratamento, evitando também desistências.

Frente ao exposto, por meio desta investigação, objetiva-se também, identificar os aspectos positivos e negativos, obtidos por meio da técnica de intervenção educativa relacionados à assistência prestada ao portador de tuberculose pulmonar, que mesmo com os esforços por parte dos órgãos responsáveis em busca da erradicação da doença, a realidade da tuberculose no Brasil, ainda é preocupante, do ponto de vista epidemiológico e social.

Nesse contexto, observa-se a necessidade da conscientização e educação da população, por parte dos profissionais de saúde, em relação ao cumprimento do tratamento, enfatizando a sua necessidade em ser concluído, com base numa possível resistência adquirida pelo bacilo no caso de descumprimento do tratamento.

Sendo, portanto, importante uma boa relação do paciente, com a equipe de saúde o que faz com que o paciente, tenha confiança no tratamento, despertando o seu interesse. Dessa forma, almeja-se buscar soluções para diminuir os números de abandono e elevar a taxa de adesão ao tratamento e, conseqüentemente, o índice de alta por cura.

Sendo, portanto, prioritária a necessidade de maiores pesquisas visando o desenvolvimento de novos fármacos mais eficazes, seguros, bem como, o desenvolvimento de novas estratégias para o controle e erradicação da tuberculose. Portanto, evidencia-se a necessidade, de se criar condições para que o paciente possa fazer o tratamento completo, sendo da responsabilidade do paciente, família, comunidade, equipe de saúde, trabalhar para que sejam desenvolvidas estratégias, incentivos para uma maior adesão dos doentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde F.O. C. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Controle da Tuberculose: **Uma proposta de Integração Ensino-Serviço**. Maria José Procópio-RJ. EAD/ENSP, 2008.

BRITO, R. C. et al. Drug-resistant Mycobacterium tuberculosis strains isolated at an AIDS, reference center general hospital in Rio de Janeiro. **J. Bras. Pneumol.** São Paulo, v. 30, n. 4, 2004.

BURMAM, W. J. et al. **Noncompliance With Directly Observed Therapy for Tuberculosis: Epidemiology and Effect on the Outcome of Treatment.** CHEST, p. 1168-1173, maio 1997. Disponível em: < <http://www.chestjournal.org> >. Acesso em: 11 set. 2006.

COUTO SANT'ANNA, C. et al. **Diagnóstico e terapêutica da tuberculose infantil: uma visão atualizada de um antigo problema.** J. Pediatr. Porto Alegre, v. 78, supl.2, 2002.

EBRAHIM, G. J. Vaccination against tuberculosis. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infnt,** Recife, v. 6, n. 3. 2006.

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida. **Ensinando a Cuidar em Saúde Pública.** 2ª ed. São Paulo: Yendis, 2005.

FOCCACIA, R. **Tratado de Infectologia** vol.1. ed. 04. São Paulo. Atheneu 2009.

FOX, W. **Compliance of patients and physicians:** experience and lessons from tuberculosis . British medical journal, London, v. 287, n. 6384, p. 33-35, jul. 1993. Disponível em :< <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1548153>> Acesso em 28/nov/2014.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço.** 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ – Secretaria de Saúde Informe epidemiológico **Tuberculose.** Setembro de 2014, p. 2. Disponível em: www.saude.ce.gov.br/index.php/boletins?. Acesso em 05/nov/2014.

GIL, A, C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, C. et al .M. **tuberculosis resistance profile in HIV/AIDS patients in a reference hospital.** J. Pneumol. São Paulo, v. 26, n. 1, 2000.

GOMES, M; FARESIN S.M. **Atualização e Reciclagem Pneumológica.** 5ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2006.

GOVERNO DO ESTADO DO CERÁ – Secretaria de Saúde do estado do Ceará. Informe epidemiológico tuberculose - Coeficiente de Incidência. Setembro, 2014. Disponível em:www.saude.ce.gov.br/index.php/boletins?...1360%3Atuberculose. Acesso em. 10/nov/2014.

HAUSER, K. et al. ; Harrison´s – **Principles of Internal Medicine**, 16ª ed., McGraw – Hill, 2005.

HARDMAN, J. G. et al. Goodman e Gilman - **As bases farmacológicas da terapêutica.** 11. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2006.

HIJAR, M. A; GERHARDT, G; TEIXIERA, G.M; PROCOPIO, M.J. Retrospecto do controle da Tuberculose no Brasil. **Revista de Saúde Pública. Suplemento 1**, 2007.

KATZUNG, B. G. **Farmacologia básica e clínica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância Epidemiológica Coordenação Geral de Doenças Endêmicas Área Técnica de Pneumologia Sanitária - **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**, 2001.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.

_____. Instituto Nacional de Câncer (INCA) - **Serviço de Edição e Informação Técnico-Científica/CEDC**. Rio de Janeiro, RJ. 2011.

MENDES, A. M.; Fensterseifer, L. M. Tuberculose: porque os pacientes abandonam o tratamento? **Boletim de Pneumologia Sanitária**. V.12 n.1. Rio de Janeiro, abr. 2004.

Organização Mundial da Saúde. **A crescente ameaça da resistência antimicrobiana - Opções de ação**, 2012 OMS/IER/PSP/2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Administração da OMS, 2011**. Disponível em: <<http://www.who.int/governance/en/index.html>>. Acesso em: 21/out/2014.

OLIVEIRA, Nathália França de. ; Maria Jacirema Ferreira Gonçalves. Fatores Sociais E Ambientais Associados À Hospitalização De Pacientes Com Tuberculose. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.21 no. 2 Ribeirão Preto Mar./Apr. 2013.

PALOMINO, J. C.; LEÃO, S. C.; RITACCO, V. **Tuberculosis 2007: frombasicsciencetopatientcare**. 2007. Disponível em: <www.TuberculosisTextbook.com/download14.htm>. Acesso em: 10. Nov. 2014.

PELCZAR, M. J. **Microbiologia: conceitos e aplicações**. 2. ed. Sao Paulo: Makron Books, 1997.

PINEDA, N. I. S.; PEREIRA, S. M.; BARRETO, M. L. Dropout from tuberculosis treatment in Nicaragua: the results of a comparative study, **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 17, n. 4, p. 271-278, abr. 2005.

RANG, H.P. et al., **Farmacologia**, 5ª ed. Elsevier, 2003.

SILVA JR., J. B. da. **Tuberculose: Guia de Vigilância Epidemiológica**. J. Bras. Pneumol. São Paulo, v. 30, supl. 1, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. III - Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, 2009.

SUCUPIRA, E. D. et al. **Teria a confirmação diagnóstica algum efeito protetor no abandono do tratamento da tuberculose Pulmão?** RJ, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 11-15, 2005. Disponível em: < [HTTP://www.sopterj.com.br/Revista/2005/vol_14_1/artigo-Confirma%C3%A7%C3%A3o%20TB%20e%20abandono.pdf](http://www.sopterj.com.br/Revista/2005/vol_14_1/artigo-Confirma%C3%A7%C3%A3o%20TB%20e%20abandono.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2007.

SÁ, Lenilde Duarte de. Mendes K; Souza J; Nunes M.G; Palha P.F; Nogueira J.M; Vild T.C.S. **Tratamento da Tuberculose em Unidades de Saúde da Família: Histórias de Abandono**. Escola de enfermagem. Florianópolis. 2007.

VIEIRA, Amadeu Antonio; RIBEIRO, Sandra Aparecida. **Abandono do tratamento de tuberculose utilizando-se as estratégias tratamento auto-administrado ou tratamento supervisionado no Programa Municipal de Carapicuíba**, São Paulo, Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. v. 34, n. 3. São Paulo, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing**: WHO report, Geneva. 2011. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v15/n2/pdf/v15n2a14.pdf>. Acesso em: 21.nov.2014.