

CONTACTANTES* DE DOENTES COM TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE – POSSIBILIDADES DE INTENSIFICAR A AÇÃO DA ENFERMAGEM**

Fabiana Barbosa Assumpção de Souza¹ e Florence Romijn Tocantins²

Resumo

Este estudo se insere na concepção de uma assistência de enfermagem de qualidade à população, fundamentada na atitude das pessoas quanto à promoção de sua saúde. Tem por objetivo geral discutir ações de Enfermagem na prevenção da tuberculose, junto a contactantes de doentes com tuberculose por bacilo multirresistente. O estudo, do tipo descritivo-exploratório, foi desenvolvido fundamentado em Peplau e King, durante Consulta de Enfermagem, junto a contactantes de doentes matriculados no Protocolo de tratamento de tuberculose multirresistente, no Centro de Referência Hélio Fraga - RJ. Os dados quantitativos, descritos mediante o Programa ISSA, e os dados qualitativos, analisados por conteúdo temático, permitiram identificar que os contactantes, independentemente das suas características epidemiológicas, não modificaram, mesmo temporariamente, a intensidade de exposição ao doente foco. Pode-se afirmar que existe a necessidade, entre outras, de um maior envolvimento da Enfermeira no Programa de Controle da Tuberculose. Este envolvimento diz respeito principalmente à necessidade de estimular uma maior participação dos contactantes de pessoas infectadas com o bacilo da tuberculose multirresistente para a prevenção ativa, individual e coletiva, da tuberculose.

Palavras-chave: *Enfermagem em Saúde Pública. Tuberculose Comunicante.*

Summary

This study emerges from a conception of qualitative nursing assistance towards the population, based on the attitude of promoting their own health. It aims to discuss nursing actions in preventing tuberculosis among contacts of multidrug-resistant tuberculosis patients. The study follows a descriptive-exploratory style and was being developed based on Peplau and King, during the Nursing Appointments with contacts of patients registered in the Protocol for Treatment of Multidrug-Resistant Tuberculosis, at the Centro de Referência Hélio Fraga – R. J. – Brazil. The data described by ISSA Program, and the qualitative data, analyzed by thematic content, allowed to identify that the contacts, regardless their epidemiological characteristics, did not modify, even temporarily, the intensity of their exposure to the multidrug-resistant source of infection. It can be stated that there is, among others, the need of a larger involvement of the Nurse in the Program of Tuberculosis Control. This involvement refers mainly to the need to stimulate greater participation of the contacts of persons infected by multidrug-resistant tuberculosis bacillus in active, individual and collective tuberculosis prevention.

Keys-words: *Public Health Nursing. Tuberculosis Contacts.*

*A partir de 1997, segundo o I Consenso Brasileiro de Tuberculose, COMUNICANTE passa a ser denominado de CONTACTANTE..

** Este artigo é baseado da Dissertação de Mestrado defendida na Universidade do Rio de Janeiro-UNIRIO, 1999.

¹ Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Professora da EEAP – UNIRIO.

² Enfermeira; Doutora em Enfermagem; Professor Titular – EEAP – UNIRIO; Orientadora.

Nota do Editor: para padronização com as demais doenças infecto-contagiosas do SINAN, a nova edição das Normas Nacionais para Controle da Tuberculose estabelece o termo CONTATO.

Introdução

Para TEIXEIRA – (1997, p.3) existe no Brasil, 39 milhões de infectados. “*O tratamento é abandonado por 14% dos que iniciam; e, muito grave, mais de 25% dos casos de AIDS apresentam tuberculose associada e, há em perspectiva, um aumento da prevalência da TBMR*”.

De acordo com DALCOLMO – (1995), dos 90.000 casos novos de tuberculose no Brasil, 80% são formas clínicas pulmonares, e destas, 60 – 70% são bacilíferas. Isto representa uma taxa de incidência de todas as formas, para o país, de 57/100.000 habitantes, e de bacilíferos de 35/100.000 habitantes. A Região Sudeste concentra aproximadamente 45% dos casos notificados em todo o país. A faixa etária predominante é a de 20 a 30 anos.

Na Região Sudeste, os maiores problemas estão nos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo. Para CAVALCANTE, PACHECO, LAURIA, et al. (1998, p. 91). “*O Estado do Rio de Janeiro apresenta o maior coeficiente de incidência por 100.000 habitantes (111,7) e também o maior coeficiente de mortalidade do país. O Estado do Rio de Janeiro e o Estado de São Paulo juntos abrigam 40% do total de casos do Brasil*”.

Apesar do tratamento da tuberculose ser considerado eficaz desde os anos 50, para RODRIGUES E MENDONÇA et al. (1997), a necessidade de um esquema terapêutico combinado e prolongado é tida como um complicador, pois dá margem à emergência de resistência medicamentosa nos casos de administração inadequada. Para os autores, “*a resistência a uma ou a múltiplas drogas representa um importante agravo no contexto da problemática representada pela tuberculose*” (RODRIGUES E MENDONÇA et al., 1997, p. 625).

No Brasil, um dos principais problemas para o controle da tuberculose, atualmente, tem sido o abandono do tratamento, que alcança uma taxa de 14%. No Rio de Janeiro, esta taxa é de 30% e, em São Paulo, de 20%, contribuindo decisivamente para o aumento do número de casos de doentes com bacilos multirresistentes às principais drogas disponíveis (FORTES E DALCOLMO, 1997).

O desenvolvimento da resistência bacteriana pode levar à morte ou prolongar o tempo de tratamento com um esquema de drogas que é muito mais caro do que os utilizados na tuberculose não-resistente. O tratamento de um caso novo de tuberculose custa de R\$ 70,00 a R\$ 80,00 (valores de 1998). Já o tratamento de um caso de TBMR tem o valor médio de R\$ 3.500,00, fora o possível custo com internação (RUFFINO-NETO, 1998). Junto a isto, o paciente enfrenta outras dificuldades, como precisar ser internado em alguns momentos e, na primeira fase do tratamento, enquanto a sua baciloscopia estiver positiva, ser afastado do trabalho (75% dos casos de tuberculose ocorrem na população economicamente ativa). Além disso, o paciente deverá evitar contatos muito próximos com os seus familiares e amigos.

Analisando-se a situação, pode-se perguntar: quais são as causas desta problemática? É comum ouvir muitos profissionais de saúde colocando a culpa no paciente quando se trata de tuberculose multirresistente ou não. Costumam dizer que o mesmo abandonou o tratamento por conta própria e sem motivos justificáveis.

De acordo com Ribas (1987, p. 3), “*A atuação da Equipe de Enfermagem em Unidade de Assistência Primária de Saúde, está voltada para uma forma de atendimento que propicia o surgimento de uma barreira prevalente no processo de comunicação enfermagem-cliente, cujo transpor se torna bastante difícil, pois o profissional age junto aos clientes na maioria das vezes de forma impessoal, não apresentando oportunidades nem a si, muito menos ao cliente, de fazer questionamentos que facilitem a realização correta do tratamento*”.

Como se observa, é fácil ocorrer algum problema na comunicação enfermeira³-paciente, e se o profissional não estiver alerta, os problemas decorrentes disto podem ser extremamente preocupantes, como é o caso da tuberculose por bacilo multirresistente. Quando o profissional de enfermagem posiciona-se colocando a culpa apenas no paciente, deixa de analisar a situação de vida deste cliente e, o que é mais preocupante, a sua relação com as pessoas do seu convívio habitual. Quem são as pessoas que

³ No texto deste estudo a palavra enfermeira refere-se tanto à profissionais do sexo feminino, quanto do sexo masculino

convivem com ele? Qual a possibilidade de contaminação destas pessoas pela tuberculose multirresistente?

No controle da tuberculose, a enfermagem tem importante papel, uma vez que participa de atividades de combate à doença em todas as suas fases, o que exige que esteja realmente integrada na luta contra a doença. Em 1967, na atividade de descoberta de casos, BECKER (1967 p. 355) já descrevia as seguintes atividades como de responsabilidade da enfermagem:

- ◆ Desenvolvimento de programas de prova tuberculínica que inclui: a) Seleção, recrutamento e preparo dos grupos a examinar; b) Aplicação e leitura dos testes; c) Rastreamento dos focos existentes em torno dos “infectados” (reatores);
- ◆ Exame de escarro dos clinicamente suspeitos;
- ◆ Recrutamento dos casos destinados a exame radiológico;
- ◆ Controle tuberculínico e radiológico, periódico, dos “comunicantes”;
- ◆ Triagem dos casos examinados.

Conforme o já observado, diante da crítica situação da tuberculose, torna-se imprescindível reforçar que a política e as ações de saúde, no âmbito desta doença, carecem ser preventivas, procurando ir às raízes do problema para evitar que ele aconteça. As ações curativas são importantes mas não debelam o mal totalmente e podem até incentivá-lo ainda mais. Isto ocorre, por exemplo, quando se administra antibióticos inadequadamente, o que leva ao desenvolvimento de germes resistentes. E, se não adotarmos uma conduta preventiva como, por exemplo, o controle dos contactantes, estaremos deixando que o problema fique ainda pior.

Nestas ações a enfermagem tem, sem dúvida, importante papel. Para Paula apud RIBAS (1987, p. 3) “*A enfermagem já dedicou muito do seu trabalho sofisticado a poucos indivíduos, devendo agora procurar estender a sua atenção a muitos, com tecnologia apropriada através da assistência primária*”.

E seguindo esta mesma linha de raciocínio, Ferreira apud RIBAS (1987, p. 3), apresenta que:

“Os contatos que a Equipe de Enfermagem tem com o indivíduo podem não ser longos, entretanto são freqüentes, pelo número de vezes que o mesmo retorna ao serviço. Estes são oportunos para dar-lhes apoio, orientação e ensino, o que poderá ser estendido a seus familiares”.

A atuação da enfermagem no controle da tuberculose, seja diante de casos resistentes ou de sensíveis à terapêutica usual, não se modifica. Naqueles casos por bacilos multirresistentes o que existe é uma preocupação maior, tendo em vista a gravidade do problema e o fato de que a doença expõe todas as pessoas em volta, ao risco de infectar-se com estes bacilos.

Problemática

De acordo com um estudo realizado por DALCOLMO, FORTES, MELO, et al. (1998) no ano de 1997, dos 135 doentes com tuberculose multirresistente, submetidos a tratamento, observou-se: 54,07% (n=73) com resultados favoráveis (tratados, pelo menos, por 12 meses ou 6 meses após duas culturas negativas consecutivas); 33,33% (n=45) de falência do tratamento (permaneceram com culturas positivas após 12 meses de tratamento); 6,66% (n=9) de óbito; 5,90% (n=8) de abandono, (descontinuidade no tratamento e nas consultas médicas).

Como se pode verificar, na tuberculose multirresistente o tratamento é longo e a cura ocorre apenas em cerca de metade dos casos. Já a falência do tratamento, observada em 33,33%, leva ao estudo dos contactantes desses doentes para conhecer quem são eles e que tipo de contato tiveram ou têm com pacientes de tuberculose multirresistente. A enfermagem que com sua tecnologia pode intervir no processo de transmissão deve dar prioridade à investigação dos contactantes notadamente aqueles de casos multirresistentes.

Segundo o Manual de Normas para o Controle da Tuberculose (Brasil, 1995, p. 9) comunicante é: *“toda pessoa, parente ou não, que coabita com um doente de tuberculose.”*

A partir de 1997, de acordo com o I Consenso Brasileiro de Tuberculose, (Brasil, 1997 p. 336), o

termo Comunicante passa a ser de Contactante. “*Contactante: toda pessoa que convive com um doente de tuberculose*”.

Ainda segundo este Consenso (BRASIL, 1997, p. 336), este contactante pode ser:

- a) *Intradomiciliar - toda pessoa que coabita com um doente de tuberculose;*
- b) *Extradomiciliar - toda pessoa que compartilha com o doente de tuberculose de ambientes comuns, sejam ambientes de lazer ou trabalho (escola, escritório) ou ambientes institucionais (presídios, manicômios, hospitais).*

Desta forma, o problema está em saber como os contactantes relacionam-se com os doentes com tuberculose por bacilo multirresistente. É preciso também que se discuta a questão da participação ativa da enfermeira na prevenção, controle e tratamento da tuberculose e a importância do seu preparo para atender o doente, em especial, os contactantes.

Objetivos:

Geral

Analisar as possíveis Ações de Enfermagem, junto a contactantes de doentes com tuberculose por bacilo multirresistente, para a intervenção no processo de transmissão do bacilo.

Específicos

- ◆ Traçar o perfil epidemiológico de contactantes de doentes com tuberculose por bacilo multirresistente;
- ◆ Identificar os tipos de relações dos contactantes com os doentes com tuberculose por bacilo multirresistente;
- ◆ Discutir as ações de Enfermagem na prevenção da tuberculose, junto a contactantes de doentes com tuberculose por bacilo multirresistente.

Metodologia

O estudo é do tipo descritivo-exploratório, como concepção de estudo epidemiológico transversal que visa observar, descrever e classificar um fenômeno, a maneira como ele se manifesta e os fatores com os quais ele se relaciona (POLIT e HUNGLER, 1995). Pretendeu-se identificar as mudanças de comportamento/relações de pessoas contactantes de casos de tuberculose multirresistente e discutir as ações da enfermagem na prevenção da tuberculose.

O estudo teve por população alvo os contactantes de pacientes com tuberculose por bacilo multirresistente (TBMR), matriculados no protocolo para ensaio clínico de tratamento de casos de TBMR, financiado pelo PNCT, do Ministério da Saúde, no Ambulatório Integrado de Pesquisa do Centro de Referência Hélio Fraga (CRHF), localizado na cidade do Rio de Janeiro.

Considerando que o número de doentes de tuberculose por bacilo multirresistente não é fixo ou estável, conseqüentemente, o número de seus contactantes também não o será. Assim sendo, optou-se por não pré-determinar o tamanho de uma amostra a ser selecionada, mas sim, considerar o período estipulado para a realização de entrevistas, de acordo com o cronograma da pesquisa. Foram então entrevistados todos aqueles contactantes que compareceram às entrevistas no período de outubro de 1997 a maio de 1998. O autor deste trabalho comparecia ao Ambulatório do CRHF, duas vezes por semana, e integrava a equipe assistencial. Os pacientes de TBMR eram entrevistados enquanto aguardavam a consulta médica e fazia-se o levantamento dos seus contactantes, marcando, com eles, as consultas de enfermagem com suas famílias. Dos 43 pacientes entrevistados obteve-se a informação nominal de 155 contactantes.

Ao final do prazo estabelecido para a realização da pesquisa de campo, a população de contactantes entrevistada era de 120, representando 77,41% dos contactantes informados pelos doentes inscritos no Protocolo.

No decorrer das entrevistas, alguns doentes - caso TBMR foco - foram excluídos do Protocolo, por razões diversas, contudo, os seus contactantes continuaram a ser atendidos e compoem a população desta pesquisa.

Os instrumentos utilizados estão fundamentados no Formulário de Pesquisa coordenado pelo CRHF e naqueles utilizados pela Secretaria Municipal de Saúde - Rio de Janeiro (SMS-RJ), no controle de contactantes; estes, foram enriquecidos a partir da revisão da literatura, especialmente no tocante à temática - "Controle da Transmissão do Bacilo e a Relação Contactante - Doente".

A coleta de dados foi realizada durante a consulta de enfermagem e através das entrevistas para o preenchimento do formulário de atendimento ao contactante de tuberculose multirresistente. Foi realizado primeiramente, uma entrevista com os pacientes com TBMR, relacionando-se e agendando-se para a consulta de enfermagem todos seus contactantes. Por ocasião desta consulta solicitava-se a aquiescência dos indivíduos contactantes de pacientes com TBMR que participaram da pesquisa, através de um Consentimento Informado.

As entrevistas eram individuais e abordavam os seguintes aspectos: dados de identificação, dados epidemiológicos, informações sobre as possibilidades de contágio e, por último, dados clínicos dos contactantes. Neste momento procurava dar destaque às fases de Exploração e Resolução, propostas por Peplau (GEORGE,1993), para as Relações Interpessoais.

Os dados específicos para a pesquisa foram coletados através das entrevistas descritas acima, utilizando-se os formulários "Levantamento de Contactantes", "Ficha de Pesquisa de 1º Atendimento do Contactante da TBMR", "Ficha de Pesquisa de Atendimento do Contactante da TBMR – Relação com o Doente".

Os contactantes apresentaram resultados de PPD realizados há menos de 6 meses e foram submetidos a RX de tórax, solicitado durante uma consulta médica. Quando os contactantes eram sintomáticos respiratórios, realizavam exame de

escarro para a pesquisa de BAAR, cultura e teste de sensibilidade.

A computação dos dados quantitativos e a sua estruturação mediante tabelas, ocorreu através de um programa estatístico, chamado ISSA - Sistema Integrado de Análise Estatística (Integrated System for Survey Analysis), versão 1.2, desenvolvido no Chile, pela MACRO International Inc.⁴ Todas as tabelas e quadros têm como fonte os questionários aplicados pela pesquisadora.

Os dados qualitativos abordam os elementos referentes à análise do tipo de relação dos contactantes com os doentes de TBMR. Os contactantes foram questionados sobre se houve ou (BARDIN, 1977), foram transcritos na íntegra e estão estruturados em quadros categorizados, com destaque para as idéias que emergiram com maior predominância.

Análise e apresentação dos dados

A análise dos dados foi realizada tendo em vista os objetivos deste estudo. O primeiro, traçar o perfil epidemiológico de contactantes de doentes com tuberculose por bacilo multirresistente e, o segundo, identificar os tipos de relações dos contactantes com os doentes. Com isto, pretende-se subsidiar a discussão das ações de enfermagem na prevenção da tuberculose. Ao final do estudo foram elaboradas 47 tabelas, das quais são apresentadas aqui aquelas que contêm os dados mais significativos, considerando-se os objetivos do estudo.

⁴ MACRO INTERNATIONAL INC. Integrated System for Survey Analysis User's Guide. Draft Version 1.2 . August, 1998. A MACRO é uma instituição privada, internacional, responsável pelo desenvolvimento do Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde, DHS.

Síntese descritiva

CARACTERÍSTICAS DOS CONTACTANTES		%
1. Sexo	Feminino	54
	Masculino	46
2. Parentesco	Esposo, namorado, companheiro	19
	Filho	45
3. Faixa Etária	0 – 10 anos	29
	10 – 20 anos	24
	20 – 30 anos	17
	30 – 40 anos	13
4. Naturalidade	Região Sudeste	92
5. Grau de Instrução	Sem Instrução Formal	11
	Primeiro grau Incompleto	61
6. Situação Trabalhista	Estudante	42
	Do lar	16
	Autônomo	12
7. Classificação Econômica (R\$)	C (497 – 1064)	51
	D (263 – 496)	37
8. Vacina BCG	Sim	93
09. Teste de PPD	Sim	87
10. Resultado Teste de PPD	Reator Forte (>10 mm)	58
11. Tipo de Domicílio	Casa	87
12. Tipo de Parede do Domicílio	Alvenaria	95
13. Presença de Sol	Sim	82
14. Pessoas por média de Cômodos nos Domicílios	5 pessoas para 5 cômodos	86
15. Grau de Convivência com o foco da TBMR	Intradomiciliar	78
16. Tipo de Convivência Intradomiciliar	Dormia junto e continuou	46
	Dormia junto e parou	23
	Nunca dormiu junto	30
17. Frequência do Contato Intradomiciliar	Diário, mas não contínuo nas 24 horas	81
18. Tipo de Proximidade Física	Dormem no mesmo quarto do doente	46
19. Intensidade da Relação (social-afetiva)	Olhar, conversar e apertar a mão	79
	Olhar, conversar, apertar a mão, abraçar e beijar sem contato de saliva.	45
20. Modificação do Tipo de Relação	Não	74

Após a apresentação desta síntese descritiva e analisando-se este quadro, pode-se chegar às seguintes conclusões sobre as características dos contactantes entrevistados nesta pesquisa: inicialmente, verifica-se que o número de contactantes homens e mulheres, atendidos durante a pesquisa não oscilou praticamente nada; a maioria deles possui grau de parentesco com o doente foco da TBMR - esposo, namorado, companheiro ou filho; a faixa etária mais freqüente é a de 0 a 10 anos, seguida da de 10 a 20 anos; a grande maioria dos contactantes nasceu na Região Sudeste; observou-se um grau de instrução baixo, entre a maioria dos contactantes, alguns sem instrução formal e outros com primeiro grau incompleto; quanto à situação trabalhista predominam os estudantes, seguidos de mulheres com profissão do lar e de autônomos; a renda familiar é baixa – 51% na classe “C” e 37% na “D”- sendo que a maioria reside em casas de alvenaria, com 5 cômodos e com presença de sol; um número alto de contactantes está vacinado com BCG e foi submetido ao teste de PPD, com grande incidência de reatores fortes; o grau de convivência dos contactantes com os doentes-foco da TBMR é intradomiciliar e o tipo de convivência varia entre “dormia junto e continuou,” “nunca dormiu junto,” e “dormia junto e parou”; a maior parte dos

contactantes encontra o doente diariamente, mas não passa as 24 horas junto; sobre o tipo de proximidade física, eles costumam dormir no mesmo quarto do doente-foco: um grande número de contactantes mantém uma relação social-afetiva do tipo olhar, conversar, apertar a mão e outras, além dessas, costumam abraçar e beijar (sem contato de saliva) o doente-foco.

Características da relação

De todos os contactantes entrevistados, apenas 23 responderam afirmativamente, quando questionados se houve mudança no tipo de relação com o doente-foco após o diagnóstico. Eles foram questionados também sobre o Tipo de Mudança na Relação e sobre qual a Razão desta Mudança.

Quanto aos Tipos de Mudança na Relação, descritos pelos contactantes, após o conhecimento do diagnóstico da TBMR, apareceram três categorias-temáticas básicas: Distanciamento Físico, Dimensão Física da Relação e Dimensão Afetiva da Relação, sendo que a categoria-temática Distanciamento Físico, foi relatada em termos de Distanciamento Físico Propriamente Dito e “Métodos de Barreira”.

QUADRO I – FREQUÊNCIA DO TIPO DE MUDANÇA NA RELAÇÃO ENTRE CONTACTANTE E DOENTE FOCO

CATEGORIA TEMÁTICA		FREQÜÊNCIA*
1- Distanciamento Físico	a) Propriamente Dito	17
	b) “Métodos de Barreira”	04
2- Dimensão Física da Relação		09
3- Dimensão Afetiva da Relação		03

*O total é superior a 23 porque uma mesma pessoa pode ter diferentes categorias-temáticas de mudança de relação.

Merece destaque a natureza física da mudança, seja em termos de Distanciamento Físico Propriamente Dito - 17 relatos - seja em termos da Dimensão Física da relação - 9 relatos.

No quadro II, são apresentados os relatos que deram origem à Categorização Temática: Tipo de Mudança.

QUADRO II - RELATO DOS CONTACTANTES, POR CATEGORIA-TEMÁTICA, SOBRE O TIPO DE MUDANÇA NA RELAÇÃO, COM O DOENTE FOCO

CATEGORIA –TEMÁTICA		RELATO
1- Distanciamento Físico	a) Propriamente – Dito	Mantenho a distância.; Evito “ele” um pouco; Passei a ficar mais distante; Passei a dormir em quarto separado; Peço às minhas filhas para ficarem longe das crianças; Passei a dormir ao contrário na cama; Nos separamos um pouco...Passamos a evitar ficar juntos; Ele passou a ficar mais distante e se isolou; Não durmo mais com o meu Pai; Me afastei; Não durmo mais com o meu Pai; Não durmo mais com ela, não fico muito perto dela; Fico mais separada do meu Pai; Passei a ficar mais distante; Não durmo mais junto; Passei a dormir separado.
	b) Métodos de Barreira	Separo a roupa de cama e a roupa delas; Passamos a ter mais cuidado e a minha esposa usou máscara no início; Separei a louça dele; Separei as coisas..
2- Dimensão Física da Relação		Só converso; Só beijo no rosto; Sem relação sexual; Parei de beijar na boca e de ter relação sexual; Converso pouco com ele; Evito beijar no rosto dele; Não beijo na boca; Não beijo mais na boca; Não abraço mais.
3- Dimensão Afetiva da Relação		Meu Pai agora está mais brincalhão; Tenho raiva porque ele abandonou o tratamento; Conflitos...me afastei...

Analisando-se o quadro II, deve-se considerar as questões pessoais de relacionamento, que foram levantadas na introdução deste estudo, onde foi dito que as pessoas, neste caso, contactantes, passam a ter que se afastar do doente. Verifica-se que os contactantes encontram estratégias, principalmente no distanciamento físico que não implicam obrigatoriamente na diminuição da dimensão afetiva ou física da relação, pois os relatos mais frequentes foram os de Distanciamento Físico Propriamente Dito.

Ajudando a fundamentar ainda mais a ação da enfermeira, este quadro demonstra que os próprios contactantes já têm como estratégia um distanciamento físico que é adequado para a prevenção da infecção, mas que não implica, obrigatoriamente, na redução da dimensão física e afetiva da relação. Ainda se acrescenta que as pessoas têm que mudar alguma coisa e mudam - a maioria se afasta.

QUADRO III - FREQUÊNCIA DA RAZÃO DA MUDANÇA DO TIPO DE RELAÇÃO ENTRE CONTACTANTE E DOENTE FOCO

CATEGORIA –TEMÁTICA	FREQUÊNCIA*
1- Medo de se “contaminar”	17
2- Orientações Médicas	03
3- Preocupação com o doente	03
4- Mudança de atitude por parte do doente	01
5- Por problemas decorrentes da doença	01

*O total é superior a 23 porque uma mesma pessoa pode ter diferentes categorias-temáticas de mudança de relação.

Merece destaque a categoria temática Medo de se “contaminar,” com 17 relatos. Com número de relatos bem inferior, observam-se as categorias Orientações Médicas e Preocupação com o doente, três relatos cada uma.

A seguir, no quadro IV, serão apresentados os relatos que deram origem à Categorização Temática: Razão da mudança.

QUADRO IV - RELATO DOS CONTACTANTES, POR CATEGORIA-TEMÁTICA, SOBRE A RAZÃO DA MUDANÇA DO TIPO DE RELAÇÃO ENTRE CONTACTANTE E DOENTE FOCO

CATEGORIA –TEMÁTICA	RELATO
1- Medo de se “contaminar”	• Tenho medo de pegar esta doença; Medo de me contaminar; Medo do contágio; Medo de contaminar a família.
2- Orientações Médicas	• Pois a médica da minha Mãe disse que se eu pegar a doença, vai vir muito forte como a da minha Mãe; A Doutora disse que o estado dela é grave; Porque a Doutora pediu.
3- Preocupação com o doente	• Preocupação com a debilidade dela; Mudei quando eu fiquei doente de tuberculose e não queria prejudicar o meu marido (doente de TBMR); Acho que o caso é grave, e que tenho que ter mais cuidado.
4- Mudança de atitude por parte do doente	• Porque o meu Pai parou de beber e agora ficou mais amigo.
5- Por problemas decorrentes da doença	• Os problemas financeiros interferem na relação da gente.

As razões que mais se destacaram, para a mudança no tipo de relação entre doente e contactante dizem respeito ao medo da contaminação. Os relatos, na sua maioria, são: “Tenho medo de pegar esta doença; Medo de me contaminar; Medo do contágio; Medo de contaminar a família.”

O conteúdo destas categorias-temáticas permitiu reafirmar a importância da concepção de King (GEORGE,1993), quanto ao papel da enfermeira junto e ao cliente. Este profissional utiliza habilidades, conhecimentos e valores, para a identificação de metas e para o auxílio no sentido do controle da transmissão do bacilo. Para isso, a enfermagem exige uma participação ativa do contactante.

Considerações finais

A orientação desta pesquisa foi de AÇÃO PREVENTIVA. A enfermagem participa de atividades de combate à tuberculose em todas as suas fases, mas precisa estar realmente integrada nesta luta, estabelecendo medidas, participando da prevenção, evitando complicações e a contaminação de outras pessoas.

Como já se sabe, a atuação da enfermagem para o controle da tuberculose, seja ela resistente ou sensível à terapêutica usual, não se modifica. Nos casos de tuberculose multirresistente o que existe é uma preocupação maior, tendo em vista a gravidade do problema e o fato de que a doença expõe todas as

peças em volta a um risco grande destas serem infectadas por bacilo resistente. Além disso, nos casos de adoecimento dos contactantes, é preciso que se tenha atenção para as características destes, pois, o esquema de tratamento da TBMR, no estudo controlado pelo CRHF/Ministério da Saúde, não pode ser administrado a gestantes e crianças menores de 14 anos, devido às lesões osteoarticulares graves que alguns daqueles medicamentos podem causar.

À enfermagem cabe providenciar o exame e o tratamento preventivo dos contactantes, procurando protegê-los da possibilidade de transmissão do bacilo da tuberculose, seja ele sensível ou resistente às drogas usuais. Para isto, a enfermeira durante a consulta com o contactante, valendo-se das técnicas de educação em saúde, trata de orientá-los para a formação de um novo comportamento frente à doença. Esta conduta, espera-se, concorre para evitar a resistência primária!

Ao traçar-se o perfil dos contactantes, verificou-se um número elevado de estudantes entre eles, o que leva a enfermeira a atuar de modo mais intensivo junto a este grupo, dentro das Escolas e nos seus diferentes níveis. Observou-se também um número alto de contactantes reatores fortes ao PPD e sem sintomatologia respiratória. Este grupo recebem máxima atenção da Enfermeira do Programa de Controle da Tuberculose que realizará uma Assistência de Enfermagem voltada para a observação contínua e para a prevenção da doença.

Quanto à faixa etária dos contactantes, constatou-se que a maioria está entre 0 e 10 anos, e é importante lembrar que a enfermeira, de acordo com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança, deverá estar atenta para os possíveis casos de tuberculose na família.

De todos os contactantes que responderam as questões sobre o tipo de relação entre eles e o doente de TBMR, a grande maioria afirmou que não houve modificação no seu tipo de relação após o diagnóstico. Dos que responderam afirmativamente, observou-se que os contactantes procuram se proteger da transmissão da TBMR da melhor forma possível, mas dentro das suas limitações. Nestes relatos, mereceu destaque a natureza física da mudança na relação, onde foi relatado o distanciamento físico propriamente dito e os métodos de barreira. Nas

dimensões física e afetiva da relação os relatos foram em número inferior.

O medo da contaminação foi o que fundamentou a maior parte dos casos de mudança da relação entre contactante e doente de TBMR. Isto fez com que os contactantes ficassem mais atentos para a situação.

Com todos os relatos de razão da mudança da relação, pode-se construir um modelo de assistência de enfermagem voltado para prevenir a contaminação pelo bacilo da TBMR. A compreensão dos relacionamentos entre contactantes e doentes de TBMR, pode subsidiar uma maior participação da enfermagem no processo de interrupção da corrente de infecção.

Observou-se, durante esta pesquisa, que a pessoa (contactante), pode mudar o seu tipo de relação com o doente, e o faz, em sua maioria, por “medo de se contaminar.” A maioria muda passando a impor um distanciamento físico – evitando o seu familiar/amigo doente, dormindo separado. Outros utilizam máscaras, separam os utensílios domésticos e as roupas de cama.

Alguns contactantes mudaram as suas atitudes, mas a maioria continuou dormindo junto ao doente-foco e alguns continuaram beijando-o com contato de saliva. Após a realização desta pesquisa, sabe-se que a mudança de comportamento é possível, e de que forma ela acontece. Portanto há a necessidade e a possibilidade de que a enfermeira atue nestes aspectos de mudança de tipo de relação entre doente contactante e não somente nas questões de medicalização. É necessário estimular os contactantes de pessoas infectadas com o bacilo da tuberculose multirresistente para que adotem as medidas de prevenção ativa, individual e coletiva da tuberculose.

Junto àqueles que não estão modificando o seu tipo de relação, a enfermeira deverá utilizar os achados desta pesquisa, onde os contactantes relataram os seus tipos de razões de mudança na relação, para o fundamento do seu trabalho de ação educativa voltado para a prevenção da tuberculose. Tudo isto, evitando o estigma da doença e, ao mesmo tempo, enfatizando as formas das pessoas se protegerem, promovendo a sua saúde e prevenindo a infecção. A investigação dos contactantes e

importante medida de detecção e prevenção de novos casos.

Ao final desta pesquisa, é possível ressaltar a importância da enfermagem em prover e prever serviços de enfermagem de saúde pública voltados para a investigação de contactantes de doentes de tuberculose, pois a sua atuação pode ser a parte fundamental para um efetivo controle da tuberculose junto à população.

Sugestões

Considerando todos os elementos que compuseram o desenvolvimento desta pesquisa, têm-se como sugestões:

- ◆ Priorizar a melhoria do diagnóstico bacteriológico e o controle mais rígido durante todo o tratamento, conforme estabelecem as diretrizes para a execução do Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose;
- ◆ Investir no Esquema I, confirmando SEMPRE, a cada consulta, se o paciente está tomando a medicação corretamente;
- ◆ Investir no diagnóstico inicial da tuberculose, e no tratamento imediato, efetivo e completo de todos os doentes, procurando garantir que estes completem o tratamento com sucesso;
- ◆ Investir também no desenvolvimento da estratégia de “tratamento diretamente supervisionado (DOTS),” para os casos especiais ou para os casos de risco de abandono (alcoolistas, drogadictos, sem teto, etc.), procurando-se evitar o desenvolvimento da TBMR, e conseqüentemente, garantir índices melhores de cura. O tratamento supervisionado garante que o paciente está tomando as medicações prescritas de forma correta. Ele também pode ajudar a prevenir a resistência primária, e a minimizar a possibilidade de infecções prolongadas;
- ◆ Estabelecer o Isolamento Respiratório de

todos os pacientes com tuberculose (com resultado de exame/cultura de escarro positiva) que estejam hospitalizados;

- ◆ Garantir a todos os profissionais de saúde que assistem doentes com tuberculose, Equipamentos de Proteção Individual (EPI).

À enfermagem cabe:

- ◆ Incentivar a participação da enfermeira na elaboração de diretrizes do Programa de Controle da Tuberculose, com destaque para as ações junto a contactantes;
- ◆ Estimular as ações educativas de enfermagem, na prevenção da tuberculose e de suas complicações;
- ◆ Priorizar o atendimento de contactantes sintomáticos respiratórios e aplicar a rotina prevista no Manual de Normas para o Controle da Tuberculose (1995);
- ◆ Investigar as condições dos domicílios dos doentes-focos, priorizando os casos com inadequada ventilação e superpopulação, onde os riscos de contaminação são maiores. Atuar junto com o Serviço Social;
- ◆ Priorizar as Ações de Enfermagem de prevenção da tuberculose, principalmente entre os contactantes com relação de parentesco muito próxima ao doente - foco (esposo, companheiro, namorado), e entre aqueles menores de 5 anos, pois estão mais predispostos a desenvolverem a doença;
- ◆ Estimular que o trabalho de todos os profissionais de saúde que atuam junto a doentes com TBMR, esteja SEMPRE integrado com as Unidades Básicas de Saúde das áreas onde os doentes e os seus contactantes residem. Informar às enfermeiras das UBS de residência dos contactantes (intradomiciliares e extradomiciliares), sobre os casos confirmados e sobre a investigação dos

contactantes;

- ◆ Orientar as Enfermeiras que realizam consulta de enfermagem no pré-natal, sobre a importância da investigação de casos de doentes de tuberculose nas famílias das gestantes, devendo ter atenção especial com os recém-nascidos;
- ◆ Manter o Isolamento Respiratório de todos os pacientes com tuberculose que estiverem hospitalizados, enquanto estes forem bacilíferos;
- ◆ Procurar conhecer a família de cada doente, integrando-a ao tratamento do doente;
- ◆ Promover Ações Educativas, sobre a tuberculose, para a população, incentivando a participação da comunidade (que vive em áreas de risco), no controle da doença. Procurar trabalhar com questões de medo de contaminação pelo bacilo sensível/resistente da tuberculose, esclarecendo cada questão;
- ◆ Realizar entrevista completa com os contactantes, coletar os dados epidemiológicos e clínicos, assim como informações sobre o tipo de relação com o doente de tuberculose, não deixando de verificar o peso e a altura de todos, para uma avaliação antropométrica adequada. É importante também que a enfermeira faça um levantamento da história de doenças anteriores e/ou ainda presentes, prevenindo assim, não só complicações como também, a má absorção da quimioprofilaxia, caso esta seja indicada;
- ◆ Promover cursos de extensão universitária, seminários, encontros e outras atividades afins, que possibilitem um melhor aprimoramento do estudo da tuberculose, que incentivem pesquisas na área e que permitam um melhor desenvolvimento das enfermeiras, junto ao Programa de Controle da Tuberculose;
- ◆ Encorajar os contactantes a expressarem os seus sentimentos e oferecer suporte

emocional, sempre que necessário;

- ◆ Ampliar o conteúdo da Consulta de Enfermagem junto ao contactante, para além das informações previstas na “Ficha Individual de Avaliação de Comunicantes de Pacientes com Tuberculose” – SMS – R.J.

Referências Bibliográficas

1. BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.
2. BARREIRA, I. A.. A Enfermeira Ananéri no País do Futuro: A Aventura da Luta contra a Tuberculose. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1992.
3. BARRETO, A. M. e MARTINS, F. M. Estudo da Resistência Primária no Brasil. Boletim CNCT, v. 2, n. 1, 1988.
4. BECKER, R. Contribuição da Enfermagem na Luta Contra a Tuberculose. Rev. Bras. Enf., Rio de Janeiro, 20 (4): 348-363, ago., 1967.
5. BETHLEM, N. A Vingança da Tuberculose: Uma Nova Visada. Boletim de Pneumologia Sanitária. v. 3, n. 1, p.19-25, jan-junho, 1995a.
6. _____. Pneumologia. São Paulo: Atheneu, 1995b.
7. BORGES, M. V. A Enfermagem e os Serviços Básicos de Saúde. Anais do XXXIII Congresso Brasileiro de Enfermagem. Manaus, p. 49-60, 1981.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação de Pneumologia Sanitária. Manual de Normas para o Controle da Tuberculose. 4º ed. Brasília: MS/FNS/CENEPI, 1995.
9. BRASIL. Ministério da Saúde – Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária e Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. I Consenso Brasileiro de Tuberculose. Jornal de

- Pneumologia, v. 23, n. 6, p. 333-342, nov./dez., 1997a.
10. _____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro de Referência Professor Hélio Fraga. Manual de Baciloscopia da Tuberculose. 1º ed. Rio de Janeiro, 1998.
 11. _____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. 2º Informe Técnico sobre Vacinação / Revacinação BCG. 1º ed. Brasília, 1994b.
 12. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família : Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial. 1º ed. Brasília, 1997b.
 13. CAMPOS, H. S. Tuberculose. Um Perigo Real e Crescente. JBM. v.70, n. 5, maio, 1996.
 14. CASTRO, I. B. Estudo Exploratório Sobre a Consulta de Enfermagem. Rev. Bras. Enf. Rio de Janeiro. 28, p. 76–4, 1975.
 15. CASTRO, I. B., BEZERRA, S. V. Enfermagem nos Dispensários de Tuberculose do Recife. Rev. Bras. Enf. Rio de Janeiro. 15 (6), p. 76–4, 1961.
 16. CAVALCANTE, S. C.; PACHECO, A G.; LAURIA, L. Epidemiologia da Tuberculose no Município do Rio de Janeiro – Revisão dos Casos Notificados de 1995 a 1997. Boletim de Pneumologia Sanitária. Vol. 6, n. 1, p. 81–92, jan./jun., 1998.
 17. CENTERS FOR DISEASE CONTROL. (CDC). National Action Plan to Combat Multidrug-resistant tuberculosis. MMWR, 41, n. RR-11, p. 5-57, 1992.
 18. CENTERS FOR DISEASE CONTROL. (CDC). Guidelines for Preventing the Transmission of Mycobacterium Tuberculosis in Health- Care Facilities. MMWR, 43, n. RR-13, p. i-132, 1994.
 19. DALCOLMO, M. P. Pulmão e Infecção – O Desafio dos Agentes Etiológicos e da Tuberculose ✕ Novas Técnicas e Novas Drogas. Medicus. Ano I, n. 8, outubro, 1995.
 20. DALCOLMO, M. P; FORTES, A; MELO, F. et al. Effectiveness of the Treatment of MULTIDRUGRESISTANT (MDRTB) Tuberculosis in Brasil. Am J Resp Crit Care Med 157 (3); A186, 1998.
 21. FORTES, A, DALCOMO, M.P. Tuberculose Multirresistente. Pulmão. v. 6, n. 2, p. 68-80, 1997.
 22. FRISCH, L. E. Adollescent Cavitary Tuberculosis. Journal of Adolescent Health Care, 6, p. 463-467, 1985.
 23. FUJIWARA, P. I., COOK, S. V., RUTHERFORD, C. M., et al. A Continuing Survey of Drug-Resistant Tuberculosis, New York City. Arch. Intern. Med., vol. 157, p. 531-536. mar., 1997.
 24. GEORGE, J. B. Teorias de Enfermagem – Os Fundamentos para a Prática Profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
 25. HIJJAR, M. A. Controle da Tuberculose no Brasil - A Estratégia do Plano Emergencial. Boletim de Pneumologia Sanitária. v.5, n. 1, p. 3 -5 jan. /jun., 1997.
 26. INTEGRATED SYSTEM FOR SURVEY ANALYSIS (ISSA). User's Guide. Macro. Draft Version 1.2. August, 13, 1998.
 27. MELO, F. A F. de; AFIUNE, J. B. Quimioterapia da Tuberculose: bases, condutas e procedimentos. Jornal de Pneumologia. v. 19, n. 1, p. 42-49, março, 1993a.
 28. _____. Transmissão e Imunopatogenia da Tuberculose. Jornal de Pneumologia. v. 19, n. 1, p. 19-24, março, 1993b.
 29. NEW YORK CITY DEPARTMENT OF HEALTH. Information Summary 1996. Bureau of Tuberculosis Control, 32 p., 1996.
 30. _____. Clinical Policies and Protocols. Bureau of

- Tuberculosis Control, second edition, 148 p. New York, 1997.
31. _____. Nursing Diagnoses and Interventions in Tuberculosis Control. Bureau of Tuberculosis Control – Clinical Services, 44p. New York, 1996.
32. POLIT, D. F.; HUNGLER, B. F. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
33. RIBAS, R. M. O. Ações Educativas de Enfermagem de Saúde Pública – Relação Situacional entre Abandono do Tratamento de Tuberculose e a Educação para a Saúde. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade do Rio de Janeiro – UNIRIO, 1987.
34. RODRIGUES, E. A C., MENDONÇA, J. S. et al. Infecções Hospitalares: Prevenção e Controle. São Paulo: Sarvier, 1997.
35. RUFFINO-NETTO, A . Tuberculose MDR. Médicos. Ano I, n. 3, p. 38-42, jul./ago., 1998.
36. SCHETER, M. e MARANGONI, D. V. Doenças Infecciosas –Conduta Diagnóstica e Terapêutica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.
37. SILVA, C. R., SOUZA, F. B. A, VASQUEZ, M. B. T., et al. O Problema da Tuberculose Multirresistente. Boletim de Pneumologia Sanitária. v. 4, n. 2, p. 48-56, jul./dez., 1996
38. TEIXEIRA, G. M. Pontos Polêmicos em Tuberculose - Elogio de uma Parceria. Boletim de Pneumologia Sanitária. v. 5, n.1, p.:3 - 5 jan. /jun., 1997.
39. TOCANTINS, F. R. A Consulta de Enfermagem e seus Procedimentos Precípuos – modelo direcionado para o atendimento às necessidades do cliente. Dissertação (Mestrado em Enfermagem).Universidade do Rio de Janeiro, 1984.
40. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO. Serviço de Pneumologia. Programa de Controle da Tuberculose Hospitalar (PCTH). 1 ed. Rio de Janeiro, 1998.
41. WHO. Treatment of Tuberculosis: Guidelines for National Programmes. WHO Library Cataloguing in Publication Data, 1993.