

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

PABLIANE APARECIDA PINTO DE OLIVEIRA

**ALERTA PARA A TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE JOAQUIM
FELÍCIO - MINAS GERAIS**

**CORINTO - MINAS GERAIS
2013**

PABLIANE APARECIDA PINTO DE OLIVEIRA

**ALERTA PARA A TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE JOAQUIM
FELÍCIO - MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, à Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Dr. Juarez Oliveira Castro

CORINTO - MINAS GERAIS

2013

PABLIANE APARECIDA PINTO DE OLIVEIRA

**ALERTA PARA A TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE JOAQUIM
FELÍCIO - MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, à Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Dr. Juarez Oliveira Castro

Banca Examinadora

Prof. Dr. Juarez Oliveira Castro - orientador

Prof.^a Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 04 de fevereiro de 2014

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, meu mestre, por ter iluminado a minha caminhada, a toda a minha família, especialmente a minha mãe e pai, a quem eu amo muito e a todos que contribuíram direta e indiretamente para a realização do mesmo.

AGRADECIMENTOS

A Deus todo poderoso que iluminou o meu caminho, dando-me a energia necessária para continuar com a minha jornada.

Agradeço aos meus familiares que tanto me incentivou, especialmente a minha mãe que apresenta uma saúde comprometida.

Agradeço também ao meu orientador pela paciência e orientação dedicada.

“Ainda que eu falasse as línguas dos homens e dos anjos, e não tivesse caridade, seria como o metal que soa ou como o sino que tine. E ainda que tivesse o dom da profecia, e conhecesse todos os mistérios e toda a ciência, e ainda que tivesse toda a fé, de maneira tal que transportasse os montes, e não tivesse caridade, nada seria.”

(Paulo – I Coríntios 13:1)

RESUMO

Este trabalho aborda o tema referente à doença Tuberculose, a qual se depara com um grande aumento de novos casos, alguns seguidos de morte. A tuberculose já deveria ter sido erradicada no século XX, e, no entanto, essa doença tende a se alastrar cada vez mais causando susto e preocupação às pessoas. Por isso, torna-se necessário voltarmos o olhar para esta doença que já apresenta um índice de aumento alarmante assustando principalmente a população do município de Joaquim Felício/MG. Acredita-se que a resistência da bactéria se deve ao uso inadequado da medicação, situação econômica precária, dentre outros fatores de risco. O objetivo deste trabalho foi conhecer, por meio da literatura nacional publicada, o que se tem publicado a respeito da tuberculose pulmonar com vistas à capacitação de toda equipe de saúde e obtenção de resultados efetivos no cuidado com o paciente. Fez-se, portanto, revisão bibliográfica na base de dados do SciELO bem como em documentos do Ministério da Saúde com os descritores: tuberculose e Atenção Primária à Saúde. Assim, esforços devem ser realizados no sentido de encontrar precocemente o paciente e oferecer o tratamento adequado, interrompendo a cadeia de transmissão da doença. Se esquemas terapêuticos têm papel primordial no tratamento, não esquecer que o impacto sobre a epidemiologia da doença somente será atingido após meios diagnósticos ágeis, fáceis e de baixo custo, agilizando serviços e aumentando a adesão.

Palavras - chave: Tuberculose. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

This paper addresses the issue related to the disease tuberculosis, which is faced with a large increase in new cases, some followed by death. Tuberculosis should have been eradicated in the twentieth century, however, the disease tends to spread increasingly causing fear and concern for people. Therefore, it is necessary we look back this disease that already has an alarming rate of increase mainly scaring the population of the municipality of Joaquim Felício / MG. It is believed that the resistance of bacteria is due to the inappropriate use of medication, poor economic status, among other risk factors. The aim of this study was to know, through national published literature, which has been published regarding pulmonary tuberculosis aimed at training of all health professionals and obtain effective results in the care of the patient. Became, therefore, a literature review on the SciELO database as well as documents of the Ministry of Health with the descriptors: TB and Primary Health Care. Thus, efforts should be undertaken to find the patient and offer early treatment adequate interrupting the chain of transmission. If regimens have major role in treating not forget that the impact on the epidemiology of the disease will only be reached after agile, easy and inexpensive diagnostic techniques, streamlining services and increasing membership.

Keywords: Tuberculosis, Primary Health Care, Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

BAAR Bacilo álcool ácido resistente.

ESF Estratégia Saúde da Família

SIAB Sistema de Informação da Atenção Básica

SMS Secretaria Municipal de Saúde

TB Tuberculose

AIDS Síndrome da imunodeficiência adquirida

SINAN Sistema de agravos de notificação.

DOTS Tratamento diretamente observado.

PPD Derivado proteico purificado.

TDO Tratamento Diretamente Observado

UPA Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Diagnóstico de tuberculose pulmonar em crianças e em adolescentes negativos à baciloscopia.....	23
Quadro 2: Esquema básico para o tratamento da TB em adultos e adolescentes..	26
Quadro 3:Esquema básico para o tratamento da TB em crianças menor de 10 anos.....	27

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVO	14
3 METODOLOGIA	15
4 REVISÃO DE LITERATURA	16
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	30

1 INTRODUÇÃO

O município de Joaquim Felício está situado na porção centro-norte do Estado de Minas Gerais, integrando à macro região do Alto São Francisco, a meso região Central Mineira e a macro região de Montes Claros. No setor econômico do município pode-se ressaltar a extração de cristais e agropecuária. Os principais empregadores são a Prefeitura Municipal, comércio, pequenas fábricas de lapidação e serralheria, onde a renda per - capita por família é de um salário mínimo e a população apresenta de um modo geral poder aquisitivo baixo a médio.

A população Feliciano recebe a bolsa família e leite pela vida, onde complementa a sua sobrevivência. O município conta com duas Estratégias de Saúde da Família (ESF) (uma da zona urbana e outra da zona rural), que trabalham com a prevenção e promoção da saúde. Contam com grande aceitação por parte da população que em sua maioria é carente, acolhendo uma grande população desempregada, com alto índice de gravidez, elevado número de usuários de drogas, desempregados, no qual o aumento do índice da tuberculose é marcante.

De acordo com o diagnóstico situacional realizado, por ocasião das atividades do Módulo de Planejamento e avaliação de ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) foram estabelecidos os seguintes problemas: aumento dos casos de tuberculose, exposição de animais nas ruas, falta de saneamento básico, desemprego, alto índice de chagas no município, grandes usuários de droga principalmente crack, sendo considerável o aumento do alcoolismo, aumento da violência e furtos na cidade. Sendo o selecionado o aumento dos casos de tuberculose.

Em pleno século XXI, deparamos com uma patologia que ainda não está erradicada, a Tuberculose. Esta é causada quase exclusivamente pelo *Mycobacterium tuberculosis*, um bacilo álcool-ácido resistente (BAAR), sendo a origem do nome do exame solicitado para pesquisa da patologia.

De acordo com Duncan, Schmidt e Ciugliani (2006, p.1350).

O bacilo é rapidamente morto pelo calor, secagem, luz solar e raios ultravioletas, tem a capacidade de adquirir um parasitismo intracelular facultativo, permanecendo sobre um estado de latência durante muito tempo

A permanência do bacilo no indivíduo pode provocar tosse por mais de três semanas, emagrecimento, sudorese e febre, originando a tuberculose

A importância deste estudo se dá pela qualificação da equipe, de forma a adquirir maior conhecimento sobre a doença, direcionando o trabalho da equipe de maneira que busque a diminuição dos casos ou até mesmo a erradicação de uma doença que é transmitida por uma bactéria que pode levar à morte. O número crescente nos indicadores da doença referida é alarmante, motivo pelo qual a equipe interessou-se na pesquisa para melhor conhecimento da doença para repasse à população de maneiras e/ou modos que evitem essa alta contaminação.

2 OBJETIVO

Conhecer, por meio da literatura nacional publicada, o que se tem publicado a respeito da tuberculose pulmonar com vistas à capacitação de toda equipe de saúde e obtenção de resultados efetivos no cuidado com o paciente .

3 METODOLOGIA

Inicialmente fez-se coleta de dados por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A alimentação do SIAB é rotineira e, sendo assim, as informações são feitas pela ficha A, que são os Agentes Comunitários de Saúde os responsáveis pelo seu preenchimento.

Após a coleta de dados e observação ativa foram elencados os problemas e, dentre eles, selecionado o considerado prioritário, que é o aumento dos casos de Tuberculose com vistas à seleção de estratégias para diminuir ou até erradicar a patologia.

Para fundamentar este estudo realizou-se uma revisão bibliográfica em artigos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) bem como em documentos do Ministério da Saúde sobre Tuberculose, a partir dos descritores: Tuberculose e Atenção Primária à Saúde.

4 REVISÃO DE LITERATURA

Inicialmente, achamos pertinente trazer à tona o conceito de Tuberculose.

A Tuberculose (TB) é uma doença infecciosa que afeta principalmente o parênquima pulmonar e pode ser transmitida para outras partes do corpo, como: meninges, ossos, rins e linfonodos. A bactéria é o *Mycobacterium tuberculosis*, um bastonete aeróbico, ácido-resistente, que cresce lentamente sendo sensível ao calor e à luz ultravioleta, um dos motivos de ser mais encontrado em classes sociais baixas (SMELTZER e BARE, 2005, p 356).

Para Duncan; Schmidt; Ciugliani (2006, p.1354),

[...] A tuberculose ocorre com maior frequência em adultos jovens, e na maioria dos casos compromete os pulmões. As formas extrapulmonares, que anteriormente representavam cerca de 15% dos casos, estão em ascensão, devido ao aumento do número de casos de AIDS. De cada 100 pessoas que se infectam, 10 a 20 ficarão doentes, 80 % desses casos no primeiro ano após o contágio. Em média, 50% dos novos doentes serão bacilíferos, ou seja, apresentarão uma forma de tuberculose pulmonar contagiosa. O contágio na tuberculose ocorre por via inalatória: aerossóis sob a forma de gotículas microscópicas contendo bacilos que são expelidos por tosse, espirro ou outro movimento expiratório forçado por pessoas bacilíferas. Essas gotículas permanecem por algum tempo viáveis no ar e no ambiente, são inaladas por indivíduo (chamado de comunicante), penetram profundamente nas vias aéreas e ficam retidas no pulmão, levando a um novo caso de infecção ou doença. Os pacientes com tuberculose pulmonar não-bacilíferos e os que apresentam tuberculose extrapulmonar não oferecem risco significativo de contágio

A tuberculose (TB) representa ainda hoje grave problema de saúde pública, sendo que o Brasil apresenta prevalência considerável desta doença e está inserido no grupo dos 23 países do mundo com maior incidência, sendo o décimo terceiro em números absolutos. Pelo fato de o Brasil ser um país de grandes dimensões continentais, essa prevalência varia segundo suas regiões. Os maiores índices são observados nas regiões Sudeste e Nordeste. A região Sul tem sido considerada a de prevalência mais baixa. “O Ministério da Saúde estima uma prevalência no Brasil de 58 casos por 100.000 habitantes, com cerca de 50 milhões de infectados, e com 111.000 casos novos e 6.000 óbitos ocorrendo anualmente”. (GAZETTA et al., 2006, p.3).

Segundo Smeltzer e Bare (2005, p 361),

a tuberculose é um problema mundial de saúde pública e as taxas de mortalidade e morbidade continuam a crescer, a bactéria infecta aproximadamente um terço da população mundial e permanece como a principal causa de morte por doença infecciosa no mundo, sua ligação com a pobreza, desnutrição, multidão, alojamentos e condições de higiene precárias, são diretamente proporcional.

“A tuberculose persiste como desafio para a saúde pública. Inúmeros esforços são empreendidos para o controle da doença, sendo o tratamento e o acesso do doente aos serviços de saúde entraves para a sua cura” (PALHA et al., 2012, p.3).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011, p 62),

Os doentes bacilíferos, isto é, aqueles cuja baciloscopia de escarro é positiva, são a principal fonte de infecção. Pacientes portadores de tuberculose pulmonar com baciloscopia negativa, mesmo que tenham resultado positivo a cultura, são muito menos eficientes como fontes de transmissão, embora isso possa ocorrer. As formas exclusivamente extrapulmonares não transmitem a doença.

A descrição esquemática da tuberculose tem sido apresentada da seguinte maneira, em que pessoas são classificadas: aqueles que nunca foram infectados, os infectados, os doentes que não são bacilíferos, aqueles que são bacilíferos e aqueles que evoluíram para óbito (RUFFINO NETTO, 2000).

Na visão de Duncan, Schmidt; Ciugliani (2006) , embora a TB possa aparecer em pessoas saudáveis sem problemas de imunidade baixa, tem-se os fatores de risco relacionados aos fatores demográficos ou sociais, pessoas de cor negra, faixa etária compreendida entre os extremos, ou seja, crianças pequenas e idosos, problemas relacionados à desnutrição, condições de moradia insalubres e alcoolismo. Ressalta, ainda, determinados profissionais como as da área de saúde, técnicos de laboratório ou portadores de silicose. Outros fatores dizem respeito ao uso de corticóides, quimioterapia, diabetes mellitus, linfomas, dentre outros.

Segundo Mussi, Traldi; Talarico (2012, p.4), “os profissionais de enfermagem são vulneráveis à tuberculose, não só por causa da exposição elevada, mas também por causa da desinformação e falta de conhecimento atualizado sobre a doença, assim como a transmissibilidade”.

Nesse sentido, é importante trazer os dizeres de Wysocki (2013) ao aponta o papel do enfermeiro na gestão da tuberculose uma vez que lhe cabe a coordenação do cuidado , articula com os demais níveis de atenção e, principalmente, consegue estabelecer vínculos com os usuários, o que possibilita a inserção e participação deles durante o tratamento.

Silva JR (2004) ressalta a obrigação de atenção especial às pessoas que apresentam maior risco de adoecimento, com destaque para aquelas que moram em comunidades fechadas, como os presídios, abrigos e asilos. Cabe, portanto, nesses espaços, realizar busca ativa periódica de casos, priorizando, também, a investigação dos contatos em caso de surgimento de caso.

Prosseguindo, Silva JR (2004) afirma a necessidade de pessoas alcóolatrás drogados, mendigos e profissionais de saúde e outros em situações especiais que tenham proximidade portadores de tuberculose pulmonar bacilífera, receberem atendimento e investigação periódica.

Para Nogueira et al. (2011,p.3).

[...] identificar o usuário como sujeito pertencente a determinado núcleo familiar e inserido em um contexto sociocultural específico é relevante para a produção de cuidados integrais, já que a definição de integralidade se harmoniza com o conceito ampliado de saúde, ou seja, com a visão da saúde como um retrato da realidade em que a pessoa vive. A inclusão e o envolvimento da família no cuidado ao doente de TB, esta totalmente ligada a cura e requerem, inicialmente, que a equipe de saúde conheça a estrutura e a dinâmica familiar, para que, em conjunto, possam estabelecer um projeto terapêutico corresponsável

Um caso suspeito de tuberculose pulmonar (tosse com expectoração por três ou mais semanas, febre, emagrecimento e/ou raios-X sugestivo), deve ser registrado no livro de sintomático respiratório da unidade básica de saúde, para assim prosseguir com a investigação ou confirmação do caso, pois se trata de uma notificação compulsória.

Duncan; Schmidt; Ciugliani (2006, p.1355) atesta que após confirmação do caso salienta:

[...] Todo paciente com tuberculose deve ser encaminhado a uma unidade de saúde para investigação e tratamento, devendo ser notificado o caso ao Sistema de Agravos de Notificação (SINAN). As unidades de saúde devem ser apoiadas por uma rede de laboratórios de baciloscopia, permitindo a investigação dos pacientes sintomáticos respiratórios na comunidade, por meio de exames baciloscópios gratuitos que são colhidos por ocasião da consulta na rede de saúde. A qualidade do esfregaço e

leitura das lâminas de baciloscopia deve ser monitorada mensalmente por um laboratório central de referência. Os casos sem confirmação bacteriológica podem iniciar terapia após extensa investigação diagnóstica considerando outros diagnósticos diferenciais, desde que haja sintomatologia clínica e imagem radiológicas fortemente sugestivas de tuberculose. Se houver melhora clínica (diminuição dos sintomas, ganho de peso) e radiológica (regressão das lesões pulmonares) ao final de um mês, o tratamento deve prosseguir até seu término. Caso contrário, deve ser suspenso para investigação diagnóstica.

De acordo com Wysocki (2013, p.9), a busca tardia por cuidado e tratamento torna-se uma situação grave do ponto de vista epidemiológico, uma vez que acarreta maior disseminação do bacilo e, por conseguinte, atrasa controle da doença.

Para Smeltzer e Bare (2005) os sinais e sintomas da tuberculose pulmonar se referem à sinais e sintomas dissimulados como febre baixa, tosse produtiva ou não, com catarro mucopurulento ou com hemoptise, sudorese noturna, cansaço e perda de peso.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) afirma que o teste tuberculínico (PPD) é usado para definir se uma pessoa foi infectada pelo bacilo da tuberculose. No local de sua aplicação cria-se uma elevação na pele, pápula ou bolha. Deve-se aguardar de 48 a 72 horas após a sua aplicação para se fazer a leitura do resultado podendo ser estendido para 96 horas.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011, p. 49):

[...] A prova tuberculínica pode ser interpretada como sugestiva de infecção por *M. tuberculosis* quando igual ou superior a 5 mm em crianças não vacinadas com BCG, crianças vacinadas há mais de dois anos, ou com qualquer condição imunodepressora. Em crianças vacinadas há menos de dois anos, considera-se sugestivo de infecção PT igual ou superior a 10 mm, sendo que os indivíduos com PT igual ou superior a 10 mm não devem ser retestados.

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), pode-se considerar reações falsas negativas na vigência do uso de Tuberculina mal conservada ou exposta à luz e em caso de contaminação com fungos. Também podem gerar resultados falsos negativos uma diluição incorreta, manutenção em frascos inadequados e erro na técnica de aplicação como no caso de se aplicar injeção profunda ou quantidade insuficiente, uso de seringas ou agulhas inadequadas, dentre outros.

Prosseguindo, encontra-se definido no documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), que a TB em crianças menores de 10 anos, a forma pulmonar é diferente da do adulto, tendo em vista que normalmente é abacilífera, uma vez que o número de bacilos nas lesões é diminuído, além de que as crianças são incapazes de expectorar. A partir dos 10 anos, os pacientes quase sempre têm sintomas respiratórios sendo mais frequente a baciloscopia positiva. Para maior esclarecimentos, no Quadro 1 encontram-se descritos as diferenças para o diagnóstico de crianças e adolescentes.

Quadro 1- Diagnóstico de tuberculose pulmonar em crianças e em adolescentes negativos à baciloscopia

Quadro clínico- radiológico		Contato com adulto tuberculoso	Teste tuberculínico	Estado nutricional
Febre ou sintomas como: tosse, adinamia, expectoração, emagrecimento, sudorese > 2 semanas.	Adenomegalia hilar ou padrão miliar Condensação ou infiltrado (com ou sem escavação) inalterado > 2 Semanas Condensação ou infiltrado (com ou sem escavação) > 2 semanas evoluindo com piora ou sem melhora com antibióticos para germes comuns 15 pts.	Próximo, nos últimos dois anos 10 pts	≥ 5 mm em não vacinados com BCG; vacinados ≥ 2 anos; imunossuprimidos ou ≥ 10 mm em vacinados < 2 anos 15 pts	Desnutrição Grave 05 pts
Assintomático ou com sintomas < 2 Semanas	Condensação ou infiltrado de qualquer tipo < 2 semanas 05 pts	Ocasional ou Negativo 15 pts	0 - 4mm 0 pts	0 pts
Infecção respiratória com melhora após uso de antibióticos para germes comuns ou sem antibióticos	Radiografia normal	Ocasional ou Negativo	0 - 4 mm 0 pts	0 pts

Fonte: Brasil, 2011

A interpretação dos resultados se faz pela somatória dos pontos obtidos. Assim, resultado maior ou igual a 40 pontos significa diagnóstico muito provável ; de 30 a 35 pontos sinaliza para diagnóstico possível resultado e, resultado igual ou inferior a 25 pontos, diagnóstico pouco provável . Cabe dizer que esta interpretação não se aplica às pessoas revacinadas em BCG (BRASIL,2011).

“O exame de escarro (baciloscopia e cultura), em geral, somente é possível a partir dos 5 ou 6 anos de idade” (BRASIL, 2011, p.51).

A tuberculose é uma doença curável em praticamente 100% dos casos novos, sensíveis aos medicamentos anti-TB, desde que obedecidos os princípios básicos da terapia medicamentosa e a adequada operacionalização do tratamento, sendo o tratamento ideal ininterrupto ou também não é considerado abandono do tratamento o paciente que não permanece 30 dias sem a medicação(BRASIL, 2011).

Na visão de Ponce et al.(2013, p.8).

[...] compete aos serviços de saúde disponibilizar maneiras para garantir que toda pessoa com diagnóstico de tuberculose venha a ser tratada adequadamente o mais rápido possível. A condição básica para o sucesso do tratamento e a adesão do paciente é de grande relevância o acolhimento: uma forma de relação entre o serviço/usuário com escuta qualificada para desvelar as necessidades dos que buscam as unidades de saúde para uma produção do cuidado com responsabilidade, solidariedade e compromisso. Disponibilizar informação sobre a sua doença, duração do tratamento prescrito, importância da regularidade do uso dos medicamentos, consequências da interrupção ou abandono, estabelecendo assim um vínculo como paciente e família. A qualificação profissional para o manejo da TB é importante destacar a falta de sistematização nos treinamentos realizados pelas próprias equipes de atenção básica, ocorrendo somente treinamentos realizados pela equipe especializada do Plano de Controle da Tuberculose, deixando de lado as capacitações e supervisões contínuas dos profissionais de saúde, assumindo assim papel fundamental para o controle da TB no intuito de identificar falhas a serem enfrentadas na atenção/gestão e aprimorar habilidades. Contudo, é de extrema importância que a proposta da educação permanente em saúde esteja inserida em uma rede de serviços organizada e articulada.

Nesse contexto, destaca-se que os serviços de saúde que compõem a rede de atenção básica e as UPA devem se adequar e prepararem para a detecção de casos de TB, sendo necessário determinar o fluxo dos usuários no sistema de saúde, fortalecendo os mecanismos de referência e contrarreferência, integrando os serviços que compõem a rede de atenção de modo que seja assegurada a agilidade do diagnóstico, a continuidade da assistência e o acesso às ações e serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção.

O tratamento para adultos e adolescentes da TB encontra-se apresentado no Quadro 2.

Quadro 2- Esquema básico para o tratamento da TB em adultos e adolescentes

Regime	Fármacos	Faixa de peso	Unidade/doses	Meses
2 RHZE Fase Intensiva	RHZE 150/75/400/275 comprimido em dose fixa combinada	20kg a 35 kg ----- 36kg a 50 Kg ----- > 50 kg	2 comprimidos ----- 3 comprimidos ----- 4 comprimidos	2
4 RH Fase de Manutenção	RH Comprimido ou cápsula de 300/200 ou de 150/100 ou comprimidos de 150/75*	20 kg a 35 kg ----- 36 kg a 50 kg ----- > 50 kg	1 comprimido ou cápsula de 300/200mg ou 2 comprimidos de 150/75* ----- 1 comprimido ou cápsula de 300/200mg + 1 comprimido ou cápsula de 150/100mg ou 3 comprimidos de 150/75* ----- 2 comprimidos ou cápsulas de 300/200mg ou 4 comprimidos de 150/75*	4

Obs.: 1 O esquema com RHZE pode ser administrado nas doses habituais para gestantes e está recomendado o uso de Piridoxina (50mg/dia) durante a gestação pela toxicidade neurológica (devido à isoniazida) no recém-nascido. *As apresentações em comprimidos de Rifampicina/Isoniazida de 150/75mg estão substituindo as apresentações de R/H 300/200 e 150/100 e deverão ser adotadas tão logo estejam disponíveis.

Fonte: Brasil (2011).

O tratamento de TB para crianças menores de 10, encontra-se apresentado no Quadro 3.

Quadro 3 - Esquema Básico para o tratamento da TB em crianças (< 10 anos)

Fases de tratamento	Fármacos	Peso do doente			
		Até 20 kg	>21 kg a 35 kg	>36 kg a 45 kg	>45 kg
		mg/kg/dia	mg/dia	mg/dia	mg/dia
2 RHZ Fase de Ataque	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	Z	35	1000	1500	2000
4 RH Fase de manuten- Cão	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400

Fonte: Brasil (2011)

Para Hino (2012, p.7),

[...] o tratamento pode ser estendido para além dos seis meses, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose recomenda, nos casos em que é irregular ou incompleta, ou por qualquer outro motivo que em haja interrupção do tratamento por mais de 30 dias, os profissionais de saúde mencionou que a participação de pelo menos um parente no processo de tratamento TB é fundamental., com vista a estimular a aderência.

Baseado nesse pressuposto, acredita-se que as condições básicas para o êxito do tratamento se resume na vontade do paciente em aceitar o mesmo, visto que o tratamento requer período um pouco longo, além de se fazer uso de determinadas drogas. O paciente que não estiver apto para dar continuidade ao tratamento deve levar em consideração os riscos e as consequências do abandono do tratamento proposto nas consultas médicas. Na oportunidade, a equipe de saúde, além de conscientizar o paciente da importância de sua colaboração no tratamento, estabelece com ele uma relação de cooperação mútua.

A principal estratégia do novo modelo de atenção ao paciente com tuberculose, é o Tratamento Diretamente Observado (TDO), é o fator essencial para se promover o real e efetivo controle da tuberculose.

O TDO visa o aumento da adesão dos pacientes, maior descoberta das fontes de infecção (pacientes pulmonares bacilíferos), e o aumento da cura, reduzindo-se o risco de transmissão da doença na comunidade. Esta forma de tratamento deve ser priorizada para todos os casos de tuberculose bacilíferos, podendo ser administrada por qualquer trabalhador de saúde. (BRASIL, 2010, p 46).

A tuberculose é uma doença que prevalece mais em áreas de grande concentração populacional e com baixas condições socioeconômicas e sanitárias. Ela não aparece com variações cíclicas ou sazonais de importância prática. A distribuição da doença é de âmbito mundial, mas, nos países desenvolvidos houve uma redução da morbidade e mortalidade das pessoas afetadas. Nas áreas com elevada prevalência de infecção pelo HIV, vem ocorrendo estabilização, ou aumento do número de casos e óbitos por tuberculose. Estão mais sujeitos à doença, indivíduos que convivam (contatos) com doente bacilífero, determinados grupos com redução da imunidade, silicóticos e pessoas que estejam em uso de corticosteróides, ou infectados pelo HIV.

Ressalta-se que esta pesquisa conduziu as discussões para resultados bastante positivos, o qual revela que para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010, p 57),

[...] a vacina BCG confere poder protetor às formas graves de tuberculose, decorrentes da primoinfecção. No Brasil, é feita em dose única ao nascer, sendo obrigatória, segundo a Portaria n 452, de 6 de dezembro de 1976, do Ministério da Saúde. Quando administrada, a vacina não protege os indivíduos já infectados pelo *Mycobacterium tuberculosis* nem evita o adoecimento por infecção endógena ou exógena, mas oferece proteção a não infectados contra as formas mais graves, tais como a meningoencefalite tuberculosa e a tuberculose miliar, na população menor de 5 anos.

No controle da tuberculose é necessário a realização da baciloscopia mensal de acompanhamento, sendo indispensável a realização do segundo, quarto e sexto mês de tratamento, embora em casos de baciloscopia positiva no final do

segundo mês positiva é necessário cultura com identificação e teste de sensibilidade. Sendo que o acompanhamento clínico mensal é indispensável, visando queixas e sinais clínicos, assim como acompanhamento do peso para ajuste se necessário da medicação. Pacientes inicialmente bacilíferos deverão ter pelo menos duas baciloscopias negativas para comprovar cura, uma na fase de acompanhamento e outra na fase final. Embora nas crianças, o controle do tratamento, além de clínico, é radiológico, pois elas não conseguem produzir escarro para a baciloscopia. “A maioria dos casos curados não necessita de controle pós-tratamento, devendo-se orientar o paciente a retornar à unidade, apenas se surgirem sintomas semelhantes aos do início da doença (BRASIL, 2010, p.55).

Para que a doença se desenvolva em um indivíduo infectado não depende somente da idade do indivíduo e do tempo decorrido desde a infecção, mas também do estado bacteriológico da fonte. A intensidade do contato é uma das condições que fazem com que a tuberculose esteja associada à população de baixa renda, onde famílias numerosas convivem com muita proximidade em casas pequenas com pouca ventilação e bastante úmidas.

As predominâncias de sexo masculino, idade jovem e baixo nível socioeconômico são achados semelhantes, sendo que “o acometimento de indivíduos em faixa etária mais jovem é preocupante, pois esta afeta um grupo de pessoas na sua fase mais produtiva, e justifica a mobilização das organizações.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) “é frequente a descoberta da soropositividade para HIV durante o diagnóstico de tuberculose, sendo que trata-se da maior causa de morte entre pessoas que vivem com HIV”.

Atualmente há uma grande preocupação no tocante para vencer ao desafio na obtenção do sucesso visando maior adesão ao tratamento da Tuberculose. Pois dentro da complexidade dos fatores envolvidos, estão relacionados aspectos da própria doença, do paciente e do serviço de saúde. Nele, a negatividade da baciloscopia, o desemprego, o alcoolismo e a falta de acessibilidade à unidade foram determinantes para o insucesso terapêutico. Além desses e com grande relevância, encontram-se também a má relação médico-paciente e a falta de visitas domiciliares que aumentaram o abandono.

No município de Joaquim Felício, tivemos um crescimento alarmante dos números de casos de tuberculose, sendo considerado um dos enfoques no diagnóstico situacional construído no ano de 2012. No ano de 2010 foram 3(três)

casos e no ano de 2011 foram quatro, embora no ano de 2012 foram 8(oito) casos novos, um crescimento considerável.

O Brasil vem demonstrando alta prioridade e compromisso no combate à epidemia do tabaco e possui todos os elementos para se tornar um pioneiro nas atividades conjuntas de controle da TB e do tabaco. Ultimamente, está sendo implantado nas Unidades de Saúde, o programa do ambiente livre do cigarro.

O controle dessa patologia se dá em torno dos aspectos sociais e ambientais, sendo que estes também estão associados à hospitalização, cabendo aos profissionais de saúde estar cientes desta associação para abordar os cuidados de saúde em pacientes com tuberculose. Esse controle também está voltado com atenção básica na construção adequada de normas da Vigilância Sanitária, onde requer uma ventilação adequada, maior acesso ao trabalho adequado do agente comunitário de saúde na identificação precoce do sintomático respiratório e em especial, ao Tratamento Diretamente Observado.

Visando maior controle da Tuberculose, foi criado o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) (2001-2005), o qual preconizou a descentralização e introduziu possibilidades de intervenção por meio da articulação com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), enfatizando a atuação dessas equipes na resolução das necessidades dos doentes de TB e seus familiares e investindo na melhoria ao acesso às ações e serviços disponibilizados para diagnóstico e tratamento da TB.

Dentro desse contexto, percebe-se que ações de educação em saúde deve compreender o controle de infecção que deve ser realizado com ênfase em três aspectos: diminuição do risco de exposição, controle da expansão e redução da concentração de partícula infectante, uso de proteção respiratória individual (máscaras). Esclarecendo assim a comunidade quanto aos aspectos importantes da doença, sua transmissão, prevenção e tratamento. Por desconhecer a patologia, muitas vezes, no âmbito familiar e profissional, ocorre à discriminação do doente, O afastamento do trabalho contribui para o agravamento do sofrimento do paciente.

Por sua vez, Gazetta et al. (2006, p.8) acredita que,

Na realidade, é necessária a ampliação da visão epidemiológica no serviço de saúde pelos profissionais para implementação de práticas de vigilância e monitorização intensiva de casos novos, não como mera coleta de dados e análise das informações, mas com elaboração de bases técnicas para

elaboração de política direta para proliferação do bacilo. Estas ofereceriam subsídios aos serviços de saúde em relação à elaboração e implementação das ações de saúde, com agilidade na identificação de problemas e oportuna intervenção para seu controle.

Com base em novas ações direcionadas focando a família e a orientação da comunidade nos serviços de atenção primária, torna-se necessário a promoção de mudanças na qualidade e reforço do compromisso, além do envolvimento entre profissionais da saúde, indivíduo, família e comunidade. Assim, o norteamento para novas ações direcionadas, com enfoque na família e orientação para a comunidade nos serviços de atenção primária, faz-se, portanto necessário para promover mudanças na qualidade e reforçar o compromisso e o envolvimento entre profissionais de saúde, indivíduo, família e comunidade.

A realização de ações na área de saúde pública depende muito da combinação de vários fatores, começando pela decisão política de sua implementação. Mas, sem dúvida alguma, a fase de planejamento dessas ações implica na existência ou descoberta de indicadores adequados que traduzam a magnitude do problema em pauta, fazendo assim um planejamento, após diagnóstico epidemiológico da situação atual do problema, evitando assim uma grande perda de tempo e um desperdício de recursos financeiros.

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose, aponta que compete à Instância Municipal: Monitorar os indicadores epidemiológicos, coordenar a busca ativa de sintomáticos respiratórios, notificar ao Sinan a identificação de caso de TB no município, consolidar e analisar os dados gerados pelo sistema de informação, assegurar a realização dos exames diagnósticos, providenciar medicamentos, zelar pela vacinação BCG dos recém-nascidos, capacitar unidades básicas de saúde com ações de controle da TB.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo a tuberculose uma doença altamente infecciosa e em números alarmantes nos dias atuais, devemos ter um olhar criterioso para assim evitarmos o seu aumento. Com transmissão por via aérea superior e com proximidade no contato, o bacilo torna-se resistente em ambientes pouco arejados.

Diagnosticar e tratar corretamente os casos de TB pulmonar são as principais medidas para o controle da doença. Portanto, é de grande importância para interrupção da transmissibilidade do bacilo a investigação e o exame dos contatos, cabendo aí visitas domiciliares para busca ativa e reconhecimento da realidade do paciente, aumento do vínculo entre equipe de saúde e a família que por meio da visita aumenta a confiança e torna o TDO, não uma fiscalização e sim uma maneira de comunicação.

A informação sobre a doença, a medicação (duração, efeitos colaterais, dentre outros) são informações essenciais para evitar o abandono do tratamento. Esforços devem ser realizados no sentido de encontrar precocemente o paciente e oferecer o tratamento adequado, interrompendo a cadeia de transmissão da doença. Se esquemas terapêuticos têm papel primordial no tratamento, não esquecer que o impacto sobre a epidemiologia da doença somente será atingido após meios diagnósticos ágeis, fáceis e de baixo custo, agilizando serviços e aumentando a adesão.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Recomendações Para o Controle da Tuberculose no Brasil**. 1. ed. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 7. ed. Brasília, 2010.

CONTALICE FILHO, João Paulo. Efeito do incentivo alimentício sobre o desfecho do tratamento de pacientes com tuberculose em uma unidade primária de saúde no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro. **Jornal Bras. Pneumol**. v.35, n.10, 2009. Versão impressa ISSN 1806-3713.

DUNCAN, B. B., SCHMIDT, M. I. & CIUGLIANI E. R. J. (Ed). **Medicina ambulatorial: condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FIGUEIREDO, Tânia Maria Ribeiro Monteiro de, et al. Enfoque familiar e orientação para comunidade no controle da tuberculose. **Revista de Saúde Pública**. v.43, n.5, 2009. Versão impressa ISSN 00-8910.

GAZETTA, Cláudia Eli, et al. **O controle de comunicantes de tuberculose no programa de controle da tuberculose em um município de médio porte da Região Sul do Brasil, em 2002**. Versão impressa ISSN 1806-3713.

HINO, Paulo. Família conhecimento da equipe de saúde sobre as necessidades das pessoas com tuberculose saúde. **Rev. Latino. Am. Enfermagem**, v. 20, n.1, Ribeirão Preto, jan. /fev. 2012. Versão impressa ISSN 0104-1169.

LIMA, João AB, et al. Características clínicas e epidemiológicas do adulto contagiante da criança com tuberculose. **J. Bras. Pneumol**. v.30, n.3, São Paulo, maio/jun. 2004. Versão impressa ISSN 1806-3713.

MUSSI, Thais Virgínia Felício; TRALDI, Maria Cristina; TALARICO, Juliana Nery de Souza. Conhecimento como um fator de vulnerabilidade à tuberculose entre alunos de graduação e profissionais de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.46, n. 3, São Paulo, jun.2012. Versão impressa ISSN 00800-6334.

NOGUEIRA, Jordana de Almeida, et al. **Enfoque família e orientação para comunidade no controle da tuberculose**. Ver. Bras. Epidemiol. Vol. 14, nº2, São Paulo, jun. 2011. Versão impressa ISSN 1415-790X.

OLIVEIRA, Nathália França de, et al. Fatores sociais e ambientes associados à hospitalização de pacientes com tuberculose. **Rev. Latino. Am. Enfermagem**, vol.21, nº2, Ribeirão Preto, março/abril, 2013. Versão impressa ISSN 0104-1169.

PALHA, Pedro Fredemir, et al. Acesso aos serviços de atenção à tuberculose: análise da satisfação dos doentes. Revista da Escola de Enfermagem da USP. Vol.46, nº 2, São Paulo, Apr. 2012. Print version ISSN 0080-6234.

PONCE, Maria Amélia Zanon, et al. Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. Vol. 29, n.5, Rio de Janeiro. May. 2013. Print version ISSN 00102-311X.

RUFFINO NETTO, Antônio .Controle da tuberculose no Brasil: dificuldades na implantação do programa. **J. Pneumologia**, v.26, n.4, São Paulo, jul./ago. 2000. Versão impressa 0102-3586.

RUFFINO NETTO, Antônio. Recidiva da Tuberculose. **J. Bras. Pneumol.** v.33, n.5, São Paulo, set./out. 2007. Versão impressa ISSN 1806-3713.

SILVA JR, Jarbas Barbosa da. Tuberculose- Guia de Vigilância Epidemiológica. **J. Bras. pneumol**, v.30, supl.1, São Paulo, jun.2004. Versão impressa ISSN 1806-3713.

SMELTZER S.C., BARE B.G., (Ed). **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico**. 10. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.