**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**A ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE TUBERCULOSE
PULMONAR SOB A ÓTICA DOS TRABALHADORES DE
ENFERMAGEM**

ÉRIKA DO CARMO BERTAZONE

**Ribeirão Preto
2003**

ÉRIKA DO CARMO BERTAZONE

**A ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE TUBERCULOSE
PULMONAR SOB A ÓTICA DOS TRABALHADORES DE
ENFERMAGEM**

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e da Escola de Enfermagem-USP – vinculado à linha de pesquisa Enfermagem enquanto Prática Social e Profissional, para obtenção do grau de doutor.

**Ribeirão Preto
2003**

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**A ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE TUBERCULOSE
PULMONAR SOB A ÓTICA DOS TRABALHADORES DE
ENFERMAGEM**

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e da Escola de Enfermagem - USP – vinculado à linha de pesquisa Enfermagem enquanto Prática Social e Profissional, para obtenção do grau de doutor.

Aluna: Érika do Carmo Bertazone

Orientadora: Prof^ª. Dr^a. Elucir Gir

**Ribeirão Preto
2003**

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca Central do Campus
Administrativo de Ribeirão Preto/ USP

Bertazone, Érika do Carmo

A assistência ao portador de tuberculose pulmonar sob a ótica dos trabalhadores de enfermagem. Ribeirão Preto, 2003.

115 p.: il. ; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP. Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem enquanto Prática Social e Profissional.

Orientadora: Gir, Elucir

1. Tuberculose Pulmonar. 2. Incidentes críticos 3. Assistência de Enfermagem.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1

Número e porcentagem dos elementos dos incidentes críticos, com referências positivas ou negativas, relacionados à assistência de enfermagem prestada ao portador de tuberculose pulmonar. HCFMRP-USP, Ribeirão Preto-SP, 2003.....41

TABELA 2

Distribuição das categorias de situações identificadas dos incidentes críticos, com referência positiva ou negativa, relacionadas à assistência de enfermagem prestada ao portador de tuberculose pulmonar. HCFMRP-USP, Ribeirão Preto-SP, 2003.....44

TABELA 3

Distribuição das categorias de comportamentos identificadas nos incidentes críticos, com referência positiva ou negativa, relacionadas a assistência de enfermagem prestada ao portador de tuberculose pulmonar. HCFMRP-USP, Ribeirão Preto-SP, 2003.66

TABELA 4

Distribuição das categorias de consequências identificadas dos incidentes críticos, com referência positiva ou negativa, relacionadas a assistência de enfermagem prestada ao portador de tuberculose pulmonar. HCFMRP-USP, Ribeirão Preto-SP, 2003.84

*“O que for a profundidade do teu ser, assim será teu desejo.
O que for o teu desejo, assim será tua vontade.
O que for a tua vontade, assim serão teus atos.
O que forem teus atos, assim será teu destino”.*

Brihadaranyaka Upanishad IV

Dedico este trabalho,

*Aos meus pais,
Alzira e Vitorino,
pelo exemplo de força e luta pela vida.*

*Ao meu marido,
Eduardo,
pela atenção, carinho e paciência oferecidos.*

*Aos meus irmãos,
Nadia e Marcos,
que no decorrer de minha
vida, sempre se fizeram presentes.*

*Às minhas sobrinhas,
Thaís e Tássia,
por existirem em minha vida.*

Agradecimento Especial

*à Profª. Drª. Elucir Gir, que
com sua dedicação, paciência
amizade e competência, soube
conduzir os meus pensamentos,
orientando-me durante a
elaboração deste trabalho.*

Agradecimento

À CAPES

*(Coordenação de Aperfeiçoamento
de Pessoal de Nível Superior)
pelo apoio financeiro oferecido.*

AGRADECIMENTOS

Durante a realização deste trabalho, tive a feliz oportunidade de encontrar pessoas importantes, para a minha vida pessoal e profissional que, de certa forma, envolveram-se com o mesmo e contribuíram, de diferentes maneiras, para a sua elaboração.

Os meus sinceros agradecimentos:

Aos meus mestres, pelo conhecimento transmitido.

À Enfermeira Doutora Miyeko Hayashida, pela atenção e orientação.

À Prof^ª. Dr^ª. Maria das Graças Bonfim Carvalho, pelo estímulo, atenção e apoio dispensados.

Às Professoras Dr^ª. Márcia Bucchi Alencastre, pelo carinho, atenção e apoio.

À Professora Dr^ª. Adriana Kátia Corrêa, pelas contribuições oferecidas.

À Prof^ª. Dr^ª Renata Ferreira Takahashi, pelas sugestões, apreço e atenção.

Ao Sr. José de Freitas Ramos e à Srta. Leda Ramos, pelo carinho e presença constantes oferecidos.

Ao Sr. Wilson Cássio da Silva, pela atenção e colaboração.

Aos enfermeiros Rosângela, Sandra, Maria Helena e Sérgio, pela colaboração, amizade, respeito e conhecimentos compartilhados.

Aos funcionários da Unidade de Moléstias Infecciosas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pela disponibilidade, colaboração e por oferecerem condições adequadas para a coleta de dados.

À Sra. Maria José, pela atenção e orientações .

À Sra. Eliana Braga, pelo apoio oferecido durante realização deste projeto.

A todos os portadores de tuberculose pulmonar, sem os quais, a realização deste não seria possível.

Aos funcionários da Clínica Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, pela convivência e experiências compartilhadas durante os anos de trabalho em conjunto.

Às secretárias da Seção de Pós-Graduação de EERP-USP: Kethleen, Sandra, Marta e Sônia, pela atenção e apoio oferecidos.

Às secretárias do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, pela atenção e apreço oferecidos em especial Eliana e Edilaine.

Aos funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, que de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

*“Atrás de todas as coisas
que achamos impossíveis, existe uma luz
que nos faz ter esperança. É através
dela que lutamos para ter algo que desejamos.”*

Autor desconhecido.

RESUMO

A assistência ao portador de tuberculose pulmonar sob a ótica dos trabalhadores de enfermagem

Estudo descritivo que teve como objetivo analisar os aspectos positivos e negativos relacionados à assistência prestada ao portador de tuberculose pulmonar, com base nos relatos dos trabalhadores de enfermagem de uma unidade de internação (isolamento), do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP. Categorizamos os elementos que compõem os incidentes críticos (situação, comportamento e consequência) identificados nos relatos dos trabalhadores de enfermagem, com referências positivas e negativas e analisamos as situações, os comportamentos e as consequências positivas e negativas, advindas das situações relatadas pelos sujeitos. Fizeram parte deste estudo 26 trabalhadores de enfermagem, sendo eles: enfermeiros, auxiliares, técnicos e atendentes de enfermagem. Selecionamos essa população por estar intimamente envolvida com a assistência de enfermagem prestada a portadores de tuberculose pulmonar. Obtivemos 24 relatos, dos quais extraímos um total de 94 (100,0%) incidentes críticos, e dentre estes 38 (40,5%) foram referidos pelos entrevistados como positivos e 56 (59,5%) considerados negativos. Ao categorizarmos os elementos que compõem o incidente crítico, obtivemos um total de 94 (100,0%) situações, das quais, 38 (40,5%) foram consideradas positivas pelos entrevistados e 56 (59,5%) negativas. Em relação aos comportamentos, obtivemos 70 (36,7%) com referências positivas e 121 (63,3%) com referências negativas, perfazendo um total de 191 (100,0%). Quanto às consequências, estas somaram 143 (100,0%), sendo 54 (37,8%) consideradas positivas e 89 (62,2%) negativas. Ao observarmos os componentes dos incidentes críticos, constatamos maior número de referências negativas. O comportamento extraído dos incidentes que recebeu maior número de referências positivas e negativas, predominando as negativas, foi aquele que o trabalhador de enfermagem é obrigado a oferecer orientações ao paciente e família quanto ao modo de transmissão, tratamento e prevenção da tuberculose pulmonar, muitas vezes não se sentindo protegidos e preparados para tal. Verificamos, através dos relatos, a necessidade de se promover melhoria do conhecimento sobre a doença, no que se refere ao tratamento e precauções, para que o trabalhador de enfermagem tenha mais segurança no desempenho de suas funções e preste uma assistência de enfermagem de melhor qualidade.

Unitermos: assistência de enfermagem; tuberculose pulmonar; técnica do incidente crítico.

ABSTRACT

Pulmonary tuberculosis patients' nursing care in nursing workers' view

Descriptive study which was carried out in order to analyze the positive and negative features related to pulmonary tuberculosis' patients nursing assistance. This analysis was based on the nursing workers' reports. We categorized the elements that compose the critical incident (situation, behavior and consequence). We interviewed nursing workers of an infectious diseases' unit at "Hospital das Clínicas" a general hospital in the Medicine School of Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil. We analyzed the positive and negative situations, behaviors and consequences that came up from their reported situations. We selected 26 nursing workers, among them Nurses, Auxiliaries, Technicians and Nursing Attendants in order to be able to identify those items in the reports. This population was chosen by the fact of being deeply involved in taking care of patients with infectious diseases, mainly pulmonary tuberculosis. We obtained 24 (twenty-four) reports, from which we obtained 94 (100.0%) critical incidents and, among these, 38 (40.5%) were considered to be positive and 56 (59.5%) were negative, in their view. When categorizing the elements that compose the critical incident, we obtained an overall 94 (100.0%) situations, from which 38 (40.5%) were viewed as positive and 56 (59.5%) as negative. As to the behaviors, we obtained 70 (36.7%) behaviors with positive references and 121 (63.3%) with negative ones, totalizing 191 (100.0%). About the consequences, they summed up to 143 (100.0%), being 54 (37.8%) considered to be positive and 89 (62.2%) negative. By observing the components of critical incidents, we obtained a higher number of negative references. The behavior from incidents that had a greater number of positive and negative references, prevailing the negative ones, obliges the nursing professional to provide the patient and his/her family with pulmonary tuberculosis' orientation on transmission, treatment and preventing, because pretty often they do not feel safe or prepared to do it. We observed, based on the reports, the necessity to improve the knowledge on the treatment and precautions related to this disease, so that nursing workers may give safer and better quality nursing assistance.

Uniterms: nursing care/assistance; pulmonary tuberculosis; critical incident technique.

RESUMEN

La de la asistencia al portador de tuberculosis pulmonar bajo la óptica de los trabajadores de enfermería

Estudio descriptivo que tuvo como objetos analizar los aspectos positivos y negativos relacionados a la asistencia prestada al portador de tuberculosis pulmonar, a base de los relatos de los trabajadores de enfermería de una unidad de internamiento (aislamiento), del “Hospital das Clínicas” de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto, San Pablo, Brasil. Categorizamos los elementos que componen los incidentes críticos (situación, comportamiento y consecuencia) positivos y negativos, identificados en los informes de los trabajadores de enfermería. Analizamos las situaciones, los comportamientos y las consecuencias positivas y negativas avenidas de las situaciones relatadas por los sujetos. Hicieron parte de esta muestra 26 trabajadores de enfermería, a la cual se incluyeron Enfermeros, Ayudantes, Técnicos y Atendientes de Enfermería. Los seleccionamos porque están íntimamente envueltos con la asistencia de enfermería prestada a portadores de tuberculosis pulmonar. Obtuvimos 24 relatos, de los cuales extraemos un total de 94 (100,0%) incidentes críticos y, entre estos, 38 (40,5%) se refirieron por los entrevistados como positivos y 56 (59,5%) se consideraron negativos. Al categorizar los elementos que componen el incidente crítico, obtuvimos un total de 94 (100,0%) situaciones, de las cuales 38 (40,5%) se consideraron positivas por los entrevistados y 56 (59,5%) negativas. Con relación a los comportamientos, obtuvimos 70 (36,7%) comportamientos con referencias positivas y 121 (63,3%) con referencias negativas, arrojando un total de 191 (100,0%). En cuanto a las consecuencias, estas totalizaron 143 (100,0%), siendo 54 (37,8%) consideradas positivas y 89 (62,2%) negativas. Al observar los componentes de los incidentes críticos, obtuvimos mayor número de referencias negativas. El comportamiento identificado de los incidentes que recibió mayor número de referencias positivas y negativas, predominando las negativas, fue aquel en que el trabajador de enfermería se obliga a ofrecerle orientaciones al paciente y familia acerca de la manera de transmisión, tratamiento y prevención de la tuberculosis pulmonar, frecuentemente no sintiéndose protegido ni preparado para eso. Observamos, a través de los relatos, la necesidad de promoverse la mejoría del conocimiento sobre el tratamiento y las prevenciones de la enfermedad, para que el trabajador de enfermería pueda prestar asistencia de enfermería de manera más segura y con mejor calidad.

Unitérminos: asistencia de enfermería; tuberculosis pulmonar; técnica del incidente crítico.

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**A ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE TUBERCULOSE
PULMONAR SOB A ÓTICA DOS TRABALHADORES DE
ENFERMAGEM**

ÉRIKA DO CARMO BERTAZONE

**Ribeirão Preto
2003**

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose pulmonar constitui-se um grave problema de saúde pública, com uma grande repercussão mundial. A sua presença, concomitante à interação com outras doenças, como a aids, bem como o aparecimento de cepas multiresistentes, vem suscitando impactos diversos na sociedade em especial na comunidade científica.

A importância clínica e epidemiológica da doença, em nosso meio, é amplamente conhecida, principalmente porque responde por, aproximadamente, 3 milhões de mortes por ano e estima-se que cerca de 8 a 10 milhões de casos surjam, anualmente, no mundo mantendo-se como a principal causa de mortalidade por um único agente infeccioso (MASUNGI et al., 2002).

No Brasil, onde a tuberculose é um problema de saúde prioritário, a estimativa é que surjam 129.000 casos/ano, dos quais notificam-se somente cerca de 90.000. Nosso país, juntamente com outros 21 ainda em desenvolvimento, albergam 80% dos casos mundiais da doença. As estatísticas mostram que, aproximadamente, 50 milhões de brasileiros estejam infectados pelo bacilo, susceptíveis ao desenvolvimento da doença (BRASIL, 2002a).

Na cidade de Ribeirão Preto-SP, os casos novos de tuberculose pulmonar vêm se mantendo¹. Nesta mesma cidade, há grande quantidade de pacientes atendidos em unidades básicas de saúde e de pacientes em retratamento.²

¹ Fonte: Divisão de Tuberculose – EPI-TB, Dez.,2002.

² Dados obtidos junto à Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Comunicação Pessoal, Agosto, 2003.

Por sua transmissão ocorrer pelas vias aéreas, a forma clínica mais comum e mais importante, do ponto de vista epidemiológico, é a pulmonar.

O percentual de cura da tuberculose não ultrapassa 75% dos casos tratados, embora o Brasil, em 1980, tenha sido o primeiro país a implantar um tratamento de curta duração, ou seja, por seis meses, obtendo relativo sucesso inicial. O percentual insatisfatório de cura decorre, sobretudo, do abandono do tratamento que, logo no início, confere ao paciente uma melhora notável (BRASIL, 2002a).

Ao longo de todo o século XX, a tuberculose marcou forte presença e agora, no século XXI, apresenta forte impacto nas diversas comunidades do país.

Por sua complexidade, requer atuação multi e interdisciplinar, onde destacamos o importante papel dos trabalhadores de enfermagem, cuja atividade é essencial, pois assistem o indivíduo diretamente, enfrentando, às vezes, situações as mais desafiantes.

Baseadas em nossa atuação profissional, como enfermeiras de uma Clínica de Moléstias Infecto-contagiosas, temos observado que a assistência de enfermagem prestada a estes pacientes, é por vezes, prejudicada pela dificuldade do trabalhador de enfermagem em lidar com suas limitações. Estas incluem o medo do trabalhador de adquirir a doença, seja por não saber enfrentá-la, por ter preconceito, ou por não possuir conhecimento específico a respeito da enfermidade para que possa, em muitas situações, orientar o paciente quanto à doença no que se refere aos seus sinais, sintomas, tratamento e possíveis complicações e até mesmo proteger-se evitando assim, a contaminação.

De todas as profissões, inseridas na área da saúde, a enfermagem seguramente é a que mais permanece em contato com o doente

internado, disponibilizando assistência direta ao paciente, de forma ininterrupta nas 24 horas da internação.

O longo tempo de permanência no hospital pode facilitar o convívio com o paciente, entretanto possibilita a ocorrência de diversas situações, as quais o trabalhador de enfermagem terá que enfrentar. Este enfrentamento é permeado por sentimentos, como por exemplo medo do contágio, que pode emergir de uma determinada situação.

Cabe aqui ressaltar a importante influência, de determinadas doenças, na assistência de enfermagem prestada aos pacientes pelos profissionais de saúde, onde encontramos uma série de dificuldades, principalmente quando se trata de uma doença infecciosa, cuja disseminação ocorre de indivíduo a indivíduo. Tal fato pode, ocasionalmente, afetar o atendimento ou a assistência, os quais serão oferecidos inadequadamente em virtude do despreparo de certos profissionais.

O medo do contágio na assistência de enfermagem, não ocorre somente em razão do despreparo dos profissionais, mas também pode estar associado ao estigma que envolve uma doença infecciosa milenar transmissível como a tuberculose pulmonar.

A tuberculose pulmonar é uma doença fortemente associada a preconceitos e estigmas, pois de acordo com Moran (1985, p.111), “herdamos uma grande riqueza de noções, aquisições e mitos sobre a tuberculose e estas heranças podem afetar vários aspectos de nossas vidas”.

Entendemos que estas heranças, como estigmas e preconceitos, podem prejudicar a qualidade da assistência de enfermagem prestada pelos trabalhadores de enfermagem ao indivíduo com o diagnóstico de tuberculose pulmonar.

A tuberculose pulmonar chama-nos a atenção novamente pois, às custas da epidemia da aids, conseguiu um poderoso aliado, o HIV (Human Immunodeficiency Vírus).

Devido à co-infecção tuberculose/aids temos observado uma expansão recente da doença no país, considerando-se que o número de casos notificados não representa a realidade, em decorrência da falta de diagnóstico ou da deficiência de registros (Antunes; Waldman; Moraes, 2000).

Esse quadro pode ser revertido com o trabalho dos profissionais de saúde, que precisam estar atentos e devidamente capacitados para informar a população acerca da doença, do tratamento adequado, dos meios de preveni-la e quais riscos a mesma oferece (BRASIL, 2002b).

Muitas doenças infecciosas têm sido persistentes e demonstram uma grande habilidade em ressurgir mesmo depois de um longo período de estabilidade (WILSON, 1995).

Dentre tais doenças, temos a tuberculose pulmonar, que inserida novamente na sociedade, em especial no primeiro mundo, estimula os trabalhadores da enfermagem, que prestam assistência, a se aprimorar para melhor enfrentá-la: seja adquirindo conhecimentos específicos, seja preparando-se emocional e/ou espiritualmente para lidar com a doença e enfrentar situações onde ela esteja presente, com segurança.

À medida que o trabalhador de enfermagem enfrenta estas situações e até mesmo estas doenças, percebe as dificuldades que surgem no dia-a-dia, muitas vezes obscuras para o mesmo. A busca de conhecimento pode ocorrer quando o profissional é questionado a respeito e/ou incentivado a refletir sobre o assunto.

Torna-se importante saber se o trabalhador é capaz de identificar na assistência ao portador de tuberculose pulmonar, os componentes que prejudicam ou aprimoram a qualidade da assistência de enfermagem, bem como os pontos positivos e negativos e as reações experienciadas nestas situações.

Como sabemos, a observação de comportamentos humanos, frente a determinadas situações, pode gerar reações, as quais podem ser identificadas durante o desenvolvimento de uma atividade de enfermagem.

Os profissionais de saúde, aqui chamados de trabalhadores de enfermagem, aos quais se incluem os enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem, podem demonstrar ou apresentar uma grande variedade de comportamentos frente a diferentes situações assistenciais, desencadeando reações positivas e/ou negativas, podendo estas ser influenciadas por diversos fatores, diversificando-se as reações de indivíduo a indivíduo.

A tomada de decisões ocorrerá de acordo com o conhecimento que este tem sobre a doença, ou seja: se conhece seguramente a forma de transmissão e prevenção; se tem ou não preconceito ou até mesmo medo ao atender o paciente; se tem consciência ou não da possibilidade da transmissão da mesma, sabendo que pode adquiri-la, tornando-se também um doente; se tem preparo ou equilíbrio emocional para lidar com um paciente isolado, acometido pela doença.

O trabalhador de enfermagem, ao lidar com tais pacientes, vivencia a situação e a interpreta a partir de suas vivências e experiências. Desta forma poderá interpretar situações como sendo negativas ou positivas, gerando comportamentos individualizados para um mesmo tipo de situação. Assim, o que notamos é que a assistência de enfermagem prestada aos portadores de tuberculose pulmonar pode sofrer

variações, a depender do modo como os profissionais vêm determinadas situações.

A partir dos comportamentos gerados e das possíveis reações apresentadas, no decorrer da assistência prestada ao portador de tuberculose pulmonar, acreditamos que por meio da técnica dos incidentes críticos, poderemos identificar e classificar os aspectos positivos e/ou negativos.

No contexto da assistência de enfermagem, escolhemos a tuberculose pulmonar como a principal doença infecciosa, com o fim de detectar falhas e adequações na assistência, que indiquem a necessidade de intervenções efetivas.

Com estas ações, teremos a oportunidade de analisar aspectos da assistência prestada aos portadores de tuberculose pulmonar, no âmbito hospitalar, com base nas situações apresentadas, comportamentos evidenciados e possíveis consequências.

Este estudo poderá contribuir para a avaliação das atitudes tomadas e dos comportamentos apresentados pelos trabalhadores de enfermagem, baseados no conhecimento que estes possuem acerca da doença.

Ao identificarmos o conhecimento dos trabalhadores, seja ele de senso comum ou científico, poderemos analisar a qualidade e a profundidade deste conhecimento, o que possibilitará intervenções de caráter educativo a serem propostas aos trabalhadores de enfermagem, com o intuito de aprimorar o seu preparo e oferecer ao portador de tuberculose pulmonar uma assistência melhor qualificada.

Assim, poderemos evidenciar o preparo ou despreparo dos trabalhadores de enfermagem, para lidar com o paciente acometido pela tuberculose pulmonar.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar os aspectos positivos e negativos relacionados à assistência prestada ao portador de tuberculose pulmonar, com base nos relatos dos trabalhadores de enfermagem de uma unidade de internação de um hospital geral do município de Ribeirão Preto-SP.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Categorizar os elementos que compõem os incidentes críticos (situação, comportamento e consequência) positivos e negativos, identificados nos relatos dos trabalhadores de enfermagem.
- Analisar as situações positivas e negativas relatadas pelos trabalhadores de enfermagem.
- Analisar os comportamentos positivos e negativos evidenciados nos relatos dos trabalhadores de enfermagem.
- Analisar as consequências positivas e negativas advindas das situações relatadas pelos trabalhadores de enfermagem.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar os aspectos positivos e negativos relacionados à assistência prestada ao portador de tuberculose pulmonar, com base nos relatos dos trabalhadores de enfermagem de uma unidade de internação de um hospital geral universitário do município de Ribeirão Preto-SP.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Categorizar os elementos que compõem os incidentes críticos (situação, comportamento e consequência) positivos e negativos, identificados nos relatos dos trabalhadores de enfermagem.
- Analisar as situações positivas e negativas relatadas pelos trabalhadores de enfermagem.
- Analisar os comportamentos positivos e negativos evidenciados nos relatos dos trabalhadores de enfermagem.
- Analisar as consequências positivas e negativas advindas das situações relatadas pelos trabalhadores de enfermagem.

3. A TUBERCULOSE PULMONAR

A compreensão da tuberculose pulmonar como problema de saúde pública em nosso país, bem como o conhecimento das intervenções necessárias ao seu controle situa, para cada profissional de saúde, independente de seu local de trabalho, o papel que desempenha na luta contra esta doença.

Dentre as intervenções prioritárias inseridas no combate à tuberculose, encontram-se a prevenção (vacinação BCG e quimioprofilaxia), o diagnóstico precoce e o tratamento adequado, tanto dos pacientes que espontaneamente procuram os serviços, quanto dos sintomáticos identificados na comunidade ou na própria demanda de uma unidade de saúde.

A tuberculose pulmonar é uma doença endêmica no Brasil. Apesar dos avanços nos últimos anos, da terapêutica e da profilaxia, ainda há muito o que aprender sobre as medidas de prevenção eficazes, principalmente para evitar a transmissão para os profissionais de saúde. (ALMEIDA et al. , 2003).

Por ser uma doença transmitida por aerossóis é motivo de grande preocupação pela dificuldade de prevenção, devido às características das partículas que contem o bacilo.

As doenças transmitidas por aerossóis são mais fáceis de transmitir que aquelas transmitidas por gotículas.

A transmissão por gotículas ocorre através do contato próximo com o paciente. As gotículas maiores que 5 micra eliminadas pela fala, tosse, espirros e mesmo pela respiração e realização de procedimentos como aspiração, atingem até um metro de distância e se depositam no chão.

Desta forma a transmissão não ocorre a distâncias maiores, por períodos prolongados ou por partículas suspensas no ar.

Na transmissão por aerossóis, as partículas eliminadas pela tosse, espirro, fala ou respiração, ressecam e ficam suspensas no ar, podendo ser carregadas pelo ar, permanecendo horas e podem atingir ambientes diferentes e próximos ao isolamento.

O risco de uma pessoa infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, desenvolver a tuberculose ativa durante a sua vida é de aproximadamente 10%. Em casos de imunocomprometidos, há um aumento progressivo da infecção latente tornar-se ativa. Se o indivíduo com infecção latente se infecta com o HIV, apresenta um risco de aproximadamente 8 a 10 % por ano de desenvolver tuberculose ativa (CENTER FOR DISEASES CONTROL AND PREVENTION, 1994).

A probabilidade de uma pessoa tornar-se infectada após contato com o bacilo da tuberculose depende da concentração de partículas infectantes no ar e do tempo de exposição a esse microrganismo. Um indivíduo infectado pode produzir até 250 partículas por hora e um escarro fluido apresenta uma quantidade maior de partículas infectantes. De um a dois bacilos se ligam a micropartículas do ar, que rapidamente se dispersam alcançando longas distâncias, ficando suspensas no ar por prolongados períodos. Quanto maior o tempo de exposição ao ambiente com gotículas infectantes em suspensão, maior será a chance de inalação destas e sua penetração no organismo do hospedeiro (FIUZA DE MELO; AFIUNE, 1995; SANTOS, 1998).

Para Souza e Kristki (1998), locais onde há confinamento de pessoas como prisões, asilos e hospitais, podem contribuir para a disseminação da tuberculose entre os componentes desses grupos e também

entre os profissionais que nestes locais trabalham, em razão da maior exposição às gotículas infectantes.

Como importantes fatores ambientais, que podem aumentar a probabilidade da transmissão da tuberculose, o CDC destaca a exposição em espaços relativamente pequenos, a ventilação inadequada e a recirculação do ar contaminado (CENTER FOR DISEASES CONTROL AND PREVENTION, 1994).

Outros estudos realizados pelo mesmo órgão, mostraram que os fatores de risco de transmissão da tuberculose estão associados ao tipo de atividade de assistência à saúde, prevalência de tuberculose na comunidade, grupo de trabalhadores de cuidado à saúde, assim como as áreas em que estes atuam e a efetividade das intervenções de controle da tuberculose (CENTER FOR DISEASES CONTROL AND PREVENTION, 1994).

No que concerne às atividades realizadas por profissionais da saúde, estudos comprovam que o contato íntimo com pessoas que têm infecção tuberculosa e a exposição a certos procedimentos como os realizados em laboratórios de microbiologia, irrigação de abscessos, aspirações freqüentes de vias aéreas de pacientes com tuberculose, intubação endotraqueal, broncoscopia e manipulação de lesões tuberculosas em autópsias podem aumentar o risco de transmissão de tuberculose entre os profissionais (CENTER FOR DISEASES CONTROL AND PREVENTION, 1994; MENDONÇA, 1997; SANTOS, 1998; SOUZA & KRITSKI, 1998).

No Brasil, o risco de desenvolver a infecção por tuberculose é desconhecido e de difícil avaliação, uma vez que o mesmo é medido através da prova tuberculínica e existe uma alta cobertura vacinal com BCG (SOUZA & KRITSKI, 1998).

No ambiente hospitalar são internados pacientes com diagnóstico definido ou não. Com frequência podem estar desenvolvendo um processo infeccioso que oferece risco de transmissão para outros pacientes e inclusive para os profissionais de saúde (UNIFESP, 2003).

A tuberculose pode ser considerada um dos mais tradicionais males da humanidade. Os principais fatores conhecidos que colaboram para a manutenção desta doença são a persistência da pobreza e a expansão da epidemia de aids.

Enarson (2000, p. 57) afirma que,

as mortes por tuberculose pulmonar são equivalentes a um acidente aéreo de um Boeing 747 a cada hora, de cada dia e que também a tuberculose mata mais mulheres que qualquer outra causa de mortalidade maternal. [...]. O controle da tuberculose seria o modo mais efetivo de se desenvolver uma melhor assistência à saúde, mas que somente 0,2% dos investimentos na saúde em países pobres, têm sido empregados nos serviços de atenção à tuberculose nos últimos anos.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), 8 milhões de casos novos e quase 3 milhões de mortes por tuberculose tem ocorrido a cada ano. No Brasil aproximadamente 90.000 casos são notificados por ano e como há subnotificação, estima-se que o número seja maior elevando-se a 130.000.³ Pouco mais de 70% dos casos tratados estão sendo comprovadamente curados; os 30 % restantes constituem uma “bomba no tempo” agravando cada vez mais o problema.

De acordo com a UNIFESP (2003, p.5),

O Brasil está entre os 10 países com maior número de casos de tuberculose no mundo, ou seja, 85.000 casos novos e 6.000 óbitos anuais. O estado de São Paulo tem aproximadamente, 20% dos casos do país, cerca de 18.000 notificações por ano (55/100.000 habitantes com 1.500 óbitos anuais).

³ Fonte: Site MS (Ministério da Saúde)- Plano Nacional de Controle da Tuberculose.Dez./2001.

Os tratamentos mal conduzidos, o aparecimento de cepas do bacilo mais resistentes, complicam o combate à doença, multiplicando o custo do tratamento e aumentando a mortalidade.

As ações para o controle da tuberculose no Brasil têm como meta, diagnosticar no mínimo, 90% dos casos esperados e curar pelo menos 85% dos casos diagnosticados. A expansão das ações de controle para 100% dos municípios complementa o conjunto de metas a serem alcançadas.

Tal expansão se dará no sentido de garantir a implantação das ações no controle da tuberculose.⁴

Segundo o Ministério da Saúde, algumas ações incluem:

- a estruturação da rede de serviços de saúde para identificação de sintomáticos respiratórios.
- organização da rede laboratorial
- garantia de acesso ao tratamento supervisionado
- proteção dos indivíduos sadios e
- alimentação e análise das bases de dados para tomada de decisão (BRASIL, 2002a).

A seguir serão apontados alguns aspectos relativos à tuberculose pulmonar extraídos de Anderson; Kissane (1982); Brasil, (1994); Melo e Hijjar (1997); Wyngaarden e Smith (1996) e BRASIL (2002a).

3.1 – Incidência

Durante a Revolução Industrial nos séculos XVIII e XIX, a doença era conhecida como peste branca. Constituía a maior causa de morte

⁴ Fonte: Site MS (Ministério da Saúde) <<http://www.saude.gov.br>> Acessado em Setembro/2003.

de pessoas jovens em todo o mundo. Atualmente, apesar do grande progresso no seu tratamento e controle, a tuberculose ainda é um problema de saúde pública importante em muitos países subdesenvolvidos, dos quais destaca-se o Brasil.

Durante os últimos anos, neste mesmo país, houve certo declínio, e até mesmo um recrudescimento a partir de 1986, quanto ao número de casos novos notificados. Este fato está parcialmente relacionado à associação da tuberculose com a síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) (WOLINSKY, 1996, p.1770).

No Brasil, a tuberculose continua sendo uma frequente causa de morte no estado de São Paulo, com cerca de 1400 óbitos anuais. A mortalidade específica por tuberculose tem aumentado no Estado, sobretudo com respeito à capital.

Na faixa etária entre 30 a 39 anos, uma em cada 50 mortes é causada por tuberculose.

Além dos óbitos cuja causa básica tem sido a tuberculose, um grande número de doentes morrem com aids e tuberculose. A porcentagem de infectados pelo HIV entre os casos de tuberculose, vem aumentando ano a ano: em 1995 foram notificados 3.367 casos novos, ou seja, 17,7% do total de casos novos notificados, no estado de São Paulo. Em 1994, foram registrados 18.948 novos casos de tuberculose e em 1995, foram registrados 18.985 novos casos neste mesmo estado (WOLINSKY, 1996).

O estado de São Paulo continua a deter em torno de 20% do total de casos registrados no Brasil, o que pode se alterar de acordo com as diferentes realidades do nosso país e a multiresistência do bacilo.

No que concerne à incidência em ambos os sexos, em 1995 houve, no estado de São Paulo, 6.889 notificações de tuberculose em mulheres e 14.334 em homens.

A tuberculose pulmonar representou, entre os casos novos de 1995, 76,6% do total de todas as formas. As formas extrapulmonares totalizaram 4.447 casos, sendo as mais frequentes a pleural (1.457 casos) e a ganglionar (608 casos).

3.2 Etiologia

O microrganismo causador da tuberculose, identificado por Robert Koch em 1882, pertence ao gênero *Mycobacterium*, classificado na família *Mycobacteriaceae* da ordem *Actinomycetales*.

O *Mycobacterium tuberculosis* é um bacilo não formador de esporos, sem flagelos e que não produz toxinas. Trata-se de uma espécie aeróbica estrita, necessitando de oxigênio para crescer e se multiplicar. Por ser capaz de sobreviver e de se multiplicar no interior de células fagocitárias, é considerado um parasita intracelular facultativo.

De modo geral, é resistente à ação de agentes químicos. É sensível à ação de agentes físicos como o calor e a radiação ultra-violeta. Pode ser visualizado nas secreções broncopulmonares (escarro), através de microscopia direta (baciloscopia) e através de cultura, sendo este último o método que permite a sua identificação.

O agente pode multiplicar-se lentamente em tensões de oxigênio razoavelmente baixas, como o que seria encontrado próximo do centro de uma lesão caseosa ou quando o pulmão está em colapso ou é interrompido o suprimento sangüíneo para o centro da lesão. Os bacilos não proliferam no centro de áreas caseosas fechadas, mas multiplicam-se numa velocidade enorme se a aeração for restabelecida, como pela abertura de um brônquio ou de um vaso sangüíneo para o interior da lesão. A alteração do

pH pode favorecer uma proliferação mais rápida do bacilo e os ácidos graxos liberados em áreas caseosas inibem o seu crescimento.

Um único organismo é potencialmente infectante, mas é preciso que haja um milhão de bacilos ou grupos de bacilos por milímetro de suspensão bacteriana para que o exame microscópico revele mais de um microrganismo por 10 campos de imersão em óleo.

O bacilo da tuberculose não possui exotoxinas ou endotoxinas que expliquem a sua virulência, porém apresenta importantes componentes químicos que produzem efeitos de longo alcance no ser humano. Cinquenta por cento do microrganismo consiste em um lipídio que é, de certa maneira, responsável pela resistência ao ácido. Quanto mais virulento for o bacilo, mais lipídio ele contém. Os lipídios também estimulam os monócitos e macrófagos a se transformarem em células epitelióides ou a se dividirem em células de Langhans multinucleadas.

A fração protéica, chamada de tuberculoproteína, é importante pois ela induz à sensibilização do paciente, como também estimula a formação de células epitelióides e de Langhans. Os carboidratos, na forma de polissacarídeos, provocam uma reação neutrofílica local e um extravasamento de neutrófilos jovens da medula óssea.

A resistência do bacilo, o qual é álcool-ácido resistente à coloração, é o resultado da retenção de carbol fucsina (ou certos corantes de fluorocromo) após lavagem com ácidos, álcool ou ambos. A abreviatura BAAR refere-se aos bacilos álcool-ácido-resistentes e baseia-se nesta propriedade.

3.3 Histopatologia e Patogênese

O termo tuberculose é derivado da palavra tubérculo, que significa uma pequena massa ou nódulo.

O tubérculo é um foco mais ou menos bem delimitado de inflamação granulomatosa que consiste em linfócitos, células epitelióides, macrófagos e células gigantes. Os granulomas encontrados na tuberculose caracterizam-se por uma forma de necrose tecidual conhecida como caseificação, assim chamadas porque o caseum tem a consistência de queijo mole. Antes da fase de necrose a lesão pode curar-se completamente por resolução, mas uma vez ocorridas a necrose e caseificação, ela cicatriza-se por fibrose, encapsulamento, calcificação e formação de cicatriz. A ruptura da lesão ocorre quando o caseum amolece e se liquefaz e é expelido através do sistema brônquico. Esse processo resulta na formação de uma cavidade no pulmão.

A disseminação da doença pode ocorrer por extensão local, por via intrabrônquica, ou através da via linfo-hematogênica. No início da infecção primária, os microrganismos são transportados para os linfonodos regionais e podem disseminar-se amplamente por todo o corpo. Nas áreas apicais posteriores dos lobos superiores, os microrganismos semeados podem permanecer latentes em lesões inativas por muitos anos, para reativarem-se apenas durante um período de imunidade deprimida do hospedeiro. O processo de resolução e ruptura pode ocorrer sequencial e repetidamente, de modo que vários estágios da reação inflamatória são encontrados em diferentes áreas.

A lesão primária num indivíduo não sensibilizado consiste numa área de pneumonite inespecífica numa zona pulmonar média ou inferior no local de deposição dos núcleos de gotícula inalados. A resposta

inflamatória inicial é idêntica àquela vista em qualquer pneumonia bacteriana e consiste principalmente em fibrina, edema e leucócitos polimorfonucleares. A extensão dessa resposta exsudativa primária varia segundo o número, virulência dos bacilos inalados, resistência natural do hospedeiro e a eficácia da resposta imune. A mudança para um tipo granulomatoso de reação ocorre coincidentemente com o desenvolvimento de hipersensibilidade tardia, após duas ou três semanas. Os mecanismos de imunidade celular permitiriam que o hospedeiro confinasse a lesão e interrompesse a disseminação linfo-hematogênica. O amolecimento e a liquefação do foco caseoso acarretam mais problemas e propiciam um ambiente favorável à rápida multiplicação das micobactérias. Na lesão encapsulada que não amolece, os bacilos perdem lentamente sua viabilidade.

Segundo Wolinsky (1996) os estágios da história natural da tuberculose pulmonar não tratada, especialmente a que ocorre na infância, podem ser descritos da seguinte forma:

1 - Durante a fase primária e ao longo do desenvolvimento das lesões, geralmente não há sintomas. Mesmo no chamado estágio primário manifesto, os sintomas são leves ou ausentes, a despeito das lesões parenquimatosas e linfonodos hilares ou mediastinais aumentados. Pode ocorrer pleuritis com derrame. As complicações ameaçadoras à vida nesse estágio são meningite e doença miliar.

2 - A doença primária geralmente diminui de intensidade, deixando evidências de sua presença na forma de uma cicatriz pulmonar calcificada juntamente com calcificações nos linfonodos regionais.

3 - O terceiro estágio é de latência, durante o qual os bacilos permanecem dormentes, porém ainda viáveis no interior de lesões inativas. Esta situação pode prolongar-se pelo resto da vida do paciente.

4 - A reativação ocorre numa proporção relativamente pequena de indivíduos infectados. Este é o mecanismo pelo qual a tuberculose no adulto geralmente se desenvolve, seja no pulmão ou extrapulmonar.

5 - A reinfecção exógena eventualmente é documentada pela demonstração de bacilos com um tipo de fago ou padrão de sensibilidade às drogas diferentes daqueles da infecção primária ou ainda material gênico.

3.4 Fonte de Infecção e Transmissão

Entende-se por fonte de infecção “qualquer indivíduo capaz de transmitir o bacilo da tuberculose, ou seja, o bacilo de Koch (BK). Normalmente a fonte de infecção é o indivíduo, com forma pulmonar da doença, eliminando bacilos para o exterior. Pode-se assim, caracterizar as fontes de infecção, segundo o seu estado bacteriológico:

- Bacilíferos (B+): a baciloscopia do escarro é positiva. Nestes casos o doente elimina uma quantidade de bacilos superior a 5.000 por ml de escarro;

- Não bacilíferos (C+) e (C-): a baciloscopia do escarro é negativa. A cultura pode apresentar resultado positivo (C+) ou negativo (C-).

O estado bacteriológico de um doente tem influência na transmissão e no adoecimento dos comunicantes. Os doentes de tuberculose com baciloscopia positiva (B+) infectam um número maior de pessoas do que aqueles com apenas cultura positiva (C+) ou negativa (C-) (MELO; HIJJAR, 1997).

Quanto mais freqüente e prolongado for o contato com doentes bacilíferos, maior será a proporção de pessoas infectadas.

A infecção geralmente é transmitida de pessoa a pessoa pela inalação de núcleos de gotículas infectantes provenientes de secreções respiratórias.

Um doente de tuberculose pulmonar quando fala, espirra e principalmente tosse, lança no ar gotículas contaminadas de tamanhos variados. As gotículas mais pesadas se depositam e as mais leves permanecem em suspensão no ar, por serem pequenas ou por sofrerem evaporação. Somente os núcleos secos das gotículas com diâmetros de até 5 micra e com 1 a 2 bacilos em suspensão podem atingir os bronquíolos e os alvéolos e aí iniciar a multiplicação. As gotículas médias são retidas pela mucosa do trato respiratório superior e removidas dos brônquios através do mecanismo muco-ciliar. Os bacilos removidos são deglutidos, inativados pelo suco gástrico e eliminados nas fezes. Os bacilos que se depositam nas roupas, lençóis, copos e outros objetos dificilmente se dispersarão em aerossóis, não desempenhando importante papel na transmissão.

3.5 Diagnóstico

Atualmente os exames complementares mais utilizados na investigação diagnóstica de tuberculose são:

- **Exame baciloscópico:** permite a confirmação do diagnóstico. É o mais empregado em função de sua simplicidade, rapidez e baixo custo. A pesquisa de bacilos álcool-ácido-resistentes (BAAR) no escarro, após coloração pela técnica de Ziehl-Nielsen, é o exame mais difundido e de fácil acesso. Tem a vantagem de poder ser empregado em locais de poucos recursos. O resultado é expresso em cruzes, conforme a quantidade de bacilos encontrados no campo. Em relação às suas limitações, podemos

mencionar que, para a sua positividade é preciso que haja uma concentração mínima de 5.000 bacilos/ml. Em infiltrados iniciais a positividade dificilmente será alcançada. Este método não permite a identificação do germe, pois pode haver coloração de outras micobactérias, inclusive de algumas bactérias específicas. Tem como inconveniente precisar de grande quantidade de bacilos no material a ser examinado. Possibilita o diagnóstico de certeza e é útil também na avaliação da sensibilidade da micobactéria aos quimioterápicos empregados no tratamento. O método da microscopia de fluorescência é mais sensível e mais rápido comparado à técnica de Ziehl-Nielsen (KRITSKI;CONDE;SOUZA, 2000).

- **Exame radiológico:** método de diagnóstico complementar bastante utilizado. Nas formas extrapulmonares, o exame radiológico tem grande importância, pois facilita a coleta de exames em locais de difícil acesso. Com a freqüente associação da tuberculose à aids, a radiografia de tórax passa a ter um expressivo papel no diagnóstico diferencial de formas atípicas ou de outras pneumopatias.

- **Exame histopatológico:** meio de diagnóstico que pode ser empregado na investigação das formas extrapulmonares. Algumas lesões, que geralmente se apresentam como um granuloma, geralmente com necrose de caseificação e infiltrado histiocitário, também se apresentam desta forma em outras doenças, como por exemplo na sarcoidose.

- **Prova Tuberculínica:** indica o contato prévio de uma pessoa com o BK. Não distingue o indivíduo doente do infectado. Em áreas onde a vacinação BCG é feita rotineiramente, sua interpretação pode ser prejudicada. Seu valor é maior em pessoas não vacinadas com BCG ou naquelas vacinadas há muito tempo, pois a memória linfocitária perde-se em alguns anos.

-Cultura para micobactéria : é um mais método mais sensível e específico, capaz de detectar entre 10 a 100 bacilos/ml. O mais utilizado no Brasil é o meio de Löwestein-Jensen.

Existem alguns métodos de verificação indireta do crescimento em cultura do *Mycobacterium tuberculosis*, baseados na detecção da produção de CO₂ ou no consumo de O₂. Entre eles podemos citar o **BACTEC**, o qual detecta o crescimento da micobactéria em meio líquido seletivo (KRITSKI;CONDE;SOUZA, 2000).

Outros métodos diagnósticos vêm sendo utilizados, com o objetivo de se acelerar a confirmação etiológica e diminuição dos custos. Entre eles podemos citar a **reação em cadeia da polimerase (PCR)**, o qual amplifica e detecta o RNA ribossomal do *M. tuberculosis* ou ainda amplifica e detecta o DNA deste mesmo agente etiológico. A PCR, por detectar ácidos nucleicos, pode fazê-lo também, a partir de bacilos mortos, podendo ocorrer falso-positivos. Estudos ainda avaliam a real aplicabilidade da PCR e somente após análise destes, serão estabelecidos os reais valores preditivos, positivo ou negativo, destas técnicas e seu uso na rotina diagnóstica da tuberculose (KRITSKI;CONDE;SOUZA, 2000).

3.6 Tratamento

Antes do surgimento dos quimioterápicos, pouco se podia fazer em favor dos pacientes acometidos de tuberculose. Pretendia-se melhorar as suas condições de saúde, oferecendo-lhes repouso prolongado, bom clima e boa alimentação.

Até 1944 várias drogas foram testadas no tratamento da tuberculose, sem sucesso. Em 1944, Waksman, pela primeira vez,

empregou a estreptomicina no tratamento da tuberculose, mudando o curso da doença, assim, várias outras drogas foram se somando às já existentes. Em 1946 surgiu o ácido para-amino-salicílico; em 1952, a isoniazida e em 1957, a rifampicina.

Em 1959, a divulgação dos resultados alcançados com o tratamento ambulatorial demonstrou que a cura da tuberculose independia da condição sócio-econômica do paciente ou de sua internação, mas sim do uso correto das drogas antituberculose (BRASIL, 1994).

Sendo assim, o tratamento em sanatórios foi progressivamente abandonado e a cirurgia pulmonar passou a ter menos indicações, assim como as internações também foram reduzidas.

Sabemos hoje que tanto a quimioterapia como a colaboração do paciente são condições essenciais ao tratamento da tuberculose.

Ademais, não há só fatores que facilitam o tratamento desta doença. Devemos levar em conta que, com o decorrer do tempo, os microrganismos sofrem mutações, e quando temos em mãos um tratamento inadequado ou interrompido, ocorre uma seleção dos microorganismos os quais tornam-se resistentes.

Atualmente, dentre as drogas mais conhecidas e suas doses (mg/kg/dia), com ação efetiva sobre o bacilo de tuberculose e as que têm uso preferencial são:

Rifampicina (R):	10 mg/Kg/dia
Pirazinamida (Z):	35 mg/Kg/dia
Isoniazida (H):	10 mg/Kg/dia
Estreptomicina (S):	20 mg/Kg/dia
Etambutol (E):	25 mg/Kg/dia
Etionamida (Et):	12 mg/Kg/dia

O tratamento da tuberculose compõe-se de duas fases: a de ataque e a de manutenção. Na fase de ataque, busca-se reduzir rapidamente o número de bacilos em multiplicação pelo emprego associado da rifampicina, isoniazida e pirazinamida. As duas primeiras drogas mencionadas apresentam intenso poder bactericida e evitam a seleção de mutantes geneticamente resistentes. A pirazinamida tem a função de destruir a população bacteriana do interior do macrófago.

Reduzida a população bacteriana, o que ocorre até o segundo mês de tratamento, passa-se à fase de manutenção, cujo objetivo é destruir os germes que se encontram no material caseoso. As drogas capazes de atuar nesta população bacteriana extracelular, com baixo poder de multiplicação, são principalmente a rifampicina e a isoniazida. É válido lembrar que, enquanto não se dispunha de rifampicina, o tempo mínimo de tratamento era de 12 a 18 meses. Com o surgimento da mesma, que tem alto poder bactericida no caseum, foi possível reduzir o tempo de tratamento à metade, ou seja, de seis a nove meses.

Com a utilização da rimactazida, uma associação de rifampicina e isoniazida, pôde-se reduzir a quantidade de comprimidos prescritos ao paciente, durante o tratamento.

A associação medicamentosa adequada, doses corretas, uso por tempo suficiente, com supervisão da tomada dos medicamentos são os meios para evitar a persistência bacteriana e o desenvolvimento de resistência às drogas, assegurando assim a cura do paciente. O tratamento dos bacilíferos é a atividade prioritária de controle da tuberculose, uma vez que permite anular rapidamente as maiores fontes de infecção (BRASIL, 2002b).

Compete aos serviços de saúde proverem os meios necessários para garantir que todo indivíduo com diagnóstico de tuberculose possa ser adequadamente tratado.

De uma maneira geral, são estabelecidos esquemas de tratamento, segundo a situação do caso. Em casos novos de todas as formas de tuberculose pulmonar e extrapulmonar emprega-se o **Esquema Básico I (2RHZ/4RH)**; em casos de tuberculose meningoencefálica; emprega-se o **Esquema II (2RHZ/7RH)**; o Esquema Básico associado ao Etambutol (**Esquema IR – 2RHZE/4RHE**), emprega-se em casos de recidiva após cura ou retorno após abandono do esquema I; o **Esquema III (SZEet/9EEt)** - esquema para falência, é empregado em casos de falência do tratamento do esquema I e esquema IR (esquema I reforçado) (BRASIL, 2002b).

Nos esquemas, as letras se referem à abreviação dos medicamentos e os números, que os antecedem, dizem respeito ao número de meses da fase do tratamento (BRASIL, 2002b).

A etapa inicial intensiva tem importância decisiva para o resultado do tratamento, especialmente nos doentes com grande população bacteriana, já que sua rápida redução, nesta fase, diminui consideravelmente a probabilidade de seleção de bacilos resistentes. Daí a grande utilidade da associação de drogas, tanto na fase de ataque, quanto na fase de manutenção, diminuindo assim o número de doses e o tempo de tratamento.

A problemática da multiresistência leva a uma busca constante de novas opções terapêuticas, que visam principalmente à redução dos efeitos adversos e maior eficácia de tratamento.

Após a exposição às drogas, o bacilo entra em período variável de inatividade metabólica que varia de acordo com a droga

empregada, sua concentração e com o tempo a que eles estiveram expostos. Sendo assim devido a esta característica do bacilo, pode-se implementar um tratamento com quimioterapia intermitente.

A interrupção precoce do tratamento possibilita a multiplicação dos germes que se encontravam em estado de latência, provocando a recidiva da tuberculose.

Os efeitos das medicações tuberculostáticas merecem estudos específicos, no sentido de se avaliar influências de ordem sexual, visto que alguns pacientes verbalizam certa euforia, após o uso da isoniazida (BERTAZONE, 1998).

1. INTRODUÇÃO

A Assistência de Enfermagem prestada aos portadores de tuberculose pulmonar, na maioria das vezes é prejudicada pela dificuldade do profissional de enfermagem em lidar com limitações, seja pelo fato de ter medo de adquirir a doença ou por não saber lidar com a mesma por ter preconceito.

A tuberculose pulmonar é uma doença fortemente associada a preconceitos e estigmas, pois de acordo com MORAN (1985), “herdamos uma grande riqueza de noções, aquisições e mitos sobre a tuberculose... e esta herança tem afetado as pesquisas” (p.111).

Mas será que estas heranças afetam somente as pesquisas ?

Tais heranças, como estigmas e preconceitos poderiam afetar o cuidar de um indivíduo portador de tuberculose pulmonar. Cuidar este que se refere à qualidade da assistência de enfermagem prestada, pelos profissionais de enfermagem, a pacientes com a referida patologia.

A tuberculose pulmonar, por ter ressurgido, chama-nos a atenção novamente pois, ressurgiu principalmente às custas da epidemia da aids, conseguindo assim um poderoso aliado, o HIV, apresentando um aumento em sua incidência (BOLETIM DE PNEUMOLOGIA SANITÁRIA, 1996).

No Brasil, desde a década de 80, vem sendo notificados de 80 a 90.000 casos novos de tuberculose pulmonar, além de aproximadamente 10% a mais de casos de retratamento (HIJJAR, 1997).

Na cidade de Ribeirão Preto, observa-se que os casos de tuberculose pulmonar também vem aumentando, pois o número de pacientes atendidos em unidades básicas de saúde e de pacientes em retratamento teve uma considerável elevação.

Muitas doenças infecciosas tem sido persistentes e demonstram uma grande habilidade em ressurgir mesmo depois de um longo período de estabilidade (WILSON, 1995).

Dentre tais doenças temos a tuberculose pulmonar, que apresenta-se novamente à sociedade, obrigando o enfermeiro que lida com a mesma a aprimorar-se para melhor enfrentá-la: seja adquirindo conhecimentos específicos ou preparando-se emocional e/ou espiritualmente para lidar com a doença e enfrentar situações onde ela esteja presente, com segurança.

À medida que o profissional de enfermagem enfrenta estas situações, percebe que há dificuldades que surgem com o dia a dia, as quais muitas vezes não se tornam claras para o mesmo, a não ser que ele seja questionado a respeito e/ou incentivado a refletir sobre o assunto.

Torna-se importante saber se o profissional é capaz de se lembrar de situações vivenciadas, onde ele próprio possa identificar

componentes que influenciem a qualidade da assistência de enfermagem, prejudicando-a ou aprimorando-a.

Refletindo sobre o assunto, o profissional de saúde será capaz de lembrar-se de situações, identificando assim pontos positivos e negativos e reações experienciadas na assistência de enfermagem aos portadores de tuberculose pulmonar.

Os enfermeiros e auxiliares de enfermagem poderão demonstrar ou apresentar uma grande variedade de comportamentos frente a diferentes situações assistenciais que podem desencadear reações positivas e/ou negativas.

Tais reações podem ser das mais diversas, onde as mesmas poderão ser influenciadas por diversos fatores.

Fatores estes que estão relacionados ao conhecimento que o profissional tem sobre a doença, como por exemplo, sua forma de transmissão e prevenção; se ele demonstra ou não ter preconceito ou até mesmo medo ao atender o paciente; se tem consciência ou não da possibilidade da transmissão da mesma, podendo adquiri-la, tornando-se um doente; se tem preparo ou equilíbrio emocional para lidar com um paciente isolado pelo acometimento da doença.

O profissional de enfermagem ao lidar com tais pacientes vivencia a situação e a interpreta a partir de suas vivências e experiências. Cada indivíduo assim, reagirá de diferentes maneiras e terá atitudes e tomará decisões à sua maneira.

Desta forma poderá interpretar situações como sendo negativas ou positivas, gerando comportamentos individualizados para um mesmo tipo de situação.

Comportamentos humanos frente a determinadas situações podem ser observados e destas observações, podemos extrair tais reações mencionadas.

O que notamos é que a assistência de enfermagem prestada aos portadores de tuberculose pulmonar pode sofrer variações com as diferentes atitudes destes profissionais frente a determinadas situações.

A partir destes comportamentos gerados e possíveis reações apresentadas durante o desenvolvimento de atividades assistenciais ao portador de tuberculose pulmonar, poderemos identificar aspectos positivos e/ou negativos que devem ser levados em consideração.

A partir destes aspectos poderemos detectar adequações da assistência de enfermagem, bem como falhas que indicam a necessidade de ações interventivas efetivas que visem a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem prestada.

Identificando estes fatores e ações, teremos a oportunidade de avaliar a qualidade da assistência de enfermagem prestada aos portadores de tuberculose pulmonar.

4. REFERENCIAL METODOLÓGICO

4.1 A TÉCNICA DO INCIDENTE CRÍTICO

A técnica do incidente crítico (TIC) permite observar e até mesmo obter relatos de situações e/ou experiências vivenciadas por um indivíduo. A partir dos relatos podemos caracterizar situações, comportamentos e conseqüências vivenciados, a serem identificados, com referências positivas ou negativas, levando-se em consideração o julgamento do próprio entrevistado. É possível que o relato de um mesmo fato ou situação, receba referência positiva por um narrador e referência negativa por outro.

Adotamos neste caso, a mesma definição registrada por Nogueira (1988), que considera como **situação**, o fato ou circunstância que levou o sujeito do relato a manifestar determinado comportamento; **comportamento** como sendo a conduta apresentada frente à circunstância e **conseqüência**, o resultado do comportamento do sujeito devido à circunstância.

A aplicação da técnica dos incidentes críticos foi proposta pela primeira vez por Flanagan, em 1941, ocasião em que foi utilizada para estudos do Programa de Psicologia da Aviação dos Estados Unidos (FLANAGAN, 1973).

Trata-se de um procedimento que, essencialmente, permite obter fatos importantes relacionados ao comportamento do indivíduo, em situações definidas (FLANAGAN, 1954).

Segundo este mesmo autor, por incidente entendemos,

qualquer atividade humana observável que seja completa em si mesma para permitir inferências e previsões a respeito da pessoa

que executa o ato. Para ser crítico, um incidente deve ocorrer em uma situação onde o propósito ou intenção do ato pareça claro ao observador e onde suas consequências sejam suficientemente definidas para deixar poucas dúvidas no que se refere aos seus efeitos (FLANAGAN, 1973, p.100).

Com base nesta definição, Dela Coleta (1974) define o incidente como uma ruptura no funcionamento normal de um sistema.

É importante que façamos distinção entre acidente e incidente. Quanto à acidente, Faverge (1970, p.54) assim se refere:

Os perigos aumentam fortemente nas situações ditas de recuperação, onde os homens abandonam sua atividade normal para reparar, recolocar em bom estado após o incidente perturbador. No relato de suas pesquisas deixa claro que o acidente é sempre precedido de um incidente, ou seja, o acidente seria um incidente onde o homem é atingido.

Como exemplo, temos a situação na qual o operador acelera a velocidade de uma máquina de projeção. A quebra do filme durante a projeção é um incidente, mas se neste incidente o operador for atingido, ocorre também o acidente (DELA COLETA, 1974).

Há muito, o comportamento das pessoas tem sido observado, e prova disso são os trabalhos de escritores do passado, que os indicam como observadores de seus semelhantes. Esse tipo de observação de indivíduos pode ser encontrada em estudos de Sir Francis Galton, há aproximadamente 70 anos, e em estudos posteriores, abordando a amostragem do tempo de atividades recreativas e testes de observação controlada (FLANAGAN, 1954).

Por ocasião da II Grande Guerra, a técnica do incidente crítico pôde ser considerada como resultado de estudos do Programa de Psicologia da Aviação da Força Aérea dos Estados Unidos. Tal programa foi

estabelecido no verão de 1941, com a finalidade de desenvolver procedimentos para a seleção e classificação de tripulações (FLANAGAN, 1954).

Porém, foi no final da II Grande Guerra, em conexão com os dois primeiros estudos, que se desenvolveu mais formalmente a técnica do incidente crítico, quando recebeu o seu atual nome (FLANAGAN, 1954).

Essa técnica consiste em

um conjunto de procedimentos para a coleta de observações diretas do comportamento humano, de modo a facilitar sua utilização potencial na solução de problemas práticos e no desenvolvimento de amplos princípios psicológicos, delineando também procedimentos para a coleta de incidentes observados que apresentem significação especial e para o encontro de critérios sistematicamente definidos (FLANAGAN, 1954, p.336).

O uso desta técnica possibilitou a seleção e elaboração de métodos, que permitia aos pilotos relatar suas razões para a eliminação de cada piloto em particular, a partir de relatos de observações específicas de comportamentos particulares, após coletarem nos relatórios das missões de grupo, as razões dos fracassos nas missões. Para tanto, os veteranos deveriam relatar os incidentes observados por eles, referentes ao comportamento adequado ou inadequado na execução de determinada missão.

O mesmo autor verificou a eficiência da coleta de dados de incidentes críticos, através das informações dos indivíduos, que observaram erros de chefes, supervisores e subordinados.

No Brasil, a técnica do incidente crítico foi aplicada pela primeira vez por Dela Coleta, em 1970, ao pesquisar auxiliares de eletricitas de uma empresa de energia elétrica, tendo estabelecido critérios para a seleção e avaliação dos trabalhadores (DELA COLETA, 1972).

Esta técnica foi aplicada novamente pelo mesmo autor, nos anos de 1972 e 1973, ao estudar os operadores de usina hidrelétrica e de uma subestação, determinando as exigências críticas para esta função (DELA COLETA, 1974).

Para Dela Coleta (1974), a TIC deve seguir os seguintes passos:

1. Determinação dos objetivos da atividade a ser desenvolvida.
2. Elaboração das perguntas a serem aplicadas às pessoas que fornecerão os incidentes críticos a partir dos relatos.
3. Delimitação da população e amostra.
4. Coleta dos incidentes críticos.
5. Análise do conteúdo dos incidentes coletados, destacando-se os comportamentos evidenciados.
6. Agrupamento e categorização dos comportamentos críticos.
7. Levantamento das frequências dos comportamentos críticos positivos e negativos.

Tal técnica é caracterizada como muito flexível e seus princípios fundamentais têm muitas aplicações. Contém dois princípios básicos, quais sejam:

a) o relato dos dados relacionados ao comportamento é preferível à coleta de interpretações, avaliações e opiniões baseadas em impressões gerais.

b) os relatos devem ser limitados àqueles comportamentos que, de acordo com os observadores, contribuem significativamente para uma atividade (FLANAGAN, 1973).

Polit e Hungler (1991) consideram a técnica do incidente crítico um método de coleta de informações sobre o comportamento humano, cujo enfoque é o incidente factual, ou seja, um episódio passível de observação e completo, do comportamento humano. Mencionam, ainda, que esta técnica apresenta vantagens por ser flexível, fornecer informações úteis sobre o que se estuda e também por se basear mais no comportamento que em atitudes e planos e por facilitar a coleta de dados por meio de entrevistas individuais. Citam como desvantagem, a dependência da qualidade dos dados às habilidades de comunicação do pesquisador ou entrevistador.

Segundo as mesmas autoras, várias pesquisas em enfermagem têm utilizado a TIC, pois a técnica parece ser útil na obtenção de comportamentos de profissionais da equipe de enfermagem.

Os incidentes críticos representam somente a matéria-prima, não fornecendo soluções relevantes para os problemas.

A técnica do incidente crítico, “ao invés de coletar opiniões, “palpites” e estimativas, obtém o registro de comportamentos específicos para fazer as observações e avaliações necessárias” (FLANAGAN, 1973, p.112).

Entendemos, então, por **incidentes críticos** as situações observadas e relatadas pelos sujeitos entrevistados, podendo estes ser positivos ou negativos, em função de suas conseqüências, com relação aos objetivos.

Os **comportamentos críticos** são aqueles emitidos pelos sujeitos envolvidos nos incidentes relatados, os quais podem ser negativos

ou positivos, dependendo das conseqüências relacionadas aos objetivos do cargo. Quanto às **exigências críticas**, entende-se que estas são o conjunto de comportamentos positivos ou negativos de uma categoria. Neste caso, não se pode falar em exigências críticas positivas ou negativas, mas sim em exigências críticas que compreendem comportamentos críticos positivos e/ou negativos (DELA COLETA, 1974).

Tais exigências incluem as que demonstram a diferença entre o fracasso e o sucesso na execução de uma parte importante do trabalho, procedendo-se assim à análise sistemática das causas referentes às boas e más atuações.

A técnica do incidente crítico, por ser flexível, vem sendo amplamente utilizada. A mesma pode ser adaptada para que possamos encontrar as exigências necessárias para a investigação da prática de enfermagem e uma conseqüente avaliação da qualidade da assistência de enfermagem prestada a determinados tipos de pacientes.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 O MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE DE ROSENSTOCK

O modelo de crenças em saúde (Health Belief Model) foi desenvolvido no início dos anos 50, por um grupo de psicólogos sociais do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos, com o intuito de se explicar porque as pessoas não se previnem corretamente contra certas doenças , tais como a tuberculose ou a poliomielite.

Foi originalmente elaborado por Hochbaum, Leventhal, Kegeles e Rosenstock e publicado por Rosenstock em 1966.

Na tentativa de se explicar a ação preventiva, o modelo foi posteriormente estendido à análise de comportamentos conseqüentes à presença de sintomas, à manutenção da saúde, o que inclui a busca do diagnóstico e o atendimento adequado de acordo com as recomendações médicas (ROSENSTOCK,1990).

Em uma de suas revisões ROSENSTOCK (1974b), cita as definições de Kasl e Cobb (1966) no que concerne aos diferentes comportamentos de saúde .

Desta forma, **comportamento de saúde** (health behavior) é “qualquer atividade empreendida por uma pessoa que acredita estar saudável, com o propósito de prevenir doenças ou de detectá-las em um estágio assintomático”.

O **comportamento frente ao sintoma** (illness behavior) é definido como “qualquer atividade empreendida por uma pessoa que se

sente doente, com o propósito de definir seu estágio de saúde e de descobrir o remédio adequado”.

Já o **comportamento na doença** (sick-role behavior) é “a atividade empreendida por aqueles que se consideram doentes, com o propósito de curar-se”.(p.356).

Tais comportamentos não são mutuamente exclusivos, nem descontínuos mas as distinções são importantes quando se consideram as diferentes percepções e cognições que acompanham cada uma das situações.

Os comportamentos na saúde, na doença e diante do sintoma são compreendidos de uma forma geral como comportamentos de saúde, sempre que forem executados com o fim de manter ou recuperar a saúde, seja ela do paciente ou do próprio indivíduo.

Tais considerações são baseadas no Modelo de Crenças em Saúde de ROSENSTOCK (1974) e segundo este modelo para que uma pessoa emita comportamentos preventivos ela deve ter as crenças de que ela é susceptível à doença, de que a ocorrência da doença tem moderada severidade e que interfere em algum componente de sua vida, e ainda de que se ela decidir praticar uma ação particular, a mesma será benéfica, acreditando em alguma esperança ou cura.

Ainda podem haver variáveis que afetam a percepção do indivíduo e influenciam indiretamente a ação final, com por exemplo os fatores biográficos, psicossociais e estruturais.

O modelo de crenças em saúde proposto por ROSENSTOCK (1974 a) é composto basicamente de quatro dimensões:

- 1. Susceptibilidade percebida:**

Refere-se à percepção subjetiva do risco de contrair uma doença.

- 2. Severidade percebida:**

A severidade da doença pode ser avaliada tanto pelo grau de perturbação emocional quanto pelas conseqüências que ela pode acarretar.

3. Benefícios percebidos:

Refere-se à crença na efetividade da ação e à percepção de suas conseqüências positivas.

4. Barreiras percebidas:

Refere-se aos aspectos negativos (barreiras) relacionados à ação, tais como impedimentos, desconfortos, gastos financeiros entre outros.

ROSENSTOCK (1966) coloca que o mundo do percebedor é que determina o que ele fará mas, que o ambiente físico tem um papel muito significativo. A pessoa só executará ações frente à doença se ela acreditar que é susceptível a contrair uma infecção e a mudança de comportamento acontecerá se ela conhecer as causas envolvidas. Ainda enfatiza que uma pessoa somente terá motivação para tomar decisões preventivas em ações de saúde, quando ela realmente acreditar na susceptibilidade a uma doença, como também nas sérias conseqüências que poderão decorrer de uma determinada ocorrência e que a ação realizada reduzirá a ameaça.

No modelo proposto, a execução ou realização de uma ação em saúde é estimulada pela susceptibilidade, severidade ou gravidade da doença percebida pelo indivíduo, enquanto que a percepção do benefício contribui para a evolução da doença já diagnosticada.

A escolha do Modelo de Crenças em Saúde como suporte teórico, parece ser apropriada neste momento pois, o mesmo permite-nos descrever um comportamento de saúde.

Assim, diante dos relatos obtidos, extrairemos os comportamentos apresentados e os analisaremos à luz do mesmo.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVOS GERAIS

- Identificar e analisar os incidentes críticos positivos e negativos na assistência de enfermagem, prestada aos portadores de tuberculose pulmonar, relatados por enfermeiros e auxiliares de enfermagem, de um hospital geral de grande porte do município de Ribeirão Preto.
- Identificar as crenças que emergirem nos comportamentos relatados pelos enfermeiros e auxiliares de enfermagem e analisá-los à luz do modelo de crenças em saúde de Rosenstock.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar e analisar as situações positivas e negativas relatadas pelos enfermeiros e auxiliares de enfermagem, relacionadas à assistência de enfermagem prestada aos portadores de tuberculose pulmonar.
- Identificar e analisar os comportamentos positivos e negativos apresentados pelos enfermeiros e auxiliares de enfermagem, relacionados à assistência de enfermagem prestada aos portadores de tuberculose pulmonar.
- Identificar e analisar as consequências/resultados advindas dos comportamentos apresentados pelos enfermeiros e auxiliares de

enfermagem relacionados à assistência de enfermagem aos portadores de tuberculose pulmonar.

6. METODOLOGIA

Procuramos definir o local de coleta de dados onde houvesse riqueza de oportunidades vivenciadas por profissionais de enfermagem prestando assistência a portadores de tuberculose pulmonar. Optamos por unidades de internação especializadas, que ofereçam grandes oportunidades de situações onde através das quais possam surgir os incidentes críticos a serem observados ou analisados em cada situação descrita.

6.1 Local de Estudo

Os dados serão coletados em unidades de internação de um hospital geral de grande porte, no município de Ribeirão Preto, onde são atendidos/internados portadores de tuberculose pulmonar.

Os locais selecionados são as unidades de isolamento do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP ou seja, as unidades de Moléstias Infecto-Contagiosas, localizada no 6º andar e a UETDI (Unidade Especializada de Tratamento de Doenças Infecciosas), ambas localizadas no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP.

O quadro de servidores da primeira unidade constitui-se de 27 profissionais de saúde, dentre eles 01 Enfermeiro Chefe, 03 Enfermeiros, 20 Auxiliares de Enfermagem, 01 Técnico de Enfermagem e 02 Atendentes

de Enfermagem. Dentre os servidores da segunda unidade, a mesma dispõe de 11 enfermeiros e 30 auxiliares de enfermagem.

6.2 Sujeitos

6.2.1 População

A população do presente estudo será constituída de enfermeiros e auxiliares de enfermagem das unidades de internação em questão.

Estes profissionais de enfermagem serão selecionados por exercerem suas atividades diretamente relacionadas à assistência de enfermagem prestada aos portadores de tuberculose pulmonar nas unidades de internação.

6.2.2 Amostra

Desta amostra farão parte os enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem das referidas unidades de internação, que estejam intimamente envolvidos com a assistência de enfermagem a portadores de tuberculose pulmonar.

Selecionamos tais sujeitos baseados no nível de formação dos referidos profissionais e certos de que têm melhor preparo para lidar com o paciente e facilidade para relatar os fatos ocorridos com clareza.

Como outros critérios de inclusão, adotamos que seria obrigatório o contato do profissional de enfermagem, ou seja, o contato do enfermeiro ou auxiliar de enfermagem com o portador de tuberculose pulmonar durante o desenvolvimento de atividades assistenciais com tais

pacientes, assegurando-se que o profissional de enfermagem tenha conhecimento e preparo adequados para lidar com o paciente.

Selecionamos principalmente os enfermeiros e auxiliares de enfermagem por serem o maior número de profissionais nas referidas unidades e que mantêm maior tempo de contato com o paciente.

Como critérios de exclusão, optamos por não entrevistar os técnicos de enfermagem das referidas unidades por serem pequena parcela entre os profissionais de enfermagem, ou seja, em média um ou dois por unidade. Os atendentes de enfermagem foram excluídos por serem minoria e também pelo fato de não apresentarem conhecimento técnico/científico adequado.

Como outro critério de exclusão adotamos que os profissionais de enfermagem que se encontrarem em férias, licença saúde ou licença gestante durante o período da coleta de dados, não farão parte da amostra.

6.3 Aspectos ético-legais

O projeto de pesquisa foi submetido à análise da Comissão de Ética em Pesquisa e da Divisão de Enfermagem do hospital em estudo.

Foram encaminhadas Cartas-ofício a tais comissões, solicitando-se permissão para se proceder às entrevistas.

Após aceite da Divisão de Enfermagem e análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP, procedeu-se às entrevistas referentes ao projeto piloto (anexos A e B, respectivamente).

Os sujeitos somente serão entrevistados após a leitura, aquiescência e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (anexo C), o qual lhes esclarecerá sobre os objetivos da pesquisa tendo a liberdade de participar ou não.

Ficará claro que lhes será garantido o direito à privacidade e ao anonimato, dando-lhes a certeza de que não serão identificados em momento algum.

6.4 Procedimentos e técnica de coleta de dados

Os dados serão coletados através de entrevistas individuais orientadas por um formulário previamente elaborado.(anexo D)

Normalmente a coleta de incidentes críticos faz-se através de entrevistas orientadas por um formulário (ESTRELA & ESTRELA, 1994). Portanto através deste método decidimos coletar os dados.

POLIT & HUNGLER (1983) colocam em discussão os procedimentos para a coleta de dados para a pesquisa em enfermagem, fazendo referência à técnica dos incidentes críticos. Afirmam ser a técnica de grande utilidade para a enfermagem quando se faz necessário analisar comportamentos relativos à prática de enfermagem. Sendo assim, a escolha da técnica do incidente crítico parece ser adequada aos objetivos da pesquisa.

Procederemos também à gravação das entrevistas, para posterior transcrição dos dados e verificação da fidedignidade dos mesmos, evitando-se a perda de informações importantes durante a entrevista.

Os enfermeiros e auxiliares de enfermagem serão abordados e orientados previamente quanto ao ato de responder as questões, onde serão estimulados a lembrar-se de situações vivenciadas, descrevendo-as.

Serão orientados pelas questões do formulário (anexo D), com base nos objetivos propostos.

As entrevistas serão realizadas pela própria pesquisadora, em entrevistas individuais e em local reservado, evitando-se interrupções nos horários de trabalho.

A validação do conteúdo do instrumento de coleta de dados foi realizada procedendo-se à entrevista com 7 profissionais de enfermagem, dentre eles 2 enfermeiros e 5 auxiliares de enfermagem. A mesma foi realizada na Unidade de internação de moléstias infecto-contagiosas, no 6º andar, ala A e no Departamento de Clínica Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão - USP.

6.5 Análise dos dados obtidos

Ao término da coleta de dados procederemos à transcrição e posterior leitura exaustiva dos relatos.

O propósito da análise dos dados é resumí-los e descrevê-los eficientemente, para que ela possa ser usada para muitos objetivos práticos (FLANAGAN, 1954).

Os relatos serão analisados a fim de se identificar os incidentes críticos que vão de encontro aos objetivos de nossa pesquisa.

Tendo em mãos os relatos, procederemos à análise dos mesmos, baseadas nas colocações de DELA COLETA (1974), buscando isolar os comportamentos críticos emitidos pelos profissionais de saúde, procedendo-se à criação de grandes categorias temáticas e subcategorias. Tais comportamentos fornecerão as exigências críticas (que compreendem comportamentos críticos positivos e/ou negativos) a respeito de cada função exercida, aqui no caso os enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

A categorização será realizada com base na essência ou tema das situações relatadas, tendo em vista o comportamento identificado.

Pretendemos ainda, após a categorização dos dados, identificar as crenças emergentes dos comportamentos apresentados e analisá-los à luz do Modelo de Crenças em Saúde de ROSENSTOCK (1974).

A coleta de dados se encerrará no momento em que houver a saturação dos mesmos, segundo ESTRELA & ESTRELA (1994).

Em contrapartida, DELA COLETA (1974) afirma que os incidentes críticos devem ser coletados pensando-se na qualidade destes incidentes, ou seja, a quantidade de informações relevantes que trazem consigo.

Sendo a técnica de incidentes críticos um conjunto de procedimentos utilizados para a observação de comportamentos humanos, optamos pela mesma para que se possa analisar a assistência de enfermagem prestada por estes profissionais de saúde aos portadores de tuberculose pulmonar.

O Modelo de Crenças em Saúde de ROSENSTOCK (1974) vem contribuir para a análise das crenças que emergirem espontaneamente dos comportamentos apresentados pelos profissionais em questão.

6.6 Resultados preliminares

Diante das entrevistas realizadas no projeto piloto, obtivemos alguns incidentes críticos completos nos relatos e que nos mostraram que o instrumento de coleta de dados está adequado à coleta dos mesmos.

Houveram entrevistas que não se caracterizam em relatos propriamente ditos e sim em opiniões expressadas pelos profissionais de saúde e por isto, não foram identificados como incidentes.

Foram entrevistados 7 (sete) profissionais de enfermagem, dentre eles 2 (dois) enfermeiros e 5 (cinco) auxiliares de enfermagem, dos

quais 1 (um) auxiliar de enfermagem não faz parte do quadro de funcionários da clínica de moléstias infecto-contagiosas do local em estudo, mas que sabidamente tem experiências vivenciadas no que concerne à assistência de enfermagem a portadores de tuberculose pulmonar.

No que se refere aos incidentes considerados positivos, obtivemos 06 (seis) incidentes e relacionados a estes, 19 (dezenove) comportamentos e 17 (dezessete) conseqüências.

Dentre os incidentes negativos, obtivemos um total de 09 (nove) incidentes e relacionados a estes 19 (dezenove) comportamentos e 21 (vinte e uma) conseqüências.

Dos incidentes obtidos pudemos identificar algumas categorias.

Entre tais categorias, que se referem aos incidentes críticos positivos destacamos as seguintes categorias temáticas:

- Perda do preconceito e diferenças
- Aumento da segurança (para lidar com o paciente)
- Isolamento do paciente
- Educação do funcionário e do paciente
- Proteção individual e do próprio paciente
- Aprendizado sobre a doença
- Gostar do que se faz

Dentre as categorias obtidas nos incidentes críticos negativos, pudemos identificar as seguintes:

- Prevenção (estimulada pelo adoecimento de um funcionário)

- Uso de máscara adequada (N 95)
- Falta de apoio médico
- Isolamento do paciente
- Falta de postura da equipe médica
- Convivência do funcionário com familiares doentes de tuberculose
- Diagnóstico da tuberculose interrogado
- Preocupação com o tratamento do pacientes após a sua alta (descontinuidade do tratamento)
- Supervisão da administração da medicação
- Medo da chefia
- Indiferença dos médicos com os pacientes (“mistura” de diagnósticos na mesma enfermaria: celulite e tuberculose)
- Equipe cobra mais da enfermeira as condições de trabalho
- Mudanças provocadas (maior compromisso com a saúde do trabalhador)

Observamos que surgiram categorias das mais diversas, as quais se referem de um modo geral, à equipe de enfermagem, suas condições de trabalho, compromisso com a saúde do próprio trabalhador e preocupações freqüentes como o uso de precauções adequadas e também preocupação com o paciente e sua família, expectativas e diversos fatores que provocam diferentes comportamento nos profissionais de saúde muito intimamente relacionados às suas crenças e seus conhecimentos.

O que observamos é que é preciso um pouco mais de habilidade da entrevistadora para conduzir as entrevistas e direcioná-las no sentido de que estimule o entrevistado a literalmente relatar o fato ou situação ocorrido.

Vale a pena ressaltar que o registro escrito no momento da entrevista é de grande valor pois, oferece ao pesquisador a oportunidade para, naquele momento, validar o conteúdo do relato obtido com o profissional de saúde.

7. ANEXOS

ANEXO C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a)

Estamos realizando uma pesquisa sobre a assistência de enfermagem prestada aos portadores de tuberculose pulmonar em unidades de internação de moléstias infecto-contagiosas. Os dados obtidos serão utilizados na elaboração da tese de Doutorado a ser apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

O objetivo deste trabalho é identificar e analisar os aspectos positivos e negativos relacionados à assistência de enfermagem prestada aos portadores de tuberculose pulmonar, pelos enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

Solicitamos a sua colaboração para participar de uma entrevista, a qual será realizada por mim e ao decorrer da entrevista registrarei as respostas emitidas e gravarei a entrevista ao mesmo tempo. A gravação será feita com o objetivo de se transcrever, ou seja, as gravações serão ouvidas posteriormente pela pesquisadora e os dados anotados serão confirmados/confrontados com os dados anotados, para se evitar a perda de informações.

A entrevista somente será realizada após a sua permissão e assinatura do termo de consentimento.

O ato de participar da pesquisa é um ato voluntário e não incorrerá em nenhum ônus financeiro da sua parte e que, enquanto sujeito da pesquisa responderá às perguntas que forem feitas, tendo a garantia de esclarecimento de dúvidas, a segurança de que não será identificado e que será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à sua privacidade.

De acordo com a resolução 196, de 10 de Outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, solicito sua assinatura, o que representará o seu aceite.

Enfª. Érika do Carmo Bertazone
Aluna de Pós-graduação - EERP/USP.

Nome/assinatura: _____ RG: _____

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2002.

ANEXO D

FORMULÁRIO PARA OBTENÇÃO DE INCIDENTES CRÍTICOS

Unidade: _____ Data: _____

Função: _____ Tempo de serviço na unidade _____

Duração da entrevista: _____

Questão norteadora:

- Gostaria que você tentasse se lembrar de algumas situações **importantes ou marcantes** que você vivenciou em relação à assistência de enfermagem prestada aos portadores de tuberculose pulmonar.

1 – Conte-me um **fato positivo, muito bom**, que ocorreu durante a assistência de enfermagem prestada a um portador de tuberculose pulmonar.

a) Relate-me exatamente qual era a situação, o que foi feito e o que resultou.

2 - Conte-me um **fato negativo, muito ruim**, que ocorreu durante a assistência de enfermagem prestada a um portador de tuberculose pulmonar.

a) Relate-me exatamente qual era a situação, o que foi feito e o que resultou.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

ANDERSON, W. A. D.; KISSANE, J. M. Patologia. Tradução dos professores do Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Guanabara - Koogan,. 7 ed., Rio de Janeiro, 1982, 1796 p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). Informação e documentação: referências, elaboração. NBR 6023/2000. Rio de Janeiro: ABNT, 2000

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. DST/AIDS. São Paulo. Ano XIV, n. 2. Mai. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. Controle da tuberculose. 4 ed. Brasília, 1994.

CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA PROFESSOR ALEXANDRE VRANJAC. Divisão de Tuberculose e outras pneumopatias. Rio de Janeiro, Nov. 1996. (Relatório 1995).

DELA COLETA, J. A . A Técnica dos incidentes críticos: aplicação e resultados. Arq. Bras. Psicol. Aplicada, v.26, n.2, p.35-58, 1974.

_____ A Análise do trabalho e a determinação de critérios em psicologia aplicada. Arq. Bras. Psicol. Aplicada, v.24, n.3, p.71-82, 1972.

* Apresentadas de acordo com ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). Informação e documentação: referências, elaboração. Rio de Janeiro: ABNT, 2000.

ESTRELA, M.T. & ESTRELA, A . A Técnica dos incidentes críticos no ensino. 2^a. ed., Lisboa, Estampa, 1994.

FLANAGAN, J.C. The critical incident technique . Psychological Bulletin., v.51, n. 4, p. 327-357, 1954.

FLANAGAN, J.C. A técnica do incidente crítico. Arq. Bras. Psicol. Aplic., v.25, n. 2, p. 99-141, 1973.

HIJJAR, M. A. Bol. Pneum. Sanit., v.5, n.1, Jan/Jun. 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim Epidemiológico, n. 9, 1995. In: KRITSKI,A.L., CONDE,M.B., GILVAN,R.M.S. Tuberculose – do ambulatório à enfermaria. 2 ed., São Paulo, Atheneu, 2000, 303 p.

MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE) Plano Nacional de Controle da Tuberculose/ Plano Emergencial. Disponível em: <http://www.saúde.gov.br/programas/Tuberculose>. Acesso em: Dezembro/2001.

MORAN, M.G. Psychiatric aspects of tuberculosis. Advanced Psychosom. Med. Journal Article, p.109-18,1985./ Resumo /.

POLIT D.F. & HUNGLER B.B. Nursing research – principles and methods. Philadelphia, J. B. Lippincot, 1983.

POLIT D.F. & HUNGLER B.B. Nursing research – principles and methods. Philadelphia, J. B. Lippincot, 1983.

ROSENSTOCK, I.M. Why people use health services. Milbank Mem. Fund Q.,v.74, n.3, supl., p. 94-127,1966.

ROSENSTOCK, I.M. Historical origins of the health belief model. Health Educ. Monographs, v.2, n.4, p. 328-335, 1974a.

ROSENSTOCK, I.M. The health belief model and preventive health behavior. Health Educ. Monographs, v.2, n.4, p. 354-387, 1974b.

ROSENSTOCK, I.M. The health belief model: explaining health behavior through expectancies. In: Health behavior and health education: theory, research and practice. San Francisco, Oxford, Jossey-Bass publishers, 1990, cap. 3, p. 39-62.

WILSON, M.E. Travel and the emergence of the infectious diseases. Emerging Inf. Dis., v. 1, n. 2, p.39-46, 1995.

WINGAARDEN, J.B.; SMITH, L.H. Tratado de medicina interna, 19^a ed.; Ed. Guanabara; v.2; Rio de Janeiro, 1996, p.1770-1779.

**INCIDENTES CRÍTICOS E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A
PORTADORES DE TUBERCULOSE PULMONAR**

Érika do Carmo Bertazone

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

PERÍODO	ATIVIDADE REALIZADA
Agosto/ 99 a Dezembro/ 99	<ul style="list-style-type: none"> • Cursar disciplinas pertinentes. • Levantamento bibliográfico.
Janeiro/ 00 a Julho/ 00	<ul style="list-style-type: none"> • Cursar disciplinas pertinentes. • Concluir levantamento bibliográfico. • Iniciar elaboração do projeto e instrumento de coleta de dados e validação do mesmo.
Agosto/ 00 a Dezembro/ 00	<ul style="list-style-type: none"> • Cursar disciplinas pertinentes • Iniciar coleta de dados
Janeiro/ 01 a Julho/ 01	<ul style="list-style-type: none"> • Concluir coleta de dados. • Exame de Qualificação. • Iniciar categorização e análise dos dados.

Agosto/ 01 a Dezembro/ 01	<ul style="list-style-type: none"> • Com base na análise dos dados, iniciar elaboração e redação do projeto.
Janeiro/02 a Julho/ 02	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração e redação do projeto.
Agosto/ 02 a Dezembro/ 02	<ul style="list-style-type: none"> • Redação final e revisões do projeto. • Defesa

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**INCIDENTES CRÍTICOS E A
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PORTADORES DE
TUBERCULOSE PULMONAR**

Projeto de pesquisa
apresentado para Exame de
Qualificação junto ao
Programa Interunidades de

Doutoramento em Enfermagem
da Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade
de São Paulo –vinculado à
linha de pesquisa
Enfermagem Enquanto Prática
Social e Profissional, para
obtenção do título de doutor.

Érika do Carmo Bertazone
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elucir Gir

Ribeirão Preto
2002

5. METODOLOGIA

O local do estudo foi selecionado considerando-se a sua especificidade em ter pacientes com suspeita diagnóstica confirmação de tuberculose pulmonar. Característica que ofereceu uma riqueza de oportunidades vivenciadas por trabalhadores de enfermagem que prestavam assistência aos portadores da referida patologia.

Optamos por uma unidade de internação especializada em doenças transmissíveis, pelas oportunidades que esta poderia oferecer aos trabalhadores de enfermagem, na convivência do dia-a-dia com os portadores da doença.

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com a utilização da técnica do incidente crítico, no qual as situações relatadas permitiram que o pesquisador obtivesse os incidentes críticos relacionados à assistência de enfermagem prestada aos portadores de tuberculose pulmonar.

5.1 Local de Estudo

Realizamos o presente estudo junto a uma unidade de internação de um hospital universitário, de grande porte, no município de Ribeirão Preto-SP, onde estavam internados portadores de tuberculose pulmonar.

O local selecionado foi a Unidade de Moléstias Infecto-contagiosas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP).

A referida unidade possui 22 leitos destinados à internação de indivíduos acometidos por doenças infecciosas e/ou transmissíveis. Nesta há casos de indivíduos com tuberculose pulmonar; oito leitos são

reservados a pacientes com aids havendo freqüentemente, co-infecção com tuberculose pulmonar.

O atendimento aos portadores de tuberculose pulmonar, na referida unidade, é oferecido durante 24 horas, por todos os trabalhadores de enfermagem, na tentativa de promoverem uma assistência integral ao paciente internado.

5.2 Sujeitos

5.2.1 População

A população do presente estudo foi constituída de trabalhadores de enfermagem pertencentes à Unidade de Internação de Moléstias Infecto-contagiosas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - (HCFMRP-USP), que prestavam assistência de enfermagem direta aos portadores de tuberculose pulmonar.

Fizeram parte deste estudo 26 trabalhadores de enfermagem da referida unidade, quais sejam: 03 enfermeiros, 20 auxiliares¹ de enfermagem, 01 técnico² de enfermagem e 02 atendentes³ de enfermagem.

Um dos sujeitos recusou-se a participar da pesquisa e apenas um dos entrevistados não conseguiu identificar situações que caracterizassem incidentes críticos positivos ou negativos. Devido a estas ocorrências, foram realizadas 25 entrevistas com os trabalhadores de enfermagem e obtivemos assim 24 relatos.

A seleção dos sujeitos obedeceu ao seguinte critério: nível de formação; tempo de experiência dos trabalhadores; envolvimento com a

¹ Escolaridade: 1º grau completo e conclusão de curso profissionalizante com 1 ano de duração.

² Escolaridade: 2º grau completo e conclusão de curso profissionalizante com duração de 1,5 a 2 anos.

³ Escolaridade: 1º grau completo ou conclusão de curso supletivo até a 8ª série do ensino médio.

assistência de enfermagem a paciente portador de tuberculose pulmonar e vivência nessa assistência, a fim de facilitar a obtenção de relatos.

Como outros critérios de inclusão, adotamos a obrigatoriedade do contato do trabalhador de enfermagem com o portador de tuberculose pulmonar, durante o desenvolvimento de suas atividades assistenciais, supondo-se que o mesmo tivesse conhecimento, preparo e experiência adequados para assistir o paciente e concordância por escrito em participar do estudo.

Como critério de exclusão, decidimos não entrevistar os trabalhadores de enfermagem que se encontravam em férias, licença saúde ou licença gestante, durante o período da coleta de dados, realizado no período de Janeiro a Maio de 2003.

5.3 Aspectos ético-legais

Este projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e da Divisão de Enfermagem do referido hospital.

Após receber resposta favorável da Divisão de Enfermagem e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP (ANEXO A), procedeu-se às entrevistas com os trabalhadores.

O pesquisador esclareceu, individualmente, aos sujeitos, antes das entrevistas os objetivos do estudo, facultando-lhes liberdade para participar ou não do mesmo.

Em seguida procedeu à leitura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A), dando-lhes ciência de que sua participação

seria voluntária e que teriam total e plena liberdade para se recusarem a participar da mesma.

Após a aquiescência dos sujeitos, estes assinaram o documento, formalizando sua participação. Na oportunidade, o pesquisador garantiu, também, a eles o direito à privacidade e ao anonimato, dando-lhes, ainda, a certeza de que não seriam identificados em momento algum.

5.4 Procedimentos e técnica de coleta de dados

Coletamos os dados através de entrevistas, realizadas individualmente, por meio de um formulário previamente elaborado (APÊNDICE B).

Para a obtenção dos incidentes críticos, realizamos a entrevista conforme sugerido por Estrela e Estrela (1994), as quais sugerem que a coleta de incidentes críticos seja feita através de entrevistas orientadas por um questionário, ocasião na qual aconselham o entrevistador a tomar alguns cuidados, tais como:

- Explicar com clareza o que é incidente crítico.
- Explicar a conotação do termo crítico (aquilo que parece claramente e não aquilo que é dramático).
- Dar exemplos de incidentes que não estejam relacionados ao objeto de trabalho, a fim de não influenciar o entrevistado.
- Explicitar os critérios que nos levam a considerar os episódios relatados como incidente crítico (definição da situação, descrição precisa do comportamento observado na situação descrita e explicitação das suas conseqüências).

Polit e Hungler (1983) colocam em discussão os procedimentos para a coleta de dados para a pesquisa em enfermagem, fazendo referência à técnica dos incidentes críticos. Afirmam que esta técnica é de grande utilidade para a enfermagem quando se deseja analisar comportamentos relativos à prática de enfermagem.

Sendo assim, a escolha da técnica do incidente crítico ocorreu por a considerarmos adequada aos objetivos da pesquisa.

Realizamos a validação do conteúdo do instrumento de coleta de dados através de um estudo piloto, quando entrevistamos 7 profissionais de enfermagem: 2 enfermeiros e 5 auxiliares de enfermagem.

Efetuamos a validação do instrumento de coleta de dados em uma unidade de internação, distinta da unidade de realização do estudo, da mesma instituição.

Abordamos os trabalhadores de enfermagem previa e individualmente, orientando-os quanto ao modo de responderem às questões, quando os estimulamos a se lembrarem de situações vivenciadas para descrevê-las. Vale ressaltar que a duração das entrevistas variou de 10 a 50 minutos.

O pesquisador realizou as entrevistas com os trabalhadores, que ocorreram em local reservado, para evitar interrupções no horário de trabalho dos sujeitos, contemplando-se os turnos da manhã, tarde e noite.

Dentre os sujeitos selecionados, apenas um auxiliar de enfermagem se negou a assinar o termo que lhe foi oferecido e a participar da pesquisa.

O comparecimento à unidade nos três turnos de trabalho foi imprescindível, pois somente desta forma foi possível proceder às entrevistas com todos os servidores da referida unidade.

Os entrevistados, orientados pelas questões do formulário (APÊNDICE B) e com base nos objetivos propostos, descreveram os relatos, ocasião em que a entrevistadora os registrou.

5.5 Organização e tratamento dos dados

A análise dos dados tem o propósito de resumi-los e descrevê-los eficientemente, para que ela possa ser usada para muitos objetivos práticos (FLANAGAN, 1954).

Ao término da coleta de dados, iniciamos a leitura exaustiva dos relatos, a fim de identificarmos se os incidentes críticos iam ao encontro dos objetivos de nossa pesquisa. Assim, passamos à identificação dos três elementos que compõem o incidente crítico, a saber: situação, comportamento e consequência.

Após a identificação dos componentes do incidente crítico, procedemos ao agrupamento dos relatos, categorização das situações, comportamentos e consequências, quantificando-os.

De posse dos relatos, procedemos à análise, com base nas colocações de Dela Coleta (1974), buscando isolar os comportamentos críticos emitidos pelos profissionais de saúde, criando desta forma as grandes categorias temáticas.

Tais comportamentos forneceram as exigências críticas (que compreendem comportamentos críticos positivos e/ou negativos) a respeito de cada função exercida, no caso, enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem.

Realizamos a categorização com base na essência ou tema das situações relatadas, tendo em vista o comportamento identificado.

A coleta de dados se encerra no momento em que houver a saturação dos mesmos, segundo Estrela e Estrela (1994).

Em contrapartida, Dela Coleta (1974) afirma que os incidentes críticos devem ser coletados visualizando-se a qualidade destes incidentes, ou seja, a quantidade de informações relevantes que trazem consigo.

Ao analisarmos os relatos, inicialmente, classificamos os incidentes críticos obtidos em positivos e negativos, de acordo com a referência dos entrevistados, obtendo assim, o total de incidentes críticos positivos e negativos.

Com base nesta classificação, procedemos à análise dos relatos, identificando cada item que compunha o incidente crítico, ou seja, a situação, os comportamentos evidenciados em cada situação e as conseqüências.

Após a referida análise, identificamos e criamos categorias com base nas situações descritas, nos comportamentos e nas conseqüências, obedecendo à menção dos entrevistados quanto à referência positiva ou negativa.

A criação de categorias possibilitou ao pesquisador identificar as várias facetas associadas à assistência de enfermagem prestada a um indivíduo com uma doença crônica transmissível, oferecendo a oportunidade para rever as várias dimensões do cuidado, como por exemplo o uso de equipamentos de proteção, abordagem do paciente isolado, condutas adotadas pelas equipes de enfermagem e médica e até sentimentos evidenciados pelo paciente ao adquirir uma doença transmissível, além da percepção dos sentimentos e comportamentos evidenciados pela própria equipe de enfermagem, ao lidar com um paciente em isolamento, acometido de tu

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Caracterização da população do estudo

Participaram deste estudo vinte e seis (26) trabalhadores de enfermagem, vinculados a um hospital geral público de grande porte, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – HCFMRP-USP.

Estes profissionais desenvolvem suas atividades na Unidade de Isolamento de Moléstias Infecto-contagiosas, 6º andar, ala A, do referido hospital.

A caracterização dessa população é importante pelo fato de suas atitudes e seus comportamentos estarem diretamente relacionados aos cargos que ocupam e a seu tempo de serviço na unidade em questão, pois devido à diversidade de características, podemos esperar diferentes atitudes de distintos servidores em um mesmo tipo de situação.

Dentre os 26 trabalhadores, 20 (76,9%) são auxiliares de enfermagem, três (11,6%) enfermeiros, dois (7,7%) atendentes de enfermagem e um (3,8%) é técnico de enfermagem.

Em relação ao tempo de serviço, observamos que este variou de 10 meses a 22 anos.

Quanto ao sexo, 22 (84,7%) são do sexo feminino e 4 (15,3%) do masculino.

6.2 Incidentes críticos relacionados à assistência prestada aos portadores de tuberculose pulmonar relatados por trabalhadores de enfermagem.

Foram realizadas entrevistas com 25 trabalhadores de enfermagem. Um dos sujeitos recusou-se a participar da pesquisa e apenas um dos entrevistados não conseguiu identificar situações que caracterizassem incidentes críticos positivos ou negativos. Dessa maneira, a população deste estudo é composta por 24 sujeitos, obtendo-se, desta forma, 24 relatos.

Dos 24 relatos obtidos por meio da entrevista, extraímos um total de 94 (100,0%) incidentes críticos, neste caso, o mesmo número e porcentagem de situações, das quais 38 (40,5%) foram referidas pelos entrevistados como positivas e 56 (59,5%) foram apontadas como negativas (Tabela 1).

Tabela 1 - Número e porcentagem dos **elementos dos incidentes críticos**, com referências positivas ou negativas, relacionados à assistência de enfermagem prestada ao portador de tuberculose pulmonar, HCFMRP-USP, Ribeirão Preto-SP, 2003

ELEMENTOS INCIDENTES CRÍTICOS	REFERÊNCIA					
	POSITIVA		NEGATIVA		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%
SITUAÇÕES	38	40,5	56	59,5	94	100,0
COMPORTAMENTOS	70	36,7	121	63,3	191	100,0
CONSEQUÊNCIAS	54	37,8	89	62,2	143	100,0

No que concerne aos comportamentos, observamos que 70 (36,7%) foram considerados positivos e 121 (63,3%) negativos, perfazendo um total de 191 (100,0%) comportamentos. (Tabela 1)

Vale esclarecer que o número de incidentes críticos obtidos refere-se ao número de situações, registrando-se número e porcentagem maior para as situações negativas. (Tabela 1)

Em relação aos comportamentos, observamos que aproximadamente o dobro dos comportamentos obtidos apareceu como negativo.

Quanto às conseqüências, estas somaram 143 (100,0%), sendo 54 (37,8%) mencionadas como positivas e 89 (62,2%) negativas.

Verificamos que o número de incidentes críticos, com registros negativos, foi expressivamente maior que os positivos.

Apresentaremos os dados que seguem e que dizem respeito às categorias dos elementos do incidente crítico, de acordo com os elementos que o compõem ou seja, a situação, o comportamento e a conseqüência, relatados pelos trabalhadores de enfermagem, representados pela letra T.

6.2.1 SITUAÇÕES

Com relação às situações, detectamos que a facilidade dos trabalhadores de enfermagem em relatar situações consideradas negativas foi expressivamente maior.

Foram criadas nove categorias referentes às situações positivas ou negativas.

Na Tabela 2, apresentamos a distribuição dos 94 incidentes críticos obtidos, com a respectiva categorização das situações, sendo que destas, 38 (40,4%) foram consideradas como positivas e 56 (59,6%) negativas.

A partir da leitura exaustiva dos relatos, extraímos as categorias de situações, aqui reunidas, de acordo com os temas predominantes nos relatos dos trabalhadores. Dentre elas, citamos as precauções utilizadas no atendimento ao paciente, como o uso adequado da máscara para o isolamento da tuberculose pulmonar; temas referentes ao tratamento, como: uso adequado das medicações e orientação quanto à continuidade do tratamento; questões referentes ao comportamento inadequado do paciente quanto à higiene; aspectos sociais da doença ; falta de preparo dos profissionais de enfermagem; conhecimento do paciente sobre a doença; sentimentos expressados pelo paciente, associados ao tratamento, à doença e ao isolamento e condutas da equipe médica relatadas pelos trabalhadores de enfermagem.

Tabela 2-Distribuição das categorias de **situações** identificadas dos incidentes críticos com referência positiva ou negativa, relacionadas à assistência de enfermagem prestada ao portador de tuberculose pulmonar, HCFMRP-USP, Ribeirão Preto-SP, 2003

CATEGORIAS DE SITUAÇÕES	POSITIVAS	NEGATIVAS	TOTAL
	n	n	n
1) Orientações quanto ao tratamento	19	10	29
2) Sentimentos vivenciados pelo paciente	11	9	20
3)Despreparo da equipe de enfermagem	2	10	12
4) Aspectos sociais da doença	2	5	7
5) Orientações quanto às precauções	2	3	5
6)Orientações quanto ao comportamento do paciente	1	3	4
7) Conhecimento do paciente sobre a doença	1	3	4
8) Recusa quanto à coleta de exames e procedimentos.	-	7	7
9) Condutas da equipe médica	-	6	6
TOTAL	38	56	94
	(40,4%)	(59,6%)	(100,0%)

Notamos que o número de situações negativas encontrado foi de aproximadamente um terço a mais que o encontrado para as situações descritas como positivas.

Cabe ressaltar que outros trabalhos abordando a assistência de enfermagem sob vários aspectos como os realizados por Nogueira (1988), Ravagnani (1991), Salvarani (1991), Hayashida (1997), Sonobe (2001) e Silva e Souza (2001) também registraram maior frequência de incidentes críticos e situações considerados como negativos.

Extraímos nove categorias dos relatos dos trabalhadores de enfermagem, as quais foram nomeadas e relacionadas obedecendo-se à ordem demonstrada.

- 1) Orientações quanto ao tratamento.
- 2) Sentimentos vivenciados pelo paciente .
- 3) Despreparo da equipe de enfermagem.
- 4) Aspectos sociais da doença.
- 5) Orientações quanto às precauções.
- 6) Orientações quanto ao comportamento do paciente.
- 7) Conhecimento do paciente sobre a doença.
- 8) Recusa quanto à coleta de exames e procedimentos.
- 9) Condutas da equipe médica.

As categorias que apresentaram maior frequência foram as relacionadas **às orientações quanto ao tratamento; aos sentimentos vivenciados pelo paciente em relação à sua doença e ao despreparo da equipe de enfermagem.**

No que diz respeito à Categoria 1 – **Orientações quanto ao tratamento**, obtivemos 19 menções positivas e 10 negativas.

As positivas continham discursos com significados imbricados, e se referiram às situações relacionadas às orientações oferecidas pelos trabalhadores de enfermagem e até mesmo pelo médico, ocasião em que o

paciente relatou ao trabalhador que o atendia que ele apresentava **dificuldade para tomar as medicações**, conforme evidenciaram as falas de 4 trabalhadores:

“O paciente disse que não tinha condições de ir até o posto para pegar as medicações . Era muito longe.” (T2)

“Observei que o paciente sempre passava mal após tomar a medicação.” (T10)

“Sempre que o paciente tomava as medicações, ele vomitava logo em seguida.” (T11)

“O paciente disse que não ia mais tomar aquelas medicações, porque seu estômago ficava embrulhando.” (T24)

Outra dificuldade evidente na fala do trabalhador, refere-se às **reações à medicação**:

“O paciente falou que sempre que tomava aquela medicação, tinha queimação e passava mal. (T12)

Quatro trabalhadores relataram a **recusa do paciente para tomar medicação**:

“O paciente referiu que não ia mais tomar aquela medicação porque todas as vezes que tomava passava mal”. (T7)

“Não ia mais tomar aquela medicação porque fazia mal para ele.” (T11)

“Não ia mais tomar aquela medicação”. (T22)

“Perguntou para que serviam aquelas medicações e disse que não ia mais tomá-las porque faziam mal.”(T8)

As opiniões dos pacientes ao **relatarem que não conseguiam se alimentar**, seja por dificuldade associada à medicação ou por estar debilitado, ficaram evidentes em 4 falas dos trabalhadores:

“Ele não conseguia comer quando tomava aquela medicação.” (T8)

“Percebi que o paciente estava com dificuldade para se alimentar”.(T19)

“O paciente estava muito debilitado e não conseguia se alimentar”. (T21)

“Estava se sentindo muito fraco e não conseguia comer”. (T23)

No que se refere à correta **adesão ao tratamento e à sua descontinuidade**, obtivemos um relato para cada qual:

“O paciente teve alta e retornou bem porque estava tomando direitinho as medicações”. (T24)

“A gente orienta o paciente mas aí ele vai embora e não toma as medicações direito”. (T4)

Quando o paciente, após a alta hospitalar, retornava ao hospital com **dúvidas quanto ao tratamento**, o trabalhador assim reproduziu estas ocorrências:

“Ele foi para casa mas tinha muitas dúvidas em relação ao tratamento”. (T12)

*“Foi para casa e foi orientada para comer muita sopa de fubá, mas tinha dúvidas quanto às medicações”.
(T14)*

Uma última situação que também se enquadra na categoria 1, refere-se à situação na qual o trabalhador de enfermagem percebe o **desestímulo do paciente quanto ao tratamento**, percebidos nos seguintes relatos:

“O paciente falou que queria morrer. Não ia comer nada e nem tomar os remédios!”. (T23)

“Há cinco anos ele tratava daquela doença. Estava sempre tudo do mesmo jeito.” (T21)

Como vimos, as orientações relacionadas ao tratamento aparecem com frequência, pois a mesma se fez necessário em várias situações relatadas. Percebemos a presença do auxiliar de enfermagem em contato direto com o paciente, o que é importante para o portador de tuberculose pulmonar, pois este profissional orienta-o quanto à doença, abordando seus aspectos, tratamento, alimentação e até mesmo cuidados após a alta hospitalar e cuidados com a própria família.

Notamos, então a importância do acompanhamento do trabalhador de saúde, principalmente da equipe de enfermagem, no tratamento e recuperação do portador de tuberculose pulmonar, pois a supervisão desse paciente e de seu tratamento por este profissional se faz necessária, à medida que o trabalhador percebe que o paciente está se recuperando, retomando a sua vida e sendo reintroduzido à sociedade. As

atitudes destes trabalhadores requerem envolvimento direto com práticas de saúde.

De acordo com Muniz et al. (2003), a reorganização das práticas de saúde envolve a reformulação e a reestruturação das práticas de enfermagem ou do trabalho, propriamente dito, bem como a redefinição das relações sociais e técnicas sob as quais se realiza o processo de trabalho.

Vimos que o envolvimento no atendimento ao portador de tuberculose pulmonar, é multiprofissional sendo importante a atuação simultânea de vários profissionais para oferecer assistência integral ao paciente.

Este envolvimento é fundamental, pois a atuação de diferentes profissionais de saúde, na área da tuberculose, exige conhecimentos especializados que abranjam a dimensão coletiva do processo saúde-doença (MUNIZ et al., 2003).

O profissional deverá conhecer aspectos relacionados às dimensões coletiva e individual, os quais contêm maior especificidade, no que diz respeito à orientação do paciente, da família e dos contatos.

Quanto às referências negativas encontradas nesta mesma categoria de situações, ou seja à categoria referente às orientações quanto ao tratamento, encontramos 10 relatos.

A situação mais freqüente foi a em que 6 auxiliares de enfermagem relataram que, ao oferecerem a medicação ao paciente, o mesmo a recusava. Estas recusas se deram por vários motivos, como podemos observar nos relatos:

“ Fui oferecer a medicação ao paciente e o mesmo disse que não ia tomá-la e ia embora”. (T21)

“O paciente referiu que não iria tomar a medicação naquele momento e iria tomar mais tarde”. (T23)

O paciente disse que ia parar de tomar aqueles remédios porque o tratamento demorava muito”. (T20)

“Era um senhor idoso que disse que não ia mais tomar as medicações porque não tinha condições de pegá-las no posto por não ter condições de ir até o posto e não saber como tomá-las”.(T23)

“O paciente se queixou e disse que não iria mais tomar estas medicações porque provocavam queimação”. (T19)

“O paciente se recusou a tomar a medicação, referindo que fazia muito mal se tomasse com água”. (T18)

A seguir, três relatos mencionam a **discussão da enfermagem com a equipe médica a respeito da melhor via de administração de medicamentos, melhor aceitação de alimentos e medicação** pelo paciente e rápido início do tratamento:

“O paciente internou e queria começar a tomar logo os medicamentos, pois estava com muita tosse, febre e mal-estar”. (T24)

“Eu discuti com o médico a melhor via para administração de um medicamento que foi substituído pelo endovenoso, pois paciente vomitava muito ao ingeri-lo via oral”. (T15)

“Discuti com o médico qual seria a melhor via de administração do hidratante oral prescrito: ele

prescreveu via oral, o paciente não conseguia ingerir e aí eu passei pela sonda”.(T7)

O que notamos , a partir dos relatos, é que a enfermagem após avaliar a situação do paciente com dificuldade para aceitar a alimentação, procura discutir com o médico a melhor maneira de oferecer alimentos/dietas ao paciente, objetivando a sua melhora.

Um último relato se referiu à visível **melhora que o paciente** apresenta um certo tempo após iniciar as medicações, dizendo sentir muita fome. O trabalhador assim descreveu a situação:

“O paciente sentiu muita fome à noite e foi difícil arranjar comida fora de hora para ele”. (T12)

Observamos que as situações descritas evidenciam impotência ou mesmo frustração da equipe de enfermagem, diante da recusa do paciente em tomar a medicação oferecida.

Muitos trabalhadores de enfermagem tentam resolver da melhor forma discutindo a melhor via de aceitação do medicamento para o paciente.

Procuram resolver o problema da melhor maneira possível, evitando complicações para si mesmos, como profissionais, e para os pacientes.

Um deles referiu sentir muita dificuldade para conseguir alimentação fora de hora para o paciente faminto, pois durante a madrugada, por exemplo, não há na copa o que oferecer para o paciente comer, e que somente após muito esforço arranhou algum alimento para lhe oferecer, juntamente com a medicação.

No que se refere à categoria 2 ou seja, **sentimentos vivenciados pelo paciente**, encontramos 11 referências positivas.

Em cinco delas, os trabalhadores mencionaram o medo do paciente em relação à doença, seja pelo receio de transmiti-la para os membros das suas famílias ou pelo fato de não conhecerem a doença , propriamente dita.

A seguir, apresentamos os relatos dos trabalhadores de enfermagem que evidenciam sentimentos vivenciados pelos pacientes:

“O paciente referiu ter medo da tuberculose pulmonar e ter medo de saber o diagnóstico e ter certeza de que está com esta doença”. (T3; T21; T22;T13)

“O paciente referiu estar com medo da tuberculose, por já ter certeza do seu diagnóstico e preferiria estar com pneumonia”. (T24)

Dois relatos mencionaram o **medo do paciente de transmitir a doença** ao seu bebê recém-nascido:

“A paciente disse estar com medo da doença por não querer transmiti-la ao bebê durante a amamentação.” (T 22; T21)

Nos quatro relatos restantes, os **trabalhadores mencionaram sentimentos**, como ansiedade, angústia, depressão e desânimo relacionados à doença e ao fato de estarem isolados. Observamos estes conteúdos nos seguintes relatos:

“Paciente estava deprimida e angustiada, por estar isolada e por ter mudado três vezes de enfermaria.” (T6)

“Paciente referiu não conseguir dormir há vários dias”. (T 7)

“Paciente disse que estava deprimido e começou a chorar”. (T18)

Paciente falou que tinha medo de morrer por estar com tuberculose.” (T17)

Tais relatos evidenciam sentimentos negativos dos pacientes, em relação à tuberculose pulmonar e à situação ou posição em que a doença o coloca, fazendo-o sentir-se isolado e muitas vezes estigmatizado, apresentando sentimentos na maioria das vezes negativos. Isto faz com que ele se isole, naturalmente, com medo de transmitir a doença aos seus parentes mais próximos.

Chatterjee et al. (1989) retrataram em um de seus estudos, a preocupação com o estigma social da hanseníase e comparou- o ao estigma da tuberculose. Descreveu que os pacientes com hanseníase perceberam que a sua doença provocava medo e ódio públicos, porque era degradante, humilhante e incurável, acreditando que eles deveriam ser segregados da sociedade e de sua famílias.

Bertazzone (1998) demonstrou, em seu estudo que, a tuberculose, dentre tantos outros problemas sociais, provoca mudanças negativas, como afastamento e isolamento na vida pessoal dos portadores de tuberculose pulmonar, provocando principalmente medo e um forte estigma.

É interessante notar e questionar por que estes trabalhadores mencionaram estas situações como positivas.

De uma maneira geral, estas situações trouxeram um benefício para estes trabalhadores, demonstrado ao mencionarem que as mesmas lhes ofereceram uma oportunidade para que pudessem orientar o paciente, dando a ele o mínimo de atenção. Puderam assim observar a mudança de comportamento do próprio paciente, que passou a ter uma visão mais otimista de sua doença.

Encontramos nove menções referentes às situações negativas, descritas pelos trabalhadores nos relatos, inseridas nesta mesma categoria dos sentimentos vivenciados pelo paciente. Eles expuseram sentimentos, como vergonha e nojo de si mesmos por estarem com tuberculose, além de agressividade e medo da morte, conforme evidenciam os relatos a seguir.

“O paciente ficou com vergonha e nojo do cheiro que ele exalava ao tossir”. (T11)

“Quando fazia um curativo na região inguinal do paciente, o mesmo jogou a perna de lado para atingir o meu rosto e também me agrediu verbalmente”. (T19)

“Era um paciente jovem que referiu que não sairia do hospital porque ia morrer e estava com medo.”(T24)

Ao observar os relatos acima, percebemos que, os sentimentos negativos estão presentes nas falas. É fortemente expressada a vergonha que um dos pacientes menciona sentir de si mesmo.

Este fato vem ao encontro das idéias de Ooijen (1995), quando a autora menciona que devemos nos preocupar com a maneira como o outro nos aceita ou se sente repulsa e se distancia.

Assim, podemos ter em mente que uma doença infecciosa certamente afetará nossas relações com as pessoas, pois o preconceito aliado ao medo “leva a sociedade a se afastar dos valores pessoais e a deixar de compartilhar ajuda e de serem solidários” (BERTAZONE, 1998, p.71).

A categoria 3, diz respeito ao **despreparo da equipe de enfermagem**, onde obtivemos 2 referências de situações positivas, exemplificadas nos relatos dos auxiliares de enfermagem, a seguir:

“Senti dificuldade para orientar o paciente, quanto à doença. Poderia ter dado uma orientação mais adequada se soubesse mais sobre a doença.” (T5)

“Entrei na enfermaria e o paciente estava ‘parando’; não sabia muito o que fazer. Gritei pela enfermeira.” (T 24)

Em relação às referências negativas, obtivemos 10 relatos , os quais mencionam principalmente dificuldades para orientar os pacientes e para enfrentar situações das mais diversas, como saber o que fazer em uma parada cardíaco-respiratória. Temos, aqui, exemplos de tais situações:

“O paciente estava com tosse e tendo hemorragia. Comecei a gritar pedindo ajuda.” (T4)

“Vi que a paciente estava vomitando sangue e ela começou a gritar assustada.” (T5)

“Retirei o oxigênio do paciente e o encaminhei para o banho no chuveiro e ele começou a apresentar muita dispnéia.” (T10)

“Eu estava na enfermaria quando meu colega foi aspirar o paciente e começaram a sair alguns grumos pela sonda. Não sabia o que era aquilo.”(T16)

A partir destes relatos, observamos que os trabalhadores de enfermagem necessitam de um maior preparo para lidar como o portador de tuberculose pulmonar, pois apresentaram dificuldades para tomar decisões e para saber qual a melhor conduta a ser utilizada em determinadas situações.

Um melhor preparo proporcionaria ao trabalhador de enfermagem, mais condições para orientar o paciente adequadamente sobre a sua doença, pois alguns manifestaram que as dificuldades provêm da falta de conhecimento.

Na categoria 4, que se refere aos **aspectos sociais da doença**, obtivemos um total de 7 situações, dentre as quais, 2 foram mencionadas como positivas e 5 negativas.

Uma das menções consideradas positivas pode ser exemplificada pelo fato de a paciente ter relatado que gostaria de ir embora, sair dali e se tratar fora do hospital.

Positiva, possivelmente, porque a paciente queria sair do hospital e continuar o seu tratamento em casa.

As menções que dizem respeito às situações negativas referem-se a diferentes aspectos sociais, como isolamento, distância ou perda da

família e até mesmo dificuldades para conseguir medicamentos. Os seguintes relatos exemplificam estas situações:

“O paciente referiu ter dificuldade para conseguir buscar os remédios, porque o posto era muito longe da sua casa e porque não tinha dinheiro para pagar o ônibus... e não ia saber como tomar os remédios.”(T 23)

“A paciente chorava e nos questionava o porquê dela estar sozinha no quarto e isolada.”(T1)

“Eu tive que encaminhar aquele paciente para o asilo, pois ele não tinha onde morar.” (T4)

“A esposa do paciente se lamentava porque havia perdido o marido por causa daquela doença.”(T19)

Na categoria 5 - **orientações quanto às precauções**, obtivemos 2 relatos para situações positivas, exemplificadas a seguir.

“Entrei na enfermaria sem a máscara e isto me fez pensar bem, e se eu pegasse a doença?.” (T4)

“Entrei e saí rápido da enfermaria e estava sem a máscara . ” (T8)

Nesta mesma categoria, encontramos três relatos de situações negativas, onde auxiliares de enfermagem mencionaram que a situação vivenciada os estimulou a pensar nas atitudes corretas.

Os relatos claramente, demonstram a desatenção ou descuido dos servidores ao não utilizarem a máscara adequada para proteção.

Situações relatadas a seguir exemplificam estas atitudes:

“Passei em frente a enfermaria e vi pelo visor da porta que o soro havia se desconectado do abocath, pois havia muito sangue na cama. Entrei às pressas sem colocar a máscara.”(T7)

“Observei que o acompanhante entrou na enfermaria sem a máscara e eu já havia orientado.”(T10)

“Entreí na enfermaria e vi que a mãe do paciente estava usando a máscara embaixo do nariz.”(T22)

Relatos como estes demonstram que as pessoas, tendo ou não conhecimento, colocam sua saúde em risco ao se exporem a situações como as descritas. Alguns as consideram como positivas, pois somente ao se sentirem ameaçados, passam a pensar melhor em suas vidas e começam, a tomar atitudes ou decisões em relação às situações já vivenciadas. No entanto, quando estimulados a relatar tais situações, passam a refletir sobre o assunto com uma consciência mais crítica do que geralmente fariam. Essa reflexão contribui para a mudança de comportamento em favor de sua proteção, o que contribuirá para sua evolução.

Por outro lado, alguns consideram estas situações negativas simplesmente pelo fato de terem que orientar acompanhantes e/ou familiares mais de uma vez repetidamente.

A proteção oferecida pelo uso adequado da máscara com o filtro N-95, em casos de isolamento de pacientes com tuberculose pulmonar, é um procedimento que deverá sempre ser utilizado pelo profissional de saúde, na

assistência de enfermagem a um portador de tuberculose pulmonar, em fase de transmissibilidade.

Segundo Ostrosky-Zeichner et al. (2002, p.48) “um dos grupos mais vulneráveis para adquirir a enfermidade são os trabalhadores da saúde e o risco ocupacional destes trabalhadores é determinado pela exposição direta a pacientes infectados.”

O aumento da tuberculose em pacientes infectados pelo HIV tem contribuído, de forma significativa, para a transmissão da doença aos profissionais de saúde (HOEFEL & SCHNEIDER, 1997; FIUZA DE MELO & KRITSKI, 1996).

Nesse sentido, um estudo realizado no Hospital do Servidor Público Estadual, em São Paulo, demonstrou que a prevalência de tuberculose-infecção entre os funcionários, era quatro vezes maior que a da população do mesmo estado (BEDRIKOW; JUSTINIANO; JAFERIAN, 1977).

Takeda (1996) em estudo realizado em Ribeirão Preto – SP, constatou que os trabalhadores de enfermagem apresentavam um risco de 3,86 vezes maior de adquirir tuberculose, quando comparados à população do mesmo município.

Os trabalhadores da saúde, por estarem em contato direto com o portador de tuberculose pulmonar, por tempo mais prolongado, se expõem com maior frequência, podendo adquirir tuberculose como doença ocupacional.

Na categoria 6, a qual se refere às **orientações quanto ao comportamento do paciente**, obtivemos 1 relato de situação positiva e 3 relatos de situações consideradas negativas.

Na situação considerada positiva, o trabalhador de enfermagem descreveu a seguinte situação:

“Entrei na enfermaria e vi o paciente fumando. Eu o orientei várias vezes e ele passou a refletir sobre o assunto. Quero dizer: parar de fumar.”
(T15)

A idéia que podemos extrair desta afirmação é que o trabalhador surpreendeu o paciente fumando em um momento em que o mesmo não deveria fazê-lo. No entanto, considerou a situação como positiva por ter estimulado o paciente a refletir melhor sobre a sua situação e o seu comportamento inadequado.

As três negativas referem-se às situações em que os trabalhadores de enfermagem surpreenderam o paciente ‘cuspindo no chão’, evidenciadas nos seguintes relatos:

“Entrei na enfermaria e vi que o paciente havia cuspidido no chão. Insisti para que ele não fizesse mais aquilo, pois eu já o havia orientado mais de uma vez.”(T4)

“Fui colocar água no copo do paciente para ele tomar e aí percebi que ele havia escarrado dentro do copo. Chamei a sua atenção, pois a qualquer hora beberia porcaria, principalmente à noite.” (T8)

“Entrei na enfermaria e o paciente cuspiu no chão na minha frente.”(T24)

Destas situações descritas, depreendemos que os trabalhadores consideraram estas situações negativas, pelo fato de terem que repetir e insistir na mesma orientação, tentando promover a mudança de comportamento do paciente quanto aos hábitos higiênicos.

A categoria 7 se refere ao **conhecimento do paciente sobre a doença**, na qual encontramos uma situação considerada positiva e três negativas:

Na situação obtida como positiva, um enfermeiro mencionou o questionamento do paciente a respeito da sua doença, querendo saber o que ela significava e como poderia ser tratada.

As menções que contemplam as situações negativas, estão apresentadas nos seguintes relatos:

“O paciente referiu ter muitas dúvidas sobre a sua doença e não saber nada sobre ela.” (T12)

“O paciente dizia que não entendia como estava com aquela doença e assim não colaborava com o tratamento, recusando as medicações.” (T16)

“Paciente referiu ter demorado para procurar atendimento porque estava com medo de ter certeza do diagnóstico de tuberculose e por perder dias do trabalho, chegando assim muito ruim ao hospital.” (T22)

“Se você tivesse procurado ajuda médica antes não estaria assim tão ruim.” (T22)

Percebemos que a falta de conhecimento do paciente a respeito da doença provoca situações nas quais o mesmo coloca a sua saúde em

risco, dificultando o seu tratamento. Muitas vezes recusa-se a receber medicações e a colaborar com o tratamento, provocando desta forma, frustrações nos trabalhadores de enfermagem, que têm como objetivo oferecer assistência de enfermagem adequada e de qualidade a estes pacientes.

Castelo et al. (2003), afirmam que a suspeita clínica precoce de tuberculose pulmonar é fundamental para o seu controle. Tal fato se confirma no relato apresentado pelo trabalhador 22, o qual mencionou a importância de procurar tratamento com antecedência.

Muitas vezes, o indivíduo, por ter medo do diagnóstico e sentindo-se ameaçado ao ter que se ausentar do seu trabalho, negligencia os cuidados que deveria ter com a sua saúde. Deste modo, acaba prejudicando-se por não conhecer a doença, seus sinais e sintomas e suas conseqüências.

Na categoria 8, a qual se refere **à recusa do paciente quanto à coleta de exames e realização de procedimentos**, verificamos sete situações consideradas negativas, sendo que a maioria delas identifica a recusa do paciente a se submeter a um exame ou a um procedimento. Os relatos a seguir exemplificam estas situações:

“O paciente referiu que não faria o exame por ter medo do resultado do exame e do próprio exame.”(T5)

“O paciente se recusou a fazer o exame e a pedido do médico, tivemos que chamar a esposa dele para que ela assinasse o termo de consentimento.”(T7; T18; T6)

“A esposa do paciente perguntou o que aconteceria com ele se ela não assinasse a autorização.”(T14)

Percebemos, através destes relatos, que novamente o medo do paciente e o desconhecimento da doença prejudicam-no, sem que o mesmo tenha consciência do que está acontecendo.

O trabalhador de enfermagem, ao se deparar com tal situação, sente-se inerte e sem meios para mudá-la, a não ser que insista com o paciente para que ele realize o exame, mas sem se detalhar quanto à fisiopatologia da doença.

Na categoria 9, a qual se refere **às condutas da equipe médica**, obtivemos relatos de situações consideradas negativas pelos trabalhadores, exemplificadas em alguns relatos.

“Chamei o médico para avaliar o paciente que estava piorando e ele demorou para avaliar o paciente..” (T1)

“Avisei o médico sobre o péssimo estado do paciente e aguardei. (T2)

Mediante os relatos, temos que ter em mente, que o local de estudo trata-se de um hospital escola/universitário, havendo acadêmicos do 6º ano do curso de medicina, de enfermagem e residentes do 1º e 2º anos, estes últimos, freqüentemente responsáveis pelo atendimento de grande parte de pacientes internados na especialidade de sua residência médica.

As equipes de enfermagem e médica devem trabalhar de maneira integrada, para oferecer assistência crítica, reflexiva e de qualidade ao cliente, sua família e comunidade.

Diante dessas considerações e buscando solucionar ou minimizar o sofrimento do paciente, promovendo a sua recuperação,

acreditamos que é indispensável discutir e ponderar sobre crenças, valores e princípios éticos e legais.

Estas situações exigem “união e podem corresponder à luta pela busca de uma assistência com ética [...]. Ética na assistência de enfermagem é lutar por uma assistência com qualidade, pela vida, pelo direito de cidadania e por uma morte com tranquilidade e dignidade”. (GUIDO, 1995, p. 103).

6.2.2 COMPORTAMENTOS

Abordaremos neste momento os comportamentos provenientes das situações apresentadas anteriormente.

Na tabela 3, apresentamos os números e respectivos percentuais obtidos para cada categoria correspondente aos comportamentos extraídos dos incidentes críticos positivos e negativos, relatados pelos trabalhadores de enfermagem.

Extraímos doze categorias dos relatos dos trabalhadores de enfermagem, as quais foram nomeadas e relacionadas obedecendo-se à seguinte ordem:

- 1) Orientar quanto às precauções.
- 2) Orientar quanto ao tratamento/alimentação.
- 3) Orientar quanto ao comportamento do paciente
- 4) Oferecer atenção/orientação/intervenção do enfermeiro
- 5) Oferecer atenção/orientação do auxiliar/técnico de enfermagem
- 6) Evidenciar aspectos sociais da doença

- 7) Apresentar (des)preparo (profissional enfermagem)
- 8) Demonstrar (des)conhecimento sobre a doença (paciente)
- 9) Expressar sentimentos vivenciados (paciente)
- 10) Expressar sentimentos vivenciados (equipe de enfermagem)
- 11) Oferecer orientação médica
- 12) Presenciar condutas médicas

Obtivemos um total de 191 (100,0%) comportamentos, dos quais 70 (36,6%) foram considerados incidentes de caráter positivo e 121 (63,4%) de caráter negativo.

A proporção de predomínio de comportamentos negativos, em relação aos positivos ocorrem de forma semelhante às encontradas na análise das situações extraídas dos incidentes relatados.

Observamos que a proporção de comportamentos considerados negativos é aproximadamente o dobro de comportamentos positivos.

Esta proporção pode também ser encontrada em trabalhos realizados por Hayashida (1997) e Sonobe (2001), as quais encontraram grande proporção de comportamentos negativos comparados aos positivos.

As categorias de comportamentos foram expressas através de um verbo, o que implica numa ação, na qual o trabalhador expressou ou evidenciou um determinado comportamento.

Tabela 3 -Distribuição das categorias de **comportamentos** identificadas nos incidentes críticos com referência positiva ou negativa, relacionadas à assistência de enfermagem prestada ao portador de tuberculose pulmonar, HCFMRP-USP, Ribeirão Preto - SP, 2003

CATEGORIAS COMPORTAMENTOS	DE	POSITIVA	NEGATIVA	TOTAL
		n	n	n
1) Orientar quanto às precauções		8	3	11
2) Orientar quanto ao tratamento/alimentação		13	9	22
3) Orientar quanto ao comportamento do paciente		1	2	3
4) Oferecer atenção/orientação/intervenção do enfermeiro		11	8	19
5) Oferecer atenção/orientação do auxiliar/técnico de enfermagem		24	37	61
6) Evidenciar aspectos sociais da doença		1	3	4
7) Apresentar (des)preparo (profissional enfermagem)		1	5	6
8) Demonstrar (des)conhecimento sobre a doença (paciente)		2	3	5
9) Expressar sentimentos vivenciados (paciente)		7	8	15
10) Expressar sentimentos vivenciados (equipe de enfermagem)		-	9	9

CATEGORIAS	DE	POSITIVA	NEGATIVA	TOTAL
COMPORTAMENTOS		n	n	n
11) Oferecer orientação médica		2	12	14
12) Presenciar condutas médicas.		-	22	22
TOTAL		70 36,6%	121 63,4%	191 100,0%

Observamos que na categoria 1 (**orientar quanto às precauções**), obtivemos um total de 11 comportamentos, dentre os quais oito foram positivos e três negativos.

Os positivos referiram-se aos comportamentos nos quais trabalhadores de enfermagem tiveram a oportunidade de orientar o paciente, seus familiares e até mesmo, o médico quanto à importância do uso da máscara adequada no momento adequado.

A descrição de alguns comportamentos relatados, evidenciam a importância da proteção e da oportunidade que os trabalhadores tiveram para oferecer orientação.

“Surpreendi a mãe do paciente entrando na enfermaria sem a máscara e pedi para que ela a usasse sempre que fosse entrar lá.” (T13)

“Ao entrar na enfermaria vi que o médico estava sem a máscara e disse para ele que tinha que se proteger e coloquei a máscara e os óculos nele.”(T13)

“Vi que o paciente saiu da enfermaria sem a máscara e aí pedi que a usasse ao sair e o orientei da importância do uso da mesma.”(T17)

Os comportamentos considerados negativos evidenciaram situações nas quais os trabalhadores tiveram que insistir na orientação aos pacientes e principalmente aos familiares, que persistiam em seus comportamentos inadequados ao não utilizar a máscara ao entrar na enfermaria.

Talvez tenham sido considerados negativos pelos trabalhadores pelo fato de provocar um desgaste do próprio trabalhador, tendo que oferecer a mesma orientação mais de uma vez.

Um estudo de coorte realizado em uma unidade para pacientes com HIV, em um Hospital de Porto Rico, o autor encontrou trabalhadores da saúde com exames positivos para tuberculose, sugerindo que havia ocorrido transmissão dentro do hospital. Relatou também transmissão paciente-paciente, embora menos freqüente. O estudo demonstrou que os enfermeiros das unidades de pacientes com HIV têm alta incidência de infecção por tuberculose, quando comparados a enfermeiros de outros setores. Reforçou ainda, a importância de que todo paciente com grande potencial para a infecção deve ser prontamente isolado, iniciando-se a terapia antituberculosa. Reforçou também a importância da adesão às precauções, com o intuito de reduzir a transmissão do bacilo de Koch em uma unidade de saúde. O autor sugeriu a implementação de vigilância direcionada ao PPD em trabalhadores de saúde, na tentativa de se identificar os que foram infectados com o *Mycobacterium tuberculosis* (DOOLEY et al., 1992).

Este mesmo autor há tempo já demonstrava preocupação com a transmissão entre os servidores.

Hoje em dia já dispomos de programas que acompanham os trabalhadores de enfermagem, no que diz respeito ao controle da tuberculose, pois de acordo com algumas diretrizes em tuberculose pulmonar bacilífera já estabelecidas,

todos os profissionais de saúde devem ser submetidos a exames da saúde pré-admissional e periódicos, incluindo-se o teste tuberculínico. Os grupos não-reatores sob risco de infecção ocupacional devem ser incluídos nos programas de testagem periódica com PPD ou vacinação pela BCG. [...] Todo profissional de saúde com sinais ou sintomas compatíveis com a tuberculose deve ser avaliado, submetido a exame de baciloscopia e outros exames complementares e não deverá retornar às suas atividades até que este diagnóstico seja excluído ou até que esteja sob terapia antituberculosa e não seja mais considerado infectante. (CASTELO et al., 2003, p.15).

Os profissionais de saúde são alertados de que realmente existe a possibilidade de haver a transmissão de tuberculose multidrogarresistente entre pacientes hospitalizados com aids e quanto ao perigo de adquirirem tuberculose e é imprescindível que se reforce a adesão às precauções recomendadas para impedir a transmissão desta.

Na categoria 2, **orientar quanto ao tratamento/alimentação**, obtivemos um total de 22 comportamentos, dos quais 13 foram positivos e nove negativos.

Um comportamento freqüentemente mencionado nos relatos entre os comportamentos positivos foi o de orientar o paciente quanto ao tratamento, ocasião em que os trabalhadores de saúde tiveram a

oportunidade de ensinar o paciente e seus familiares quanto às medicações, o tempo do tratamento e a importância da alimentação.

Alguns relatos, evidenciam tais comportamentos:

“Eu confortei o paciente dizendo para ele que o meu marido já teve esta doença e havia tomado estas medicações e expliquei para ele como tomava e que ela tinha cura.”(T18)

“Expliquei para a paciente a importância da alimentação e a forcei a comer.”(T19)

“Disse ao paciente que a medicação ia enfraquecendo a doença e que ele iria melhorar.”T(23)

“O paciente só aceitou a medicação depois que eu expliquei para ele a sua importância e que ele iria melhorar.” (T2)

Observamos através destes relatos que, os trabalhadores de enfermagem ao enfrentar estas situações, demonstraram comportamento adequado, na tentativa de aumentar o conhecimento do paciente sobre a doença, diminuindo desta forma a provável ansiedade do paciente e ao mesmo tempo funcionado como um estímulo positivo para que estes trabalhadores continuem a orientar os pacientes oferecendo-lhes contribuições para o seu tratamento.

Os nove relatos restantes, referentes aos comportamentos negativos mencionam, entre outros, a dificuldade do trabalhador em conseguir alimentação extra ou fora de horário, para o paciente.

Os seguintes relatos evidenciam estes comportamentos:

“O paciente acabou de almoçar e pediu mais comida. Eu fiquei ligando para a copa/nutrição, para pedir mais um marmitex e eles diziam que não tinha mais nada. Não consegui mais nada para ele comer e ele continuou a se queixar de fome.” (T6)

“Paciente sentiu fome de madrugada e tentei pedir a comida para o paciente. O máximo que consegui foi pão e leite. Fiquei triste porque o paciente ficou com fome.” (T7)

Estes comportamentos, gerados a partir destas situações, foram considerados negativos pelo fato de provocarem uma possível frustração nos trabalhadores em decorrência dos mesmos não terem conseguido alimentação extra para o paciente, o que fez com que os pacientes continuassem a sentir fome, não solucionando desta maneira, o problema apresentado.

A categoria 3 se refere à **orientar o paciente quanto ao seu comportamento**.

Para esta, obtivemos um comportamento considerado positivo, na qual o trabalhador de enfermagem, ao adentrar na enfermaria, surpreende o paciente fumando e o orienta quanto aos prejuízos do fumo, convencendo desta forma o paciente a parar de fumar e o mesmo se mostra receptivo.

Obtivemos, ainda nesta mesma categoria, dois comportamentos negativos, evidenciados pelos seguintes relatos:

“Paciente escarrou novamente no chão e insisti para ele não escarrar no chão porque era perigoso e alguém

poderia escorregar e pedi para que protegesse a boca ao tossir.”(T4)

“O paciente recusou a minha ajuda: consegui, com a ajuda da assistente social, um lugar para ele morar. Ele não quis.”(T7)

Estes comportamentos foram considerados negativos pelo fato dos trabalhadores terem tido atitudes que acreditavam ser o melhor para o paciente, mas muitas vezes certos comportamentos geram outros comportamentos, por vezes ao contrário daquele que esperávamos. O que percebemos é que temos intenção de modificar certos comportamentos, mas não o conseguimos por envolver a vontade do outro.

Na categoria 4) **Oferecer atenção/orientação/intervenção do enfermeiro**, obtivemos 11 comportamentos positivos e oito negativos.

Observamos situações nas quais o enfermeiro teve a oportunidade de atender ao paciente orientando-o. Em algumas delas, houveram comportamentos expressados pelo auxiliar ou atendente de enfermagem que necessitaram da ajuda e do conhecimento do enfermeiro para orientar o paciente ou a sua família.

Alguns relatos demonstram, comportamentos considerados positivos e a necessidade do enfermeiro de intervir em certos momentos:

“Eu fui oferecer a medicação para o paciente e ele não quis aceitar. Tentei explicar tudo a ele, mas tive que chamar o enfermeiro para convencer o paciente a tomá-la.”(T8)

“O paciente queria saber o que era esta doença chamada tuberculose. Aí eu chamei a

enfermeira para explicar para ele o que ela era.”(T9)

“O paciente referiu estar com medo da doença por não conhecê-la e eu chamei a enfermeira para conversar com ele.”(T3)

Em relação aos oito comportamentos considerados negativos, obtivemos relatos que mencionam intervenções do enfermeiro, os quais podemos observar nos exemplos abaixo:

“Ofereci ajuda ao paciente para ele pegar a medicação no posto e moradia em um asilo ele recusou.”(T2)

“Tentei arranjar comida para o paciente de madrugada mas, não consegui nada.” (T2)

“Orientei o paciente para tomar as medicações direitinho, mas aí ele veio no retorno e estava pior por não ter tomado os remédios.”(T 6)

“O médico pediu que eu coletasse o sangue de um paciente e não havia feito o pedido. O sangue foi coletado e encaminhado. Ficou no laboratório perdido até que fosse feito um pedido”(T1)

Podemos observar a partir destes relatos, que o enfermeiro teve comportamentos considerados negativos pelo fato de que freqüentemente tentou solucionar problemas relativos ao paciente, mas sem o resultado esperado. Tentativas nas quais teve a intenção de melhorar a assistência prestada ao paciente, mas novamente experimentando frustração.

A categoria 5 refere-se a **Oferecer atenção/orientação do auxiliar/técnico de enfermagem** e nesta, obtivemos maior número de comportamentos identificados comparado à atenção oferecida pelo enfermeiro.

Obtivemos um total de 61 comportamentos, dos quais 24 foram considerados positivos e 37 negativos.

Os relatos dos comportamentos positivos mais freqüentes referem-se à orientação oferecida ao paciente e família quanto à doença, sua prevenção com o uso da máscara no hospital e alimentação, conscientizando o paciente a este respeito e observando, desta forma mudança no seu comportamento sentindo-se ‘úteis’.

Os seguintes relatos exemplificam os referidos comportamentos:

“Disse ao paciente que ele melhoraria alguns dias depois de ter iniciado o tratamento.” (T11)

“Orientei o paciente quanto ao uso da máscara para sair dali.”(T10)

“Falei para o paciente que seria importante tomar a medicação, porque muita gente toma e está se curando. Ele ficou me olhando desconfiado.”(T8)

Quanto aos comportamentos considerados negativos, os mesmos referem-se, com uma maior freqüência, às orientações oferecidas relacionadas à indisciplina do paciente, insistindo em comportamentos inadequados, ao quais acarretariam prejuízos para o paciente.

“Disse ao paciente que se ele tivesse tomado as medicações corretamente ele não teria piorado.”(T21)

“Reforcei a orientação dada ao paciente. Pedi para ele não cuspir mais no chão, pois aquilo seria perigoso.”(T8)

Observamos que os comportamentos nos quais o trabalhador de enfermagem, teve que chamar atenção quanto aos comportamentos inadequados dos pacientes foram considerados negativos. Novamente percebemos o empenho e desgaste do profissional em insistir e esperar que o paciente modifique o seu comportamento.

Na categoria 6) **Evidenciar aspectos sociais da doença**, identificamos um comportamento positivo, no qual um auxiliar de enfermagem “rotula” a característica social da doença, dizendo:

“Ah! Esta doença é doença de gente pobre. É bom porque a gente já sabe. Se tiver dúvida no diagnóstico: é pobre, é tuberculose.”(T20)

O estigma acompanha a tuberculose pulmonar há muitos anos. Tal visão, enraizada em nossas mentes, provocam comportamentos inesperados, mesmo que tenhamos conhecimento ou uma noção sobre o assunto.

De acordo com Moran (1985),

temos herdado uma grande riqueza de noções, aquisições e mitos sobre a tuberculose e nossas predisposições e reações à ela [...] . Esta herança tem afetado as pesquisas que tentam demonstrar como podemos ter recaídas por causa do “stress” emocional e como nossas reações à doença afetam a recuperação. (p.111).

Assim percebemos que nossas crenças e mitos fazem com que rotulemos uma doença, ainda que tenham se passado milhares de anos do conhecimento de sua existência.

Estes comportamentos não afetam somente a recuperação do paciente, mas também a qualidade da assistência de enfermagem a ser prestada ao portador de tuberculose pulmonar.

Em relação aos comportamentos negativos, nesta categoria, identificamos 3 comportamentos, os quais se referem ao comparecimento de familiares no hospital, para autorização de realização de exames. Três trabalhadores de enfermagem distintos relataram a mesma situação, nas quais os comportamentos foram identificados.

O seguinte relato os exemplifica:

“Chamamos a esposa de um paciente para autorizar a realização de um exame. Ela não queria assinar porque tinha medo dele morrer e ela não trabalhava e perguntou o que aconteceria a ele se não assinasse a autorização.”(T5)

O medo da esposa perder o marido fica evidente no relato descrito. Observamos aqui um importante aspecto social, no qual o sustento da família depende do marido, cuja vida poderá ser colocada em risco, durante a realização de um exame.

Na categoria 7) **Apresentar (des)preparo (profissional de enfermagem)**, obtivemos um comportamento positivo, o qual se refere a um trabalhador de enfermagem que não sentiu dificuldades para orientar o paciente.

Em relação aos comportamentos negativos, obtivemos 5 e nestes observamos que evidenciam o receio, dos trabalhadores de enfermagem, de orientar os pacientes quanto ao questionamento sobre a tuberculose pulmonar, preferindo desta forma, chamar um enfermeiro para fazê-lo.

O seguinte relato demonstra o comportamento identificado:

“Não me senti preparado para responder às perguntas do paciente e chamei a enfermeira.”(T12)

“Entrei na enfermaria e ví o paciente tossindo e sangrando muito pela boca. Não sabia o que fazer.”(T16)

Nesta categoria, apesar de termos obtido poucos relatos em relação aos comportamentos negativos, observamos que há um certo despreparo dos profissionais de enfermagem, quando os mesmos se defrontam com situações nas quais têm que demonstrar conhecimento sobre uma determinada doença. Tal situação gera comportamentos associados à insegurança por não conhecer detalhadamente, uma doença infecciosa, como a tuberculose pulmonar.

Na categoria 8) **Demonstrar (des)conhecimento sobre a doença (paciente)**, obtivemos dois comportamentos considerados positivos, nos quais o paciente demonstra saber o modo de transmissão da doença ao ser questionado, tomando as providencias adequadas ou seja, o uso da máscara ao sair da enfermaria.

No que concerne aos comportamentos negativos, obtivemos três, os quais demonstram a falta de conhecimento do paciente em relação à

doença, questionando os trabalhadores de enfermagem. Os seguintes relatos exemplificam o referido comportamento:

“O paciente me perguntou como eu poderia ter pego aquela doença.”(T17)

“O paciente me perguntou como iria amamentar o seu bebê sem passar tuberculose para ele.”(T15)

Notamos a importância do conhecimento do trabalhador de enfermagem em relação a determinadas doenças, pois os pacientes freqüentemente os questionam e esperam sanar suas dúvidas, minimizando assim seus medos, receios e inseguranças.

A categoria 9 refere-se à **Expressão de sentimentos vivenciados pelo paciente.**

Nesta obtivemos sete situações nas quais foram expressos sentimentos associados a uma positividade. Os sentimentos mais encontrados referidos pelos pacientes, foram gratidão, medo da doença, desânimo pela demora do tratamento, depressão por estarem isolados, desconfiança, arrependimento e indiferença quanto à doença e ao tratamento.

Os seguintes relatos exemplificam a expressão destes sentimentos:

“O paciente se arrependeu de não ter tomado os remédios. Disse que iria tomar direito e ir embora.”(T21)

“O paciente referiu sentir-se grato pela enfermagem ajudá-lo.”(T9)

“Referiu estar deprimido por estar isolado, mas que estando sozinho, pensaria melhor na sua vida.”(T8)

“Paciente referiu estar desanimado com o tratamento, mas disse que a partir daquele momento não iria mais abandonar o tratamento.”(T6)

“A gratidão do paciente funcionou como um estímulo para mim.”(T10)

“O paciente disse que estava com medo de ter ficado doente. Disse que iria parar de beber e levaria uma vida melhor.”(T11)

Estes relatos nos mostram que, mesmo um sentimento estando associado a uma idéia negativa, expressam aspectos que julgamos positivos, pois desencadeiam atitudes que levam o indivíduo a refletir sobre os seus atos e a repensar a situação na qual se encontram em certos momentos de suas vidas.

Ao analisarmos os comportamentos considerados negativos, observamos a ocorrência de oito comportamentos, nos quais os relatos evidenciaram sentimentos referidos como negativos.

Os sentimentos evidenciados aqui assemelham-se aos mencionados anteriormente. Os sentimentos que se acrescem aos já mencionados, são a agressividade e a angústia que aparecem nos relatos, exemplificados a seguir:

“O paciente tentou me acertar com a perna enquanto eu fazia um curativo além de ter me agredido verbalmente..”(T18)

“Paciente referiu estar angustiado por estar isolado e longe da família.”(T9))

No que se refere à categoria 10) **Expressar sentimentos vivenciados pela equipe de enfermagem**, obtivemos nove comportamentos considerados negativos, nos quais identificamos os sentimentos de agonia, apavoramento e bloqueio.

Alguns dos comportamentos descritos abaixo identificam estes sentimentos:

“O médico entubou o paciente e ele estava consciente e ficou me olhando. O seu olhar me deu agonia. Nunca me esqueci daquele olhar.” (T16)

“Entrei na enfermaria e vi que o paciente estava tossindo sangue e haviam alguns grumos na sua boca. Tive um bloqueio. Não sabia o que era aquilo.”(T10)

“Vi o paciente sangrando muito e corri para a porta gritando por ajuda. Me apavorei.”(T7)

Não obtivemos para esta categoria comportamentos considerados positivos.

Notamos que situações adversas podem provocar labilidade emocional, fazendo com que o trabalhador de enfermagem, mesmo estando preparado emocionalmente se desequilibre, podendo entrar em pânico ou desespero.

Na categoria 11) **Oferecer orientação médica**, obtivemos dois comportamentos considerados positivos, nos quais a enfermeira necessitou

chamar o médico para convencer o paciente a tomar medicações e a se acalmar.

No que concerne aos negativos, obtivemos 12 comportamentos observados ou relatados pelos trabalhadores de enfermagem. Alguns dos seguintes relatos os exemplificam:

“Vi que o médico conversou com a esposa do paciente mas não adiantou. Ela não assinou o termo para realização do exame.”(T5)

“O médico veio, orientou o paciente e resolveu entubá-lo”(T4)

“Pedi para o médico modificar a dieta do paciente pois ele não conseguia deglutir mais nada.”(T8)

Estas situações exemplificam alguns dos comportamentos em situações nas quais a enfermagem solicita orientação e atenção médicas.

Talvez tenham sido consideradas negativas pelo fato de estarem associadas a uma situação na qual o paciente não tem muitas escolhas a não ser se submeter ao tratamento recomendado, tendo a enfermagem, neste momento, importante papel na orientação do paciente para obter sua colaboração nos procedimentos realizados.

Na categoria 12) **Presenciar condutas da equipe médica**, encontramos 22 comportamentos considerados negativos, nos quais observamos a enfermagem solicitando a avaliação ou ajuda médica para solucionar os problemas relativos ao paciente.

Alguns dos relatos obtidos exemplificam estes comportamentos:

“Chamei o médico para avaliar o paciente. ele disse que iria dar uma olhada e demorou.”(T1)

“Comuniquei ao médico que o paciente não estava bem. Ele demorou para vir.”(T3)

A equipe médica atende às necessidades do paciente, baseada nas avaliações que a enfermagem realiza do doente.

É imprescindível que o atendimento ao paciente seja conjunto, e que as equipes, não somente a de enfermagem e médica trabalhem unidas, mas também os outros profissionais de saúde, proporcionando desta maneira, um atendimento de melhor qualidade e mais eficiência para o paciente, promovendo a sua saúde.

6.2.3 CONSEQUÊNCIAS

Na tabela 4, apresentamos a distribuição de categorias de consequências identificadas. Obtivemos um total de 143 (100,0%) consequências, das quais 54 (37,8%) foram consideradas positivas e 89 (62,2%) consideradas negativas.

Procedemos como anteriormente e extraímos 20 categorias de consequências dos relatos dos trabalhadores, apresentadas na Tabela 4.

- 1) Aderência/ não- aderência ao tratamento
- 2) Conscientização do paciente
- 3) Melhora do estado geral do paciente/ alta hospitalar

- 4) Piora do estado geral do paciente
- 5) Estabelecimento de vínculos afetivos entre o paciente e a enfermagem
- 6) Preocupação do paciente com a equipe de enfermagem
- 7) Uso de precauções
- 8) Satisfação e estímulos para a equipe de enfermagem
- 9) Atuação ou condutas do enfermeiro
- 10) Gratidão do médico à equipe de enfermagem
- 11) Gratidão do paciente à equipe de enfermagem
- 12) Orientação/reconhecimento de condutas médicas
- 13) Não aceitação da doença e do longo período de tratamento
- 14) Sentimentos vivenciados pelo paciente
- 15) Sentimentos vivenciados pela enfermagem
- 16) Paciente recusa ajuda, orientação e realização de exames
- 17) Desistência do enfermeiro quanto à orientação/ desestímulo
- 18) Aspectos sociais da doença.
- 19) Condições higiênicas do ambiente.
- 20) Despreparo da equipe de enfermagem.

Tabela 4 Distribuição de categorias de **consequências** identificadas dos incidentes críticos, com referência positiva ou negativa, relacionadas à assistência de enfermagem prestada ao portador de tuberculose pulmonar, HCFMRP-USP, Ribeirão Preto-SP, 2003

CATEGORIAS DE CONSEQUÊNCIAS	POSITIVA n	NEGATIVA n	TOTAL n
1) Aderência/ não- aderência ao tratamento	12	7	19
2) Conscientização do paciente	15	-	15
3) Melhora do estado geral do paciente/ alta	5	2	7
4) Piora do estado geral do paciente	1	14	15
5) Estabelecimento de vínculos paciente/enfermagem	1	-	1
6) Preocupação do paciente com a equipe de enfermagem	1	-	1
7) Uso de precauções	2	4	6
8) Satisfação/estímulo da equipe de enfermagem	7	-	7
9) Atuação/condutas do enfermeiro	1	7	8
10) Gratidão do médico à equipe de enfermagem	1	-	1
11) Gratidão do paciente à equipe de enfermagem	4	-	4
12) Orientação/reconhecimento de condutas médicas	1	9	10

CATEGORIAS DE CONSEQUÊNCIAS	POSITIVA n	NEGATIVA n	TOTAL n
13) Não aceitação da doença e do longo período de tratamento	3	-	3
14) Sentimentos vivenciados pelo paciente	-	3	3
15) Sentimentos vivenciados pela enfermagem	-	21	21
16) Paciente não aceita orientação / ajuda /recusa exames	-	12	12
17) Desistência do enfermeiro quanto à orientação /desestímulo	-	2	2
18) Aspectos sociais da doença	-	2	2
19) Condições higiênicas do ambiente	-	1	1
20) Despreparo da equipe de enfermagem	-	5	5
TOTAL	54 37,8%	89 62,2%	143 100,0%

Observamos que nem todas as categorias apresentaram consequências positivas e negativas. A aderência ou não ao tratamento, a referência quanto à melhora ou piora do estado geral do paciente, o uso de precauções, atitudes quanto à atuação do enfermeiro e orientação e condutas médicas, foram as categorias que tiveram menções em ambos os pólos,

enquanto as demais somente foram mencionadas como positivas ou negativas.

Quando nos referimos à categoria 1, ou seja, **à aderência ou não ao tratamento**, encontramos 12 referências positivas e sete negativas. Dentre as positivas, destacamos relatos nos quais os trabalhadores mencionaram algumas conseqüências advindas das dificuldades encontradas pelo paciente para se submeter ou não ao tratamento, aceitação da alimentação e até mesmo reações gástricas relativas à medicação.

Os relatos abaixo exemplificam tais menções:

“O paciente referiu que com a orientação e apoio da enfermagem, se convenceu de tomar as medicações e ficou mais fácil se tratar”. (T1, 5, 6, 8, 9, 12, 16, 17 e 18)

“O paciente mencionou que tomou o remédio com leite e passou mal”. (T5)

“O paciente voltou ao hospital depois da alta e não tinha parado nem de beber e nem de fumar e não continuou a tomar os remédios, abandonando o tratamento”. (T7)

Apesar das dificuldades relatadas pelos pacientes, a enfermagem percebeu que suas orientações não tinham sido em vão, pois vários pacientes mudaram seus comportamentos e sua forma de agir ou pensar.

Talvez por isso, tais conseqüências foram consideradas positivas pelos trabalhadores. Mas ao mesmo tempo, algumas situações podem ser consideradas como desafiantes pois, o paciente ao não modificar o seu comportamento estimulou o trabalhador a reforçar sua orientação, a

fim de promover uma mudança de comportamento, esperando um resultado futuro positivo, principalmente no que diz respeito à aderência ou não ao tratamento.

Kritski; Conde; Souza (2000), aconselham o tratamento supervisionado, pois como os pacientes têm que tomar vários comprimidos podem confundir-se ao tomá-los.

Os mesmos autores mencionam a importância de uma estratégia diferenciada, a qual deve ser adotada no tratamento da tuberculose, principalmente quando se trata de idosos, pois o “treinamento de pessoal para o atendimento a esta população iria provavelmente otimizar o resultado do tratamento” (p. 189).

Quanto às referências negativas das conseqüências, incluídas na categoria aderência ou não ao tratamento, obtivemos sete relatos:

“Depois de insistir muito com o paciente, ele concordou e deixou coletar o sangue”.(T5)

“Eu sei que depois o paciente vai embora e descontinua o tratamento”. (T17)

“O paciente iniciou logo o tratamento, mas apresentou reação alérgica ao medicamento e foi ficando cheio de bolhas, como se fosse queimadura pelo corpo”. (T24).

“O paciente não tomou a medicação”. (T24)

“O paciente teve que tomar a medicação com água e açúcar”. (T24)

“O paciente referiu que houve melhora do estômago após ingerir a medicação com água e açúcar e alimento”. (T24)

“Discuti com a enfermeira sobre a dieta fora de hora para o paciente e pedimos para o médico modificar a prescrição, favorecendo o paciente. (T24)”

Do relato de um mesmo trabalhador, pudemos extrair mais de uma consequência. Também percebemos, nas falas dos entrevistados, que os mesmos se sentem frustrados por não conseguirem realizar algo que faça bem ao paciente. Muitas vezes, tentam convencê-lo, como por exemplo, a tomar medicação ou alimentar-se mas este não aceita. Preocupam-se por saber que o paciente, ao deixar o hospital, poderá abandonar o tratamento.

Surpreendem-se discutindo com a enfermeira a respeito do melhor tratamento a ser oferecido ao paciente e até mesmo questionando prescrições médicas.

A próxima categoria diz respeito à **conscientização do paciente quanto ao tratamento e à sua doença**.

Nesta categoria, obtivemos somente 15 menções consideradas positivas pelos trabalhadores, conforme observamos nos relatos a seguir:

“O paciente depois de muita insistência se conscientiza do seu tratamento”. (T1 e T24)”

“Após a minha orientação sobre a doença, ele disse que agora que estava se tratando, iria se cuidar melhor e cuidar da família”.(T2 e T21)”

“O paciente se convence de que o tratamento é importante e começa a tomar as medicações”. (T8)”

“Depois que eu conversei com o paciente ele se acalmou”. (T2, 5, 18, e 22)”

“Depois que eu (enfermeira) conversei com a paciente ela se conformou e conseguiu dormir a noite toda”. (T2)

“Paciente chegou à conclusão de que tudo dependia dele e aceitou melhor a sua situação”. (T17)

“A paciente acalmou-se por saber que teria uma vida normal com o seu bebê”. (T23)

“Eu percebi que o paciente precisava de carinho e atenção”. (T9)

A partir destes relatos observamos que os trabalhadores de enfermagem têm uma forte presença junto ao paciente, dando-lhes orientações no que diz respeito à doença, à forma de transmissão e tratamento.

Há também algumas menções quanto à atenção que o enfermeiro dispensa ao paciente, tendo em vista que é a equipe de enfermagem a que mais permanece em contato com ele. Estes relatos ilustram a importância da participação da enfermagem na diminuição da ansiedade dos pacientes, representada pelo desconhecimento da doença.

Na categoria 3, referente à **melhora do estado geral do paciente**, incluem-se cinco conseqüências consideradas positivas e duas negativas, explícitas nos seguintes relatos respectivamente:

“O paciente começou a apresentar melhora. Demorou mas melhorou!”(T3 e T6)

“Ele saiu renovado e com forças na alta hospitalar.” (T3)

“Depois de muita insistência a paciente começou a melhorar, conseguindo levantar-se, deambular e ir até o banheiro para tomar banho”. (T11 e T19)

No que diz respeito às duas menções negativas, destacamos as seguintes falas:

“O paciente teve alta hospitalar mas ele referiu que não tinha para onde ir. Eu o deixei passar mais aquela noite no hospital. Fiquei preocupada.” (T2)

“Este outro paciente foi embora e eu não tive mais notícias sobre ele.” (T2)

Notamos, a partir dos relatos, que a enfermagem se sente realizada quando os pacientes apresentam melhora e têm alta hospitalar mas, ao mesmo tempo, as consequências consideradas negativas evidenciam novamente a preocupação. Num dos últimos relatos, o enfermeiro demonstrou a sua preocupação quanto ao destino do paciente, após a sua alta, pois muitos não têm residência fixa ou lugar para morar, expondo-se aos riscos de adquirir a doença novamente.

Reforçamos aqui a necessidade do tratamento supervisionado que exige mudanças nas atividades de rotina das equipes de saúde, as quais devem contar com profissionais de diferentes categorias (MUNIZ et al., 2003).

Percebemos a necessidade de se introduzir programas de tratamento supervisionado nos hospitais pois, se o paciente internado após a alta hospitalar, não tiver um acompanhamento que dê continuidade à sua terapia, ele poderá abandoná-la, dando margens ao aparecimento de cepas

resistentes do bacilo e provável piora do seu estado geral. Se houver um encaminhamento o seu tratamento também deverá ser garantido.

A próxima categoria (4) refere-se **à piora do estado geral do paciente**. Nela, obtivemos uma única consequência considerada positiva, conforme relato abaixo:

“O paciente volta doente de novo e em pior estado. Mas vale a pena investir nas orientações dadas aos pacientes e insistir para que eles se tratem”. (T1)

Observamos que esta consequência foi considerada positiva pelo trabalhador, pois o fato de a doença do paciente, se repetir, torna-se um forte estímulo para que o próprio trabalhador continue a insistir no autocuidado do paciente.

As outras 14 consequências, relacionadas à piora do estado geral do paciente, referem-se às condutas médicas, conforme observado em alguns dos seguintes relatos:

“O paciente chegou e estava mal, chamamos o médico e ele demorou para avaliar o paciente, quando ele chegou o paciente já havia piorado muito.”(T1, 2, 5, 6, e 9)

“O paciente piorou muito.”(T5, T9)

“O paciente aguardando avaliação médica teve uma parada cardiorespiratória.” (T5)

Cabe ressaltar as péssimas condições de higiene e saúde nas quais os pacientes encaminhados a esta instituição chegam. Frequentemente

são encaminhados ou chegam para a admissão na unidade, desnutridos e em precárias condições de higiene e em mau estado geral, o que dificulta a melhora do paciente por já estar debilitado.

A categoria 5 refere-se ao **estabelecimento de vínculos afetivos entre o enfermeiro e o paciente**, a qual apresentou uma consequência positiva, que pode ser observada no seguinte relato:

“Depois de conversar muito com a paciente, nos tornamos amigas e até trocamos telefone. Nos falamos até hoje”. (T2)

A categoria 6 evidencia **a preocupação do paciente com a equipe de enfermagem**. Nesta obtivemos uma única consequência considerada positiva, evidenciada no seguinte relato:

“A paciente se preocupou comigo porque eu entrei na enfermaria sem a máscara e ela insistiu para que eu colocasse a máscara.” (T4)

Os relatos inseridos nas categorias 5 e 6 refletem o apego do paciente ao enfermeiro ou à enfermagem, pela atenção e cuidados oferecidos. Geralmente, o paciente identifica-se com alguns trabalhadores criando vínculos mais fortes, passando a se preocupar com o trabalhador, tentando protegê-lo.

A categoria 7 aborda **o uso de precauções**. Nesta mesma categoria obtivemos duas consequências positivas e quatro negativas.

As positivas podem ser evidenciadas nos seguintes relatos:

“Depois que conversei com o paciente ele passou a usar a máscara para sair da enfermaria, pois não tinha este hábito.”(T5)

“A paciente sentiu-se melhor depois da orientação quanto à transmissão e passou a usar a máscara quando se aproximava do seu filho recém-nascido.” (T22)

Estes relatos mostram que a orientação quanto ao uso de precauções é importante e que a preocupação com o uso de máscara está presente até mesmo naqueles pacientes que têm o mínimo de conhecimento sobre a doença.

Em relação às conseqüências negativas, quanto ao uso de precauções, estão presentes nos seguintes relatos:

“Entrei na enfermaria sem a máscara, mas depois fiquei pensando e cheguei à conclusão que devo me proteger sempre.” (T7 e T12)

“A paciente não aceitava que nós usássemos máscara para entrar na enfermaria. Isto nos chateava muito.”(T21)

“Depois de muitas orientações e insistência da enfermagem, o acompanhante passou a usar a máscara.” (T22)

O risco de transmissão intra-hospitalar há muito foi definido. A identificação rápida, objetivando isolamento adequado de pacientes com risco de tuberculose pulmonar bacilífera, é importante para limitar a possível exposição de outros pacientes e de profissionais de saúde,

principalmente quando se dispõe de recursos físicos e técnicos inadequados. Falhas no reconhecimento, no isolamento e no manejo de pacientes com tuberculose são determinantes importantes de surtos nosocomiais (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR, 1999).

As situações de risco, com frequência, estimulam o profissional a pensar melhor em suas atitudes, o que pode culminar com uma mudança de comportamento adequada.

Os depoimentos mostram que a ocorrência destas situações contribuíram para que as consequências mudassem o comportamento dos próprios pacientes e trabalhadores, promovendo também a mudança de comportamento de uma terceira pessoa, aqui no caso, o acompanhante.

No entanto, os trabalhadores a consideraram negativa, pelo fato de tais experiências terem provocado um pensamento crítico em relação às suas atitudes, questionando a si mesmos.

A categoria 8 refere-se à **satisfação e aos estímulos da equipe de enfermagem** e nesta foram obtidas sete consequências positivas e alguns relatos evidenciam tal satisfação relatada pelos trabalhadores:

“Fiquei muito satisfeita por ver a paciente bem e feliz e por conseguir ajudá-la.” (T6)

“Fiquei muito satisfeita e me surpreendi com a força de vontade da paciente.”(T11)

“Fiquei satisfeita pela paciente ter aceitado a minha ajuda.” (T12)

*“Fiquei satisfeita e feliz por ver que a paciente aceitava cada vez mais as dietas que eu oferecia.”
(T19)*

As falas dos trabalhadores de enfermagem mostram sua satisfação ao cuidar de um paciente e presenciar a melhora do seu estado geral, o que poderá contribuir como forte estímulo para a profissão.

Daí a importância do paciente dispensar atenção ao trabalhador, o qual espera que haja um ‘feedback’ para que continue estimulado para o trabalho.

A categoria 9 refere-se à **atuação ou condutas tomadas pelo enfermeiro**. Nesta obtivemos uma consequência positiva e sete negativas.

A consequência positiva diz respeito à situação em que o enfermeiro atua no sentido de providenciar a saída do paciente do hospital, com a ajuda da assistente social, para resolver problemas referentes à sua nova casa.

As consequências negativas podem ser observadas nos seguintes relatos:

“O paciente estava com fome e o enfermeiro não conseguiu mais alimento para ele por ser de madrugada.”(T2 e T3)

“O paciente não tinha onde morar. O enfermeiro juntamente com a assistente social, conseguiu um lugar para o paciente ficar.” (T3)

“O enfermeiro foi chamado para resolver o problema da esposa do paciente, que se queixava que havia perdido o marido, pois ele havia morrido e não sabia o que fazer.”(T19 e T24)

A **gratidão do médico à equipe de enfermagem**, tema da categoria 10, aparece em uma consequência positiva, situação na qual a auxiliar de enfermagem orienta o médico quanto à proteção a ser utilizada, ou seja, o uso da máscara.

Na categoria 11, que demonstra a **gratidão do paciente à equipe de enfermagem**, obtivemos quatro consequências positivas, as quais podem ser observadas nos seguintes relatos:

“O paciente agradeceu pelo tratamento e pela paciência que eu tive com ele.”(T9)

“Ele me agradeceu e sempre me procurava no plantão para conversar.” (T15)

“O paciente adquiriu confiança em mim e me agradeceu.” (T17)

“Ele referiu estar grato por eu cuidar dele com muita atenção.” (T19)

A categoria 12 refere-se à **orientação/reconhecimento de condutas médicas**. Nesta obtivemos uma consequência positiva e nove consequências negativas.

A positiva diz respeito à orientação médica dada ao paciente, tentando convencê-lo a tomar as medicações.

Quanto às negativas, estão exemplificadas em alguns relatos abaixo:

“O residente demorou para tomar uma atitude quanto ao tratamento do paciente.”(T1)

“O médico encaminhou o paciente para exame sem a autorização da família, pois o paciente se recusava a fazer o exame.”(T6)

“A médica percebeu que o erro foi dela ao não fazer o pedido do exame.”(T1)

“Os resultados dos exames do paciente tiveram atraso de vários dias.” (T1)

“Conversei com o médico e pedi para ele modificar a prescrição do paciente para que o mesmo pudesse tomar a medicação que pode ser tomada com alimento.”(T20)

É importante lembrar, que a característica principal desta instituição, é a de que a mesma se trata de um hospital universitário, no qual se inserem acadêmicos e residentes de enfermagem e medicina. A categoria 13 refere-se à **não aceitação da doença, pelo paciente, e do longo período de tratamento.**

Nesta obtivemos três consequências consideradas positivas transcritas a seguir:

“O paciente não se conformava por estar com esta doença.”(T 23 e T 24)

“O paciente ficou surpreso ao saber da duração do tratamento da tuberculose.” (T24)

Os sentimentos vivenciados pelo paciente incluem-se na categoria 14, na qual obtivemos três consequências negativas onde os

pacientes relataram aos trabalhadores que se sentiram mais calmos após receberem orientações e mais aliviados após terem iniciado o tratamento.

Os **sentimentos vivenciados pela enfermagem** incluem-se na categoria 15, na qual obtivemos 21 consequências, que os trabalhadores consideraram negativas.

Alguns relatos exemplificam estas consequências:

“Eu fiquei impressionada com o óbito daquela paciente e não conseguia dormir à noite.” (T5, T11 e T15)

“Não conseguia lidar com a situação de ver a esposa desnorteada por ter perdido o marido.”(T5)

“A equipe se revoltou e ficou triste por ver a morte de um paciente muito jovem, que era filho único de inseminação artificial.”(T5, T24 e T12)

“A equipe de enfermagem se sentia incomodada ao ver que a paciente não aceitava o isolamento.”(T21)

“Ficamos chateados porque a paciente ao nos ver usando a máscara achava que tínhamos nojo dela.”(T21)

“Me senti ofendida, pois tentei ajudar o colega e ele me agrediu verbalmente. Me calei.”(T24)

“Me revoltei por que o paciente me agrediu.” (T5)

*“Fiquei preocupada e com medo de pegar a doença.”
(T6 e T7)*

Através dos relatos, verificamos que a enfermagem vivencia sentimentos relacionados às diversas situações experienciadas no dia a dia.

Estas podem desencadear sentimentos e reações distintas, nas quais o próprio trabalhador de enfermagem, poderá surpreender-se consigo mesmo ou com o seu colega de trabalho.

Observamos que o medo do contágio permeia o atendimento ao paciente. O trabalhador se culpa por não ter utilizado a máscara com o filtro N-95 no momento adequado, e posteriormente se preocupa com o medo do adoecimento pela tuberculose pulmonar.

A categoria 16 refere-se às conseqüências nas quais os **pacientes não aceitam orientação, ajuda e ainda se recusam a realizar exames**. Nesta categoria, obtivemos 12 conseqüências consideradas negativas e os relatos a seguir as exemplificam:

“O paciente referiu não querer fazer o exame. Sua esposa não assinou o termo. Ele foi submetido ao exame.”(T5)

“Conseguimos um lugar para o paciente ficar pois o mesmo não tinha residência fixa e ele recusou dizendo que se arranjará.”(T3)

“Orientei o paciente para não cuspir. Chamei a sua atenção novamente e ele disse que não era ele que havia feito aquilo e continuou a cuspir no chão.”(T4)

“Orientei o paciente para não tossir no paninho e pedi que usasse o lenço de papel e jogasse no saco de lixo. Ele continuou a usar o paninho.”(T4)

“A paciente recusava medicações com frequência. Depois de insistir muito passou a tomar as medicações principalmente na presença da mãe.” (T22)

A categoria 17 refere-se à **desistência do enfermeiro quanto à orientação e desestímulo**. Nesta, encontramos duas conseqüências negativas, nas quais o enfermeiro desistiu de orientar o paciente dada a sua resistência em aceitar as orientações, como podemos observar no seguinte relato:

“Eu pedi para o paciente tossir no lenço várias vezes. Ele não mudava e acabei desistindo.” (T1 e T7)

A categoria 18 demonstra duas conseqüências negativas, as quais se referem aos **aspectos sociais da tuberculose pulmonar**. Nesta categoria dois relatos evidenciam estes aspectos.

“O filho da paciente sentiu-se enganado por não saber do verdadeiro diagnóstico. Soube somente quando ela morreu.” (T6)

“O paciente foi encaminhado a uma casa de tuberculosos porque não tinha para onde ir.”(T23)

A categoria 19 refere-se às **condições higiênicas do ambiente**, na qual obtivemos apenas uma conseqüência considerada negativa. Este relato evidencia a situação em que um auxiliar de enfermagem orienta o paciente para não cuspir no chão e o paciente aceita a orientação, modificando o seu comportamento, colaborando assim, com a limpeza do ambiente.

A categoria 20 refere-se ao **despreparo da equipe de enfermagem**. Nesta obtivemos cinco conseqüências negativas, as quais podem ser observadas nos relatos a seguir:

“Eu encaminhei o paciente ao banho e ele começou a passar mal e apresentar muita dispnéia. Tive que gritar o pessoal para me ajudar. Compreendi que não devo levar pacientes em mal estado geral, sozinha para o banho.” (T10)

“A minha colega começou a aspirar o paciente e começaram a sair grumos estranhos e ela me perguntou o que era aquilo. Eu não sabia o que dizer e o que era. Nós funcionários deveríamos ter aulas sobre estas patologias, como a tuberculose.”(T16 e T17)

“O paciente me perguntou como eu havia pegado a doença. Eu expliquei um pouco, mas me senti um pouco despreparado para orientá-lo.”(T16)

“Paciente referiu que não ia mais tomar a medicação. Eu perdi e insisti para que o paciente tomasse a medicação.”(T18)

Notamos que os trabalhadores de enfermagem, de uma forma geral, precisam de suporte ou aprimoramento de conhecimentos para atender melhor e com mais segurança ao portador de tuberculose pulmonar.

Vemos que, quando questionados pelos pacientes, sentem-se inseguros para orientá-los. A carência de conhecimento também se faz presente quando o paciente apresenta algum sintoma ou complicação que os trabalhadores desconhecem. Nesses momentos, tornam-se inseguros frente a determinadas situações, sem saber o que fazer.

A necessidade de melhor preparo teórico, no que diz respeito à tuberculose pulmonar, foi relatada por uma trabalhadora, a qual mencionou que se tivessem um melhor preparo ou aulas, poderiam atender ao paciente com maior segurança.

A profissão de enfermagem, como a medicina, fazem parte das profissões essenciais a qualquer sistema de saúde, que pressupõe atendimento de qualidade e aceitável em sociedades desenvolvidas, o que as torna profissões de grande valor social (MACHADO, 2002).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo permitiu que caracterizássemos os aspectos positivos e negativos relacionados à assistência de enfermagem prestada aos portadores de tuberculose pulmonar, tendo como base os relatos dos trabalhadores de enfermagem de uma unidade de isolamento.

Categorizamos, inicialmente, os elementos que compõem o incidente crítico, ou seja, a situação, os comportamentos e as conseqüências. A seguir, analisamos individualmente cada componente do incidente crítico em relação aos aspectos positivos ou negativos, extraídos dos relatos dos trabalhadores.

A aplicação da técnica de incidentes críticos propiciou a identificação de situações vivenciadas ou observadas pelos trabalhadores de enfermagem, durante o atendimento ao portador de tuberculose pulmonar. Ressaltamos, ainda, a flexibilidade oferecida pela técnica, o que nos possibilitou captar diversos aspectos relacionados à assistência prestada por diferentes categorias de profissionais de saúde.

Obtivemos 24 relatos, dos quais extraímos um total de 94 incidentes críticos, e dentre estes 38 foram referidos pelos entrevistados como positivos e 56 foram apontados como negativos. Vale ressaltar que o número de incidentes críticos obtidos, coincidiu com o número de situações identificadas.

Entre as categorias de situações, as mais freqüentes e com maior número de menções positivas e negativas foram: 1) Orientações quanto ao tratamento; 2) Sentimentos vivenciados pelo paciente e 3) Despreparo da equipe de enfermagem.

As categorias: 4) Aspectos sociais da doença, 5) Orientações quanto às precauções, 6) Orientações quanto ao comportamento do paciente e 7) Conhecimento do paciente sobre a doença, foram mencionadas com menor frequência, mas também receberam considerações positivas e negativas. As categorias 8) Recusa quanto à coleta de exames e procedimentos e 9) Condutas da equipe médica, receberam somente referências negativas.

Em relação aos comportamentos, o segundo componente do incidente crítico, obtivemos 70 (36,7%) com referências positivas e 121 (63,3%) com referências negativas, perfazendo um total de 191 (100,0%) comportamentos.

No que concerne às categorias de comportamentos, receberam somente referências negativas as que seguem: 10) Expressar sentimentos vivenciados pela equipe de enfermagem e 12) Presenciar despreparo da equipe médica. As demais mostraram equilíbrio nas referências negativas e positivas: 2) Orientar quanto ao tratamento/alimentação, 4) Oferecer atenção/orientação/intervenção do enfermeiro e 5) Oferecer atenção/orientação do auxiliar/técnico de enfermagem.

No que diz respeito às consequências, estas somaram 143 (100,0%), sendo 54 (37,8%) mencionadas como positivas e 89 (62,2%) consideradas negativas. Quanto às suas categorias, receberam referências positivas e negativas: 1) Aderência/não-aderência ao tratamento; 3) Melhora do estado geral do paciente; 4) Piora do estado geral do paciente; 7) Uso de precauções, 9) Atuação/condutas do enfermeiro e 12) Orientação/condutas médicas. Houve predomínio de referências positivas para as categorias relacionadas à aderência ou não ao tratamento e à conscientização do paciente quanto à doença. Uma única categoria

recebeu somente referências positivas, ou seja, a categoria 13) Não aceitação da doença e do longo período de tratamento; as demais, receberam somente referências negativas. Quanto às categorias 15) Sentimentos vivenciados pelo paciente e 16) Paciente não aceita orientação ou ajuda, nelas predominaram as referências positivas.

Notamos, de um modo geral, que ao observar os três componentes dos incidentes críticos, extraídos dos relatos, obtivemos um número maior para as referências negativas, comparadas às positivas.

Como já mencionamos, outros trabalhos abordando a assistência de enfermagem, sob diferentes aspectos, apresentaram também maior número de referências negativas, evidenciando a facilidade dos trabalhadores de enfermagem para descreverem situações associadas a um sentimento negativo.

Observamos este fato, durante a realização das entrevistas, pois os trabalhadores, ao serem orientados a relatar uma situação na qual foi marcante para os mesmos, de forma positiva, notamos que apresentavam uma certa dificuldade para recordar-se dela. Ao passo que, ao serem orientados a relatar uma situação com conotação negativa, lembravam-se dela com maior facilidade. Neste último caso, recordavam-se não somente de uma situação marcante vivenciada, mas de várias situações presenciadas. Isto explica o número de 96 incidentes/situações extraídas de 24 relatos.

O enfrentamento dessas situações, relacionadas à assistência de enfermagem prestada ao portador de tuberculose pulmonar, gera dúvidas, principalmente nos pacientes, os quais expressam sentimentos, na sua grande maioria, negativos. Isso exige que os trabalhadores de enfermagem tenham capacidade para minimizar os conflitos vivenciados pelo paciente, ocasionados tanto pelo seu estado de saúde debilitado, por ter contraído

uma doença infecciosa, como a tuberculose pulmonar, quanto por estar em isolamento.

É importante ressaltar que o isolamento não aflora sentimentos negativos somente para o paciente, mas também para o trabalhador de enfermagem. Em uma situação de isolamento, o portador de tuberculose pulmonar demonstra o conhecimento que tem de senso comum, baseado em fatos vivenciados. O trabalhador de enfermagem, assim como o paciente, poderão basear-se nas crenças que têm sobre a doença, onde muitas vezes, estas são muito mais fortes que o próprio conhecimento, permeando situações e gerando comportamentos.

Como mencionado anteriormente, o comportamento extraído dos incidentes que recebeu maior número de referências positivas e negativas, predominando as negativas, foi aquele em que o trabalhador de enfermagem é solicitado a oferecer orientações ao paciente e família quanto ao modo de transmissão, tratamento e prevenção da tuberculose pulmonar, muitas vezes não se sentindo protegidos e preparados para tal.

Edlin et al. (1992, p.28) afirmam que para “prevenir a tuberculose em trabalhadores de saúde é importante prevenir a transmissão da enfermidade, tanto dos pacientes para os trabalhadores quanto dos trabalhadores para os pacientes.”

A tuberculose pulmonar apresenta-se como enfermidade que pode ser considerada de risco ocupacional para os trabalhadores de saúde, em particular para os membros da equipe de enfermagem, pois a profissão de enfermagem, como a medicina, fazem parte das “profissões essenciais a qualquer sistema de saúde que pressupõe atendimento de qualidade e baseada em um processo de trabalho tecnicamente aceitável” (MACHADO, 1999, p.589).

É imprescindível que o trabalhador de enfermagem tenha atitudes corretas, pois poderá auxiliar o paciente a identificar e corrigir comportamentos que contribuirão para melhorar e facilitar o seu tratamento.

Mediante os fatos, percebemos a importância da educação continuada destes trabalhadores, sendo importante mantê-los atualizados quanto aos diferentes aspectos relacionados à tuberculose pulmonar. Desta forma, poderemos identificar as falhas por despreparo, existentes no atendimento e detectar deficiências no conhecimento, o qual poderá ser errôneo ou incompleto e até mesmo constatar que o trabalhador possui conhecimentos com bases teóricas corretas ou não, no que se refere ao mecanismo de transmissão, aderência ao tratamento e até mesmo quanto aos aspectos sociais, biológicos, educacionais e de aceitação da doença por parte do próprio paciente e de sua família.

Estes dados, de grande relevância, poderão oferecer condições para promover a educação continuada do trabalhador de enfermagem.

Percebemos então, a importância do conhecimento e de pôr em prática o uso de precauções e recomendações, objetivando melhorar não só as condições de saúde, mas também as de trabalho e de segurança dos trabalhadores em geral, especificamente os da enfermagem que prestam assistência hospitalar.

Observamos que as situações vivenciadas com maior frequência pelos trabalhadores de enfermagem, foram as que abordaram a orientação ao paciente ou à família, no que se refere ao tratamento da tuberculose pulmonar. Este fato justifica a necessidade de a equipe de enfermagem obter e garantir melhor preparo para lidar com essas situações, a fim de oferecer ao portador de tuberculose pulmonar orientação, cuidado integral e atendimento adequados, envolvendo uma equipe multidisciplinar,

visando a qualidade da assistência e a promoção da saúde, assim como a segurança de ambos, ou seja, do paciente e do profissional que o atende.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

ALMEIDA, R. M.; HOMENKO, A. S.; LASERSON, K.; ROTH, V.; MEDEIROS, E. A. S. Avaliação da prevalência e dos fatores de risco para infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* através de teste tuberculínico em profissionais de saúde. **APECIH**, ano16, n.1, 2003.

ANDERSON, W. A. D.; KISSANE, J. M. **Patologia**. 7ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1982. 1796 p.

ANTUNES, J. L. F.; WALDMAN, E. A.; MORAES, M. A tuberculose através do século : ícones canônicos e signos do combate à enfermidade. **Ciência e Saúde Coletiva**. São Paulo, v.5, n.2, p. 367-79, 2000.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. APECIH - Precauções e isolamento. São Paulo, 1999, 52p.

BEDRIKOW, B.; JUSTINIANO, J. A.; JAFERIAN, P. Frequência da tuberculose entre funcionários de uma instituição de assistência médica e os resultados parciais de um programa de controle. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v.5, n.20, p. 30-3, 1977.

BERTAZONE, E.C. **O Exercício da sexualidade de portadores de tuberculose atendidos em unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto**. 1998. 102p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1998.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. DST/AIDS. São Paulo. Ano 14, n. 2 mai. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais da Saúde. Divisão de Pneumologia Sanitária. Campanha Nacional Contra a Tuberculose. **Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço**. 4 ed., Brasília, 1994.

* Apresentadas de acordo com ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – NBR 6023 - Informação e documentação: referências, elaboração. Rio de Janeiro, Ago. 2000 e NBR 14724, NBR 10520. Ago. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Controle da Tuberculose/Plano Emergencial.** Disponível em: <http://www.saúde.gov.br/programas/Tuberculose>. Acesso em: Dezembro/2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Controle da Tuberculose/Plano Emergencial.** Disponível em: <http://www.saúde.gov.br/programas/Tuberculose>. Acesso em: Dezembro/2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.saúde.gov.br/programas/Tuberculose>. Acesso em: Setembro/2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico para o controle da Tuberculose:** cadernos de atenção básica. 6^a. ed. - Brasília, DF, 2002b.

CASTELO, A.; COUTINHO, A. P.; CASTRO, A.S.H.P.; MACHADO, A.M.O. Tuberculose pulmonar in UNIFESP-EPM. **Manual de padronização:** diagnóstico, tratamento e prevenção de tuberculose pulmonar bacilífera. Grupo multiprofissional de diretrizes em tuberculose pulmonar. São Paulo, 2003. 42 p.

CENTER FOR DISEASES CONTROL AND PREVENTION – CDC. Guidelines for preventing the transmission of Mycobacterium tuberculosis in health care facilities. **MMWR**, Atlanta, v.43, n. RR13, 1994.

CHATTERJEE, R. N.; NANDI, D. N. The social and psychological correlates of leprosy. **Ind. J. Psychiatry**, v.31, n.4, p.315-18, Oct. 1989. /Abstract/

DELA COLETA, J. A . A análise do trabalho e a determinação de critérios em psicologia aplicada. **Arq. Bras. Psicol. Aplicada**, v.24, n.3, p.71-82, 1972.

_____. A Técnica dos incidentes críticos: aplicação e resultados. **Arq. Bras. Psicol. Aplicada**, v.26, n.2, p.35-58, 1974.

DOOLEY, S. W.; CASTRO, K. G.; HUTTON, M. D.; MULLAN, R. J.; POLDER, J. A.; SNIDER, D. E. J. R. Guidelines for preventing the transmission of tuberculosis in health care settings, with special focus on HIV related issues. **MMWR – Morb. Mortal-Wkly-Rep.**, v.39, n.RR-17, p. 1-29, 1992.

EDLIN, B. R. ; TOKARS, J. I.; GRIECO, M. H.; CRAWFORD, J. T.; WILLIAMS, J.; SORDILLO, E. M.; ONG, K. R.; KILBURN, J. O.; DOOLEY, S. W.; CASTRO, K. G.; JARVIS, W. R. An outbreak of multidrug-resistant tuberculosis among hospitalized patients with the acquired immunodeficiency syndrome. **N. Engl. J. Med.**, v.326, n.23, p. 1514-21, 1992.

ENARSON, D.A. Controlling tuberculosis – is it really feasible? **Tuberc. Lung Dis.**, v.80, n.2, p. 57-9, 2000.

ESTRELA, M. T.; ESTRELA, A . **A técnica dos incidentes críticos no ensino**. 2^a. ed. Lisboa: Editorial Estampa, 1994, 156p.

FAVERGE, J. **Psychosociologie dès accidentes du travail**. Paris: Presses Universitaires de France, 1970, 159 p.

FIUZA DE MELO, A. F.; AFIUNE, J. B. Tuberculose, uma doença ocupacional. Infecção, adoecimento e proteção dos profissionais de saúde em serviços de atenção à tuberculose. **Bol. Pneumol. Sanit.**, v.3: p. 56-8, 1995.

FIUZA DE MELO, A. F.; KRITSKI, A. L. Infecção, adoecimento e proteção dos profissionais de saúde na tuberculose. In: VERONESI, R.; FOCACCIA, R. **Tratado de Infectologia**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 957-959.

FLANAGAN, J. C. The critical incident technique . **Psycholog. Bull.**, v.51, n. 4, p. 327-57, 1954.

FLANAGAN, J. C. A técnica do incidente crítico. **Arq. Bras. Psicol. Aplicada**, v.25, n. 2, p. 99-141, 1973.

GUIDO, L. A. Aspectos éticos da assistência de enfermagem ao cliente cirúrgico ambulatorial no centro cirúrgico e na sala de recuperação anestésica – Reflexões. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. **Rev. SOBECC**, São Paulo, p. 103-106, Jul. 1995. Ribeirão Preto, 1997.

HAYASHIDA, M. **Laboratório de enfermagem como subsistema tecnológico organizacional**: análise de utilização segundo sua finalidade. 1997. 169p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1997.

MELO, F.; HIJJAR, M. A. **Bol. Pneum. Sanit.**, v.5, n.1, Jan/Jun. 1997.

HOEFEL, H. H. K.; SCHNEIDER, L. O. O profissional de saúde na cadeia epidemiológica. In: RODRIGUES, E. A. C.; MENDONÇA, J. S.; AMARANTE, J. M. B.; ALVES FILHO, M. B.; GINBAUM, R. S.; RICHTMANN, R. **Infecções hospitalares**: prevenção e controle. São Paulo: Sarvier, 1997, p. 352-66.

KRITSKI, A. L., CONDE, M. B., SOUZA, G. R. M. **Tuberculose – do ambulatório à enfermaria**. 2ª ed., São Paulo: Atheneu, 2000, 303 p.

MACHADO, M. H. A profissão de enfermagem no século XXI. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v.2, n.4, p.589-95, out./dez. 1999.

MASUNGI, J.; TEMMERMAN, S.; VAN VOOREN, J. P.; DROWART, A.; PETHE, K.; MENOZZI, F. D.; LOCHT, C.; MASCART, F. Differential T and B cell responses against *Mycobacterium tuberculosis*. Heparin-binding hemagglutinin adhesion in infected healthy individuals and patients with tuberculosis. **J. Infect. Dis.**, v.185, n.4, p.513-20, 2002

MACHADO, A. et al. O impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde dos trabalhadores. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.22, n.4, p.311-26, ago. 2002.

MENDONÇA, J. S. *Mycobacterium tuberculosis*. In: RODRIGUES, E. A. C.; MENDONÇA, J. S.; AMARANTE, J. M. B.; ALVES FILHO, M. B.; GINBAUM, R. S.; RICHTMANN, R. **Infecções hospitalares**: prevenção e controle. São Paulo: Sarvier, 1997. cap. 5, p. 625-38.

MORAN, M. G. Psychiatric aspects of tuberculosis. **Advanced Psychosom. Med.**, p.109-18, 1985. /Abstract/.

MUNIZ, J. N; VILLA, T. C. S.; MONROE, A. A.; HINO, P. **Construindo e organizando a prática do tratamento Supervisionado no Controle da Tuberculose.** Disponível em : <http://www.ccs.br/espacoparasaude/v.n./doc/tuberculose.htm>. Acesso em 30 mar. 2003.

NOGUEIRA, M.S. **Incidentes criticos na passagem de plantão.** 1988. 109 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Pret, 1988.

OOIJEN, E.V. How men and women view the world : a sexual pesrpective. **Nurs. Times**, v.91, n.28, p. 38-41, 1995.

OSTROSKY-ZEICHNER, L.; RANGEL-FRASUTO, M. S.; GARCIA-ROMERO, E.; VAÁSQUEZ, A.; IBARRA, M. J.; PONCE DE LEON-ROSALES, S. Tuberculosis em trabajadores de la salud: importância de los programas de vilgilancia y control. **Salud Publica Mex.**, v.42, n.1, enero-febrero, 2002.

POLIT D. F.; HUNGLER B. B. **Nursing research** – principles and methods. Philadelphia: J. B. Lippincot, 1983.

_____. **Nursing research** – principles and methods. Philadelphia: J. B. Lippincot, 1991.

RAVAGNANI, M. J. C. **Vivências de mulheres submetidas à cesiomoldagem.** 1991. 132p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1991

SALVARANI, M. C. C. **O paciente cirúrgico e suas expectativas de comunicação com a enfermeira.** 1991. 94p. Dissertação (Mestrado) – Escola

de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1991.

SANTOS, L. A. R. **Tuberculose:** recomendações para redução do risco de transmissão em serviços de saúde. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 1998. 27p.

SILVA E SOUZA, A.C. **Riscos biológicos e biossegurança no cotidiano de enfermeiros e auxiliares de enfermagem.** 2001. 183p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2001.

SONOBE, H.M. **Conflitos da família no processo de reabilitação do laringectomizado.** 2001. 118p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2001.

SOUZA, G.R.M.; KRITSKI, A.L. Tuberculose. In: SCHECHTER, M.; MARANGONI, D.V. **Doenças infecciosas:** conduta diagnóstica e terapêutica. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. cap. 9, p. 301-17.

TAKEDA, E. **Tuberculose:** um estudo de sua situação entre pacientes internados e equipe de enfermagem de um hospital-escola de Ribeirão Preto, São Paulo. 1996, 157 p., Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1996.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP-EPM. **Manual de padronização:** diagnóstico, tratamento e prevenção de tuberculose pulmonar bacilífera. São Paulo, 2003. 42 p.

WILSON, M.E. Travel and the emergence of the infectious diseases. **Emerging Inf. Dis.**, v.1, n. 2, p.39-46, 1995.

WINGAARDEN, J. B.; SMITH, L. H. **Tratado de medicina interna.** 19ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v.2, Rio de Janeiro, 1996.

WOLINSKY, E. Doenças causadas por micobactérias: tuberculose pulmonar.
In: WINGAARDEN, J. B.; SMITH, L. H. **Tratado de medicina interna**.
19ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. v.2, p.1770-79.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023 - Informação e documentação. Referências: elaboração.** Rio de Janeiro: ABNT, ago., 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520 - Informação e documentação. Citações em documentos: apresentação.** Rio de Janeiro: ABNT, ago., 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14724 - Informação e documentação. Trabalhos acadêmicos: apresentação.** Rio de Janeiro: ABNT, ago., 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a)

Estamos realizando uma pesquisa sobre a assistência de enfermagem prestada aos portadores de tuberculose pulmonar em unidades de internação de moléstias infecto-contagiosas. Os dados obtidos serão utilizados na elaboração da tese de Doutorado a ser apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

O objetivo deste trabalho é identificar e analisar os aspectos positivos e negativos relacionados à assistência de enfermagem prestada aos portadores de tuberculose pulmonar, pelos enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

Solicitamos a sua colaboração para participar de uma entrevista, a qual será realizada por mim e ao decorrer da entrevista registrarei as respostas emitidas. Os dados serão dos anotados, para se evitar a perda de informações.

A entrevista somente será realizada após a sua permissão e assinatura do termo de consentimento.

O ato de participar da pesquisa é um ato voluntário e não incorrerá em nenhum ônus financeiro da sua parte e que, enquanto sujeito da pesquisa responderá às perguntas que forem feitas, tendo a garantia de esclarecimento de dúvidas, a segurança de que não será identificado e que será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à sua privacidade.

De acordo com a resolução 196, de 10 de Outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, solicito sua assinatura, o que representará o seu aceite.

Enf^a. Érika do Carmo Bertazone

Aluna de Pós-graduação - EERP/USP.

Nome/assinatura: _____ RG: _____

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 200__.

APÊNDICE B

FORMULÁRIO PARA OBTENÇÃO DE INCIDENTES CRÍTICOS

Unidade: _____ *Data:* _____

Função: _____ *Tempo de serviço na unidade:* _____ *anos*

Sexo () *M* () *F*

Duração da entrevista: _____

Questão norteadora:

- Gostaria que você tentasse se lembrar de algumas situações **importantes ou marcantes** que você vivenciou em relação à assistência de enfermagem prestada aos portadores de tuberculose pulmonar.

1 - Conte-me um **fato positivo, muito bom**, que ocorreu durante a assistência de enfermagem prestada a um portador de tuberculose pulmonar.

a) Relate-me exatamente qual era a situação, o que foi feito e o que resultou.

2 - Conte-me um **fato negativo, muito ruim**, que ocorreu durante a assistência de enfermagem prestada a um portador de tuberculose pulmonar.

a) Relate-me exatamente qual era a situação, o que foi feito e o que resultou.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS

RESUMO

ABSTRACT

RESUMEN

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVOS.....	7
2.1 Objetivo Geral.....	7
2.2 Objetivos Específicos.....	7
3.TUBERCULOSE PULMONAR.....	8
3.1 Incidência.....	12
3.2 Etiologia.....	14
3.3 Histopatologia e Patogênese.....	16
3.4 Fonte de Infecção e Transmissão.....	18
3.5 Diagnóstico.....	19
3.6 Tratamento.....	21
4. REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	26
4.1 A Técnica do Incidente Crítico.....	26
5. METODOLOGIA.....	32
5.1 Local de Estudo.....	32
5.2 Sujeitos.....	33
5.2.1 População.....	33
5.3 Aspectos ético-legais.....	34
5.4 Procedimentos e Técnica de Coleta de Dados.....	35
5.5 Organização e tratamento dos dados	37
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	40
6.1 Caracterização da população do estudo.....	40
6.2 Incidentes críticos relacionados à assistência de enfermagem prestada aos portadores de tuberculose pulmonar.....	41
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	103
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	109

APÊNDICES

ANEXO