



**Universidade Federal do Rio de Janeiro
Centro de Ciências da Saúde
Escola de Enfermagem Anna Nery
Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa**

ADRIANA RODRIGUES DA SILVA

**CONHECIMENTOS ATITUDES E PRÁTICAS DO FAMILIAR
RESPONSÁVEL ACERCA DO TRATAMENTO DA INFECÇÃO LATENTE
POR TUBERCULOSE NA CRIANÇA QUE COMPLETOU O TRATAMENTO**

RIO DE JANEIRO

MARÇO 2012

|

ADRIANA RODRIGUES DA SILVA

**CONHECIMENTOS ATITUDES E PRÁTICAS DO FAMILIAR RESPONSÁVEL
ACERCA DO TRATAMENTO DA INFECÇÃO LATENTE POR TUBERCULOSE NA
CRIANÇA QUE COMPLETOU O TRATAMENTO**

**Dissertação de Mestrado apresentado ao
Programa de Pós-Graduação da Escola
de Enfermagem Anna Nery da
Universidade Federal do Rio de Janeiro
como parte dos requisitos necessários
para obtenção do título de Mestre em
Enfermagem**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Inês Sousa

Linha de Pesquisa: Enfermagem em Saúde Coletiva

**RIO DE JANEIRO
MARÇO 2012**

ADRIANA RODRIGUES DA SILVA

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Rio de Janeiro, Março de 2012

Aprovada por:

Prof^a. Dr^a. Ana Inês Sousa
Doutora em Ciências - UFRJ/RJ (Presidente)

Prof^a. Dr^a. Elenir Pereira de Paiva
Doutora em Enfermagem – UFJF/JF (1^o Examinador)

Prof^a. Dr^a. Maria Catarina Salvador da Motta
Doutora em Enfermagem - UFRJ/RJ
(2^a Examinadora)

Prof. Dr. Paulo Albuquerque da Costa
Doutor em Medicina – UFRJ/RJ (Suplente)

Prof^a. Dr^a. Elisabete Pimenta Araújo Paz
Doutora em Enfermagem – UFRJ/RJ (Suplente)

RIO DE JANEIRO
MARÇO 2012

FICHA CATALOGRÁFICA

Silva, Adriana Rodrigues

Conhecimentos atitudes e práticas do familiar responsável acerca do tratamento da infecção latente por tuberculose na criança que completou o tratamento. Adriana Rodrigues da Silva- Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2012.

xvi,114.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ana Inês Sousa

Dissertação (Mestrado) – UFRJ/ EEAN/ Programa de pós-graduação em enfermagem em Enfermagem, 2012.

Referências Bibliográficas: f.96-102

1.Tuberculose. 2. Conhecimentos, atitudes e práticas em saúde.
3.Atenção primária à Saúde. 4. Saúde Pública. I. Sousa, Ana Inês. II. Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,

CDD 610.73

RESUMO

SILVA, Adriana Rodrigues. Conhecimentos atitudes e práticas do familiar responsável acerca do tratamento da infecção latente por tuberculose na criança que completou o tratamento. Rio de Janeiro, 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2012

O estudo analisa o conhecimento, atitudes e práticas do familiar em relação ao tratamento da infecção latente por tuberculose na criança que terminou o tratamento. Os objetivos específicos foram; Descrever as características clínico-epidemiológicas da criança que foi indicada para tratamento da ILTB; Identificar as taxas de completude da criança em tratamento da ILTB; Avaliar as barreiras associadas ao tratamento da infecção latente por tuberculose enfrentadas pelo familiar da criança. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, tipo inquérito, desenvolvido em duas etapas na Área de Planejamento 2.1, do Município do Rio de Janeiro. Na primeira etapa, foi realizada uma busca nos prontuários de crianças de 0 a 12 anos incompletos que realizaram o tratamento nos Anos de 2008/2009 em dois Centros Municipais de Saúde, para informações sobre o quantitativo de crianças, dados clínico-epidemiológicos e endereço de sua residência. Na segunda etapa, foi realizado um inquérito domiciliar por meio de entrevista com os familiares dessas crianças sobre conhecimentos atitudes e práticas em relação a este tratamento. As informações obtidas foram registradas em banco de dados utilizando-se o software Epi-Info. Dos achados, foram feitas análises univariadas com distribuição de frequências simples, que foram apresentados em tabelas sendo toda análise e discussão realizadas com base nos manuais do Ministério da saúde. Na primeira etapa dos resultados, de (n=258) identificamos maior frequência entre meninas 55,8%, a maioria 48,8% entre 6 a 12 anos incompletos, o Bairro predominante foi o da Rocinha com 88,3%. Prova tuberculínica inicial em 60,9% foi >15 mm. Destacamos 4,7% de familiares/crianças que interromperam o tratamento, devido algum quadro clínico, tais como: dor abdominal; Enjoo/vômito/diarreia. Quanto à adesão, 66,2% completaram o tratamento, para 33% que abandonaram e 8% suspensos por ordem médica. Na segunda etapa, (n=85) o familiar entrevistado a maioria de mulheres com 57,6%, a faixa etária 75,2% foi entre 26 e 47 anos. 32,9% cursaram de 5^a/8^a série, apenas 34,1% trabalhavam com carteira assinada, a profissão de empregada doméstica ganhou destaque com 31,8%. E 27,1% recebiam apenas 1 salário mínimo. O nível de conhecimento, atitudes e práticas foi favorável visto que a maioria das respostas demonstraram ser adequadas, quanto ao conhecimento da infecção latente por tuberculose, as formas de transmissão da tuberculose, prevenção,

percepção do risco e vulnerabilidade, sua importância e outros fatores referentes ao processo saúde-doença, evidenciados, em especial, pela preocupação em relação à responsabilidade individual e do coletivo no controle da tuberculose, particularmente pela situação de vulnerabilidade ao adoecimento devido à situação de moradia, hábitos inapropriados de saúde e pobreza. Acreditamos que as contribuições deste estudo podem servir de subsídio para orientar ações no âmbito das unidades básicas, com capacitação profissional no atendimento a esta clientela, a fim de criar espaços de discussões e reflexões, de modo a esclarecer crenças, estigmas, e concepções que ainda fazem parte do imaginário social, e, sobretudo ressaltar a diferença de prevenção e doença, visando, sobretudo, o aumento da adesão do tratamento da ILTB e, assim, contribuir significativamente com a redução de abandonos, identificados na primeira etapa do estudo.

Palavras-Chave: Tuberculose. Conhecimentos, atitudes e práticas em saúde. Atenção Primária à Saúde. Saúde Pública.

ABSTRACT

SILVA, Adriana Rodrigues. The responsible family member's knowledge, attitudes and practices on the treatment of Tuberculosis Latent Infection in the child that has completed treatment. Rio de Janeiro, 2012. Dissertation (Nursing Graduation) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2012

Study makes an analysis the responsible family member's knowledge, attitudes and practices on the treatment of Tuberculosis Latent Infection in the child that has completed treatment. The goals of the study were; To describe the clinical and epidemiological characteristics of the child that was referenced for TBLI; To identify the completion rates of the child in treatment of TBLI; To evaluate the barriers associated to the treatment of Tuberculosis Latent Infection faced by the child's family member. This is a Descriptive, Transversal, Inquiry Type Study developed in two stages at the Planning Area 2.1 (Área de Planejamento 2.1) of Rio de Janeiro Municipality. In Stage 1, a search was completed on the medical records of children at the age of 0-12, incomplete, who had treatment in the Years of 2008/2009 in two Municipal Health Centers (Centros Municipais de Saúde), to gather quantitative information on the number of children, their clinical epidemiological data, and their home address. In Stage 2, a domiciliary inquiry was completed through an interview with the children's family members on the knowledge, attitudes, and practices related to that treatment. The data obtained was recorded on a database using Epi-Info Software. The findings were then analyzed by univariate analysis with simple frequency distribution, which were presented in tables and all analyses and discussions were completed using the Ministry of Health's manuals. The results of Stage 1 were, from (n=258) identified a higher frequency of girls, 55.8%, most of which between 6-12 years old (incomplete), and the predominant District was Rocinha, with 88.3% of the children. The initial tuberculin testing in 60.9% was > 15 mm. We highlighted that 4.7% of the families/children who discontinued treatment did so because of some clinical condition, such as: abdominal pain; nausea/vomiting/diarrhea. As of compliance, 66.2% completed the treatment, while 33% discontinued and 8% were discontinued by medical orders. In Stage 2, (n=85), the family member interviewed was, in the majority, women, 57.6%, and the age level in 75.2% was 26-47 years old. 32.9% had 5th to 8th grade schooling, and only 34.1% had a registered job, with the maidservant profession highlighted being 31.8%. 27.1% received only a minimum wage. The level of knowledge, attitudes and practices was favorable, once the majority of answers showed adequacy about the knowledge of tuberculosis latent infection, tuberculosis means of transmission, prevention, risk perception and vulnerability, its importance, and other factors related to the process of health-

disease, evidenced, in particular, by the preoccupation in relation to the individual and collective responsibility in tuberculosis control, particularly because of the vulnerable to disease situation due to the living conditions, inappropriate health habits, and poverty. We believe that the contributions of this study may serve as subsidy to guide actions on the level of the basic health units, on the training of the professional who assists this patients, in order to create discussion and reflection room to clear out beliefs, stigmas, and conceptions that are still part of the social imagery, and, above all, to highlight the difference between prevention and disease to obtain a higher level of compliance to TBLI, contributing significantly to the diminishing of the levels of treatment discontinuations, identified in Stage 1 of the study.

Key-words: Tuberculosis. Health Care Knowledge, Attitudes, and Practices. Primary Health Care. Public Health.

RESUMEN

Adriana Silva Rodrigues. Conocimientos, actitudes y prácticas del familiar responsable sobre el tratamiento de la infección tuberculosa latente en los niños que completaron el tratamiento. Río de Janeiro, 2012. Disertación (Maestría en Enfermería) - Escuela Anna Nery de Enfermería, Universidad Federal de Río de Janeiro, 2012.

El estudio examina los conocimientos, actitudes y prácticas de la familia sobre el tratamiento de la infección tuberculosa latente en los niños que completaron el tratamiento. Los objetivos específicos fueron: Describir las características clínicas y epidemiológicas de los niños que se llevó a cabo para el tratamiento de infección de tuberculosis latente; Identificar las tasas de terminación de los niños en el tratamiento de la infección de tuberculosis latente, evaluar las barreras asociadas con el tratamiento de la infección tuberculosa latente experimentado por la familia del niño. Este es un estudio descriptivo, transversal, tipo encuesta, desarrollada en dos etapas en el Área de Planificación de 2.1, la Municipalidad de Río de Janeiro. En la primera etapa, se realizó una búsqueda en los registros médicos de niños de 0-12 años de edad que se sometieron a tratamiento en los años 2008/2009 en dos Centro de Salud Municipal, para obtener información sobre la cantidad de niños, los datos clínicos y epidemiológicos y la dirección su residencia. En la segunda etapa, una encuesta de hogares se llevó a cabo a través de entrevistas con las familias de estos niños sobre conocimientos, actitudes y prácticas en relación a este tratamiento. Los datos obtenidos fueron registrados en una base de datos con el programa Epi-Info. A partir de los resultados, se realizaron análisis univariado con la distribución de frecuencia simple, que se presentaron en tablas y el análisis de todos y la discusión realizada en base a los manuales del Ministerio de Salud. En la primera etapa de los resultados, (n = 258) identificado con mayor frecuencia entre las niñas el 55,8%, la mayoría del 48,8% entre 6 y 12 años de edad, el barrio fue el predominante con el 88,3% de la Rocinha. La prueba cutánea de la tuberculina inicial fue de 60,9% > 15 mm. Con el 4,7% de familias y niños que abandonaron el tratamiento debido a un cuadro clínico, tales como dolor abdominal, náuseas / vómitos / diarrea. En cuanto a la pertenencia, el 66,2% completó el tratamiento, que se redujo a 33% y el 8% discontinuado por un médico. En el segundo paso (n-85) entrevistó a la familia la mayoría de las mujeres, con un 57,6% a 75,2% tenía entre 26 y 47 años. 32,9% asistió a la 5 ° grado ° / 8, sólo el 34,1% trabajaba con contrato laboral, la profesión de una criada vino a la prominencia con el 31,8%. Y sólo el 27,1% recibía un salario mínimo. El nivel de conocimientos, actitudes y prácticas fue favorable ya que la mayoría de las respuestas que han demostrado ser apropiadas, como el conocimiento de la

infección tuberculosa latente, los modos de transmisión de la tuberculosis, la prevención de la percepción del riesgo y la vulnerabilidad, su importancia y otros factores relacionados el proceso salud-enfermedad, como lo demuestra, en particular, por la preocupación sobre el individuo y la responsabilidad colectiva para el control de la tuberculosis, en particular la situación de vulnerabilidad a la enfermedad debido a la situación de la vivienda, los hábitos inadecuados de salud y la pobreza. Creemos que las contribuciones de este estudio en el sector de la salud puede servir como insumo para orientar las acciones en el contexto de las unidades básicas, con la formación profesional en el cuidado de estos clientes con el fin de crear espacios para el debate y la reflexión, a fin de clarificar las creencias, el estigma y conceptos que siguen siendo parte del imaginario social, y sobre todo hincapié en la diferencia y la prevención de la enfermedad, destinados principalmente a aumentar el número de miembros del tratamiento de la infección de tuberculosis latente y por lo tanto contribuir significativamente a la reducción de la deserción, que se identifican en la primera etapa del estudio

Palabras clave: tuberculosis. Conocimientos, actitudes y prácticas. Atención Primaria de Salud. Salud Pública.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

AP- Área de Planejamento

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIDS- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ATS – Sociedade Torácica Americana (American Thoracic Society)

BCG – Bacilo de Calmetti e Guérin

BK – Bacilo de Koch

CAP – Conhecimentos, atitudes e práticas

CMS – Centro Municipal de Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CDC – Centro para Controle e Prevenção de Doenças dos EUA (Centers for Disease Control and Prevention)

COMLURB - Companhia Municipal de Limpeza Urbana

DATASUS – Banco de Dados do Sistema Único de Saúde

ESF – Estratégia da Saúde da Família

EEAN – Escola de Enfermagem Anna Nery

H – Isoniazida

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana (Human Immunodeficiency Virus)

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILT – Infecção Latente da Tuberculose

MS – Ministério da Saúde

NUPENSC – Núcleo de Pesquisa de Enfermagem e Saúde Coletiva

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCT – Programa de Controle de Tuberculose

PT – Prova Tuberculínica

PNI – Programa Nacional de Imunização

PNCT – Programa Nacional de Controle da Tuberculose

RA – Região Administrativa

RN – Recém-nascido

RX – Radiografia (Raio-X)

SMS- Secretaria Municipal de Saúde

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SMSDC – Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil

TB-Tuberculose

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDO – Tratamento Diretamente Observado

UFRJ-Universidade Federal do Rio de Janeiro

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

UPP – Unidade de Polícia Pacificadora

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Definições do CAP	44
Quadro 2 - Percentual de respostas adequadas e inadequadas em relação ao conhecimento sobre Tuberculose (n=85)	59
Quadro 3 - Percentual de respostas adequadas e inadequadas em relação ao conhecimento sobre Tuberculose Cont (n=85)	60
Quadro 4 - Percentual de respostas adequadas e inadequadas sobre o tratamento da ILTB (n=85)	62
Quadro 5 - Percentual de respostas adequadas e inadequadas sobre o tratamento da ILTB Cont..(n=85)	63
Quadro 6 - Percentual de respostas adequadas e inadequadas em relação a atitude sobre TB e ILTB (n=85)	64
Quadro 7 - Percentual de respostas adequadas e inadequadas em relação a atitude sobre TB e ILTB Cont. (n=85)	65

LISTA DE GRÁFICOS E FIGURAS

Gráfico 1 - Casos notificados confirmados de tuberculose de crianças de 0-14 anos	18
Figura 1 – Mapa do Rio de Janeiro por Área de Planejamento	35
Figura 2 – Mapa do Município do Rio de Janeiro por Área de Planejamento e regiões administrativas	36
Figura 3 – Bairros da Área de Planejamento 2.1	36
Figura 5 – Diagrama de constituição da população de estudo	37
Figura 4 – Etapas do trabalho de campo	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número total de casos de ILTB de crianças de 0 a 12 anos incompletos de idade tratados nas Unidades de saúde de 2008 a 2009	47
Tabela 2 – Características sociodemográficos das crianças registrados no prontuário (n=258)	48
Tabela 3 – Principais aspectos diagnósticos do tratamento da criança registrado no prontuário (n=258)	49
Tabela 4 – Registro dos familiares/criança que, interromperam ou não o tratamento devido alguns Sinais e Sintomas apresentados no período.....	50
Tabela 5 – Desfecho do tratamento da ILTB na criança. (n=258)	52
Tabela 6 – Características sociodemograficas dos familiares entrevistados ...	53
Tabela 7 – Utilização e satisfação dos serviços de saúde no atendimento á criança (n=85)	55
Tabela 8 – Histórico pessoal e familiar de tuberculose do entrevistado	57
Tabela 9 – Conhecimentos sobre TB e o tratamento da ILTB (n-85)	58
Tabela 10 – Descrição de opiniões/percepções (atitudes) dos familiares entrevistados em relação a TB e ao tratamento da ILTB da criança	63
Tabela 11 – Descrição das práticas (ação) em saúde dos familiares entrevistados em relação ao tratamento da ILTB da criança (n-85)	68
Tabela 12 – Descrição das Barreiras (dificuldades) encontradas pelos familiares entrevistados para a realização do tratamento da ILTB da criança	69

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 JUSTIFICATIVA	20
1.2 OBJETIVOS	23
1.2.1 Objetivo Geral	23
1.2.2 Objetivos Específicos	23
2 REVISÃO DA LITERATURA	24
2.1 TUBERCULOSE	24
2.2 DIAGNÓSTICO DA CRIANÇA COM SUSPEITA DE TUBERCULOSE	24
2.3 PREVENÇÃO DA TUBERCULOSES NA INFÂNCIA	25
2.3.1 Vacinação com BCG	25
2.3.2 Prevenção da Infecção Latente por Tuberculose (ILTb)	26
2.4 ISONIAZIDA (H)	27
2.5 CONTROLE DA TUBERCULOSE	28
2.6 CONTROLE DA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO BÁSICA	29
2.7 CONCEITOS DE CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS	31
3 MATERIAL E MÉTODOS	34
3.1 TIPO DE ESTUDO	34
3.2 ÁREA E POPULAÇÃO DO ESTUDO	34
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	38
3.3.1 Critérios para a Primeira Etapa	38
3.3.2 Critérios para a Segunda Etapa	38
3.4 COLETA DE DADOS – FONTES E INSTRUMENTOS	39
3.4.1 Primeira Etapa	39
3.4.2 Segunda Etapa	40
3.4.3 Instrumento de Coleta de Dados	42
3.5 PRÉ-TESTES	43
3.6 DEFINIÇÕES DAS VARIÁVEIS	43
3.7 ANÁLISE DOS DADOS	44
3.8 ASPECTOS ÉTICOS	45
3.9 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	46
4 RESULTADOS	47
4.1 1ª ETAPA: RESULTADOS DOS PRONTUÁRIOS	47

4.1.1 Dados Sociodemográficos	47
4.1.2 Histórico do Tratamento	48
4.1.3 Registro de Sinais e Sintomas no Decorrer do Tratamento	50
4.1.4 Desfecho do Tratamento da Infecção Latente por Tuberculose na Criança	52
4.2 2ª ETAPA: RESULTADOS DAS ENTREVISTAS	53
4.2.1 Dados Socioeconômicos dos Familiares Responsáveis pela Criança	53
4.2.2 Utilização dos Serviços de Saúde pelo Familiar Responsável pela Criança ..	55
4.2.3 Historia Familiar e Pessoal para Tuberculose	56
4.2.4 Dados Sobre o Conhecimento dos Familiares Responsáveis pela Criança ..	58
4.2.5 Variáveis Sobre a Atitude em Relação a TB e ao Tratamento da ILTB	63
4.2.6 Dados Sobre Práticas em Relação ao Tratamento da ILTB dos Familiares Responsáveis pela Criança	68
4.2.7 Barreiras Encontradas para o Tratamento da Infecção Latente por Tuberculose na Criança	69
5. DISCUSSÃO	71
5.1 1ª ETAPA: DISCUSSÃO DOS PRONTUÁRIOS	71
5.1.1 Características Sociodemográficas das Crianças Registradas nos Prontuários	71
5.1.2 Principais Aspectos Diagnósticos do Tratamento da Criança Registrado no Prontuário	74
5.1.3 Registro de Sinais e Sintomas ou Quadro Clínico no Decorrer do Tratamento	79
5.1.4 Desfecho do Tratamento da ILTB na Criança	80
5.2 2ª ETAPA: DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS	82
5.2.1 Conhecimento Relacionado ao Tratamento	82
5.2.2 Atitudes Relacionadas ao Tratamento	85
5.2.3 Práticas Relacionadas ao Tratamento.....	88
5.2.4 Barreiras Relacionadas ao tratamento.....	91
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	93
REFERÊNCIAS	96
APÊNDICES	103
ANEXOS	110

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) continua sendo um importante problema de saúde pública. Sua relevância e magnitude puderam ser evidenciadas no ano de 2007 pelas estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) com 9,27 milhões, de casos novos no mundo (BRASIL, 2011).

É uma doença cuja cura foi encontrada, e embora avanços vêm acontecendo nesta área, como a estratégia de Tratamento Diretamente Observado (TDO) e melhorias no acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos (SANTOS, 2007). A população economicamente menos favorecida continua sofrendo desta moléstia, devido à grande concentração populacional que, aliada às precárias condições socioeconômicas e sanitárias comuns nesse tipo de região, contribuem para fatores que favorecem a disseminação da doença.

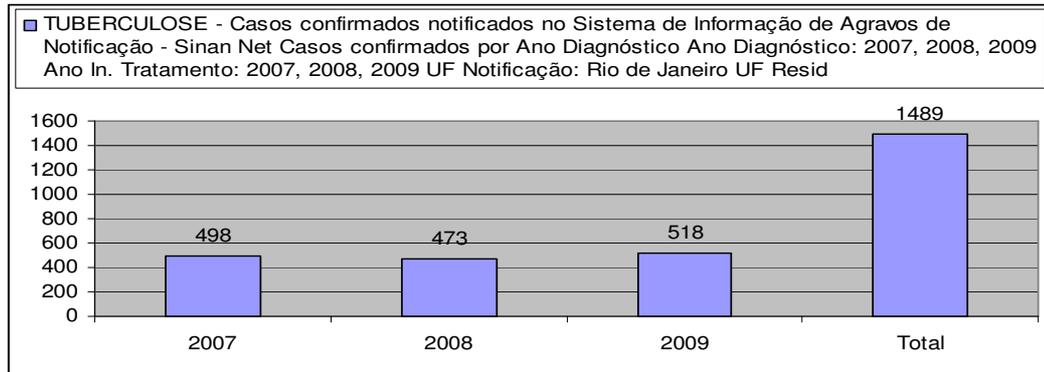
No Brasil, estima-se que mais de 50 milhões de pessoas estejam infectadas pelo *M. tuberculosis*, com ocorrência aproximada de 85 mil novos casos por ano (WHO, 2009). Observou-se que, embora houvesse queda expressiva entre os anos de 2005 e 2009, com cerca 2,9% por ano, o Brasil ainda encontra-se entre os 22 países responsáveis por 80% dos casos no mundo, e é priorizado pela OMS para a questão da TB (BRASIL, 2011).

Dentre os estados brasileiros, o Rio de Janeiro é o que apresenta o pior cenário epidemiológico e, juntamente com São Paulo, abriga 40% do total de casos de TB do Brasil, a taxa de incidência de TB no Rio de Janeiro é a mais alta do país, e a cada ano são notificados em média 16 mil casos de TB, com cerca 13 mil casos novos (SMS, 2005). A análise da distribuição dos casos de TB por Áreas de Planejamento (APs), no ano de 2005, mostrou que 40,5% desses casos concentram-se nas AP 3.3, AP 3.1 e AP 2.1 (SMS, 2005). Os últimos dados disponibilizados pela secretaria Municipal de saúde do Rio de Janeiro em 2011, mostram que em 2009 na Área de planejamento 2.1 os casos de TB foram de 695/Ano (SMS, 2012).

Em relação à população infanto-juvenil, a OMS, em 2007, estimou que em todo o mundo mais de 250 mil desenvolveram TB e cerca de 100 mil continuarão a morrer acometidos por essa doença.

No Município do Rio de Janeiro, somente no período de 2007 a 2009, dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) registraram cerca de 1.489 casos confirmados em crianças e adolescentes de 0-14 anos de idade (GRÁFICO 1) (DATASUS, 2010).

Gráfico 1. Casos Notificados confirmados de TB em crianças de 0-14 anos, por ano do diagnóstico. Rio de Janeiro, Brasil



Fonte: Ministério da Saúde/SVS- Sistema de Notificações e Agravos de Notificação - Sinan Net, 2010.

Todas as pessoas estão vulneráveis à infecção por TB. Entretanto, neste estudo destacamos o grupo de maior vulnerabilidade, que são as crianças e os pré-adolescentes.

Estudos apontam que, quando o adulto é infectado, apresenta de 5 a 10% de chances de desenvolver a doença, enquanto a criança menor de 1 ano de idade apresenta um risco superior a 40% (ALVES et al 2000). Esse risco é maior a partir da infecção primária durante o primeiro ano de vida, após contato com adulto bacilífero, risco que reduz em função do aumento da idade (ATS, 2000). Logo, a taxa de adoecimento por TB nos dois anos subsequentes à infecção nas crianças com idade entre 1 e 5 anos pode alcançar até 25% e nos adolescentes pode atingir 15% (ATS, 2000).

Mediante isso, como estratégia para o controle da TB, o Brasil tem se fundamentado em quatro ações complementares, que são: a detecção e o tratamento de casos de TB ativa, a identificação e o tratamento da infecção latente da tuberculose (ILTb), e a vacinação com o BCG (*Bacilo de Calmette-Guérin*). Dentre estas, destacamos a identificação e o tratamento da ILTB como prioridade, uma vez que representa não somente um cuidado preventivo individual, como também uma intervenção coletiva na saúde pública (ATS, 2007).

O tratamento da ILTB reduz cerca de (60% a 90%) o risco do desenvolvimento da TB doença, ao reduzir números de possíveis fontes de infecção. Logo, as indicações para este tratamento são para as pessoas em que o risco de adoecimento é mais elevado, dentre outros, a população infanto-juvenil como vimos anteriormente (BRASIL, 2011). Sendo assim, esse tratamento é importante para que as pessoas vulneráveis à TB-doença, e infectadas pelo *Micobacterium tuberculosis*, não passem para a condição de doente (BRASIL, 2002; SANT'ANNA et al, 2002).

Diante do exposto, notamos a magnitude e importância dessa terapia medicamentosa, principalmente na criança, em que vimos que o risco de adoecer após o contato com adulto bacilífero é muito grande. Mas apesar de todos os esforços para o controle da doença por meio da prevenção, as políticas de saúde em nosso país ainda enfrentam algumas questões como as dificuldades da supervisão, do monitoramento e da informação para esse tipo de tratamento.

Destacamos três problemas comumente encontrados. O primeiro que temos evidenciado é que casos de ILTB não são de notificação compulsória, ou seja, não são notificados os casos que iniciam, bem como interrupções, suspensões, transferências e abandonos, o que deixa sensível a possíveis falhas ao programa, por não se ter certeza da completude e dos motivos que levaram ao abandono, ficando esses dados apenas na unidade em que a criança realizou tratamento.

O segundo problema é que para casos de ILTB ainda não existe TDO (Tratamento diretamente observado) realizado através da supervisão de um profissional de saúde, que tem como finalidade a garantia do uso correto dos medicamentos, como existe para os pacientes de tratamento com a tuberculose (GONZÁLES, 2008; SILVA, 2007). Ficando então, os “contatos” no caso da criança à mercê da administração de seu familiar que terá o poder de decisão de dar ou não o medicamento.

E o terceiro problema é o grande desafio, para os serviços de saúde pública, é de convencer da importância desta terapia logo na primeira consulta, o familiar que leva sua criança aparentemente saudável à unidade básica e tem indicação para esse tratamento em pouco tempo. Mesmo porque, muitas vezes, o profissional de saúde lida com questões cautelosas e delicadas como o nível de entendimento do familiar/responsável que recebeu a informação naquele momento, sobre o tratamento, levando em consideração sua escolaridade, cultura, comportamento, crenças, entre outros, o que poderá interferir sensivelmente na administração do medicamento.

As famílias, em geral, já fazem parte do contexto sociocultural que influenciam o seu modo de encarar a tuberculose, mesmo porque já traz muitos preconceitos e crenças em torno da doença que remontam desde os primórdios da humanidade. Sendo assim, o desafio da comunicação a esta população não se resume apenas em produzir material educativo ou persuasivo por parte dos profissionais de saúde, mas sim que se perceba as variáveis políticas, humanas e culturais presentes na comunidade (MACIEL et al, 2005).

Consideramos, portanto, o objeto de nosso estudo esse terceiro problema destacado, visto que a identificação de todos os conhecimentos prévios do familiar à respeito da tuberculose e importância da prevenção através do medicamento, torna-se imprescindível

para que se possa pensar em práticas de saúde mais saudáveis a essa população em especial. Essa importância reside no fato de que a ILTB tem potencial para evoluir para TB a qualquer momento ao longo da vida e, assim, essas crianças poderão se tornar fontes de novas infecções, se não forem devidamente tratadas.

Diante desse contexto, este estudo pretende analisar os conhecimentos, atitudes e práticas do familiar responsável pela criança submetida ao tratamento da ILTB para sua criança, sua relação com, e conhecimento sobre, esse tratamento, para que, deste modo, possamos compreender suas reais necessidades de entendimento, bem como seus conceitos, crenças, dificuldades /facilidades e tomadas de decisão frente à terapia recomendada.

1.1 JUSTIFICATIVA

A motivação para este estudo surgiu no Curso de Especialização em Saúde Pública, realizado em 2007 e posteriormente no estágio voluntário em um Centro Municipal de Saúde com referência para tuberculose infantil.

A princípio, o meu despertar foi desenvolver um estudo sobre a tuberculose na criança. Entretanto, no cotidiano das consultas médicas desse Centro de Saúde, pude perceber que existiam muitos casos para indicação da ILTB (tratamento preventivo). Levando em consideração a importância desse tratamento, visto que a criança poderá adoecer se não for adequadamente tratada, busquei aprofundar mais o conhecimento sobre essa temática no curso de mestrado.

Como não existe administração direta do medicamento para casos de ILTB por um profissional de saúde, como nos casos de tuberculose, comecei a me questionar como seria o tratamento de âmbito domiciliar prestado pelo familiar à criança, visto que neste caso, se direciona a crianças saudáveis, sem sinais de enfermidade.

O interesse pelo conhecimento, atitudes e práticas do familiar responsável acerca do tratamento surgiu porque desde os primórdios até os dias atuais há muitos tabus, estigmas, fatores culturais, falta de entendimentos da população a respeito da tuberculose e seu tratamento. Levando em consideração que o conhecimento em saúde das pessoas podem ser guiados através de seus valores e suas crenças (HOFFMAN, 2007), pretendemos com este estudo entender todos esses aspectos e fatores que norteiam o tratamento com estes familiares, mesmo porque a criança depende deste, para buscar e realizar o tratamento para ela.

Nesta pesquisa, utilizamos o termo “familiar responsável” porque a criança é cuidada não apenas pelos pais biológicos, mas por um indivíduo responsável por ela, considerado como parte da família, seja por laços consanguíneos ou não.

Logo, este familiar, a partir da informação recebida para o tratamento da criança, terá o poder de decisão, de dar continuidade ao tratamento ou não. Entendemos que a família desempenha um papel positivo importante, mas quando não bem orientada poderá influenciar negativamente no tratamento (MACIEL et al, 2005).

Sendo, assim na atenção básica de saúde, é necessário envolver esses familiares com informações relevantes, a partir de seus conhecimentos prévios para que possam se conscientizar da importância do tratamento preventivo para sua criança. A revisão à literatura aponta que apenas a transmissão de informação tem se mostrado insuficiente para atender às propostas dos programas vigentes no controle da TB. É necessário planejar ações de saúde a partir do contexto de conhecimentos, atitudes e práticas dos familiares, para que todos os fatores envolvidos no tratamento sejam identificados e, desta forma, trazer subsídios para implementar de maneira mais efetiva as estratégias educativas voltadas para esta população.

Corroborando, Candeias e Marcondes (1979) colocam que avaliar o relacionamento entre conhecimentos, atitudes e práticas (CAP) pode se constituir em metodologia útil para o planejamento e avaliação do alcance das práticas de educação em saúde. Sabe-se que, mesmo com conhecimento sobre determinado tema, o indivíduo pode ter atitudes ou práticas não condizentes com o que foi aprendido, na maioria das vezes por opiniões pessoais ou familiares gerando práticas socioculturais, que podem comprometer sua saúde.

Mediante o que foi apresentado, compreendemos que esses resultados poderão trazer subsídios para contribuir na melhoria da qualidade de assistência em saúde e principalmente para o controle da TB mediante o controle dos contatos.

Sendo assim, esta pesquisa torna-se relevante e ao mesmo tempo oportuna porque a TB é uma doença contagiosa que persiste ainda em nosso meio e há uma preocupação muito grande para seu controle através da prevenção. Acredito que este estudo servirá como suporte para melhor direcionar a assistência da equipe de saúde para estes usuários que buscam atendimento na atenção básica de saúde.

No contexto assistencial, a investigação poderá contribuir para direcionar e conscientizar os integrantes da equipe de saúde enfatizando a importância das ações educativas sobre a tuberculose infantil aos usuários que buscam atendimento para sua criança na atenção básica de saúde.

Para o ensino, a temática apresenta conteúdos teóricos que poderão ser abordados na graduação e pós-graduação de áreas afins aumentando os conhecimentos científicos dos estudantes relacionados à prática na Atenção Básica de Saúde e acerca do entendimento dos fatores culturais dos familiares sobre o tratamento de prevenção da tuberculose infantil.

No âmbito da pesquisa, para os profissionais de áreas afins poderá estimular o surgimento de novas pesquisas referentes ao controle da tuberculose na infância por parte de pesquisadores interessados pelo tema. Espera-se que os resultados deste estudo possam suscitar outras pesquisas sobre a importância dos conhecimentos, atitudes e práticas acerca do tratamento da ILTB na criança contribuindo, cada vez mais para a melhoria do atendimento oferecido nas unidades básicas de saúde.

Este estudo contribui, ainda, para o fortalecimento da linha de pesquisa “A assistência de enfermagem a grupos, família e comunidade”, do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem e Saúde Coletiva (NUPENSC), da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), bem como para implementação da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Analisar o conhecimento, atitudes e práticas do familiar em relação ao tratamento da infecção latente por tuberculose na criança.

1.2.2 Objetivos Específicos

- a) Descrever as características clínico-epidemiológicas da criança que foi indicada para tratamento da ILTB
- b) Identificar as taxas de completude da criança em tratamento da ILTB.
- c) Avaliar as barreiras associadas ao tratamento da infecção latente da tuberculose enfrentadas pelo familiar responsável da criança.

2 - REVISÃO DA LITERATURA

2.1 TUBERCULOSE

A tuberculose constitui uma das doenças infectocontagiosas mais antigas, que afeta o homem desde a pré-história. Existem crônicas arqueológicas da doença entre vários povos da antiguidade, como no caso das múmias egípcias onde foram encontradas lesões que sugeriam a doença na coluna espinhal conhecida como mal de Pott, cerca de 5 mil anos antes de Cristo (CAMPOS & PIANA, 2001).

É uma doença de evolução crônica causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* comumente conhecido como bacilo de Koch (BK) na qual os pulmões são alvo primário, mas qualquer órgão pode ser infectado, como é o caso dos rins, ossos e meninges (BRASIL, 2002; GENTA & CONNOR, 2002). O *M. tuberculosis* se espalha através do ar, por meio de gotículas contendo os bacilos expelidos por um paciente com tuberculose pulmonar, que geralmente é um adulto, ao espirar, ou falar em voz alta. Quando essas gotículas são inaladas, provocam a infecção tuberculosa e o risco de desenvolver a doença (BRASIL, 2001).

Corroborando, Perrechi (2005) coloca que o simples ato de tossir ou de falar por cinco minutos, pode produzir em torno de 3000 gotículas infectantes e espirrar produz um valor muito maior em relação ao simples ato de falar ou tossir. O indivíduo pode ainda permanecer disseminando o bacilo por semanas sem, no entanto, procurar os serviços saúde, o que acaba causando transmissão e/ou exposição a indivíduos saudáveis.

2.2 DIAGNÓSTICO DA CRIANÇA COM SUSPEITA DE TUBERCULOSE

A TB na criança (menores de 10 anos) apresenta especificidades que devem ser consideradas durante sua investigação diagnóstica. A forma pulmonar difere do adulto, pois costuma ser abacilífera, isto é, negativa ao exame bacteriológico, pelo reduzido número de bacilos nas lesões. Ao término da infância e ao início da adolescência (10 anos ou mais) aparecem formas semelhantes às encontradas em adultos. As lesões passam a ser mais extensas nos terços superiores dos pulmões, escavadas, disseminadas bilateralmente (BRASIL, 2002; 2011).

As manifestações clínicas sugestivas de tuberculose na criança e adolescente podem ser variadas. Os dados que chamam atenção na maioria dos casos são a febre, habitualmente

moderada, persistente por mais de 15 dias e frequentemente vespertina, e são comuns irritabilidade, tosse, perda de peso, sudorese noturna, às vezes profusa (BRASIL, 2002; 2011).

Muitas vezes a suspeita de tuberculose é feita em casos de pneumonia de evolução lenta que não vêm apresentando melhora com o uso de antimicrobianos para bactérias comuns. Em crianças e adolescentes, há predomínio da localização pulmonar sobre as formas de tuberculose extrapulmonares (BRASIL, 2002; 2011).

Deve-se também suspeitar de tuberculose quando a criança apresentar linfadenopatia cervical ou axilar, após excluir adenite infecciosa aguda com evidentes sinais flogísticos. Na presença de reação forte ao PT, está indicado o tratamento (BRASIL, 2002; 2011).

Os achados radiográficos mais sugestivos de tuberculose nessa faixa etária são: adenomegalias hilares e/ou paratraqueais (gânglios mediastínicos aumentados de volume); pneumonias com qualquer aspecto radiológico, de evolução lenta, às vezes associada a adenomegalias mediastínicas, ou que cavitam durante a evolução e o infiltrado nodular difuso (padrão miliar) (BRASIL, 2002; 2011).

Deve-se sempre investigar se houve contato prolongado com adulto doente de tuberculose pulmonar bacilífera ou com história de tosse por três semanas ou mais. Os casos suspeitos de tuberculose em crianças e adolescentes devem ser encaminhados para a unidade de referência para a investigação e a confirmação do diagnóstico (BRASIL, 2011).

A Prova Tuberculínica (PT) pode ser interpretada como sugestiva de infecção por *M. tuberculosis* quando igual ou superior a 5 mm em crianças não vacinadas com BCG; crianças vacinadas há mais de 2 anos ou com qualquer condição imunodepressora; em crianças vacinadas há menos de 2 anos considera-se sugestivo de infecção PT igual ou superior a 10 mm (BRASIL, 2011). Após definição do diagnóstico e estabelecido o tratamento, a criança deverá voltar para acompanhamento na UBS

2.3 PREVENÇÃO DA TUBERCULOSE NA INFÂNCIA

Atualmente, a prevenção da tuberculose na infância é feita através da vacinação com BCG e do tratamento da ILTB.

2.3.1 Vacinação com BCG

No Brasil, a vacina BCG é prioritariamente indicada para as crianças de 0 a 4 anos de idade, sendo obrigatória para menores de um ano, como dispõe a Portaria nº 452, de 06/12/76,

do Ministério da Saúde. Essa orientação se dá em função da elevada prevalência de infecção tuberculosa em nosso meio e, portanto, as crianças devem ser vacinadas o quanto antes, se possível logo após o nascimento. Ela Também previne as formas graves da tuberculose (miliar e meníngea) e deve ser aplicada o mais precocemente nas crianças HIV-positivas assintomáticas (BRASIL, 2011; 2002).

A vacinação com o *Mycobacterium bovis* atenuado, conhecido como bacilo de Calmette e Guérin (BCG) exerce poder protetor contra as manifestações graves da primoinfecção, como as disseminações hematogênicas e a meningoencefalite, entretanto não evita a infecção tuberculosa e não protege os indivíduos já infectados pelo *M. tuberculosis* (BRASIL, 2002; BRASIL, 2011).

A eficácia da vacina BCG foi avaliada em vários estudos bem controlados, de forma geral esses encontraram melhores resultados na proteção para formas graves da doença. As taxas de proteção para essas formas situam-se ao redor de 70% e a proteção é maior quando a vacinação é mais precoce: 85% quando aplicado no recém-nascido (RN) 70% quando aplicado aos dez anos de vida e 50% quando aplicado aos 20 anos (GILIO, 2006).

A BCG é considerada uma das vacinas mais administrada em todo o mundo. Estima-se que mais de um bilhão de pessoas foram vacinadas desde a sua primeira aplicação em 1921, a OMS estima que 100 milhões de crianças recebem a vacina a cada ano e atualmente é única vacina disponível para a tuberculose (SUCCI, 2008).

Dentre as indicações para aplicação da vacina BCG, estão; recém-nascidos, desde que tenham peso igual ou superior a 2 quilos e sem intercorrências clínicas, incluindo os recém-nascidos de mães com AIDS. Incluem também crianças com menos de 5 anos de idade que nunca tiverem sido vacinadas. Já os recém-nascidos contatos de pessoas com tuberculose bacilíferas não deverão ser vacinados com BCG e farão previamente a quimioprofilaxia (BRASIL, 2011).

2.3.2 Prevenção da Infecção Latente por Tuberculose (ILTb)

A quimioprofilaxia foi a terapia preventiva introduzida na década de 1950, através de estudo conduzidos pelo serviço de saúde pública dos EUA (United States Public Health Service) os quais demonstraram redução na incidência dos grupos tratados com a isoniazida em torno de 60% a 88%. Porém, só a partir de 1967, a American Thoracic Society (Sociedade Torácica Americana, ATS) oficializou o emprego da isoniazida como tratamento de pessoas

com infecção latente, consideradas, por sua vez, como indivíduos com alto risco de desenvolver a doença ativa, como é o caso dos contatos (COUTO, 2002).

A infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* é chamada de latente devido à ausência de manifestações clínicas, à baixa taxa de replicação do *M. tuberculosis* e à reduzida carga bacilar destes quando comparado à doença ativa (PINHEIRO, 2009).

A nova terminologia “tratamento da infecção latente por tuberculose”, proposta pela ATS e pelo Centers for Disease Control and Prevention (Centro para Controle e Prevenção de Doenças dos EUA, CDC), vem substituir os termos “terapia preventiva” e “quimioprofilaxia”, até hoje ainda utilizados. O objetivo da nova nomenclatura é descrever a intervenção pretendida de um modo mais preciso, uma vez que, os termos em desuso corresponderiam ao uso da monoterapia exclusiva com isoniazida (H) para prevenção do desenvolvimento da tuberculose em pessoas infectadas pelo *M.tuberculosis* (quimioprofilaxia secundária), não incluindo necessariamente a prevenção de infecção em indivíduos expostos ao *M. tuberculosis* (quimioprofilaxia primária) (ATS, 2000).

No entanto, o II Consenso Brasileiro de Tuberculose, optou por manter a terminologia “quimioprofilaxia”, sob argumentação de que a indicação prioritária deste tratamento é em pessoas infectadas e que a isoniazida é o regime de escolha (CONSENSO BRASILEIRO DE TUBERCULOSE, 2004).

2.4 ISONIAZIDA (H)

O fármaco utilizado para a infecção latente é a (H) Isoniazida – na dose de 5 a 10 mg/kg de peso, até a dose máxima de 300 mg/dia. O tratamento deve ser realizado por um período mínimo de 6 meses. Há evidências de que o uso por 9 meses protege mais do que o uso por 6 meses, principalmente em pacientes com HIV/AIDS. Embora não haja estudos randomizados comparando diretamente 6 e 9 meses de tratamento com H, um estudo da Union conduzido em 28.000 pessoas que comparou 3, 6 e 12 meses de tratamento mostrou que o subgrupo do braço de 12 meses que aderiu a pelo menos 80% das doses foi mais protegido do que o grupo que usou por 6 meses. A opção entre 6 e 9 meses de tratamento deve considerar a viabilidade operacional e a adesão do paciente (BRASIL, 2011).

A isoniazida é o fármaco mais ativo para o tratamento da tuberculose causado por cepas sensíveis. Trata-se de uma pequena molécula simples (PM de 137), livremente solúvel em água. *In vivo* inibe a maioria dos bacilos da tuberculose, numa concentração de 0,2 mg/ml ou menos, enquanto é bactericida para os bacilos da tuberculose em fase de crescimento ativo.

Tem capacidade de penetrar nas células fagocíticas e, portanto, mostra-se ativa contra o micro-organismo tanto extracelular quanto intracelular (NABUCO, 2001). É rapidamente absorvida pelo trato gastrointestinal. A administração de uma dose oral de 300mg, (5 mg/kg em crianças) resulta em concentrações plasmáticas máximas de 3-5 mg/ml, dentro de 1-2 horas. Sofre rápida difusão em todos os líquidos e tecidos corporais, a concentração no sistema nervoso central e no líquido cefalorraquidiano corresponde cerca de 20 a 100% das concentrações séricas (NABUCO, 2001).

2.5 CONTROLE DA TUBERCULOSE

O Plano Global para o Combate da Tuberculose 2011, proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), tem como visão livrar o mundo da tuberculose. Seu objetivo é reduzir drasticamente a carga da doença até 2015. O plano está dividido em seis componentes: expandir a estratégia Tratamento Diretamente Observado (TDO), visar a coinfeção TB/HIV, tuberculose multidrogarresistente, e as necessidades de populações pobres e vulneráveis; fortalecer o sistema de saúde baseado na atenção primária; empoderar as pessoas com tuberculose e a sociedade civil organizada; envolver todos os prestadores de serviços de saúde; possibilitar e promover pesquisas (BOLETIM EPIDEMIOLOGICO,2012)

Quanto ao tratamento da ILTB com isoniazida (H), em 2011 o MS publicou o Manual de recomendações para controle da tuberculose que tem as seguintes indicações para controle de crianças contatos de adultos bacilíferos:

Além do resultado da PT, a indicação do uso da H para tratamento da ILTB depende de três fatores: a idade, a probabilidade de ILTB e o risco de adoecimento. Os grupos com indicação de tratamento dentre outros são, crianças menores de 10 anos contatos de casos bacilíferos, com as seguintes indicações; Prova tuberculínica igual ou superior a 5 mm em crianças não vacinadas com BCG, crianças vacinadas há mais de 2 anos ou qualquer condição imunossupressora; Prova tuberculínica igual ou superior a 10 mm em crianças vacinadas com BCG há menos de 2 anos e crianças que adquiriram ILTB até os 5 anos (BRASIL, 2011).

2.6 CONTROLE DA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO BÁSICA

Muito se tem produzido sobre o controle da TB em hospitais e ambulatórios de referência, com uma carência de recomendações claras para unidades básicas de saúde. Considera-se que a Atenção Básica, em particular a Estratégia de Saúde da Família (ESF), seja, hoje, no Brasil, a grande porta de entrada do paciente com TB. A parceria com a Atenção Básica de Saúde no sentido de integrar às ações de vigilância em saúde deve ser estimulada e priorizada pelos Programas de Controle da Tuberculose locais (BRASIL, 2011).

O paciente bacilífero deve ser consultado em intervalos regulares de 30 dias, onde será estimulada adesão e será feito o monitoramento clínico de efeitos adversos. Após o término do tratamento, os pacientes devem ser orientados a procurar a unidade de saúde em caso de sintomas sugestivos de TB. O tratamento da infecção latente deve ser notificado em ficha específica definida por alguns estados da federação (BRASIL, 2011).

O controle de contatos deve ser considerado como ferramenta importante para prevenir o adoecimento e diagnosticar precocemente casos de doença ativa nessa população, e pode ser priorizada pelos programas de controle de TB (BRASIL, 2011).

O controle deve ser realizado fundamentalmente pela atenção básica. Os serviços devem se estruturar para que esta prática de grande repercussão seja otimizada. Nos serviços que já realizam esse controle, esforços adicionais devem ser feitos para ampliação do cuidado entre os assintomáticos e também a instituição do tratamento da infecção latente (quimioprofilaxia secundária), quando indicado. Nesses casos, a unidade de saúde deve, além de garantir o acesso à isoniazida, criar condições operacionais para o adequado seguimento dessas pessoas, incluindo o manejo dos efeitos adversos e a vigilância sobre faltosos (BRASIL, 2011).

O contato é definido como toda pessoa que convive no mesmo ambiente com o caso índice, que neste caso é o próprio indivíduo com tuberculose, no momento do diagnóstico da TB. Esse convívio pode ocorrer em casa e/ou em ambientes de trabalho, instituições de longa permanência, escola ou pré-escola. A avaliação do grau de exposição do contato deve ser individualizada considerando-se a forma da doença, o ambiente e o tempo de exposição (BRASIL, 2010).

Tendo em vista que crianças com TB em geral desenvolvem a doença após transmissão por um contato adulto bacilífero, preconiza-se a investigação de todos os seus contatos, independentemente da forma clínica da criança, a fim de se identificar não somente

os casos de ILTB, mas principalmente o caso índice, interrompendo assim a cadeia de transmissão (BRASIL, 2011).

Contatos menores de 5 anos, pessoas vivendo com HIV-AIDS e portadores de condições consideradas de alto risco devem ser considerados prioritários no processo de avaliação de contatos e tratamento de ILTB (BRASIL, 2011).

Sendo assim, o processo de avaliação deve ser feito da seguinte forma; o caso índice deve ser entrevistado o quanto antes para identificação das pessoas que serão consideradas contatos; os contatos e suas respectivas idades devem ser listados; o tipo de convívio deve ser estabelecido (casa, ambiente de trabalho, escola e outros) e formas de localização devem ser identificadas (endereço e/ou telefone); sempre que possível realizar visita domiciliar para um melhor entendimento das circunstâncias que caracterizam os contatos identificados na entrevista do caso índice; todos os contatos serão convidados a comparecer à unidade de saúde para serem avaliados. Essa avaliação consiste na realização de criteriosa anamnese e exame físico:

- Sintomáticos crianças ou adultos (incluindo pessoas vivendo com HIV/AIDS) – deverão ter sua investigação diagnóstica ampliada com radiografia de tórax, baciloscopia de escarro e/ou outros exames de acordo com cada caso.
- Contatos com história prévia de TB tratada anteriormente com quaisquer resultados da PT, não devem ser tratados para ILTB.
- Contatos infectados pelo HIV deverão tratar ILTB independentemente do resultado da PT.
- Assintomáticos crianças – realizar PT e radiografia de tórax na primeira consulta. Se $PT \geq 5\text{mm}$ (em crianças não vacinadas com BCG, crianças vacinadas há mais de 2 anos ou portadora de qualquer condição imunossupressora); ou $\geq 10\text{mm}$ em crianças vacinadas com BCG há menos de 2 anos, tratar ILTB. Se PT não preencher os critérios acima, repeti-la em 8 semanas. Em caso de conversão tratar ILTB.

O manual também recomenda a visita domiciliar caso os contatos não compareçam à unidade de saúde, o resultado da avaliação do contato deve ser registrado em prontuário ou ficha específica. Os contatos registrados e examinados devem ser informados no Livro de Registro e Acompanhamento de Tratamento de Casos, em campo específico. Após serem avaliados, não sendo constatada TB ou não existindo indicação de tratamento da ILTB, deverão ser orientados a retornar à unidade de saúde, em caso de aparecimento de sinais e sintoma sugestivos de tuberculose, particularmente sintomas respiratórios.

2.7 CONCEITOS DE CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS

Existem vários conceitos e estudos sobre conhecimentos, atitudes e práticas (CAP), entretanto ressaltamos que neste estudo utilizamos o método CAP da OMS, como base deste estudo descrita logo abaixo. Segundo a OMS (2008) uma pesquisa CAP é um estudo representativo de uma determinada população para coletar informações, sobre o que é conhecido, acreditado e feito a respeito de um determinado tema.

Este tipo de pesquisa pode identificar conhecimentos, crenças culturais, ou padrões de comportamento que podem facilitar a compreensão e ação de um grupo populacional em questão, bem como identificar os problemas e barreiras que podem impedir as ações de controle da tuberculose (OMS, 2008).

Em certa medida identificam os fatores que influenciam o comportamento que não são conhecidos pela maioria das pessoas, as razões para suas atitudes e como e por que praticam certos comportamentos em saúde, bem como necessidades e barreiras, encontrados por esses indivíduos, e a partir desses resultados buscam-se soluções para melhoria da qualidade da assistência em saúde, a cerca do que foi pesquisado em questão (OMS, 2008).

A seguir apresentamos conceitos de outros autores sobre conhecimentos, atitudes e práticas.

Candeias e Marcondes (1979) colocam que como parte do planejamento em educação em saúde, cabe aos profissionais fazer um diagnóstico dos conhecimentos, atitudes e práticas em saúde do educando, antes da intervenção, para, posteriormente, desenvolver atividades programadas que lhe permitam alcançar os conhecimentos, atitudes e práticas desejadas do ponto de vista da saúde pública.

Conhecimento, atitude e prática constituem-se de conceitos diferenciados, embora correlacionados. “Conhecimento significa recordar fatos específicos ou a habilidade para aplicar fatos específicos na resolução de problemas ou, ainda, emitir conceitos com a compreensão adquirida sobre determinado evento” (MARINHO 2003, p. 25).

O conceito de conhecimento, segundo Pinto, “é a capacidade que o ser vivo possui para representar o mundo que o rodeia e reagir a ele” (PINTO, 1985, p. 45). Já Marinho (2003, p. 25) diz que é a habilidade para aplicar fatos específicos na resolução de problemas, ou, ainda, emitir conceitos com a compreensão adquirida sobre determinado evento.

Aranha (2001) também coloca que o senso comum é um tipo de conhecimento que ajuda a nos situarmos no cotidiano, para compreendê-lo e agir sobre ele, ou seja, é um conjunto de crenças, já que esse conhecimento quase sempre o recebemos pela tradição de

modo espontâneo, não crítico. Conhecimento é baseado nas informações prévias que o homem adquire. Para gerar conhecimento, faz-se necessário interpretar fatos, além de criar novas associações (MARX & BENTO, 2004).

Atitude é essencialmente ter opiniões, sentimentos, predisposições e crenças, relativamente constantes, dirigidos a um objetivo, pessoa ou situação. Relaciona-se ao domínio afetivo e dimensão emocional. Para Richardson e colaboradores, “as atitudes são predisposições para reagir positiva ou negativamente a respeito de certos objetos, instituições, conceitos e outras pessoas” (RICHARDSON *et al*, 1999, p. 265).

O conceito de atitude, segundo Rodrigues “é um conceito muito controverso” (RODRIGUES, 1978, p. 29). O autor relata um estudo realizado por Allport, em 1935, afirma ainda que atitudes sejam variáveis intervenientes não observáveis, mas diretamente inferíveis do comportamento observável, integrando-as as três componentes que são o cognitivo, afetivo e comportamental.

Prática “é a tomada de decisão para executar a ação”. Relaciona-se aos domínios psicomotor, afetivo, cognitivo e social (MARINHO 2003). Embora se espere que as práticas sejam executadas em consonância cognitiva, muitas vezes isso pode não acontecer. Por exemplo, há sujeitos que adotam práticas a despeito de conhecer a potencialidade negativa de seus efeitos na saúde.

Na prática, observa-se que as pessoas não atuam simplesmente em função do conhecimento que possuem, pois muitos indivíduos adotam práticas que frequentemente acabam afetando a sua saúde, seja em curto, médio ou em longo prazo (STRIMISKA, 1985).

O modelo CAP foi proposto visando facilitar a fase do diagnóstico no planejamento em educação para saúde. Essa teoria parte do pressuposto de que os conceitos propostos facilitem o diagnóstico educativo e a intervenção em saúde (CANDEIAS & MARCONDES, 1979).

Segundo o modelo comportamental de CAP, um comportamento em saúde prende-se a um processo sequencial, com origem na aquisição de um conhecimento cientificamente correto, que pode explicar a formação de uma atitude favorável e a adoção de uma determinada prática de saúde (CANDEIAS & MARCONDES, 1979; ABREU, 2002. De acordo com a premissa do CAP, na área da saúde, se proporcionarmos um conhecimento correto, possibilitaremos a mudança de atitude das pessoas, as quais, posteriormente, poderão atuar positivamente (LEÓN, 1996; CANDEIAS & MARCONDES, 1979).

Entendemos que todos esses aspectos mencionados acima têm grande relevância para o planejamento em saúde, em especial no que se trata de uma doença antiga e ainda tão presente em nosso meio como é o caso da tuberculose, cabendo aos gestores e profissionais responsáveis pelo controle da tuberculose buscar os conhecimentos, atitudes e práticas em saúde dos usuários que buscam atendimento, de modo a possibilitar o desenvolvimento de atividades que favoreçam um CAP desejável, a partir dos resultados encontrados do ponto de vista saudável em saúde pública.

Neste sentido, entendemos que um estudo que faça entender a consistência ou inconsistência entre conhecimento, atitudes e práticas, torna-se fundamental para a saúde pública, pois as inconsistências encontradas dificultam ou impedem a consecução dos objetivos propostos pelos programas de saúde (CANDEIAS & MARCONDES 1979).

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, tipo inquérito, desenvolvido em duas etapas na Área de Planejamento 2.1 (AP), do Município do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

Os inquéritos sobre CAP justificam-se pela constatação de que indivíduos são diferentes em relação aos conhecimentos sobre saúde, têm atitudes que não são uniformes e diferem em relação à prática que adotam para si e seus familiares, aspectos que guardam estreito relacionamento, desta forma as informações resultantes do inquérito são úteis para o planejamento e condução de programas e atividades em saúde (PEREIRA, 2000).

3.2 ÁREA E POPULAÇÃO DO ESTUDO

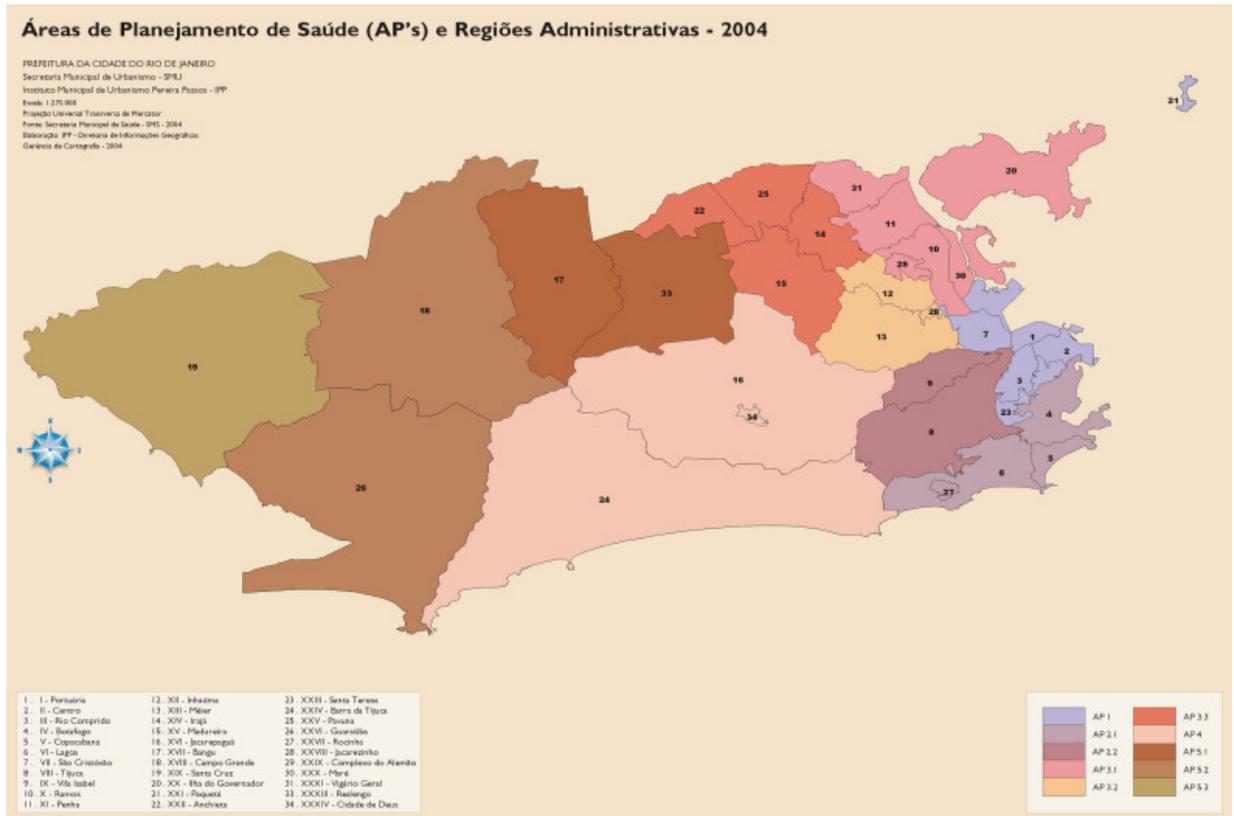
A população estimada para o Rio de Janeiro em 2009 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) foi de 6.186.710 habitantes na cidade.

Atualmente conta com 10 Áreas de Planejamento (APs) e 33 Regiões Administrativas (RAs) e 160 bairros (INSTITUTO PEREIRA PASSOS, 2010) (FIGURAS 1, 2 e 3).

A área de Planejamento 2.1 referência para este estudo possui 18 bairros e uma população total estimada no ano de 2006 de cerca de 638.000 habitantes (SMSDC, 2006), compreende unidades básica de saúde, das quais destacamos 2 o que fará parte deste estudo como; CMS Píndaro de Carvalho Rodrigues, localizado na VI RA, no bairro da Gávea; e o CMS Manoel José Ferreira, situado na IV RA, no bairro do Catete.

Cada Região Administrativa é responsável por prestar assistência a um determinado número de bairros, o CMS Píndaro de Carvalho Rodrigues abrange os bairros da Lagoa, Ipanema, Leblon, Jardim Botânico, Rocinha e Gávea, e o CMS Manoel José Ferreira, os bairros do Catete, Flamengo, Botafogo e Glória, todos localizados na Zona Sul do Rio de Janeiro (SMSDC, 2010).

Figura 2 – Mapa do Município do Rio de Janeiro por Área de Planejamento e Regiões Administrativas



Fonte: Instituto Pereira Passos – Ano 2010

Figura 3 – Bairros da Área de Planejamento 2.1



Fonte: Instituto Pereira Passos – Ano 2010.

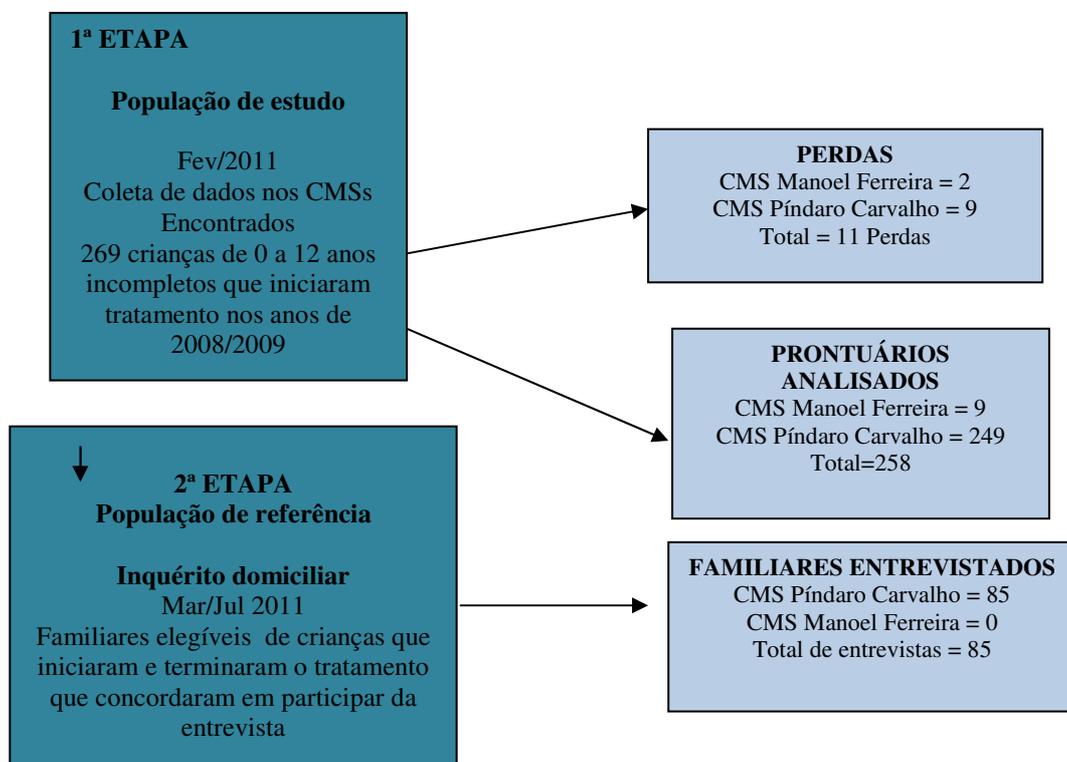
A população de estudo abrangeu todos os usuários dos dois Centros Municipais de Saúde (CMS), do setor de controle de tuberculose. Ressaltamos que esses centros Municipais são localizados na Zona Sul e foram selecionados para este estudo porque trabalham com programa de controle de tuberculose sendo nosso foco de estudo os contatos.

A população de referência foram os familiares responsáveis pelas crianças submetidas ao tratamento de ILTB com idade de 0 a 12 anos incompletos, contatos de casos de tuberculose pulmonar e com indicação para esse tratamento.

O número de participantes foram todas as crianças de 0 a 12 anos que iniciaram o tratamento para ILTB de 01 de janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2009 total de (269) nesses dois CMSs.

A amostra foi por conveniência, sendo realizado o inquérito domiciliar somente com os familiares das crianças que residiam na Área de Planejamento 2.1. No caso de residirem em comunidades de baixa renda, o inquérito foi feito somente naquelas que possuíam Unidade de Polícia Pacificadora (UPP), excetuando-se a Rocinha (FIGURA 4).

Figura 4
Diagrama de constituição da população do estudo



3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

3.3.1 Critérios para a Primeira Etapa

Critérios de inclusão

- a) Todas as crianças de 0 a 12 anos incompletos registradas em livro para início de tratamento de ILTB nos anos de 2008 e 2009.

Critérios de exclusão

- a) Situações que não foi possível encontrar o prontuário.
- b) Crianças que não tiverem seu endereço registrado no prontuário.

3.3.2 Critérios para a Segunda Etapa

Critérios de inclusão

- a) Familiar responsável da criança moradora da área 2.1

Critérios de exclusão

- a) Familiar responsável que houvesse falecido.
- b) Familiar responsável incapaz de responder o questionário.

Perdas

As seguintes situações foram consideradas como perdas:

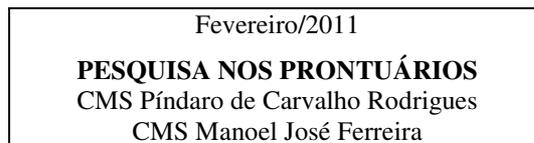
- a) Familiar responsável pela criança cujo contato telefônico ou presencial não pode ser realizado.
- b) Familiar responsável pela criança que não foi possível localizar.
- c) Familiar responsável pela criança que não concordou em participar.

3.4 Coleta de dados – Fontes e Instrumentos

A primeira etapa do estudo foi realizada em duas Unidades Básicas de Saúde da Área de Planejamento 2.1, onde foi feito um levantamento nos prontuários das crianças submetidas ao tratamento da ILTB no período de Janeiro de 2008 a Dezembro de 2009. E na segunda Etapa foi realizado o inquérito domiciliar, com o familiar responsável (que ficou responsável pelo tratamento dela neste período ou pelo menos a maior parte do tratamento) dessas crianças identificadas através dos prontuários (FIGURA 5).

Figura 5
Etapas do trabalho de Campo

1ª Etapa



2ª Etapa



3.4.1 Primeira Etapa

Foi realizada uma busca nos prontuários de todas as crianças inscritas no setor de referência para controle da tuberculose das Unidades referidas.

Esse levantamento teve como objetivo obtermos informações sobre o quantitativo de crianças indicadas para este tratamento, dados das crianças que já terminaram o tratamento da ILTB, bem como telefone e endereço de sua residência.

Para tal foi utilizados o roteiro descrito a seguir (APÊNDICE 1).

- a) Identificação do livro de registro de casos de início de tratamento da infecção latente por tuberculose.
- b) Número de crianças com indicação para tratamento da Infecção Latente por tuberculose.
- c) Número de crianças que trataram a Infecção Latente por tuberculose no período de Janeiro de 2008 até Dezembro de 2009.
- d) Levantamento dos prontuários das crianças de 1 a 12 anos incompletos inscritas como contatos de casos de tuberculose pulmonar nas duas Unidades de estudo.
- e) Dados sociodemográficos, histórico de tuberculose na criança e/ou família, histórico de HIV, abandono ao tratamento, tempo de tratamento da ILTB, exames relacionados, reações adversas e desfecho do tratamento.

A coleta das informações referentes ao endereço residencial e telefone dos pacientes foi necessária para a segunda etapa do estudo desenvolvida por meio de um inquérito domiciliar, no qual a entrevista foi utilizada como técnica de coleta de dados. Portanto, os dados sociodemográficos dos familiares (como, por exemplo, endereço e telefone dos responsáveis pelas crianças participantes do estudo) foram fundamentais para a marcação de entrevista por telefone, quando possível, ou mesmo com visita à sua residência seja com a ajuda do agente comunitário de saúde e/ou líder comunitário ou por meios próprios da pesquisadora.

Esclarecemos também que a proposta inicial deste estudo era incluir três CMSs, neste caso o CMS João Barros Barreto, que também pertence à área de planejamento 2.1, porém este foi excluído deste estudo, porque, na ocasião, não trabalhava com registro em livro dos pacientes que fizeram quimioprevenção/tratamento da infecção latente, fazia-se registro em folhas próprias que eram enviadas a Secretaria Municipal de Saúde, a cópia ficava anexada ao prontuário e arquivada, por essa razão foi impossível colher os dados de crianças que fizeram tratamento no referido CMS.

3.4.2 Segunda Etapa

Após a conclusão da primeira etapa iniciou-se a localização dos endereços das crianças que iniciaram tratamento da ILTB no período de 1 de Janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2009. Este período foi elegido, pois segundo dados epidemiológicos havia muitos números de casos de TB, nesta ocasião, outro fato é que só após em média 12 meses é dado como abandono, crianças que não comparecem ao CMS. Levando em consideração o

início deste estudo em 2010, tornou-se mais adequado esta ocasião, afim de não perdermos dados.

Essa segunda etapa foi realizada após o estabelecimento de contato por telefone ou visita na residência, com o consentimento do familiar responsável em aceitar responder o questionário, sempre obedecendo às questões éticas em vigor. Como o maior número de crianças estava localizado na Rocinha (88,3%), por conveniência a busca por esses familiares iniciou-se primeiro nessa região e, devido às limitações como localização da moradia em razão às inúmeras obras realizadas ao longo dos anos e à própria área geográfica dessa comunidade, contamos com a colaboração da equipe da Estratégia de Saúde da Família que conhecia a região para auxiliar na busca dos familiares.

A Rocinha dispõe de três clínicas da família localizadas na região, como: Rinald de Lamare, Maria do Socorro e Albert Sabin, cada clínica da família é responsável por áreas dentro da comunidade distribuídas por equipes e os respectivos agentes comunitários responsáveis através de supervisão por microáreas distribuídas em todo território.

Apesar da colaboração de todos dessas três unidades, por meio de informações sobre a área e a possível localização/identificação desses familiares, optamos em contar com a colaboração de apenas um agente comunitário para adentrarmos na comunidade. Essa opção se deu, em primeiro lugar, para não atrapalhar o andamento do serviço nessas três unidades e mesmo porque traria um prejuízo de tempo muito grande no andamento deste estudo, pois necessitaria de além de agendamentos, a disponibilidade do agente comunitário responsável por cada microárea que a criança se encontrava, uma vez que existiam crianças que fizeram esse tratamento em toda a comunidade, o que traria uma mobilização de vários agentes comunitários na busca desses familiares junto à autora.

Sendo assim, iniciamos a busca desses familiares esgotando as área da clínica da família Maria do Socorro e suas microáreas, e depois outras, e essa escolha justifica-se também pelo grande número das crianças estarem concentradas nessa região e pelo agente comunitário coparticipante fazer parte dessa clínica.

Lembrando que se buscou entrevistar os familiares de crianças que iniciaram e completaram o tratamento, correspondendo a 171 indivíduos.

Ressaltamos também que a definição do quantitativo de familiares entrevistados deu-se por conveniência, logo, a busca pelos familiares ocorreu até se esgotar o tempo estabelecido pelo cronograma para coleta de dados.

Sendo assim, todos os familiares localizados no bairro da Rocinha que aceitaram participar deste estudo foram em número de 85.

Em relação ao CMS Manoel José Ferreira, dos usuários (9 participantes) identificados através do prontuário, não foi possível a localização de nenhum familiar, visto que, além de morarem em bairros diferentes e distantes, 5 desses moravam em comunidades ainda não pacificadas, 3 (irmãos) moradores do mesmo domicílio não moravam mais na região, e 1 não foi possível contato.

3.4.3 Instrumento de Coleta de Dados

O instrumento utilizado para segunda fase deste estudo foi um questionário composto de perguntas abertas e fechadas, o qual teve como base outros questionários de estudos internacionais (ARROL *et al*, 2003; OMS, 2008) e nacionais (MARINHO *et al*, 2003, GAMARRA, 2003; PAIVA, 2008; MOTTA *et al*, 2007) que pesquisaram conhecimentos, atitudes e práticas em saúde, independentemente do objeto de estudo. O conteúdo das questões do presente estudo abrangeu variáveis socioeconômicas e demográficas (idade, escolaridade, ocupação, renda e religião), além história familiar e pessoal para tuberculose, conhecimentos, atitudes e prática relacionada aos responsáveis frente ao tratamento medicamentoso da tuberculose infantil, como também a percepção dos usuários quanto ao acesso e organização dos serviços de saúde (APÊNDICE 2).

Esclarecemos também que a entrevista com os familiares não foi realizada somente em seus domicílios, mas na oportunidade conseguimos identificá-los na clínica da família, na rua, na porta da escola local, na pracinha, na casa de vizinhos, até dentro de seu comércio que fica dentro da própria comunidade. A participação dos familiares já entrevistados também contribuiu muito para este estudo, visto que voluntariamente cada familiar visitado indicava outro da própria família ou conhecido que fez o tratamento na mesma ocasião.

Em relação ao tempo médio para a realização das entrevistas não foi possível estabelecer um o “tempo de início e término das entrevistas”, visto que devido a carência da população, sabendo que estavam recebendo a visita de um enfermeiro e um agente comunitário, interrompiam a entrevista para perguntarem sobre receitas médicas, informações sobre marcação de consultas, ou então comentavam sobre algum sintoma que estavam sentindo, por esse motivo não foi possível estabelecer tempo médio das entrevistas.

3.5 PRÉ-TESTES

Os pré-testes são testes iniciais de um ou mais aspectos do desenho da pesquisa, geralmente, isso significa a administração do esboço do questionário a um grupo de sujeitos. A finalidade é identificar problemas durante a entrevista, detectados pelo entrevistador, de forma a sondar sua natureza. Diferem dos estudos piloto que se referem a exames em miniatura de todo o desenho da pesquisa (BABBIE, 1999).

Pré-teste em CAP é um passo essencial que vai determinar se os dados coletados são úteis e se existem questões que devem ser excluídas ou adicionadas antes de imprimir o instrumento. Deve ajudar a descobrir; quais perguntas os entrevistados não entenderam ou foram sujeitos a múltiplas interpretações; quantas perguntas pareciam redundantes ou desnecessárias, bem como melhorar a formulação das perguntas para garantir que as respostas darão a informação desejada e se é necessário voltar e revisar o questionário para rever o que está faltando (OMS, 2008).

O questionário deve ser aplicado a um pequeno número dos indivíduos selecionados aleatoriamente da população alvo da pesquisa, geralmente é suficiente de dois a cinco pré-testes, não sendo necessário mais que isso para que se possa identificar áreas que necessitam de melhoria (OMS, 2008).

Nesta etapa, foi aplicado o pré-teste por meio de questionário para 5 familiares moradores da Rocinha que já tinham terminado o tratamento na criança no período proposto já citado. Conforme o andamento das entrevistas identificou-se a necessidade de ajustes no instrumento de forma a ficar mais acessível à compreensão da amostra de estudo. Esses familiares não foram excluídos do estudo.

As duas fases da coleta de dados foram realizadas pela pesquisadora.

3.6 DEFINIÇÕES DAS VARIÁVEIS

As definições de conhecimento, atitude e prática, foram feitas a partir de leituras de outros estudos, (PAIVA, 2008; MOTTA et al, 2007). Porém nos baseamos no guia KAP (Knowledge, Attitude and Practice - conhecimento, atitude e prática, OMS, 2008), para a construção do questionário deste estudo. E para fins de avaliação de como as respostas estavam adequadas ou inadequadas, tomou-se como base os manuais do MS e estudos de autores com a mesma temática, conforme apresentado no quadro a seguir.

QUADRO 1 - Definições de conhecimento, atitudes e práticas

Variáveis	
Conhecimento	Definidos a partir de respostas adequada e/ou inadequado nas questões 16 a 20 Tabela-9 (Parte D) do questionário. Foi considerado quem sabia responder pelo menos uma questão da pergunta de TB e uma questão da pergunta de ILTB, levando em consideração o (Quadros 6, 7, 8).
Atitudes	Definidos a partir de resposta adequada e/ou inadequado nas questões 21 ao 32, Tabela-10 (Parte E), do questionário. Foi considerado quem sabia responder pelo menos uma questão da pergunta de TB e uma questão da pergunta de ILTB, levando em consideração o (Quadros 6, 7).
Práticas	Definidos a partir de resposta adequada e/ou inadequado nas questões 33 e 34 Tabela-11 (Parte F), do questionário. Foi considerado quem sabia responder pelo menos uma questão da pergunta de ILTB.

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada a partir da criação do banco de dados, utilizando-se o software Epi-Info versão 3.5.2.

Sendo assim, na primeira etapa deste estudo realizamos análises univariadas com distribuição de frequências simples das informações sobre as características clínico epidemiológicas da criança que realizou o tratamento, registrado no prontuário médico. Após identificação dos aspectos mais relevantes para este estudo, os dados foram agrupados e distribuímos em tabelas, sendo toda análise e discussões realizadas com base em literatura atual acerca desta temática.

Na segunda etapa, para facilitar o entendimento, as variáveis seguiram o padrão para este tipo de estudo CAP com base no KAP (OMS, 2008) e outros estudos de referência, sendo alocadas da seguinte maneira; na parte A, B, C, G, trata das características sociodemográficas; satisfação dos serviços de saúde; historia familiar e pessoal para tuberculose e barreiras encontradas para o tratamento da criança encontrado pelo familiar, respectivamente.

Nessa etapa também foi realizada a descrição dos achados, agrupando, e consequentemente distribuindo os achados em tabelas simples para análise e discussão com base na literatura.

Prosseguindo a sequência do estudo, em relação a questões referentes ao conhecimento, atitudes e práticas dos entrevistados com relação ao tratamento da criança, sendo esse também o objetivo geral deste estudo, os resultados foram distribuídos na parte D, E, F, respectivamente.

Levando em consideração a complexidade das respostas, visto o instrumento utilizado ser composto por perguntas abertas, para melhor entendimento, visando à qualidade das informações obtidas, a análise foi realizada da seguinte forma; após descrição das principais respostas utilizamos um gabarito para considerarmos como resposta adequada ou inadequada aquelas comumente encontradas na literatura, e para essa avaliação tivemos como base os manuais do MS e estudos de autores que utilizaram da mesma temática.

Após o término da coleta de dados todos os formulários, questionários e banco de dados foram analisados, sendo os seus resultados apresentados em forma de tabelas e quadros. O produto dessa dissertação foi apresentado, na forma de relatório de pesquisa, à Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Ressaltamos que todos os documentos utilizados no estudo, como formulários, questionário e o banco de dados serão arquivados durante 5 (cinco) anos com a pesquisadora e após esse período serão destruídos. Exceto a identificação pessoal dos participantes (como telefone, endereço) que foram descartados imediatamente após a entrevista.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Em atendimento a Resolução nº 196/96, de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 1996), do Conselho Nacional de Saúde, o projeto da pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC/RJ), sob o protocolo 222/10 (CAAE nº 0254.0.314.314-10), sendo aprovado em 31/01/2011. Além disso, foi solicitada autorização à Coordenação de Área de Planejamento 2.1 e aos diretores de Atenção Básica das Unidades incluídas na área de estudo (ANEXOS 1, 2, 3 e 4).

Também em cumprimento à Resolução 196/96, os familiares responsáveis das crianças elegíveis foram convidados a participar do estudo e somente responderam ao questionário após tomarem conhecimento, por meio da leitura feita pelo entrevistador, do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE) e assinarem (APÊNDICE 3). Esse documento explicou a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios prévios e incômodos que esta possa acarretar. Além disso, foram garantidos o sigilo das informações

fornecidas e o anonimato dos entrevistados, procedendo-se a uma identificação numérica dos participantes.

3.9 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Ao longo do processo de pesquisa ocorreram algumas dificuldades que são relatadas a seguir. Uma das dificuldades refere-se aos dados epidemiológicos: existem mais dados referentes aos casos de tuberculose do que aqueles aos quais a pesquisadora buscou; os dados de início do tratamento no SINAN de ILTB ainda estão em construção. Os dados de abandono da ILTB ainda são escassos e/ou não notificados.

Quanto ao referencial teórico, ainda há poucos estudos nesta linha de pesquisa sobre ILTB em crianças, que enfocam mais na busca desses para avaliação, entretanto mediante o objeto (CAP) proposto é inexistente.

Na metodologia constatou-se a ausência de um instrumento específico para ILTB, pois o encontrado estava mais direcionado à TB doença.

Outra possível limitação do estudo inclui as análises sobre as questões relacionadas às atitudes, pois não é fácil avaliá-las. A interpretação requer a prudência, pois exige atenção para a quantificação e a fatores que podem condicionar as respostas.

No trabalho de campo encontrou-se dificuldade de saber qual microárea da criança. Além disso, a ausência de numeração nas residências, endereços repetidos, bem como mudanças de endereço dificultaram a busca dos familiares. Nessa questão inclui-se também o tempo retroativo que essas crianças realizaram o tratamento, o que dificultou a busca desses familiares, por alguns já não morarem no mesmo lugar.

No momento de algumas entrevistas as conversas fugiram do formato padrão porque muitas entrevistas foram realizadas de acordo com a oportunidade, ou seja, na praça, portão de escola, clínica, o que fez com que perdessem o foco na questão já que eram interrompidas para pedir outras orientações em saúde.

4 RESULTADOS

4.1 1ª ETAPA: RESULTADO DOS PRONTUÁRIOS

A primeira etapa constou da identificação, no livro “preto” de tratamento de quimioprofilaxia, para verificarmos o número de prontuários dos usuários atendidos no serviço de Pneumologia dos CMS Píndaro de Carvalho Rodrigues e CMS Manoel José Ferreira na Cidade do Rio de Janeiro – CMS/RJ, correspondente à Área de Planejamento 2.1. Foram identificadas 269 crianças de 0 a 12 anos incompletos que iniciaram o tratamento da ILTB no período de 01 de janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2009 (TABELA 1).

Tabela 1 - Número total de casos de ILTB de crianças de 0 a 12 anos incompletos de idade tratados nas Unidades de Saúde de 2008 a 2009

UNIDADE DE SAÚDE	ANO 2008	ANO 2009	TOTAL
A- CMS Píndaro de Carvalho Rodrigues	118	140	258
B- CMS Manoel José Ferreira	1	10	11
TOTAL	119	150	269

Fonte: Livro “preto” de quimioprofilaxia da tuberculose dos CMSs Píndaro Carvalho Rodrigues e Manoel José Ferreira, Ano de 2008 e 2009.

Destes obteve-se 2 perdas no CMS Manoel José Ferreira e 9 perdas no CMS Píndaro de Carvalho Rodrigues devido à não localização dos prontuários, totalizando perdas de 11 prontuários. Sendo assim, foi realizado o estudo com o levantamento de 258 prontuários.

Todos os prontuários selecionados representaram a amostra n deste estudo ($n = 258$). Os dados obtidos estão apresentados nas tabelas abaixo. Toda a análise dos 258 prontuários encontrados foi realizada a partir da data de início do tratamento da criança em questão. Dessa forma, não levando em consideração fatos ocorridos antes nem depois do tratamento.

4.1.1 Dados Sociodemográficos

A Tabela 2 apresenta as características sociodemográficas da amostra das 258 crianças cadastradas para o tratamento da ILTB, em que foram utilizadas as variáveis, sexo, faixa etária, familiar com quem a criança reside, e bairro.

Tabela 2 - Características sociodemográficas registradas nos prontuários das crianças
(n = 258)

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	144	55,8
Masculino	114	44,2
Faixa etária		
Menores de 1 ano	5	2,1
1 a 3 anos (Bebê)	20	7,6
3 a 6 anos (pré-escolar)	108	41,9
6 a 12 anos (escolar)	125	48,4
Familiar com quem a criança reside		
Pai/mãe/responsável	252	97,6
Avó/avô	4	1,6
Tio/tia	1	0,4
Padrinhos	1	0,4
Bairro em que reside		
Rocinha	228	88,3
Vidigal	6	2,3
Botafogo	4	1,5
São Conrado	3	1,2
Leblon	2	0,8
Barra	2	0,8
Pedra de Guaratiba	2	0,8
Jardim Botânico	2	0,8
Gávea	1	0,4
Grajaú	1	0,4
Benfica	1	0,4
Lagoa	1	0,4
Centro	1	0,4
Cosme Velho	1	0,4
Catete	1	0,4
Não tem endereço	1	0,4
Não registrado	1	0,4

A população de referência do estudo na primeira etapa foi constituída de 258 crianças identificadas através dos prontuários com idade entre 0 a 12 anos incompletos, com maior frequência entre meninas 144 (55,8%), a maioria entre a faixa etária de 6 a 12 anos incompletos 125 (48,4%).

Constatou-se que a maioria morava com o pai/mãe ou responsável legal em 252 (97,6%) dos casos e o Bairro mais predominante foi o da Rocinha com 228 (88,3%) dos casos.

4.1.2 Histórico do Tratamento

A Tabela 3 apresenta dados sobre diagnóstico dessas crianças cadastradas para o tratamento da ILTB, foram utilizadas as variáveis, Unidade básica de referência, tratamento de ILTB anterior, resultado PPD, alteração da radiografia, caso índice e vacina BCG.

Tabela 3 - Principais aspectos diagnósticos do Tratamento da criança registrado no prontuário (n = 258)

Variáveis	n	%
Unidade básica de referência		
Gávea	249	96,5
Catete	9	3,5
A criança já fez tratamento de ILTB antes		
Sim e completou	3	1,2
Sim e não completou	3	1,2
Não registrado	252	97,6
Resultado de PPD inicial		
Até 9	2	0,8
<10 mm	99	38,4
>15 mm	157	60,8
Alteração no RX depois que iniciou o tratamento		
Sim	10	3,9
Não	248	96,1
A criança foi contato de quem		
Mãe/pai	131	50,7
Tio /tia materna/paterno	33	12,8
Irmão/irmã	24	9,3
Avô/avó/bisavô/bisavó/tio avô/tia avó materno/paterno	20	7,8
Outros familiares (padrasto, primo, cunhado)	22	8,5
Vizinho/vizinha	7	2,7
Babá	3	1,2
Pessoa que trabalhava na casa	3	1,2
Não sabe/ Não registrado	15	5,8
Vacinação BCG (1º dose)		
Sim	258	100

Como vimos no decorrer do estudo, grande parte das crianças estavam localizadas no Bairro Rocinha, logo sua Unidade Básica de referencia, foi o CMS Gávea com 249 (96,5%) total dos prontuários identificados e bem abaixo do número o Catete com apenas 9 (3,5%). Ainda em relação ao tratamento, identificamos 3 (1,2%) crianças que fizeram o tratamento e completaram, contra 3 (1,2%) que fizeram e não completaram.

No que tange o resultado de PT inicial, o que mais chama atenção é que 157 (60,8%) apresentou reação ao PT muito forte >15 mm, para 99 (38,4%) que apresentaram <10 mm, e apenas 2 (0,8%) com PT 9 mm.

4.1.3 Registro de Sinais e Sintomas no Decorrer do Tratamento

A Tabela 4 apresenta variáveis dos dados registrados nos prontuários sobre algum sinal, sintoma ou quadro clínico relatado por eles, que fizesse com que o criança/familiar interrompesse o tratamento ou não, estando esse relacionado ao tratamento ou não.

Tabela 4 - Registro dos familiares/criança que, interromperam ou não o tratamento devido alguns Sinais e Sintomas apresentados no período (n = 258)

Variáveis	n	%
Familiar/criança relatou algum sinal/sintoma ou quadro clínico após ingestão do medicamento que fizesse interromper o tratamento (n = 258)		
Sim	12	4,7
Não	246	95,3
	n	%
Sinais/sintomas ou quadro clínico que fez familiar/criança interromper o tratamento (n = 12)		
Dor abdominal	3	1,2
Alergia/prurido/ <i>rash</i> cutâneo	3	1,2
Enjoo/vômito/diarreia	5	2,1
Desmaio	1	0,4
Hipoatividade (“criança ficou molinha”)	1	0,4
Palidez cutânea	1	0,4
*Aqui algumas crianças apresentaram mais de um sinal/sintoma ou quadro clínico		
	n	%
Familiar relatou algum sinal/sintoma ou quadro clínico após ingestão do medicamento, porém não interrompeu o tratamento (n = 258)		
Sim	22	8,5
Não	236	91,5
	n	%

Variáveis	n	%
Sinal/sintoma ou quadro clínico relatado pelo familiar/criança após ingestão do medicamento, porém não interromperam o tratamento (n = 22)		
Dor abdominal	9	3,5
Formigamento na pele	1	0,4
Alergia/prurido/ <i>rash</i> cutâneo	2	0,8
Anorexia	1	0,4
Enjoos/náuseas/vômitos	8	3,1
Pápulas	1	0,4
Médico fez alguma alteração no tratamento após sinal/sintoma ou quadro clínico (n = 258)		
Sim	14	5,4
Não	244	94,6
Médico suspendeu a medicação devido algum sinal/sintoma ou quadro clínico (n = 258)		
Sim	2	0,8
Não	256	99,2

Destacamos 12 (4,7%) de familiares/crianças que queixaram-se de algum sinal, sintoma ou algum quadro clínico apresentado no decorrer do tratamento. Dentre os mais destacados; dor abdominal 3 (1,2%); Alergia/prurido/*rash* cutâneo 3 (1,2%); Enjoo/vômito/diarreia 5 (2,1%); ficando desmaio, hipoatividade e palidez cutânea na margem de 1 (1,2%). Em outra situação a criança sentiu algum mal estar, porém não interromperam o tratamento em torno de 22 (8,5%) em destaque mais uma vez; Dor abdominal 9 (3,5%); seguido de Enjoos/náuseas/vômitos 8 (3,1%); Alergia/prurido/*rash* cutâneo com 2 (0,8%) formigamento, pápulas e anorexias tiveram valores iguais em torno de 1 (0,4%).

Desses casos, em 14 (5,6%) o médico fez alguma alteração no tratamento e em 2 (0,8%) situações distintas o médico achou necessário interromper o tratamento.

4.1.4 Desfecho do Tratamento da Infecção Latente por Tuberculose na Criança

A Tabela 5 apresenta variáveis sobre o desfecho do tratamento das crianças registrado nos prontuários.

Tabela 5 – Desfecho do tratamento da ILTB na criança (n = 258)

Variáveis sobre o desfecho do tratamento de ILTB na criança	n	%
DESFECHO		
Completaram o tratamento	171	66,2
Abandonaram	85	33
Suspensão	2	0,8

Os achados relacionados à adesão ao tratamento, com a amostra de 258 avaliadas, destacaram que 171 (66,2%) completaram o tratamento, para 85 (33%) que abandonaram e 2 (0,8%) suspensão por ordem médica.

4.2. 2ª ETAPA: RESULTADO DAS ENTREVISTAS

Na etapa de localização dos endereços das crianças que iniciaram tratamento da ILTB no período de 1 de Janeiro de 2008 a 31 de Dezembro de 2009, foram identificados 85 familiares que representaram a amostra n desse estudo ($n = 85$). Os dados obtidos estão apresentados nas tabelas a seguir.

4.2.1 Dados Socioeconômicos dos Familiares Responsáveis pela Criança

A Tabela 6 apresenta os dados pessoais dos familiares entrevistados responsáveis pela criança. Neste estão incluídos parentesco com a criança, faixa etária, religião, maternidade, escolaridade, profissão, renda familiar e acesso a rede privada de saúde.

Tabela 6 - Características socioeconômicas dos familiares entrevistados (n =85)

Variáveis	n	%
1. Parentesco com a criança (n =85)		
Mãe	49	57,6
Avó	17	20
Tia	15	17,6
Paí	2	2,4
Alguém que cuidou	2	2,4
2. Faixa etária (n =85)		
18 a 25 anos	6	7,1
26 a 36 anos	32	37,6
37 a 47 anos	32	37,6
48 a 58 anos	13	15,3
Maior que 59 anos	2	2,4
3. Religião (n =85)		
Evangélico/protestante	35	41,2
Católico	21	24,7
Espirita	16	18,8
Não tem	10	11,8
Outra	3	3,5
4. O Senhor/a tem filhos (n = 85)		
Sim	81	95,3
Não	4	4,7
4.a. Se sim , quantos? (n =81)		
1 a 2	9	10,6
3 a 4	44	51,8
5 a 6	22	25,9
7 a 8	6	7,1
5. Frequentou a escola? (n = 85)		
Sim	77	90,6
Não	8	9,4

Variáveis	n	%
5.a. Escolaridade (n= 85)		
1ª a 3ª série/ Do 1º ao 4º ano	9	10,6
4ª série /5º ano	26	30,6
5ª a 8ª série/ 6º ao 9º ano (completo)	6	7,1
5ª a 8ª série/ 6º ao 9º ano (incompleto)	28	32,9
2º grau incompleto (ensino médio)	7	8,2
Curso de graduação incompleto	1	1,2
Alfabetizada	8	9,4
6. Em relação ao trabalho, no momento, o Senhor/a está (n = 85)		
Desempregado/a	20	23,5
Empregado c/carteira	29	34,1
Emprego informal s/carteira	24	28,2
Do lar	6	7,1
Aposentado/a	5	5,9
Pensionista	1	1,2
6.a. Profissão (n = 85)		
Empregada doméstica	27	31,8
Do lar	14	16,5
Autônomo	9	10,6
Cuidador de crianças	6	7,1
Diarista	6	7,1
Acompanhante	6	7,1
Faxineira	5	5,8
Depiladora	3	3,5
Manicure	3	3,5
Operadora de caixa	2	2,3
Cabeleleira	2	2,3
Agente comunitário	1	1,2
Promotora de eventos infantis	1	1,2
7. Renda familiar (n = 85)		
Menor que 1 salário	3	3,5
Até 1 salário	23	27,1
Até 2 salários	16	18,8
Até 3 salários	1	1,2
Bolsa família	3	3,5
Bolsa família e ajuda	3	3,5
Recebe ajuda de outras pessoas	7	8,2
Não disse	29	34,1
8. Já teve/tem plano de saúde (n = 85)		
Sim	1	1,2
Não	84	98,8

O parentesco com a criança, se refere à pessoa que foi entrevistada e que cuidou da criança no período em questão, ou pelo menos na maior parte do tempo, e que não necessariamente morava com ela na mesma residência. Em destaque a mãe com 49 (57,6%), seguido da avó com 17 (20%).

Na faixa etária, a maioria 64 (75,2%), estava entre 26 a 47 anos. De todos os familiares entrevistados 81 (95,3%) tiveram filhos, desses 44(51,8%) tiveram em média de 3 a 4 filhos, no que foram incluídos relatos de filhos vivos e mortos.

Na variável escolaridade, 28 (32,9%) cursaram de 5ª série a 8ª série, a maioria até a 5ª série/6º Ano, para 26 (30,6%) que relataram ter cursado até 4ª série/5ºano.

Na questão trabalho, os indivíduos que não tinham nenhuma ocupação foram 20 (23,5%), já os indivíduos que disseram que estavam trabalhando com carteira assinada 29 (34,1%) e os que tinham alguma ocupação porém sem carteira assinada, que consideramos como trabalho informal, em torno de 24 (28,2%).

Em relação à profissão/atividade informada, encontramos algumas, mas que não necessariamente a pessoa estava trabalhando no momento, mas que alguma vez na vida já trabalhou. Em destaque o de empregada doméstica com 27 (31,8%).

Finalizando a renda total da família, 29 (34,1%) não quiseram informar, seguido de 23 (27,1%) familiares que recebiam apenas 1 salário mínimo.

4.2.2 Utilização dos Serviços de Saúde pelo Familiar Responsável pela Criança

Na Tabela 7 estão relatos dos familiares entrevistados em relação à utilização e satisfação de serviço de saúde, no que se refere ao atendimento à criança do qual ela foi usuária no período em questão.

Tabela 7 - Utilização e satisfação dos serviços de saúde no atendimento à criança (n = 85)

Variáveis	n	%
1. Serviços de saúde que o entrevistado costuma procurar com mais frequência quando seu filho tem algum problema de saúde:		
PSF/UPA (da própria comunidade)	56	66
Posto de Saúde (minhocão)	15	17,6
UPA da própria comunidade	7	8
Hospital (Miguel couto)	5	6
Fundão	2	2,4
2. Percepção do entrevistado quanto a localização da sua casa em relação ao local que fez o tratamento da na criança (CMS):		
Perto	59	69,4
Longe	14	16,5
Mais ou menos	12	14,1

Variáveis	n	%
3. Como foi o atendimento no posto, no setor tuberculose/pneumologia onde a criança recebeu atendimento?		
Bom	84	98,8
Ruim	1	1,2
4. Se recebeu orientação quanto ao tratamento:		
Sim	85	100
5. Profissional que orientou o tratamento do seu filho/a:		
Só Médico	20	23,5
Médico e ACS	55	64,7
Médico/Enfermeiro/aux. enfermagem	10	11,8

A Tabela 7 mostra que, em relação ao atendimento médico para sua criança atualmente 56 (66%) desses familiares procuram a UPA/PSF da própria comunidade. Foi perguntado se na ocasião esse familiar achou longe ou perto a distância entre sua casa a unidade básica de referência para o tratamento da criança em que 59 (69,4%) acharam perto.

Apenas 1 (1,2%) pessoa relatou que atendimento foi ruim, e na sua principal queixa, achou a consulta muito rápida e não compreendeu a necessidade da medicação, relatou que procurou se informar melhor antes de dar o remédio à criança, achou que poderia fazer “mal”, se ela realmente não precisasse.

Dos entrevistados, 55 (64,7%), relataram que foram orientados quanto ao tratamento, e que o Agente comunitário reforçou a orientação além do médico em 23,5% dos casos e 10 (11,8%) o Enfermeiro/aux. Enfermagem.

4.2.3 Historia Familiar e Pessoal para Tuberculose

A Tabela 8 mostra variáveis de casos de tuberculose pessoal/familiar, grau de parentesco, tratamento, e casos de abandono.

Tabela 8 - História pessoal e familiar de tuberculose no entrevistado (n =85)

Variáveis	n	%
1. O senhor/a conhece alguém da sua família que tem ou teve tuberculose? (n = 85)		
Sim	81	95,3
Não	4	4,7
2a. Se sim quantas pessoas? (n = 81)		
1 a 2	39	48,1
3 a 4	27	33,3
5 a 6	10	12,3
Mais de 7	5	6,2
2b. Se sim, qual o grau de parentesco destes familiares? (n = 161)		
Marido	38	23,6
Irmão/irmã	28	17,4
Tia/tio	26	16,1
Padrasto	19	11,8
Filhos	13	8,1
Avó/avo	11	6,8
Sobrinhos	11	6,8
Neto	9	5,6
Afilhado	6	3,7
* No total foram mencionados 161 parentes que tiveram TB, alguns com mais de um parente por entrevistado.		
3. O Senhor/a teve ou tem tuberculose? (n = 85)		
Sim	71	83,5
Não	14	16,5
3a. Se sim, quantas vezes? (n = 71)		
1 vez	54	76,1
2 vezes	15	21,1
3 vezes	2	2,8
3b. Se teve/tem tuberculose, atualmente o Senhor esta? (n = 71)		
Curado	62	87,3
Em tratamento	8	11,3
Ainda vai começar o tratamento/suspeita	1	1,4
4. Abandonou alguma vez o tratamento? (n = 71)		
Sim	7	9,9
Não	64	90,1

Em relação aos entrevistados, 81 (95,3%), conheciam alguém da família que tem/teve tuberculose, esses familiares informaram que alguns não moravam na região, mas até em outros Estados. Aos que conheciam de 1 a 2 pessoas em média de 39 (48,1%), apenas 4 (4,7%), relataram não conhecer nenhum parente que tem/teve tuberculose. Em relação ao grau de parentesco em destaque o marido/companheiro do entrevistado 38 (23,6%).

Na variável se já teve/tem tuberculose 71 (83,5%) dos entrevistados informaram que já tiveram pelo menos 1 vez 54 (76,1), desses, 11 informaram que foi na infância/adolescência, e 2 pessoas informaram que não “tem certeza, mas lembra que tossia muito e precisou tomar remédios”. 62 (87,3%) informaram que se encontravam curadas e apenas 1 relatou que estava com “suspeita” devido contato com o irmão. Destes, 7 admitiram ter abandonado pelo menos 1 vez o tratamento.

4.2.4 Dados Sobre o Conhecimento dos Familiares Responsáveis pela Criança

Na tabela 9 apresentamos a descrição dos conhecimentos dos familiares entrevistados sobre o tratamento da ILTB na criança.

Tabela 9 - Conhecimento sobre TB e o tratamento da ILTB (n = 85)

Conhecimento sobre Transmissão da TB:	n	%
1. Sabe me dizer como se pega a tuberculose? (Resposta: (Quadro-2), questão 16 do questionário)		
Sim	83	97,6
Não	2	2,4

Quadro 2 – Percentual de respostas adequadas e inadequadas em relação ao conhecimento sobre tuberculose (n = 85)

Questão 16 Do questionário	ADEQUADO		INADEQUADO	
	X (gabarito)	%	X (gabarito)	%
Ar/respiração	X (20)	(23,5%)		
Pneumonia mal curada			X(14)	(16,5%)
Má alimentação	X(14)	(16,5%)		
Pessoa que tosse e passa para pessoa	X(11)	(12,9%)		
Casa fechada/mofo na casa	X (11)	(12,9%)		
Bebida (alcooolismo)			X(11)	(12,9%)
De uma pessoa para outra	X (9)	(10,6%)		
Das casas juntas porque não tem ventilação	X(9)	(10,6%)		
Friagem			X(7)	(8,2%)
Sereno			X(7)	(8,2%)
Cigarro enfraquece o pulmão	X(7)	(8,2%)		
Valão na comunidade			X(4)	(4,7%)
Lixo			X(4)	(4,7%)
Do vizinho que não se cuida			X(3)	(3,5%)
Lugares abafados ônibus	X (3)	(3,5%)		
Se tiver de pegar pega			X(2)	(2,3%)
Comendo mesmo prato colher			X(2)	(2,3%)
Não sabe			X(2)	(2,3%)
Mosquito do lixo			X(1)	(1,2%)
Relações sexuais após baile			X(1)	(1,2%)

OBS:

- Na questão 1, da Tabela -9, os entrevistados citaram mais de uma resposta, as quais são apresentadas no Quadro-2 com (n-142).
- Percentual calculado com base no total de entrevistados.

A Tabela 9 apresenta dados sobre o conhecimento dos entrevistados em relação a TB e o tratamento da ILTB na criança. Na primeira questão em que foi perguntado sobre como se “pega” tuberculose, do total de entrevistados, 83 (97,6%), souberam responder, e citaram pelo menos duas respostas (QUADRO 2), sendo destaque em 20 (23,5%) acreditam ser através do ar/respiração, seguido de 14 (16,9%) má alimentação; 11 (12,9%) pessoa que tosse e para outra; 11 (12,9%) casa fechada/mofo; 9 (10,6%) de pessoa para pessoa; 9 (10,6%) casas juntas e sem ventilação; 7 (8,2%) cigarro que enfraquece o pulmão; 3 (3,7%) lugares abafados/ônibus.

Sintomas da tuberculose**2. Sabe me informar o que a pessoa sente/sintomas quando está com tuberculose?** (Resposta (Quadro-3), questão 17 do questionário)

Sim	74	87,5
Não	11	12,5

Na questão sobre os sintomas da tuberculose, do total de entrevistados, 74 (87,5%), souberam informar, neste aqui também citaram mais de 1 sintoma (QUADRO 3); lembrando que a maioria citou os próprios sintomas que tiveram na ocasião, e os mais citados foram; 48 (56,5%) febre; 40 (47%) tosse; 23 (27%) perda de apetite/ “sem vontade de comer”; 21 (24,7%) emagrecimento; 19 (22,3%) cansaço; 18 (21,2%) dor nos pulmões; 16 (18,8%) catarro; 15 (17,6%) suor; 12 (14,1%) cospe sangue; 10 (11,8%) moleza; 1 (1,7%) entrevistada em especial citou; irritabilidade; stress; desmaio, mas essa alegou que poderia ser “efeito do próprio medicamento” e não exatamente sintoma da tuberculose.

Quadro 3 – Percentual de respostas adequadas e inadequadas em relação ao conhecimento sobre tuberculose (n = 85) Cont..

Questão 17 Do questionário	ADEQUADO		INADEQUADO	
	X (gabarito)	%	X (gabarito)	%
Febre	X(48)	(56,5%)		
Tosse	X(40)	(47%)		
Perda de apetite	X(23)	(27%)		
Emagrecimento	X(21)	(24,7%)		
Cansaço	X(19)	(22,3%)		
Dor nos pulmões	X(18)	(21,2%)		
Catarro	X(16)	(18,8%)		
Suor	X(15)	(17,6%)		
Dor no corpo	X(14)	(16,5%)		
Fraqueza	X(12)	(14,7%)		
Cospe sangue	X(12)	(14,1%)		
Moleza	X(10)	(11,8%)		
Dor de cabeça			X(8)	(9,4%)
Dor nas costas	X(8)	(9,4%)		
Dor nas pernas			X(6)	(7%)
Mal estar	X(5)	(5,9%)		
Sono			X(4)	(4,7%)
Tonteira			X(3)	(3,5%)
Irritabilidade			X(1)	(1,2%)

<i>Questão 17</i> <i>Do questionário</i>	ADEQUADO		INADEQUADO	
	<i>X</i> <i>(gabarito)</i>	<i>%</i>	<i>X</i> <i>(gabarito)</i>	<i>%</i>
Stress			<i>X(1)</i>	<i>(1,2%)</i>
Desmaio	<i>X(1)</i>	<i>(1,2%)</i>		

OBS:

1. Na questão 2, da Tabela -9, os entrevistados citaram mais de uma resposta, as quais são apresentadas no Quadro-3 com (n-285).
2. Percentual calculado com base no total de entrevistados.

Tratamento de ILTB ao tratamento de ILTB**3. O Senhor/a já ouviu falar sobre o tratamento de prevenção da tuberculose na criança antes de fazer o tratamento nela?** (Questão 18 do questionário)

Não	53	62,4
Sim	32	37,6

3.a. Se sim de quem o senhor ouviu falar? (Questão 18.a do questionário)

Parentes/amigos/vizinhos que fizeram o tratamento	27	31,7
Serviço de saúde	5	5,8

4. Saberá me dizer o ‘Porque’ desse tratamento realizado na criança na ocasião? (Resposta: (Quadro-4), questão 19 do questionário)

Sim	79	92,9
Não	6	7,1

Identificamos que 32 (37,6%) dos entrevistados já tinham ouvido falar sobre o tratamento de prevenção na criança, e esses ouviram falar através de parentes, amigos que tiveram crianças da própria comunidade que já tinham feito este tipo de tratamento, ou no próprio serviço de saúde através de divulgação dos profissionais de saúde.

Sendo assim verificamos que na questão “se eles sabiam me explicar o porquê daquele tratamento na ocasião” do total de entrevistados 79 (92,9%) souberam responder, e as respostas encontram-se no Quadro 4. Destacamos aqui, as principais, lembrando que os entrevistados ainda comentaram orientações recomendadas pelo médico/profissional de saúde que os acolheram na ocasião. As respostas que incluíam orientação não foram incluídas no Quadro 4 mas foram descritas na discussão.

Quadro 4 – Percentual de respostas adequadas e inadequadas em relação ao conhecimento sobre o tratamento da ILTB (n = 85)

<i>Questão 19</i> <i>do questionário</i>	ADEQUADO		INADEQUADO	
	<i>X</i> <i>(gabarito)</i>	<i>%</i>	<i>X</i> <i>(gabarito)</i>	<i>%</i>
Para não ficar doente	<i>X(42)</i>	<i>(49,4%)</i>		
Porque a criança estava com pulmão fraco e podia ficar com tuberculose	<i>X(10)</i>	<i>(11,8%)</i>		
Para não vir mais forte	<i>X(8)</i>	<i>(9,4%)</i>		
Para tratar a infecção dos pulmões	<i>X(4)</i>	<i>(4,7%)</i>		
Precisava dar a medicação sem interromper para não virar tuberculose	<i>X(4)</i>	<i>(4,7%)</i>		
Para evitar a tuberculose futuramente	<i>X(4)</i>	<i>(4,7%)</i>		
Prevenção porque estava com a bactéria	<i>X(1)</i>	<i>(1,2%)</i>		
O remédio era para não ter tuberculose	<i>X(1)</i>	<i>(1,2%)</i>		
Para não pegar a doença	<i>X(1)</i>	<i>(1,2%)</i>		
Se não tomasse a medicação voltaria mais forte ainda	<i>X(1)</i>	<i>(1,2%)</i>		
Tomando o remédio cortava a infecção	<i>X(1)</i>	<i>(1,2%)</i>		
Principio de tuberculose			<i>X(1)</i>	<i>(1,2%)</i>
Uma tuberculose mais fraca			<i>X(1)</i>	<i>(1,2%)</i>

OBS:

1. Percentual calculado com base no total de entrevistados.

Dentre os quais; 42 (49,4%) para não ficar doente; 10 (11,8%) a criança estava com o pulmão fraco e podia ficar com tuberculose; 8 (9,4%); para não vir mais forte; 4 (4,7%) para tratar a infecção dos pulmões; 4 (4,7%) para evitar a tuberculose futuramente; 1 (1,2%) se não pegaria a doença; 1 (1,2%) tomando o remédio cortava a infecção.

Exames relacionados a ILTB

5. O Senhor/a saberia me dizer quais os exames realizados na criança que indique que ela precisa ou não deste tratamento. (Resposta: (Quadro-5) Questão 20 do questionário).

Sim	83	97,6
Não	2	2,4

Em relação aos exames relacionados ao tratamento, 83 (97,6%) das pessoas souberam informar, dentre estes; (QUADRO 5) o RX com 54 (64%), exame de escarro 27 (31,7%), aos

que citaram PT, 19 (22,4%) dos entrevistados não falaram “PT”, falaram o “exame do braço” “aquele exame que não podia coçar”, ou então apontavam para o braço como forma de sinalizar o “local do exame”, ou então falavam “aquela vacina”; exame de sangue 10 (11,7%); e exame dos pulmões 3 (3,5%).

Quadro 5 – Percentual de respostas adequadas e inadequadas em relação ao conhecimento sobre o tratamento da ILTB (n = 85) Cont...

Questão 20 do questionário	ADEQUADO		INADEQUADO	
	X (gabarito)	%	X (gabarito)	%
RX	X(54)	(64%)		
Escarro			X(27)	(31,7%)
PT	X(19)	(22,4%)		
Exame de Sangue			X(10)	(11,7%)
Exame dos pulmões	X(3)	(3,5%)		

OBS:

1. Na questão 5, da Tabela -9, os entrevistados citaram mais de uma resposta, as quais são apresentadas no Quadro-5 com (n-113).
2. Percentual calculado com base no total de entrevistados.

4.2.5 Variáveis Sobre a Atitude em Relação a TB e ao Tratamento da ILTB

Tabela 10 – Descrição de opiniões/percepções (atitudes) dos familiares entrevistados em relação a TB e o tratamento da ILTB (n = 85) (PARTE E)

Atitude relacionada a TB	N	%
1- Na sua opinião a tuberculose tem cura??		
Sim	77	90,6
Não	8	9,4

Em relação a atitude, do total de entrevistados na questão de se a tuberculose pode ter cura 8 (9,4%), responderam não, entretanto comentaram que “depende “ porque se a pessoa que esta tratando ficar bebendo 3 (3,5%), chegando de madrugada/não dorme 1 (1,2%) , indo para “farra” 3 (3,5%), não se alimentando direito 4 (4,7%), e não toma as medicações 2 (2,6%), nunca vão se curar e ainda vai contaminar outras pessoas, e ainda colocam que eles nunca se curam direito, porque fica sempre “(...) um pouquinho da tuberculose neles”. Neste aqui as pessoas citaram também mais de um exemplo.

Atitude relacionada ao tratamento da TB	N	%
2- Acredita que uma pessoa pode ter tuberculose e se curar sozinha?		
Não	85	100

Todos os entrevistados 85 (100%), não acreditaram que a tuberculose se curar espontaneamente sem precisar de medicações.

Atitude relacionada ao tratamento da TB e ILTB	n	%
3. Na sua opinião a estrutura do seu bairro poderia ter influencia no aumento de casos de tuberculose? Se sim, o que poderia ser modificado na sua opinião?		
Sim	74	87
Não	11	13

Em relação à questão, quanto à estrutura do bairro se esta, poderia ter influencia com o aumento de casos de tuberculose, 74 (87%) acreditam que sim, entretanto quando perguntado o que poderia ser modificado a fim de um ambiente mais favorável apenas 59 (69,4%) responderam, e as respostas estão descritas no Quadro 6, como; 15 (17,6%) acreditam que se as casas fossem mais distantes uma das outras; 11 (13%) conscientização para que todos se cuidem; e 7 (8,2%) retirada do valão pois devido as condições precárias de saneamento básico, causa umidade nas casas.

Quadro 6 – Percentual de respostas adequadas e inadequadas da atitude em relação à tuberculose e ao tratamento da ILTB (n = 85)

Questão 23 do questionário	ADEQUADO		INADEQUADO	
	X (gabarito)	%	X (gabarito)	%
Casas distantes	X(15)	(17,6%)		
Conscientização das pessoas para se tratarem	X(11)	(13%)		
Retirada do valão	X(7)	(8,2%)		
Esgoto/umidade	X(7)	(8,2%)		
Menos lixo			X(10)	(11,8%)
Bailes			X(6)	(7,5%)
Caixa d'água aberta			X(3)	(3,5%)
Calçamento na rua/becos			X(3)	(3,5%)

OBS:

1. Na questão 3, da Tabela -10, os entrevistados citaram mais de uma resposta, as quais são apresentadas no Quadro-7 com (n-62).
2. Percentual calculado com base no total de entrevistados.

Atitude relacionada ao tratamento da ILTB	N	%
4. Na sua opinião a estrutura de sua residência poderia favorecer riscos para se ter tuberculose? Se sim, o que poderia ser modificado na sua opinião?		
Sim	59	69,4
Não	26	30,6

Quanto a estrutura da residência 59 (69%) acreditam que pode existir fator de risco para tuberculose, entretanto quando perguntado o que poderia ser modificado somente 48 (56,5%) responderam e as respostas estão descritas no Quadro 7; 15 (17,6%) casa maior; 15 (17,6%) casa mais arejada; 9 (10,6%) casa mais arejada e mais janelas; 2 (2,4%) poderia ser retirado o valão, devido umidade; 2 (2,4%) casa que batesse mais sol. E ainda relatam que tem muita gente dentro de casa para poucos cômodos “(...) dorme todo mundo junto”, a maioria tem a consciência de que se tivesse uma casa mais arejada poderia evitar que a tuberculose passasse para outros familiares.

Quadro 7 – Percentual de respostas adequadas e inadequadas da atitude em relação à tuberculose e ao tratamento da ILTB (n = 85) Cont.

<i>Questão 24 do questionário</i>	ADEQUADO		INADEQUADO	
	X (gabarito)	%	X (gabarito)	%
Casa Maior/espçosa	X(15)	(17,6%)		
Casa mais arejada	X(15)	(17,6%)		
Casa mais arejada e mais janelas	X(9)	(10,6%)		
Mais janelas	X(8)	(9,4%)		
Retirar o valão que passa embaixo/lado casa	X(2)	(2,4%)		
Casa que batesse mais sol	X(2)	(2,4%)		
Casa de laje			X(1)	(1,2%)

OBS:

1. Na questão 4, da Tabela -10, os entrevistados citaram mais de uma resposta, as quais são apresentadas no Quadro-8 com (n-52).
2. Percentual calculado com base no total de entrevistados.

Atitude relacionado ao tratamento da TB e ILTB	n	%
5.O tratamento de tuberculose é por seis meses. Na sua opinião depois de quanto tempo que inicia o tratamento o doente para de contaminar outras pessoas?		
Até 15 dias	13	15,3
1 semana	2	2,3
2 semanas	8	9,4
1 mês	9	10,6
2 meses	10	11,7
2 a 3 meses	14	16,4
3 meses	9	10,6
Até terminar o tratamento	8	9,4
Enquanto a pessoa estiver tossindo	5	5,9
Não sabe	7	8,2
6. Na sua opinião, se tem um adulto com tuberculose em casa e se existem crianças que moram na mesma residência, acha que essas crianças deverem ser avaliadas por algum médico?		
Sim	83	97,6
Não	2	2,4
7. Na sua opinião uma criança fazendo este tratamento (ILTB) pode ter uma vida normal, comparada a outras crianças da mesma idade ?		
Sim	68	80
Não	17	20
8. Na ocasião ficou em dúvida se daria a medicação?		
Sim	1	1,2
Não	84	98,8
9-Pensou em desistir de dar continuidade ao tratamento da criança por algum motivo?		
Sim	9	10,6
Não	76	89,4
10.Considera/considerou esse tratamento na criança importante?		
Sim	82	96,4
Não	3	3,5
11-Acredita Que através de sua fé/religião seria suficiente para não dar o medicamento a criança?		
Sim	2	2,4
Não	82	97,6
12.Na ocasião, associou a medicação a algum tipo de chá/ervas ou outros?.		
Sim	35	41,2
Não	50	58,8

Em relação ao tempo, em que a pessoa depois que inicia o tratamento, para de transmitir a outras, 14 (16,5%) dos entrevistados informaram que em média de 2 a 3 meses, entretanto, em torno de 6 indivíduos do total dos entrevistados informaram que “o médico havia informado em torno de 2 semanas/15 dias” entretanto eles não “acreditavam que a pessoa ficava curada nesse tempo” e alguns desses associaram isso aos hábitos da pessoa como bebida “que corta o efeito do remédio”; cigarro; “a farra” , “a má alimentação” entre outros.

Na questão de se era importante “levar a criança para ser examinada em caso de alguém com tuberculose na residência”, 83 (97,6%), responderam que sim, embora 2 pessoas relataram que não importava se a criança fosse ou não no médico, demonstrando a minoria

neste estudo, mas estas se justificaram com a seguinte resposta, “(...) visto que a tuberculose está na comunidade” se a criança não “(...) pegar” hoje “ (...) pega amanhã”, informaram também que se o vizinho não se cuida, passa para todo mundo, o ideal seria que “(...) todo mundo se tratasse”, principalmente os que ingerem bebidas alcoólicas, entretanto esses dois familiares mesmo assim encaminharam a criança ao posto na ocasião obedecendo ao pedido médico e do ACS.

No que se refere a questão “se a criança em tratamento poderia ter uma vida normal comparada a outras crianças”, 17 (20%), familiares responderam “não/depende”, e a explicação encontra-se na tabela 11, Descrição das práticas de saúde dos entrevistados.

Neste estudo somente, 1 (1,2%), familiar ficou em dúvida se daria a medicação mesmo ou não, isto porque como relatou que não sabia se ela própria não tinha compreendido ou se foi a medica se não tinha explicado direito, este familiar disse que também que teve dificuldade de compreender visto que não tinha ninguém em sua residência com tuberculose, na ocasião, apenas uma tia que teve TB, e às vezes ia na casa dela e dormia. Para a mãe poderia fazer “mal” se a criança realmente não precisasse. Porém após investigação com vizinhos procurou se informar melhor para só depois iniciar o tratamento na criança.

Dos entrevistados, 9 (10,6%) pensaram em desistir de dar continuidade ao tratamento da criança, embora não desistiram e isso se deve aos próprios problemas pessoais e familiares ao longo do tratamento que serviram como dificuldades/obstáculos para a não adesão ao tratamento.

Na variável “se considerou este tratamento importante”, apenas 3 (3,5%) não consideraram e em suas principais queixas relataram que a própria comunidade já era um foco e “não adiantava se tratar hoje e se contaminar amanhã visto que o vizinho não se cuida as casas são muito juntas um respira o ar do outro”

Apenas 2 (2,3%) familiares acreditavam que através de sua fé/religião seria suficiente para não dar a medicação á criança e ela se curar, 1 familiar inclusive relatou que deixou de fazer o tratamento de tuberculose em si próprio, seguindo orientação de sua religião anterior, porem não houve cura, mas garante que nessa religião atual se alguém “muito consagrado”, falasse para parar a medicação na criança que iria parar.

E a última questão foi a respeito de se o familiar associou a medicação a algum chá/ervas? Em que 35 (41,2%), afirmaram ter associado para “ajudar”, o tipo de associação encontra-se nas Descrição das práticas de saúde dos entrevistados.

4.2.6 Dados Sobre Práticas em Relação ao Tratamento da ILTB dos Familiares Responsáveis pela Criança

Tabela 11 – Descrição das práticas (ação) em saúde dos familiares entrevistados relacionado ao tratamento da ILTB da criança (n = 85)

	n	%
1. Familiares que associaram o tratamento a algum tipo de chás, bebidas/ alimentação especial		
Sim	35	41,2
Não	50	58,8
2. Respostas dos Familiares relacionados à questão 27 do questionário.		
Sim	68	80
Não	17	20

De acordo com a Tabela 11, verificamos que 35 (41,2%) dos entrevistados informaram que associou a medicação a algum chá, alimentação, no tratamento da criança para “ajudar” segundo eles, dentre os citados destacamos; 16 (18,8%) assapeixe; 10 (11,8%) uma alimentação com bastante limão, laranja e verduras folhas verdes reforçado na alimentação; 5 (5,9%) colônia; 5 (5,9%) suco de limão; 2 (2,4%) garrafadas de ervas naturais; 2 (2,4%) saião, nenhum dos entrevistados deixou de dar a medicação apenas acrescentaram.

No que tange ainda às práticas em saúde realizada pelo familiar associado ao tratamento. Na questão 27 do questionário, “se a criança poderia ter uma vida normal comparada a outras crianças quando em tratamento da ILTB”, 17 (20%) dos familiares responderam “não”, entretanto, explicaram que a criança poderia até ter uma ‘vida normal’, mas por “estar fraca” ou para evitar que “virasse tuberculose”, precisa evitar algumas situações destacadas como; 13 (15,3%) disseram evitar sereno/chuva, 11(12,9%) precisa ter uma alimentação mais reforçada com legumes, verduras e principalmente suco de limão “que solta o catarro e limpa o pulmão”; 2 (2,4%) evitar esforço físico como “ficar correndo até tarde com os amigos na rua e dormir cedo”, e 1 (1,2%) evitar comer ‘besteira’, isto são os salgadinhos, balas, doces, refrigerantes, porque isso “não alimentam e faz com que a criança perca o apetite”, segundo eles.

4.2.7 Barreiras Encontradas para o Tratamento da Infecção Latente por Tuberculose na Criança

Tabela 12 – Descrição das Barreiras (dificuldades) encontradas pelos familiares entrevistados para a realização do tratamento da ILTB da criança

Variáveis	n	%
1. Motivos que achou longe/ou mais ou menos a distancia entre o local de tratamento e o local de moradia ,pergunta (n = 26)		
Paga passagem	13	15,2
Distancia	7	8,2
Condução na comunidade (dificuldade)	6	7
	n	%
2. Teve dificuldades pessoais ou no próprio ambiente doméstico durante o tratamento na criança, que precisou interromper o tratamento na criança por algum momento? moradia (n = 85)		
Sim	24	28,2
Não	61	71,8
	n	%
2.a. Principais dificuldades encontradas (n = 24)		
Não teve dinheiro para dar boa alimentação para a criança	6	7
Precisava trabalhar e o irmão esquecia de dar	4	4,7
Quando ficava na casa do pai ele não dava	4	4,7
Brigas com o marido precisava sair de casa às vezes	3	3,5
Saia para trabalhar e esquecia de dar	3	3,5
Criança ficava sozinha e não tomava	2	2,3
Faltava tempo para ir buscar remédio/trabalhava	2	2,3

Conforme mostra a Tabela 12, este estudo procurou identificar também quais foram as principais barreiras encontradas na realização do tratamento da criança relatado pelo familiar. Na questão para explicar “quais os motivos que achou longe a distância entre o local de moradia e o local de tratamento, tanto os que acharam “longe” e “mais ou menos”, totalizando (30.4%), relataram que se torna longe porque precisavam na ocasião pagar a passagem do transporte, outros 7 (27%), consideravam a distância visto que alguns desses moravam na parte mais alta da comunidade e há deficiência de transporte da comunidade.

Ainda na questão das barreiras encontradas, na pergunta se “teve dificuldades para realizar o tratamento na criança”, 24 (28,2%) dos entrevistados encontraram alguma dificuldade pessoal ou no próprio ambiente doméstico, que precisaram interromper o tratamento na criança por algum momento, o que influenciou na prática do cuidado; dentre os mais citados foi a dificuldade para dar uma boa alimentação, visto que a criança vomitava, e muita das vezes não tinha alimento (desjejum) para dar junto com o remédio (este orientado pelo médico), em outros motivos relataram que precisavam trabalhar e o irmão menor ficar

sob responsabilidade do maior, que não obedecia, ou esquecia de dar, outra questão são os filhos de pais separados, quando ficava na casa de uma das partes ou esquecia de levar o remédio ou o pai por ser “irresponsável” não dava. Ou aconteciam muitas brigas no ambiente doméstico entre os pais o que fazia com que a mulher saísse de casa “às pressas” para evitar a violência conjugal e isto fazia com que esquecesse a medicação. Encontramos também relatos de crianças menores que passavam o dia sozinhas e não tomavam a medicação e familiares que precisavam trabalhar e não tinham tempo para ir ao posto, embora relata “que as vezes o ACS trazia”.

5 DISCUSSÃO

Para facilitar a leitura e interpretação dos achados a discussão dos resultados da presente dissertação seguirá a ordem apresentada nas tabelas da primeira fase (capítulo anterior).

5.1 1ª ETAPA : DISCUSSÃO DOS PRONTUÁRIOS

5.1.1 Características Sociodemográficas das Crianças Registradas nos Prontuários

O perfil sociodemográfico das crianças identificadas através dos prontuários demonstrou que a maioria era do sexo feminino (55,8%). Entretanto, não encontramos nenhum artigo na literatura que mostrasse algum tipo de associação que a diferença dessa variável fosse um determinante ou não para a propensão em adquirir a ILTB e/ou realizar o tratamento. Sabe-se, portanto, que a susceptibilidade à infecção é praticamente universal (BRASIL 2011), ou seja, independente do sexo, classe social, entre outros. Acreditamos que essa diferença de quantitativo pode ser justificada pelos dados divulgados pelo último censo do IBGE, de 2010, que mostram um aumento do número de mulheres em relação aos homens na população brasileira desde a última década. Segundo essa mesma fonte a população feminina ultrapassou em 4 milhões a masculina, o que corresponde que a cerca de 100 mulheres para cada 96 homens. Em números absolutos, o Brasil conta com 97.348.809 mulheres e 93.406.990 homens.

Em relação à faixa etária, utilizamos a classificação de Wong (2010, p.81), para definir escolaridade segundo a faixa etária, para adequar melhor o estudo, lembrando que para limitar o quantitativo encontrado, na classificação “bebê” consideramos crianças até 2 anos, 11 meses e 29 dias e para “pré-escolar” crianças até 5 anos, 11 meses e 29 dias, uma vez que encontramos nos prontuários crianças registradas com detalhes de meses e dias e a tabela encontrada não definia bem estes pormenores. Sendo assim, os resultados revelaram que a maioria em tratamento na ocasião estava entre as crianças com idade escolar de 7 a 12 anos incompletos cerca de 125 (48,4%), seguido com pouca diferença significativa 108 (41,9%) dos pré escolares entre 3 a 6 anos de idade.

A proporção de pessoas infectadas, em uma determinada idade, é expressão dos riscos de infecção aos quais as mesmas foram submetidas desde o nascimento; por esse motivo, o

risco calculado nessa idade representa o risco médio nos anos anteriores (SUTHERLAND, 1976).

Coloca ainda Sant'anna (2002, p.71) que o risco de infecção depende da incidência dos casos de bacilíferos, durante a infecciosidade e da interação entre os casos infectantes e susceptíveis. Sabe-se que a tuberculose é um problema de saúde pública que afeta há muito tempo a comunidade da Rocinha e isso sugere que essas crianças podem ter sido infectadas no próprio ambiente domiciliar ou na própria comunidade, nos primeiros anos de vida, onde é notável o aglomerado de casas, pessoas e ambiente insalubre o que favorece muito à disseminação da doença em casos de indivíduos com tuberculose ativa.

Corroborando o resultado de nossos estudos, outras pesquisas realizadas revelam que, de todas as crianças expostas a indivíduos bacilíferos, mais de 50% em idade pré-escolar e 15% em idade escolar podem desenvolver TB ativa, majoritariamente nos dois anos após a infecção (PETRUCCI *et al.*, 2008). Logo, a história de contato com adulto doente de TB, bacilífero ou não, deve ser valorizada, principalmente, em crianças até a idade escolar, e isto se deve, pelo maior tempo de exposição com o foco transmissor (GAZETTA, 2008).

Corroborando, Pinheiro (2009) coloca as crianças em idade pré-escolar, são mais susceptíveis à TB ativa, têm maior probabilidade de desenvolver quadros clínicos mais graves e são mais vulneráveis a formas fatais, pelo que 8 a 20% do total de mortes/ano por TB ocorre nesse grupo etário. Assim sendo, após exposição a um adulto bacilífero, as crianças com menos de 5 anos de idade devem ter elevada prioridade na investigação como contatos e devem ser alvo de uma avaliação clínica de modo a permitir o diagnóstico de ILTB (OMS, 2009; CDC, 2005).

Nas variáveis relativas ao familiar que a criança mora, notou-se que houve complexidade nesta questão devido às informações registradas do próprio familiar em informar exatamente a situação da criança, visto a própria condição de instabilidade de moradia, comum na maioria dos prontuários analisados. Entretanto, conseguimos fazer uma média mediante o registro da evolução médica, o responsável que acompanhava a criança no momento e no tratamento ao longo do período, mas que em alguns casos não necessariamente morava com ela, entre os quais foram identificados que a maioria eram a mãe, o pai ou os dois, seguido de algum responsável fixo, em (97,6%), que poderia ser a mãe, avó, tio, entre outros. Nas diversas situações houve responsável que passava a semana inteira com a criança e só entregava nos finais de semana para os pais, também ocorreram casos em que a criança

morava com vizinha/o, parentes, cuidadora de crianças e houve situações de crianças que moravam com o pai e a mãe separados dividindo o meio da semana ou com outro parente.

Corroborando, Sant'anna (2002, p.71), coloca que nos locais onde vivem pessoas de baixa renda aglomeradas é comum crianças de uma família permanecerem grande parte do dia em casa de vizinhos, enquanto seus familiares estão trabalhando.

Nosso estudo apontou vários bairros de familiares de crianças em tratamento da Infecção Latente, atendidas nesses dois Centros de Saúde em questão, entretanto a maioria (88,3%) casos foram encontrados no bairro Rocinha, vista também como área de maior número de casos de tuberculose da Cidade do Rio de Janeiro na ocasião.

Dados da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro em 2006, a Rocinha teve uma das mais altas taxas de incidência de Tuberculose na cidade e foi escolhida como piloto da expansão. Com população estimada em 59.000 habitantes, no ano de 2002 foram registrados 365 casos de Tuberculose, com taxa de incidência cinco vezes maior que a encontrada na cidade. O encerramento dos casos mostrou que o percentual de cura era de 71% e o de abandono, 20% (JORNAL DE BRASÍLIA, 2009).

Segundo entrevista com o médico do MS, Dr. Draurio Barreira, durante a 8ª Reunião de Gerentes da Parceria Global Stop TB, promovida pela OMS, no Rio de Janeiro, “a Rocinha chama a atenção pelos altíssimos índices de contaminação”. Embora tenha registrado declínio nos últimos anos, caindo de 600 casos por 100 mil para 300 por 100 mil, o número ainda é muito elevado. “Só é achado em países africanos, como a África do Sul”, comparou. (JORNAL DE BRASÍLIA, 2009).

5.1.2 Principais Aspectos Diagnósticos do Tratamento da Criança Registrado no Prontuário

O CMS Píndaro de Carvalho Rodrigues, localizado no bairro Gávea como vimos na tabela, destacou-se neste estudo com (96,5%), das crianças atendidas, a maioria da rocinha e comunidades adjacentes, segundo relato dos próprios moradores no que diz respeito ao controle da tuberculose ou até mesmo por outras causas a preferência é nesta unidade básica.

Encontramos uma reportagem de um jornal da própria comunidade lançado em 2008, que segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, na ocasião, cerca dos 70% atendimento à doença nesta unidade básica também conhecida como "Minhocão", são oriundos da Rocinha, sendo considerado também o segundo posto médico com mais casos na cidade (JORNAL DA ROCINHA, 2009).

Em relação ao tratamento da ILTB, este consiste na utilização de um quimioterápico a isoniazida como forma de prevenção da tuberculose. Com base em nossos estudos 3 crianças abandonaram retornaram e não conseguiram concluir o tratamento, uma dessas crianças, na ocasião com 11 anos de idade, apareceu desacompanhada de seu familiar por duas vezes, pelo qual foi necessário acionar o conselho tutelar pela unidade básica. Prosseguindo seu relato, registrado no prontuário mesmo sem comparecer várias vezes à consulta médica disse que seu remédio “não terminou” porque pegava com familiares que também faziam tratamento na mesma ocasião.

Como vimos anteriormente, não são raras crianças que passam o dia na casa de vizinhos e outros familiares enquanto seus pais/responsável trabalham ou compartilham das mesmas medicações por terem 2 ou 3 familiares fazendo a mesma terapia, o que facilita a “troca-troca” de medicações entre eles, e um motivo para o não comparecimento às consultas médicas que consiste, sobretudo, não apenas em “pegar as medicações” mas no controle e acompanhamento do profissional de saúde que não somente entrega as medicações, mas que fica atento às condições físicas da criança ou à possibilidade de algum possível evento adverso.

Nas variáveis resultados do Derivado de Proteína Purificada (Purified Protein Derivative, PPD), é impressionante como a maioria apresentou reator >15 mm e a maioria sendo de contato intradomiciliar, corroborando conosco, David (2000) em seus achados relatou que 18 (72%) crianças dessa faixa etária reagiram fortemente à tuberculina (>15mm), e que, em 14 (56%) a fonte de contágio tenha sido no ambiente intradomiciliar.

O Manual de Controle da Tuberculose sofreu algumas mudanças para ajuste operacional no que diz respeito aos critérios de avaliação para início ou não do tratamento da ILTB na criança. No ano proposto deste estudo 2008 e 2009, mantiveram-se as definições do manual de 2002. O Guia de Vigilância Epidemiológica de 2002 preconiza que: o controle dos contatos que convivam com doentes bacilíferos, especialmente os intradomiciliares, por apresentarem maior probabilidade de adoecimento, seguiram às seguintes recomendações: Crianças com até 15 anos, não vacinadas, devem se submeter à PT, se não reator, vacinar com o BCG e, sendo reator, é solicitada radiografia de tórax que, se sugestiva de TB e com sintomas clínicos, tem indicação para tratamento. Já as crianças com RX de tórax normal e sem sintomas clínicos devem ser encaminhadas para quimioprofilaxia. Observa-se que, na ocasião, utilizava-se muito o termo “quimioprofilaxia”, para o tratamento da ILTB, e consideravam crianças os menores de 15 anos.

Sendo assim, as indicações da quimioprofilaxia foram mantidas para os recém-nascidos coabitantes de foco bacilífero e ampliadas para crianças menores de 15 anos, não vacinadas com BCG, que tiveram contato com um caso de TB pulmonar bacilífera, sem sinais compatíveis de TB-doença, reatores à PT de 10 mm ou mais.

Já as II Diretrizes Brasileiras para Tuberculose, elaboradas pela SBPT, em 2004, preconizaram a proposta de conduta em crianças comunicantes de doentes de TB, definido como a pessoa que manteve contato com doentes ou portadores de agentes infecciosos, ou com ambientes onde permaneçam, segundo a qual o diagnóstico deveria ser realizado a partir de exame clínico, achados radiológicos e a PT, independente de cicatriz vacinal. A história de contato com adulto doente de TB, bacilífero ou não, devendo ser valorizada, principalmente, em crianças até a idade escolar, pelo maior tempo de exposição com o foco transmissor (SBPT, 2004).

Neste estudo houve apenas 2 relatos de criança com PPD de 9 mm, entretanto acreditamos que a opção para o início do tratamento para ILTB, pode ter sido justificada, não baseado apenas no reator e sim na valorização da história do contato como citado acima.

Atualmente considera que, em adultos e adolescentes (> 10 anos) com ILTB, a relação risco-benefício do tratamento com H (isoniazida) deve ser avaliada. A idade é um dos fatores de risco para hepatotoxicidade pela Isoniazida. Pelo risco de hepatotoxicidade e reduzido risco acumulado de adoecimento. Nota-se que neste, as crianças já são consideradas maiores de 10

anos de idade e que existe cautela para início visto que o risco de adoecimento nesta faixa etária é menor.

Na variável quanto a alteração na radiografia depois de início do tratamento, neste estudo 10 crianças apresentaram alguma alteração, lembrando que levamos em consideração os registros a partir do 1 mês de tratamento, e só foram consideradas as anotações que pertenciam ao setor de pneumologia pediátrica, isto porque encontramos crianças que foram encaminhadas a outras especialidades nesse mesmo período, como nutricionista, serviço social e outras especialidades, mas esses outros registros não foram levados em consideração.

Dentre as alterações, excluimos as adenomegalias neste quantitativo porque segundo a literatura esta também pode ser verificada através do exame físico e como algumas crianças apresentaram esses sinais e o registro não foi muito específico se foi pela radiografia ou através do exame físico, não incluímos esses dados, sendo assim, descrevemos abaixo os achados na seguinte ordem; alteração, sexo, idade, o tempo transcorrido do primeiro registro no prontuário, e se concluiu o tratamento da ILTB na unidade;

- Infiltrado intersticial difuso, (RX sem laudo), (feminino), (3 anos), apresentou no primeiro mês de tratamento (concluiu);
- Infiltrado em base direita, (feminino), (5 anos), apresentou 3 meses depois de início de tratamento, esta foi encaminhada a uma unidade de referencia mas não consegui atendimento até a alta (concluiu);
- Pneumonia, (masculino), (7 meses), apresentou 3 meses depois do início do tratamento, (abandonou);
- Discreto infiltrado, (masculino), (7 anos), apresentou com seis meses de tratamento, procurou UPA, porém não fez RX de controle, (concluiu);
- Nódulos cavitários (resíduos), (feminino), (9 anos) apresentou no primeiro mês de tratamento (abandonou);
- Pneumonia, acompanhada por medico particular, (masculino), (4 anos), apresentou 3 meses depois (concluiu);
- Infiltrado perihilar bilateral e pneumonia, (masculino), (3 anos e 2 meses), 1 meses após tratamento, (abandonou);
- Infiltrado intersticial, (masculino), (5 anos), 2 meses após tratamento, (concluiu).

- Calcificação hilar, (feminino), (11 anos), (só compareceu a duas consultas);
- Infiltrado pericárdico (sem laudo), (feminino), (6 anos), apresentou no início do tratamento, (concluiu);

A TB latente, ou ILTB, ou TB infecção, costuma ser definida, na prática, quando se identifica uma pessoa assintomática, com radiografia de tórax normal e prova tuberculínica reatora. A TB doença, por outro lado, se caracteriza pela presença de sintomas como febre, emagrecimento, sudorese, tosse persistente, eventualmente hemoptóicos; quando se trata de TB extrapulmonar, observam-se lesões compatíveis com a doença nos gânglios periféricos, nos ossos, na pele (BRASIL, 2011).

A TB-infecção e a TB-doença podem ser difíceis de distinguir, pois cerca de metade delas é assintomática e as alterações radiográficas podem não estar evidentes na radiografia inicial (COUTO, 2001). Logo, a distinção entre infecção e doença é mais clara no adulto, pois, geralmente, há sintomatologia clínica e radiografia de tórax alterada.

Cerca de 40% das crianças infectadas não tratadas correm o risco de desenvolver doença tuberculosa nos dois primeiros anos após a infecção. Na infância, as alterações radiológicas podem ser súbitas e os sintomas estar ausentes em 50% dos casos (DAVID, 2000).

Corroborando, Marais (2007), afirma que o diagnóstico de TB pulmonar em crianças ainda é um desafio devido à baixa especificidade de sinais, sintomas e padrões radiológicos, se comparado ao diagnóstico em adultos. No caso de crianças HIV positivas ainda é mais complexo, pois pode haver sintomas pulmonares crônicos e alterações radiológicas relacionadas ao HIV.

Outro autor (BOMBARDA, 2001 *apud* CAMPOS 2001) aponta que a interpretação das imagens radiográficas representa um importante recurso complementar, principalmente se mostra linfadenomegalia mediastino ou opacidade retículo micronodulares difusas, sugerindo tuberculose miliar. Comenta ainda que outras imagens também podem sugerir tuberculose como a persistência de condensações simulando pneumonias, atelectasias, síndrome do lobo médio

Na variável de quem a criança foi contato, na maioria dos casos a infecção se deu no ambiente intradomiciliar, o pai/mãe ou responsável legal da criança, que poderia ser a avó, padrasto, tios, algum vizinho entre outros com (50,8%).

Contato é definido como toda pessoa que convive no mesmo ambiente com o caso índice no momento do diagnóstico da TB. Esse convívio pode se dar em casa e/ou em ambientes de trabalho, instituições de longa permanência, escola ou pré-escola. A avaliação do grau de exposição do contato deve ser individualizada considerando-se a forma da doença, o ambiente e o tempo de exposição (BRASIL, 2011).

Sant'anna, (2002, p.71), coloca que um elemento valioso no diagnóstico de tuberculose primária é a história do contato com o tuberculoso em atividade, devendo sempre ser pesquisado, visando pessoas, parentes ou não, que convivam diretamente com a criança, isto é contágio intradomiciliar. Comenta ainda que o contato extradomiciliar é menos relevante, mas em locais onde vivem pessoas aglomeradas, deve ser pesquisado.

Como vimos, a fonte de transmissão da tuberculose numa criança é habitualmente um familiar adulto com baciloscopia positiva. A frequência do número de casos infecciosos na população infantil é, em especial, a proximidade desta com o bacilífero, sendo a idade da criança um elemento que predispõe à probabilidade da infecção.

Consideram-se, portanto, contatos de alto risco aqueles que compartilham ou compartilharam o mesmo ambiente no passado recente (DOBRE, 1982 *apud* FREIRE *et al* 2007).

Nos EUA, descreveu-se um caso em que apenas uma fonte bacilifera foi suficiente para infectar 41 de 97 indivíduos frequentadores de um bar, causando doença ativa em 14 e tuberculose-infecção em 27 (KLINE, 1995) A frequência da doença também pode ocorrer de forma significativa, quando o caso-índice apresenta baciloscopia negativa (NOERTJOJO, 2002). Tais fatos justificam a recomendação de que nenhum grupo de contatos deve ser excluído da investigação de tuberculose. (DOBRE, 1982 *apud* FREIRE *et al* 2007).

Sabendo-se, portanto, que essa contaminação se dá devido ao grau de exposição, em nosso estudo a maioria dos contatos foram os pais, em maior frequência a mãe, pois a maioria dos pais trabalhava, enquanto a mãe cuida dos afazeres de casa e dos filhos. É certo de que a criança tem uma grande chance de ser infectada se a mãe tiver TB ativa, pois está em contato íntimo com ela o tempo todo, inclusive menores de 5 anos em que são mais dependentes, por isso é mais provável que inale maior número de partículas infecciosas do ar que outros familiares. Refletimos também sobre outros contatos em que segundo registro as crianças foram contato, como uma tia, avó, irmã mais velha, babá, que também apresentam destaque pelo fato de que embora estivesse registrado muitas das vezes como “encontros eventuais” há uma grande possibilidade desses parentes terem residido no mesmo domicílio antes de ser detectado como caso índice.

Um estudo realizado com 100 crianças em tratamento de ILTB, identificou que em todas as faixas etárias o contágio intradomiciliar foi predominante, provavelmente pelo convívio das crianças com adultos dentro de casa. O que mais chamou a atenção foi que 77,4% das crianças de 1 a 5 anos infectaram-se dentro do domicílio, sendo o menor percentual para a idade de 6 a 10 anos, correspondendo a 52,3% das crianças. Esse mesmo autor coloca ainda que, crianças maiores saem mais frequentemente de casa e têm círculo social maior que os lactentes e crianças menores, estando por isso mais expostas ao contágio fora do domicílio (DAVID et al, 2000).

Após análise de alguns prontuários, verificamos que algumas crianças possuíam inscrição no CMS desde o nascimento, o que demonstrava um acompanhamento em especial na cobertura vacinal. Em relação ao quantitativo de crianças que receberam a vacina BCG, segundo registro gerou 100%, esses dados confirmam com estudos realizados por (DAVID *et al*, 2002) em que coloca que ,os profissionais de saúde que atuam em postos de saúde deparam-se frequentemente com a necessidade de avaliar a indicação de quimioprofilaxia em crianças vacinadas com BCG e contatos de adultos tuberculosos, devido à alta cobertura vacinal em nosso meio.

A vacinação com BCG, exerce poder protetor contra as manifestações graves da primo-infecção, como as disseminações hematogênicas e a meningoencefalite em menores de cinco anos mas não evita a infecção tuberculosa. A imunidade se mantém por mais 10 a 15 anos. Entretanto nas áreas geográficas com alta prevalência de infecção por micobactérias não-tuberculosas, a margem de proteção do BCG contra a tuberculose é reduzida (BRASIL, 2011).

5.1.3 Registro de Sinais e Sintomas ou Quadro Clínico no Decorrer do Tratamento

Neste estudo, em relação a algum sinal, sintoma ou quadro clínico apresentado pela criança que fizesse ela ou mesmo o familiar interromper o tratamento, gerou em torno de (4,7%), dentre os sintomas mais citados encontramos enjoos, diarreia e vômito, (neste o N-14), justifica-se porque tiveram crianças que apresentaram mais de 1 sintoma, sinal, ou quadro clínico. Em outro encontramos registros de familiares que relataram que a criança apresentou algum sintoma, depois da ingestão do medicamento, porém não interromperam, em torno de (8,5%), dentre os mais citados estão a dor abdominal 3,5% seguido de náusea/vômito e diarreia 3,1%.

O tratamento preventivo com INH atua diminuindo ou eliminando uma pequena população bacteriana em lesões novas ou residuais. Grande número de bacilos costumam estar presentes em indivíduos doentes, com maior chance de existirem micro-organismos geneticamente resistentes à uma única droga (DAVID, 2000). Nos infectados, com menor número de bacilos, menos provavelmente haverá bacilos resistentes, e o tratamento com apenas uma droga tuberculostática será eficaz, pois altera o metabolismo do bacilo da tuberculose, diminuindo ou eliminando a população bacilar viva ou quiescente das lesões tuberculosas, reduzindo a probabilidade de se multiplicarem e vencerem as defesas do hospedeiro (FARER, 1988).

A probabilidade de a infecção evoluir para doença tuberculosa depende de vários fatores, muitos dos quais relacionados ao próprio indivíduo. A indicação da quimioprofilaxia deve considerar os riscos de desenvolver a doença, os efeitos tóxicos da INH e os efeitos sociais benéficos da prevenção, evitando a instalação de novos focos da doença (ATS, 2000).

A hepatite é o maior efeito tóxico da INH. Estudo conduzido por Dash *et al* 1980, em Maryland, com 5.300 pacientes submetidos à quimioprofilaxia com INH durante 12 meses, observou que a necessidade de interromper o tratamento devido aos efeitos colaterais da INH aumentou com a idade. A probabilidade de a hepatite ocorrer foi de 0,6% para os indivíduos menores de 15 anos e 4,3%, para as pessoas acima de 55 anos de idade. Dessa forma, não são necessários exames rotineiros com dosagem de transaminase glutâmico oxaloacética (TGO) e transaminase glutâmico pirúvica (TGP), a menos que haja história anterior de doença hepática. Os familiares, entretanto se tratando de crianças devem estar cientes de que a droga deve ser suspensa caso surjam vômitos, dor abdominal e icterícia (ATS, 2000).

Na infância são poucas as restrições à prevenção, porque a INH é bem tolerada pelas crianças. No entanto, história prévia de reações alérgicas ou lesão hepática associada à INH, doença aguda do fígado de qualquer causa, constituem situações de risco para complicações tóxicas graves (OMS, 1982).

5.1.4 Desfecho do Tratamento da ILTB na Criança

A adesão ao esquema de prevenção é um problema para o profissional de saúde, que procura convencer pais ou outro adulto responsável pela criança sobre a necessidade de manter uma medicação em longo prazo em indivíduos aparentemente saudáveis (DAVID, 2002). E isso pode ser justificado pelos resultados que apontam que do quantitativo estudado, 66,2% tiveram alta pela completude do tratamento, para 33,1% dos que abandonaram.

Em relação ao abandono, foi constatado através dos registros nos prontuários que este é considerado quando a criança/familiar não comparece após 1 ano na UBS, apesar de todos os esforços feitos pela CMS, como remarcação de consultas e contatos feitos pelo Departamento de Assistência Social e sempre registrado como “busca sem sucesso”.

Pudemos perceber que apesar dos que estavam registrados oficialmente como “abandono”, 33,1%, havia outro grupo que consideramos também como abandono e o que mais chama a atenção são os familiares/crianças que compareceram na Unidade; 10 (3,8%) compareceram apenas a primeira consulta; 6 (2,3%) compareceram apenas em 2 consultas; e 2 crianças (0,7%) compareceram apenas em 3 consultas. Não estava registrado como “abandono”, entretanto consideramos estes casos como “abandono”, visto que não retornaram e a maioria estava registrada após a última consulta, “busca ativa sem sucesso”. Neste, todos abandonaram o tratamento sem causa aparente registrada. Houve também casos de familiares que compareceram até de 4 a 5 consultas, mas foram aqueles que não compareceram na última ou antepenúltima consulta, mesmo sendo remarcado algumas vezes, o que mostra que não levaram medicação suficiente ou não vieram para a última revisão, porém não estava registrado “alta”, esses casos indefinidos também consideramos abandono.

Todos esses detalhes foram revisados criteriosamente pela autora para evitar vieses, visto que houve casos de familiares que compareceram em média a 3 consultas e terminaram o tratamento, receberam “alta” registrada. Neste caso, houve um acordo de levarem medicações para 60 dias, 90 dias, ou outros critérios de confiabilidade entre profissional e usuário.

Ressaltamos também que a média de busca ativa para os casos faltosos, por telefone pelo Departamento de Assistência Social ou pelo próprio ACS foi de 1 a 2 vezes 26 (86,7%).

O emprego de medidas preventivas conhecidas em qualquer enfermidade potencialmente evitável deve ser encorajado, para que se evite sofrimento humano desnecessário. As crianças, por raramente serem bacilíferas, não representam um elo importante na cadeia de transmissão da doença. A prevenção da tuberculose nessa faixa etária não determina impacto epidemiológico imediato, mas evita que a criança adoça ou se transforme no futuro num potencial transmissor da doença (DAVID, 2000).

5.2 2ª ETAPA: DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS

5.2.1 Conhecimento Relacionado ao Tratamento

Na variável “como se pega tuberculose”, (97,6%) dos entrevistados souberam responder, verificamos, portanto que (85,8%) do total das respostas foi adequada, com base na literatura. Ressaltamos que nesta questão os indivíduos citaram mais de um meio de transmissão (TABELA 9/QUADRO 2).

Vejamos as respostas mais citadas. De acordo com os entrevistados a transmissão acontece através do ar/respiração, seguido de má alimentação, de uma pessoa que quando tosse transmite a outra pessoa, e de casa fechada com mofo. De acordo com Marques, “A transmissão da tuberculose ocorre quase exclusivamente de pessoa para pessoa, através da inalação (quando da respiração) de gotículas que contém o bacilo (não se transmite, habitualmente, pelo contato com objetos, nem pela alimentação)” (2007, p. 40).

A mesma fonte refere que “Um indivíduo doente e contagioso - bacilífero, quando tosse ou espirra, pode emitir para o ambiente gotículas contagiosas que permanecerão durante algum tempo em suspensão no ar (2007, p. 40)”, que quando inaladas por um indivíduo saudável poderão infectá-lo.

Quanto “à má alimentação” citada pelos entrevistados, a literatura aponta que a ingestão deficiente de nutrientes, prejudica as funções do sistema imunológico do indivíduo e faz com que ele fique mais predisposto a infecções. Corroborando, Neto (2003) coloca que a fome, é uma das causas mais diretamente vinculadas à tuberculose, com a fome vem à desnutrição, que leva à baixa nas defesas naturais do organismo e ao consequente favorecimento ao aparecimento das doenças infecciosas.

Além disso, para se ter progresso no controle da tuberculose e cura do paciente, além dos medicamentos, é necessário haver um cuidado especial com a saúde, à base de uma alimentação nutritiva, de modo a manter ativas, e no seu melhor, as defesas naturais do organismo (NETO, 2003).

Como vimos, as pessoas conseguiram de certa forma, responder adequadamente esta questão, embora inadequado, não desconsideramos até mesmo quando citaram; o valão que passa embaixo ou ao lado de algumas casas, pode ser perfeitamente representada pela umidade tão presente na região, o que gera mofo nas casas, pela impossibilidade do sol penetrar nos becos e vielas, devido aos inúmeros edifícios de apartamentos com 3 a 4 andares e as casas muito próximas umas das outras.

Na questão sobre os sintomas da tuberculose encontramos (87,5%) dos indivíduos souberam responder, lembrando que a maioria citou mais de um exemplo. Além disso, como a maioria (83,5%) dos entrevistados tiveram tuberculose, relataram seus próprios sintomas que tiveram na ocasião, dentre os mais citados estão; febre (56,5%), seguido de tosse e perda de apetite.

Existem muitas referencias bibliográficas de que a tuberculose pode manifestar-se sob diferentes apresentações clínicas, dependendo do órgão que acomete. Dessa forma, outros sinais e sintomas, além da tosse, podem ocorrer e devem ser valorizados na investigação diagnóstica individualizada (CONDE e MUZY DE SOUZA, 2009; KRITSKI e MELO, 2007). Entretanto, na forma pulmonar, os sintomas clássicos são: tosse persistente, produtiva ou não (com muco e eventualmente sangue), febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento (BRASIL, 2011).

Ainda em relação ao conhecimento relacionado ao tratamento da criança verificamos que na fala dos entrevistados na questão de se sabiam explicar “o porquê” daquele tratamento realizado na criança na ocasião, tivemos 91,9% de respostas, (TABELA 9/QUADRO4) lembrando que, para esta questão, as pessoas comentaram também alguns cuidados relacionados à criança mencionados pelo profissional de saúde na ocasião.

Dentre as respostas mais citadas, estão; “para não ficar doente”, “porque estava com infecção nos pulmões”, “pulmão fraco”, “porque poderia virar tuberculose futuramente”; “para não ter a doença”; encontramos também “tuberculose mais fraca” e “princípio de tuberculose”. Quanto as orientações destacamos; “deixar a casa aberta para o sol entrar/ dar o leite 1 hora depois do remédio”; “dar o remédio na hora certa”; “não podia deixar a criança coçar a vacina/ o remédio não podia ser interrompido para não virar tuberculose”; “deixar a porta aberta quando não tem janela/dar o remédio sem interromper”; “separar as coisas da criança, talher, copo/colocar a mão na boca não tossir em cima da criança”.

A literatura preconiza que toda pessoa que convive no mesmo ambiente com um indivíduo bacilífero deve ser avaliada, em especial as crianças, tendo em vista que estas, em geral, desenvolvem a doença logo após a transmissão (BRASIL, 2011).

Descreve ainda essa mesma fonte que a maioria das pessoas após o contato, resiste ao adoecimento e desenvolve imunidade parcial à doença, no entanto, alguns bacilos permanecem vivos, bloqueados pela reação inflamatória do organismo, e quando o organismo não conseguem impedir a multiplicação dos bacilos, adoecem na sequência da primoinfecção, por reativação desses bacilos ou em consequência de exposição a uma nova fonte de infecção.

Refere ainda que fatores relacionados à competência do sistema imunológico podem aumentar o risco de adoecimento, destaca-se a infecção pelo HIV, doenças ou tratamentos imunodepressores, menores de 2 anos e desnutrição (BRASIL, 2011).

Desta forma, crianças não doentes, mas que estão infectadas precisam ser avaliadas para rever a necessidade do tratamento da ILTB, a fim de diminuir a possibilidade posterior de adoecimento. Consideramos, portanto, segundo a literatura, adequado o conhecimento dos entrevistados nesta questão.

Na questão dos exames, 97,6% dos entrevistados souberam, lembrando que aqui também a maioria dos entrevistados relacionaram os exames que a criança fez na ocasião em que ela fez o tratamento, em destaque a radiografia de tórax com 64%, exame do escarro, seguido da PT, que foi citada como “exame do braço”, “aquele que não pode coçar”; “a vacina”, ou então sinalizavam a localização do exame.

Quanto a isso, o manual de recomendações para controle da tuberculose, enfoca que todos os contatos de sintomáticos respiratórios devem comparecer à unidade de saúde para serem avaliados, que consiste na realização de criteriosa anamnese e exame físico. Em caso de crianças sintomáticas (incluindo pessoas com HIV/AIDS) deverão ter sua investigação diagnóstica ampliada com radiografia de tórax, baciloscopia de escarro e/ou outros exames, de acordo com cada caso.

Essa mesma fonte coloca ainda que, crianças assintomáticas devem realizar PT e radiografia de tórax na primeira consulta. Se $PT \geq 5$ mm (em crianças não vacinadas com BCG, crianças vacinadas há mais de dois anos ou portadoras de qualquer condição imunossupressora); ou ≥ 10 mm em crianças vacinadas com BCG há menos de dois anos, tratar ILTB. Se PT não preencher os critérios mencionados, repeti-la em oito semanas. Em caso de conversão, tratar ILTB.

Após serem avaliados, não sendo constatada TB ou não existindo indicação de tratamento da ILTB, deverá ser orientado a retornar a unidade de saúde, em caso de aparecimento de sinais e sintomas sugestivos de tuberculose, particularmente sintomas respiratórios.

Acreditamos também que, aos demais que mesclaram as respostas com outros exames geralmente que não são pedidos para a criança, como exame de escarro e de sangue poderia ter acontecido viés de memória, visto o tempo decorrido desde a ocasião, ou pela maioria dos adultos entrevistados terem vivido a tuberculose, mesclaram talvez os exames relacionados com os quais eles próprios fizeram. Consideramos, portanto, segundo a literatura, como foi satisfatório o conhecimento dos entrevistados também nesta questão.

5.2.2 Atitudes Relacionadas ao Tratamento

Na opinião dos entrevistados, 87% acreditam que a estrutura do seu bairro poderia ter influencia nos casos de tuberculose, entretanto quando perguntado o que poderia se modificado, 69,4% responderam. Destacamos a seguir as situações mais citadas; “casas que são muito próximas uma das outras”; “responsabilidade do coletivo para que todos se cuidem”; “retirada do valão”, “lixo”, entre outros. Tivemos (47%) de respostas adequadas.

O que chamou a atenção nesta questão, segundo o relato dos entrevistados, é que eles informaram que as pessoas mesmo depois que iniciam o tratamento passam a noite nas “biroscas” da comunidade, bebendo, elas acreditam que isso corta o efeito do remédio, ou então somem e não tem como o agente comunitário encontrar.

Quanto a isto a literatura aponta que a tuberculose é muita das vezes associada às representações sociais relacionadas à pobreza, à exclusão social, aos sem abrigo, ao alcoolismo, à migração e à toxicodependência. Em relação ao alcoolismo em especial, notamos pela fala das pessoas entrevistadas certo estigma a este grupo, bem como preconceito e revolta quando referem que “essas pessoas não se curam porque a bebida corta o efeito do remédio e ai não adianta nada”.

O alcoolismo é um problema social que está também relacionado com a tuberculose. É um fenômeno que tem repercussões ao nível das perturbações orgânicas e psíquicas, perturbações no meio familiar, bem como profissional e social e implicações a nível financeiro, legal e moral (OLIVEIRA, 2001 ao citar a OMS, 1997). Considera-se alcoólico, todo o indivíduo que não consegue abster-se do álcool e controlar o seu consumo (OLIVEIRA, 2001).

Um dos principais problemas enfrentados pelo PNCT refere-se à não adesão dos pacientes com TB à terapêutica oferecida, tornando-se pacientes crônicos tanto da doença quanto do serviço (ANDRADE, 2005).

O alcoolismo é uma das condições clínicas que aumenta muito o risco de desenvolver tuberculose e por si só influencia o prognóstico e o tratamento, e vem sendo associado à baixa qualidade de vida e identificado por más condições de higiene, má nutrição, baixa da resistência imunológica, falta de moradia fixa, pouco desejo de viver e pouca aceitação do tratamento, o que intensifica ainda mais um desfecho desfavorável ao tratamento proposto (ANDRADE, 2005).

Quanto ao termo estigma, refere Goffman (1988: 13), “é usado em referência a um atributo profundamente depreciativo”. A mesma fonte (1988: 13), define estigma como “um rótulo social que altera, radicalmente, o modo como os indivíduos se encaram a si próprios e como são encarados pelos outros”. Acrescenta ainda que “os indivíduos estigmatizados não preenchem as expectativas normativas da sociedade porque possuem características diferentes ou indesejáveis pelo que passam de pessoas aceites socialmente para indivíduos rejeitados” (GOFFMAN, 1988: 13).

Takahashi e Shima (2004: 133) afirmam que, “o estigma do doente de tuberculose foi sendo estruturado a partir do entendimento da culpabilidade do doente pela própria infecção, por representar uma ameaça social devido à possibilidade de disseminá-la entre os sadios e por se constituir em um agente danoso ao meio social”.

Houve relatos também sobre o valão que corta a comunidade onde as pessoas jogam lixo, moveis e isso traz ratos e outros animais inclusive a tuberculose o que prejudica toda a comunidade, em relação ao lixo comentam que há até a retirada na rua principal pela Companhia Municipal de Limpeza Urbana (COMLURB), entretanto dentro dos becos as pessoas jogam de cima dos apartamentos sacos de lixo com fraldas sujas, restos de comida o que “aumenta o número de ratos e outros bichos e o cheiro fica insuportável”. Acreditam também que o baile “funk” na região aumenta os casos visto que os jovens namoram muito, “ficam” com vários durante a noite e se tiver um com tuberculose se beijando passa para os outros, inclusive através das relações sexuais que enfraquecem o “organismo”.

Existem fatores de risco, que parecem estar relacionados com o aumento da incidência da tuberculose, segundo Ferreira e Ferreira (2000: 41): “Condições promíscuas de vida, Má nutrição; Baixa resistência devido ao alcoolismo; Baixo nível socioeconômico Condições habitacionais precárias; Cuidados de saúde inadequados; Grandes aglomerados populacionais (transportes públicos, discotecas...); Exposição a bacilos ativos”.

Na questão da residência, (69,4%) acreditavam que a própria casa poderia ter ser ambiente propício para o aparecimento da tuberculose, embora somente (56,5%) respondam o que poderia ser modificado e citaram alguns exemplos que poderiam contribuir para um ambiente mais favorável como; “casas mais arejadas”, “mais janelas”, “casa maior”, algumas pessoas até comentaram as orientações do próprio serviço de saúde na ocasião como; “abrir mais as janelas e em caso de não ter janelas abrir a porta”, “deixar o sol bater”, “passar pano úmido nas paredes com detergente para tirar o mofo”.

A duração e a intensidade da exposição ao *M.tuberculosis* é muito importante para que ocorra a transmissão da tuberculose, pois o índice desta doença após a exposição

prolongada é muito alto e a transmissão é mais provável de ocorrer em ambientes fechados com ventilação precária ou nenhuma, o que propicia o acúmulo de partículas infectadas no ambiente, dessa forma aumentar a ventilação do ambiente cobrir o nariz quando tosse ou espirra são medidas que ajudam a reduzir a transmissão da doença (BRUNNER e SUDDARTH,1999).

Logo, o tempo de exposição ao bacilo é um fator que propicia a transmissão, e a contaminação é mais provável de ocorrer em ambientes fechados com ventilação precária ou nenhum, o que aumenta o acúmulo de partículas infectadas no ambiente. Dessa forma, aumentar a ventilação do ambiente e cobrir a boca quando tosse ou espirra podem ser utilizadas como medidas preventivas; além de ajudar a reduzir a transmissão da doença (BRASIL, 2011).

As respostas como “retirada do valão” e “uma casa que batesse mais sol”, em outras palavras, pode ser reflexo da umidade tão presente e visível nas paredes das casas, bem como da falta de luminosidade natural, visto as construções desordenadas e clandestinas na posição vertical que impedem a presença de luz solar nos becos e vielas, levando a ser um local escuro, úmido, com muito mofo e odor forte propício para a propagação e instalação do bacilo da tuberculose e até mesmo outros micro-organismos. Nesta questão também consideramos as respostas adequadas pela maioria dos entrevistados.

Com base na Tabela 10, foi identificado na questão em relação se era importante levar a criança para ser examinada em caso de alguém com tuberculose na residência, em que 97,6% tiveram uma atitude favorável mediante conhecimento/informação que receberam à respeito da tuberculose e do tratamento proposto, embora 2 pessoas relataram que não importava se a criança fosse ou não no médico, demonstrando a minoria neste estudo, mas que se justificaram com a seguinte resposta, “visto que a tuberculose está na comunidade” se a criança não “pegar” hoje “pega amanhã”, informaram também que se o vizinho não se cuida, passa para todo mundo, o ideal seria que “todo mundo se tratasse”, principalmente os que ingerem bebidas alcoólicas, entretanto esses dois familiares mesmo assim encaminharam a criança ao posto na ocasião obedecendo ao pedido médico e do agente comunitário.

Como vimos nos textos anteriores, quando há presença de um caso índice, todos os contatos que se mantiveram próximos a eles devem ser examinados e esse contato pode ter sido no ambiente domiciliar, no trabalho, na escola, entre outros.

Os profissionais de saúde necessitam repensar a relação da família com o serviço de saúde, buscando reconhecer as opiniões trazidas pela população, além de se envolverem com a realidade de saúde e de vida da população (MELLO; FERRIANI, 1996).

Acreditamos que tenha sido um desabafo como forma de apontar responsabilidade individual de cada pessoa da região em relação a este em tratamento, sendo este também um determinante forte na disseminação da tuberculose na opinião da maioria dos entrevistados.

Ainda em relação da atitude do familiar ao tratamento 9 (10,6%) pensaram em desistir do tratamento, embora não desistiram e isto se deve aos próprios problemas pessoais e familiares ao longo do tratamento que serviram como dificuldades e obstáculos para a não adesão ao tratamento. O que demonstra uma atitude favorável em relação ao conhecimento adquirido sobre o tratamento da criança.

Na variável “se considerou este tratamento importante”, apenas 3 (3,5%) não consideraram, mas que justificaram e em suas principais queixas relataram que a própria comunidade já era um foco e “não adiantava se tratar hoje e se contaminar amanhã visto que o vizinho não se cuida as casas são muito juntas um respira o ar do outro” um número muito insignificante, mas um dado importante pois através dessas respostas pudemos perceber a relevância nas respostas da maioria dos entrevistados que conseguiram demonstrar em suas palavras fatores de riscos que podem influenciar no processo saúde-doença, bem como situações de vulnerabilidade ao adoecimento.

5.2.3 Práticas Relacionadas ao Tratamento

De todos os entrevistados, (41,2%) informaram que associaram a medicação a algum chá ou alimentação da criança para “ajudar” no tratamento, dentre os citados encontramos; as garrafadas, ervas como assa peixe, colônia, saião. Essas ervas, segundo informam, fazem a pessoa expectorar, “limpar o pulmão”, e outros associaram somente a uma alimentação com bastante limão e suco de laranja e verduras folhas verdes reforçando a alimentação.

A família com suas experiências de vida têm construído a sua prática de cuidado, identificando o tipo de problema e tomando decisões sobre o encaminhamento, seja ao posto ou ao hospital, ou a utilização de tratamentos caseiros como o uso de chás e xaropes (ALTHOFF; ELSEN e LAURINDO, 1998).

A medicina popular, proveniente dos tempos da antiguidade, continua uma prática viva e é generalizada até os nossos dias. Não se restringe à zona rural ou às comunidades de poder aquisitivo menos privilegiado. É amplo o seu uso também nas regiões urbanas e adjacências. A prática de uma medicina caseira no Brasil sempre foi exercida pelos leigos que usavam seus conhecimentos empíricos para curar, baseados em informações obtidas por transmissão oral e em almanaques e compêndios.

Destacamos neste parágrafo os males mais comuns tratados pelas ervas medicinais: asma, caxumba, cobreiro, coceira, erisipela, impingem, dores de dente, de barriga (cólicas), espinhela caída, entorses, feridas, febres, fermentos, males do fígado, da garganta, dos olhos, do ouvido, mal de sete dias, maleita, papeira, ramo (estupor, doenças do ar, paralisias causadas por acidente vascular), reumatismo, males dos rins, sarna, seção, sífilis, **tuberculose**, entre outros (MEDICINA POPULAR, 2005)

Entre as inúmeras plantas medicinais existentes no território fluminense, utilizadas por considerável parcela da população, listamos abaixo as que encontramos neste estudo seguem, ordenadas pelo nome da planta – popular e científico, parte utilizada, modo e indicação terapêutica entre outras,: Assa-peixe *Boehmeria Caudata*, Sw; folhas – chá, sumo e xarope: doenças pulmonares. Pode ser anexada a erva-passarinho.; Limão *Citrus Limonum*, Risso; folha (com guaco) chá ou xarope: tosse; fruto (casca) - sumo - fricção no couro cabeludo: caspa; suco (com sal): frieira. Saião *Kalancho Brasiliensis*, Camb.; folha (cozida no leite de cabra com agrião e capim-açu): úlcera estomacal; xarope, chá, sumo: gripe, tosse ,pulmão; sumo (em jejum): pneumonia e úlcera estomacal; emplastro (folhas socadas:- contusões e torções (MEDICINA POPULAR, 2005).

Incluem neste contexto também as *garrafadas*, preparadas sob receita de curandeiros e *raizeiros*, consiste na mistura de elementos vegetais, animais e minerais, com poder curativo, tendo como veículo água, vinho ou cachaça. As plantas são usadas em maior proporção que os elementos minerais e animais, sendo aproveitados seus frutos, folhas, cascas, raízes e flores, verdes ou secos.

De acordo com Barbosa (2004), o uso das práticas baseadas no saber popular não se encontra apenas na falta de esclarecimento ou de recursos financeiros por parte da população; as crenças e práticas baseadas no saber popular e experiências empíricas são adotadas como recursos destinados para a manutenção da saúde ou cura das doenças.

Colocam ainda, Negri Filho e Kummer (1996), que o conjunto de conhecimentos, ações e procedimentos da medicina tradicional estão baseados em uma tradição oral, que conjuga o “vi fazer” com o “ouvir dizer”, que muitas vezes são embasadas em conhecimentos, normas e tabus transmitidos geralmente por um sistema de tutoria de linhagem familiar.

Os remédios naturais são substâncias retiradas na sua forma bruta da natureza, praticamente sem purificação alguma e que são utilizados como medicamentos. Embora sejam quase sinônimos, os fitoterápicos são produtos cuja ação já foi comprovada cientificamente, enquanto o conhecimento das propriedades medicamentosas dos remédios

naturais deriva da sabedoria popular, sendo transmitido de geração em geração (HOFMAN, 2007).

Mediante o texto apresentado, verificamos que, apesar de alguns familiares terem feito associações com o tratamento, todos os elementos relacionados são alimentos que realmente reforçam o sistema imunológico e as ervas citadas são muito comuns além de fazerem parte das práticas de cultura da região, não sendo prejudiciais à saúde.

Mesmo assim, nos sinaliza para a maior atenção das ações dos serviços de saúde a este grupo, em especial às ervas para que se faça orientações para a seleção e origem ou mesmo orientar o familiar para que compreenda que se faz desnecessário esse tipo de prática neste tratamento.

Apesar de tudo não desconsideramos essa prática, pois existem muitos autores e estudos sobre utilização de ervas pela população na literatura ao longo dos anos no que tange ao cuidado de indivíduo a seus familiares.

Na questão, “se a criança poderia ter uma vida normal comparada a outras crianças quando em tratamento da ILTB”, do quantitativo somente 17 familiares responderam “não”. Entretanto, explicaram que a criança poderia até ter uma “vida normal”, mas por “estar fraca” ou para evitar que “virasse tuberculose” segundo sua percepção, precisava evitar sereno/chuva, ter uma alimentação mais reforçada com legumes, verduras e principalmente suco de limão, citaram também a questão do esforço físico.

Nota-se, portanto, que na prática desses familiares existe a associação do tratamento ao repouso, e alimentação complementar com alimentos como “ferro e vitamina C”, ou seja, mesmo tendo conhecimento que não se tratava de tuberculose, a prática de cuidado se igualava aos cuidados normalmente oferecidos a um indivíduo com tuberculose ativa ou mesmo outra doença.

A representação social da tuberculose como descreve a literatura como a “má nutrição” foi bem presente no depoimento dos entrevistados e agiu como fator que pode desencadear o adoecimento se não tiver uma intervenção, embora em uma quantidade de participantes reduzida, mas que não se pode desconsiderar.

A criança em tratamento da ILTB não está doente, logo, a questão do esforço físico, evitar chuva/sereno, é desnecessária com essa intenção. Acreditamos que este tipo de cuidado associado à prática está relacionada aos fatores socioculturais e não ao conhecimento adquirido e repassado, pelo menos para os familiares estudados. Não foi identificado no registro dos prontuários nenhum tipo de orientação semelhante, exceto quando a criança

apresentava náuseas, e vômitos, era orientado que fosse dado a medicação após o café da manhã, almoço ou até jantar e a medicação 1 hora após o leite em caso de lactentes.

Entendemos que a família volta-se internamente para atender às necessidades individuais de seus membros e desenvolve um verdadeiro processo de cuidar, observando, identificando o problema, definindo a situação e tomando decisão sobre a melhor forma de conduzir o tratamento daquele que necessita de cuidados. A saúde da família e de seus membros está relacionada não só aos recursos materiais, mas a todas as pessoas que estão à sua volta, inclusive a comunidade e os serviços de saúde e seus profissionais (ELSEN *et al.*,1994).

Verificamos também que, até mesmo quando citaram a questão da alimentação reforçada, evitar chuva/sereno/, e evitar “comer besteira” são cuidados adequados e normalmente realizados pela maioria das famílias para se ter boa saúde e evitar doença, e não somente a tuberculose. Consideramos, portanto que essas práticas realizadas são adequadas, entretanto devem ser orientadas/assistidas, pois, além de fazerem parte da cultura dos entrevistados, não deixaram de administrar a medicação, apenas acrescentaram com a finalidade de prevenção ou “ajudar”.

5.2.4. Barreiras Encontradas para o Tratamento da Infecção Latente por Tuberculose na Criança

Existem muitas pesquisas a respeito das dificuldades encontradas no tratamento da tuberculose. Neste estudo, portanto em relação as barreiras encontradas para o tratamento da ILTB, às principais barreiras relatadas pelos familiares na segunda etapa deste estudo, destacam-se; falta de condição financeira para arcar com o transporte e boa alimentação e variadas dificuldades em âmbito domiciliar e pessoal.

Este estudo foi direcionado ao tratamento de ILTB na criança, mas não podemos esquecer que, uma vez a criança em tratamento o familiar responsável também esta em tratamento da TB na maioria dos casos. Sendo assim, as barreiras relacionadas enfrentadas pelo familiar no tratamento da criança, é a mesma de certo modo, encontrada pelos doentes com tuberculose, influenciando desta forma na adesão ao tratamento de ambos.

A literatura aponta que este tipo de tratamento impõe significativos custos ao doente e à família; cada despesa prevista, ou efetuada, representa uma barreira econômica ao cuidado (JACKSON S, 2006).

Esta mesma fonte cita ainda que os principais motivos para dificuldade de adesão nesta clientela em especial são disponibilidade e acessibilidade ao transporte, custo do transporte, localização inacessível das unidades de saúde, prestação dos serviços em horários não coincidentes com as necessidades dos usuários (GANDY M.2002; JACKSON S, 2006). Logo se o adulto não vai, a criança também não vai, nem mesmo com o facilitador de marcação de consulta para os dois no mesmo dia, fato muito comum ocorrido e relatado por eles mesmos.

Nota-se, portanto que, além da ocorrência da doença, a questão da pobreza influencia diretamente todo o curso do tratamento do usuário do sistema. No Brasil, a tuberculose é uma doença que afeta, principalmente, as periferias urbanas ou aglomerados urbanos denominados de favelas e, geralmente, está associada às más condições de moradia e de alimentação, à falta de saneamento básico, ao abuso de álcool, tabaco e de outras drogas que se seguem também como barreiras para adesão ao tratamento (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2012).

Desta forma, a articulação com outros setores para o enfrentamento da doença, devem ser considerados aspectos socioambientais e econômicos envolvidos na comunidade.

O Plano Global para o Combate da Tuberculose 2011-2015 (*The Global Plan to Stop Tuberculosis 2011-2015*) proposto pela OMS tem como visão livrar o mundo da tuberculose. O Plano está dividido em seis componentes: expandir a estratégia DOTS com qualidade; visar a coinfeção TB/HIV, tuberculose multidrogarresistente (TB MDR) e as necessidades de populações pobres e vulneráveis; fortalecer o sistema de saúde baseado na atenção primária; empoderar as pessoas com tuberculose e a sociedade civil organizada; envolver todos os prestadores de serviços de saúde; e possibilitar e promover pesquisas (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2012).

Desta forma, o controle de contatos deve ser considerado como ferramenta importante para prevenir o adoecimento e diagnosticar precocemente casos de doença ativa, e deve ser priorizada pelos programas de controle de TB. Já os serviços devem se estruturar para que esta prática de grande repercussão seja otimizada, e os que já realizam esse controle, esforços adicionais devem ser feitos para ampliação do cuidado entre os assintomáticos e também a instituição do tratamento da infecção latente, quando indicado. Garantindo o acesso à isoniazida, e criando condições operacionais para o adequado seguimento dessas pessoas, incluindo o manejo dos efeitos adversos e a vigilância sobre faltosos (BRASIL, 2011).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Os objetivos propostos neste estudo foram alcançados. O método CAP permitiu desvendar elementos valiosos que servirão como fortalecimento para intervenção preventiva, planejamento de ações da saúde e formulação de políticas públicas voltadas em especial ao tratamento da ILTB em crianças.

Os achados revelaram a percepção dos entrevistados quanto ao cenário de vulnerabilidade que a comunidade está inserida, particularmente pela falta de infraestrutura do bairro e das construções de casas desordenadas o que gera um ambiente favorável à disseminação da tuberculose. Tal situação reforça que o controle da tuberculose é uma questão intersetorial envolvendo, portanto, outros setores além da saúde.

O nível de conhecimento, atitudes e práticas dos entrevistados quanto ao tratamento da ILTB, foi favorável visto que a maioria das respostas puderam ser consideradas adequadas, quanto ao conhecimento da ILTB, formas de transmissão da TB, prevenção, percepção do risco e vulnerabilidade, importância, e outros fatores referentes ao processo saúde-doença.

Esse conhecimento pôde ser evidenciado com a preocupação demonstrada pelos entrevistados em relação à responsabilidade individual e do coletivo no controle da TB, particularmente pela situação de vulnerabilidade ao adoecimento devido à situação de moradia, hábitos inadequados de saúde e pobreza tão presentes na região estudada, o que, segundo os próprios entrevistados, são fatores intimamente interligados à tuberculose.

Diante disto, percebemos que o conhecimento/informação é uma ferramenta útil para a prevenção à tuberculose e ao tratamento da ILTB, otimizando ainda mais os serviços de saúde que têm, em especial, a função de informação/orientação para a população que o busca, para que através de orientações relevantes o indivíduo se torne coparticipante não só da prevenção individual, como da coletiva.

Quanto às contribuições deste estudo, sugerimos que os serviços de saúde, se fortaleçam ainda mais, através da capacitação dos profissionais de saúde no que se refere à orientação para as práticas de saúde que demonstraram ser tão presentes na região, para que incluam troca de saberes tradicionais e culturais em especial quanto a utilização de ervas e chás caseiros, a fim de que haja envolvimento maior com a comunidade. Mas para isso, torna-se necessário criar espaços de discussões e reflexões, de modo a esclarecer crenças, estigmas e concepções, que ainda fazem parte do imaginário social e, sobretudo a diferença entre a prevenção e a doença.

Com base nos achados, sugerimos ainda à unidade básica de referência que implemente um plano de educação em saúde, no qual os seguintes aspectos sejam contemplados:

- Oportunizar experiências educativas com familiares das crianças em tratamento de ILTB, no início, meio e fim do tratamento em sala de espera na oportunidade no dia marcado para a consulta, a fim de que se possa evidenciar alguma barreira encontrada pelo familiar e sobretudo se mantenha um bom relacionamento entre usuário e profissional, sendo este último um elemento indispensável para que se tenha um desfecho favorável ao tratamento;
- Promover educação continuada para os profissionais de saúde a fim de que estejam sensibilizados ao atendimento a esses usuários, priorizando os que apresentarem barreiras/dificuldades ao longo do tratamento, estando alerta em especial os que apresentarem baixa escolaridade, desemprego, familiares que possuem inúmeros filhos, pois percebemos que há maior probabilidade de abandono e interrupção com indivíduos com esse perfil;
- Promover interface da unidade básica com a Estratégia da Saúde da Família visto que, normalmente, quando a criança está em tratamento, o adulto também está, e está sendo visitado pelos agentes de saúde para o TDO. O que poderá ser considerado uma ponte para vigilância dos faltosos na UBS.

Desta forma, acreditamos que as contribuições deste estudo ao setor saúde pode servir de subsídio para orientar ações no âmbito das unidades básicas visando, sobretudo, o aumento da adesão ao tratamento da ILTB na criança e assim contribuir significativamente com o redução de abandonos, como foi identificado na primeira etapa do estudo.

Para a academia, recomendamos a inserção de assuntos que busquem por estratégias nessa área, tanto para educação em saúde, como para o atendimento dessas populações, pois torna-se fundamental a inclusão de saberes culturais, levando em consideração os valores, crenças, atitudes e comportamento da população alvo, a fim de que se tornem compreensíveis as questões ligadas ao processo saúde-doença para que se planeje qualquer tipo de ação.

Este estudo evidenciou também a necessidade de estímulo a outras pesquisas, associando o CAP ao tratamento da ILTB, principalmente na população que abandonou, visto que neste estudo trabalhamos apenas com o grupo que completou o tratamento e a maioria das respostas inadequadas foi insignificante para se fazer qualquer tipo de associação. Isso se

deve ao fato de que a maioria dos entrevistados têm bastante conhecimento/informação, pois vivenciaram a doença em si próprios e em seus familiares.

REFERÊNCIAS

AGUILLERA, A,E,C, Conocimiento, percepciones y prácticas de grupos de población respecto a la tuberculosis 1994-1996. **Rev.Cubana MedTrop**; 52(2); 110-4, 2000

ABREU M.P. **Um estudo classificatório das ferramentas tecnológicas envolvidas em um processo de gestão do conhecimento**. 2002, 186f. Dissertação (Mestrado em Engenharia). Escola de Engenharia. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2002.

ALVES R, SANT'ANNA CC, ALVES DA CUNHA AJL. Epidemiologia da tuberculose infantil na cidade do Rio de Janeiro. **Rev. de saúde publica**; 34 (4) 409-10, 2000.

ALTHOFF, C. R.; ELSEN, I.; LAURINDO, A. C. Família: O foco de cuidado na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v.7, n.2, p.320-327, mai-ago. 1998.

ALTHOFF, C.R. Pesquisando a família: a experiência da enfermagem na UFSC. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v. 1, n.1/2, p. 49-56, jan./dez., 1999

AMERICAN THORACIC SOCIETY, Centers for Diseases Control and Prevention. Target tuberculin testing and treatment of latent tuberculosis infection. **Am J Respir Crit Care Med**; 161(Suppl): S221-S47, 2007.

AMERICAN THORACIC SOCIETY. Diagnostic standards and classification of tuberculosis in adults and children. **Am J Respir Crit Care Med**; 161:1376-1395, 2000.

ANDRADE.R.L.P; VILLA.T.C.S; PILLON. S.; A influencia do Alcoolismo no prognóstico e tratamento da tuberculose, 2005

ARANHA, M,L,A. **Filosofando**: introdução à filosofia. 4 ed.rev.-São Paulo. Moderna RJ.2001

ARROLL B; PANDIT S; BUETOW S. Prostate câncer screening: Knowledge, experiences and attitudes of men aged 40-79 years. **The New Zealand Medical Journal**. June, vol 116, n° 1176, 2003.

BABBIE, E. R. L. **Métodos de pesquisa Survey**. Belo Horizonte. Ed. UFMG519p. , 1999.

BARBOSA, M. A. et al. Crenças populares e recursos alternativos como práticas de saúde. **Rev. Enf. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 38-43, jan-abr. 2004.

BARE, G.B; SMELTZER, C.S. In._____. BRUNER e SUDDARTH. **Tratado de enfermagem Médico- cirúrgico**: Cuidados aos pacientes com condições no tórax e trato respiratório inferior. 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap.24, p. 429, 1999

BARREIRA D; GRANGEIRO A- Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no Brasil. **Revista saúde pública**; 41(sul. 1); 2007

BRASIL, Ministério da Saúde. Tuberculose Guia de Vigilância epidemiológica. Brasília, Ministério da Saúde, 100, 2002.

_____. **Manual de Recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil**. 3. Ed. Brasília: Ministério da saúde: Secretaria de Vigilância em saúde; Programa Nacional de Controle de Tuberculose, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual técnico para controle da tuberculose: cadernos de atenção básica** – 6. Ed. Ver. E atual. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Situação da Tuberculose no Brasil e no mundo**. Brasília (DF); 2007.

_____. Ministério da saúde. **Resolução nº 196/96, sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Conselho Nacional de saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão de Pneumologia Sanitária. Campanha Nacional Contra a Tuberculose. Controle da tuberculose. **Uma proposta de integração ensino-serviço**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. Plano estratégico para implementação do plano de controle da tuberculose no Brasil de 2001-2005: resumo executivo. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.

_____. Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional de Saúde. Tuberculose: guia de vigilância epidemiológica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

Boletim Epidemiológico - Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde – Brasil . Volume 43 março – 2012

II Consenso Brasileiro de Tuberculose. **J Pneumol**; 30(Supl 1):S-1-86, 2004.

CALDEIRA ZMR; SANTANNA C; AIDÉ MA. Controle de crianças e adolescentes comunicantes de tuberculosos, Rio de Janeiro, RJ. **Revista de saúde pública**:38(3): 339-45, 2004.

CALDAS AJM; QUEIROZ L S. Causas de abandono ao tratamento de tuberculose em São Luis-MA. **Nursing, Revista Técnica de Enfermagem**. Ano 3, n. 21, fev. 2000.

CAMPOS CEA. Os inquéritos de saúde sob a perspectiva do planejamento. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro; 9(2): 190-200, 1993.

CASTELO FILHO, Adauto et al. **II Consenso Brasileiro de Tuberculose: Diretrizes Brasileiras para Tuberculose 2004**. *J. bras. pneumol.* [online]. 2004, vol.30, suppl.1, pp. S57-S86. ISSN 1806-3713.

CAMPOS R. PIANTA C. Tuberculose: histórico, epidemiologia e imunológica, de 1990 a 1999, e co-infecção TB/HIV, de 1998 a 1999. Rio Grande do Sul Brasil. **Bol. da Saúde**, v. 15, n. 1. 2001.

CANDEIAS NMF; MARCONDES RS. Diagnóstico em educação em saúde: um modelo para analisar as relações entre atitudes e práticas na área da saúde pública. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.5, n.4, p.24-30, 1979.

CONDE, M.B.; MUZY DE SOUZA, G. R. *Pneumologia e fisiologia: uma abordagem prática*. São Paulo: Atheneu, 2009.

COUTO, S C. Pulmão. **Quimioprofilaxia da tuberculose** 16 (2-4), 82-85, 2007.

COUTO, SC. **Tuberculose na Infância e na Adolescência**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2002.

DOBRE V, SILAGHI I, MULLER A, BARBOSU I. Effectiveness of the examination of the different categories of contacts of pulmonary tuberculosis patients as a part of epidemiological investigations. **Revista de Igiene, Bacteriologie, Virusologie, Parasitologie, Epidemiologie, Pneumofisiologie**;31: 187-194, 1982.

DAVID SG; COUTO SC; MARQUES AM. Estudos de 100 casos de quimioprofilaxia da tuberculose na infância de um hospital público. **Journal de Pediatria**, 76 (1), 2000.

ELSEN, I. *et al.* Família Saudável: um estudo sobre o conceito e sua aplicabilidade na assistência. **Rev. Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 1, n.2, p. 152-166, jul-dez, 1992.

FILHO MMS; SANTOS AC; MACHADO CS; CARLOS AF *Evolução e Terapêutica da Tuberculose Pulmonar*. 2008.

FILHO, S ET e Gomes ZMS **Estratégias de controle da tuberculose no Brasil: articulação e participação da sociedade civil**. *Rev Saúde Pública*;41(Supl. 1):111-116. 2007

FREIRE, D, N et al Diagnóstico precoce e progressão da tuberculose em contatos **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 16(3):155-163, jul-set, 2007.

GAMARRA CJ. **Conhecimentos, Atitudes e Práticas do Exame Papanicolau em Mulheres de Puerto Leoni, Argentina:** uma contribuição para a enfermagem de saúde pública. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery, 2004.

GAZETA, CLAUDIA, ELI, **Controle de Comunicantes de Tuberculose;** ações realizadas no programa de controle de tuberculose no município de São José do Rio Preto-SP. 175p., 2004.

GAZETTA CE, SANTOS MLSG, VENDRAMINI SHF, POLETTI NAA, PINTO NETO JM, VILLA TCS... Controle de comunicantes de tuberculose no Brasil: revisão de literatura (1984- 2004) **Rev Latino-Am Enfermagem** março-abril; 16(2), 2008.

GANDY M, ZUMLA A. The resurgence of disease: social and historical perspectives on the 'new' tuberculosis. *Soc Sci Med.*2002;55(3):385-96.

GENTA,R.M.; CONNOR, D. H. Doenças infecciosas e parasitárias. In_____. RUBIN, E; FARBER, J. L. **Patologia.** 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara KooganCap. 9, p. 347-464, 2002.

GILIO, A. E. **Manual de imunização:** Centro de imunização. Centro de imunização hospital israelita Albert Einstein. 3.ed. São Paulo: Offeeca Editora, 2006.

GOFFMAN, E. **Estigma:** Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

GONZÁLES, R I C ,ET AL MONROEL, Indicadores de desempenho do DOT no domicílio para o controle da tuberculose em município de grande porte, SP, Brasil **Rev. Latino-Am. Enfermagem** vol.16 no.1 Ribeirão Preto Jan./Feb. 2008

HOFFMAN, M. V. e OLIVEIRA, I.C.S. Conhecimento da família acerca da saúde das crianças de um a cinco anos: subsídios para a enfermagem pediátrica, **Rev Bras Enf RJ** 2007.

INSTITUTO PEREIRA PASSOS disponível em <http://www.saude.rio.rj.gov.br/>. Acessado em 20 outubro 2010.

IBGE. Cidades. Rio de Janeiro. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acessado em 20 Outubro 2010.

JACKSON S, SLEIGH AC, WANG GF, LIU XL. Poverty and the economic effects of TB in rural China *Int J Tuberc Lung Dis.* 2006;10(10):1104-10.

JORNAL DA ROCINHA, Disponível em:

<http://jornaldarocinha.blogspot.com/search?updated-min=2008-01-01T00%3A00%3A00-08%3A00eupdated-max=2009-01-01T00%3A00%3A00-08%3A00emax-results=15>. Acesso em Maio de 2010

JORNAL DE BRASÍLIA. Entrevista em 01/09/2009. Disponível em <http://clippingmp.planejamento.gov.br/cadastros/noticias/2009/9/1/casos-de-tuberculosediminuem-no-brasil-mas-doenca-ainda-contamina-70-mil-por-ano>. Acessado em 10/09/2009.

KLINE SE, HEDEMARK LL, DAVIES SF. Outbreak of tuberculosis among regular patrons of a neighborhood bar. **New Eng Jour Med**; 333:222-227. 1995

KRITSKI, A.; MELO, F. A. F. Tuberculosis in adults. In: PALOMINO, J. C.; LEAO, S. C.; RITACCO, V. (Ed.). **Tuberculosis 2007: from basic science to patient care** [S.l.]: BourcillierKamps, c2007. Cap. 15, p. 487-524.
Disponível em: <http://www.TuberculosisTextbook.com>. Acessado em março de 2010.

KRITSKI, A. L.; CONDE, M. B.; SOUZA, G. R. M. TB na gestante. In: _____. **Tuberculose: do ambulatorio a enfermaria**. São Paulo: Atheneu, 2000.

LEON R. B. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. **Cad Saúde Púb**; 12 (1): 7-17, Jan-mar, 1996.

LOPES, Alberto Oliveira. **A tuberculose um problema de saúde publica: causas do abandono do tratamento**. 2010. 62 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2010.

_____. **Manual de normas de vacinação**. 3. Ed. Brasília: Ministério da saúde: Fundação Nacional de saúde, 72. 2001

MACIEL E. L. M. et al O conhecimento de pacientes com tuberculose acerca de sua doença: um estudo caso-controle. **Cad saúde col**, Rio de Janeiro, 13.3; 593-604 2005.

MARAIS B.J. e PAI M Recent Advances in the diagnosis of childhood tuberculosis. **Arch Dis Child** 92: 446-452, 2007.

MARINHO LAB. et al Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. **Rev Saúde Púb**, São Paulo, v.37, n.3, p. 576-82, 2003.

MARX LC. e BENTO PS.R. Gestão do conhecimento uma realidade. **Rev. Enf Atual**, v.4, n.21, maio-junho, RJ, 2004.

MEDICINA POPULAR PLANTAS MEDICINAIS. Disponível em <http://www.inepac.rj.gov.br/arquivos/MedicinaPopular10.10.05.pdf> Acessado em Março de 2012

MELLO, D. F. de; FERRIANI, M. G. C. Estudo exploratório de opiniões de mães sobre a saúde das crianças menores de 05 anos. **Rev Lat-Am Enf**, Ribeirão Preto, v.4, n.2, p. 87-100, julho, 1996.

MOTTA, Catarina Salvador; Kritski Afrânio; Villa, Teresa Cristina S. Golub, Jonathan Conhecimento, Atitudes e práticas sobre o tratamento da Tuberculose: Um estudo qualitativo com o programa de saúde da família de Itaboraí- Rio de Janeiro/Brasil, 2007.

NABUCO, L. C. Sociedade de Gastroenterologia do Rio de Janeiro. Produção editorial: Jorge Riso. Editoração eletrônica: Mauro Correa Filho. P.143-167. 2001.

_____. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. Departamento de medicina social/Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 10, n. 3 jul.-set. 2001.

NETTO A.R. Coordenador Nacional de Pneumologia Sanitária, Ministério da Saúde Controle da tuberculose no Brasil: dificuldades na implantação do programa **Pneumologia** vol. 26 no. 4 São Paulo julho/agosto. 2003.

NOERTJOJO K et al Contact examination for tuberculosis in Hong Kong is useful. **Int Jour Tuberc Lung Dis**; 6:19-24. 2002,

UPP REPÓRTER disponível em <http://upprj.com/wp/> . Acessado em 20 Outubro 2010.

PAIVA, E. P. **Conhecimentos, atitudes e práticas acerca da detecção do câncer de próstata**. Rio de Janeiro. EEAN/UFRJ, 2008.

PINTO, A.V. **Ciência e existência**. São Paulo: Paz e Terra, 1985.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia Teoria e Prática**. Editora Guanabara, 2000.

PERRECHI, M. C. T. **Situação de tuberculose no município de São Paulo**: análise e caracterização dos pacientes cadastrado nos programas de controle de tuberculose. 2005. 56p. Trabalho de conclusão de curso de especialização. Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2005.

PETRUCCI R et al Interferon-Gamma, Interferon-Gamma-Induced-Protein 10, and Tuberculin Responses of Children at High Risk of Tuberculosis Infection. **Pediatr Infect Dis J** 27:1073-1077. 2008,

PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO disponível em <http://www.saude.rio.rj.gov.br/>. Acessado em 20 Outubro 2010.

RICHARDSON RJ *et al*. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. São Paulo, Atlas, ed. 3, 1999.

RODRIGUES A. **Psicologia Social**. Petrópolis: Vozes, 1978.

SANTANNA C et al. Diagnóstico e terapêutica da tuberculose infantil-uma visão atualizada de um antigo problema. **J Pediatr Rio J**; 78 (Supl.2): S205-S214: 2002.

SANTOS M. L. S. G. et al Pobreza: caracterização socioeconômica da tuberculose **Rev Lat-am Enf** setembro-outubro; 15(número especial) 2007.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE disponível em <http://www.saude.rio.rj.gov.br/>
Acessado em 20 Outubro 2010

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE disponível em <http://www.saude.rio.rj.gov.br/>
Acessado em 19 de Maio 2012

STRMISKA, Z. **Téories de L'action et Status des Acteurs**. Paris: Centre D'Ethnologie Sociale et Psychosociologie. 1985.

SUCCI, R.C.M. Tuberculose (BCG). In: FARHAT.C.K et al. **Imunização fundamentos e praticas**. 5. ed. cap. 21, p. 231-241. São Paulo: Atheneu, 2008.

SUTHERLAND, I. Recent studies in the epidemiology of tuberculosis, based on the risk of being infected with tubercle bacilli. **Adv. Tuberc. Res.**, 19 : 1-63, 1976.

UPP REPÓRTER disponível no site <http://upprj.com/wp/>. Acessado em outubro de 2010

Vendramini S. H. F. **O tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto sob a percepção do doente**. (dissertação). Ribeirão Preto, SP; Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION **Global Tuberculosis Control** – WHO Report 16-43. 2009.

_____. WHO/HTM/STB/2008.46 **Advocacy, communication and social mobilization for TB control**: a guide to developing knowledge, attitude and practice survey. 46. 2008.

_____. **Global tuberculosis control** 2010. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564069_eng.pdf, acessado em outubro de 2010.

WONG,. ED Marilyn J. Hockenberry. **Fundamentos em enfermagem pediátrica** Rio de Janeiro; Elsevier, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Roteiro para levantamento de dados nos prontuários

Estes dados como (telefone, endereço e número de prontuário) serão destacados e eliminados após a entrevista.	
Endereço-	
Telefone-	
Nº Prontuário: _____	(Esta parte será destacada após a entrevista)

Número do participante (-----)	
Data da coleta: ____ / ____ / ____	
1. Dados sociodemográficos:	
1.1. Data de nascimento: ____ / ____ / ____	Idade-
1.2. Sexo: () 1.Masculino 2. Feminino	
1.3.Faixa etária	
1-Menores de 1 ano	() 1.Sim 2.Não
2-De 1 a 3 anos (incompletos)- (Bebê)	() 1.Sim 2.Não
3-De 3 a 6 anos(incompletos) (Pré-escolar)	() 1.Sim 2.Não
4-De 6 a 12 anos iincompletos)(escolar)	() 1.Sim 2.Não
1.4.Familiar que a criança reside?-----	
1.5.Bairro que reside.-----	
2. Histórico do tratamento	
2.1.Unidade básica de referência	
Gávea	() 1.Sim 2.Não
Catete	() 1.Sim 2.Não
2.2.A criança já fez tratamento de ILTB antes	
1.()Sim e completou	
2.()Sim e não completou	
3.()Não registrado	
2.3.resultado inicial do PPD? -----	
2.4.Alteração no RX depois que iniciou o tratamento () 1.Sim 2.Não	
2.5.A criança foi contato de quem?-----	
2.6.Vacinação com BCG (1ªdose) () 1.Sim 2.Não	
3.Histórico familiar de HIV	
3.1.O contato da criança era HIV () 1.Sim 2.Não 3.Não registrado	
3.2.A criança era HIV () 1.Sim 2.Não 3.Não registrado	
4.Registro de algum sinal/sintoma ou quadro clínico apresentado pela criança no decorrer do tratamento	
4.1.Familiares que relataram algum sintoma/sinal/quadro clínico na criança após ingestão da medicação que fez interromper o tratamento.	
() 1.Sim 2.Não 3.Não registrado	

Se sim qual/quais?-----

4.2. Familiares que relataram algum sintoma/sinal/quadro clínico na criança após ingestão da medicação, porém não interromperam o tratamento.

() 1.Sim 2.Não 3.Não registrado

.Se sim qual/quais?-----

4.3.O médico fez alguma alteração no tratamento/ou suspendeu após relato de algum sintoma/sinal/quadro clínico na criança após ingestão da medicação.

() 1.Sim 2.Não 3.Não registrado

Se sim qual alteração/suspendeu o tratamento?-----

4.4.Desfecho do tratamento da infecção latente por tuberculose na criança

Completaram o tratamento

Abandonaram

Suspensão

APENDICE 2 - Questionário das entrevistas

Número do participante (-----)

Data da Entrevista:

Hora de início da entrevista: I__I__I__I__I Término: I__I__I__I__I

Dados Pessoais Dados socioeconômicos dos familiares entrevistados (PARTE-A)

1-Parentesco/vinculo do entrevistado com a criança.
2-Faixa etária 18 a 25 anos() 26 a 36 anos() 37 a 47 anos() 48 a 58 anos() Maior que 59 anos ()
3-Qual é sua religião? Evangélico/protestante () Católico () Espirita () Não tem religião () Outra ()
4 - O Senhor/a tem filhos? () 1- Não 2- Sim 4.a- Se sim, quantos? _____
5. O Senhor/a frequentou escola? () 1- Não 2- Sim
5.a. Se sim, até que série o Senhor/a estudou? 1º a 3ª série/1º ao 4º ano () 4ª série/5º ano () 5ª a 8ª série/6º ao 9º ano(completo) () 5ª a 8ª série/6º ao 9º ano(incompleto) () 2º grau incompleto (ensino médio) () 2º grau completo (ensino médio) () Curso graduação completo () Curso de graduação incompleto () Alfabetizada ()
6. Em relação ao trabalho, no momento, o Senhor/a está: 1-empregado/a 2-desempregado/a 3-aposentado/a 4-encostado/a (aposentado por motivo de licença) 5-licenciado/a por motivos de saúde 6.Pensionista (). 6.a- Qual sua profissão? _____
7- Qual é a renda total de sua família?
8- Já teve/tem plano de saúde?

Utilização de serviços de saúde (PARTE-B)

9. Quando seu filho tem algum problema de saúde, qual dos serviços de saúde listados abaixo o Senhor/a costuma procurar com mais frequência? 1- Unidade de Saúde do Programa de Saúde da Família/UPA (comunidade) 2 - Posto de Saúde (minhocão) 3-UPA da própria comunidade 4-Hospital (Miguel Couto) 5 - Médicos particulares ou de planos de saúde/convênios 6 - Farmácia 6 - Outro. 7- Qual? _____
10. Da sua casa ao local que fez o tratamento da na criança, o senhor/a considera? 1. Perto 2. longe 3- Mais ou menos 4- motivos? Os motivos são os obstáculos.
11- Como foi o atendimento no posto , no setor tuberculose/pneumologia onde a criança recebeu atendimento? 1- bom 2- ruim 3- Porque?
12- Foi orientada em relação a este tratamento? Se sim, qual o profissional que orientou além do médico? 1- Enfermeiro 2- ACS 3. Outros

História familiar e pessoal de tuberculose (PARTE-C)

13. O senhor/a conhece alguém da sua família que tem ou teve tuberculose? 1- Não 2- Sim 13.a. Se sim quantas pessoas?
13.b. Se sim, qual o grau de parentesco destes familiares? 1-pai 2-irmãos 3- avós 4- tios 5-primos 6. filhos 6-outro. 7-Qual? _____
14. O Senhor/a já teve ou tem tuberculose? 1- sim 2- não. () 14.a. Se sim quantas vezes? 14.b. Se teve tuberculose, atualmente o Senhor/a está? 1 – curado 2 – em tratamento 3 – ainda vai começar o tratamento 6 – outra situação. Qual? _____
15-Abandonou alguma vez o tratamento? 1-Sim 2- Não 14.a. Se sim quantas vezes?

Perguntas sobre conhecimento sobre TB E ILTB (PARTE-D)

16. Sabe me dizer como se pega tuberculose? 1-Sim 2-Não 15.a. Se sim como??
17.Sabe me informar o que a pessoa sente/sintomas quando está com tuberculose? 1-Sim 2- Não 17.a. Se sim quais??
18. O Senhor/a já ouviu falar sobre o tratamento de prevenção da tuberculose na criança antes de fazer o tratamento nela? 1- sim 2-não 18.a. Se sim de quem o senhor ouviu falar?
19.Saberia me dizer o “porque” desse tratamento realizada na criança na ocasião?? 1-Sim 2- Não 18.a. Se sim porque??
20. O Senhor/a saberia me dizer quais os exames realizado na a criança, que indique que ela precise desse tratamento? 1-sim 2-não 20.a. Se sim quais?

Perguntas sobre atitudes sobre TB E ILTB (PARTE-D)

21. Na sua opinião a tuberculose pode ter cura? 1.Sim 2.Não 21.a. Se não porque?
22. Acredita que uma pessoa pode ter tuberculose e se curar sozinha? 1.Sim 2.Não 22.a. Se não porque?
23. Na sua percepção/opnião a estrutura do seu bairro pode ter influencia no aumento da tuberculose? 1.sim 2.não 23.a. Se sim, Então o que poderia ser modificado na sua opinião?
24. Na sua percepção a estrutura de sua residência poderia favorecer riscos para se ter tuberculose? 1.sim 2.não 24.a. Se sim, Então o que poderia ser modificado na sua opinião?
25. O tratamento da tuberculose é por seis meses. Na sua opinião depois de quanto tempo que inicia o tratamento a pessoa para de contaminar outras pessoas?
26. Na opinião do Senhor/a a criança que convive com um adulto tuberculose em casa deveria ser avaliada por algum médico? 1-sim 2-não()
27. Na sua opinião uma criança em tratamento de prevenção de tuberculose pode ter uma vida normal comparada a outras crianças da mesma idade? 1-Sim 2-Não 27.a. Se não ,porque?
28. Na ocasião ficou em dúvida se daria a medicação/ 1-Sim 2-não 29.a. Se sim porque?
29. Pensou em desistir de dar continuidade ao tratamento devido o tempo? 1.Sim 2.Não 31.a. Se sim, por algum motivo especial?
30. Considera/considerou esse tratamento importante? 1.Sim 2.Não 32.a. Se não porque?
31. Na ocasião acreditava que através da sua fé/religião seria suficiente para não dar o medicamento á criança? 1.Sim 2.Não 33.a. Se não porque?
32- Na ocasião, associou a medicação a algum chá/ervas ou outros? 1-Sim 2-Não

Perguntas sobre prática em relação ao tratamento da ILTB (PARTE-E)

33-Qual tipo de associação que fizeram com o tratamento?? (resposta da pergunta 31 do questionário).
--

34-Respostas dos familiares relacionados a pergunta 27 do questionário.

Perguntas sobre as barreiras encontradas em relação ao tratamento da ILTB (PARTE-F)

35-motivos que achou longe a distancia entre o loca de tratamento ao local de moradia?
--

36-Teve dificuldades pessoais ou no próprio ambiente doméstico durante o tratamento da criança, que precisou interromper por algum momento?

1.Sim 2.Não () 35.a.Se sim quais dificuldades encontradas
--

APÊNDICE 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

O Senhor (a) foi selecionado (a) e está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: **Conhecimento, atitudes e práticas do familiar responsável acerca do tratamento da infecção Latente por tuberculose na criança** que tem como **objetivo** geral Avaliar o conhecimento, atitudes e práticas do familiar responsável pela criança acerca do tratamento da infecção latente por tuberculose na criança usuários da Área de Planejamento 2.1 no Município do Rio de Janeiro, RJ. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas sem qualquer identificação dos entrevistados. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de questionário. Você não terá nenhum custo ou qualquer compensação financeira. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionados à sua participação. Este estudo abordará estratégias de produção científica que se somarão as demais pesquisas sobre esta temática e que contribuirão para o aprendizado constante e ampliação do conhecimento científico (seja na graduação, pós-graduação ou pesquisadores em geral), envidando esforços para altos padrões das condições de saúde e de vida da população, e da prática assistencial. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o e-mail da pesquisadora responsável, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Rio de Janeiro, __ de _____ de 2011

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: _____

Mestranda Adriana Rodrigues da Silva
E-mail: adri.rodriques12@gmail.com- 98611064

Profa. Ana Inês Sousa
anaines@pr5.ufrj.br-99682913
Orientadora

ANEXOS

ANEXO 1 – Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 08A/2011

Rio de Janeiro, 31 de janeiro de 2011.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

<p>Coordenadora: Salesia Felipe de Oliveira</p> <p>Vice-Coordenadores: Fabio Tuche Pedro Paulo Magalhães Chrispim</p> <p>Membros: Andréa Estevam de Amorim Carla Costa Vianna Carla Moura Cazelli Carlos Alberto Pereira de Oliveira Clotilde Teixeira Cristina Maria Venetillo de Souza José M. Salame Nara da Rocha Saraiva Rodrigo de Carvalho Moreira Sônia Ruth V. de Miranda Chaves</p> <p>Secretária Executiva: Renata Guedes Ferreira</p>	<p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 222/10 CAAE nº: 0254.0.314.314-10</p> <p>TÍTULO: Conhecimento, atitudes e práticas do familiar responsável acerca do tratamento da infecção latente por tuberculose na criança.</p> <p>PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Adriana Rodrigues da Silva.</p> <p>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Coordenadoria da Área Programática 2.1.</p> <p>DATA DA APRECIÇÃO: 31/01/2011.</p> <p>PARECER: APROVADO.</p>
---	---

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (*item V.13, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

O CEP/SMSDC-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (*item V.4, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMSDC-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (*item IV.1.f, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (*item IV.2.d, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).


 Salesia Felipe de Oliveira
 Coordenadora
 Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
 Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 716 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
 CEP: 20211-901 Tel.: 3971-1590
 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761
 IRB nº: 00005577

ANEXO 2 - Termo de Autorização do CMS João Barros Barreto



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL
Rua Afonso Cavalcanti, 455 – sala 715 - Cidade Nova
Rio de Janeiro – RJ – CEP: 20.211-901
Tel: (21) 3971-1590 – Fax: (21) 2293-4826

Comitê de Ética em Pesquisa/SMSDC-RJ

Termo de Autorização da Unidade

Autorizo o pesquisador **Adriana Rodrigues da Silva**, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado conhecimento, atitudes e práticas do familiar responsável acerca do tratamento da Infecção Latente por Tuberculose na criança, e sua equipe a utilizarem a Unidade de Saúde **CMS João Barros Barreto** como possível campo de coleta de dados diretos e/ou indiretos. O referido projeto somente poderá ser iniciado nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação documental por este CEP/SMSDC-RJ.

Rio de Janeiro, 1 / 12 / 2010

Adriana Rodrigues da Silva

Assinatura do Pesquisador Responsável

He...

Assinatura e Carimbo do Diretor Geral

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 715 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
CEP: 20211-901
E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

ANEXO 3 - Termo de Autorização do CMS João Barros Barreto

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL
Rua Afonso Cavalcanti, 455 – sala 715 - Cidade Nova
Rio de Janeiro – RJ – CEP: 20.211-901
Tel: (21) 3971-1590 – Fax: (21) 2293-4826

Comitê de Ética em Pesquisa/SMSDC-RJ**Termo de Autorização da Unidade**

Autorizo o pesquisador **Adriana Rodrigues da Silva**, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado conhecimento, atitudes e práticas do familiar responsável acerca do tratamento da Infecção Latente por Tuberculose na criança, e sua equipe a utilizarem a Unidade de Saúde **CMS Manoel José Ferreira** como possível campo de coleta de dados diretos e/ou indiretos. O referido projeto somente poderá ser iniciado nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação documental por este CEP/SMSDC-RJ.

Rio de Janeiro, 23 / 11 / 10.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura e Carimbo do Diretor Geral

Marta Martins Paranhos
DIRETORA
CMS Manoel Jose Ferreira
Mat 571 257559-5

ANEXO 4 - Termo de Autorização do CMS Píndaro de Carvalho



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL
Rua Afonso Cavalcanti, 455 – sala 715 - Cidade Nova
Rio de Janeiro – RJ – CEP: 20.211-901
Tel: (21) 3971-1590 – Fax: (21) 2293-4826

Comitê de Ética em Pesquisa/SMSDC-RJ

Termo de Autorização da Unidade

Autorizo o pesquisador **Adriana Rodrigues da Silva**, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado conhecimento, atitudes e práticas do familiar responsável acerca do tratamento da Infecção Latente por Tuberculose na criança, e sua equipe a utilizarem a Unidade de Saúde **CMS Píndaro de Carvalho Rodrigues** como possível campo de coleta de dados diretos e/ou indiretos. O referido projeto somente poderá ser iniciado nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação documental por este CEP/SMSDC-RJ.

Rio de Janeiro, 29, 11, 2010

Adriana Rodrigues da Silva

Assinatura do Pesquisador Responsável

Dr^a Martha Olive de Moraes
Diretora
CMS Píndaro C. Rodrigues
MAT 11/111406-5 CRM 52.35862-8

Assinatura e Carimbo do Diretor Geral