



FACENE

**FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA – FACENE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

SALMANA RIANNE PEREIRA ALVES

**CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE VISITA DOMICILIAR AO IDOSO COM  
TUBERCULOSE**

JOÃO PESSOA  
2017

SALMANA RIANNE PEREIRA ALVES

**CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE VISITA DOMICILIAR AO IDOSO COM  
TUBERCULOSE**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Faculdade Nova Esperança, como parte dos requisitos para pré-banca.

Área de Concentração: Gestão e tecnologia do cuidado em saúde da família.

Linha de Pesquisa: Atenção e gestão do cuidado em saúde

ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Anne Jaquelyne Roque Barreto

JOÃO PESSOA  
2017

A477c

Alves, Salmana Rianne Pereira

Construção de um instrumento de visita domiciliar ao idoso com tuberculose / Salmana Rianne Pereira Alves. – João Pessoa, 2017.

86f.;il.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Anne Jaquelyne Roque Barreto.

Trabalho de Conclusão de Curso (Mestrado em Saúde da Família)  
– Faculdade Nova Esperança – FACENE

1. Tuberculose. 2. Idoso. 3. Cuidado. 4. Enfermagem. 5. Visita Domiciliar. I. Título.

SALMANA RIANNE PEREIRA ALVES

**CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE VISITA DOMICILIAR AO IDOSO COM  
TUBERCULOSE**

Dissertação apresentada pela aluna Salmana Rianne Pereira Alves, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família, tendo obtido o conceito de \_\_\_\_\_, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado (a) em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Anne Jaquelyne Roque Barreto  
Orientadora: FACENE

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Débora Raquel Soares Guedes Trigueiro  
Membro interno: FACENE

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Janaína von Söhsten Trigueiro  
Membro externo: UFCG

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vilma Felipe Costa de Melo  
Membro interno: FACENE

---

Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Matheus Figueiredo Nogueira  
Membro externo: UFCG

*A Deus todo poderoso e misericordioso  
pelo seu soberano poder em minha vida...  
Aos meus pais (José Ribamar e Maria de  
Lourdes) por todo amor infinito e esforço  
para ver meu crescimento pessoal e  
profissional.*

**Dedico.**

## **AGRADECIMENTOS**

- *Primeiramente agradecer a Deus pela honra e pela glória, por ser meu companheiro e meu salvador;*
- *A Senhora Maria de Lourdes, minha mãe, por sempre confiar em mim, mesmo eu não confiando. Por ser a pessoa, que desde minha vinda a capital, não deixou faltar nada para meus estudos. Esse mestrado é seu mamis. Te amo.*
- *A minha nega Glaydes por ter me convencido a fazer o mestrado e me feito chorar muitas vezes.*
- *Meus queridos irmãos, Samuel e Samhy, obrigada pela força e por entender a distância durante esse período final da dissertação. Amo vocês.*
- *A meu velho amado pai, Ribamar, que mesmo distante, tinha o pensamento em mim. Te amo velho Riba.*
- *A minha gorda favorita, Débora, pela bela amizade que Deus nos deu desde o primeiro dia que nos conhecemos. Obrigada amiga!*
- *A Anne Jaquelyne pela paciência que sempre teve comigo e pela confiança. Obrigada por tudo.*
- *A Banca examinadora composta por Dr<sup>a</sup> Débora e Dr<sup>a</sup> Janaina, obrigada pelas sugestões para com a dissertação.*
- *A Lili, Jana, Geane, Itamar e aos demais funcionários da biblioteca. Me desculpar pelos apereios desde a época de estudante até os dias de hj.*
- *A Edielson pela amizade, brincadeiras e as conversas sérias e por está na apresentação da dissertação.*
- *Aos funcionários do laboratório, a Rafinha por ser minha companheira de carona e escutar meus muidos por conta do mestrado quase toda noite.*
- *Aos integrantes do FAPH, que são minha segunda família, obrigada pela força e pelo comparecimento na apresentação da dissertação.*
- *A Gal pela amizade e por corrigir as normas da ABNT.*
- *A Edvane, Fia, por desenvolver meu instrumento a partir das minhas orientações. Se for contar quanto esse instrumento foi mudado em? Mas ficou lindo. Agradecer a Deus pela bela amizade que nos deu.*
- *Dona Lurdes, minha segunda mãe, obrigada pelo carinho e por me alimentar.*
- *Nereide, minha terceira mãe, obrigada pela confiança e pelo emprego.*
- *Claudinha, minha quarta mãe, obrigada por tudo.*

- *Sandra Almeida, minha “chefe”, obrigada por tudo.*
- *Agradecer a Deus por trazer Sueli de volta para mim.*
- *Esmeralda, Maria Helena (neninha), Luzia Sandra, Priscila (guria), Lili, Nika, Tereza, Anderson, Susi, Kaline, Daiane, Neyrilane, Vilma, Homero, Raline, Ana Karina, Catarina, Daiene, Ana Caudia, Ana Paula Coutinho, Carol, Monik, Jeferson, e tantos outros o meu obrigada.*
- *Aos meus companheiros de turma, Adelson, Carla, Mikaela, Ilana, Waléria, Elissandra, Eliziana, Glaydes, primeira do mestrado da FACENE, foi um prazer tê-los como colegas, sofremos juntos, rimos, choramos, mas vencemos.*
- *Aos meus alunos por contribuir com meu amadurecimento em sala de aula.*

*“O ser humano deve ver que nada existe realmente, mas que tudo está nascendo, crescendo e morrendo. No instante em que alguma coisa atinge o seu auge, começa a decair. A lei do ritmo está em funcionamento constante. Não existe a realidade. Não há uma qualidade duradoura, fixidez ou substancialidade em nada. Nada é permanente, a não ser a mudança. O ser humano deve ver todas as coisas evoluindo de outras, levando-se a outras, uma ação e reação constante, fluxo e refluxo, construindo ou demolindo, criação e destruição, nascimento, crescimento e morte. Nada é real, e nada resiste a não ser a mudança.”*

**Cabala**

ALVES, S.R.P. **Construção de um instrumento de visita domiciliar ao idoso com Tuberculose**. 2017. 81f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA – FACENE

## RESUMO

A tuberculose é uma doença que acomete a humanidade há milhares de anos. A Organização Mundial da Saúde estima que no mundo, 10,4 milhões de pessoas tiveram tuberculose em 2015. O Brasil faz parte do grupo dos 22 países de alta carga priorizados pela OMS, que concentram 80% dos casos de tuberculose no mundo, ocupando a 16ª posição em número absoluto de casos. Em território nacional, no ano de 2016, o número total de casos de tuberculose foi de 68 mil, sendo que 6.526 (9,7%) ocorreram em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, fato que revela a expressividade epidemiológica da doença entre pessoas idosas no País. Por ser uma doença com alto índice de notificação compulsória, o Programa de Controle da Tuberculose tem como responsabilidade o tratamento dos casos, cujas atividades englobam a busca de faltosos, que poderá ser feita pela APS - Atenção Primária à Saúde, por meio da Visita Domiciliar. A pesquisa em questão foi intitulada de Construção de um instrumento de visita domiciliar ao idoso com Tuberculose. Apresenta como objetivo geral: elaborar um instrumento de visita domiciliar para acompanhamento do idoso com tuberculose na Atenção Primária à Saúde. O presente estudo foi uma pesquisa de desenvolvimento metodológico, uma vez que buscou a construção do instrumento de visita domiciliar ao idoso com Tuberculose que será utilizado pelos enfermeiros da Unidade de Saúde da Família. A mesma foi dividida em três fases: a primeira foi a busca na literatura atual de documentos e estudos que abordam a temática; após esta busca, foi realizada a leitura sistemática para o levantamento dos aspectos de investigação para elaboração das variáveis; para em seguida construir o instrumento de visita domiciliar ao idoso com Tuberculose. Foi realizado um levantamento bibliográfico, sendo incluídos na revisão os artigos publicados entre os anos de 2010 a 2016, considerando estudos com a temática voltada para o idoso, na língua portuguesa e que possuíssem o texto completo, perfazendo um total de 12 artigos, onde se buscou a maior abrangência possível proporcionando à pesquisadora bases necessárias e confiáveis para elaboração do instrumento que se propõe. A partir do levantamento da literatura, o instrumento foi dividido em 4 categorias perfazendo um total de 32 variáveis distribuídos na sequência de: características sociodemográficas composta por 7 dos 12 artigos científicos, apresentando a escolaridade, sexo, idade entre outros; os aspectos referentes a visita domiciliar composta por 4 dos 12 artigos científicos, com aspectos de investigação, como controle de contatos, investigação e orientação ao paciente; condições do usuário composta por 9 dos 12 artigos científicos, demonstrando nessa categoria a higiene do usuário, as comorbidades entre outros; e avaliação de comunicantes composta por 6 dos artigos científicos, apresentando sobre os contatos com o doente. Espera-se que o instrumento elaborado, após a validação, venha contribuir durante a Visita Domiciliar realizada pelo enfermeiro, uma vez que os mesmos terão um guia de acompanhamento para com o idoso com tuberculose.

**Palavras-Chave:** Tuberculose. Idoso. Cuidado. Enfermagem. Visita Domiciliar.

ALVES, S.R.P. **Construction of a home visit instrument for the elderly with Tuberculosis**. 2017. 81f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA – FACENE.

### **ABSTRACT**

Tuberculosis is a disease that has afflicted humanity for thousands of years. The World Health Organization estimates that in the world, 10.4 million people had tuberculosis in 2015. Brazil is part of 22 high-load group countries prioritized by WHO, which account for 80% of all TB cases in the world, ranking 16th in absolute case numbers. In national territory, in 2016, the total number of TB cases was 68 thousand, of which 6,526 (9.7%) occurred in people aged 65 years or over, a fact that reveals the epidemiological expressiveness of the disease among elderly people in the country. Because it is a disease with a high rate of compulsory notification, the Tuberculosis Control Program has as its responsibility the treatment of cases, whose activities include the search for wrongdoers, which can be done by APS through the Home Visit. The research in question titled Construction of an instrument of home visit to the elderly with Tuberculosis and it has as general objective: to elaborate an instrument of home visit to accompany the elderly with tuberculosis in the Primary Attention to Health. The present study was a methodological development research, since it sought the construction of the home visit instrument to the elderly with Tuberculosis that will be used by the nurses of the Family Health Unit. It was divided into three phases: the first was the search in the current literature of documents and studies that approach the theme; after the search, systematic reading was carried out to survey the research aspects to elaborate the variables; to then construct the instrument of home visit to the elderly with Tuberculosis. A bibliographic survey was carried out, and the articles published between the years 2010 and 2016 were included in the review, considering studies with the theme focused on the elderly, in the Portuguese language and containing the full text, making a total of 12 articles, where it was sought the greatest possible scope that provided the researcher with necessary and reliable bases for the elaboration of the instrument that is proposed. From the survey of the literature, the instrument was divided into 4 categories, making a total of 32 variables distributed in the sequence of: sociodemographic characteristics composed of 7 of the 12 scientific articles, showing the schooling, sex, age and others; aspects related to home visits composed of 4 of the 12 scientific articles, with research aspects such as contact control, research and patient orientation; user conditions composed of 9 of the 12 scientific articles, where in this category the user hygiene, comorbidities among others; and evaluation of communicators composed of 6 of the scientific articles, presenting about the contacts with the patient. It is expected that the instrument developed after validation will contribute during the Home Visit performed by the nurse, since they will have a follow-up guide for the elderly with TB.

**Keywords:** Tuberculosis. Elderly. Caution. Nursing. Home visit.

ALVES, S.R.P. **Construcción de un instrumento de visita domiciliaria al anciano con Tuberculosis**. 2017. 81f. Disertación (Maestría Profesional en Salud de la Familia) – FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA - FACENE

## RESUMEN

La tuberculosis es una enfermedad que afecta a la humanidad hace millones de años. La Organización Mundial de la Salud estima que en el mundo, 10,4 millones de personas tuvieron tuberculosis en 2015. Brasil forma parte del grupo de los 22 países de alta carga priorizados por la OMS, que concentran el 80% de los casos de TB en el mundo, 16ª posición en número absoluto de casos. En el territorio nacional, en el año 2016, el número total de casos de TB fue de 68 mil, siendo que 6.526 (9,7%) ocurrieron en personas con la misma edad o superior a 65 años, lo que revela una expresividad epidemiológica de la enfermedad. Es una enfermedad con alto índice de notificación, el Programa de Control de la Tuberculosis tiene como responsabilidad el tratamiento de los casos, cuyas actividades engloban la búsqueda de faltosos, que podrán ser hecho por la APS por medio de la Visita Domiciliaria. La investigación en cuestión fue titulada de Construcción de un instrumento de visita domiciliaria al anciano con Tuberculosis y va a tener como objetivo general: elaborar un instrumento de visita domiciliar para acompañamiento del anciano con tuberculosis en la Atención Primaria a la Salud. El presente estudio fue una investigación de desarrollo metodológico. Se buscó la construcción del instrumento de visita domiciliaria al anciano con Tuberculosis que será utilizado por los enfermeros de la Unidad de Salud de la Familia. La misma fue dividida en tres fases: la primera fue la búsqueda en la literatura actual de documentos y estudios que abordan la temática; Después de la búsqueda, se realizó la lectura sistemática para el levantamiento de los aspectos de investigación para la elaboración de las variables; Para luego construir el instrumento de visita domiciliar al anciano con Tuberculosis. Se realizó un levantamiento bibliográfico, siendo incluidos en la revisión los artículos publicados entre los años de 2010 a 2016, considerando estudios con la temática volcada para el anciano, en la lengua portuguesa y que se proponen en el texto completo, totalizando un total de 12 artículos, donde se buscó mayor alcance posible y que proporcionó a la investigadora bases necesarias y confiables para la elaboración del instrumento que se propone. A partir del levantamiento de la literatura el instrumento fue dividido en 4 categorías, totalizando un total de 32 variables distribuidas en la secuencia de: características sociodemográficas compuesta por 7 de los 12 artículos científicos, presentando la escolaridad, sexo, edad entre otros; Los aspectos referentes a la visita domiciliar compuesta por 4 de los 12 artículos científicos, con aspectos de investigación como control de contactos, investigación y orientación al enfermo; Las condiciones del usuario compuesta por 9 de los 12 artículos científicos, donde en esa categoría la higiene del usuario, las comorbilidades entre otros; Y evaluación de comunicantes compuesta por 6 de los artículos científicos, presentando sobre los contactos con el paciente. Se espera que el instrumento elaborado después de la validación venga a contribuir durante la VD realizada por el enfermero, ya que los mismos tendrán una guía de acompañamiento para con el anciano con TB.

**Palabras clave:** Tuberculosis. Ancianos. Cuidado. Enfermería. Visita Domiciliaria.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> Etapas para o desenvolvimento da pesquisa .....	30
<b>Figura 2</b> Mapa conceitual: busca realizada na BVS para contemplar a revisão Bibliográfica .....	33
<b>Figura 3</b> Mapa Conceitual: Categoria I - Características sociodemográficas .....	40
<b>Figura 4</b> Mapa Conceitual: Categoria II - Aspectos referentes à VD .....	41
<b>Figura 5</b> Mapa Conceitual: Categoria III - Condições do usuário.....	42
<b>Figura 6</b> Mapa Conceitual: Categoria IV - Avaliação de comunicantes .....	43

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

<b>ACS</b>	Agentes Comunitários de Saúde
<b>AIDS</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>ANVISA</b>	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>BAAR</b>	Bacilos Álcool-ácido Resistente
<b>BCG</b>	Bacilo de Calmette e Guérin
<b>BK</b>	Bacilo de Koch
<b>BVS</b>	Biblioteca Virtual em Saúde
<b>DECS</b>	Descritores em Ciência da Saúde
<b>DM</b>	Diabetes Mellitus
<b>DNA</b>	Ácido Desoxirribonucleico
<b>DPOC</b>	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
<b>E</b>	Etambutol
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>H</b>	Isoniazida
<b>HAS</b>	Hipertensão Arterial Sistêmica
<b>HIV</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>ICC</b>	Insuficiência Cardíaca Congestiva
<b>ILTB</b>	Infecção Latente de Tuberculose
<b>IVDIT</b>	Instrumento de Visita Domiciliar ao Idoso com Tuberculose
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PAL</b>	Practical Approach to Lung Health
<b>PB</b>	Paraíba
<b>PCT</b>	Programa de Controle da Tuberculose
<b>PE</b>	Pernambuco
<b>PNAD</b>	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
<b>PNCT</b>	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
<b>PSF</b>	Programa Saúde da Família
<b>R</b>	Rifampicina
<b>REAP</b>	Rede de Atenção Primária à Saúde
<b>RJ</b>	Rio de Janeiro
<b>RS</b>	Rio Grande do Sul
<b>SIAB</b>	Sistema de Informações da Atenção Básica
<b>SR</b>	Sintomático Respiratório
<b>SS</b>	Serviço de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TABNET</b>	Tabulações rápidas sobre os arquivos
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>TDO</b>	Tratamento Diretamente Observado
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UF</b>	Unidade Federativa
<b>VD</b>	Visita Domiciliar
<b>Z</b>	Pirazinamida

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
1.1	OBJETIVOS.....	18
1.1.1	Objetivo Geral .....	18
1.1.2	Objetivos Específicos.....	18
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>19</b>
2.1	ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E A TUBERCULOSE.....	20
2.2	GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM SAÚDE E A VISITA DOMICILIAR.....	25
<b>3</b>	<b>CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS E RESULTADOS</b> .....	<b>29</b>
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	30
3.2	DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA.....	30
3.2.1	Primeira Fase - Busca na literatura atual de documentos e estudos que abordaram a temática.....	31
3.2.2	Segunda Fase – Leitura sistemática e levantamento dos aspectos de investigação para elaboração das variáveis .....	38
3.2.3	Terceira Fase - Construção do instrumento de visita domiciliar ao idoso com Tuberculose .....	39
<b>4</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>44</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>59</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>62</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>71</b>
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>77</b>

---

# 1 INTRODUÇÃO

---

A Tuberculose (TB) é uma doença que acomete a humanidade há milhares de anos. Evidências arqueológicas e históricas mostram que os primeiros casos do acometimento humano pela tuberculose, a “peste branca”, tenham ocorrido em múmias egípcias, as quais apresentavam anormalidades típicas do comprometimento vertebral pela tuberculose, além de tecidos contendo o Ácido Desoxirribonucleico (DNA) do *Mycobacterium Tuberculosis* (MACIEL et al., 2012).

A tuberculose continua sendo um problema impactante no perfil de morbidade e mortalidade no Brasil. Sendo frequente em grandes centros urbanos, atingindo a população com maior vulnerabilidade social (SILVA; GONÇALVES, 2012). É a doença que mais emblematicamente caracteriza a determinação social da pobreza no processo saúde/ doença de uma população (BRASIL, 2016a).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que no mundo, 10,4 milhões de pessoas tiveram tuberculose em 2015 (BRASIL, 2017). Em relação ao número de casos novos, a redução nos últimos 10 anos foi de 12,5%. O Brasil faz parte do grupo dos 22 países de alta carga priorizados pela OMS, que concentram 80% dos casos de tuberculose no mundo, ocupando a 16ª posição em número absoluto de casos. Houve uma redução na incidência de casos da doença no Brasil nos últimos 10 anos, passando de 38,7 casos/100 mil habitantes em 2006 para 30,9 casos/100 mil habitantes em 2015 (BRASIL, 2016b).

A tuberculose começa a acometer as pessoas idosas. Em território nacional, no ano de 2016, o número total de casos de tuberculose foi de 68 mil, sendo que 6.526 (9,7%) ocorreram em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, fato que revela a expressividade importância epidemiológica da doença entre pessoas idosas no país (BRASIL, 2016). Em pesquisa realizada no Departamento de Informática do SUS/MS (DataSUS) utilizando as informações contidas no TABNET, estabelecendo uma faixa etária  $\geq$  60 anos, os resultados encontrados para o índice de tuberculose em idosos no ano de 2016 foram as seguintes: no Brasil foram 2.775 casos, no Nordeste 839 idosos adquiriram a doença e na Paraíba 60 foram acometidos (SINAN, 2016).

Em 2050, estima-se que a população mundial de idosos seja de 1 bilhão e 900 milhões de indivíduos, elevando significativamente seu risco de exposição e

desenvolvimento de doenças infecciosas como a tuberculose (CANTALICE FILHO; BÓIA; SANTANNA, 2007). Para Jorge et al (2008) o envelhecimento rápido da população é a mudança demográfica mais marcante observada em países em desenvolvimento, a partir da segunda metade do século XX. Esse fato, inicialmente observado em países mais desenvolvidos, assume, naqueles, uma velocidade sem precedentes na história da humanidade. Dentre esses países, o Brasil se destaca em três aspectos: o envelhecimento de sua população tem sido gradual e contínuo; o segmento idoso é o que mais cresce no país e o número absoluto de idosos se apresenta com valores elevados. Tais características conduzem a importantes repercussões na demanda aos serviços de atenção e assistência à saúde.

Conforme explanado por Coêlho, Neto e Campelo (2014) e Lindoso et al. (2008), os fatores que propiciam a infecção tuberculosa no idoso variam, sendo possível citar as comorbidades, a imunodepressão, o alcoolismo, o tabagismo, as drogas, a má alimentação, como também, uma maior dificuldade de diagnóstico da tuberculose e ao fato das coortes mais velhas terem sido submetidas a maior risco de infecção na antiguidade. Os idosos residentes em países da América Latina apresentam maior desenvolvimento das doenças associadas, devido à situação econômica e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde que são vivenciados pela referida população.

Cavalcanti et al (2006) relatam que por ser uma doença infecciosa, a tuberculose encontra na população geriátrica uma marcante sensibilidade, tanto no que diz respeito às novas infecções quanto à reativação da doença. Ambas estão relacionadas à diminuição da imunidade celular, afetada pelo processo de envelhecimento imunológico. Silveira et al (2012) concordam com os autores acima citados, quando devido as condições patológicas, os idosos estão mais propensos a adquirir a tuberculose.

Oliveira e Menezes (2011) dizem que a fragilidade encontrada nos idosos para adquirir qualquer doença infecciosa, como também a tuberculose, vem em decorrência do avanço da idade. Que por ter sua transmissão predominantemente ligada à via aérea, a doença encontra no idoso um sistema respiratório debilitado,

com redução de seus mecanismos de defesa, aumentando ainda mais o risco de infecção e de adoecimento a partir de reativação de focos latentes.

A demora no diagnóstico da tuberculose é uma das problemáticas que acentua a gravidade da doença. Entre os aspectos relacionados ao evento - retardo no diagnóstico da tuberculose - destacam-se aqueles alusivos ao sistema de saúde, como: dificuldade de acesso; acolhimento inadequado do doente; prioridade limitada na procura de sintomáticos respiratórios (SR) e de contatos intra-domiciliares, baixo nível de suspeição diagnóstica de tuberculose, correspondendo ao prolongamento do período entre a primeira visita ao serviço de saúde (SS) e o início do tratamento antituberculose (OLIVEIRA et al., 2013).

Em relação ao diagnóstico tardio para tuberculose em idosos, vale ressaltar que o problema está no tempo decorrido entre o início da doença e o diagnóstico identificado por meio de exames e anamnese. Vale lembrar que as dificuldades encontradas para diagnosticar a doença são inúmeras, destacando a presença de comorbidades frequentes nos idosos, dificuldades do acesso à unidade, acolhimento, rastreamento ineficaz dos sintomáticos respiratórios e dos contatos, entre outros (SÁ et al., 2015).

A OMS, desde o ano de 2003, vem manifestando sua preocupação no que concerne à qualificação das equipes de saúde para assumirem as responsabilidades com as ações de controle da tuberculose, questão que emerge no bojo da descentralização e integração do controle da doença nos serviços de Atenção Primária à Saúde (MONROE et al., 2008).

APS (Atenção Primária à Saúde) é a porta de entrada preferencial da Rede de Atenção à Saúde e, uma vez que pressupõe contato próximo e vínculo com a população do território, deve possuir as condições de identificar sintomáticos respiratórios, fazer o diagnóstico da tuberculose pulmonar bacilífera e realizar o tratamento com esquema básico (BRASIL, 2011a).

Segundo Oliveira et al (2011), o primeiro contato do doente portador de tuberculose com o sistema de saúde é de suma importância para assegurar o acesso ao diagnóstico da doença, visto que esse se inicia na porta de entrada do sistema. Torna-se imprescindível enfatizar que a porta de entrada é compreendida

como o local ou o profissional a ser procurado como primeiro ponto de atenção à cada novo problema de saúde identificado, dessa forma, é o local de primeiro contato dentro do sistema de saúde.

Assim sendo, os mais idosos requerem atenção por parte dos serviços e profissionais de saúde, não apenas para identificar precocemente a tuberculose, mas também para um acompanhamento que vise lograr êxito quanto ao declínio de complicações e óbitos (CECILIO et al., 2013).

Deste modo, Garcia e Teixeira (2009) relatam que uma das responsabilidades do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) é o tratamento dos casos, cujas atividades englobam a busca de faltosos, que poderá ser feita pela APS por meio da Visita Domiciliar (VD). Destaca-se como atividade diária e sistemática dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no que se refere à enfermeiros, médicos e outros profissionais inseridos nos Programas. Com base no estudo bibliográfico realizado pelos autores supracitados, os mesmos identificaram que assistentes sociais e enfermeiros são os profissionais que mais se envolveram em visitas domiciliares.

No Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), existem várias fichas utilizadas pelos ACS, dentre elas estão as de acompanhamento de gestação na mulher, hipertensão, diabetes mellitus (DM), tuberculose e hanseníase. Porém, inexistente uma ficha específica a ser utilizada pelos demais profissionais da equipe, para o acompanhamento das famílias na VD. Essa visita deve ser realizada pelo enfermeiro para avaliar as necessidades do paciente e da família, trabalhando na recuperação e/ou reabilitação do indivíduo. Compreende-se que para esse propósito é necessário um instrumento norteador, específico sobre a tuberculose para a Visita Domiciliar realizada pelo enfermeiro.

Portanto, após um minucioso levantamento de dados sobre a TB no idoso, foi identificada a inexistência de instrumentos que norteiam a Visita Domiciliar pela enfermagem ao portador da tuberculose. Desse modo, a construção de um instrumento reveste a importância desse estudo.

Face ao exposto, o interesse pela temática justifica-se por considerar a TB no idoso um problema de saúde emergente e complexo, em vista dos fatores que interferem na doença e principalmente suas características, como a sintomatologia,

que é diferenciada no idoso, em razão das mudanças sistemáticas nessa faixa etária, a não adesão ao tratamento devido à escassez de orientação ofertada pelos profissionais de saúde, entre outras. Dessa forma, é perceptível a necessidade de incorporar a VD como prioridade para o idoso portador da TB.

É notória a escassez de pesquisas nacionais referentes ao idoso com tuberculose. Diante dessa problemática, o enfermeiro da APS que realiza a Visita Domiciliar necessita de um instrumento para nortear essa visita. Melhorando assim suas ações para o controle e tratamento do idoso com TB.

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo Geral

- Elaborar um instrumento de visita domiciliar para acompanhamento do idoso com tuberculose na Atenção Primária à Saúde (APS)

### 1.1.2 Objetivos Específicos

- Buscar na literatura atual de documentos e estudos sobre a Visita Domiciliar e acompanhamento dos pacientes com tuberculose;
- Identificar através da literatura os aspectos de investigação para elaboração das variáveis contidas no instrumento;
- Estruturar a partir dos aspectos de investigação as variáveis para a elaboração do instrumento de visita domiciliar ao idoso com tuberculose na APS.

---

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

---

## 2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E A TUBERCULOSE

Schneider e Irigara (2008) mencionam que as relações estabelecidas entre os diferentes aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais compreendem a etapa da vida caracterizada como velhice. Tal interação institui-se de acordo com as condições da cultura na qual o indivíduo está inserido. Condições históricas, políticas, econômicas, geográficas e culturais produzem distintas representações sociais da velhice e também do idoso. Há uma correspondência entre a concepção de velhice presente em uma sociedade e as atitudes frente às pessoas que estão envelhecendo.

O planeta transita por uma transformação demográfica, a qual, estima-se que em 2050, o quantitativo de pessoas com mais de 60 anos será ampliado de 600 milhões para quase 2 bilhões, acreditando-se que a porcentagem de pessoas com 60 anos ou mais dobrará de 10% a 21%. O referido aumento irá posicionar o Brasil, em 2025, na sexta colocação entre os países com maiores números de idosos do mundo, em números absolutos. A ascensão, em números absolutos e relativos, de indivíduos com 60 anos de idade ou mais é um fenômeno mundial (MESQUITA et al., 2015; DAWALIB et al., 2013).

De acordo com Schneider e Irigara (2008), o idoso é habitualmente definido como o indivíduo que alcança os 60 anos de idade, independentemente de seu estado biológico, psicológico e social. Entretanto, a definição de idade é multidimensional e não é uma medida de excelência para o desenvolvimento humano. A idade e o processo de envelhecimento possuem numerosas dimensões e significados que extrapolam as dimensões da idade cronológica.

Inicialmente, o envelhecimento populacional foi observado em países desenvolvidos, no entanto, observou-se que recentemente é nos países em desenvolvimento que a população idosa tem aumentado de forma acentuada (VIRTUOSO et al., 2010). Marin e Panes (2015) mencionam que o aumento supracitado é tido em decorrência do declínio nas taxas de fertilidade e aumento da expectativa de vida, o que se consolida pela melhoria do acesso aos serviços de saúde, associado às campanhas de vacinação, avanços tecnológicos da medicina,

aumento do nível de escolaridade, investimento em infraestrutura de saneamento básico, dentre outros fatores.

Com o desenrolar dos anos, a ocorrência de um agrupamento de efeitos, desencadeiam o envelhecimento. Biologicamente, corresponde a uma involução que afeta todos os sistemas fisiológicos do corpo, mas que não interfere, necessariamente, no bem-estar do indivíduo; psicologicamente, é uma fase que denota maturidade, sabedoria e compreensão da vida, sendo proveniente das experiências vivenciadas pelo indivíduo (GARCIA et al., 2012).

Em concordância com Mesquita et al (2015), a transição epidemiológica no Brasil distancia-se do padrão clássico, tendo em vista que se observa uma polarização epidemiológica e um prolongamento deste processo de transição com a persistência das doenças infecciosas, o crescimento de fatores de risco para doenças crônico-degenerativas e altas taxas de morbimortalidade por causas externas. Face ao exposto, vale salientar que o país apresenta níveis diferenciados de transição, dependendo das diferentes áreas geográficas e grupos sociais. Esta transição demográfica possui como consequências alterações significativas no quadro de morbimortalidade do país (RIBEIRO, 2015).

Com a ascensão da longevidade, a população idosa tem mostrado um crescimento progressivo, bem como nos agravos de saúde, não somente aqueles vinculados ao envelhecimento, como também os relacionados as novas formas de viver e conviver. Os progressos nas tecnologias para a saúde trouxeram incrementos que proporcionaram mudanças de comportamentos e, com elas, o surgimento com maior intensidade de doenças muitas vezes relegadas para essa idade (NICHIATA et al., 2011).

Para Ventura (2015), o envelhecimento propicia o desenvolvimento de alterações estruturais e funcionais do sistema respiratório, à proporção que, determinam maior susceptibilidade da população idosa aos diversos estímulos e agressões. É evidente a deterioração da função respiratória com a idade, sendo esta intensificada pela exposição a agentes oxidantes, dos quais o tabaco é tido como o principal expoente. A diminuição da eficácia da musculatura respiratória, também se faz presente nos idosos, juntamente com o aumento da rigidez estrutural da caixa

torácica, afetando negativamente, por exemplo, o reflexo da tosse, que é comumente conhecido como um importante mecanismo de defesa para uma competente funcionalidade das vias aéreas, a qual se encontra igualmente prejudicada pela perda da estrutura de suporte do parênquima pulmonar e consequente dilatação dos espaços aéreos, alterações enquadráveis no chamado enfisema senil ou tórax senil.

Diante disso, considerando a tosse o marcador clínico mais precoce da TB e o sintoma mais comumente encontrado nos doentes com tuberculose, não é de se esperar que aconteça no idoso pela fragilidade do sistema respiratório nessa faixa etária.

Ventura (2015) relata que os profissionais de saúde da unidade não demonstram devida importância aos sintomas apresentados pelo idoso. Entendem que o idoso, pelas modificações do envelhecimento, apresenta várias comorbidades. Dificultando assim o diagnóstico da tuberculose em idosos (BHERING et al., 2005).

O processo de envelhecimento promove uma série de alterações no sistema imunológico, sendo estas denominadas de imunossenescência e acarretam inúmeras consequências para os idosos, sendo identificadas algumas, conforme infracitado. Dentre as consequências mais evidentes é enfatizado o aumento da susceptibilidade às infecções e a depressão quanto a resposta as vacinas, resultando em um aumento da morbidade e mortalidade dos idosos. Partindo desse pressuposto, é possível afirmar que os idosos apresentam maior incidência para determinadas doenças, como infecções dos tratos respiratório e urinário, endocardite, septicemia e tuberculose (KINOSHITA, 2014).

Segundo Oliveira (2015), com o incremento do contingente de idosos na população, torna-se notório que o grupo referido anteriormente apresenta, com frequência, exacerbamento de doenças crônicas e degenerativas, sendo mais vulnerável aos múltiplos redutores da saúde, entre eles a tuberculose.

Acompanhando a tendência mundial de envelhecimento da população, a incidência de tuberculose no Brasil começa a se deslocar cada vez mais para pessoas idosas. Tendo em vista o exposto, a temática do envelhecimento vem sendo articulada ao aumento do número de casos de tuberculose e aos casos de

delonga no diagnóstico. Enfatiza-se que o diagnóstico da tuberculose é evidentemente mais árduo nessa faixa etária, fato que estabelece as elevações de mortalidade e internações (OLIVEIRA et al., 2013).

De acordo com Piller (2012) e Bhering et al (2005), é possível evidenciar nos países desenvolvidos, que as pessoas idosas, as minorias étnicas e a população de imigrantes são os mais afetados. Já nos países em desenvolvimento, a gama de determinantes sociais de grandes centros urbanos, como pobreza, baixa escolaridade, ambientes de confinamento, pessoas vivendo em situação de rua, uso abusivo de drogas e indivíduos marginalizados, com árduo acesso aos serviços de saúde, geram um grupo significativo de indivíduos vulneráveis entre os quais a tuberculose circula, contribuindo para perpetuar a doença e a miséria. Dentre os grupos mencionados, os idosos têm recebido atenção dos pesquisadores, buscando compreender o que caracterizaria esta maior tendência ao adoecimento.

A população idosa da atualidade vivenciou a infância e a juventude em meados do século XX, época esta, em que havia alta prevalência da tuberculose, porém o tratamento efetivo era inexistente, já que a comprovação da eficácia dos quimioterápicos no tratamento da referida doença foi alcançada apenas ao longo das décadas de 50 e 60. A população do período que antecedeu a descoberta do tratamento foi exposta aos bacilos, albergando, dessa maneira, a bactéria quiescente da infecção ou das lesões fibróticas decorrentes da “cura” espontânea (VENDRAMINI et al., 2003).

Para Bhering et al (2005), a maior suscetibilidade à doença pode ser elucidada pela depressão das defesas orgânicas na idade avançada, englobando as alterações na função imune, no clearance mucociliar e na função pulmonar.

Contribuem também de forma decisiva no desenvolvimento da lesão tuberculosa, as inúmeras condições imunossupressoras associadas, como DM, insuficiência hepática, insuficiência renal, desnutrição e terapia prolongada com corticosteroides.

Acrescidos ao exposto são englobados outros fatores com potencial significativo de contribuição para acometer esta faixa etária, como dificuldade de acesso aos serviços de saúde, confinamento de idosos em asilos e ambientes

fechados. Os lugares referenciados constituem-se nas fontes mais férteis de tuberculose e de sua transmissão (VENDRAMINI et al., 2003).

Os sinais e sintomas característicos da tuberculose tornam-se mais difíceis de aferir nos idosos, tendo em vista a frequente coexistência de outras doenças respiratórias, cardiovasculares ou sistêmicas, de quadro clínico semelhante, e pela sua inespecificidade, quando comparados aos pacientes não idosos (CANTALICE FILHO; SANTANNA; BÓIA, 2007).

Partindo desse pressuposto, tem sido enfatizado o retardamento quanto à procura da assistência médica devido à pouca importância dada aos sintomas, considerados próprios de doenças que acometem os idosos, dados esses, preocupantes. Nesse sentido, é importante orientar os trabalhadores de saúde quanto aos sinais e sintomas da tuberculose em indivíduos idosos (HINO et al., 2011).

Conforme Vendramini et al (2003), em geral, alguns sintomas da tuberculose, tais como tosse, perda de peso, fraqueza e dispnéia, são, comumente, relacionados à outras doenças, como bronquite crônica do fumante e enfisema. Nos idosos, são pouco frequentes os sintomas sugestivos da doença: sudorese noturna e hemoptise. Já a hipertermia costuma ser baixa e pouco perceptível a não ser quando medida.

O diagnóstico da tuberculose deve ser imprescindivelmente antecedido pela anamnese, exame físico e a radiografia de tórax, pois possuem potencial para auxiliar no diagnóstico da maioria dos casos. É sabido que bacteriologia é um dos exames mais importantes e que ocupa um papel fundamental, permitindo, por meio do conhecimento dos vários aspectos da biologia do bacilo, a sua identificação precisa (VENDRAMINI et al., 2003).

Alguns autores destacam, ainda, a dificuldade do idoso em explicar suas queixas devido ao déficit de memória, estados confusionais, senilidade e problemas de fala, além de eventualmente atribuí-los, erroneamente, a outras doenças (CANTALICE FILHO; SANTANNA; BÓIA, 2007).

Trigueiro et al (2016) enfatizam que o atraso em diagnosticar a tuberculose em pessoas idosas é frequentemente determinado pela presença concomitante de outras problemáticas, a exemplo da Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC),

Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e Pneumonias, o que contribui para a sua continuidade e potencial disseminação. A ausência de celeridade na confirmação diagnóstica é justificada, ainda, pela tentativa de identificar as doenças mais comuns da idade em detrimento da propedêutica específica, o que finda-se por suscitar rotineiras internações, o emagrecimento tornam-se mais predominante, os eventos adversos associados aos medicamentos antituberculose tornam-se mais intensos, o índice de cura é diminuído, e a mortalidade se mantém significativa e determina a elevação dos casos de óbito entre os idosos (SIQUEIRA, 2012).

O acesso árduo aos serviços de saúde tem se tornado uma realidade comum para os indivíduos infectados. Dessa forma, termina por influir negativamente para diagnóstico célere da tuberculose, como também para a ausência de diagnóstico em diversos casos, os quais passam despercebidos, constituindo uma disparidade em saúde, fazendo-se necessário articulações que promovam uma maior eficácia do acesso à saúde (SCATENA et al., 2008).

Diante da problemática evidenciada, foi possível identificar que o idoso faz parte do grupo de risco para adquirir a TB, em decorrência de suas inúmeras fragilidades, que o acometem nessa faixa etária, além da dificuldade do idoso em explanar suas queixas, tornando tardio o diagnóstico em decorrência do retardamento quanto à procura da assistência médica. Visando a necessidade de neutralizar a fragilidade existente na Atenção Primária à Saúde, no acompanhamento do idoso com tuberculose, faz-se necessário a elaboração de um instrumento para nortear o cuidado domiciliar pelo enfermeiro na APS.

## 2.2 GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM SAÚDE E A VISITA DOMICILIAR

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988, e instituído pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080) em 1990, vem na sua implementação, passando por importantes mudanças, principalmente em razão dos avanços obtidos com o processo de descentralização das responsabilidades, das atribuições e dos recursos para estados e municípios (BRASIL, 2007).

A ação na APS (Atenção Primária à Saúde), porta preferencial de entrada do sistema de saúde, inicia-se com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, minorando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, ainda que este seja ofertado em outros pontos de atenção da rede, garantindo sua integralidade (BRASIL, 2012).

No início de 1994, o Ministério da Saúde (MS) lança o Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente intitulado Estratégia de Saúde da Família (ESF), que vem valorizando os princípios de territorialização, vinculação com a população, garantia de integralidade na atenção, ênfase na promoção da saúde com fortalecimento das ações intersetoriais, estímulo à participação da comunidade e de trabalho em equipe com enfoque multidisciplinar, entre outros (LINARD et al., 2011).

O PSF, Posto de Saúde da Família, é entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, suas diretrizes organizativas são operacionalizadas mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica determinada (SAITO, 2010).

Para Costa e Carbone (2009) a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um modelo que procura reorganizar a Atenção Primária à Saúde de acordo com seus preceitos, privilegiando a construção de redes de atenção e cuidado, constituindo-se em apoio às equipes de saúde da família e ampliando sua resolutividade e sua capacidade de compartilhar e fazer a coordenação do cuidado.

Sá et al (2015) mencionam que a responsabilidade pela execução da política de saúde nos municípios é da gestão, assegurando e construindo um modelo de atenção em saúde que busque responder aos desafios atuais da gestão e às necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, efetivando assim o controle da tuberculose.

Nesse contexto, a visão em nível mundial e brasileiro da tuberculose revela uma perspectiva epidemiológica alarmante e os aspectos sociais estão imbricados na permanência da doença como um problema emergencial de saúde pública. As

fragilidades no modo de gerenciar, organizar e disponibilizar recursos que facilitem o diagnóstico precoce e a produção do cuidado humanizado às pessoas com sintomas da TB são apontados em estudos nacionais e internacionais (JUNG; GONZALES, 2016).

Face ao exposto, o retardo do diagnóstico, no atual panorama da luta contra tuberculose no Brasil, é um dos grandes desafios a ser enfrentado pela gestão e pelos trabalhadores da saúde. O problema está associado tanto ao doente, como aos serviços de saúde (SÁ et al., 2013). Ao doente, se dá pelo atraso no diagnóstico da tuberculose, por desconhecer a sintomatologia e pela demora em procurar o Serviço de Saúde. Acrescido a isso, o atraso do Serviço de Saúde ocorre devido ao período de tempo entre a primeira consulta da pessoa em qualquer Serviço de Saúde até a data do diagnóstico (PINHEIRO et al., 2012).

Nesse contexto Jung e Gonzales (2016) relatam que a abordagem à pessoa com sintomas da TB requer o uso das tecnologias em saúde de diversas formas e em diferentes momentos do processo de descoberta da doença. Tecnologias essas relacionadas ao vínculo, autonomização, acolhimento, gestão, saberes bem estruturados, o uso de equipamentos tecnológicos, normas e estruturas organizacionais.

A Atenção Primária à Saúde é o local estratégico para desenvolver as ações no território, por conta do convívio com a população, constituindo-se em uma conjuntura favorável para a implementação ou qualificação da gestão do cuidado profissional para o diagnóstico da doença (JUNG; GONZALES, 2016). Autores como Pinheiro et al (2012) mencionam que a busca ativa, além de ser uma das prioridades contempladas no Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), deve fazer parte da rotina de atividades de todos os membros das equipes de saúde, principalmente da ESF, esta considerada expressão da APS no Brasil.

A detecção de casos depende da procura do Sintomático Respiratório, pela apresentação do doente ao Serviço de Saúde, e da rápida suspeita, pelo serviço, para a solicitação de baciloscopia para o diagnóstico (SASAKI et al., 2015). Neste contexto, a visita domiciliar configurada como método, técnica e instrumento, um momento ímpar, no qual se estabelece o movimento das relações, ou seja, a escuta

qualificada, o vínculo e o acolhimento, favorecendo aos grupos familiares ou comunidades melhores condições de se tornarem mais independentes na sua própria produção de saúde (LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008). Complementando esse entendimento, Andrade et al (2014) relatam que a visita domiciliar tende a ser a atividade externa mais desenvolvida pelas equipes de saúde dentro da Atenção Primária à Saúde.

Através da visita domiciliar, as equipes da Atenção Primária à Saúde passam a identificar as condições sociais e sanitárias das famílias, alcançando um diagnóstico da realidade local e favorecendo a identificação das áreas de risco, não visualizadas no interior da unidade de saúde. Atuando também, de modo direto, como organizadora da demanda, que, de outra forma, seria espontânea, pois, ao levantar os casos existentes, as equipes agendam os atendimentos na Unidade (GARCIA; TEIXEIRA, 2009).

A importância do profissional da APS conhecer a família do doente com tuberculose é essencial para estabelecer uma comunicação intrafamiliar, dando apoio, identificando quais são os recursos familiares (níveis educacionais, meios financeiros e a competência cultural), para lidar com os problemas de saúde do doente (FURLAN; GONZALES; MARCON, 2015).

Os mesmos autores mencionam que esclarecer dúvidas, aceitar questionamentos, orientar, realizar triagem, prestar um acompanhamento sistemático dos comunicantes são algumas das atribuições dos profissionais de saúde junto à família do doente. A investigação da presença de sintomas da TB em indivíduos que tiveram contato com pessoas doentes constitui uma ação preventiva, importante contra novas infecções e surtos na comunidade, por possibilitar o diagnóstico de doença ativa e de infecção latente.

A visita domiciliar feita pela Atenção Primária à Saúde é essencial para a solução dos problemas de saúde em seu foco de origem, diminuindo os índices de contaminação e/ou recontaminação entre o idoso doente, diminuem o contato com bactérias estranhas ao seu organismo ou multirresistentes presentes nos hospitais, além de permitir que a equipe de saúde tome conhecimento das condições reais de vida da população assistida como a alimentação, moradia, saneamento, podendo

intervir junto à comunidade e propor soluções coletivas às secretarias municipais de saúde (ANDRADE; LOBO, 2007).

Uma das principais atividades do enfermeiro na APS é a Visita Domiciliar (VD), por meio dela torna-se possível a identificação das necessidades de saúde do idoso com TB. Com a VD o enfermeiro consegue criar vínculos, facilitando assim a comunicação e a oferta de orientações pertinentes ao idoso e seus familiares. Através do cuidado realizado pela VD, o enfermeiro consegue intervir de forma mais eficaz no processo saúde-doença, favorecendo a promoção da saúde no idoso com tuberculose.

---

## **3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS E RESULTADOS**

---

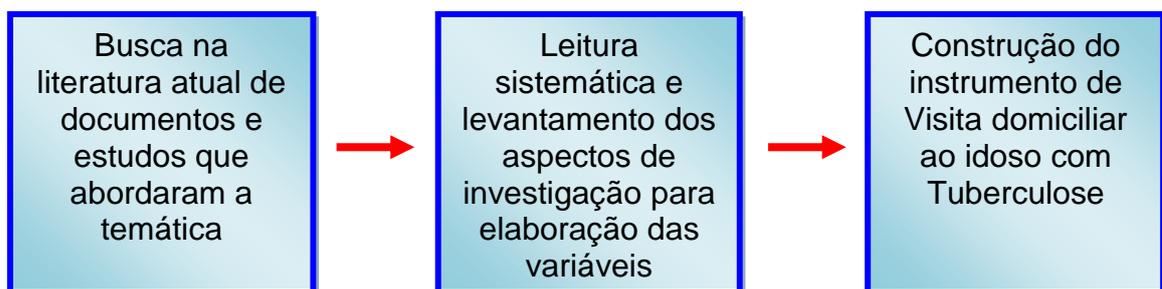
A metodologia destina-se a relacionar as bases teóricas que serão utilizadas na análise e avaliação dos dados observados, com o conjunto de técnicas, métodos e procedimentos de estudos adotados pelo pesquisador. A função da metodologia consiste, então, em viabilizar a obtenção dos dados a serem estudados, que servirão para o enriquecimento dos conhecimentos científicos. Para tanto, o modelo metodológico adotado deve ser capaz de abranger os fenômenos observados no mundo empírico e, assim, descrever e explicar esses fenômenos (MINAYO, 2010).

### 3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo foi uma pesquisa de desenvolvimento metodológico, uma vez que buscou a construção de um instrumento de visita domiciliar ao idoso com tuberculose. De acordo com Baffi (2010), a pesquisa metodológica é aquela que está voltada para inquirição de métodos e procedimentos adotados como científicos. E ainda para Polit e Beck (2011), esse tipo de estudo tem como objetivo construir um instrumento válido, que seja confiável, bem como preciso e utilizável pelos profissionais que estão na execução prática da profissão.

Quando se busca a construção de um instrumento, significa criar algo – seja inédito ou a partir de bases de dados já existentes - dando a esse a capacidade de representar dados confiáveis, para que seja incorporada à prática de enfermagem, sendo bem delineados por uma pesquisa bibliográfica exaustiva. A preocupação durante o processo é de que esse venha ser plenamente aplicável por parte da equipe ao usuário por ela assistido (POLIT; BECK, 2011).

### 3.2 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA



**Figura 1** – Etapas para o desenvolvimento da pesquisa.

Estruturalmente, como mostra a **Figura 1**, esta pesquisa foi dividida em três fases: a) Busca na literatura atual de documentos e estudos que abordaram a temática; b) Leitura sistemática e levantamento dos aspectos de investigação para elaboração das variáveis; c) Construção do instrumento de visita domiciliar ao idoso com Tuberculose. Segue abaixo o desenvolvimento de cada uma dessas fases.

### **3.2.1 Primeira Fase - Busca na literatura atual de documentos e estudos que abordaram a temática.**

Houve sustentação teórica para a construção da versão preliminar do instrumento de visita domiciliar ao idoso com tuberculose através da dissertação “A Visita Domiciliar na visão dos profissionais de saúde e dos usuários no município de Aracaju/SE”, elaborada por Machado (2010) que foi adaptada por Andrade et al (2014) através de fichas elaboradas para possibilitar o registro e acompanhamento da VD realizadas pelas equipes de Saúde da Família no município de Aracajú/SE, que após análise dos resultados foi validada e publicada pelos autores, com o título “Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias.”

O estudo de Machado (2010) tinha como objetivo avaliar a visita domiciliar na visão dos profissionais das Equipes de Saúde da Família e dos usuários no município de Aracajú. Já o artigo de Andrade et al (2014) teve como objetivo elaborar e validar um instrumento de acompanhamento da VD – realizadas pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) atuantes na Rede de Atenção Primária à Saúde (REAP) no município de Aracaju - SE.

Além dos estudos supracitados, o manual do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), que produz relatórios para auxiliar as equipes, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), ligadas diretamente aos gestores municipais, também foram utilizadas. A partir dos relatórios emitidos pelo SIAB, os profissionais conseguem conhecer a realidade sócio-sanitária da população acompanhada, avaliam a adequação dos serviços de saúde oferecidos e adequá-los, sempre que necessário, e por fim, melhorar a qualidade dos serviços de saúde. É o único que

possui a ficha B-TB e a de acompanhamento de pacientes com TB utilizada pelo ACS na APS. Nela é realizado o cadastro e acompanhamento mensal de pessoas com TB. A cada visita os dados dessa ficha devem ser atualizados. A mesma fica de posse do Agentes Comunitários de Saúde e sempre que cadastrar um caso novo, a ficha deverá ser revisada periodicamente pelo instrutor/supervisor e os mesmos devem discutir o acompanhamento do caso novo (BRASIL, 1998).

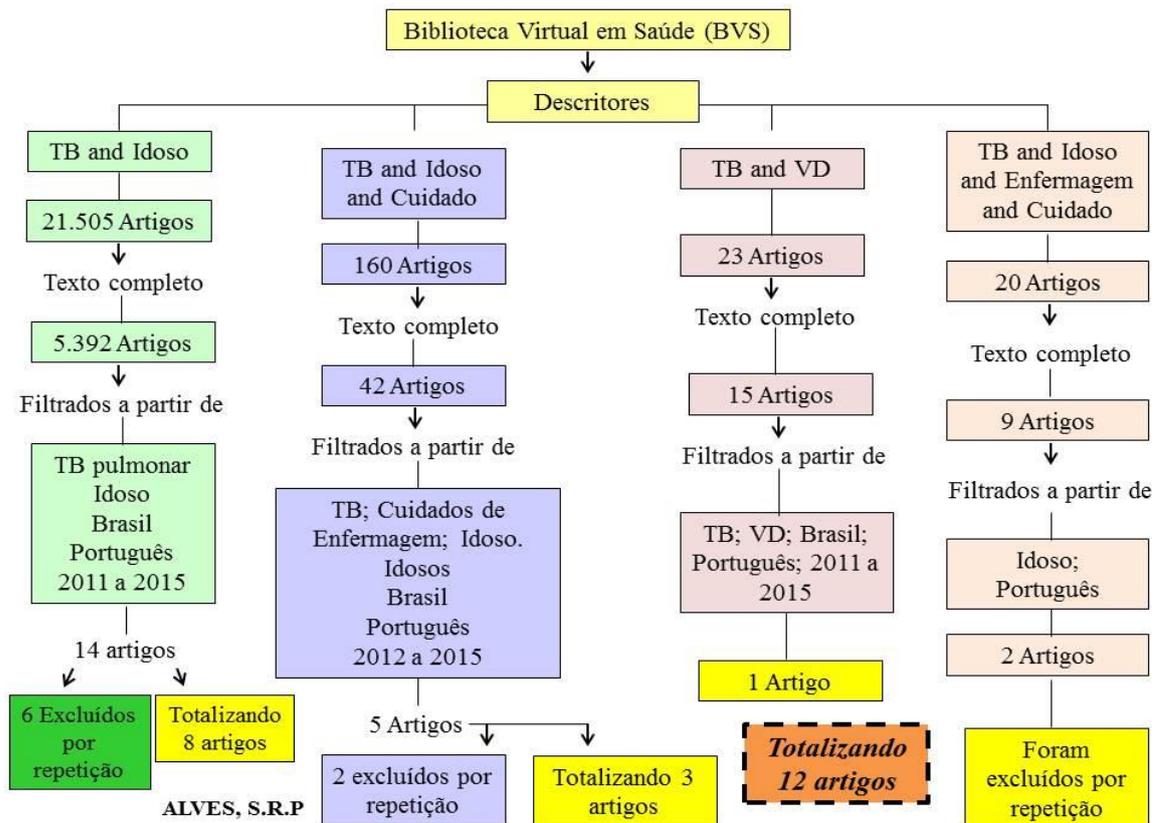
Face ao exposto, Souza, Soares, Nóbrega (2009) mencionam que para construir um instrumento de coleta de dados, é necessário que o pesquisador busque outros modelos a fim de se ter a ideia de como fazê-lo para que sua confecção seja organizada de modo que facilite sua aplicação.

Por meio das informações contidas nos artigos acima citados e com base na ficha B-TB utilizada pelo ACS na APS, a primeira versão do instrumento foi elaborada. O mesmo não estava totalmente de acordo com o propósito dos objetivos do trabalho. Segue inserido em apêndice A.

Souza, Soares e Nóbrega (2009) relatam que para construir um instrumento, o pesquisador precisa de tempo para fazer uma boa leitura sobre o tema desejado. Esse processo é interessante para o pesquisador por permitir um amplo conhecimento e maior segurança na hora da definição do corpo do instrumento. A partir do pressuposto, foi dado início a elaboração da versão final do instrumento de visita domiciliar ao idoso com TB.

Inicialmente foi realizado um levantamento bibliográfico, a partir da literatura atual voltada para temática do estudo, com limites para realização da busca, sendo incluídos na revisão os artigos elaborados entre os anos de 2010 a 2016, considerando os estudos realizados em idosos, na língua portuguesa e que possuíssem o texto completo, onde se buscou a maior abrangência possível que proporcionou a pesquisadora bases necessárias e confiáveis para elaboração do instrumento que se propõe. Abaixo segue a descrição de como foi realizada a busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) dos artigos a serem utilizados na construção do instrumento, perfazendo um total de 12 artigos.

**Figura 2** – Mapa conceitual: busca realizada na BVS para contemplar a revisão bibliográfica



Foi realizada busca na BVS usando os descritores “tuberculose” e “idoso” e operador booleano *AND*, sendo encontrados 21.505 artigos, desses só 5.392 tinham texto completo disponível. Os mesmos foram filtrados em: assunto principal envolvendo a tuberculose pulmonar com limite em idosos no Brasil, tendo o português como idioma, publicados entre 2011 a 2015, perfazendo um total de 14 artigos, onde 6 foram excluídos por estarem repetidos, totalizando finalmente 8 artigos sobre a referida busca.

Uma segunda busca foi realizada utilizando “tuberculose and idoso and cuidado”, resultando em 160 artigos, dos quais, somente 42 tinham texto completo disponível. Os mesmos foram filtrados em: assunto principal envolvendo a

tuberculose, cuidados de enfermagem e idoso com limite em idosos no Brasil, tendo o português como idioma, publicados entre 2012 a 2015, perfazendo um total de 5 artigos, onde dois foram excluídos por estarem repetidos, perfazendo 3 artigos para contemplar a pesquisa.

Refinando, uma terceira busca foi realizada utilizando “tuberculose and visita domiciliar” resultando em 23 artigos, onde 15 apresentavam texto completo disponível. Os mesmos foram filtrados em: assunto principal envolvendo a tuberculose e visita domiciliar, no Brasil, tendo o português como idioma, publicados entre 2011 a 2015, perfazendo um total de 1 artigo. Após buscas exaustivas, foi realizada a quarta e última. Utilizando o somatório de descritores “tuberculose and idoso and enfermagem and cuidado” onde foram encontrados 20 artigos, que desses, só 9 possuíam texto completo disponível. Utilizando o limite em idoso e o idioma português como filtros, obteve-se 2 artigos. Após o somatório de todos os artigos, foi identificado a repetição de dois deles.

Portanto, dos 14 artigos da revisão bibliográfica, somente 12 foram utilizados como norteadores para construção do instrumento. Além dos artigos da revisão, os manuais do Ministério da Saúde também nortearam essa construção: Tuberculose na Atenção Primária à Saúde (2011); Caderno de Atenção Básica – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica (2014); Manual de Recomendações para o controle na tuberculose no Brasil (2011); Tratamento diretamente observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica – Protocolo de Enfermagem (2011); Manual de informações de Atenção Básica (SIAB) (1998). Sendo utilizados como descritores: Tuberculose, Idoso, Cuidado, Enfermagem, de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DECS).

Os artigos utilizados para identificar os aspectos de investigação, as variáveis e as categorias para elaborar o instrumento foram citados na Tabela 1, descritos a partir de: autor, ano de publicação, título do artigo, objeto do estudo, local, ano do estudo e amostra, métodos.

**Tabela 1** – Artigos norteadores para elaboração do instrumento.

<b>Autor, ano de publicação</b>	<b>Título do artigo</b>	<b>Objetivo (s) do estudo</b>	<b>Local, ano do estudo e amostra</b>	<b>Métodos</b>
CASTRO, C. B. A. et al (2011)	Avaliação de um escore clínico para rastreamento de suspeitos de tuberculose pulmonar.	Avaliar acurácia de escore clínico (sensibilidade) no diagnóstico presuntivo de tuberculose pulmonar em triagem.	Estudo realizado com 1.365 pacientes atendidos no setor de pneumologia em Unidade Básica de Saúde de nível secundário da cidade do Rio de Janeiro, RJ, de 2006 a 2007.	Estudo descritivo-analítico transversal
COSTA, S. M. et al (2011)	Conhecimento dos clientes com tuberculose pulmonar e seus familiares sobre adesão ao tratamento e fatores associados, no município do Rio Grande (RS).	Objetivou determinar a prevalência de conhecimento sobre adesão ao tratamento da tuberculose que os clientes com tuberculose pulmonar e seus familiares possuem acerca desta doença e fatores associados.	Foram entrevistados os portadores de tuberculose atendidos no Programa de Controle da Tuberculose do Rio Grande (RS) e seus familiares, totalizando 150 clientes, sendo 68 portadores e 82 familiares dos mesmos.	Este estudo transversal
LIMA, M. L. et al (2013).	O programa de controle da tuberculose em Pelotas/RS, Brasil: investigação de contatos intradomiciliares	Objetivou-se avaliar as ações de investigação dos contatos intradomiciliares dos casos índices de tuberculose (TB) no Programa de Controle da Tuberculose (PCT), de Pelotas/RS - Brasil.	A amostra foi constituída por 163 contatos de 68 indivíduos com TB pulmonar em tratamento no PCT, entre junho e agosto de 2009. Pelotas/RS – Brasil.	Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal
PORTELA, M. C. et al (2014)	Programa de Controle da Tuberculose e satisfação dos usuários, Rio de Janeiro/RJ.	Avaliar fatores associados à satisfação de usuários do Programa de Controle de Tuberculose.	Realizado com 295 pacientes $\geq$ 18 anos que tiveram duas ou mais consultas no Programa de Controle da Tuberculose em cinco municípios	Estudo transversal

			da região metropolitana do Rio de Janeiro/RJ, em 2010.	
AUGUSTO, C. J. et al (2013)	Características da tuberculose no estado de Minas Gerais entre 2002 e 2009.	Analisar o perfil de casos de tuberculose no estado de Minas Gerais entre 2002 e 2009, segundo características sociodemográficas, clínicas e laboratoriais, assim como presença de comorbidades e mortalidades.	Levantamento de dados dos casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação e Sistema de Informação de Mortalidade entre 2002 e 2009. Foram notificados 47.285 casos de tuberculose nos anos estudados em Minas Gerais.	Estudo epidemiológico descritivo
RIBEIRO, L. B; MAGALHÃES, V; MAGALHÃES, M (2012)	Resistência primária e adquirida à pirazinamida em pacientes com tuberculose pulmonar atendidos em um hospital de referência no Recife – PE.	Verificar a resistência primária e adquirida à pirazinamida em cepas de Mycobacterium tuberculosis provenientes de amostras de escarro de pacientes com tuberculose pulmonar.	Realizado no período entre abril e novembro de 2011 em um hospital de referência para o tratamento de tuberculose em Recife (PE). Culturas, testes de sensibilidade a fármacos e testes da pirazinamidase foram realizados em um laboratório particular na mesma cidade.	Estudo prospectivo e descritivo
BONA, M. G. M. et al (2011)	Análise de restrição enzimática do gene hsp65 de isolados clínicos de pacientes com suspeita de tuberculose pulmonar em Teresina, Piauí	Identificar as espécies de microbactérias encontradas no escarro de pacientes com suspeita de tuberculose pulmonar e analisar o impacto dessas identificações na abordagem terapêutica.	Foram avaliados 106 pacientes com suspeita de tuberculose pulmonar encaminhados para o serviço de pneumologia de um hospital público em Teresina, Piauí.	

PICON, P. D. et al (2011).	Desfechos do retratamento de pacientes com tuberculose com o uso do esquema 3 em Porto Alegre, Brasil.	Descrever os desfechos do retratamento de pacientes com tuberculose com o uso do esquema 3 (estreptomina, etambutol, etionamida e pirazinamida por 3 meses + etambutol e etionamida por 9 meses) devido à falência do tratamento com o esquema básico (rifampicina, isoniazida e pirazinamida por 2 meses + rifampicina e isoniazida por 4 meses).	Foram incluídos no estudo 229 pacientes adultos que foram tratados com o esquema 3. Foram avaliados os desfechos desse tratamento, as reações adversas aos fármacos, as recidivas e os fatores associados. Porto Alegre.	Estudo descritivo de coorte histórica, não controlada.
PINHEIRO, R. S. et al (2013)	Determinantes sociais e autorrelato de tuberculose nas regiões metropolitanas conforme a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, Brasil.	Verificar a associação entre variáveis demográficas e socioeconômicas individuais e a ocorrência de tuberculose autorrelatada no Brasil.	Utilizou dados do suplemento saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) para as regiões metropolitanas do Brasil no ano de 2008.	Estudo transversal
DESSUNTIL, E. M. et al (2013)	Infecção latente de tuberculose: adesão ao tratamento e evolução dos casos	Avaliar os casos de ILTB atendidos num centro de referência do município de Londrina-PR.	110 fichas de notificação de casos de ILTB atendidos nos anos de 2009 e 2010 e complementados em 2012 por meio dos prontuários. Londrina – PR.	Estudo descritivo, quantitativo
CRISPIM, J. A. et al (2013)	Tuberculose no contexto das famílias: as vivências de familiares e pacientes acometidos	Investigar o significado da tuberculose para familiares e pacientes acometidos pela doença, o seu	O estudo envolveu dois familiares e dois pacientes que foram diagnosticados em uma unidade de saúde de Ribeirão	Abordagem qualitativa

	pela doença.	impacto na família e os recursos terapêuticos considerados por esses atores no enfrentamento da doença.	Preto (SP), sendo os dados coletados, em 2011, pela técnica de grupo focal e analisados à luz da hermenêutica dialética. Ribeirão Preto (SP).	
CLEMENTINO F. S.; MIRANDA, F. A. N. (2015)	Tuberculose: acolhimento e informação na perspectiva da visita domiciliária.	Analisar a atuação dos profissionais da estratégia saúde da família nas visitas domiciliares realizadas ao doente de tuberculose.	Realizado em janeiro de 2009, no município de Campina Grande, Paraíba, tendo como participantes do estudo 34 usuários com diagnóstico de tuberculose pulmonar e extrapulmonar. Campina Grande – PB.	Estudo descritivo com abordagem qualitativa

### 3.2.2 Segunda Fase – Leitura sistemática e levantamento dos aspectos de investigação para elaboração das variáveis.

Após a busca dos documentos e estudos relacionados à temática, foi realizado o levantamento dos aspectos de investigação contidos nos 12 artigos da revisão bibliográfica e dos manuais do MS, para nortear a construção das variáveis e categorias do instrumento.

Os aspectos de investigação dos artigos da BVS foram distribuídos formando as variáveis, os mesmos foram separados de acordo com as categorias utilizadas no instrumento, os aspectos repetidos, ou seja, citados em mais de um artigo, foram excluídos, os menos citados foram aceitos para contemplar as categorias e os mais citados foram aceitos para montagem das variáveis. Os manuais e protocolos de enfermagem do MS citaram, além dos aspectos de investigação, as condutas a serem realizadas pelo enfermeiro na VD com o intuito de diagnosticar a TB e acompanhar o paciente durante o tratamento até o encerramento do caso.

Os aspectos de investigação mais encontrados nos artigos foram: evidência clínica; teste/prova tuberculínica; infecção HIV/AIDS; teste/sorologia HIV; câncer/neoplasias; DM; droga multirresistente; efeitos colaterais; raio x; tabagismo; baixo peso/desnutridos/emagrecimento/má-nutrição; uso de drogas/dependente químico; resistência ao medicamento; família no tratamento; supervisão ao tratamento; comorbidades; pobreza; discriminação; abandono do tratamento; estigmatização da doença; crença; transmissão; sexo; escarro/baciloscopia; idade; adesão ao tratamento; escolaridade; etilista. As categorias utilizadas na construção do instrumento estão citadas na terceira fase do desenvolvimento da pesquisa.

Outros estudos como os de Teixeira e Costa (2011), Nogueira et al (2012), Sá et al (2011), Pedro e Oliveira (2013) foram utilizados para embasamento da pesquisa, os mesmos mencionaram como aspectos de investigação os: fatores sociais (perfil sociodemográfico), culturais (entendimento do processo saúde-doença, crenças, valores), clínicos (surgimentos e agravamentos dos sinais e sintomas, tratamento supervisionado, exames laboratoriais), geográficos, econômicos, alimentação, entre outros.

### **3.2.3 Terceira Fase - Construção do instrumento de visita domiciliar ao idoso com Tuberculose.**

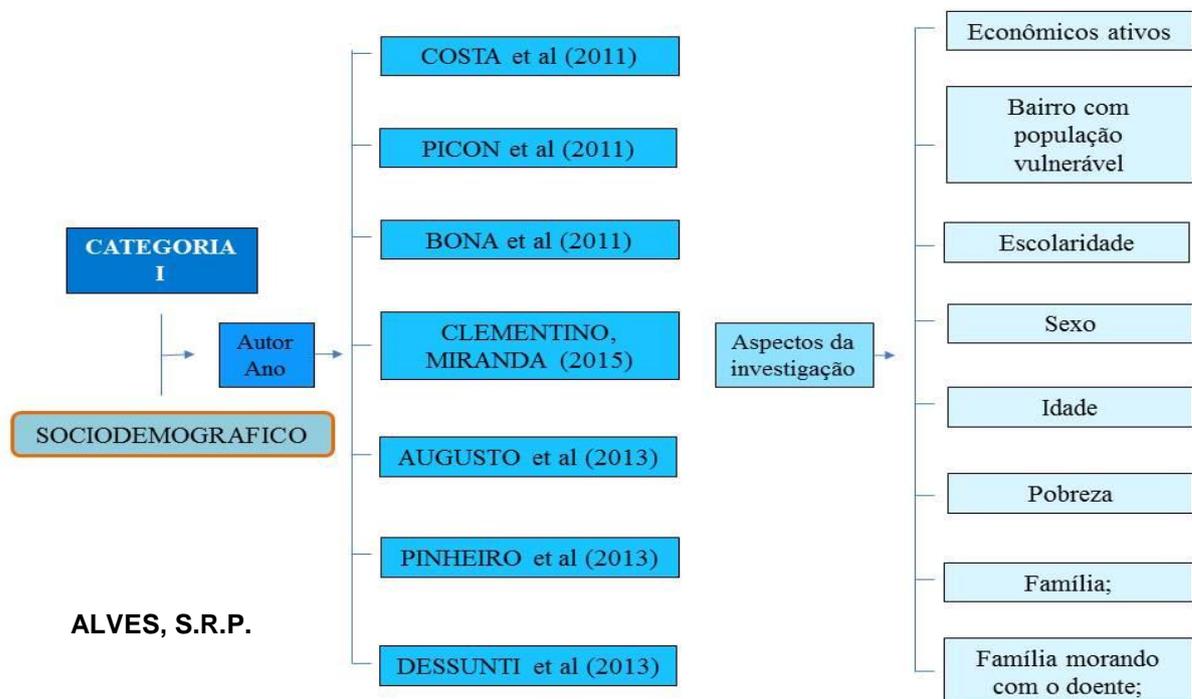
Através da literatura científica nacional, produzida sobre o assunto, conjuntamente com os manuais do MS, instrumentos utilizados na literatura como forma de modelo de adaptação, após exaustivas leituras e adequação ao objetivo proposto, o instrumento foi elaborado, intitulado de: **Instrumento de Visita Domiciliar ao Idoso com Tuberculose – IVDIT**. Esse instrumento está dividido em 4 categorias, perfazendo um total de 32 variáveis distribuídas na sequência: características sociodemográficas, aspectos referentes a VD, condições do usuário e avaliação de comunicantes. Segue abaixo as informações em cada dimensão.

**Categoria I - Características sociodemográficas:** A abordagem relacionada às características sociodemográficas iniciam-se a partir da identificação do usuário, que envolve itens como: nome, data de nascimento, idade, gênero, bairro, cidade e

número do prontuário/cartão SUS, unidade federativa (UF), escolaridade (< ou = a 3 anos, de 4 a 7 anos, = ou > que 8 anos posteriormente vem a renda familiar (<1 Salário, de 1 a 3 Salário, > de 3 Salários). Total de pessoas que residem com o doente (um, dois, três, > de três).

Abaixo segue o fluxograma com as informações para construção da **categoria I**, a mesma foi composta por 7 artigos científicos, destes, 3 foram publicados no ano de 2011, 3 no ano de 2013 e 1 no ano de 2015. Trazendo como aspectos de investigação: econômicos ativos, bairro com população vulnerável, escolaridade, sexo, idade, pobreza, família, família morando com o doente. Para finalizar a categoria foi necessária a mudança de alguns termos para melhor compreensão das variáveis do instrumento por parte dos profissionais da saúde.

**Figura 3 – Mapa Conceitual: Categoria I - Características sociodemográficas**

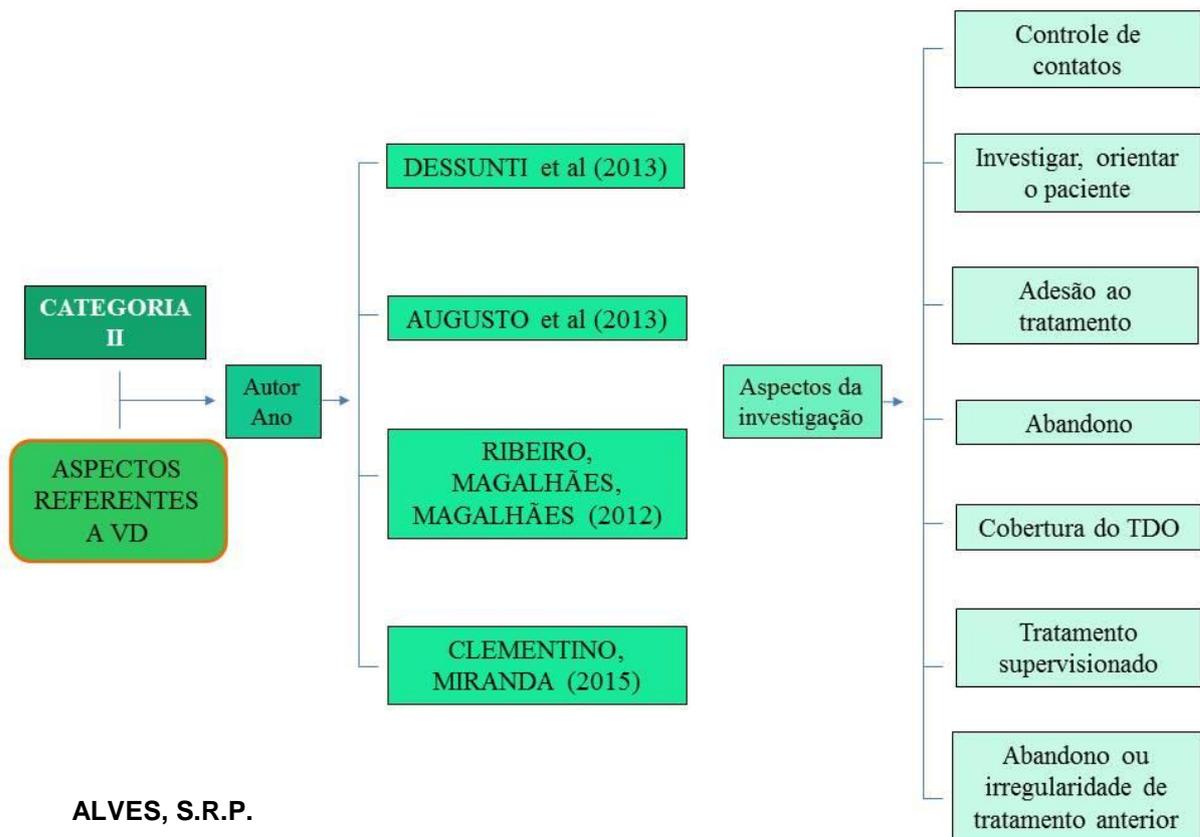


**Categoria II – Aspectos referentes à VD:** Há uma variedade de elementos englobados nesta categoria, a citar primariamente pelo período de realização das

visitas (primeira, segunda, terceira ou quarta semana), e o motivo da visita (rotina, solicitação do ACS ou abandono/adesão ineficaz ao tratamento, outros).

Abaixo segue o fluxograma com as informações para construção da **categoria II**. Essa foi composta por 4 artigos científicos, destes 1 foi publicado no ano de 2012, 2 no ano de 2013 e 1 no ano de 2015. Trazendo como aspectos de investigação: controle de contatos, investigar e orientar o paciente, adesão ao tratamento, abandono, cobertura do TDO, tratamento supervisionado, abandono ou irregularidade de tratamento anterior. Para finalizar a categoria foi necessária a mudança de alguns termos para melhor compreensão das variáveis do instrumento por parte dos profissionais da saúde.

**Figura 4 – Mapa Conceitual: Categoria II - Aspectos referentes à VD**

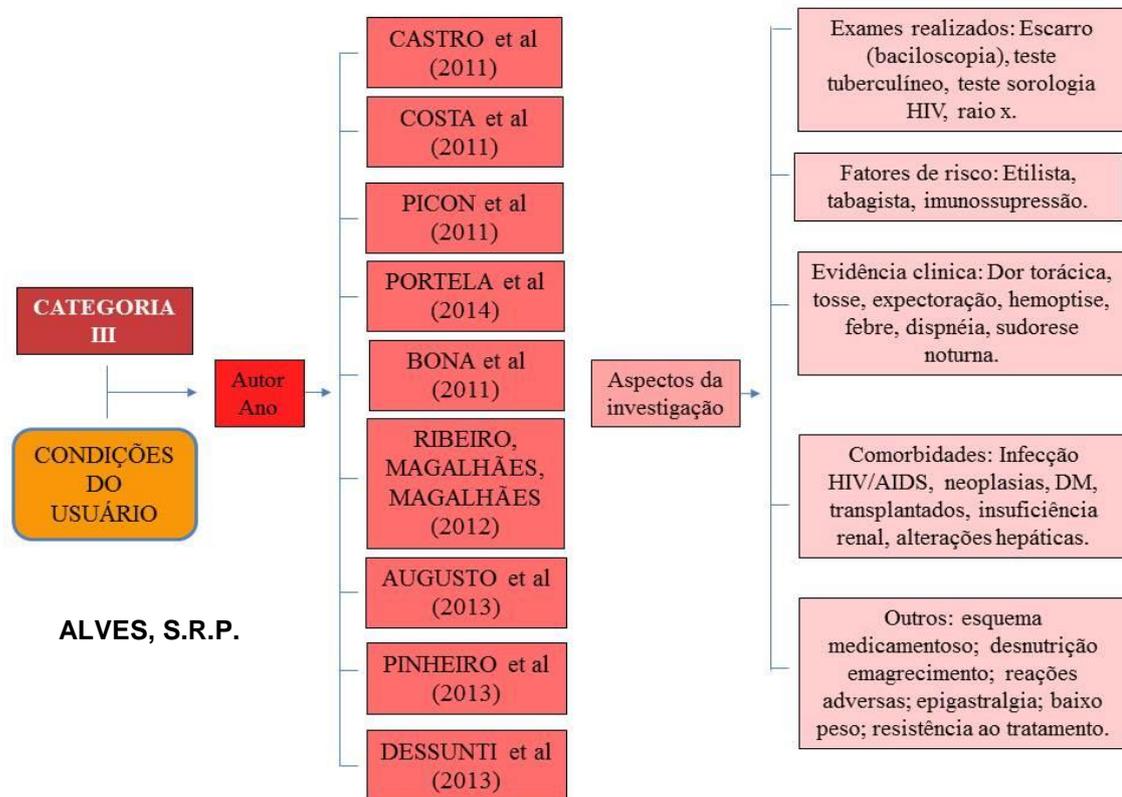


**Categoria III – Condições do usuário:** nessa categoria a higiene do usuário será avaliada por uma boa higiene, regular ou insatisfatória; a subsistência de

cuidador (sim ou não, relatando o cuidador), a ocorrência de hospitalizações (sim ou não e o tempo de hospitalização); fatores de risco como (tabagismo, etilista, imunossupressores, entre outros); comorbidades (infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/Aids), transplantados, insuficiência renal, neoplasias, Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), alterações hepáticas, pneumonia, depressão, entre outros); sintomatologia apresentada (tosse, febre, dispnéia, sudorese noturna, hemoptise, dor torácica, expectoração, anorexia, entre outros); tipos de exames realizados (cultura de escarro, raio x, prova tuberculínica, sorologia Anti-HIV, entre outros); a utilização adequada das medicações para TB (sim ou não, horário e dose da mediação), a gama de medicações utilizadas, deve ser identificado mais de uma opção (Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida, Etambutol), as reações adversas ocasionadas pelo uso das referidas medicações (menores e maiores, especificando as reações nas condutas).

Abaixo segue o fluxograma com as informações para construção da **categoria III**, a mesma foi composta por 9 artigos científicos, destes 4 foram publicados no ano de 2011, 1 no ano de 2012 e 3 no ano de 2013 e 1 no ano de 2014. Trazendo como aspectos de investigação os exames realizados, a exemplo do escarro (baciloscopia), teste tuberculínico, teste sorologia HIV, raio x; fatores de risco: etilista, tabagista, imunossupressão; evidência clínica: dor torácica, tosse, expectoração, hemoptise, febre, dispnéia, sudorese noturna; comorbidades: infecção HIV/Aids, neoplasias, DM transplantados, insuficiência renal, alterações hepáticas; entre outros como, esquema medicamentoso, desnutrição, emagrecimento, reações adversas, epigastralgia, baixo peso, resistência ao tratamento. Para finalizar a categoria foi necessária a mudança de alguns termos para melhor compreensão das variáveis do instrumento por parte dos profissionais da saúde.

**Figura 5 – Mapa Conceitual: Categoria III - Condições do usuário**

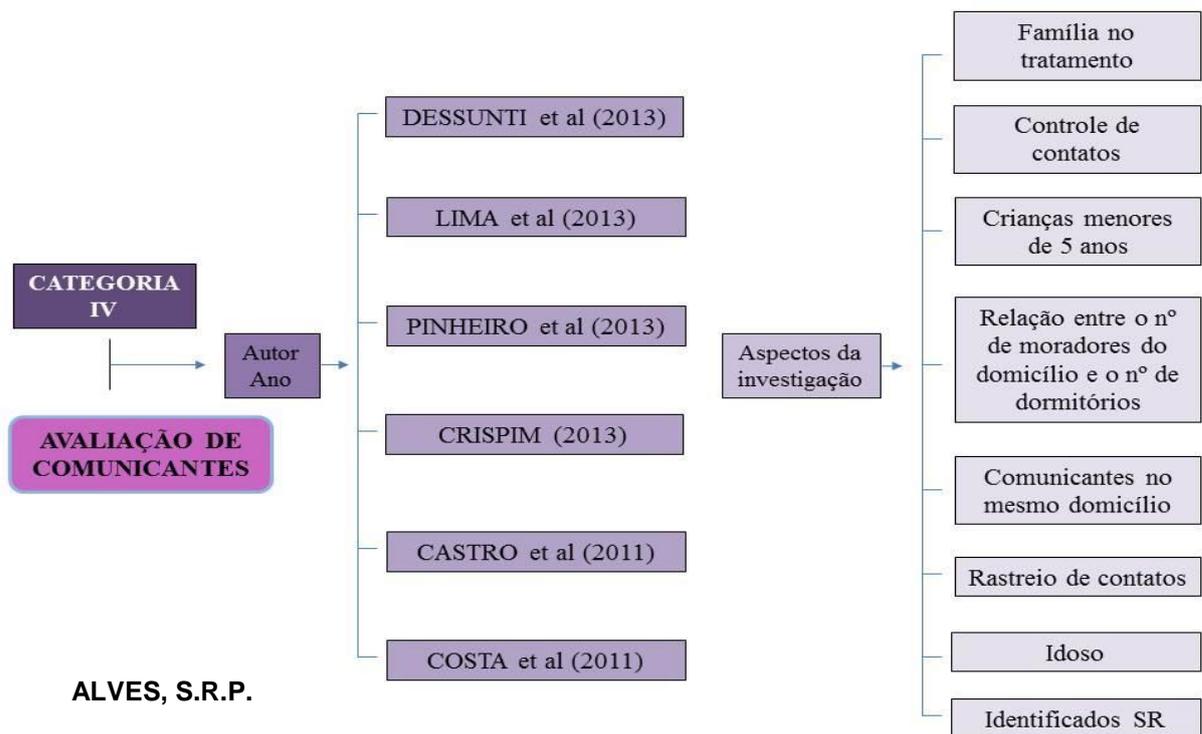


**Categorias IV – Avaliação de comunicantes:** foram coletados dados referentes aos indivíduos que mantém contato com o portador de TB, o qual abordará o quantitativo de pessoas que estão em contato com o portador (um, dois, três ou > de três), o grupo de pessoas que estão em contato (criança, adolescente, adulto, idoso, gestante); pessoas em contato que apresentam-se SR (um, dois, três, outros); o total de pessoas que estão em contato e que foram examinados pelo enfermeiro (um, dois, três, outros); verificação da vacina Bacilo de Calmette e Guérin (BCG) em crianças (sim ou não).

Abaixo segue o fluxograma com as informações para construção da **categoria IV**, a mesma foi composta por 6 artigos científicos, destes 2 foram publicados no ano de 2011 e 4 no ano de 2013. Trazendo como aspectos de investigação: família no tratamento, controle de contatos, crianças menores de 5 anos, relação entre o número de moradores do domicílio e o número de dormitórios, comunicantes no mesmo domicílio, rastreamento de contatos, idoso, identificados SR.

Para finalizar a categoria foi necessária a mudança de alguns termos para melhor compreensão das variáveis do instrumento por parte dos profissionais da saúde.

**Figura 6 – Mapa Conceitual: Categoria IV - Avaliação de comunicantes**



---

## **4 DISCUSSÃO**

---

Após os resultados encontrados para confecção do instrumento da pesquisa, deu-se início a discussão dos dados, ou seja, das categorias conjuntamente com as variáveis do instrumento. Nesse sentido, esse capítulo traz a discussão de acordo com a literatura atual sobre a temática.

No momento em que o profissional inicia o processo assistencial, ou seja, quando ele planeja, implementa, toma decisões e busca resultados, o mesmo tem como dados importantes as características sociodemográficas para padronizar as ações do processo de trabalho (BRASIL, 2013).

Autores como Andrade et al (2014) relatam que para contemplar a sistematização durante a VD, no momento do planejamento as identificações do usuário devem estar contidas em formulários específicos para o registro, os procedimentos realizados durante o atendimento devem ser anotados no prontuário do usuário, além das informações da equipe sobre as condições do mesmo e as condutas realizadas durante a VD. É importante destacar as variáveis citadas pelos autores para contemplar as características sociodemográficas, como: nome, sexo, idade, endereço e os fatores de risco que motivaram a VD e levaram à condição atual.

A tuberculose é uma doença que possui características peculiares, e quando se depara para os aspectos sociodemográficos dos usuários, pode se deparar com informações importantes para seu diagnóstico. Como por exemplo o aspecto dos gêneros. É possível evidenciar, de acordo com a literatura citada no decorrer da pesquisa, que os homens estão mais susceptíveis a essa doença, devido ao estilo de vida, aos hábitos, a má alimentação, ao simples fato de não procurar assistência à saúde, entre outros. A idade é tida como outro fator que favorece o desenvolvimento da doença. No caso da pesquisa em questão, apesar da escassez de estudos sobre o tema, o idoso está sendo citado como grupo de risco para desenvolver a TB.

Por ser uma população que está em crescimento, os idosos estão mais vulneráveis ao surgimento de novos problemas de saúde, entre elas a tuberculose. Oliveira e Menezes (2011), discorrem que a síndrome da fragilidade tem sido observada em idosos, que envolve fatores biológicos, psicológicos e sociais do

indivíduo, que tem como consequência, maior vulnerabilidade aos desfechos clínicos adversos. Esses idosos, na maioria dos casos, são usuários da APS encontrados pelos profissionais de saúde e, quando os sintomas são identificados tardiamente, dificultam as intervenções a serem realizadas de acordo com os protocolos do MS.

A escolaridade é uma variável que faz parte dos dados sociodemográficos trazendo informações importantes sobre os usuários, principalmente quando se refere ao conhecimento da doença. Os resultados do estudo realizado em 2010 por Bowkalowski e Bertolozzi mostram maior incidência da tuberculose nos usuários com ensino fundamental incompleto, influenciando assim na dificuldade de assimilar informações sobre a doença, como acesso ao serviço, ao diagnóstico, intervenções e ao tratamento.

Em relação a variável tipo de moradia, seja ela de taipa, madeira, tijolo entre outras, deve ser investigada pelo fato do doente com TB não poder viver em ambientes fechados, com higiene precária e com muitos comunicantes. Nesse contexto, Araújo e Monteiro (2011) relatam que a proliferação da tuberculose está fortemente ligada às condições de vida da população, assim como muitas doenças infecciosas, se proliferam em áreas de grande concentração humana, com precários serviços de infraestrutura urbana como, por exemplo, saneamento básico e habitação e higiene, onde coexistem a fome e a miséria.

Os mesmos autores referem que a população das áreas urbanas está mais propícia a adquirir a doença, podendo, porém, acometer qualquer pessoa, mesmo em áreas rurais. Em países mais desenvolvidos, a tuberculose ainda é problema quase restrito aos imigrantes dos países pobres e outras populações marginalizadas (desabrigados, alcoolistas, prisioneiros, entre outros) (BRASIL, 2011a).

A baixa renda familiar, habitação, desnutrição, educação precária, alcoolismo e doenças infecciosas associadas foram citadas por Nogueira et al (2011) como problemas sociais que dificultam a redução ou erradicação da tuberculose. A renda é um indicador social importante no estabelecimento das condições de vida do indivíduo. Em algumas partes do país, ter renda menor do que meio salário mínimo por membro da família está associado ao relato de tuberculose (PINHEIRO et al., 2013).

A partir do momento em que o valor da renda familiar interfere nas condições do doente, seja condições alimentares, de transporte entre outras, a equipe de saúde que atende esse doente deverá solicitar auxílio governamental, deixando claro que esse doente necessita ter uma boa alimentação, como também se locomover para a unidade de saúde mais próxima, quando for necessário.

Quando nos deportamos à categoria referente aos aspectos da VD (Visita Domiciliar), estamos dando ênfase a uma das mais importantes fontes de informação da Atenção Primária à Saúde - APS. É nela que o profissional de saúde adquire conhecimento sobre o doente com TB, principalmente o idoso, que pela fragilidade adquirida no decorrer dos anos, passa a ser um doente que necessita desse acompanhamento diretamente em seu domicílio.

Uma ferramenta importantíssima para o trabalho do enfermeiro da APS é a VD. O profissional assume papel importante nessa assistência domiciliar, por estar inserido no contexto familiar, realizando várias avaliações, planejando, tendo uma visão crítica das diversas dinâmicas familiares existentes, estabelecendo um cuidado apropriado ao indivíduo em sua comunidade (RODRIGUES; ROCHA; PEDROSA, 2011). Andrade et al (2014) apontam também sua relevância como ferramenta utilizada pelo enfermeiro na prestação de cuidados à saúde do indivíduo, família e comunidade, devendo ser conduzida de forma racional, com objetivos definidos e pautados nos princípios da eficiência, favorecendo assim o bem-estar e autonomia do usuário.

É durante a visita domiciliar que o enfermeiro da atenção primária à saúde planeja o acompanhamento do idoso com TB, realizando visitas conforme a rotina da unidade, quando solicitado pelos ACS - Agentes Comunitários de Saúde, em decorrência de problemas associados ao doente, como o abandono ou adesão ineficaz ao tratamento, entre outros. O enfermeiro a cada VD executa as ações de enfermagem, realizando o agendamento da próxima visita, informando sempre ao idoso e a família sobre as ações do mês seguinte.

Sendo assim, a Visita Domiciliar é utilizada para cadastrar famílias, investigar situações de doenças, controlar faltosos, identificar e intervir em focos epidêmicos; em resumo, para efetivar ações pontuais (SANTOS; MORAIS, 2011). Ela passa a

ser uma das principais atividades que permite aos enfermeiros e ACS conhecerem o contexto social, identificando, assim, as necessidades de saúde das famílias assistidas pela equipe composta por médico, técnico de enfermagem, dentista, entre outros, permitindo uma maior aproximação com os determinantes do processo saúde-doença (KEBIAN; ACIOLI, 2014). Albuquerque e Bosi (2009) entram em consenso com os autores citados acima quando relatam que a Visita Domiciliar permite aos profissionais da APS a construção de um pensar sustentado na produção social do processo saúde-doença.

A intenção da VD não se baseia somente em promover ou tratar da saúde do indivíduo na família, mas requer a definição de prioridades e identificação de sinais no corpo e no ambiente que podem constituir-se em fatores de risco para a saúde da família, como também atender às diferentes necessidades de saúde, preocupando-se com a infraestrutura (habitação, higiene, saneamento entre outros) das comunidades e o atendimento à saúde das famílias. É importante ressaltar que apesar de ser recomendada pela Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 a média é no mínimo de uma visita mensal. Essa frequência é totalmente modificada em consonância com a equipe de saúde da unidade, analisada e discutida, levando-se em consideração os critérios de risco e vulnerabilidade, de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes (BORGES et al., 2013; KEBIAN; ACIOLI, 2014).

Na grande maioria dos casos de doenças identificados durante a VD, a tuberculose é um problema que pode ter resolução na Atenção Primária à Saúde, e as equipes de saúde capacitadas podem interferir positivamente nesse problema, por meio da investigação dos SR, do diagnóstico precoce, do tratamento com esquema básico descentralizado, do acompanhamento das pessoas com tuberculose e de seus contatos, facilitando o acesso (porta de entrada do sistema) e diminuindo a taxa de abandono do tratamento (BRASIL, 2011a).

A terceira categoria fala das condições do idoso com TB, condições essas que são identificadas nas ações de enfermagem realizadas durante a VD. O enfermeiro deve estar familiarizado com as características da doença para poder identificar as alterações e por fim elencar as condutas a serem realizadas para com

o idoso com tuberculose durante a visitação. Essa parte do instrumento subsidiará o momento mais importante da VD ao idoso com TB.

Quando falamos de idoso com tuberculose pensamos na vulnerabilidade existente nesse doente. O ser idoso doente de TB necessita de acompanhamento constante, seja dos profissionais da APS ou mesmo da família ou de um cuidador. Caetano (2012) define cuidador como uma pessoa familiar ou da comunidade, que tem a função de prestar cuidados a pessoa de qualquer idade, com algum nível de dependência para a realização de suas tarefas tais como: alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina entre outros, auxiliando na recuperação e na qualidade de vida dessas pessoas.

Nogueira et al (2011) reforçam a importância da inserção, do envolvimento, do querer, da dinâmica, da estrutura, do cuidar da família no cuidado ao doente com TB, facilitando assim um projeto terapêutico corresponsável estabelecido pela equipe de saúde da APS para os cuidadores desse doente.

O idoso com TB, quando consciente e orientado, deve ter acesso total ao que é recomendado para ele enquanto doente, ou seja, deve participar completamente do seu tratamento. Quando o mesmo está debilitado em decorrência da vulnerabilidade demonstrada pela idade e doença, o idoso necessita de acompanhamento constante durante o tratamento, é nesse momento que ocorre a inserção do cuidador na vida do idoso.

É sabido que o idoso passa por dificuldades durante a doença, na qual o mesmo pode necessitar de mais cuidados e apoio da sua família. O comprometimento funcional representa um dos principais aspectos a serem avaliados no planejamento da assistência ao idoso, sendo importante a monitorização por parte dos familiares e profissionais da APS da sua capacidade de executar tarefas simples como tomar banho, vestir-se e alimentar-se (CONCEIÇÃO, 2010; OLIVEIRA; MENEZES, 2011).

As preocupações com as doenças crônicas, as limitações e suas consequências, geram desgaste e sofrimento para a pessoa portadora e para seus familiares. É nesse momento que a família assume um papel importante no desenvolvimento do cuidado à saúde dos portadores de doenças crônicas, pois,

muitas vezes, a assistência profissional não consegue contemplar as necessidades da população. Nesse contexto, o cuidador familiar irá assumir a responsabilidade de cuidar de algum membro de sua família em condição de dependência (física e/ou mental), fazendo de maneira não remunerada (SILVEIRA et al., 2012).

Vale ressaltar que o que leva o idoso a depender de um cuidador são as alterações ocasionadas pela doença, as quais por suas características de cronicidade geram situações peculiares que necessitam da presença de outrem por longos períodos (CAETANO, 2012). Oliveira e Menezes (2011) resumizam que o cuidar ao idoso está fortemente relacionado à presença do cuidador, ou seja, do indivíduo que realiza ou ajuda o idoso a realizar suas atividades de vida diária, sempre objetivando a preservação de sua autonomia e de sua independência.

Portanto, o doente e principalmente seus familiares ou cuidadores devem ser orientados pelos profissionais da APS acerca das características da enfermidade e do uso regular das medicações, dos seus benefícios e efeitos colaterais, da importância da comunicação de casos de SR, as consequências do abandono, entre outras (NOGUEIRA et al., 2011).

A tuberculose é uma doença que deixa o doente fortemente vulnerável a outras doenças, principalmente as oportunistas. Mas a partir do momento em que o doente, principalmente o idoso com TB, apresenta fatores de risco associados a tuberculose, como o tabagismo, etilismo, imunossupressores entre outros, seu quadro clínico piora, levando o idoso a abandonar o tratamento. Durante a VD, o enfermeiro deve investigar os fatores de risco, como também realizar ações para minimizar as complicações.

Quando a TB é citada como doença grave e de difícil controle, identificamos vários fatores de riscos para as complicações dessa doença, entre eles está o etilismo, que de acordo com Mesquita et al (2015) a sua prevalência em doentes com TB aumentam as chances de eventos adversos, como também a maior tendência ao abandono do tratamento e, conseqüentemente, a presença de multidroga resistência e mortalidade.

Quando o idoso apresenta complicações durante o tratamento para TB, seja elas em decorrência dos fatores de risco que pioram a situação/doença, seja pelo

abandono do tratamento, ou por má conduta realizada pela equipe de saúde, ou até mesmo pelo não conhecimento da doença, entre outras, o idoso com TB pode chegar a passar por hospitalizações no decorrer do tempo, levando-o a ficar mais vulnerável a outras comorbidades.

Mesquita et al (2015) citam em seus estudos, como resultado da pesquisa, que as principais causas de internação dos idosos foram infecção pulmonar, seqüela de tuberculose e bronquiectasias, infecções em pele e partes moles e tuberculose pulmonar e/ou extrapulmonar.

A seguir, algumas comorbidades são citadas por vários autores, demonstrando o quão importante é o conhecimento do profissional, nesse caso o enfermeiro, em relação as complicações que possam ser adquiridas pelos idosos após a doença, ou até mesmo, doenças oportunistas que já se desenvolviam no idoso antes de adquirir a TB.

De acordo com o manual de recomendações para o controle da TB (BRASIL, 2011a) as doenças respiratórias agudas não devem ser negligenciadas diante de SR. A OMS preconizou uma linha de abordagem do paciente SR por meio de uma avaliação prática ou sindrômica das doenças respiratórias, a estratégia *Practical Approach to Lung Health* (PAL). Essa estratégia baseia-se na abordagem sindrômica das condições respiratórias, dando ênfase a TB, infecções respiratórias agudas (incluindo pneumonia) e doenças respiratórias crônicas (asma e doença pulmonar obstrutiva crônica), operacionalmente está voltada para melhorar o manejo das doenças respiratórias, incluindo a organização integrada da rede de atenção a esses agravos.

Em relação às alterações pulmonares, quando observado nos idosos, pode estar relacionada tanto com a maior suscetibilidade imunológica do idoso, quanto à pior condição fisiológica desse grupo populacional, como a redução da elasticidade da musculatura intercostal, a queda da capacidade vital e a redução da eficiência da tosse, favorecendo o aumento da proliferação bacteriana e infecção pulmonar (MESQUITA et al., 2015).

Lourenço e Lopes (2006) relatam que o sistema imune do idoso está progressivamente alterando em decorrência da depressão imunitária, característica

da idade, como também as alterações no clearance mucociliar e na função pulmonar, favorecendo a reativação do bacilo de Koch na idade avançada. Além disso, algumas comorbidades estão associadas a TB no idoso como DM, doenças malignas, problemas hepáticos e renais, perda de peso, anorexia, desnutrição, uso de corticoides, como também a infecção pelo vírus HIV.

Augusto et al (2013) confirmam o que foi relatado por Lourenço e Lopes (2006) sobre as comorbidades que favorecem o surgimento da TB, sendo que a infecção pelo HIV, o alcoolismo e o DM são as principais. A queda da imunidade causada pelo DM tem sido responsável por mais de 10% dos casos de TB, isso deve-se ao fato de que o doente com DM tem maior risco de desenvolver a TB. A mortalidade, resistência aos medicamentos para TB, abandono e o risco de transmissão da doença está associada ao da TB/HIV (AUGUSTO et al., 2013).

Mesmo em tratamento adequado, relatado pelo idoso ou cuidador, a enfermagem deve sempre ficar atenta a sintomatologia apresentada pelo doente, principalmente aquelas mais sugestivas, relacionadas à má adesão ao tratamento. Lembrando que no idoso os sintomas da TB são diferenciados em relação aos sintomas característicos da doença.

O idoso está mais susceptível a tuberculose em nível pulmonar, apresentando de certa forma pouca sintomatologia característica da doença, como por exemplo, a tosse produtiva, febre vespertina, sudorese noturna, dor torácica, emagrecimento e hemoptise. A tosse pode aparecer seca e rebelde, como também a dispneia em decorrência da menor reserva cardíaca e pulmonar ou por outras doenças pulmonares nessa fase da vida. Além dos sintomas pulmonares, o idoso começa a apresentar alterações no seu dia-a-dia, ou seja, as atividades de vida diária são prejudicadas. Começam a desenvolver febre baixa de causa desconhecida, fadiga e alterações na cognição. O somatório dessa sintomatologia persistindo por semanas ou meses, a tuberculose no idoso deve ser investigada (LOURENÇO; LOPES, 2006).

De acordo com o MS (2011b), o Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Atenção Básica: protocolo de enfermagem elenca os sintomas mais comuns da tuberculose:

Tosse persistente produtiva (muco e eventualmente sangue) ou não, febre, sudorese noturna e emagrecimento. No exame físico, pode ser encontrado também linfadenomegalias, às vezes relacionadas tanto à presença de tuberculose extrapulmonar concomitante, quanto à existência de coinfeção pelo HIV. Em função disso, a maior parte dos guias que orientam o momento do início da avaliação diagnóstica da tuberculose pulmonar em áreas com prevalência moderada de doença utiliza o critério “tempo de tosse” associado ao “sintoma tosse” para definir um indivíduo como suspeito de tuberculose. Considerando tais aspectos, define-se como suspeito de portador de tuberculose pulmonar (e com indicação de investigação diagnóstica) o indivíduo que apresente tosse por tempo igual ou superior a três semanas (BRASIL, 2011b, p. 36).

A partir do momento que ocorre a suspeita da TB no idoso, ou a recidiva da doença, o mesmo deve passar por todos os exames específicos para diagnosticar a doença. Esses exames são solicitados pela equipe de saúde da unidade. Os mais utilizados estão citados abaixo conforme a literatura.

Para diagnosticar a tuberculose, a pessoa deverá apresentar a sintomatologia específica da doença citada anteriormente, como também através do exame clínico. Após a confirmação da sintomatologia, a definição do diagnóstico ocorrerá através da identificação do Bacilo de Koch (BK) realizada através da baciloscopia, da cultura de amostra de escarro, lavado brônquico e broncoalveolar ou outros do trato respiratório, biológica ou de métodos moleculares. Além de hemograma, raio X e exames bioquímicos (FERRI et al., 2014; FIOCRUZ, 2014; DELOGU; SALI; FADDA, 2013; WHO, 2012). Em relação aos resultados de alguns exames, os achados do hemograma podem ser normais, já anemia e leucocitose estão presente em 10% dos casos (BENTO et al., 2011).

O exame baciloscópico permite a pesquisa de bacilos álcool-ácido resistente (BAAR) em esfregaços de amostras de escarro preparados e corados segundo uma metodologia padronizada, através do microscópio (LIRA, 2012). Tendo como método mais empregado o de Ziehl-Neelsen utilizando a fucsina como corante inicial, sendo descorada com álcool-ácido e, posteriormente, contracorada com azul de metileno. (PALOMINO, 2005). Um exame que permite o isolamento e crescimento dos BAAR

das amostras clínicas é o exame de cultura. Ele é o exame padrão-ouro específico para detecção de tuberculose pulmonar e extrapulmonar por possuir alta sensibilidade (FERRI et al., 2014).

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (BRASIL, 2008), a cultura para BAAR deve ser realizada nas seguintes situações: sintomas respiratórios clássicos da doença, exame de raios-X com resultado sugestivo e baciloscopia repetidamente negativa (mais de 3 amostras). Contato de pessoas infectadas por tuberculose com resistência ao tratamento medicamentoso, pacientes imunodeprimidos, apresentando comorbidades como HIV, DM, Etilismo, entre outros.

Outros exames que auxiliam no diagnóstico da tuberculose é o teste tuberculínico que é realizado pela via intradérmica com a inoculação da tuberculina, que deve ser acompanhada após 48 e 72 horas para verificar o aparecimento na pele de uma reação tardia de hipersensibilidade (DRUSZCZYNSKA et al., 2012; METCALFE et al., 2011). Os exames de imagens também auxiliam no diagnóstico, tendo como o mais utilizado a radiografia convencional do tórax. Como também as alterações pulmonares encontradas nos resultados de ultrassonografia, ressonância, tomografia computadorizada que levam a suspeita de tuberculose (BENTO et al., 2011; CHANG et al., 2008; SHARMA; MOHAN, 2013).

Após a confirmação da TB no idoso, o mesmo passará para fase do tratamento. Vale salientar que o tratamento do idoso é o mesmo para o adulto, ou seja, a mesma medicação, tempo de tratamento e aprazamento da dose. Lembrando que as orientações sobre o uso das medicações devem ser claras e objetivas para o idoso como também para o cuidador.

Lopes et al (2013) e o Ministério da Saúde (2011a) relatam que o tratamento da tuberculose, por ser uma doença grave, para que tenha cura, deve-se associar medicamentos adequados, seguindo sempre a dose e o tempo correto, não interromper ou abandonar o tratamento, além da supervisão do uso da medicação por parte do profissional da área de saúde.

A associação medicamentosa adequada, as doses corretas e o uso por tempo suficiente são os princípios básicos para o tratamento, evitando a persistência

bacteriana e o desenvolvimento de resistência aos fármacos e, assim, assegurando a cura do paciente. A esses princípios, soma-se o Tratamento Diretamente Observado como estratégia fundamental para o sucesso do tratamento (BRASIL, 2011a, p. 56).

Durante as consultas e visitas da equipe de saúde ao doente, a educação continuada deve ser desenvolvida, visto que a educação é de suma importância para conscientizar o paciente e sua família, no sentido de que a sua colaboração com o tratamento passa a ser fundamental.

O tratamento para o idoso com TB está dividido na fase intensiva, que por dois meses o doente irá utilizar como fármaco a Rifampicina (R), Isoniazida (H), Pirazinamida (Z) e Etambutol (E). A segunda fase é a de manutenção onde o doente utilizará como fármaco somente a Rifampicina e Isoniazida por quatro meses. A OMS preconiza esse tratamento em diversos países para adultos e adolescentes. Para as crianças (abaixo de 10 anos), permanece a recomendação do esquema RHZ (BRASIL, 2011b). Segue em anexo A o esquema básico para o tratamento da TB em adultos e adolescentes de acordo com o MS (2011b).

Os comunicantes que tiveram contato com o doente de tuberculose, mas não adoeceram, e tiveram reatividade à prova tuberculínica, recebem Isoniazida por seis meses (quimioprofilaxia) (SILVA; SANTOS; ALMEIDA, 2014). Já os grupos considerados de alto risco para toxicidade, constituídos por pessoas com mais de 60 anos, em mau estado geral, alcoolistas, infectadas por HIV, em uso concomitante de medicamentos anticonvulsivantes e por pessoas que manifestem alterações hepáticas, devem ter atenção especial ao tratamento (BRASIL, 2011b). Vale salientar que essas medicações trazem alguns efeitos adversos ao idoso doente, que em decorrência disso, muitas vezes param o tratamento prejudicando a chance de cura, deixando de informar aos profissionais de saúde que o acompanham. Por isso a importância do instrumento para o acompanhamento do idoso com tuberculose na APS. Segundo o Ministério da Saúde (2011b), existem os efeitos adversos menores e os efeitos adversos maiores ao tratamento antiTB. Os mesmos estão citados como anexo B e C da pesquisa.

Quando pensamos no idoso com TB, vem à mente o quantitativo de pessoas que convivem com o mesmo. Foi pensando nessa situação que a última categoria

do instrumento de VD ao idoso com TB foi elaborada. A mesma tem como objetivo avaliar os comunicantes presentes na vida do idoso doente. Por meio dessa avaliação, o enfermeiro consegue, a partir da VD, diminuir o número de casos novos da TB, como também identificar e tratar os comunicantes acometidos pela TB.

Existe uma preocupação por parte dos profissionais de saúde em relação às pessoas que convivem com o doente portador de TB. Deve ser investigada a quantidade de pessoas, o grupo etário, se apresentam SR, para poder então tratá-las.

Para o Ministério da Saúde (2011a), os contatos ou comunicantes são as pessoas que tem convívio direto ou prolongado, por mais de 6 horas diárias, com os doentes de tuberculose, em todos os ambientes, seja casa ou no trabalho. Todas as pessoas que mantêm contato com os doentes de tuberculose, especialmente nos domicílios, como também em locais fechados, devem ser incentivadas a se deslocar até a Unidade Básica de Saúde (UBS) com o intuito de realizar avaliações clínicas e requerimento de exames quando julgado imprescindível. É de suma importância o acompanhamento contínuo dos contatos de doentes de tuberculose, devido a vulnerabilidade ao contágio, que se dá em decorrência do intenso contato mantido entre eles.

Sendo assim, vale salientar a importância da monitoração dos contatos, passada a investigação inicial, por no mínimo dois anos, tendo em vista que durante esse período de tempo, há um risco mais elevado de desenvolvimento da doença. Nas UBS, um dos fatores primordiais durante o acompanhamento dos contatos de pacientes com TB, é o vínculo mantido com todos os familiares, tendo em vista que a quimioprofilaxia é uma terapêutica de curso extenso. A construção de elos interfere de forma positiva no acompanhamento dos contatos, pois através dele, é possível instituir bases sólidas de confiança nas orientações dispostas pela equipe de saúde, sendo estabelecido referência para os diversos cenários que se façam presentes no decorrer do acompanhamento (BRASIL, 2011a).

Para que haja a manutenção do controle da TB, é de suma importância a realização de investigação de comunicantes. Essa investigação pode ser dada de duas formas, sendo a direta, que corresponde a identificação da fonte de infecção e

a indireta, que diz respeito a prevenção de novos episódios de casos. A orientação sugerida pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) enfatiza a necessidade de comparecimento a Unidade Básica de Saúde (UBS) para exames, de todos os comunicantes, principalmente dos pacientes pulmonares positivos. Porém, na execução das atividades práticas, é perceptível a ausência de um controle real dos comunicantes, para o reconhecimento de casos novos de tuberculose (WAKIYAMA; PINHEIRO; SANTOS, 2012).

Com relação ao risco para infecção por tuberculose, estão implicadas as gotículas de saliva expelidas por pessoas com doença pulmonar (comumente chamadas de bacilíferos), a renovação do ar do ambiente e o tempo de exposição entre a fonte (bacilífero) e o contato. Os maiores transmissores da tuberculose são potencialmente as pessoas que tosse e que têm Bacilos Álcool-ácido Resistente positivo no exame de escarro, os doentes de tuberculose pulmonar sem tratamento, os pacientes que recém iniciaram a terapia específica ou os casos com pobre resposta ao tratamento. Na tuberculose pulmonar, após 15 dias de tratamento, a tosse diminui bastante e o risco de contágio cai de maneira significativa (BRASIL, 2011c, p. 21).

Bowkalowski e Bertolozzi (2010) relatam que quanto maior o número de pessoas dividindo o mesmo ambiente com o doente, maior o risco de transmissão. Diante disso, a importância de saber a quantidade de comunicantes dentro do ambiente em que o doente está inserido, é uma função da enfermagem ou equipe de profissionais da APS (Atenção Primária à Saúde), durante a visita domiciliar, para poder investigar os Sintomáticos Respiratórios e iniciar o tratamento.

Em consonância com o parágrafo anterior, Lima et al (2013) expõem em sua pesquisa que a AB é o local propício para avaliação desses contatos, através da solicitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ou dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. Para otimizar essa avaliação é necessário a organização dos serviços, melhorando as estratégias, realizando visitas, capacitando as equipes de acordo com os protocolos do MS, entre outros.

Em se tratando de comunicantes, fica exposto no instrumento proposto o grupo de pessoas que podem estar em contato com o idoso com TB, dentre eles estão às crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes. As recomendações

sobre os cuidados com a doença para as crianças comunicantes e para as gestantes são diferenciadas. As mesmas são citadas de acordo com Ministério da Saúde a seguir.

Se o contato com o doente for criança, o Ministério da Saúde (2011b) recomenda: orientar, de acordo com o entendimento da criança, sobre a doença e os danos sobre o abandono do tratamento; a família deverá ser orientada sobre os efeitos adversos e que a avaliação pelo profissional de saúde será realizada mensalmente; na primeira semana de tratamento observa-se melhora da febre, e na primeira visita do mês o profissional identifica ganho de peso e melhora da tosse. Nos casos de tuberculose pulmonar solicitar realização da radiologia com um mês de tratamento e no término, ou quando houver necessidade; o controle do tratamento é feito através do exame clínico e radiológico; confirmar a anulação da fonte de infecção pelo adulto bacilífero; identificar os fatores de risco para o abandono do tratamento: pai ausente ou usuário de droga, a criança ser menor de 1 ano com história de abandono.

A prevenção da tuberculose congênita é realizada pelo diagnóstico precoce e a administração oportuna do tratamento da tuberculose na mãe grávida, para diminuir o risco de transmissão ao feto e recém-nato, bem como aos adultos que coabitam a mesma residência, diminuindo assim o risco de transmissão pós-natal. O esquema com RHZE pode ser administrado nas doses habituais para gestantes e está recomendado o uso de Piridoxina (50mg/dia) durante a gestação pelo risco de toxicidade neurológica (devido à isoniazida) no recém-nascido. Não há contraindicações à amamentação, desde que a mãe não seja portadora de mastite tuberculosa. É recomendável, entretanto, que faça uso de máscara cirúrgica ao amamentar e cuidar da criança. Gestantes e lactantes devem utilizar os esquemas preconizados antes, mas especial atenção devem receber no monitoramento de efeitos adversos (BRASIL, 2011b, p.67).

Toda discussão envolvendo a pesquisa em questão, reflete na importância da utilização de um instrumento de VD ao idoso com TB, visto que a partir do momento

em que se tem um roteiro norteador, o profissional terá maiores informações sobre o idoso com tuberculose, sobre as características da doença na velhice e as condutas a serem realizadas durante todo o acompanhamento preconizado pelo MS.

---

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

Quando se pensa em uma doença grave, que tem cura, mas ao mesmo tempo mata, destaca-se a Tuberculose (TB). Por ser uma doença que afeta pessoas em todo território mundial, passando a ser prioridade em todo o mundo, prioridade essa, que objetiva sua erradicação. Nesse contexto, o Brasil, por meio da APS (Atenção Primária à Saúde), possui profissionais que são responsáveis pela busca de novos casos da doença, pelo tratamento e por orientações dadas ao doente com tuberculose. Dentre esses profissionais está o enfermeiro, como um dos responsáveis por realizar a VD (visita domiciliar) que é uma ferramenta operacional utilizada para contemplar as ações voltadas aos usuários da APS.

Entre esses usuários está o idoso, que em decorrência do avanço da idade, com a chegada da velhice, está mais vulnerável, pela baixa imunidade, a adquirir doenças oportunistas, entre elas a tuberculose. Como foi visto na pesquisa em questão, o idoso que apresenta tuberculose, demonstra sinais e sintomas característicos de doenças pulmonares, prejudicando assim o diagnóstico preciso. O idoso está mais susceptível a TB por vários fatores, entre eles estão à questão social, a vulnerabilidade, a falta de conhecimento sobre a doença, a vida sedentária com vícios como o tabagismo, etilismo, a má alimentação e o não acesso aos serviços de saúde. Nessa fase da vida, o cuidador se torna uma das pessoas mais importante para o profissional durante a visita domiciliar ao idoso com tuberculose.

A partir do momento em que o idoso é diagnosticado com a TB, o tratamento será realizado conforme preconiza o Ministério da Saúde. Foi visto através da pesquisa que não existem instrumentos para nortear a VD ao idoso com tuberculose na Atenção Primária à Saúde. Diante disso, surgiu à necessidade da elaboração de um produto tecnológico que preenchesse essa lacuna.

Esse instrumento foi construído a partir da busca realizada na Biblioteca Virtual em Saúde, a BVS, e de acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde. Em sua estrutura, possui quatro categorias distribuídas em: características sociodemográficas, aspectos referentes à visita domiciliar, condições do usuário e avaliação dos comunicantes. Todas essas categorias possuem seus aspectos de investigações que são importantes para o acompanhamento do idoso com tuberculose. O instrumento segue um padrão para o acompanhamento em seis

meses, facilitando assim a visita. Com esse instrumento, o profissional poderá durante o período de tratamento identificar e registrar as condições clínicas do idoso e seus comunicantes, fazendo anotações das condutas e agendando as visitas de cada mês.

Apesar da relevância deste estudo, como qualquer outro produto tecnológico, esse instrumento possui suas limitações, devido ao tempo utilizado para elaboração do mesmo e pela complexidade que norteia a doença em questão. Não obstante à essas limitações, a realização dessa pesquisa possibilitou um resgate histórico e atual sobre a tuberculose, principalmente em idoso, mostrando a escassez de estudos publicados sobre a temática, como também um melhor entendimento sobre a doença. Espera-se que o instrumento elaborado venha contribuir durante a VD realizada pelo enfermeiro, uma vez que os mesmos terão um guia de acompanhamento para com o idoso com tuberculose. Porém, ressalta-se que para tal, é necessário que o instrumento em questão seja validado por profissionais especialistas na área.

---

## REFERÊNCIAS

---

ANDRADE, A. M. et al. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 1, p. 165-175, 2014.

ANDRADE, M.; LOBO, E. L. A importância da visita domiciliária para o idoso portador de doença crônica após a alta hospitalar. **Informe-se em Promoção da Saúde**, v. 3, n. 2, p. 12-14, 2007.

ARAÚJO, A. R.; MONTEIRO, E. M. M. O papel da família no tratamento dos idosos acometidos com a tuberculose na Unidade Básica de Saúde-PA Alfredo Campos. **Revista Portal de Divulgação**, n. 10, 2011.

AUGUSTO, C. J. et al. Características da tuberculose no estado de Minas Gerais entre 2002 e 2009. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 39, n. 3, p. 357-364, 2013.

BAFFI, M. A. T. Modalidades de pesquisa: um estudo introdutório. **Pedagogia em Foco: Petrópolis**, 2010.

BENTO, J. et al. Diagnostic tools in tuberculosis. **Acta medica portuguesa**, v. 24, n. 1, p. 145-154, 2011.

BONA, M. G. M. et al. Restriction enzyme analysis of the hsp65 gene in clinical isolates from patients suspected of having pulmonary tuberculosis in Teresina, Brazil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 37, n. 5, p. 628-635, 2011.

BORGES, G. C. F. et al. Visitas domiciliares na estratégia da saúde da família: situação na unidade básica de saúde da família do Jardim Guanabara I–Goiânia, Goiás. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 55-62, 2013.

BOWKALOWSKI, C.; BERTOLOZZI, M. R. Vulnerabilidades em pacientes com tuberculose no distrito sanitário de Santa Felicidade–Curitiba, PR. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 1, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Incidência da tuberculose cai 20,2% no Brasil em uma década**. 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/22736-incidencia-da-tuberculose-cai-20-2-no-brasil-em-uma-decada>>. Acesso em: 27 out. 2016.

\_\_\_\_\_. **Manual de vigilância laboratorial da tuberculose e outras micobactérias**. 2008. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_vigilancia\\_laboratorial\\_tuberculose.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_laboratorial_tuberculose.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Programa Nacional De Controle Da Tuberculose. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. 2011a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 2 v.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica**: protocolo de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

\_\_\_\_\_. S. I. A. B. **Manual do sistema de informação de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. **PNAB, Política Nacional da Atenção Básica**. Série E, Legislação em Saúde, Brasília –DF, 2012.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: DF, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Boletim Epidemiológico. **Indicadores prioritários para o monitoramento do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil**. v. 48, n. 8, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, CGPNCT / DEVIT, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Out. 2016. Disponível em: <tuberculose @saude.gov.br>. Acesso em: 23 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Grupo Hospitalar Conceição Tuberculose na atenção primária à saúde**. 1. ed. ampl. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011c.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p.: il. Cadernos de Atenção Básica, n. 35.

CAETANO, Fatima Terezinha Balsani. **Perfil do cuidador domiciliar de idoso no município de Taquaritinga-SP**. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo. 2012.

CANTALICE FILHO, J. P.; BÓIA, M. N.; SANTANNA, C. C. Análise do tratamento da tuberculose pulmonar em idosos de um hospital universitário do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. **J Bras Pneumol**, v. 33, n. 6, p. 691-698, 2007.

CANTALICE FILHO, J. P.; SANTANNA, C. C.; BÓIA, M. N. Aspectos clínicos da tuberculose pulmonar em idosos atendidos em hospital universitário do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. **J Bras Pneumol**, v. 33, n. 6, p. 699-706, 2007.

CASTRO, C. B. A. et al. Avaliação de um escore clínico para rastreamento de suspeitos de tuberculose pulmonar. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 6, p. 1110-1116, 2011.

CAVALCANTI, Z. R. et al. Características da tuberculose em idosos no Recife (PE): contribuição para o programa de controle. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 32, n. 6, p. 535-543, dez. 2006.

CECILIO, H. P. M. et al. Perfil das internações e óbitos hospitalares por tuberculose. **Acta Paul Enferm**, v. 26, n. 3, p. 250-55, 2013.

CHANG, K. C. et al. Supervised and induced sputum among patients with smear-negative pulmonary tuberculosis. **European Respiratory Journal**, Redwood, v. 31, n. 10, p. 85-90, 2008.

CLEMENTINO, F. S.; MIRANDA, F. A. N. Tuberculose: acolhimento e informação na perspectiva da visita domiciliária. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 23, n. 3, p. 350-354, 2015.

COÊLHO, D. M. M.; MOITA NETO, J. M.; CAMPELO, V. Comorbidades e estilo de vida de idosos com tuberculose. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 27, n. 3, p. 327-332, 2014.

CONCEIÇÃO, L. F. S. Saúde do idoso: orientações ao cuidador do idoso acamado. **Rev Med Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 81-91. 2010.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da Família: uma abordagem multidisciplinar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.

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). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, Supl. 1, p.1427-1435, 2011.

CRISPIM, J. A. et al. Tuberculose no contexto das famílias: as vivências de familiares e pacientes acometidos pela doença. **Rev. enferm. UERJ**, v. 21, n. 1, n. esp, p. 606-611, 2013.

DAWALIBI, N. W. et al. Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. **Estud. psicol.(Campinas)**, v. 30, n. 3, p. 393-403, 2013.

DELOGU, G.; SALI, M.; FADDA, G. The biology of Mycobacterium Tuberculosis Infection. **Mediterranean Journal of Hematology Infectious Diseases**, Roma, v. 5, n. 1, 2013.

DESSUNTI, E. M. et al. Infecção latente de tuberculose: adesão ao tratamento e evolução dos casos. **Rev. enferm. UERJ**, v. 21, n. 2, n. esp, p. 711-717, 2013.

DRUSZCZYNSKA, M. et al. Latent M. tuberculosis Infection: Pathogenesis, Diagnosis, Treatment and Prevention Strategies. **Polish Journal of Microbiology**, Warsaw, v. 61, n. 1, p. 3-10, 2012.

FERRI, A. O. et al. Diagnóstico da tuberculose: uma revisão. **Revista Liberato**, v. 15, n. 24, 2014.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Tuberculose**: médica explica os sintomas, o diagnóstico e como se prevenir. 26 de jun. 2014. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/tuberculose-especialista-explica-os-sintomas-o-diagnostico-e-como-se-prevenir>>. Acesso em: 12 de mar. 2017.

FURLAN, M. C. R.; MARCON, S. S.; GONZALES, R. I. C. Desempenho dos serviços de controle da tuberculose em municípios do Paraná: enfoque na família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, p. 102-110, 2015.

GARCIA, G. S. et al. Vulnerabilidade dos idosos frente ao HIV/Aids: tendências da produção científica atual no Brasil. **DST-J bras Doenças Sex Transm**, v. 24, n. 3, p. 183-188, 2012.

GARCIA, I. F. S.; TEIXEIRA, C. P. Visita domiciliar: um instrumento de intervenção. **Sociedade em Debate**, v. 15, n. 1, p. 165-178, 2009.

HINO, P. et al. Perfil dos casos novos de tuberculose notificados em Ribeirão Preto (SP) no período de 2000 a 2006. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. suppl 1, p. 1295-1301, 2011.

HOOG, A. H. V. et al. Optimal triage test characteristics to improve the cost-effectiveness of the Xpert MTB/RIF Assay for TB Diagnosis: A decision analysis. **Plos One**, San Francisco, v. 8, n. 12, p. 1-11, 2013.

JORGE, M. H. P. M. et al. A mortalidade de idosos no Brasil: a questão das causas mal definidas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 17, n. 4, p. 271-281, 2008.

JUNG, B. C.; GONZALES, R. I. C. Gestão do cuidado às pessoas com sintomas da tuberculose. **Gestão e Saúde**, v. 7, n. 1, p. P. 159-175, 2015.

KEBIAN, L. V. A.; ACIOLI, S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 161-9, 2014.

KINOSHITA, D. Alterações do sistema imunológico relacionadas ao envelhecimento e suas consequências. **Revista da Universidade Ibirapuera São Paulo**, v. 7, p. 11-19, 2014.

LIMA, L. M. et al. O programa de controle da tuberculose em Pelotas/RS, Brasil: investigação de contatos intradomiciliares. **Rev Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 2, p. 102-110, 2013.

LINARD, A. G. et al. Princípios do Sistema Único de Saúde: compreensão dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 1, p. 114, 2011.

LINDOSO, A. A. B. P. et al. Perfil de pacientes que evoluem para óbito por tuberculose no município de São Paulo, 2002. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 805-812, 2008.

LIRA, L. A. S. **Análise do desempenho da técnica de PCR em tempo real para o diagnóstico da tuberculose pulmonar**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo: Recife, 2012. p.73.

LOPES, R. H. et al. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar: uma revisão integrativa. **Rev. baiana saúde pública**, v. 37, n. 3, p. 661-671, 2013.

LOPES, W. O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Ciência, cuidado e saúde**, v. 7, n. 2, p. 241-247, 2008.

MACIEL, M. S. et al. A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da miséria. **Revista da Sociedade Brasileira de**, v. 10, n. 3, p. 226-30, 2012.

MARIN, M. J. S.; PANES, V. C. B. Envelhecimento da população e as políticas públicas de saúde. **Revista do Instituto de Políticas Públicas de Marília**, v. 1, n. 1, 2015.

MESQUITA, G. X. X. B. et al. Internações e complicações apresentadas por idosos em hospital de referência em doenças infecciosas. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 5, n. 1, 2015.

METCALFE, J. Z. et al. Interferon- $\gamma$  release assays for active pulmonary tuberculosis diagnosis in adults in low- and middle-income countries: systematic review and meta-analysis. **The Journal of Infectious Diseases**, Oxford, v. 204, n. 4, p. 1120–1129, 2011.

MINAYO, M.C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12. d. São Paulo: Hucitec-Abrasco. 2010.

MONROE, A. A. et al. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 42, n. 2, p. 262-7, 2008.

NICHIATA, L. Y. I. et al. Potencialidade do conceito de vulnerabilidade para a compreensão das doenças transmissíveis. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. spe2, p. 1769-1773, 2011.

NOGUEIRA, J. A. et al. Enfoque familiar e orientação para a comunidade no controle da tuberculose. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, n. 2, p. 207-216, 2011.

SILVA, H. O.; GONÇALVES, M. L. C. Prevalência da infecção pelo HIV em pacientes com tuberculose na atenção básica em Fortaleza, Ceará. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 38, n. 3, p. 382-385, 2012.

OLIVEIRA, A. A. V. et al. Diagnóstico da tuberculose em pessoas idosas: barreiras de acesso relacionadas aos serviços de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 1, p. 145-151, 2013.

OLIVEIRA, D. M. **Proposta coletiva de instrumento para avaliação das quedas em idosos na clínica médica**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago, Mestrado Profissional Associado à Residência Multidisciplinar em Saúde, Florianópolis, 2015.

OLIVEIRA, L. P. B. A.; MENEZES, R. M. P. Representações de fragilidade para idosos no contexto da estratégia saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 301-309, 2011.

OLIVEIRA, M. F. et al. A porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no sistema de saúde de Ribeirão Preto/SP. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 4, p. 898-904, 2011.

PALOMINO, J. C. Nonconventional and new methods in the diagnosis of tuberculosis: feasibility and applicability in the field. **European Respiratory Journal**, Redwood, v. 26, n. 2, p. 339-350, 2005.

PEDRO, S. A.; OLIVEIRA, R. M. Tuberculose e indicadores socioeconômicos: revisão sistemática da literatura. **Rev Panam Salud Publica**, v. 33, n. 4, p. 294-301, 2013.

PICON, P. D. et al. Desfechos do retratamento de pacientes com tuberculose com o uso do esquema 3 em Porto Alegre, Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 37, n. 4, p. 504-511, 2011.

PILLER, R. V. B. Epidemiologia da tuberculose. **Pulmão RJ**, v. 21, n. 1, p. 4-9, 2012.

PINHEIRO, P. G. O. D. et al. Busca ativa de sintomáticos respiratórios e o diagnóstico tardio da tuberculose. **Rev Rene**, v. 13, n. 3, p. 572-81, 2012.

PINHEIRO, R. S. et al. Determinantes sociais e autorrelato de tuberculose nas regiões metropolitanas conforme a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, v. 34, n.6, 2013.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORTELA, M. C. et al. Programa de Controle da Tuberculose e satisfação dos usuários, Rio de Janeiro. *Revista de Saúde Pública*, v. 48, n. 3, p. 497-507, 2014.

RIBEIRO, L. B. **Resistência primária e adquirida à pirazinamida em pacientes com tuberculose pulmonar atendidos em hospital de referência para tratamento de tuberculose**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical, 2012.

RIBEIRO, P. C. C. A psicologia frente aos desafios do envelhecimento populacional. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 8, n. SPE, p. 269-283, 2015.

RODRIGUES, Tânia Maria Melo. Visita domiciliar como objeto de reflexão. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina. v.4, n.3, p.44-47, Jul./Ago./Set. 2011.

SÁ, L. D. et al. A discursividade de gestores sobre aspectos relacionados ao retardo do diagnóstico de tuberculose. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 5, p. 1165-1171, 2013.

\_\_\_\_\_. Intersetorialidade e vínculo no controle da tuberculose na Saúde da Família. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 387-395, 2011.

\_\_\_\_\_. O discurso de enfermeiros gestores relacionado ao retardo do diagnóstico da tuberculose e suas implicações. **CIAIQ2015**, v. 1, 2015.

\_\_\_\_\_. Porta de entrada para diagnóstico da tuberculose em idosos em municípios brasileiros. **Rev. bras. enferm**, v. 68, n. 3, p. 467-473, 2015.

SAITO, R. X. S. **Políticas de Saúde: princípios, diretrizes e estratégias para a estruturação de um sistema único de saúde**. In: OHARA, E.C.C.; SAITO, R.X.S. SAÚDE da FAMÍLIA: Considerações teóricas e aplicabilidade. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2010.

SANTOS, E. M.; MORAIS, S. H. G. A visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família: percepção de enfermeiros. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 3, 2011.

SASAKI, N. S. G. M. S. et al. Atrasos na suspeita e no diagnóstico de tuberculose e fatores relacionados. *Rev Bras Epidemiol.*, v. 18, n. 4, p. 809-823, out./dez., 2015.

SCATENA, L. M. et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 389-97, 2008.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estud. psicol. (Campinas)**, v. 25, n. 4, p. 585-593, 2008.

SILVA, T. M. V.; SANTOS, M. A.; ALMEIDA, A. F. Compreendendo a experiência de cuidadores de crianças com tuberculose em tratamento diretamente observado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. spe2, p. 39-45, 2014.

SILVEIRA, C. L. et al. Cuidadora de familiar com doença crônica incapacitante: percepções, motivações e repercussões. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 2, n. 1, p. 67-78, 2012.

SINAN. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Tuberculose: casos confirmados notificados no sistema de informação de agravos de notificação – Brasil**. 2016. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/tubercbr.def>>. Acesso em: 24 mar. 2017.

SIQUEIRA, H. R. Enfoque clínico da tuberculose pulmonar. **Pulmão RJ**, v. 21, n. 1, p. 15-18, 2012.

SOUZA, A. P. M. A.; SOARES, M. J. G. O.; NÓBREGA, M. M. L. Indicadores empíricos para a estruturação de um instrumento de coleta de dados em unidade cirúrgica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 3, 2009.

TEIXEIRA, E. C.; COSTA, J. S. O impacto das condições de vida e da educação sobre a incidência de tuberculose no Brasil. **Revista de Economia**, v. 37, n. 2, 2011.

TRIGUEIRO, J. V. S. et al. Análise da produção acerca da tuberculose em idosos na literatura lusa e inglesa. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 10, n. 5, 2016.

VENDRAMINI, S. H. F. et al. Tuberculose no idoso: análise do conceito. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 96-103, 2003.

VENTURA, P. J. S. **Tuberculose no idoso**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade De Medicina da Universidade de Coimbra, Mestre no Âmbito do Ciclo de Estudos de Mestrado Integrado em Medicina, Coimbra, 2015.

VIRTUOSO, J. F. et al. Morbidade e mortalidade da população idosa de Florianópolis: um estudo comparativo entre homens e mulheres. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v. 13, n. 2, p. 215-223, 2010.

WAKIYAMA, T. P.; PINHEIRO, A. N.; SANTOS, A. M. Controle dos comunicantes de pacientes com tuberculose pulmonar em uma unidade de tratamento de São Luís (MA) em 2008 e 2009. **Revista de Ciências da Saúde**, 2012.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report**. 2012. Disponível em: < <http://www.who.int/publications/guidelines/tuberculosis/en/>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

---

# APÊNDICES

---

APÊNDICE A  
VERSÃO PRELIMINAR



APÊNDICE B  
VERSÃO FINAL





---

# **ANEXOS**

---

## ANEXO A

Esquema básico para o tratamento da TB em adultos e adolescentes de acordo com o Ministério da Saúde (2011a)

REGIME	FÁRMACOS	FAIXA DE PESO	UNIDADE/DOSE	MESES
<b>2 RHZE</b>  <b>Fase intensiva</b>	RHZE 150 mg/75 mg/400 mg/275 mg comprimido em dose fixa combinada	20 kg a 35 kg	2 comprimidos	2
		36 kg a 50 kg	3 comprimidos	
		> 50 kg	4 comprimidos	
<b>4 RH</b>  <b>Fase de manutenção</b>	RH Comprimido ou cápsula 300 mg/200 mg ou 150 mg/100 mg	20 kg a 35 kg	1 comp. ou caps. 300 mg/200 mg	4
		36 kg a 50 kg	1 comprimido ou cápsula 300 mg/ 200mg + 1 comprimido ou cápsula 150/100 mg	
		> 50 kg	2 comprimidos ou cápsulas 300 mg/200 mg	

## ANEXO B

Segundo o Ministério da Saúde (2011a) os efeitos adversos menores ao tratamento antiTB são:

Efeitos adversos	Provável(eis) fármaco(s) responsável(eis)	Conduta
Náusea, vômito, dor abdominal	Rifampicina Isoniazida Pirazinamida Etambutol	Reformular o horário da administração da medicação (duas horas após o café da manhã ou com o café da manhã); considerar o uso de medicação sintomática; e avaliar a função hepática
Suor/urina de cor avermelhada	Rifampicina	Orientar
Prutido ou exantema leve	Isoniazida Rifampicina	Medicar com anti-histaminico
Dor articular	Pirazinamida Isoniazida	Medicar com analgésicos ou anti-inflamatórios não hormonais
Neuropatia periférica	Isoniazida (comum) Etambutol (incomum)	Medicar com piridoxina (vitamina B6) na dosagem de 50 mg/dia
Hiperuricemia sem sintomas	Pirazinamida	Orientar dieta hipopurínica
Hiperuricemia com artralgia	Pirazinamida Etambutol	Orientar dieta hipopurínica e medicar com alopurinol e colchicina, se necessário
Cefaleia, ansiedade, euforia e insônia	Isoniazida	Orientar

## ANEXO C

Segundo o Ministério da Saúde (2011a) os efeitos adversos maiores ao tratamento antiTB são:

<b>Efeito</b>	<b>Provável(eis) fármaco(s) responsável(eis)</b>	<b>Conduta</b>
Exantema ou hipersensibilidade de moderada a grave	Rifampicina Isoniazida Pirazinamida Etambutol Estreptomicina	Suspender o tratamento; reintroduzir os medicamentos um a um após a resolução do quadro; nos casos recorrentes ou graves, substituir o esquema por esquemas especiais sem a medicação causadora do efeito.
Psicose, crise convulsiva, encefalopatia tóxica ou coma	Isoniazida	Suspender a isoniazida e reiniciar esquema especial sem a referida medicação.
Neurite óptica	Etambutol	Suspender o etambutol e reiniciar esquema especial sem a referida medicação. É dose-dependente e, quando detectada precocemente, reversível. Raramente desenvolve toxicidade ocular durante os dois primeiros meses sob as doses recomendadas.
Hepatotoxicidade	Pirazinamida Isoniazida Rifampicina	Suspender o tratamento, aguardar a melhora dos sintomas e reduzir os valores das enzimas hepáticas; reintroduzir a medicação uma a uma após avaliação da função hepática; considerar a continuidade do EB ou EE substituto, conforme o caso (ver Quadro 10).
Hipoacusia Vertigem, nistagmo	Estreptomicina	Suspender a estreptomicina e reiniciar esquema especial sem a referida medicação.
Trombocitopenia, leucopenia, eosinofilia, anemia hemolítica, agranulocitose e vasculite	Rifampicina	Suspender a rifampicina e reiniciar esquema especial sem a referida medicação.
Nefrite intersticial	Rifampicina	Suspender a rifampicina e reiniciar esquema especial sem a referida medicação.
Rabdomiólise com mioglobinúria e insuficiência renal	Pirazinamida	Suspender a pirazinamida e reiniciar esquema especial sem a referida medicação.