

UNIVERSIDADE SAGRADO CORAÇÃO

DAYANE DOS SANTOS PAIXÃO

**ADESÃO AO NOVO TRATAMENTO DA
TUBERCULOSE EM BAURU, SP.**

BAURU
2010

DAYANE DOS SANTOS PAIXÃO

**ADESÃO AO NOVO TRATAMENTO DA
TUBERCULOSE EM BAURU, SP.**

Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem
apresentado ao Departamento de Ciências e Profissões da
Saúde, sob orientação da Prof^ª. Ms. Solange Nardo
Marques Cardoso e co-orientação da Prof^ª. Ms. Heloisa
Ferrari Lombardi.

BAURU
2010

P149a

Paixão, Dayane dos Santos

Adesão ao novo tratamento da Tuberculose em Bauru-SP /
Dayane dos Santos Paixão -- 2010.
61f. : il.

Orientadora: Profa. Ms. Solange Nardo Marques Cardoso.
Co-orientadora: Profa. Ms. Heloisa Ferrari Lombardi.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação em
Enfermagem) - Universidade Sagrado Coração - Bauru - SP.

1. Tuberculose. 2. Tratamento. 3. Adesão. I. Cardoso,
Solange Nardo Marques. II. Lombardi, Heloisa Ferrari. III.
Título.

DAYANE DOS SANTOS PAIXÃO

**ADESÃO AO NOVO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE EM BAURU,
SP.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade Sagrado Coração como parte dos requisitos para obtenção do título de Enfermagem sob orientação da Prof^a. Ms. Solange Nardo Cardoso e co-orientação da Prof^a. Ms. Heloisa Ferrari Lombardi.

Banca examinadora:

Prof^a. Ms. Solange Nardo Marques Cardoso

Prof^a. Ms. Evete Polidoro Alquati

Data: 10/12/2010

Dedico este trabalho aos meus pais
pelo esforço em realizar meu
sonho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, ao qual devo todas as vitórias.

A minha família, pelo amor e incentivo dado em todos os momentos.

Ao meu namorado, por seu companheirismo.

A minha orientadora Solange Nardo Marques Cardoso, pelo carinho, dedicação e ensinamentos, os quais tornaram esse trabalho possível.

A minha co-orientadora Heloisa Ferrari Lombardi, por sua amizade, carinho, apoio e rica contribuição.

Aos amigos do Departamento de Saúde Coletiva, pelos risos, carinho, aprendizado e experiência.

Ao Secretário da Saúde Dr. Fernando Casquel Monti, por permitir a realização desse trabalho.

A todos que torceram por mim.

“A dor é temporária, pode durar um minuto, uma hora, um dia, ou um ano. Mas em algum momento ela passa e outra sensação toma o seu lugar. Mas se eu desistir, a dor fica para sempre”.

Lance Armstrong

RESUMO

A Tuberculose é um problema de saúde prioritário no Brasil. Há uma década a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a Tuberculose como estado de emergência no mundo, sendo ainda hoje a maior causa de morte em adultos por doenças infecciosas. A Tuberculose é uma doença grave, porém curável, em praticamente 100% dos casos novos, desde que os princípios da quimioterapia sejam seguidos. Em 2009 foi preconizado pelo MS um novo esquema de tratamento da Tuberculose chamado Dose Fixa Combinada (DFC), que tem como intuito aumentar a adesão ao tratamento, melhorando consequentemente os índices de cura. O presente estudo teve como objetivos: geral - conhecer a percepção do doente em relação ao novo esquema de tratamento da Tuberculose pulmonar; específicos - traçar o perfil dos doentes com Tuberculose, residentes no município de Bauru e identificar o conhecimento dos doentes de Tuberculose sobre a doença. Os dados foram coletados através de questionário semi-estruturado. Foram entrevistados 23 doentes de Tuberculose pulmonar, residentes em Bauru e que iniciaram o tratamento entre janeiro e maio de 2010. Verificou-se um predomínio no sexo masculino e na faixa etária entre 30 e 39 anos. A escolaridade mais encontrada foi inferior a 7 anos de estudo e baixa renda familiar, concentrada entre 1 e 2 salários mínimos. Observou-se que a maioria dos entrevistados tem pouco conhecimento sobre a doença, porém todos disseram que a Tuberculose tem cura. O vínculo com o médico foi mais frequente, pois entende-se que o doente é sempre agendado para uma consulta médica mensal. Apenas a minoria apresentaram dificuldades em tomar os medicamentos e reações alérgicas e gástricas foram apresentadas no início do tratamento por metade dos entrevistados. Dos entrevistados, a grande maioria são acompanhados pela família durante o tratamento, fato este de extrema importância para a adesão do mesmo. Conclui-se que vários fatores contribuem para a não adesão ao tratamento da Tuberculose, entretanto há necessidade da equipe multidisciplinar identificar rapidamente esses fatores e propor ações de intervenção.

Palavras-chave: Tuberculose. Tratamento. Adesão.

ABSTRACT

Tuberculosis is a major health problem in Brazil. In present decade the World Health Organization (OMS) announced Tuberculosis as a state of emergency in the world, and it is nowadays the major cause of death in adults to infectious diseases. Tuberculosis is a serious disease, but if there is a chemotherapy principle it can be curable in 100% of the new cases. In 2009 a new tuberculosis treatment regimen was recommended by MS "Dose Fixa Combinada (DFC)", witch aim to increase patient adhesion to treatment, to improve consequently remission rates. The aim of this study was: general - to know the perception of patient in relation to a new treatment of pulmonary tuberculosis; specific - to draw the profile of Tuberculosis' patient in the city of Bauru and identify the knowledge of Tuberculosis' patient about this disease. Data were collected by a questionnaire. The survey was made with 23 patients of pulmonary tuberculosis, living in Bauru who started treatment by January and May of 2010. It was noted predominance of male and their median age was 30 - 39 years. The schooling was less than 7 years and low-income families with 1 and 2 minimum wages. It was noted that majority of interviewees have a lack of knowledge about disease, however all of them said that Tuberculosis has cure. Doctor's bond was frequently, because patient has always a monthly medical advice. Just a few patients showed difficulties with medicines and allergic and gastric reaction in the beginning of treatment for half of interviewees. The majority of interviewees come with their family during treatment and it is important to treatment adherence. It was concluded that many factors can contribute to no adherence of Tuberculosis' treatment, however there is a necessity of a multidisciplinary team to identify this factors and suggest social interventions.

Keywords: Tuberculosis. Treatment. Adherence.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Esquemas adotados até 2009 de acordo com a situação do caso.....	24
Quadro 2 – Medicamentos para o tratamento de Tuberculose Multirresistentes.....	26
Quadro 3 – Esquema básico para adultos e adolescentes – 2RHZE/4RH.....	27
Quadro 4 – Esquemas básico para crianças (menores de 10 anos de idade).....	27
Quadro 5 – Esquemas para Meningoencefalite para adultos e adolescentes – 2RHZE/7RH.....	28
Quadro 6 – Efeitos menores relacionado ao tratamento.....	29
Quadro 7 – Efeitos maiores relacionado ao tratamento.....	30

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Faixa etária dos entrevistados.....	35
Figura 2 – Sexo dos entrevistados	35
Figura 3 – Raça dos entrevistados	36
Figura 4 – Estado civil dos entrevistados	36
Figura 5 – Nível de escolaridade dos entrevistados.....	37
Figura 6 – Ocupação dos entrevistados	38
Figura 7 – Renda familiar dos entrevistados	38
Figura 8 – Consumo de bebida alcoólica entre os entrevistados	39
Figura 9 – Consumo de drogas entre os entrevistados.....	39
Figura 10 – Existência de outras doenças associadas entre os entrevistados	40
Figura 11 – Conhecimento quanto as formas de transmissão dos entrevistados	41
Figura 12 – Conhecimento dos entrevistados sobre os sintomas.....	41
Figura 13 – Conhecimento sobre exames para diagnóstico.....	42
Figura 14 – Conhecimentos dos entrevistados sobre as formas de prevenção	43
Figura 15 – Conhecimento dos entrevistados quanto ao tempo de tratamento.....	43
Figura 16 – Gravidade da doença de acordo com os entrevistados	44
Figura 17 – Importância da família realizar os exames para o diagnóstico.....	44
Figura 18 – Dificuldade de acesso ao serviço.....	45
Figura 19 – Vínculo com o profissional de saúde.....	46
Figura 20 – Dificuldade de tomar os medicamentos	46
Figura 21 – Pessoa que orientou sobre o tratamento	47
Figura 22 – Reação a medicação	47
Figura 23 – Interrupção da medicação.....	48
Figura 24 – Família acompanha tratamento.....	48

SIGLAS

OMS – Organização Mundial de saúde

MS – Ministério da Saúde

DFC – Dose Fixa Combinada

BAAR – Bacilos Álcool-Ácido Resistentes

PNCT - Programa Nacional de Controle da Tuberculose

DOTS - Estratégia de Tratamento Diretamente Observado

H – Isoniazida

R – Rifampicina

Z – Pirazinamida

S – Estreptomicina

E – Etambutol

Et – Etionamida

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVO	13
2.1	OBJETIVO GERAL.....	13
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
3	METODOLOGIA	14
3.1	LOCAL DA PESQUISA.....	14
3.2	POPULAÇÃO ESTUDADA.....	14
3.3	TIPO DE PESQUISA E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	14
3.4	APROVAÇÃO DA PESQUISA.....	15
4	REVISÃO DE LITERATURA	16
4.1	HISTÓRICO DA TUBERCULOSE.....	16
4.2	DEFINIÇÃO DA DOENÇA.....	16
4.2.1	Aspectos clínicos e laboratoriais.....	18
4.3	EPIDEMIOLOGIA.....	20
4.4	MEDIDAS DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DA TUBERCULOSE.....	21
4.4.1	Ações de educação em saúde.....	21
4.4.2	Imunização.....	22
4.4.3	Programa Nacional de Controle da Tuberculose.....	22
4.5	TRATAMENTO.....	23
4.5.1	Reações adversas.....	29
4.6	ADESÃO.....	30
4.6.1	Fatores que contribuem para a não adesão.....	31
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
5.1	PERFIL DOS ENTREVISTADOS.....	34
5.2	CONHECIMENTO DA DOENÇA.....	40
5.3	ADESÃO AO TRATAMENTO.....	44
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
	REFERÊNCIAS	51
	APÊNDICE A – Questionário	54
	ANEXO A – Termo de consentimento livre e esclarecido	58
	ANEXO B – Parecer da Comissão de Ética da USC	60
	ANEXO C – Parecer da Comissão de Ética da Secretaria Municipal de Saúde	61

1 INTRODUÇÃO

A Tuberculose é um problema de saúde prioritário no Brasil. Há uma década a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a Tuberculose como estado de emergência no mundo, sendo ainda hoje a maior causa de morte em adultos por doenças infecciosas. Cerca de um terço da população mundial, está infectado com o *Mycobacterium tuberculosis*, apresentando risco de desenvolver a doença. Aproximadamente 8 milhões de casos novos e quase 3 milhões de mortes por Tuberculose, ocorrem anualmente. (BRASIL, [200-?]a).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), o Brasil ocupa o 15º lugar entre os 22 países, em desenvolvimento, responsáveis por 80% do total de casos de Tuberculose no mundo. (HIJJAR et al., 2001).

Diante desta realidade, criou-se o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), que tem como propósito fundamental promover o controle da Tuberculose no Brasil, buscando a interrupção da transmissão da doença e a consequente diminuição dos riscos de adoecer e morrer por ela.

A Tuberculose é uma doença grave, porém curável, em praticamente 100% dos casos novos, desde que os princípios da quimioterapia sejam seguidos. Em 2009 foi preconizado pelo MS um novo esquema de tratamento da Tuberculose chamado Dose Fixa Combinada (DFC), que tem como intuito aumentar a adesão ao tratamento, melhorando consequentemente os índices de cura. Apesar de todos os benefícios a DFC não garante a ingestão dos comprimidos pelos doentes de Tuberculose. Portanto, é fundamental o controle efetivo do tratamento e a implementação da Estratégia de Tratamento Diretamente Observado (sigla em inglês, DOTS).

O presente trabalho aborda a adesão ao novo esquema de tratamento da Tuberculose ao indivíduo que apresenta a doença. Sua importância se deve ao fato que esse tratamento foi preconizado e implantou-se na rede de saúde no início do ano de 2010 e sendo muito novo poucos estudos foram realizados sobre o tema.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer a percepção do doente em relação ao novo esquema de tratamento da Tuberculose pulmonar.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil dos doentes com Tuberculose, residentes no município de Bauru.
- Identificar o conhecimento dos doentes de Tuberculose sobre a doença.

3 METODOLOGIA

3.1 LOCAL DA PESQUISA

Bauru é um município brasileiro, fundado em 1896, situado na região centro-oeste do Estado de São Paulo a uma altitude de 526 m, com um território de 673,49 km², onde vivem 359.429 habitantes. (IBGE, 2009).

O município de Bauru é pólo regional nos setores do comércio e serviço, e sede de região administrativa. As áreas de agricultura e indústria completam a vida econômica, empregando uma minoria de trabalhadores.

A pesquisa foi realizada no Centro de Referência em Moléstias Infecciosas – SMI da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru, serviço especializado no atendimento a indivíduos com Tuberculose, localizado em Bauru-SP. Inaugurado em 06/07/1996, localizado na Rua Silvério São João s/nº. O horário de funcionamento do Centro de Referência é de 2ª a 6ª feira, das 7:00 as 17:00 horas. É um Serviço de Referência para atendimento de moléstias infecto-contagiosas, promovendo atendimento interdisciplinar às pessoas portadoras do HIV, AIDS, Hepatites, Hanseníase, Tuberculose e outras doenças infecciosas, encaminhadas de outros serviços de saúde de Bauru e região.

3.2 POPULAÇÃO ESTUDADA

A população estudada foram os doentes de Tuberculose Pulmonar, notificados pelo serviço, residentes em Bauru, que iniciaram o tratamento com o novo esquema preconizado pelo MS, entre os meses de janeiro e maio de 2010. Foram excluídos os presidiários, doentes de Tuberculose extrapulmonar e os doentes que residem fora do município.

Os doentes de Tuberculose Pulmonar que aceitaram participar da pesquisa, após a apresentação dos objetivos, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A).

3.3 TIPO DE PESQUISA E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Trata-se de pesquisa exploratória, descritiva.

Para a coleta de dados aplicou-se um questionário semi-estruturado com perguntas abertas e fechadas (APÊNDICE A), buscando responder os objetivos propostos.

Os resultados foram apresentados em forma de gráficos, utilizando o Programa Excel e Access, seguidos da discussão dos resultados e considerações finais.

3.4 APROVAÇÃO DA PESQUISA

O trabalho foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Sagrado Coração.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 HISTÓRICO DA TUBERCULOSE

A Tuberculose é uma das mais antigas doenças da humanidade com evidências desde os tempos pré-históricos. Já foi encontrada em esqueletos de múmias do antigo Egito e, mais recente, em uma múmia pré-colombiana no Peru. (SÃO PAULO, [200-?]a).

Disseminou-se na Europa, com a urbanização crescente e no século XVIII ficou conhecida com a peste branca. Nos últimos anos do mesmo século, passou a ser considerada como “doença romântica”, pois era idealizada nas obras literárias e artísticas e identificada como uma doença de poetas e intelectuais. (SÃO PAULO, [200-?]a).

Em fins do século XIX, a doença passou a ser qualificada como um "mal social" e passou a ser relacionada às condições precárias de vida. Desde o século XIX, o tratamento higieno-dietético prevaleceu como terapêutica para a Tuberculose. Acreditava-se que a cura do doente acontecia quando se dispunha de boa alimentação, repouso e podia-se viver no clima das montanhas, este último considerado um fator fundamental no tratamento. Já no século XX, a década de 30 foi marcada por avanços científicos que questionaram o "fator clima" na cura da Tuberculose, e a hereditariedade na etiologia da doença. A descoberta da medicação específica, a partir da década de 1940, promoveu uma queda acentuada dos índices de mortalidade da doença e a comprovação da eficácia desses medicamentos na cura da Tuberculose, descobertos ao longo das décadas de 1950 e 1960 fez com que o tratamento se tornasse primordialmente ambulatorial, tornando desnecessária, em sua maioria, a internação do paciente. (SÃO PAULO, [200-?]a)

4.2 DEFINIÇÃO DA DOENÇA

A Tuberculose é uma doença infecciosa que afeta principalmente o parênquima pulmonar, podendo também ser transmitida para outras partes do corpo, ou seja, extrapulmonar como as meninges, rins, ossos e linfonodos. Tem como agente infeccioso primário o *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecido como bacilo de Kock (BK), que se desenvolve lentamente e é sensível ao calor e à luz ultravioleta. (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

É um problema mundial de saúde pública, promovendo um aumento contínuo das taxas de mortalidade e morbidade. O *Mycobacterium tuberculosis* afeta aproximadamente um terço da população mundial e permanece como principal causa de morte por doenças infecciosas no mundo. (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

Tem como principal reservatório o homem e, em geral, a fonte de infecção é o indivíduo que apresenta a forma pulmonar da doença, pois elimina bacilos para o exterior sendo conhecido então, como bacilífero. Em uma comunidade, calcula-se que um indivíduo bacilífero poderá infectar, durante um ano, em média, de 10 a 15 pessoas. (BRASIL, [200-?]b).

Segundo o MS - Guia de Vigilância Epidemiológica (BRASIL, [200-?]b), o complexo *Mycobacterium tuberculosis* é constituído de varias espécies: *Mycobacterium tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum* e *M. microti*. Outras espécies de micobactérias podem produzir quadro clínico semelhante à Tuberculose, sendo necessário um diagnóstico diferencial através de cultura. Não existem estimativas da proporção de doentes com Tuberculose causada pelo *M. bovis*, no entanto é importante que se esteja atento para a possibilidade de ocorrência do mesmo. Em alguns locais, ele assume o papel de principal agente etiológico, apresentando-se de maneira idêntica ao *Mycobacterium tuberculosis*, porém com maior incidência de forma ganglionar e outras extrapulmonares.

A Tuberculose dissemina-se de uma pessoa a outra através do ar, por meio de gotículas emitidas pela fala, espirro, e principalmente pela tosse, de tamanhos variados, contendo em seu interior o bacilo. As macrogotículas se depositam, enquanto as microgotículas permanecem suspensas no ar por diversas horas e são inaladas pela pessoa suscetível. (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

“Somente os núcleos secos das gotículas (Núcleo de Wells), com diâmetro de até 5 micrômetros e com 1 a 2 bacilos em suspensão, podem atingir os bronquíolos e alvéolos, e ai iniciar a multiplicação”. (BRASIL, [200-?]b, p.40).

O período de incubação após a infecção pelo *M. tuberculosis*, é em média, de 4 a 12 semanas para a detecção de lesões primárias, sendo que a maioria dos casos novos de doença pulmonar ocorre em torno de 12 meses após a infecção inicial. A probabilidade de o indivíduo vir a ser infectado, e de que essa infecção evolua para a doença, depende de múltiplas causas, destacando-se, dentre elas, as condições sócio-econômicas e algumas condições médicas, como diabetes *mellitus*, uso prolongado de corticóides ou imunossuppressores, neoplasias, uso de drogas e infecções por HIV. A evolução do quadro clínico dependerá do indivíduo estar sendo infectado pela primeira vez (primo-infecção), ou reinfestado (reinfecção exógena). Se ocorrer uma primo-infecção, a probabilidade de o indivíduo adoecer depende da virulência do bacilo, da fonte infectante e das características genéticas dos indivíduos infectados. Já no caso de novo contato, após uma infecção natural ou induzida pela vacina BCG (bacilo de Calmette e Guerin), a resistência dependerá da resposta imunológica. (BRASIL, [200-?]b, p. 40).

De acordo com o MS - Guia de Vigilância Epidemiológica (BRASIL, 2002a), o período de transmissibilidade é total enquanto o doente estiver eliminando bacilos, e ainda

não tiver iniciado o tratamento, sendo reduzida gradativamente com o esquema terapêutico recomendado. As crianças que apresentam a doença na forma pulmonar não são infectantes.

“A infecção pelo bacilo da Tuberculose pode ocorrer em qualquer idade, porém no Brasil ocorre geralmente na infância. Nem todas as pessoas expostas ao bacilo da Tuberculose se tornam infectadas”. (BRASIL, [200-?]b, p.40).

De acordo com o MS - Guia de Vigilância Epidemiológica (BRASIL, 2002a), a infecção sem doença significa que os bacilos estão presentes no organismo, mas que o sistema imune está respondendo de forma positiva e mantendo-os sob controle. A chance de adoecer entre os doentes aumenta na presença de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e outras formas de imunodepressão, na presença de desnutrição, diabetes e usuários de drogas injetáveis. As recidivas de infecções antigas e latentes explicam grande parte de casos de doenças em idosos. A imunidade natural pode ser entendida por diferenças fisiológicas, controladas geneticamente, que existem nas várias espécies. Já a imunidade adquirida é fundamentalmente mediada pelo sistema imunológico celular, timo-dependente, através da interação entre linfócitos T ativados e macrófagos.

4.2.1 Aspectos clínicos e laboratoriais

Os sinais e sintomas da Tuberculose pulmonar são insidiosos. Muitos indivíduos apresentam febre baixa, tosse, sudorese noturna, fadiga e perda de peso. A tosse pode ser improdutiva ou escarro mucopurulento pode ser expectorado. A hemoptise também pode acontecer. Os sintomas sistêmicos e pulmonares são crônicos e podem permanecer por semanas a meses. Em geral, os idosos apresentam-se com sintomas menos pronunciados que os indivíduos mais jovens. (BRUNNER; SUDDARTH, 2005, p. 543).

As principais complicações dependem da extensão das lesões pulmonares, sendo as mais importantes, clinicamente, o distúrbio ventilatório obstrutivo e/ou restritivo, infecções respiratórias de repetição, formação de bronquiectasias, hemoptise, atelectasias, e empiemas. (BRASIL, [200-?]b).

Uma história completa, exame físico e exames laboratoriais devem ser empregados para diagnosticar a Tuberculose.

O diagnóstico laboratorial, segundo o MS (1995, p.11; 2002a , p. 829), é fundamentado nos seguintes métodos:

- Exames bacteriológicos
 - Baciloscopia direta do escarro (também chamada de BAAR, ou seja, pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes): é o método prioritário, pois permite descobrir a fonte mais importante de infecção, que é o doente bacilífero, detectando de 70-80% dos casos de Tuberculose pulmonar em uma comunidade.
 - Cultura do Bacilo de Koch: É indicada para suspeitos de Tuberculose pulmonar negativos ao exame direto do escarro, e para o diagnóstico de formas extrapulmonares, como meningea, renal, pleural, óssea e ganglionar, e também para o diagnóstico em pacientes com HIV positivo.
- Exame radiológico

É auxiliar e indispensável no diagnóstico da Tuberculose, pois permite a identificação de pessoas portadoras de imagens sugestivas de Tuberculose, ou de outras patologias, porém não é suficiente para confirmar a doença. Apesar disso, o exame radiológico pode ser especialmente útil em crianças, onde o encontro de bacilos no escarro é muito raro.
- Prova tuberculínica

No Brasil o mais utilizado é o teste de Mantoux que é usado para determinar se um indivíduo foi infectado pelo bacilo da Tuberculose.

A prova tuberculínica com PPD, substância extraída de proteínas do bacilo de Koch, é aplicada por via intradérmica e quando reatora indica apenas a presença de infecção, e não é suficiente para o diagnóstico da Tuberculose doença.
- Exame anátomo-patológico: deve-se realizar a biópsia, sempre que possível nas formas extrapulmonares, para identificar o *M. tuberculosis*, ou o processo inflamatório granulomatoso com a Tuberculose.
- Exame bioquímico: mais utilizados em casos de Tuberculose extrapulmonar, principalmente no derrame pleural, derrame pericárdico e meningoencefalite tuberculosa.
- Exame sorológico e de biologia molecular: esses novos métodos são úteis para o diagnóstico precoce da Tuberculose.

O exame sorológico Anti-HIV deve ser oferecido a todo doente com diagnóstico de Tuberculose confirmado.

O risco de infecção depende de uma série de fatores como o confinamento em prisões, asilos e hospitais, o contato de casos de Tuberculose, abuso de álcool e uso de drogas, infecção pelo HIV, diabetes *mellitus*, entre outros. (LIMA, 2006).

Classificação dos Doentes de Tuberculose de acordo com o MS - Guia de Vigilância Epidemiológica (BRASIL, 2002b, p. 15):

- 1) Tuberculose pulmonar positiva – quando apresentam:
 - duas baciloscopias diretas positivas;
 - uma baciloscopia direta positiva e cultura positiva;
 - uma baciloscopia direta positiva e imagem radiológica sugestiva de Tuberculose;
 - duas ou mais baciloscopias diretas negativas e cultura positiva;

Em caso de uma baciloscopia positiva e outra negativa, encaminhar para outros exames;
- 2) Tuberculose pulmonar negativa – quando apresentam:
 - duas baciloscopias negativas, com imagem radiológica sugestiva e achados clínicos ou outros exames complementares que permitam ao médico efetuar o diagnóstico de Tuberculose.
- 3) Tuberculose extrapulmonar

A Tuberculose pode ainda se expressar por formas disseminadas como a miliar ou extrapulmonares (classificadas segundo a localização: pleural, ganglionar periférica, ósteo-articular, geniturinária, meningoencefálica e assim por diante), com base nos achados clínicos e em exames complementares que permitam ao médico diagnosticar Tuberculose.

De acordo com o MS - Guia de Vigilância Epidemiológica (BRASIL, 2002b, p. 16): “[...] o diagnóstico da Tuberculose na criança e no adolescente pode apresentar-se de três formas: pulmonar, extrapulmonar e pulmonar + extrapulmonar”.

Há um predomínio na Tuberculose pulmonar onde as manifestações clínicas podem ser variadas, tendo como destaque na maioria dos casos a febre, normalmente moderada, persistente por mais de 15 dias e frequentemente vespertina. (BRASIL, 2002b).

4.3 EPIDEMIOLOGIA DA TUBERCULOSE

A Tuberculose é uma das enfermidades mais antigas e conhecidas do mundo, porém não é uma doença do passado como todos pensam. Está em estado de emergência decretado pela Organização Mundial de Saúde, como enfermidade reemergente, desde 1993. Um terço da população mundial está infectada pelo *M. tuberculosis* e, por ano, ocorrem 8,5 milhões de casos e 3 milhões de mortes causadas pela doença. A maioria em países em desenvolvimento. Anualmente notifica-se no Brasil perto de 100 mil casos de Tuberculose sendo que, destes, 85 mil casos são novos. Morrem cerca de 6 mil pessoas no País decorrente da doença. Os principais fatores que contribuem para a manutenção e agravamento do problema são a persistência da pobreza em nossa sociedade, a ocorrência da Aids nos grandes centros, o aumento da ocorrência da resistência medicamentosa e da Multidroga-resistência (MDR) é outra preocupação do programa. (BRASIL, [200-?]a)

Segundo estimativas da OMS, aproximadamente 9,27 milhões de casos novos (139 casos por 100.000 habitantes) ocorreram em 2007 no mundo. Desses, 14,8% (1,37 milhão) são co-infectados pelo HIV. Um grupo de 22 países é responsável por 80% da carga de Tuberculose no mundo, no qual, Índia, China, Indonésia, Nigéria e África do Sul ocupam as cinco primeiras posições. O Brasil é o 18º país do mundo em número de casos novos de Tuberculose e o 108º quando se avalia a incidência ao invés da carga da doença. A OMS estima que em 2007 havia 92 mil casos novos e 49 mil casos novos BAAR+ no país, com uma taxa de incidência de 48 e 26 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. Além disso, espera-se que 14% dos casos de Tuberculose (todas as formas) sejam HIV+. Quanto à mortalidade, estima-se que ocorram cerca de 8.400 óbitos atribuídos à Tuberculose, ou seja, 4,4 mortes por 100.000 habitantes. Esses indicadores são resultados de estimativas da OMS e não têm como fonte o Sistema de Informações sobre Mortalidade ou o Sistema de Informações de Agravos de Notificação. Estima-se uma taxa de detecção de 78% para o Brasil. (BRASIL, [200-?]c).

De acordo com o MS (BRASIL, [200-?]d):

No Brasil, 70% dos casos estão concentrados em 315 dos 5.565 municípios. As maiores incidências estão nos estados do Rio de Janeiro (73,27 por 100 mil), Amazonas (67,60), Pernambuco (47,79), Pará (45,69) e Ceará (42,12). A região Centro-Oeste é a que apresenta as menores taxas do país – em Goiás, são 9,57 por 100 mil habitantes. No Distrito Federal, 12,09 por 100 mil.

A incidência entre os homens (cerca de 50 por 100 mil) é o dobro do que entre as mulheres. Já as populações mais vulneráveis são as indígenas (incidência quatro vezes maior do que a média nacional); portadores de HIV (30 vezes maior); presidiários (40 vezes maior); e moradores de rua (60 vezes maior). No entanto, há ocorrências em todos os segmentos da sociedade, independente da renda ou da escolaridade. (BRASIL, [200-?]d).

No Estado de São de Paulo, estima-se que ocorra cerca de 18.000 casos novos de Tuberculose por ano, com uma taxa de incidência decrescente de 1998 a 2004, oscilando entre 49,7 e 45,9 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. (SÃO PAULO, [200-?]c).

Coelho et al (2010), ao estudar o perfil epidemiológico da Tuberculose no Município de Teresina-PI, no período de 1999 a 2005, encontrou 64,2% do sexo masculino e 35,8% do sexo feminino.

Em Bauru, segundo Monti (2000, p.99) “[...] a incidência da Tuberculose declinou de 53,6 para 45,1 casos por 100.000 habitantes, de 1993 para 1995”. No ano de 2009 foram registrados 79 novos casos da doença (TUBERCULOSE..., 2010), um decréscimo significativo em relação a 2008 que teve 106 novos casos segundo a Secretaria de Saúde do Estado ([200-?]c).

4.4 MEDIDAS DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DA TUBERCULOSE

4.4.1 Ações de educação em saúde

Para que sejam realizadas ações educativas junto à comunidade é necessário esclarecê-la quanto aos aspectos importantes da Tuberculose, sua transmissão, prevenção e tratamento. O desconhecimento leva à discriminação do doente, no âmbito familiar e profissional. (BRASIL, [200-?]b).

4.4.2 Imunização

A vacina BCG, sigla decorrente da expressão bacilo de Calmette-Guérin, é preparada a partir de uma cepa derivada do *M. bovis*, atenuada por sucessivas passagens através de meio de cultura. A vacina confere poder protetor às formas graves de Tuberculose, decorrentes da primoinfecção. No Brasil, é prioritariamente indicada para as crianças de 0 a 4 anos de idade, sendo obrigatória para menores de um ano. Há contraindicação absoluta para aplicar a vacina BCG nos portadores de imunodeficiências congênitas ou adquiridas, exceto recém-nascidos e crianças soropositivas para HIV, ou filhos de mães com aids, que não apresentem os sintomas da doença. Os adultos infectados pelo HIV (sintomáticos ou assintomáticos), não deverão ser vacinados se apresentarem contagem de linfócitos T (CD4+) abaixo de 200 células/mm³. (BRASIL, [200-?]b, p. 51).

4.4.3 Programa Nacional de Controle da Tuberculose

O propósito do PNCT é reduzir a transmissão do bacilo da Tuberculose na população, por meio de ações de diagnóstico precoce e tratamento adequado dos casos.

Em 1993, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a situação da Tuberculose como estado de urgência. Criou-se, então, o programa “STOP TB” que reúne instituições de alto nível científico e/ou poder econômico, tais como: a Organização Mundial da Saúde, o Banco Mundial, o Centers for Disease Control (CDC)-Atlanta, International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (IUATLD), Royal Netherlands Tuberculosis Association (RNTA) e American Thoracic Association (ATA). (RUFFINO-NETTO, 2002, p.51).

Segundo a WHO (2006), a estratégia “STOP TB” visa um mundo livre de Tuberculose tendo como objetivos possibilitar o acesso universal ao diagnóstico de alta qualidade e ao tratamento centrado no doente, reduzir o sofrimento humano e o problema socioeconômico ligados à Tuberculose, proteger as populações pobres e vulneráveis contra a Tuberculose, Tuberculose associada ao HIV e Tuberculose com farmacorresistência múltipla, apoiar o desenvolvimento de novas ferramentas e ativar seu uso oportuno e eficaz. Um dos componentes dessa estratégia é buscar a ampliação e aperfeiçoamento da estratégia DOTS de alta qualidade.

O DOTS (sigla em inglês para Estratégia do Tratamento Supervisionado da Tuberculose) é uma proposta de intervenção que aumenta a probabilidade de cura dos doentes em função da garantia do tratamento assistido, contribuindo para a interrupção da transmissão da doença. É uma estratégia de controle da Tuberculose recomendada internacionalmente. Cura doentes, salva vidas, reduz a transmissão e previne o aparecimento e disseminação da Tuberculose multirresistente. O indivíduo através da DOTS recebe a medicação e tem todo o seu tratamento observado pelos serviços de saúde. A adoção desta estratégia exige um compromisso governamental em garantir os recursos para o controle da Tuberculose; organizar os serviços para a descoberta, o diagnóstico e o tratamento de caso; promover o diagnóstico mediante o exame de escarro nos sintomáticos respiratórios que procuram os serviços de saúde; garantir o fornecimento regular dos medicamentos e insumos para todos os laboratórios em todos os serviços de saúde e estruturar um sistema de informação eficiente de registro e acompanhamento dos doentes até a cura. (BRASIL, [200-?]a)

Segundo o MS ([200-?]a), a supervisão direta do tratamento por um profissional de saúde é uma das estratégias possíveis de aumentar a adesão ao tratamento, maior descoberta das fontes de infecção, e o aumento da cura, reduzindo assim, o risco da transmissão, tendo como alternativa o envolvimento de um familiar ou de pessoa da comunidade para acompanhar o tratamento. Uma boa orientação do doente, consultas mais frequentes no início do tratamento, a garantia de consulta em caso de efeitos colaterais, a busca imediata de faltosos, o tratamento de comorbidades são ações importantes que aumentam a adesão mesmo em tratamentos autoadministrados.

4.5 TRATAMENTO

A Tuberculose é uma doença grave, porém curável, em praticamente 100% dos casos novos, desde que os princípios da quimioterapia sejam seguidos. A atividade prioritária de controle da doença é o tratamento dos bacilíferos, pois permite anular rapidamente as maiores fontes de infecção. Poucos dias após o início correto da quimioterapia, os bacilos da Tuberculose praticamente perdem seu poder de infecção. Assim, os doentes bacilíferos não precisam e nem devem ser excluídos do convívio familiar e da comunidade. (BRASIL, 2002b).

“A associação medicamentosa adequada e seu uso regular, por tempo suficiente, são os meios necessários para evitar a resistência e a persistência bacterianas”. (BRASIL, 1995, p. 15).

Antes do início da quimioterapia, o doente e a família devem ter toda orientação necessária, desde as características da doença até os possíveis efeitos adversos dos medicamentos. (BRASIL, 2002a).

Além dos medicamentos é preciso incentivar medidas profiláticas e preventivas.

A principal estratégia de atenção ao indivíduo com Tuberculose é o DOTS, que tem como elemento central o tratamento supervisionado, considerado fator essencial para promover o real e efetivo controle da doença, sendo priorizado para todos os casos de Tuberculose bacilífera. (BRASIL, 2002a).

O tratamento da Tuberculose é longo, podendo durar de seis até nove meses, e requer grande persistência e empenho do doente e até mesmo do serviço de saúde para garantir uma melhor adesão.

De acordo com a situação do caso, os esquemas adotados até 2009 segundo o MS (2002b), eram:

SITUAÇÃO	ESQUEMA INDICADO
Sem tratamento anterior	I
Com tratamento anterior: - recidivante do Esquema I ou - retorno após abandono do Esquema I	IR
Tuberculose Meningoencefálica	II
Falência dos Esquemas I ou IR (Esquema I Reforçado)	III

Quadro 1 – Esquemas adotados até 2009 de acordo com a situação do caso.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002b, p. 20.

Considera-se sem tratamento anterior os indivíduos que nunca se submeteram a quimioterapia antituberculosa ou a fizeram por menos de trinta dias. Entende-se por falência a persistência da positividade do escarro ao final do tratamento. (BRASIL, 2002b)

“As drogas utilizadas, nos esquemas padronizados pelo MS são: Isoniazida (H), Rifampicina (R), Pirazinamida (Z), Estreptomicina (S), Etambutol (E), Etionamida (Et)”. (BRASIL, 2002a, p. 833).

Até 2009 o tratamento preconizado pelo MS (2002a) era:

- Esquema Básico (Esquema I), utilizado para casos novos (sem tratamento anterior, tratamento por menos de 30 dias, ou tratamento anterior há mais de 5 anos) de todas as formas

de Tuberculose Pulmonar e Extrapulmonar, consiste em dois meses de uso de RHZ seguidos de quatro meses com RH em doses que variam conforme o peso.

- Esquema Básico + Etambutol (Esquema I Reforçado), utilizado em casos de recidiva após cura (com esquema básico) ou Retorno após abandono do Esquema I ocorre em dois meses de RHZE seguidos de quatro meses de RHE em doses que variam conforme o peso.

- Esquema II, utilizado para os casos de Tuberculose Meningoencefálica que ocorre em dois meses de RHZ seguidos de sete meses de RH em doses que variam conforme o peso.

- Esquema de falência, utilizado para casos de falência de tratamento do Esquema I e do Esquema IR, ou seja, aqueles que apresentam persistência da positividade do escarro ao final do 4º ou 5º meses de tratamento, tendo havido ou não negatificação anterior do exame. O tratamento se dá em três meses de SZEEt seguidos de nove meses de EEt em doses que variam conforme o peso.

O desenvolvimento da resistência clinicamente significativa é principalmente devido ao uso incorreto da medicação ou por contato com indivíduos portadores de Tuberculose multirresistente. Dessa forma, atenção especial deve ser dada aos indivíduos com possibilidade de abandono. Algumas situações consideradas para o desenvolvimento da resistência incluem: indivíduos com coinfeção HIV/Tb, dificuldade na adesão ao tratamento com uso inadequado dos medicamentos, tratamento prévio de Tuberculose e etilismo. (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2006, p. 41).

Diante dessa problemática decorrente de irregularidades e abandono de tratamentos, o PNCT, seguindo orientação da OMS, tem proposto a adoção da DOTS. (REIGOTA; CARANDINA, 2002).

No caso do Esquema III, este necessita ser realizado em unidades mais complexas, pois sempre que possível deve-se realizar o teste de sensibilidade às drogas no início do tratamento, para definir a possibilidade de sucesso desse esquema, ou sua modificação.

O teste de sensibilidade às drogas não é rotineiro no país, porém quando realizado e apresentar resistência de apenas um dos medicamentos em uso, com boa evolução clínica e laboratorial, o regime não deve ser alterado. (BRASIL, 2002a).

Os casos de Tuberculose multirresistentes devem ser notificados e tratados com o esquema descrito no quadro abaixo:

DROGA	VIA	DOSE	TEMPO DE USO
Amicacina	Intramuscular (ou endovenosa)	500mg – para < 60Kg 1 g – para ≥ 60Kg	12 meses 1ª fase – 2 meses 5 vezes por semana 2ª fase – 10 meses 2 vezes por semana
Terizidon	Oral	500mg/dia independente do peso	18 meses
Ofloxacina	Oral	400mg para < 40Kg 600mg para ≥ 40Kg	18 meses Tomar em jejum
Etambutol	Oral	800mg para < 45Kg 1200mg para ≥ 45Kg	18 meses
Clofazimine	Oral	100mg/dia	18 meses

Quadro 2 – Medicamentos para o tratamento de Tuberculose Multirresistentes.

Fonte: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2006, p.42.

Em agosto de 2008, o Comitê Técnico Assessor do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, recomendou a inclusão do Etambutol, para adultos e adolescentes (>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 seis meses. Portanto, tanto os novos quanto os antigos casos cumprirão o mesmo esquema terapêutico nos últimos quatro meses de tratamento. Para crianças (<10 anos de idade) continua a recomendação com três fármacos na 1ª fase (RHZ) e dois fármacos (RH) na 2ª fase. (BRASIL, [200-?]b).

Em outubro de 2009, o MS implantou o novo esquema de tratamento da Tuberculose chamado DFC ou "quatro em um", como é popularmente conhecido. De acordo com o MS ([200-?]b), a DFC aumenta a eficácia do tratamento com a inclusão de uma quarta droga em um mesmo comprimido reduzindo assim a quantidade de doses diárias, o que reduz o abandono e melhora a adesão ao tratamento, melhorando consequentemente os índices de cura.

O esquema básico consiste em DFC de Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol por seis meses, sendo dois meses de RHZE seguidos de quatro de RH em doses que variam conforme o peso.

Regime	Fármacos e doses em mg	Faixa de peso	Unidades/dose	Meses
2RHZE Fase intensiva	RHZE 150/75/400/275	20 a 35kg 36 a 50kg >50kg	2 comprimidos 3 comprimidos 4 comprimidos	2
4RH Fase de Manutenção	RHa 300/200 ou 50/100	20 a 35kg 36 a 50kg >50kg	1 cápsula 300/200 1 cápsula 300/200 + 1 cápsula 150/100 2 cápsulas 300/200	4

Quadro 3. Esquema básico para adultos e adolescentes – 2RHZE/4RH

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. [200-?]b, p. 47.

O Esquema básico para crianças menores de 10 anos de idade consiste em dois meses de RHZ seguidos de quatro meses de RH em doses que variam conforme o peso.

Regime	Fármacos	Faixa de peso	Unidades/dose	Meses
2RHZ Fase intensiva	R/H/Z	Até 20kg 20 a 35kg 36 a 50kg >50kg	10/10/35 mg/kg peso 300/200/1000 mg/dia 450/300/1500 mg/dia 600/400/2000 mg/dia	2
4RH Fase de Manutenção	R/H	Até 20kg 20 a 35kg 36 a 50kg >50kg	10/10 mg/kg/dia 300/200 mg/dia 450/300 mg/dia 600/400 mg/dia	4

Quadro 4. Esquema Básico para crianças (menores de 10 anos de idade).

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. [200-?]b, p. 48.

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 5), já 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 também variam conforme o peso (BRASIL, [200-?]a).

Regime	Fármacos e doses em mg	Faixa de peso	Unidades/dose	Meses
2RHZE Fase intensiva	RHZE 150/75/400/275 comprimido em dose fixa combinada	20 a 35 kg 36 a 50 kg >50 kg	2 comprimidos 3 comprimidos 4 comprimidos	2
7RH Fase de manutenção	RH 300/200 ou 150/100 cápsula	20 a 35 kg 36 a 50 kg >50 kg	1 cápsula 300/200 1 cáps 300/200 + 1 cáp 150/100 2 cápsulas 300/200	7

Quadro 5. Esquema para Meningoencefalite para adultos e adolescentes – 2RHZE/7RH
Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. [200-?]b, p. 48.

Segundo o MS (2010a), nos casos de Tuberculose meningoencefálica, em qualquer idade, recomenda-se o uso de corticosteróides (prednisona, dexametasona ou outros), por um período de um a quatro meses, no início do tratamento.

De acordo com o MS ([200-?]b, p.49):

“[...] para os casos de suspeita de falência ao esquema básico, devem ser solicitados a cultura com identificação e teste de sensibilidade, conforme já foi dito. Estes pacientes devem ser encaminhados à unidade de referência para avaliação e definição do esquema terapêutico a ser instituído. O esquema básico deve ser mantido até que a unidade básica receba o resultado destes exames e encaminhe o indivíduo para um centro de referência. Estão abolidos os esquemas IR (Esquema I Reforçado) e III. Além dos suspeitos de falência aos tuberculostáticos, os doentes que apresentam as seguintes condições também deverão ser encaminhados para uma unidade de referência: evidências clínicas de hepatopatia aguda ou crônica; evidências clínicas de nefropatias; infecção pelo HIV ou aids (para esta situação a referência será o SAE; manifestação clínica de efeitos adversos maiores ou Intolerância medicamentosa de difícil manejo.

Os doentes que não se curam após tratamento com os esquemas padronizados pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose – PNCT/SVS/MS, podem ser portadores de bacilos resistentes aos tuberculostáticos. A resistência deve ser confirmada por testes laboratoriais e é definida como: Monorresistência (resistência a um fármaco); Polirresistência (resistência a mais de um fármaco que não rifampicina e isoniazida); Multirresistência (resistência simultânea à, pelo menos, rifampicina e isoniazida); Resistência extensiva aos fármacos (resistência à rifampicina e isoniazida, acrescida de resistência a uma fluoroquinolona (antibióticos derivados do ácido nalidixico) e um medicamento injetável de segunda linha). (BRASIL, [200-?]b, p.49).

“Em todos os esquemas, a medicação é de uso diário, e deve ser administrada preferencialmente em jejum e em uma única tomada, em casos de intolerância digestiva, junto com uma refeição.” (BRASIL, [200-?]b, p. 50).

4.5.1 Reações adversas

A maioria dos indivíduos submetidos ao tratamento de Tuberculose, conseguem completar o tempo recomendado, sem sentir qualquer efeito colateral relevante. Os fatores relacionados às reações são diversos. Todavia, os maiores determinantes dessas reações se referem à dose, horários de administração da medicação, idade, estado nutricional, etilismo, condições da função hepática e renal e coinfeção pelo HIV. Os efeitos menores ocorrem entre 5 a 20% dos casos, e são assim classificados, porque não implicam em modificação imediata do esquema padronizado, já os efeitos maiores implicam na interrupção, ou alteração do tratamento e são menos frequentes, ocorrendo em torno de 2%, podendo chegar a 8% em serviços especializados. (BRASIL, [200-?]b, p.50).

EFEITOS	DROGAS
Irritação gástrica (náusea, vômito) Epigastralgia e dor abdominal	Rifampicina Isoniazida Pirazinamida
Artralgia ou artrite	Pirazinamida Isoniazida
Neuropatia periférica (queimação das extremidades)	Isoniazida Etambutol
Cefaléia e mudança de comportamento (euforia, insônia, ansiedade e sonolência).	Isoniazida
Suor e urina cor de laranja	Rifampicina
Prurido cutâneo	Isoniazida Rifampicina
Hiperuricemia (com ou sem sintomas)	Pirazinamida Etambutol
Febre	Rifampicina Isoniazida

Quadro 6 – Efeitos Menores relacionado ao tratamento

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. [200-?]b, p. 50.

EFEITOS	DROGAS
Exantemas	Estreptomicina Rifampicina
Hipoacusia	Estreptomicina
Vertigem e nistagmo	Estreptomicina
Psicose, crise convulsiva, encefalopatia tóxica e coma	Isoniazida
Neurite ótica	Etambutol Isoniazida
Hepatotoxicidade (vômitos, hepatite, alteração das provas de função hepática)	Todas as drogas
Trombocitopenia, leucopenia, eosinofilia, anemia hemolítica, agranulocitose, vasculite	Rifampicina Isoniazida
Nefrite intersticial	Rifampicina principalmente intermitente
Rabdomiólise com mioglobínúria e insuficiência renal	Pirazinamida

Quadro 7 – Efeitos Maiores relacionado ao tratamento.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. [200-?]b, p. 50.

4.6 ADESÃO

De acordo com Silveira e Ribeiro (2005), adesão vem do latim adhaesione, que significa junção, união, aprovação, acordo, manifestação de solidariedade, apoio; pressupõe relação e vínculo. Adesão ao tratamento é um processo multifatorial que se estrutura em uma parceria entre o doente e o cuidador/profissional da saúde; diz respeito, à frequência, à constância e à perseverança na relação com o cuidado em busca da saúde. Portanto, o vínculo entre profissional e doente é fator estruturante e de consolidação do processo, razão pela qual deve ser considerado para que se efetive.

Adesão ao tratamento deve ser entendida como um processo dinâmico no qual doentes e profissionais compartilham responsabilidades. Muitos profissionais entendem como adesão tomar as drogas prescritas na dose certa, no horário correto, seguido de dieta ou jejum e por um período de tempo indeterminado. Esse conceito expressa claramente como o doente se vê diante de determinado tratamento. Os obstáculos para se conseguir o uso adequado dos medicamentos são variados e envolvem dificuldades, desde o manejo até o próprio impacto da doença na vida do paciente. (ADÃO; CARACIOLO, 2007, p. 28).

De acordo com Bergel e Gouveia (2005), a adesão dos doentes de Tuberculose ao tratamento é considerada o maior obstáculo para o controle e a eliminação desta doença no campo da saúde pública.

“O abandono do tratamento da Tuberculose é um importante desafio no campo da Saúde Coletiva. Os motivos relacionados ao evento são complexos e diversificados.” (SÁ et al, 2007, p. 714).

A adesão ao tratamento inclui fatores relacionados ao(s) profissional (is), priorizando ações de saúde centradas na pessoa e não exclusivamente nos procedimentos, que aliam orientação, informação, adequação dos esquemas terapêuticos, esclarecimentos, suporte social e emocional. Nesta perspectiva de ação, a atitude acolhedora do profissional que cuida, respalda o doente para novas atitudes perante o adoecimento, e o medicamento é mais um recurso terapêutico na promoção da saúde. (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Para Adão e Caraciolo (2007), quanto maior a percepção sobre a doença, maior é a autonomia e a responsabilização sobre a própria vida, sendo importante que o doente seja sempre bem orientado quanto ao tratamento, quanto a necessidade de boa adesão, efeitos colaterais e demais questões relacionadas à sua saúde.

De acordo com Prado et al (2008), a fim de aumentar a adesão, otimizar o tratamento e aumentar os índices de cura, é relevante a identificação de co-morbidades, pois a presença de um agravo associado a doença pode interferir no desfecho do tratamento.

No estudo realizado por Costa et al (2008), demonstrou-se que apenas 47,5% dos familiares tinham conhecimento sobre adesão ao tratamento da Tuberculose. Uma das explicações para este baixo conhecimento pode ser relacionado, talvez, pela não ocorrência de ações educativas envolvendo a família. Estudos comprovam a importância da inserção da família no processo de reabilitação do portador de Tuberculose, propiciando melhores resultados no processo de adesão ao tratamento.

Um dos principais problemas encontrado pelo Programa de Controle da Tuberculose (PCT), refere-se à adesão dos doentes com Tuberculose à terapêutica oferecida, ou seja, ao não concluírem o tratamento, tornam-se doentes crônicos. A não-adesão ao tratamento é apontada como uma das graves falhas no programa para combater a doença.

4.6.1 Fatores que contribuem para a não adesão

Segundo Leite e Vasconcellos (2003 apud REINERS et al., 2008), os fatores que contribuem para a não adesão podem ser relacionados à doença que incluem gravidade da doença, ocorrência de outros problemas de saúde, entre outros:

A) Ao doente, como: intolerância aos medicamentos; ausência de sintomas; melhora dos sintomas; fatores culturais; esquecimento da dose diária dos medicamentos; esquecimento do dia da consulta; dificuldade para se adaptar às exigências do tratamento; descrença no serviço de saúde; pouco conhecimento sobre a doença e o tratamento; resistência aos medicamentos; dificuldade psicológica para lidar com a doença; dificuldade em cumprir as normas do serviço de saúde; dificuldade de percepção quanto à eficácia do tratamento; prescrição mal entendida. (GONÇALVES et al., 1999 ; RODRIGUES et al., 2003 ; SOTO; ZAVALETA; BERNILLA, 2000 ; BENERTE et al., 2002 ; GUPTA, SILVA; PASSOS, 2005 apud REINERS et al., 2008).

B) Ao tratamento devido à apresentação dos medicamentos (cor, odor, gosto, tamanho, embalagem). (LIGNANI; GRECO; CARNEIRO, 2001; GONÇALVES et al, 1999; GOULART et al., 2002 apud REINERS et al, 2008).

C) Aos serviços de saúde conforme a localização da unidade e deficiência organizacional. (PEREIRA; LIMA, 1999; RODRIGUES et al., 2003 apud REINERS et al, 2008).

D) Aos profissionais de saúde devido ao preparo profissional deficiente (erros terapêuticos, inabilidade para modificar esquemas de tratamento), rotatividade de profissionais no atendimento ao doente, não reconhecimento da responsabilidade do profissional na adesão. (GOULART et al., 2002; BRANCO et al., 1999 apud REINERS et al, 2008).

E) Ao relacionamento profissional de saúde e doente devido à comunicação inadequada e insuficiente do profissional, dificuldade de relacionamento do doente com o profissional, falta de confiança do doente no profissional. (ANDRADE et al., 2002; SOTO; ZAVALETA; BERNILLA, 2000; MOREIRA; ARAÚJO, 2002 apud REINERS et al, 2008).

F) Dados demográficos como: faixa etária que compreende adolescentes e adultos jovens, sexo masculino, solteiros, baixo nível de escolaridade e analfabetismo, baixo nível socioeconômico. (NATAL, 1997; VALLE et al., 2000; GONÇALVES et al., 1999 ; COSTA et al., 1998 apud REINERS et al, 2008).

Lima et al (2001), realizando um estudo de casos sobre abandono do tratamento da Tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes do município de Fortaleza - CE, Brasil, encontrou um pico de 49,3% no intervalo de 30-39 anos.

Para Mascarenhas, Araújo e Gomes (2005), a baixa escolaridade da população, principalmente composta por analfabetos, revela-se como um fator importante, pois a

prevalência da doença relaciona-se com o baixo grau de escolaridade, um dos fatores de risco que mais implicam para a não-aderência ao tratamento da Tuberculose.

G) Ao uso de drogas como: alcoolismo, tabagismo e drogas. (OLIVEIRA; MOREIRA, 2000; LIMA et al., 2001 apud REINERS et al, 2008).

Capuano et al (2003), ao estudarem a busca ativa de casos de Tuberculose pulmonar em uma unidade de atendimento em farmacodependência no Município de São Paulo, observaram a predominância do álcool (56%) como droga consumida pelos doentes pesquisados.

H) Problemas sociais como: discriminação social (trabalho, escola), falta de apoio da família e da sociedade. (VALLE et al., 2000; SOTO; ZAVALETA; BERNILLA, 2000; LIMA et al., 2001; CALDAS; QUEIROZ, 2000 apud REINERS et al, 2008).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 PERFIL DOS ENTREVISTADOS

A pesquisa foi realizada no Centro de Referência em Moléstias Infecciosas – SMI, serviço especializado no atendimento a indivíduos com Tuberculose, da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru, nos meses de julho e agosto de 2010. Foram encontrados cerca de 30 doentes de Tuberculose pulmonar, residentes em Bauru, que iniciaram o tratamento com o novo esquema preconizado pelo MS, entre os meses de janeiro e maio de 2010. Devido às constantes faltas nas consultas médicas e/ou ausência durante a visita domiciliar nos meses de realização da pesquisa, foram excluídos 7 doentes no decorrer da pesquisa, sendo entrevistados 23 doentes.

O pesquisador aplicou o questionário semi-estruturado, para conhecer a percepção do doente em relação ao novo esquema tratamento da Tuberculose, além de traçar o perfil do doente e identificar seu conhecimento sobre a doença. Todos entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Em relação a faixa etária, observou-se que do total de doentes, 8 (35%) tinham entre 30 e 39 anos, 5 (22%) entre 40 e 49 anos, 4 (17%) entre 20 e 29 anos, 3 (13%) entre 15 a 19 anos e 3 (13%) entre 50 e 59 anos. (Figura 1)

A faixa etária prevalente é semelhante a relatada por Monti (2000), que ao estudar o perfil epidemiológico, clínico e evolutivo da Tuberculose na região de Bauru, SP, encontrou na faixa etária de 25 a 39 anos uma concentração de 40%. Lima et al (2001), realizando um estudo de casos sobre abandono do tratamento da Tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes do município de Fortaleza - CE, Brasil, encontrou um pico de 49,3% no intervalo de 30-39 anos.

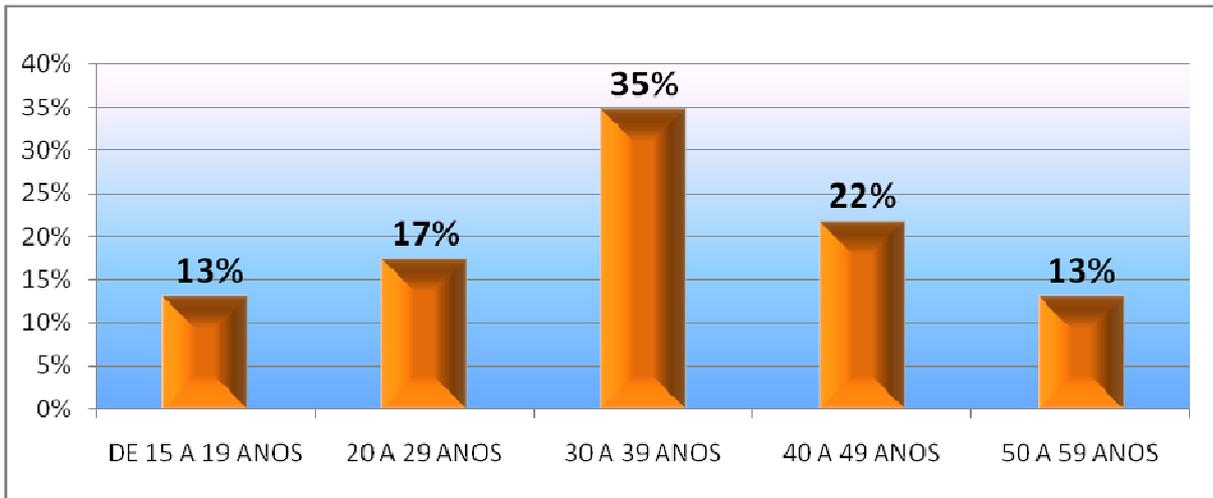


Figura 1 - Faixa etária dos entrevistados.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Em relação ao sexo, dentre os entrevistados, 13 (57%) eram do sexo masculino, enquanto 10 (43%) do sexo feminino. (Figura 2). Dados semelhantes foram encontrados por Lima et al (2001), sendo que 56,8% eram do sexo masculino e 43,2% do sexo feminino. Coêlho et al (2010), ao estudar o perfil epidemiológico da Tuberculose no Município de Teresina-PI, no período de 1999 a 2005, encontrou 64,2% do sexo masculino e 35,8% do sexo feminino.

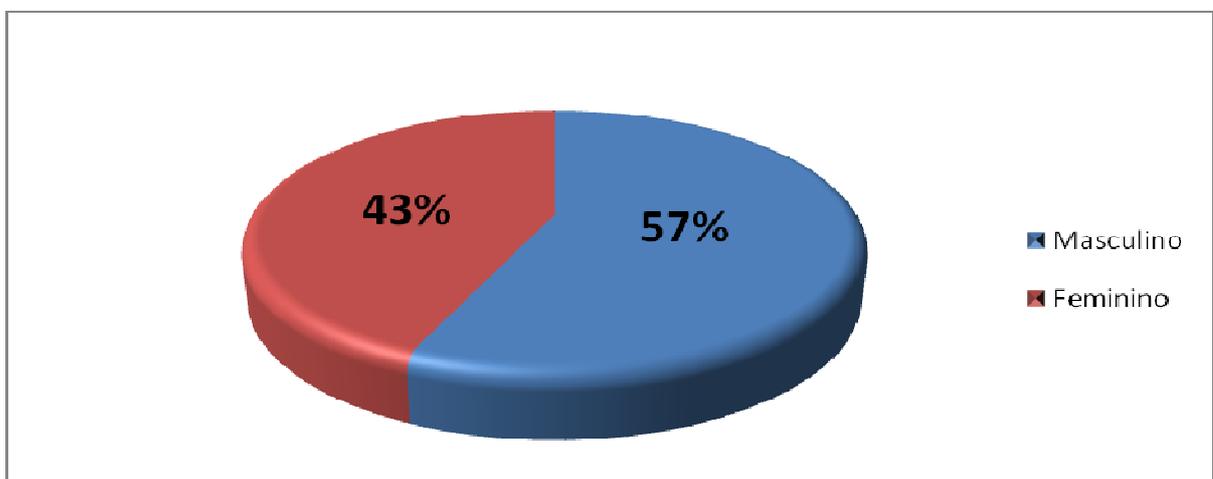


Figura 2 - Sexo dos entrevistados.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Na figura 3 observa-se que dos entrevistados 8 (35%) eram da raça preta, 8 (35%) da raça branca, 6 (26%) da raça parda e 1 (4%) da raça amarela. Prado et al (2008), ao estudarem o perfil epidemiológico dos casos notificados de Tuberculose entre os profissionais

de saúde no Hospital Universitário em Vitória (ES) Brasil, encontrou na variável raça, resultados diferentes com 15 casos da raça branca (60%) e 10 da raça negra (40%).

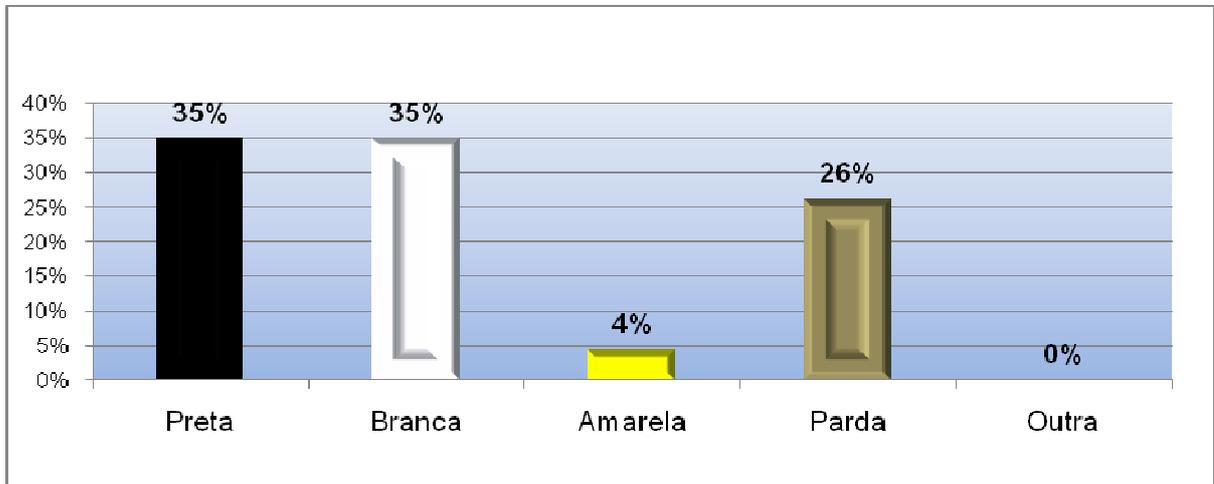


Figura 3 - Raça dos entrevistados.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quanto ao estado civil, 8 (35%) eram solteiros, 7 (30%) casados, 5 (22%) amasiados e 3 (13%) divorciados, conforme demonstrado na Figura 4.

Segundo Costa et al (2008) ao estudar o conhecimento dos doentes com Tuberculose pulmonar e seus familiares sobre adesão ao tratamento e fatores associados, no município do Rio Grande/RS, observou que 53,3% possuíam companheiro, ou seja, casado ou amasiado e 46,7% eram solteiros, dados estes semelhantes aos descritos na pesquisa.

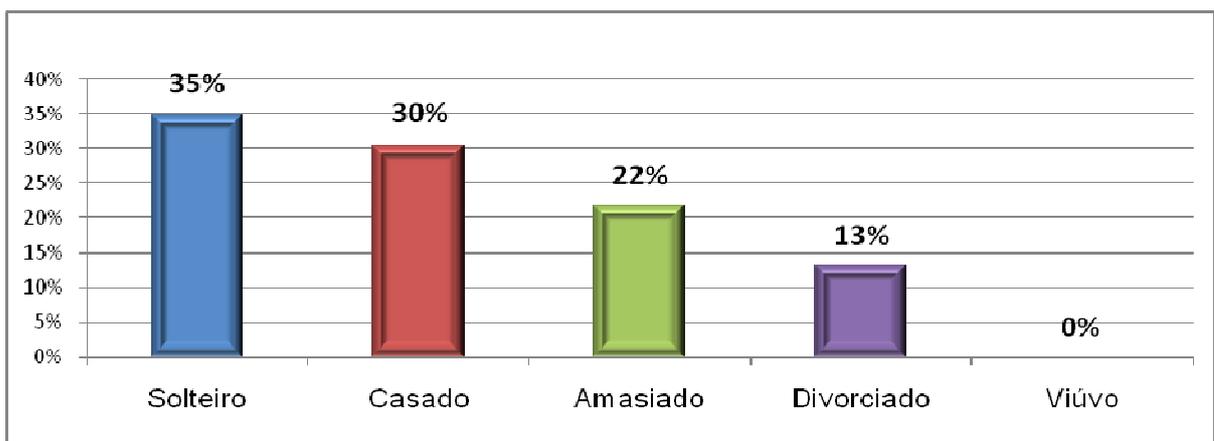


Figura 4 – Estado civil dos entrevistados.

Fonte: Elaborado pelo autor.

No que diz respeito à escolaridade, 11 (48%) apresentavam o ensino fundamental incompleto, 3 (13%) ensino fundamental completo, 5 (22%) ensino médio incompleto, 3 (13%) ensino médio completo e 1 (4%) superior completo, conforme Figura 5.

Dados semelhantes foram demonstrados por Reigota e Carandina (2002), ao estudarem a implantação do tratamento supervisionado no município de Bauru/SP – Avaliação da Tuberculose Pulmonar, 1999/2000, onde 84,1% apresentavam menos de 7 anos de estudo, enquanto 15,9% estudaram 7 anos ou mais.

Para Mascarenhas, Araújo e Gomes (2005), a baixa escolaridade da população, principalmente composta por analfabetos, revela-se como um fator importante, pois a prevalência da doença relaciona-se com o baixo grau de escolaridade, um dos fatores de risco que mais concorrem para a não-aderência ao tratamento da Tuberculose.

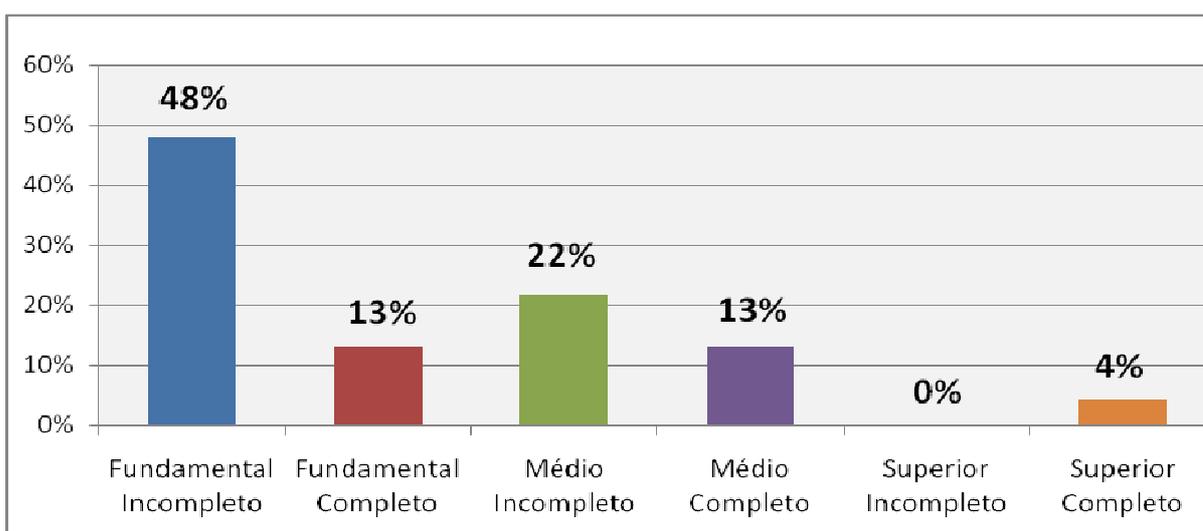


Figura 5 – Nível de escolaridade dos entrevistados.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Dos entrevistados, 9 (39%) informaram que trabalham, 13 (57%) estavam desempregados e 1 (4%) é estudante e não trabalha. (Figura 6). Resultados divergentes foram encontrados por Reigota e Carandina (2002) onde 47,8% encontravam-se fora da força de trabalho e 52,2% estavam empregados.

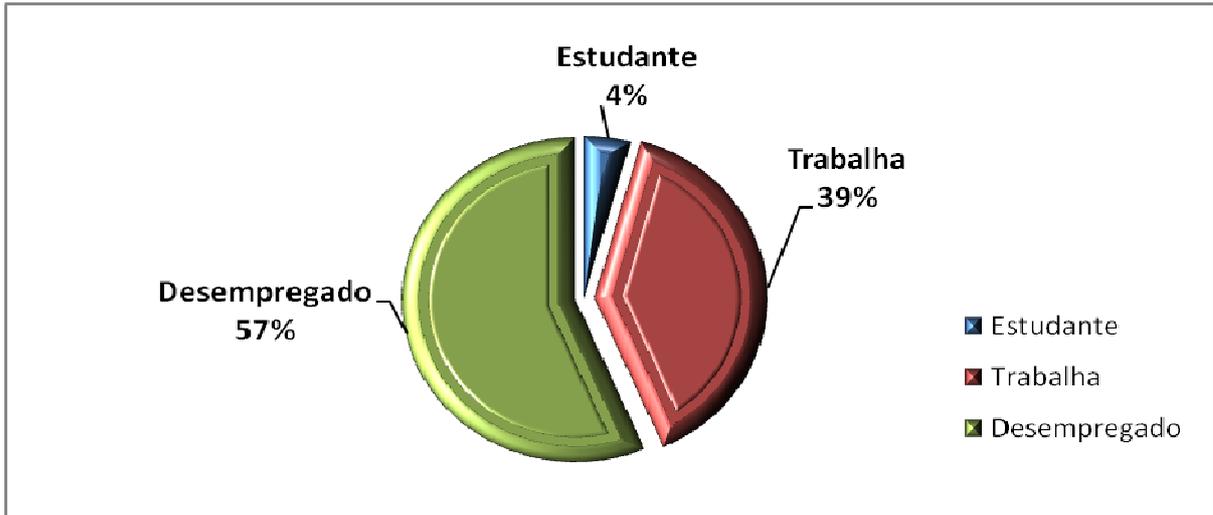


Figura 6 - Ocupação dos entrevistados.
Fonte: Elaborado pelo autor.

Quanto à renda familiar, 5 (22%) informaram renda menor que 1 salário mínimo, 8 (35%) entre 1 e 2 salários mínimos, 7 (30%) entre 2 a 4 salários mínimos e 3 (13%) renda igual ou acima de 5 salários mínimos. A Figura 7 apresenta a renda dos entrevistados.

Resultados semelhantes foram encontrados por Reigota e Carandina (2002), onde 54,9% possuíam renda < que 2 salários mínimos, 33,8% entre 2 e 5 salários mínimos e 11,3% apresentavam renda acima de 5 salários mínimos.

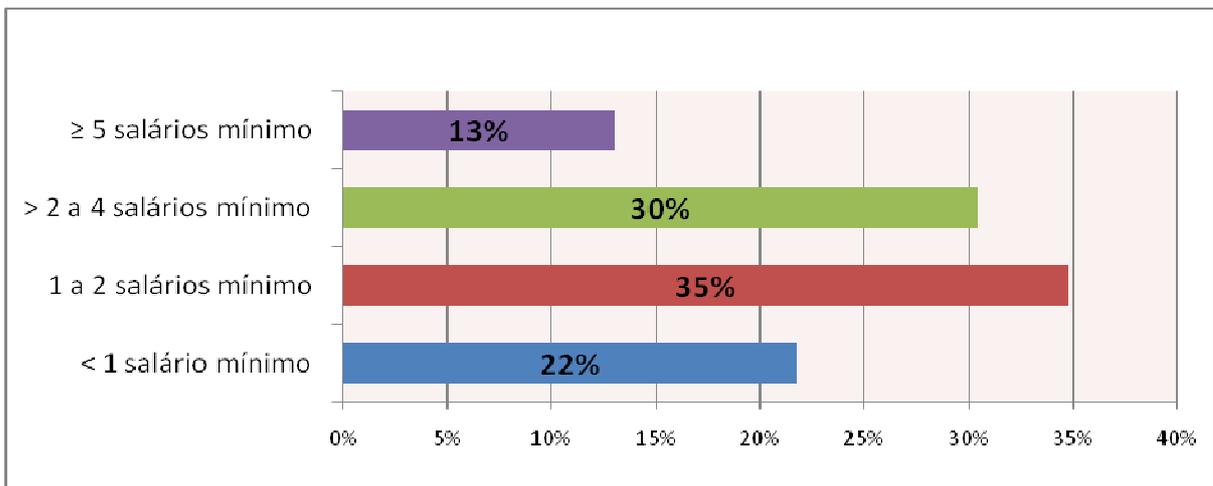


Figura 7 – Renda familiar dos entrevistados.
Fonte: Elaborado pelo autor.

A seguir, apresenta-se resultados relacionados aos hábitos dos entrevistados, onde 4 dos entrevistados (17%) responderam fazer uso de bebida alcoólica, 5 (22%) já fizeram uso no passado e 14 (61%) não fazem e nem fizeram uso da mesma. (Figura 8)

Capuano et al (2003), ao estudarem a busca ativa de casos de Tuberculose pulmonar em uma unidade de atendimento em farmacodependência no Município de São Paulo, observaram a predominância do álcool (56%) como droga consumida pelos doentes pesquisados.

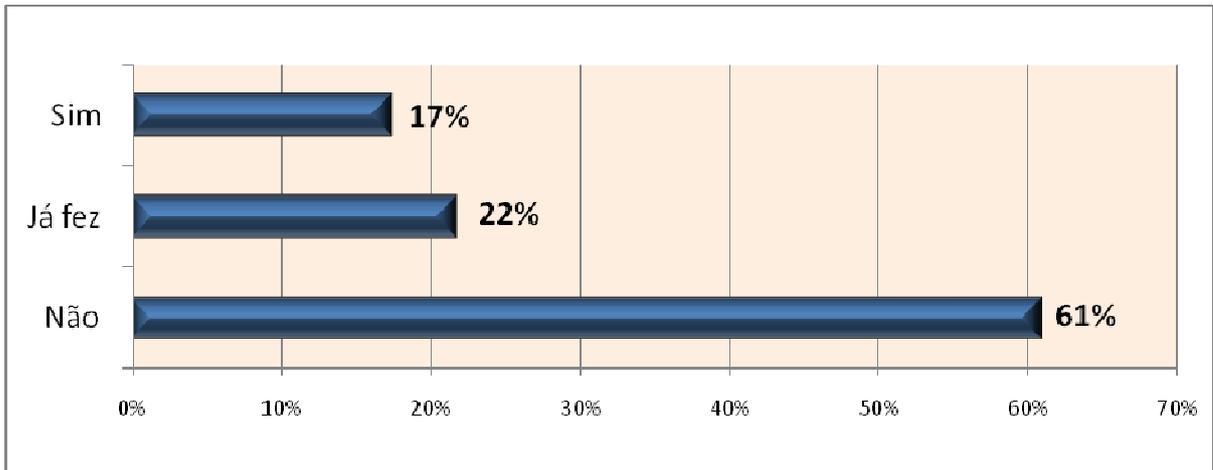


Figura 8 – Consumo de bebida alcoólica entre os entrevistados.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Em relação ao uso de drogas, 19 (83%) afirmaram não fazer uso, 3 (13%) já terem feito uso, enquanto 1 (4%) afirmou fazer uso de cocaína, apresentado na Figura 9.

O resultado encontrado por Costa et al (2008), foi de 7,3% de indivíduos usuários de drogas ilícitas, número este inferior aqueles que em algum momento fizeram uso das mesmas (17%). (Figura 9)

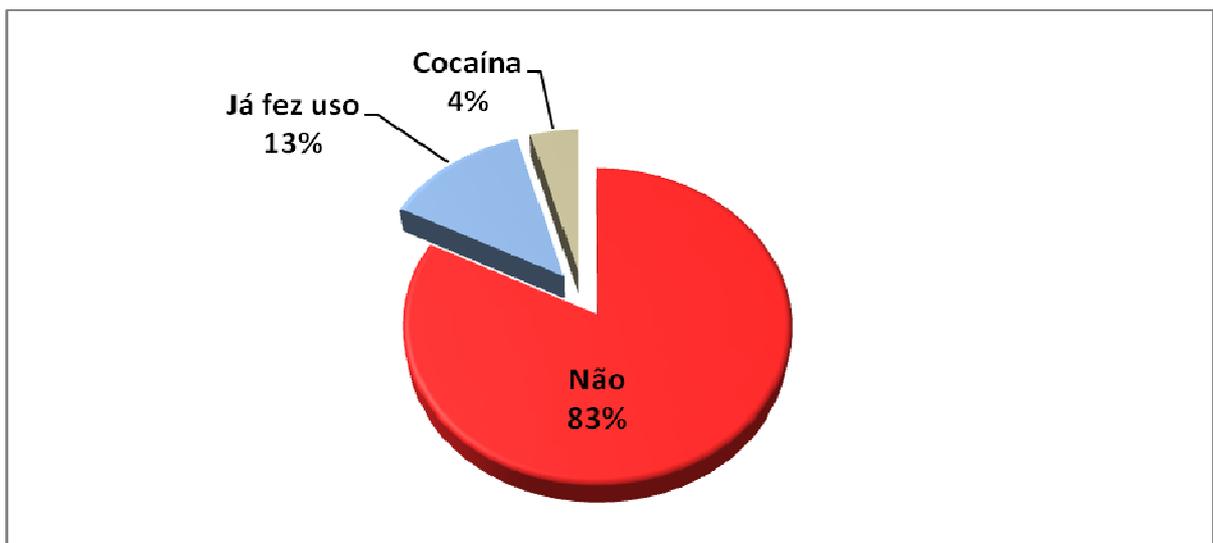


Figura 9 – Consumo de drogas entre os entrevistados.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Adão e Caraciolo (2007), acreditam que o uso da droga em si não interfere na adesão ao tratamento, mas sim o estilo de vida que o usuário apresenta. O grau de desorganização e a relação estabelecida com a droga parecem exercer maior influência sobre a adesão.

A maioria dos entrevistados, 18 (78%) não apresentam nenhuma doença associada, 2 (9%) apresentam doenças metabólicas, 1 (4%) apresenta doenças neurológicas, 1 (4%) doenças hepáticas e 1 (4%) doenças imunológicas. (Figura 10)

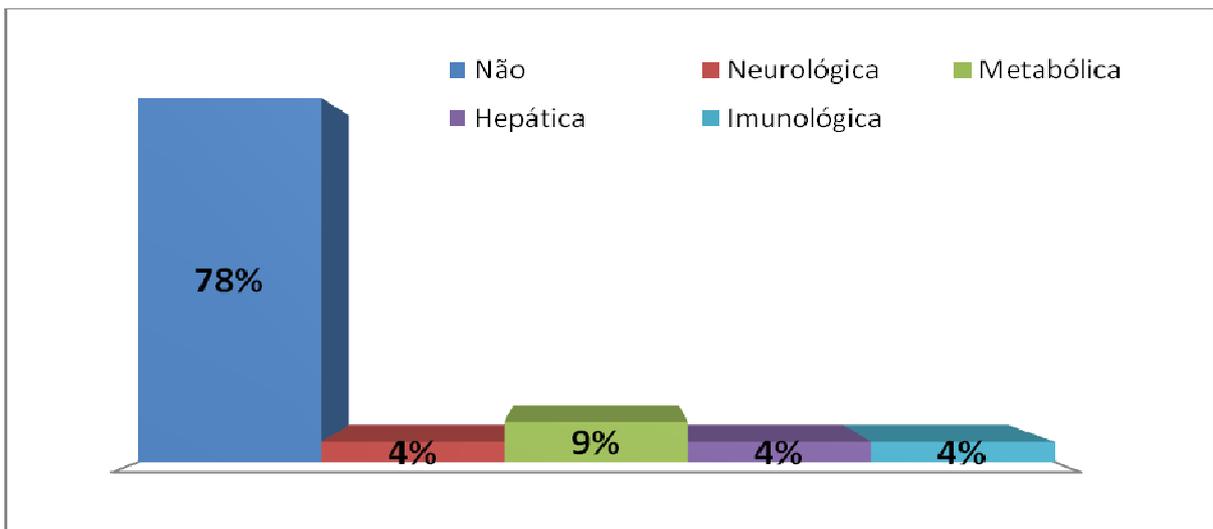


Figura 10 – Existência de doenças associadas entre os entrevistados.
Fonte: Elaborado pelo autor.

5.2 CONHECIMENTO DA DOENÇA

Segundo o conhecimento sobre as formas de transmissão da doença, 5 (22%) entrevistados referiram tosse e espirro, 3 (13%) referiram apenas tosse, 1 (4%) referiu espirro e outras formas formas de transmissão, 1 (4%) referiu tosse, espirro, pele, sangue e outros e 13 entrevistados (57%) citaram outros formas de transmissão (saliva, ar, baixa imunidade, secreção). A Figura 11 demonstra as formas de transmissão citadas.

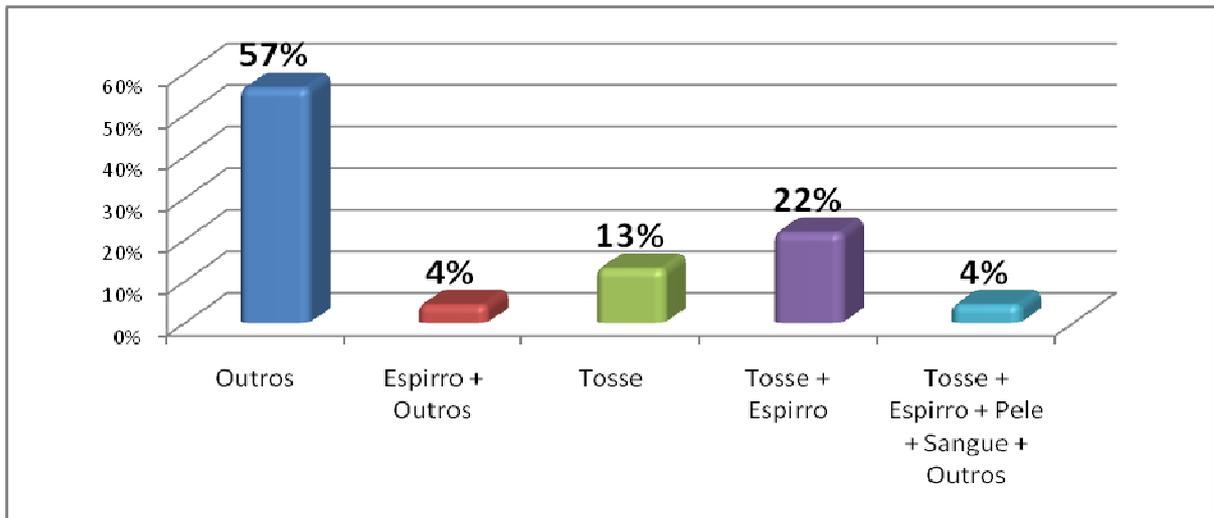


Figura 11 – Conhecimento quanto as formas de transmissão dos entrevistados.
Fonte: Elaborado pelo autor.

De acordo com o conhecimento dos entrevistados sobre os sintomas da doença, 13 (57%) referiram febre e 15 (65%) tosse, sendo os outros sintomas citados, considerados de menor relevância. (Figura 12)

Reigota e Carandina (2002), observou-se que 100% dos entrevistados referiram tosse e 81,7% febre.

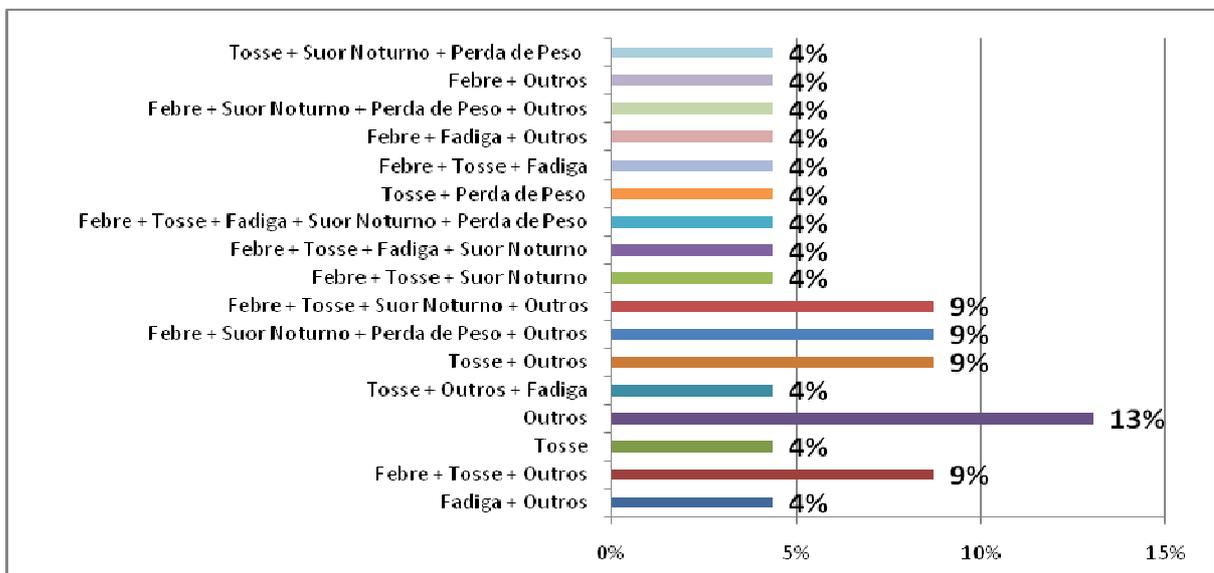


Figura 12 – Conhecimento dos entrevistados sobre os sintomas.
Fonte: Elaborado pelo autor.

No que diz respeito ao conhecimento dos entrevistados sobre quais exames são realizados para o diagnóstico da doença, a maioria 18 (78%) referiu exame de escarro e 15

(65%) citaram Rx de tórax, exames esses considerados mais relevantes para o diagnóstico da doença. (Figura 13)

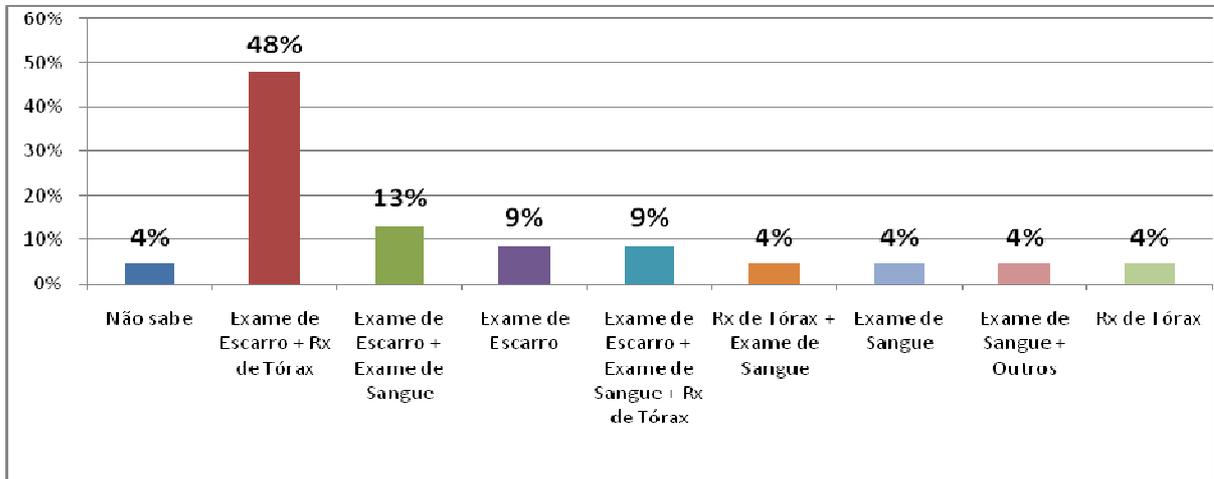


Figura 13 – Conhecimento sobre exames para diagnóstico.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Sobre as formas de prevenção da doença, 11 (48%) disseram não saber, 2 (9%) não utilizar objetos do doente, 1 (4%) evitar contato com o doente e outros, 1 (4%) tomar vacina BCG e usar máscara, 1 (4%) evitar contato com o doente e não utilizar objetos do mesmo, 1 (4%) evitar ambientes fechados e outros, 1 (4%) citou usar máscara e 3 (13%) citaram outras formas de prevenção. (Figura 14)

Lima et al (2001), referem em seus estudos que quanto as medidas de prevenção e controle, 13 (86,6%) afirmaram que a Tuberculose poderia ser evitada, mas as colocações foram, às vezes, equivocadas: não fumar e nem usar drogas; tomar os remédios; deixar de beber; não compartilhar pratos; ter uma alimentação reforçada; não usar objetos de pessoas doentes; não usar água quente; ter cuidado e higiene com o corpo; 2 (13,3%) afirmaram que desconheciam o assunto.

Evidenciou-se que a maioria dos entrevistados desconhecia as formas de prevenção da Tuberculose e aqueles que responderam que tinham conhecimento das formas de prevenção, não demonstraram segurança na afirmação.

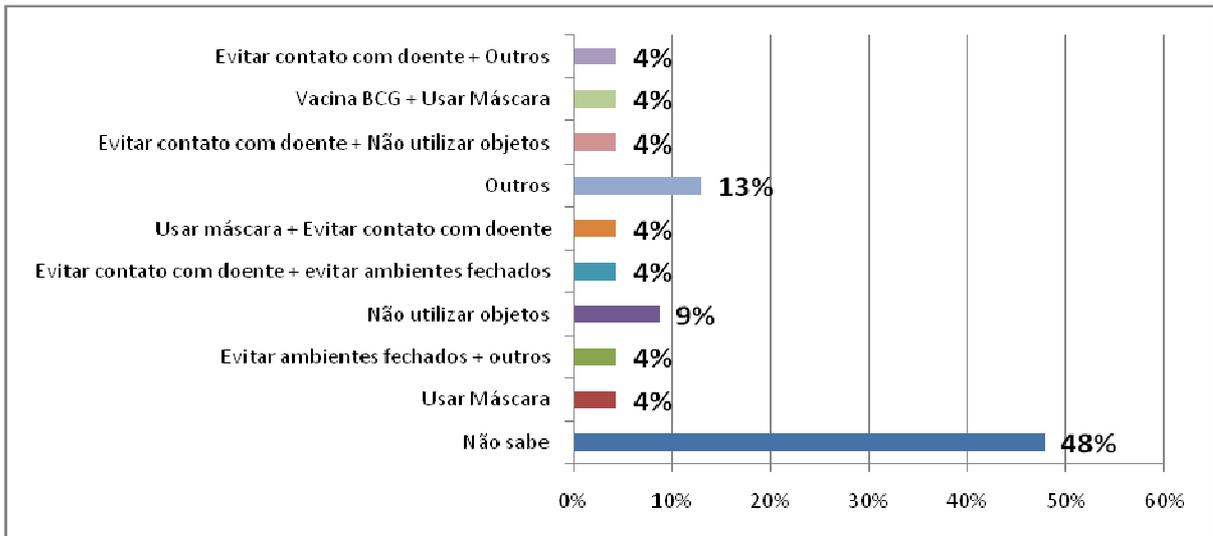


Figura 14 – Conhecimentos dos entrevistados sobre as formas de prevenção.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Todos os 23 entrevistados (100%) afirmaram que a Tuberculose possui cura. Dados semelhantes foram demonstrados por Reigota e Carandina (2002), onde 97,2% dos entrevistados disseram ter cura e 1,4% não. O estudo de Lima et al (2001), também relatou que a maioria dos entrevistados (86,6%) disseram que a Tuberculose poderia ser curada se houvesse o seguimento da recomendação médica, ressaltando a necessidade de se iniciar o tratamento tão logo o diagnóstico estivesse concluído.

Quanto ao tempo de duração do tratamento da Tuberculose, 21 (91%) responderam que é de 6 meses, 1 (4%) disse 1 ano e 1 (4%) não sabe. (Figura 15)

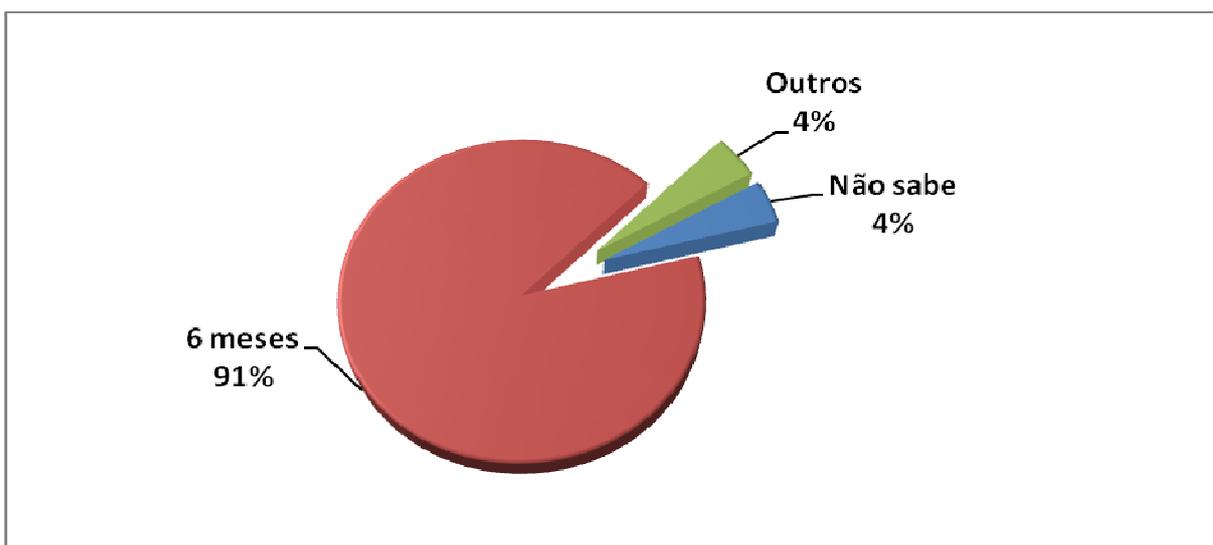


Figura 15 – Conhecimento dos entrevistados quanto ao tempo de tratamento.

Fonte: Elaborado pelo autor.

No que diz respeito a gravidade da doença, 18 (78%) responderam ser grave e 5 (22%) não grave. (Figura 16)

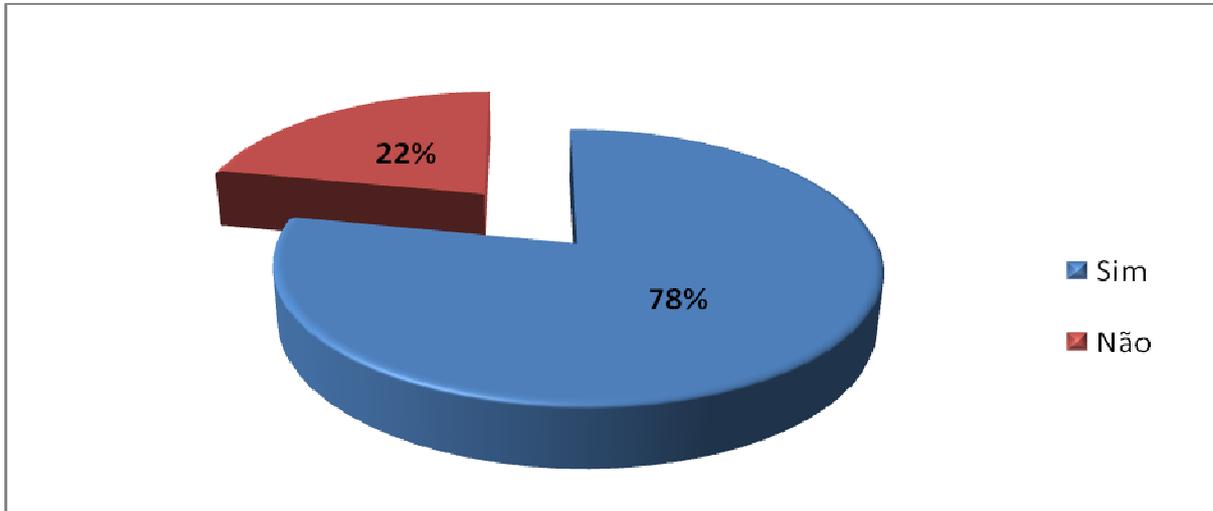


Figura 16 – Gravidade da doença de acordo com os entrevistados.
Fonte: Elaborado pelo autor.

A maioria dos entrevistados, 21 (91%) consideram que é importante a família realizar os exames para o diagnóstico da doença, e apenas 2 (9%) disseram que não. (Figura 17)

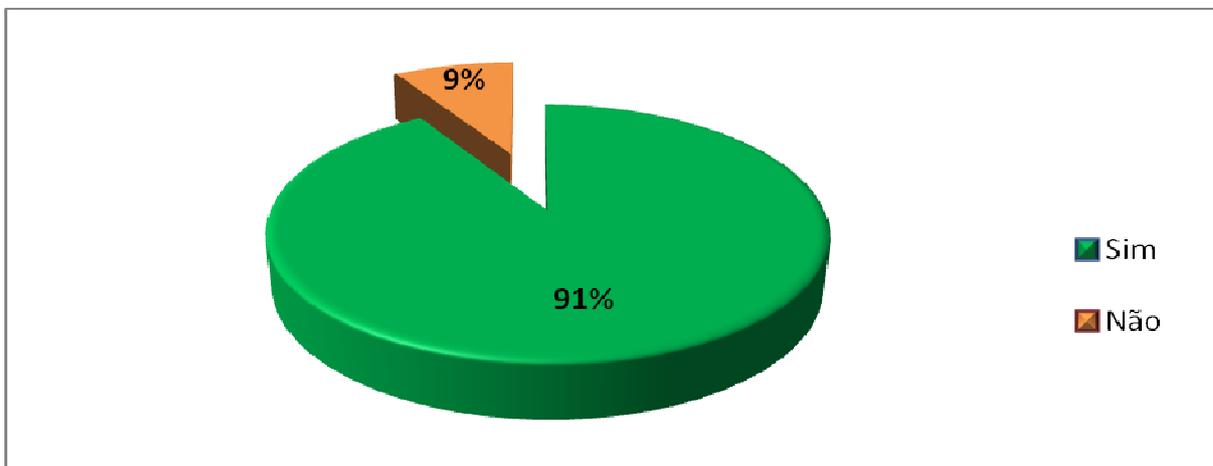


Figura 17 – Importância da família realizar os exames para o diagnóstico.
Fonte: Elaborado pelo autor.

5.3 ADESÃO AO TRATAMENTO

Com relação ao acesso ao serviço, 21 (92%) não apresentam dificuldade, 1 (4%) apresenta dificuldades em relação ao transporte e 1 (4%) dificuldade de acesso por problemas físicos (osteoporose). (Figura 18)

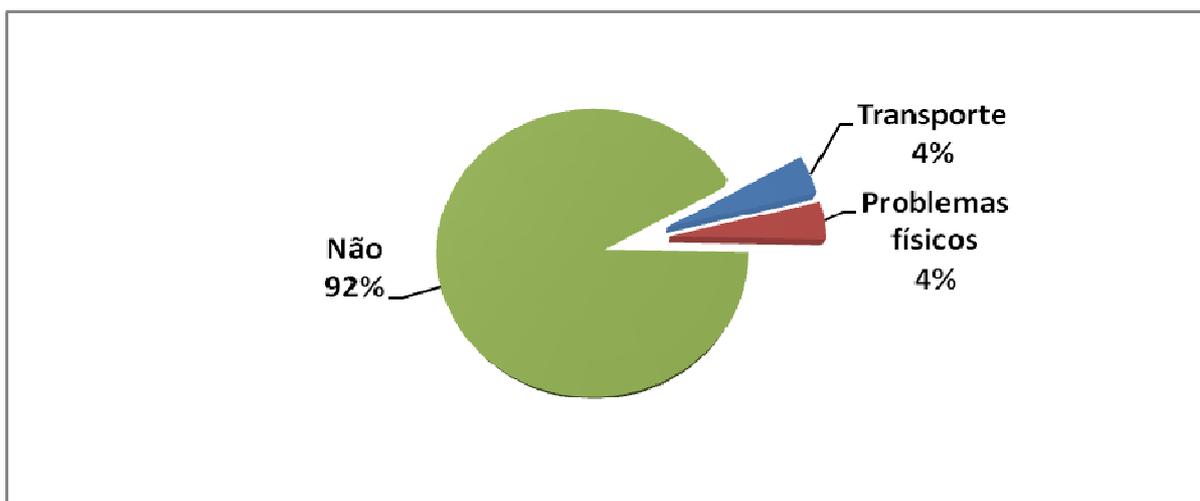


Figura 18 – Dificuldade de acesso ao serviço.
Fonte: Elaborado pelo autor.

Todos os 23 (100%) doentes afirmaram serem bem atendidos na Unidade de Saúde. Quanto ao vínculo com os profissionais da equipe da Unidade, 10 (43%) disseram possuir vínculo com o médico, 4 (17%) com a auxiliar de enfermagem, 4 (17%) com nenhum profissional da equipe, 2 (9%) com o médico e a auxiliar de enfermagem, 1 (4%) com o médico, enfermeiro, assistente social e auxiliar de enfermagem, 1 (4%) com o médico e assistente social e 1 (4%) apenas com a assistente social. Acredita-se que o profissional médico foi citado pela maioria dos entrevistados, já que, obrigatoriamente, o doente é agendado para uma consulta médica mensal, o que não acontece com os demais profissionais.

De acordo com Sá et al (2007), para assegurar a adesão do doente de Tuberculose ao tratamento, os profissionais de Saúde da Família devem estar sensibilizados para conhecer as necessidades do usuário e para desenvolver a co-responsabilização na assistência, sendo de suma importância escutar atentamente as queixas, ajustar a assistência e propor soluções em conjunto (equipe de saúde e usuário), estabelecendo uma relação pautada no acolhimento e no vínculo. O acolhimento e vínculo citados pelo autor devem ser desenvolvidos em todos os serviços de saúde.

O estabelecimento do vínculo com a equipe, e fundamentalmente com o médico, é essencial no processo de adesão. (ADÃO; CARACIOLO, 2007).

A Figura 19 demonstra com quais profissionais os entrevistados referem vínculo na Unidade de Saúde.

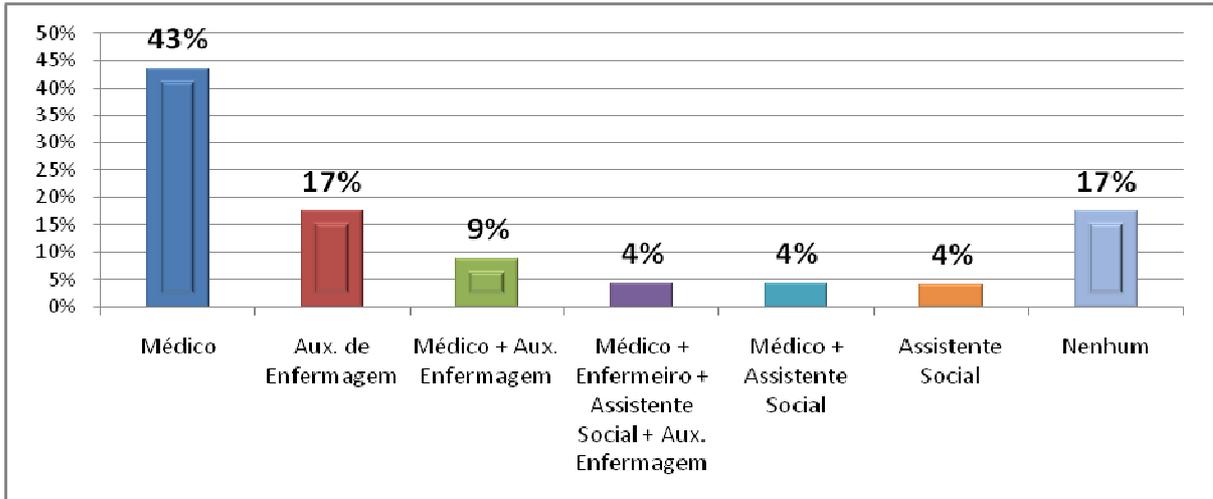


Figura 19 – Vínculo com o profissional de saúde.
Fonte: Elaborado pelo autor.

Com relação a dificuldade em tomar os medicamentos, 21 (91%) dos entrevistados não apresentou nenhuma dificuldade e apenas 2 (9%) relataram dificuldade para engolir os comprimidos, como demonstrado na Figura 20.



Figura 20 – Dificuldade de tomar os medicamentos.
Fonte: Elaborado pelo autor.

A maioria dos entrevistados, 21 (91%) disseram ter recebido orientações sobre o tratamento e 2 (9%) não. Dos que receberam orientação, 9 (39%) foram orientados pelo médico, 6 (26%) pelo médico e auxiliar de enfermagem, 4 (17%) pela auxiliar de enfermagem, 1 (4%) pelo enfermeiro e 1 (4%) pelo médico, auxiliar de enfermagem e outros (mãe). (Figura 21).

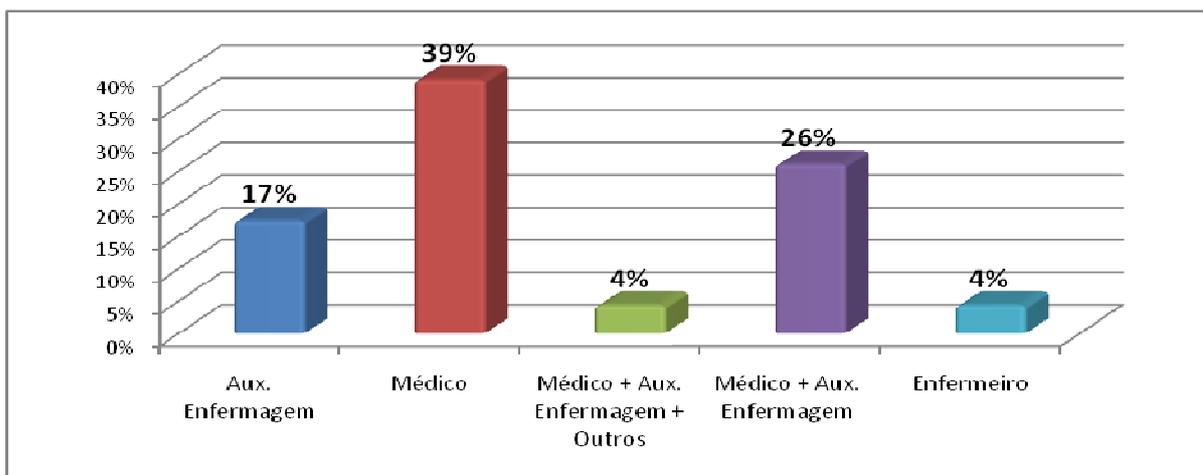


Figura 21 – Pessoa que orientou sobre o tratamento.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quanto a tomada dos medicamentos, 22 dos entrevistados (96%) tomam em jejum e apenas 1(4%) em outro horário qualquer.

Em relação a reação dos medicamentos, 13 (56%) não apresentaram nenhuma reação, 5 (22%) apresentaram reações alérgicas e 5 (22%) reações gástricas, resultados demonstrados na Figura 22.

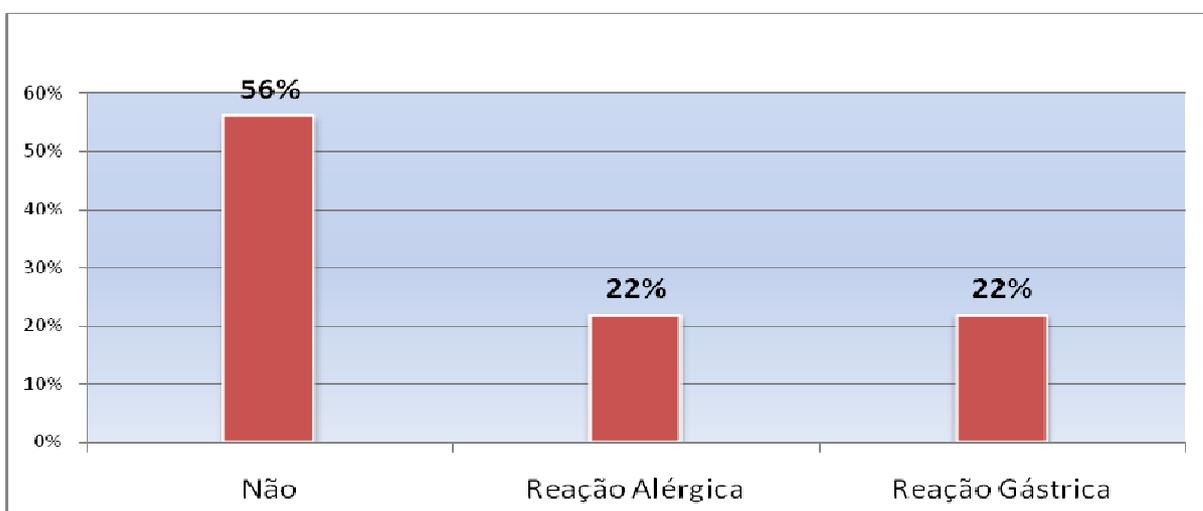


Figura 22 – Reação a medicação.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Com relação a adesão ao tratamento, a maioria dos entrevistados, 17 (74%) não interromperam o tratamento, 2 (9%) interromperam devido às reações indesejadas, 1 (4%) devido ao uso de drogas, 1 (4%) devido a falta do medicamento, 1 (4%) pelo fato de não perceber o efeito do medicamento e 1 (4%) disse ter esquecido. (Figura 23).

Resultados semelhantes foram demonstrados por Costa et al (2008), onde da amostra pesquisada, 88% dos indivíduos referiram não ter ocorrido interrupção do tratamento.

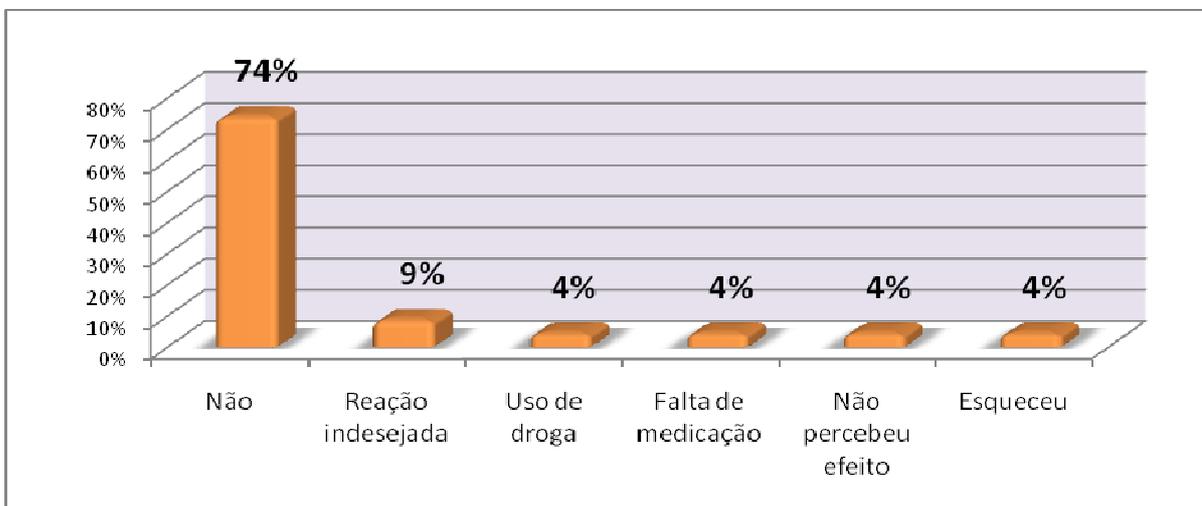


Figura 23 – Interrupção da medicação.
Fonte: Elaborado pelo autor.

A maior parte dos entrevistados, 19 (83%) disseram que a família acompanha o tratamento e apenas 4 (17%) que não tem a participação da família. (Figura 24)

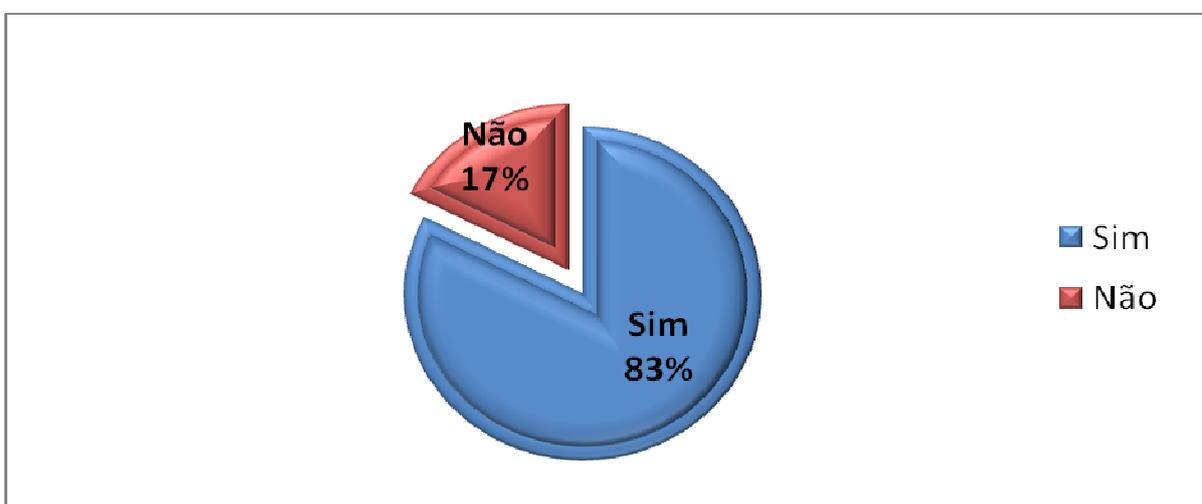


Figura 24 – Família acompanha tratamento.
Fonte: Elaborado pelo autor.

Segundo Liefoghe et al. (1995 *apud* GONÇALVES et al., 1999, p. 781) relatam que um indivíduo, ao receber o diagnóstico de Tuberculose, leva um choque ou tem dificuldade de aceitá-lo inicialmente, assim como a família, que nesse momento desempenha uma importante função. Seus dados demonstram que nem sempre o suporte familiar traz resultados positivos; em alguns casos a família pode influenciar negativamente a sequência correta da terapêutica.

Na pesquisa realizada em Pelotas, a participação familiar se mostrou extremamente importante para o seguimento do tratamento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com relação ao perfil do doente de Tuberculose a pesquisa demonstrou que há um predomínio no sexo masculino e na faixa etária entre 30 e 39 anos. A escolaridade mais encontrada foi inferior a 7 anos de estudo e baixa renda familiar, concentrada entre 1 e 2 salários mínimos. Tal perfil, segundo Adão e Caraciolo (2007), aumenta a probabilidade de não-adesão ao tratamento. Outros fatores também podem colaborar com a não adesão como o uso de bebida alcóolica ou outra droga, contudo nesta pesquisa a maioria dos doentes afirma não possuírem tais hábitos.

Observou-se que a maioria dos entrevistados tem pouco conhecimento sobre a doença, porém todos disseram que a Tuberculose tem cura.

O vínculo com o médico foi mais frequente, pois entende-se que o doente é sempre agendado para uma consulta médica mensal. É imperativo a revisão dessa rotina, pois toda equipe está preparada para contribuir positivamente com o tratamento do doente que apresenta, via de regra, outros comprometimentos de saúde, sociais, econômicos, entre outros.

Apenas 9% apresentaram dificuldades em tomar os medicamentos. A maioria recebeu orientações sobre o tratamento pelo médico e auxiliar de enfermagem, sendo os medicamentos tomados em jejum. Reações alérgicas e gástricas foram apresentadas no início do tratamento por metade dos entrevistados. Cerca de 25% dos entrevistados, em algum momento do tratamento, deixou de tomar os medicamentos, devido à reações indesejadas, uso de droga, falta de medicação, não ter percebido efeito desejado ou esquecido. No entanto, nem todos os que apresentaram reações aos medicamentos interromperam o tratamento.

Dos entrevistados, a grande maioria são acompanhados pela família durante o tratamento, fato este de extrema importância para a adesão do mesmo.

Conclui-se que vários fatores contribuem para a não adesão ao tratamento da Tuberculose, entretanto há necessidade da equipe multidisciplinar identificar rapidamente esses fatores e propor ações de intervenção. A educação em saúde deve ser uma das estratégias de intervenção, bem como o estabelecimento de vínculo com o doente e familiares, além de ações de saúde centradas no doente, nas quais englobam orientações acerca do tratamento, informações sobre a doença, adequação de esquemas terapêuticos, esclarecimentos de dúvidas, suporte social e emocional.

Uma equipe de saúde consciente, comprometida e capacitada é fundamental na adesão ao tratamento e conseqüente cura do doente de Tuberculose.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Saúde.gov.br**, c[200-?]a. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31109 >. Acesso em 20 abr 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica: Tuberculose. **Saúde.gov.br**, c[200-?]b. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gve_7ed_web_atual_Tuberculose.pdf >. Acesso em 26 maio 2010.
- BRASIL. Ministério da saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 5 ed. Brasília, DF: MS, 2002a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Tuberculose** : guia de vigilância epidemiológica. Brasília, DF: MS, 2002b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim eletrônico epidemiológico. **Saúde.gov.br**, c[200-?]c. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim_eletronico_02_ano09_26_04.pdf >. Acesso em: 5 maio 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de Normas para o Controle da Tuberculose**. 4 ed. Brasília, DF: MS, 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. MS apresenta novo medicamento para tratamento da Tuberculose. **Portal.saúde.gov.br**, c[200-?]d. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_ar ea=124&CO_NOTICIA=10470 >. Acesso em: 9 abr 2010.
- BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. v. 1.
- CAPUANO, A. D. et al. Busca Ativa de Casos de Tuberculose Pulmonar em uma Unidade de Atendimento em Farmacodependência no Município de São Paulo (agosto de 1999 a agosto de 2000). **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 6, n. 3, p. 255-261, 2003. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v6n3/09.pdf> >. Acesso em: 27 mar 2010.
- CARACIOLO, J. M. M.; ADÃO, V. M. Causas para não-adesão. In: CARACIOLO, JMM, SHIMMA. **Adesão – da teoria à prática**: Experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/Aids, 2007. p. 28-41.
- COELHO, D. M. M. et al. Perfil epidemiológico da Tuberculose no Município de Teresina-PI, no período de 1999 a 2005. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 19, n. 1, p. 33-42, jan-mar, 2010. Disponível em: < <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v19n1/v19n1a05.pdf> >. Acesso em: 28 maio 2010.

COSTA, S. M. et al. Conhecimento dos clientes com Tuberculose pulmonar e seus familiares sobre adesão ao tratamento e fatores associados, no município do Rio Grande/RS. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: < http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2521 >. Acesso em 05 abr 2010.

GONÇALVES, H. et al. Adesão à terapêutica da Tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n. 4, p. 777-787, out./dez. 1999.

HIJJAR, M. A. et al. A Tuberculose no Brasil e no mundo. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 9-16, jul/dez, 2001. Disponível em: < <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/bps/v9n2/v9n2a03.pdf> >. Acesso em: 22 mar. 2010.

IBGE. Secretaria de Planejamento, Orçamento e Coordenação. Estimativas das populações residentes, em 1º de julho de 2009, segundo os municípios. **Ibge.gov.br**. [citado em 2009]. Disponível em: < http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009_DOU.pdf >. Acesso em: 28 mar. 2010.

LIMA, H.M.M. **Adesão ao tratamento do HIV/Aids por pacientes com Aids, Tuberculose e usuários de drogas de São Paulo**. 2006. 185f. Tese (Doutorado em Epidemiologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: < <http://pandora.cisc.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-20102006-153336/publico/HelenaLimaEpidemio06.pdf> >. Acesso em: 20 mar. 2010.

LIMA, M. B. et al. Estudo de casos sobre abandono do tratamento da Tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 877-885, jul-ago, 2001. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n4/5293.pdf> >. Acesso em: 05 abr 2010.

MASCARENHAS, M. D. M.; ARAÚJO, L. M.; GOMES, K. R. O. Perfil epidemiológico da Tuberculose entre casos notificados no Município de Piripiri, Estado do Piauí, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 14, n. 1, p. 7-14, jan-mar, 2005. Disponível em: < http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742005000100002&lng=pt&nrm=iss >. Acesso em: 10 abr 2010.

MONTI, J.F.C. Perfil epidemiológico, clínico e evolutivo da Tuberculose na Região de Bauru, SP. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Minas Gerais, v. 33, n. 1, p. 99-100, jan-fev, 2000. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v33n1/v33n1a18.pdf> >. Acesso em: 22 mar. 2010.

RUFFINO-NETTO, A. R. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Minas Gerais, v.35, n.1, p. 51-58, jan-fev, 2002. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v35n1/7636.pdf> >. Acesso em: 13 abr. 2010.

PRADO, T. N. et al. Perfil epidemiológico dos casos notificados de Tuberculose entre os profissionais de saúde no Hospital Universitário em Vitória (ES) Brasil. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 34, n. 8, p. 607-613, 2008.

REIGOTA, R. M. S.; CARANDINA, L. Implantação do tratamento supervisionado no município de Bauru/SP – Avaliação da Tuberculose pulmonar, 1999/2000. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v. 10, n. 1, p. 23-30, jan/jun, 2002. Disponível em: < <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/bps/v10n1/v10n1a04.pdf> >. Acesso em: 30 abr. 2010.

REINERS, A. A. O. et al. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.2, p.2299-2306, 2008.

SÁ, L. D. et al. Tratamento da Tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. **Revista Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis – SC, v. 16, n. 4, p. 712-718, out-dez, 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000400016&lang=pt >. Acesso em: 25 maio 2010.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. História. **Cve.saúde.sp.gov.br**, c[200-?]a. Disponível em: < http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/cve_tb.html >. Acesso em 17 mar. 2010.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. Número de casos novos de Tuberculose no Estado de São Paulo. **Cve.saúde.sp.gov.br**, c[200-?]b. Disponível em: < <http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/TB/graf1.htm#> >. Acesso em: 26 maio 2010.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. Casos de Tuberculose Notificados Segundo Município, Residência e Tipo de Caso – ano 2008. **Cve.saúde.sp.gov.br**, c[200-?]c. Disponível em: < http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/TB/tb_num/tb_munc08.htm >. Acesso em: 13 abr 2010.

TUBERCULOSE: 79 novos casos em um ano. **Jornal da Cidade**. Bauru, 24 mar. 2010. Disponível em: < http://www.jcnet.com.br/detalhe_policia.php?codigo=179284 >. Acesso em: 26 maio 2010.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Hospital das Clínicas. FMUSP. **Normas para diagnóstico, tratamento e prevenção da Tuberculose**. São Paulo, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. A estratégia STOP TB. **Who.int**, c2006. Disponível em: < http://www.who.int/tb/publications/2006/stoptb_strategy_por.pdf >. Acesso em: 02 maio 2010.

APÊNDICE A – Questionário**PERFIL DOS DOENTES****1 - Idade:**

- Menor de 15 anos 15 a 19 anos 20 a 29 anos
 30 a 39 anos 40 a 49 anos 50 a 59 anos 60 anos e mais

2 - Sexo

- Masculino Feminino

3 - Raça

- Negra Branca Amarela Pardo Outro

4 - Estado civil

- Solteiro Casado Divorciado Viúvo Amasiado

5 - Grau de escolaridade

- Ensino fundamental incompleto Ensino superior incompleto
 Ensino fundamental completo Ensino superior completo
 Ensino médio incompleto
 Ensino médio completo

6 - Trabalho

- Sim Não

Se Não: Aposentado Desempregado Estudante

7 - Renda per capita (Salário Mínimo Estado de São Paulo R\$ 510,00)

- < 1 Salário Mínimo 1-2 Salários Mínimos
 > 2 a 4 Salários Mínimos ≥ 5 Salários Mínimos

8 - Faz uso de bebida alcoólica ou outra droga?

Sim Não

Qual(s)? _____

9 - Além da Tuberculose, apresenta outra doença?

Sim Não

Qual(is)? _____

CONHECIMENTO DA DOENÇA**10 - A Tuberculose é transmitida pela(o)?**

Tosse Espirro Pele Sangue

Outros _____

11 - Quais são os sintomas da Tuberculose?

Febre Tosse Fadiga Suor noturno Perda de peso

Outros _____

12 - Que exames são feitos para o diagnóstico da Tuberculose?

Não sei Exame de escarro Rx de tórax

Exame de sangue Outros _____

13 - Como podemos evitar a Tuberculose?

Não sei Tomando vacina BCG Usando máscara

Evitando contato com o doente de Tuberculose

Não utilizando objetos do doente Evitando ambientes fechados

Outros _____

14 - A Tuberculose tem cura?

Não sei Sim Não

15 - Qual o tempo de tratamento da Tuberculose?

Não sei 2 semanas 1 mês 3 meses 6 meses

16 - A Tuberculose é uma doença grave?

Sim Não

17 - É importante a família realizar os exames para o diagnóstico da Tuberculose?

Sim Não

Se não, Por quê? _____

ADESÃO AO TRATAMENTO**18 - Tem dificuldade de acesso ao serviço?**

Sim Não

Se não, Por quê? _____

19 - É bem atendido no serviço?

Sim Não

Se não, por quê? _____

20 - Qual o profissional que você tem vínculo no serviço?

Médico Enfermeiro Assistente Social Nutricionista

Auxiliar de Enfermagem Outros _____

21 - Tem dificuldade de tomar os medicamentos?

Sim Não

Por quê? _____

22 - Recebeu orientações sobre o tratamento?

Sim Não

23 - Quem orientou?

Médico Enfermeiro Aux. de Enfermagem

Farmacêutica Outro _____

24 - Quais são os horários que você toma os medicamentos?

Em jejum Após refeição

25 - Apresenta alguma reação do medicamento?

Sim Não

Qual(is)? _____

26 - Em algum momento parou de tomar os medicamentos?

Sim Não

Por quê? _____

27 - Sua família acompanha seu tratamento?

Sim Não

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**Título do Projeto:** *Adesão ao Novo Tratamento da Tuberculose em Bauru, SP.***Responsável pela Pesquisa:** Prof^a Ms. Solange Nardo Marques Cardoso**Endereço:** Rua Paulo Valle, 2-112 J. América - Fone: 3879-4560**Secretaria Municipal de Saúde Bauru****Centro de Referência em Moléstias Infeciosas - SMI**

Esta pesquisa abordará a adesão ao novo esquema de tratamento da Tuberculose ao indivíduo que apresenta a doença. Sua importância se deve ao fato que esse tratamento foi preconizado e implantou-se na rede de saúde no início do ano de 2010 e sendo muito novo poucos estudos foram realizados sobre o tema. Será realizada no Centro de Referência em Moléstias Infeciosas - SMI, serviço especializado no atendimento a indivíduos com Tuberculose em Bauru-SP.

A pesquisa não trará riscos de qualquer espécie aos participantes, nem ônus de nenhuma espécie. Será salvaguardado aos participantes o direito de desistir da pesquisa em qualquer estágio do processo, sigilo absoluto sobre a identidade do participante e garantir informações sobre o resultado da pesquisa. Podemos garantir também que não haverá qualquer ônus ou encargos adicionais pela participação da pesquisa. A Secretaria Municipal de Saúde de Bauru está isenta de qualquer responsabilidade sobre esta pesquisa.

Eu entendo que, qualquer informação obtida sobre mim, será confidencial. Eu também entendo que meus registros de pesquisa estão disponíveis para revisão dos pesquisadores. Esclareceram-me que minha identidade não será revelada em nenhuma publicação desta pesquisa; por conseguinte, consinto na publicação para propósitos científicos.

Eu entendo que estou livre para recusar minha participação neste estudo ou para desistir a qualquer momento e que a minha decisão não afetará adversamente meu tratamento na clínica ou causar perda de benefícios para os quais eu poderei ser indicado.

Eu certifico que li ou foi-me lido o texto de consentimento e entendi seu conteúdo. Uma cópia deste formulário ser-me-á fornecida. Minha assinatura demonstra que concordei livremente em participar deste estudo.

Assinatura do participante da pesquisa:

RG:.....

Data:.....

Eu certifico que expliquei a Sr^a, acima, a natureza, propósito, benefícios e possíveis riscos associados à sua participação nesta pesquisa, que respondi todas as questões que me foram feitas e testemunhei assinatura acima.

Assinatura do Pesquisador Responsável:

.....

Bauru-SP, ____ de _____ de 2010.

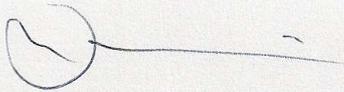
ANEXO B – Parecer da comissão ética da Universidade do Sagrado Coração

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Protocolo n.º 102/10**Título do Projeto:**

ADESÃO AO NOVO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE EM BAURU, SP.

Pesquisador (a) Responsável: SOLANGE CARDOSO**Comitê de Ética:**

O CEP analisou, baseado em parecer competente, o presente projeto e o considerou aprovado.

Data: 02/09/2010**Assinatura do Presidente:**

ANEXO C – Parecer da comissão ética da Secretaria Municipal de Saúde

**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU****SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Fone: (014) 3235-1455 / Fax(014) 3235-1481

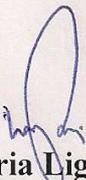
Email: saude@bauru.sp.gov.br

Bauru, 16 de julho de 2010.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o Projeto de Pesquisa intitulado: **“Adesão ao novo tratamento da Tuberculose em Bauru, SP”** de autoria de Dayane dos Santos Paixão, sob orientação da Profª Ms. Solange Nardo Marques Cardoso e co-orientação da Ms. Heloísa Ferrari Lombardi, foi analisado pela Comissão de Ética em Estudo e Pesquisas desta Secretaria Municipal de Saúde sendo autorizada a sua realização.

Além disso, ressaltamos que os resultados deste trabalho deverão ser apresentados à Secretaria Municipal de Saúde.


Dr.ª Maria Ligia Gerdullo Pin
Presidente da Comissão de Ética
em Estudo e Pesquisas da SMS


Dr José Fernando Casquel Monti
Secretário Municipal de Saúde
Dr.ª Maria Ligia Gerdullo Pin
Secretária Municipal de Saúde - Substituta
CROSP: 47.625 - RG: 17.792.284-9
Decreto Municipal nº 10.934 de 05/05/2009