

CURSO DE ENFERMAGEM

Angélica Hermes Dorneles

**PORTADORES DE TB: A INCIDÊNCIA, O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E OS
CASOS DE ABANDONO DO TRATAMENTO EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DO
RIO GRANDE DO SUL**

Santa Cruz do Sul

2017

Angélica Hermes Dorneles

**PORTADORES DE TB: A INCIDÊNCIA, O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E OS
CASOS DE ABANDONO DO TRATAMENTO EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DO
RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Ms Enf^ª Luciane Maria Schmidt Alves

Santa Cruz do Sul

2017

Angélica Hermes Dorneles

**PORTADORES DE TB: A INCIDÊNCIA, O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E OS
CASOS DE ABANDONO DO TRATAMENTO EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DO
RIO GRANDE DO SUL**

Este artigo foi submetido ao Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul para a obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Foi aprovada em sua versão final em 06 de julho de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Enf^a Ms. Luciane M. Schmidt Alves
Prof^a Orientadora – UNISC

Prof^a Enf^a Ms. Amélia Cerentini
Prof^a Examinadora - UNISC

Prof^a Enf^a Ms. Maitê Lima
Prof^a Examinadora - UNISC

Santa Cruz do Sul

2017

SUMÁRIO

1	ARTIGO CIENTÍFICO.....	4
	ANEXO A – Normas para submissão a Revista Trabalho, Educação e Saúde.....	24
	ANEXO B – Parecer de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.....	30
	ANEXO C – Projeto de Pesquisa	33

1 ARTIGO CIENTÍFICO

PORTADORES DE TB: A INCIDÊNCIA, O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E OS CASOS DE ABANDONO DO TRATAMENTO EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

TB PATIENTS: THE INCIDENCE, THE EPIDEMIOLOGICAL PROFILE AND THE ABANDONMENT CASES OF TREATMENT IN A MUNICIPALITY OF THE STATE OF RIO GRANDE DO SUL

Angélica Hermes Dorneles¹

Luciane Maria Schmidt Alves²

Resumo

Introdução: Os dados epidemiológicos apontam que a Tuberculose (TB) ainda é um grave problema a ser enfrentado, principalmente em países subdesenvolvidos como o Brasil.

Objetivos: conhecer a incidência, o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de tuberculose do município e identificar os casos de abandono do tratamento. **Metodologia:**

trata-se de um estudo documental, retrospectivo, do tipo quantitativo. **Resultados e**

discussão: o município notificou 61 novos casos em 2016, com uma incidência de 48.11/100.000. Em relação ao perfil epidemiológico prevalece o sexo masculino, baixa escolaridade, moradores da zona urbana e portadores de HIV, com média de idade de 42 anos, prevalecendo à forma pulmonar. Destes, 9,83% dos pacientes abandonaram o tratamento. As altas taxas de incidência da TB são reflexo do estágio de desenvolvimento do país, com estado de pobreza da população e fragilidades ainda encontradas no sistema de saúde. O despreparo das equipes de saúde e o crescimento de grupos marginalizados socialmente contribuem para o aumento de casos de coinfectados com HIV e TB. **Considerações finais:** A

TB vem mantendo seus índices elevados no município estudado, apesar da disponibilizar de um serviço especializado para o tratamento da doença.

Palavras chaves: epidemiologia; saúde pública; tuberculose.

Abstract

Introduction: Epidemiological data indicate that Tuberculosis (TB) still is a serious problem to be faced, especially in underdeveloped countries such as Brazil. **Objectives:** to know the incidence, epidemiological profile of patients with tuberculosis in this city and to identify cases of treatment abandonment. **Methodology:** this is a retrospective, documentary study of the quantitative type. **Results and discussion:** this municipality notified 61 new cases in 2016, with an incidence of 48.11 / 100. Regarding the epidemiological profile, the male gender prevails, low schooling, urban dwellers and HIV patients, with average age of 42 years, prevailing to the pulmonary form. Of these patients, 9.83% of them abandoned treatment. The high rates of TB incidence are reflections of the country's stage of development, with a poverty state of the population and weaknesses still found in the health system. The unprepared health units and the growth of socially marginalized groups contribute to the increase cases of HIV and TB coinfecting. **Final considerations:** TB has maintained its non-municipal accounts index, despite the availability of a specialized service for the treatment of the disease.

Key words: epidemiology; public health; tuberculosis.

Palabras clave: epidemiologia; salud pública; tuberculosis.

Introdução

A tuberculose (TB) é um problema social que aflige a humanidade e apesar de existir recursos tecnológicos para seu controle ainda está longe de ser eliminada (Brasil, 2011). O

agente causador da TB foi descoberto em 1882, porém, as medicações de controle da doença surgiram apenas em 1944. Mesmo com a descoberta do tratamento adequado e as formas de prevenção, o seu controle ainda não foi alcançado (Brasil, 2013).

Dados epidemiológicos apontam que a TB ainda é um grave problema a ser enfrentado, principalmente em países subdesenvolvidos como o Brasil (Engel et al., 2013). Em 2015 mais de 1 milhão de pessoas morreram por causa da doença, sendo que a OMS considera a tuberculose como a maior causadora de morte superando até mesmo o HIV e a malária (Brasil, 2017).

O fator que tem contribuído para o aumento dos casos da doença no Brasil está relacionado com a pobreza, as fragilidades dos serviços de saúde e o despreparo das equipes de atenção básica. A TB está, muitas vezes, associada às condições de vulnerabilidade e a cuidados inadequados com a saúde, o que caracteriza países pouco desenvolvidos ou em processo de desenvolvimento como se encontra o Brasil (Silva, Anjos e Nogueira, 2014).

A TB é uma doença curável quando o tratamento é realizado de forma correta e seu diagnóstico feito precocemente. No entanto, caso não haja melhorias nas estratégias e ações para seu controle, estima-se que até o ano 2020, cerca de um milhão de pessoas poderão ser infectadas e destas, aproximadamente, 200 milhões irão adoecer e 35 milhões poderão ir à morte. O Brasil está em 14º lugar no mundo quando se trata de casos de baciloscopias positivas, isto porque a taxa de abandono ainda é alta e conseqüentemente há aumento na resistência medicamentosa, permanecendo com uma taxa de 9% de abandono do tratamento (Silva, Anjos e Nogueira, 2014).

Com isso o MS vem traçando uma nova estratégia para acabar com a tuberculose até 2035, tendo assim como meta um coeficiente de incidência de 10/100.000 mil habitantes, para isto foi incorporado em 2014 um novo plano nacional para o controle da tuberculose com três esferas sendo a esfera um, voltada para a prevenção e cuidados referente ao paciente

trabalhando nas ações já preconizadas em diagnóstico precoce, tratamento correto e eficaz, ações de prevenção e a intensificação dos cuidados ao paciente com co-infecção TB-HIV. O pilar dois trata de oferecer recursos humanos e financeiros, estimulando a participação da sociedade no controle da doença e melhorar a qualidade dos sistemas de informação para notificações e registros. O pilar 3 traz como ação estabelecer parcerias para pesquisas na área da tuberculose no país (Brasil, 2017).

Sabe-se que é indispensável para ter um controle da TB o completo esquema medicamentoso, em doses e tempo corretos. Outro aspecto importante para este controle são as estratégias utilizadas por grande parte das unidades de saúde e profissionais, que é o tratamento diretamente observado (TDO), potencializando a adesão ao tratamento, a redução de casos novos e a taxa de cura (Silva, Anjos e Nogueira, 2014). Para uma melhora neste quadro, há uma grande responsabilidade dos profissionais de saúde, em especial, a equipe de enfermagem pela proximidade com os pacientes, desenvolvendo ações de educação em saúde.

Este estudo é de grande relevância pelo problema que a tuberculose representa a saúde pública no país, anualmente o número de mortes causadas pela doença chega a 4.500 no Brasil. Um dos agravantes para disseminação da tuberculose é o vírus da imunodeficiência humana (HIV), sendo que o número de pessoas infectadas com HIV e portadoras de tuberculose tem crescido muito nos últimos anos, elevando as taxas de morbidade e mortalidade no país (Araujo, Saldanha e Colonese, 2014).

Assim, esta pesquisa objetivou compreender como são desenvolvidas as ações de saúde desde o diagnóstico até a cura dos pacientes portadores de TB em um município com elevado índice da doença. Como objetivos específicos conhecer a incidência, o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de tuberculose do município e identificar os casos de abandono do tratamento.

Metodologia

Este estudo trata-se de um estudo documental, retrospectivo, do tipo quantitativo, caracterizado por utilizar documentos como objeto de investigação denominado como fontes secundárias realizado em um município no interior do estado. Este município possui uma população de 126.775mil habitantes, sendo a quinta economia do Estado e uma das dez maiores cidades do Rio Grande do Sul (Ibge, 2016).

O município conta com um serviço especializado de atendimento aos portadores de TB, o ambulatório de tuberculose. Foram coletados dados do (SINAN) Sistema de Informação de Agravos de Notificação e dos prontuários dos pacientes em março de 2017. Sendo assim foram utilizados documentos oficiais, com dados fidedignos de alcance municipal, estadual e nacional (Marconi e Lakatos, 2008).

Para análise foi utilizada uma epidemiologia descritiva simples, sendo esta caracterizada pela delimitação do perfil epidemiológico da população estudada, avaliando eventos e circunstâncias ligadas às pessoas como as características demográficas, sócias econômicas, sócio ambiental e hábitos de interesse. Para obter o resultado da incidência foi realizado o cálculo de coeficiente (número de casos novos em um determinado período em uma área dividido por população exposta ao risco nesse período e área) (Silva e Rouquayrol, 2013).

Os dados foram organizados em uma planilha do Excel com as seguintes variáveis: sexo, gestante, escolaridade, zona urbana ou rural, morador de rua, tipo de entrada no serviço (caso novo, recidiva, reingresso após abandono ou transferência), forma da tuberculose (pulmonar ou extrapulmonar), outros agravos associados, como tabagismo, alcoolismo, usuário de outras drogas, portador de HIV ou outras comorbidades. Além do perfil epidemiológico dos portadores de Tb, foi analisado o total de casos de abandono em 2016, sendo encontrados neste ano seis casos de abandono do tratamento. Para compreender o fluxo

eu o portador de TB percorre no município foram coletados dados do fluxo estabelecido e documentado no município o qual está disponível em toda a rede de atenção básica do município.

Esta pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul e foi aprovado perante parecer 1.885.959.

Resultados e discussão

Fluxo que o paciente portador de TB percorre no município estudado

O paciente com suspeita de TB segue um fluxo com base no modelo preconizado pelo ministério da saúde, em que a detecção dos casos de TB é realizada a partir da identificação dos pacientes sintomáticos respiratórios (SR) na rede de serviços de saúde (UBSs, ESFs, hospitais e demais setores de saúde do município), além da identificação dos SR pelos agentes comunitários de saúde nas visitas diárias. Todo o paciente SR suspeito de TB recebe a orientação da necessidade da coleta do escarro. No momento da identificação é disponibilizado um recipiente para coleta pelos serviços, ou pelo agente comunitário de saúde, juntamente com a autorização para a realização do exame. Também são realizadas nesse momento as orientações sobre a forma correta da coleta bem como o destino ao laboratório.

Caso o paciente não retorne ao serviço com o resultado do exame em uma semana é realizada uma busca ativa através de ligações telefônicas e em alguns casos, os agentes comunitários de saúde vão até a casa do suspeito da doença para o mesmo retornar à unidade.

Após a confirmação do caso de TB, o paciente é encaminhado para o ambulatório de tuberculose do município onde é acompanhado durante todo tratamento até a cura. O ambulatório conta com um profissional técnico de enfermagem e um médico infectologista. Todos os procedimentos ficam sob a responsabilidade desse serviço. Nos casos dos faltosos,

não aderentes ao tratamento ou que abandonam o tratamento, isto é, o não comparecimento à unidade de saúde por mais de 30 dias, é realizado a busca ativa apenas por contato telefônico aos familiares ou ao próprio usuário caso o mesmo não seja localizado este recebe alta do serviço por abandono. Os casos de resistência a drogas ou ainda com morbidades complexas são encaminhados para um serviço de referência estadual.

Diferentemente do que é preconizado pelo MS, o serviço de referência municipal não realiza o tratamento diretamente observado (TDO) nem mesmo para os dependentes químicos. A justificativa para a não adesão ao TDO, está relacionado a dificuldade de deslocamento até o paciente. Segundo Ministério da Saúde (2011) o TDO é uma ação considerada de extrema importância e deve ocorrer com todos os pacientes, principalmente nos casos considerados difíceis como: HIV positivos, usuários de drogas, pacientes com retorno após os casos de abandono, com tuberculose resistente ao esquema básico, etilismo e com outras doenças crônicas.

Segundo Sobrinho et al. (2014), o TDO consiste na supervisão do tratamento, ou seja, a observação da tomada da medicação por um profissional de saúde, sendo destacado o agente comunitário de saúde pela possibilidade de realizar a supervisão no domicílio. Nos casos da necessidade do TDO o MS estabelece o importante apoio da rede de serviço de saúde para uma efetiva busca ativa. Porém, no município em estudo as ações desde o diagnóstico até a cura são centralizadas no ambulatório de tuberculose do município.

Segundo Mendonça e Franco (2015), o TDO quando realizado por profissionais de saúde tem demonstrado resultados satisfatórios, principalmente na adesão ao tratamento e na diminuição da taxa de abandono. No entanto, algumas unidades de saúde têm adotado a estratégia de educação e treinamento de familiares para a supervisão do tratamento, o que tem demonstrado resultados pouco satisfatórios. Diante disso, o Ministério da Saúde preconiza que a observação seja realizada preferencialmente por profissionais da saúde.

Em um estudo realizado em Marataízes no estado de Espírito Santo, encontrado em Garcia e Leal (2015) o TDO é realizado pelas unidades básicas de saúde e somente os casos considerados difíceis pelo MS é que são encaminhados para um serviço especializado de TB.

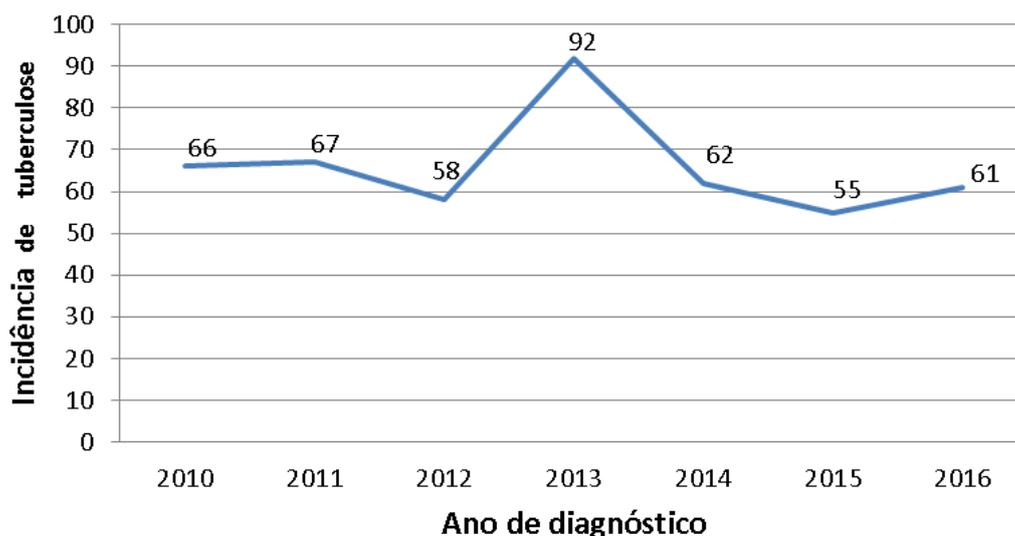
Outros dois aspectos identificados neste município e que diferem das orientações do MS diz respeito à testagem para HIV e a adequada comunicação entre os profissionais. Todo paciente portador de TB segundo MS, deve receber o teste rápido para HIV na unidade de saúde, no entanto, o município pesquisado não segue esta orientação. A Comunicação entre os profissionais da atenção básica e do serviço especializado em TB deve realizar reuniões periódicas de equipe para socializar os casos e planejar ações que visem auxiliar na adesão destes pacientes ao tratamento até a cura (Brasil, 2011).

A incidência e o perfil epidemiológico dos portadores de TB no município estudado

Quanto aos casos notificados, o serviço especializado em TB do município notificou 61 novos casos em 2016, com uma incidência de 48.11/100.000 mil habitantes, considerada alta e longe da meta estabelecida pelo ministério da saúde, que tem como meta 10/100.000, ou seja, dez casos para cada 100 mil habitantes até 2020.

O Gráfico 1 demonstra a incidência no município nos últimos anos:

Gráfico 1. Incidência da Tuberculose no município, 2010-2016.



Fonte: SINAN, 2017.

As taxas de incidência vêm se mantendo altas nos últimos anos no município conforme observado no gráfico1. Segundo Hino et al. (2011), as altas taxas de incidência da TB são reflexo do estágio de desenvolvimento do país, com estado de pobreza da população e fragilidades ainda encontradas no sistema de saúde, além da falta de informação sobre a doença, o despreparo das equipes de saúde e o crescimento de grupos marginalizados socialmente.

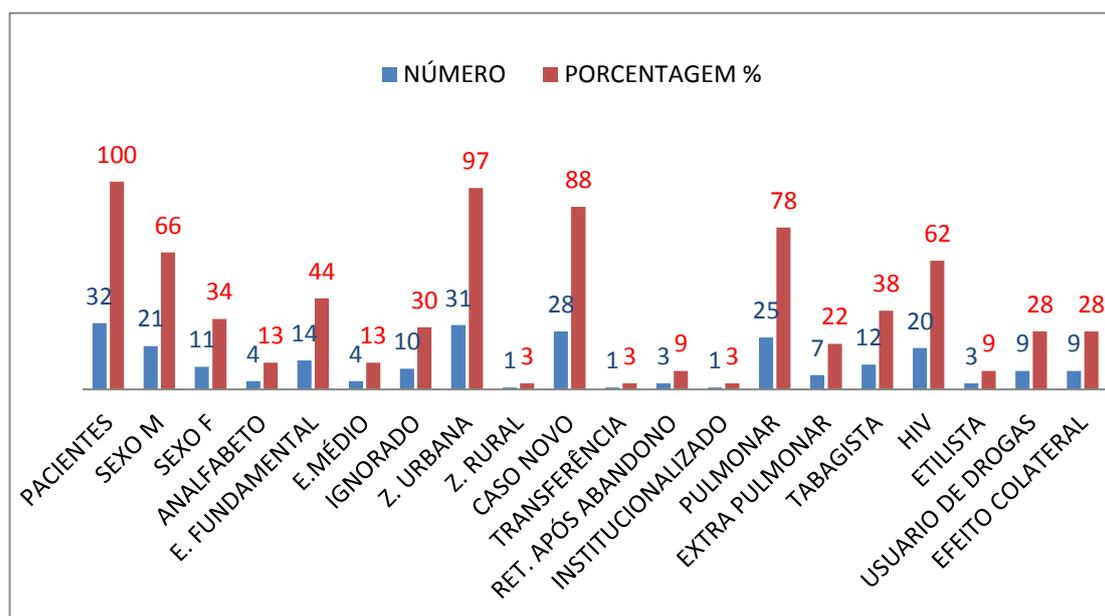
No Brasil, o estado do Rio de Janeiro apresenta maior taxa de incidência da TB, taxa esta que também vem se mantendo elevada em 2014 a incidência no estado foi de 66.45/100.000, com um total de 842 óbitos esta situação vem causando preocupação, pois o estado possui 21 municípios prioritários para o controle da TB (Pinheiro, Andrade e Oliveira, 2012).

Já o estado do Rio Grande do Sul encontra-se em 5º lugar em relação a taxa de incidência e em 10º lugar em relação a taxa de mortalidade por TB no país. O município faz parte de um dos 15 municípios do estado do Rio Grande do Sul considerado prioridade para o controle da TB pelo ministério da saúde, apresentando altas taxas de incidência e prevalência (Possuelo et al., 2012, Vianna, 2014).

Segundo Souza et al. (2015), a taxa de incidência vem se mantendo na maioria dos estados do Brasil por falhas nas ações desenvolvidas pela atenção primária em saúde. As limitações na APS estão relacionadas a dificuldade dos profissionais de saúde identificarem precocemente os sintomáticos respiratórios, sendo esta demora a causa de disseminação da doença. O autor também cita o despreparo das equipes e as falhas no acolhimento do usuário nas unidades de saúde sendo que o acolhimento deve ser visto como uma importante ação para a prevenção e controle da doença.

O Gráfico 2 demonstra o perfil epidemiológico dos portadores de TB no município em tratamento, no momento da pesquisa:

Gráfico 2. Perfil epidemiológico dos portadores de TB no município



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Foram analisados 32 prontuários de pacientes em tratamento de TB no ambulatório de TB do município, em relação ao perfil epidemiológico dos portadores, a média de idade encontrada foi de 42 anos, prevaleceu o sexo masculino, com 66% dos casos. Quanto à escolaridade a maioria possuía ensino fundamental completo 44%; nenhum paciente com

ensino superior e 30% dos casos não foram informados. A maioria (97%) é da zona urbana. Dos casos analisados, somente 9% são de pacientes que retornaram após o abandono e 88% de casos novos. O tipo de TB diagnosticada foi a pulmonar em 78% dos casos. O tabagismo esteve presente em apenas 28% dos portadores com TB, já o HIV teve alta prevalência, os 62% dos portadores de TB são também portadores de HIV, já diagnosticados quando chegam ao ambulatório especializado de TB. O etilismo foi pouco encontrado com apenas 9% e os usuários de drogas foram 28% dos casos identificados. Quanto aos efeitos colaterais do uso da medicação para a TB, 28% apresentaram algum efeito colateral relacionado ao tratamento. Foi encontrado apenas um caso de institucionalização nos portadores da doença, não havia entre os portadores nenhum caso de morador de rua, gestante e nenhum em TDO.

Os resultados deste estudo coincidem com os dados obtidos de Silva et al. (2015), em uma pesquisa no estado de Alagoas onde segundo o autor o sexo predominante é o masculino, a institucionalização que é considerada baixa nos casos de tuberculose, a forma pulmonar também foi citada pelo autor como a mais predominante.

Segundo o autor Arcego et al. (2016) e Freitas (2016), em estudos realizados os resultados das variáveis também foram ao encontro com este estudo, no que se refere a zona mais notificada a zona urbana com maiores casos de tuberculose diagnosticados. O sexo masculino e a faixa etária entre 35 e 49 anos prevaleceu.

Acredita-se que o sexo masculino é o mais acometido pela TB devido a sua maior exposição a patógenos e ainda associado a fatores ou situações de risco que o gênero apresenta como o uso de álcool, fumo e outras drogas. Além disso, considera-se que os homens procuram menos os serviços de saúde, levando a um diagnóstico tardio da doença (Zagmignan et al., 2014). Sobre a faixa etária predominante nos estudos analisados a média de idade que prevalece foi de 42 anos que vai ao encontro da informação do ministério da

saúde que afirma que a tuberculose tem grande prevalência na fase economicamente produtiva sendo está considerada de 20 a 60 anos.

A zona urbana que prevaleceu nos estudos está relacionada, segundo Campos et al. (2014), a aglomerações nas moradias também em péssimas condições de higiene e sem saneamento básico na maioria das vezes.

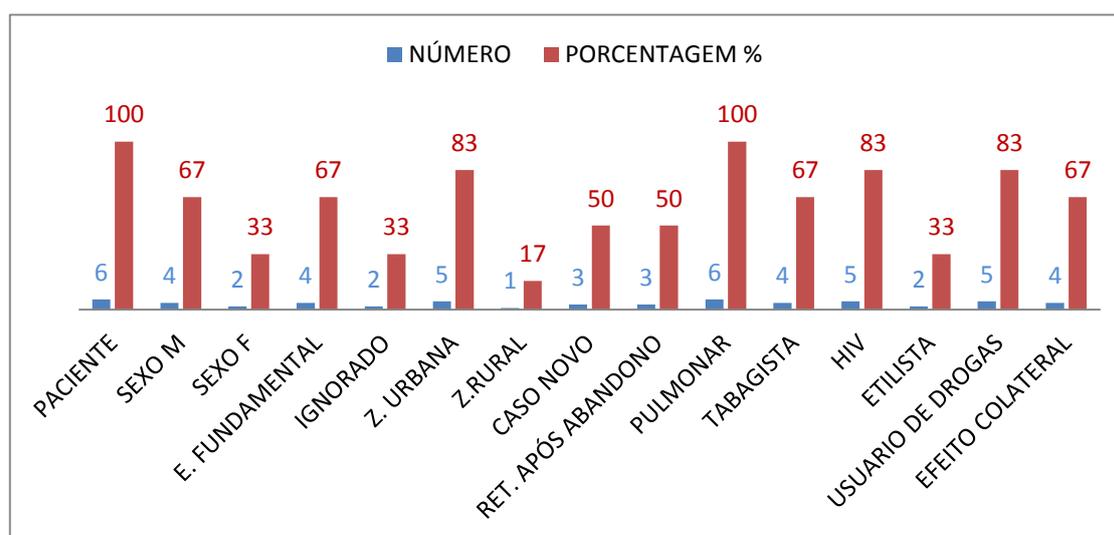
Segundo o autor Arcego et al. (2016), no estudo realizado em Umuarama no estado do Paraná também sobre o perfil dos portadores da TB, observou-se em relação ao HIV que a maioria (cerca de 95% dos pacientes) não eram portadores do vírus e apenas 5,88% apresentaram sorologia positiva para o vírus. Do mesmo modo em outra pesquisa no município de Iguatu Ceará por Campos et al. (2014), apenas 4,1% dos portadores da TB eram soropositivos para HIV e 83% não eram infectados pelo HIV porém 12,3 % não haviam sido testados para HIV.

No estado do Maranhão encontrado em Zagnignan et al. (2014), identificou que 59% dos pacientes portadores de TB não realizaram o teste de HIV, mascarando o quadro da real situação dos pacientes portadores de TB coinfectedos com o HIV. Do total testado, 57% apresentaram sorologia positiva para o vírus, sendo considerada uma prevalência alta, porem menor que a desta pesquisa.

Segundo Vilela (2013) e Santos (2014), o fato da epidemia do HIV com os portadores da TB se dá por conta do impacto da epidemia de AIDS sobre a evolução e tendência da tuberculose isso ocorre devido a capacidade do que o vírus do HIV possui em comprometer o sistema imunológico, o que resulta em danos na resposta imune das células do nosso corpo, tornando assim, fácil à multiplicação do bacilo de Koch. Com isso o risco da contaminação da tuberculose em portadores de HIV é considerado como fator de risco mais relevante. Por este motivo, uma das estratégias eficazes adotadas pelo Ministério da Saúde é a testagem de HIV para todos os pacientes que iniciam o tratamento de tuberculose, sendo que estas duas

doenças devem ser tratadas e controladas, porém, a testagem do HIV em pacientes com TB vem sendo muitas vezes negligenciada tornando, ainda mais dificultoso o controle de ambas às doenças.

Gráfico 3. Perfil epidemiológico dos casos de abandono do tratamento no município.



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Em relação aos casos de abandono do tratamento de TB no município pesquisado, foram encontrados seis casos, correspondendo a 9,83%, o que está em desacordo com o preconizado pelo MS, que prevê um índice de no máximo 5%.

O perfil dos pacientes que abandonaram o tratamento teve uma média de idade de 32 anos, foi novamente a maioria do sexo masculino (67% dos casos), escolaridade com nível

fundamental completo (67%), não havia entre os casos nenhuma gestante. A maioria é residentes da zona urbana (em 83% dos casos) o tipo de entrada no serviço, 50% foram caso novos e 50% casos de retorno após o abandono, a forma da TB foi pulmonar (em 100% dos casos), o tabagismo também teve uma taxa alta 67%, a taxa de HIV foi alta, sendo que 83% dos portadores que abandonar o tratamento eram HIV positivos. Quanto a dependência química, 83% dos casos eram usuário de algum tipo de droga ilícita e a taxa de etilismo entre os casos foi de 33% e 67% dos portadores que abandonaram o tratamento em 2016 relataram em suas consultas algum tipo de efeito colateral relacionado à medicação. Não havia entre este nenhum morador de rua identificado e nenhum caso de TDO sendo realizado.

Os resultados obtidos em uma pesquisa realizada em São Luís do Maranhão encontrados em Durans et al. (2013) coincidem com os resultados desta pesquisa a prevalência do sexo masculino em 64,9%, a idade predominante foi entre 20 e 34 anos, residentes na zona urbana e a forma pulmonar predominou em 88,7% dos casos. Em Pernambuco foi realizada uma pesquisa que destacou casos semelhantes: sexo masculino em 65,5% dos casos, faixa etária semelhante com prevalência entre 20 e 39 anos, a forma clínica predominante também foi a pulmonar (Soares et al., 2017).

Conforme já mencionado não foram encontrados casos da realização do TDO em nenhum paciente em tratamento. Em uma pesquisa realizada em São Luís do Maranhão por Durans et al. (2013) identificou-se também a pouca realização do TDO, pois este foi realizado em apenas 10,4% dos pacientes comparado os resultados obtidos nesta pesquisa o TDO, foi mais realizado pois este estudo demonstra que não é realizado o TDO com nenhum paciente. Uma das dificuldades para o controle da tuberculose é o controle do tratamento, alguns autores citam como indispensável para o sucesso terapêutico e o controle da TB o TDO sendo que este é considerado um grande aliado não apenas pela observação da ingestão do

medicamento, mas também pela criação de vínculo entre profissional e paciente dificultando assim o abandono do tratamento (Hino et al., 2011).

Segundo Costa, Silva e Martins (2014), o abandono do tratamento ocorre pela falta de conhecimento da doença e a não aceitação da mesma, muitos pacientes acabam por abandonar ou não realizar a ingestão correta dos medicamentos pelo desaparecimento dos sintomas após algum tempo de ingestão e também pelos efeitos adversos causados pela medicação que muitas vezes chegam a ser piores que as próprias manifestações clínicas da doença.

Segundo Couto et al. (2014), em uma pesquisa no município de João Pessoa do estado da Paraíba, foi ressaltado que a principal causa do abandono do tratamento é o etilismo e o uso de drogas, o autor também relata que o uso concomitante de álcool e outras drogas com o esquema terapêutico trazem riscos para a saúde do paciente, por esta associação causar hepatotoxicidade.

Em outra pesquisa realizada em Pernambuco, os casos de etilismo foram 13,1%, os usuários de drogas ilícitas apenas 1% dos casos de abandono eram usuários, em relação ao tabagismo apenas 2%. Resultados estes opostos ao desta pesquisa onde os índices de etilismo, usuários de drogas e tabagismo foram mais elevados entre os casos de abandono. Os casos de HIV positivos também foram opostos, pois apenas 37,7% dos pacientes eram portadores de HIV, com isso é possível observar que as taxas de co-infecção TB-HIV no município estudado são altas sendo considerado um problema grave para o controle da TB.

Segundo Soares et al. (2017), para a diminuição dos casos de abandono é de extrema importância que os profissionais de saúde mantenham vínculo com os usuários e que ocorra à busca ativa dos faltosos tendo assim maiores chances do paciente voltar ao sistema evitando uma tuberculose multirresistente e a disseminação da doença.

Segundo Santos, Nogueira e Arcêncio (2012), a busca ativa deve ocorrer por meio de visita domiciliar por profissionais com conhecimentos para que o portador receba orientações

de forma clara evitando assim o abandono do tratamento. Esta estratégia deve ocorrer o mais rápido possível para que o tratamento medicamentoso não seja interrompido, pois somente com ações constantes e eficazes será possível atingir a taxa de cura preconizada pelo MS em 85% dos casos.

Considerações finais

Em relação ao fluxo que o paciente percorre no município podem-se considerar, em parte, de acordo com a preconização do MS. Ações que não são realizadas como O TDO, a busca ativa dos faltosos e a efetiva comunicação entre os profissionais são considerados estratégias importantes para efetividade do tratamento e controle da doença. No entanto muitas ações ocorrem de forma correta como o amparo e o atendimento a todos os casos com suspeita ou confirmação de TB em alguma unidade básica de saúde e ou estratégia de saúde da família. A realização da busca ativa dos sintomáticos respiratória por meio de visitas domiciliares, e após confirmação o encaminhamento do paciente ao ambulatório de tuberculose.

Com este estudo observou-se que a tuberculose vem mantendo seus índices elevados no município estudado, quando comparado aos últimos anos. Apesar das estratégias preconizadas pelo Ministério da saúde e de disponibilizar de um serviço especializado como o ambulatório de tuberculose do município para o tratamento da doença.

No perfil epidemiológico dos pacientes portadores de TB, prevalece o sexo masculino, com escolaridade baixa, moradores da zona urbana e portadores de HIV, com média de idade 42 anos, a forma pulmonar a mais prevalente e o tipo de entrada no serviço por caso novo. No perfil relacionado aos casos de abandono após o tratamento as variáveis que prevaleceram foram sexo masculino, usuários de drogas, HIV positivos e etilismo.

Sendo assim este estudo considera de extrema importância que novas ações sejam desenvolvidas no município bem como a capacitação dos profissionais de saúde para o controle da tuberculose e a sua coinfeção com o HIV, pois estes são problemas sérios de saúde pública dos quais devem ser controlados para que os índices da tuberculose entrem em curva decrescente.

Notas

¹ Universidade de Santa Cruz do Sul, Curso de Enfermagem, Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. < dornelessho@hotmail.com >.

Correspondência: Rua taquari número 38 CEP 96900000, Centro, Sobradinho Rio Grande do Sul, Brasil.

² Universidade de Santa Cruz do Sul, Departamento de Enfermagem e Odontologia, Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. < lucianealves@unisc.br >

Referências

ARAÚJO, Liliana Graciele Pires; SALDANHA, Rejane Alencar; COLONESE, Carmen Regina. O enfermeiro e a educação em saúde, no atendimento aos portadores de tuberculose (TB) na unidade básica de saúde. *Revista de pesquisa: cuidado é fundamental*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 378-386, 2014.

ARCEGO, Priscilla Luisa et al. Perfil epidemiológico e aspectos clínico-laboratoriais da tuberculose entre casos notificados no município de Umuarama/PR durante ano de 2015. *Revista de Ciência Veterinária e Saúde Pública*, Londrina, v. 3, p. 52-55, 2016.

CAMPOS, Rayan Ibiapina et al. Análise do perfil epidemiológico da tuberculose no município de Iguatu – Ceará. *Caderno de Cultura e Ciência*, Crato, v.13, n.1, p. 61-68, 2014.

COSTA, Kenia Brum; SILVA, Carlos Eduardo Fortes; MARTINS, Andreza Francisco.

Características Clínicas e epidemiológicas de pacientes com tuberculose na cidade com a

maior incidência da doença no Brasil. *Clinical & Biomedical Research*, [S.l.], v. 34, n. 1, p. 40-46, 2014.

COUTO, Davi Sarmiento de et al. Fatores determinantes para o abandono do tratamento da tuberculose: representações dos usuários de um hospital público. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 572-581, 2014.

DURANS, Jorsyslane de Jesus Ferreira et al. Perfil clínico e sociodemográfico de pacientes que abandonaram o tratamento de tuberculose no município de São Luís – MA. *Revista de Pesquisa em Saúde*, São Luís, v. 14, n. 3, p. 175-178, 2013.

ENGEL, Rosana Huppés et al. Acessibilidade geográfica e organizacional: obstáculos entre usuários com tuberculose e os serviços de saúde. *Revista de Enfermagem da UFSM*, Santa Maria, v. 3, n. 2, p. 307-314, 2013.

FREITAS, Wiviane Maria Torres de Matos et al. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes portadores de tuberculose atendidos em uma unidade municipal de saúde de Belém, Estado do Pará, Brasil. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, Ananindeua, v. 7, n. 2, p. 45-50, 2016.

HINO, Paula et al. As necessidades de saúde e vulnerabilidades de pessoas com tuberculose segundo as dimensões acesso, vínculo e adesão. *Revista Escola de Enfermagem USP*, São Paulo, v. 45, esp. 2, p. 1656-1660, 2011.

GARCIA, Érica Marvila; LEAL, Marcelle Lemos. Implementação do Programa Municipal de Controle da Tuberculose em Marataízes-ES, 2012. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 24, n. 3, p. 559-564, 2015.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. *Técnicas de pesquisa*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MENDONÇA, Sergio Adam; FRANCO, Selma Cristina. Avaliação do risco epidemiológico e do desempenho dos programas de controle de tuberculose nas Regiões de Saúde do estado de

Santa Catarina, 2003 a 2010. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 24, n. 1, p. 59-70, 2015.

PINHEIRO, Rejane Sobrino; ANDRADE, Vanusa de Lemos; OLIVEIRA, Gisele Pinto. Subnotificação da tuberculose no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN): abandono primário de bacilíferos e captação de casos em outras fontes de informação usando linkage probabilístico. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 1559-1568, 2012.

POSSUELO, Lia Gonçalves et al. Perfil epidemiológico dos pacientes que abandonaram o tratamento para Tuberculose em um município prioritário do Rio Grande do Sul. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, Santa Cruz do Sul, v. 2, n. 2, p. 46-50, 2012.

SANTOS, Marcela Lopes. *Fatores associados à subnotificação de TB e Aids, durante os anos de 2001 a 2010, a partir do Sinan*. 2014. 60 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2014.

SANTOS, Tatiana Melo Guimarães; NOGUEIRA, Lídyia Tolstenko; ARCÊNIO, Ricardo Alexandre. Atuação de profissionais da Estratégia Saúde da Família no controle da tuberculose. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 954-961, 2012.

SILVA, Ellen Goes et al. Perfil epidemiológico da tuberculose no estado de Alagoas-AL de 2007 a 2012. *Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS*, Maceió, v. 3, n. 1, p. 31-46, 2015.

SILVA, Eveline de Almeida; ANJOS, Ulisses Umbelino. NOGUEIRA, Jordana de Almeida. Modelo preditivo ao abandono do tratamento da tuberculose. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 200-209, 2014.

SILVA, Marcelo Gurgel Carlos; ROUQUAYROL, Maria Zélia (Org.). *Rouquayrol: epidemiologia & saúde*. 7.ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013.

SOARES, Marcelo Luiz Medeiros et al. Aspectos sociodemográficos e clínico-epidemiológicos do abandono do tratamento de tuberculose em Pernambuco, Brasil, 2001-2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 26, n. 2, p. 369-378, 2017.

SOBRINHO, Reinaldo Antonio Silva et al. Ambivalência das ações de controle da tuberculose na atenção básica à saúde. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 15, n. 4, p. 605-612, 2014.

SOUZA, Evelaine Pinheiro de et al. Prevenção e controle da tuberculose: revisão integrativa da literatura. *Revista CUIDARTE*, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 1094-102, 2015.

VILELA, Maria Júlia Barros. *Prevalência da infecção pelo HIV e desfecho do tratamento da tuberculose em indivíduos atendidos na rede de saúde do Recife*. 2013. 68 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2013.

ZAGMIGNAN, Adrielle et al. Caracterização epidemiológica da tuberculose pulmonar no Estado do Maranhão, entre o período de 2008 a 2014. *Revista de Investigação Médica*, São Luís, v. 6, n. 1, p. 2-9, 2014.

ANEXO A – Normas para submissão a Revista Trabalho, Educação e Saúde

Instruções aos autores

Escopo

Trabalho, Educação e Saúde publica contribuições originais com o intuito de desenvolver o estudo sobre temas relacionados à educação profissional em saúde.

Política Editorial

A política editorial da revista consiste em discutir a área da educação profissional em saúde sob a ótica da organização do mundo do trabalho, de uma perspectiva crítica, sistemática e interdisciplinar.

Cabe a todo pesquisador observar e zelar pela integridade ética em pesquisa. Pesquisas que envolvam seres humanos devem obrigatoriamente ter seguido os preceitos da resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e sido aprovadas por comitês de ética em pesquisa. Essa aprovação deve ser mencionada no corpo do texto, na seção sobre a metodologia empregada, incluindo o nome do comitê institucional, o número do processo e a data de aprovação. A *Trabalho, Educação e Saúde* está em processo de afiliação e segue orientações do Committee on Publication Ethics (COPE – <http://publicationethics.org>).

Segundo o International Committee of Medical Journals Editors (ICMJE), o conceito de autoria baseia-se na contribuição substancial de cada pessoa listada como autor no que se refere a: concepção do projeto de pesquisa; análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica; e concordar em ser responsável por todos os aspectos do trabalho ao assegurar que questões relacionadas à acurácia e integridade de quaisquer partes do trabalho sejam propriamente investigadas e resolvidas. Não se justifica a inclusão como autores de pessoas cuja contribuição não se enquadre nesses critérios; essas podem ser mencionadas nos Agradecimentos, juntamente com a breve descrição da colaboração ao artigo.

Os manuscritos devem ser submetidos pelo sistema de avaliação online da Revista, disponível na página: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br>. Primeiramente, o autor principal deve cadastrar-se no sistema e depois cadastrar seu texto.

Antes de submeter um manuscrito, é imprescindível a leitura e o atendimento das normas para publicação. Para informações adicionais, consultar os editores: revtes@fiocruz.br

Trabalho, Educação e Saúde adota o sistema Turnitin para identificar plágio.

Forma e preparação de manuscritos

A revista aceita contribuições inéditas dos seguintes tipos:

Ensaio: Produção textual de amplo alcance teórico-analítico, não conclusivo e não exaustivo. Tamanho: 6.000 a 10.000 palavras, incluindo referências bibliográficas, figuras e notas.

Artigos: Apresentação de resultado de pesquisa de natureza empírica ou conceitual. Tamanho: 4.000 a 8.000 palavras, incluindo referências bibliográficas, figuras e notas.

Debates: Discussão sobre temas específicos, tanto encomendados pelos editores a dois ou mais autores, quanto advindos de colaboradores. Tamanho: até 5.000 palavras, incluindo referências bibliográficas, figuras e notas.

Entrevistas: Opinião ou posição de entrevistado qualificado nas áreas de conhecimento da revista.

Resenhas: Crítica de livro relacionado aos campos de confluência da revista, publicado ou traduzido nos últimos três anos. Tamanho: até 1.500 palavras.

Manuscritos destinados às seções Artigos e Ensaio devem ser elaborados conforme instruções a seguir e submetidos pelo sistema online de avaliação (<http://www.sistemas.epsjv.fiocruz.br/revtes>).

Apresentação do manuscrito

Colaborações devem ser digitadas no Word, na fonte Times New Roman, em corpo 12, em espaço duplo. Artigos, ensaios e debates devem ainda conter um resumo em português e em inglês (abstract) de, no máximo, 200 palavras, e título em inglês, além do título na língua original. Os manuscritos podem ser apresentados em português, espanhol, inglês e francês. O título deve ser conciso e representativo do conteúdo do texto. O(s) autor(es) deve(m) indicar se a pesquisa é financiada, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se foi aprovada por Comitê de Ética da área e se há conflitos de interesse.

Palavras-chave: Mínimo de três e máximo de cinco palavras-chave descritoras do conteúdo do trabalho, apresentadas na língua original, em espanhol (*palabras clave*) e em inglês (*keywords*).

Figuras: Tabelas, quadros, diagramas, fotografias, gráficos e ilustrações não devem ultrapassar o máximo de seis por artigo, salvo exceções específicas ao campo temático do manuscrito, caso em que o autor deverá manter uma comunicação prévia com os editores. Todas as figuras, com exceção de fotografias, devem ser numeradas e ter título, estando

apenas as iniciais do título em maiúsculas. As referências devem ser feitas por números (ex. Gráfico 3) e não por expressões como “a figura abaixo”.

Notas: As notas devem vir ao fim do texto, sucintas e numeradas de forma consecutiva. Não devem ser utilizadas para referências bibliográficas.

Grifos: Solicita-se a não utilização de sublinhados e negritos. As aspas simples podem ser usadas para chamar a atenção para um item particular do texto. Palavras de outras línguas, que não o português, devem ser italicizadas, assim como títulos de obras mencionadas.

Citações: Citação no corpo do texto deve vir marcada com aspas duplas, com sobrenome do autor, ano e página, como no exemplo (Bourdieu, 1983, p. 126); citação com autor incluído no texto deve vir Gramsci (1982); citação com autor não incluído no texto será (Frigotto e Ciavatta, 2001). No caso de citação com mais de três autores, somente o sobrenome do primeiro deverá aparecer no texto, como em Spink et al. (2001). Se a citação exceder três linhas, deverá vir com recuo à esquerda equivalente a um parágrafo, em corpo 11.

Referências: Para elaboração das referências, *Trabalho, Educação e Saúde* adota a norma NBR 6023, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Todas as referências citadas, inclusive nas notas, nos quadros e nas figuras, deverão compor as referências bibliográficas ao fim do texto, em ordem alfabética, sem numeração de entrada e sem espaço entre elas. Nas referências serão citados, no máximo, até três autores com todos os nomes. No caso de mais de três autores, citar apenas o primeiro, seguido da expressão et al. O primeiro nome dos autores deve ser escrito por extenso nas referências. Diferentes títulos de um mesmo autor publicados no mesmo ano deverão ser distinguidos, adicionando-se uma letra (a, b, c...) em minúscula após a data, tanto nas citações no corpo do texto quanto na lista de referências bibliográficas. Observem-se os exemplos a seguir:

Artigo

AROUCA, Antônio S. Quanto vale a saúde dos trabalhadores. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 243-265, dez. 1995-mar. 1996.

SPINK, Mary J. P. et al. A construção da Aids-notícia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 851-862, 2001.

Livro e tese

GRAMSCI, Antonio. *Os intelectuais e a organização da cultura*. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo B.. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho do*

médico. 253fl. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, USP, São Paulo, 1979.

Capítulo de livro

BOURDIEU, Pierre. O campo científico. In: ORTIZ, Renato (Org.). *Pierre Bourdieu: sociologia*. São Paulo: Ática, 1983. p. 122-155.

Resumo de congressos

LAURELL, Asa C. O Estado e a garantia do direito à saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 8., 2006, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. 1 CD-ROM.

Dados fornecidos por agências governamentais (Secretarias, Ministérios, IBGE etc.)

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ). *Dados sobre acidentes ocupacionais com material biológico*. Rio de Janeiro: SMS-RJ, 2000.

Leis, decretos, portarias etc.

BRASIL. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Seção I, p. 27.839.

Relatórios técnicos

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 64 p. (Série A. Normas e manuais técnicos).

Relatórios final ou de atividades

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório final das atividades*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1999.

Jornal

a. Sem indicação de autoria: O GLOBO. Fórum de debates discute o projeto Educando o Cidadão do Futuro. *O Globo*, Rio de Janeiro, 6 jul. 2001. Caderno 1, p. 18.

b. Com autoria: TOURAINÉ, Alain. Uma resistência possível. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 3 jul. 2001. Mais, Caderno 7, p. 18-20.

Internet

a. Texto em periódico eletrônico: AZZARÀ, Stefano G. Crítica ao liberalismo, reconstrução do materialismo. Entrevista com Domenico Losurdo. *Crítica Marxista*, Campinas, n. 35, p. 157-169, 2012. Disponível em:

<http://www.ifch.unicamp.br/criticamarxista/arquivos_biblioteca/entrevista19Entrevista.pdf>.

Acesso em: 7 out. 2013.

b. Texto em jornal eletrônico: NUBLAT, Johanna. 38,7% dos usuários de *crack* das capitais do país estão no Nordeste. *Folha de S. Paulo*, Seção Cotidiano, São Paulo, 19 set. 2013.

Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/09/1344256-40-dos-usuarios-de-crack-das-capitais-do-pais-estao-no-nordeste.shtml>>. Acesso em: 27 set. 2013.

c. Texto disponível (fora de revista ou jornal): Disponível em: BRASIL. Ministério da Educação. Portal Educação. *Educação profissional: referenciais curriculares nacionais da educação profissional de nível técnico - área Saúde*. Disponível em:

<<http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/saude.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2013.

Revisão

A revista se reserva o direito de sugerir alterações em usos informais da língua e de corrigir variantes não padrão do português.

Avaliação

As contribuições encaminhadas à revista são, primeiramente, avaliadas pelos editores, que julgam a adequação temática do texto à linha editorial da publicação e, posteriormente, por no mínimo dois pareceristas ad hoc (peer review). No caso de divergência entre os pareceres, é solicitado um terceiro parecer para a decisão da Editoria. Os autores acompanham o processo de avaliação do manuscrito pelo sistema de avaliação online. Nomes dos autores e avaliadores de cada original são de conhecimento exclusivo dos editores (duplo-cego).

Os originais apresentados à *Trabalho, Educação e Saúde* não devem ter sido publicados e não devem ser submetidos simultaneamente a outra revista. Originais submetidos à revista não devem, sob hipótese alguma, ser retirados depois de iniciado o processo de avaliação.

Direitos autorais

Exceto nos casos em que estiver indicado o contrário, em consonância com a Política de Acesso Aberto ao Conhecimento da Fundação Oswaldo Cruz, ficam cedidos e transferidos, total e gratuitamente, à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e à Fundação Oswaldo Cruz, em caráter permanente, irrevogável e não exclusivo, todos os direitos autorais patrimoniais não comerciais referentes aos artigos científicos publicados na revista *Trabalho, Educação e Saúde*, inclusive os direitos de voz e imagens vinculados à obra. A cessão abrange reedições e traduções. Os textos assinados são de responsabilidade dos autores, não representando, necessariamente, a opinião dos editores e dos membros do Conselho Editorial da revista.

Benefício dos autores

Após a publicação, os autores recebem um exemplar do número da revista no qual o texto foi publicado.

Submissão de manuscritos

Os manuscritos devem ser submetidos pelo sistema de avaliação de manuscritos da Revista, disponível na página: <<http://www.sistemas.epsjv.fiocruz.br/revtes/>>. Primeiramente, o autor principal deve cadastrar-se no sistema e depois cadastrar o manuscrito. Solicitamos aos autores que observem e sigam as instruções para apresentação do manuscrito.

Para informações adicionais, consultar os editores:

<revtes@fiocruz.br>

Aceita-se permuta.

ANEXO B – Parecer de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A incidência, o perfil epidemiológico e o acompanhamento do tratamento dos pacientes portadores de Tuberculose em Santa Cruz do Sul.

Pesquisador: Luciane Maria Schmidt Alves

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 63225616.7.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.885.959

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa compreender como são desenvolvidas as ações de saúde desde o diagnóstico até a cura dos pacientes portadores de TB em um município com elevado índice da doença. A metodologia utilizada para esta pesquisa será documental, retrospectiva, do tipo quantitativo e qualitativo. A pesquisa irá ocorrer no município de Santa Cruz do Sul, no centro de referência de tratamento para TB do município. Para o levantamento dos dados quantitativo farão parte desta pesquisa todos os pacientes diagnosticados e cadastrados no ambulatório de tuberculose de Santa Cruz do Sul, onde serão analisados os prontuários dos pacientes com TB. Para o estudo qualitativo serão convidados 10% dos pacientes que retornaram ao serviço, após abandono do tratamento, estima-se que serão em torno de 10 pacientes. Os dados serão coletados através do sistema de informação de agravos de notificação (Sinan), departamento de informática do sistema único de saúde (DATASUS) e prontuários dos pacientes no ambulatório de TB.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender como são desenvolvidas as ações de saúde desde o diagnóstico até a cura dos pacientes portadores de TB em um município com elevado índice da doença.

Objetivo Secundário:

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 1.885.959

- Conhecer a incidência dos casos de TB notificados no sinan;
- Conhecer o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de tuberculose do município;
- Identificar o total de casos de abandono do tratamento e o perfil destes pacientes; • Compreender as possíveis causas do abandono ao tratamento; e
- Descrever o fluxo do acompanhamento do tratamento do paciente portador de TB desde o diagnóstico até a cura.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Está pesquisa não trará riscos para os participantes.

Benefícios: Os benefícios desse estudo estão na direção de conhecer a incidência da TB e as taxas de abandono, realizar o levantamento das possíveis dificuldades de adesão ao tratamento dos pacientes, proporcionando reflexões das estratégias e ações realizadas para a cura e controle da doença

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa com delineamento claro e objetivos exequíveis.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

OK

Recomendações:

OK

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ok

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado e em condições de ser executado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_827336.pdf	12/12/2016 23:00:44		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	tcc.pdf	12/12/2016 22:59:25	Luciane Maria Schmidt Alves	Aceito
Folha de Rosto	fol.pdf	12/12/2016 22:57:21	Luciane Maria Schmidt Alves	Aceito
TCLE / Termos de	tcle.pdf	12/12/2016	Luciane Maria	Aceito

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 1.885.959

Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	22:53:00	Schmidt Alves	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	aceite.pdf	17/11/2016 15:00:49	Luciane Maria Schmidt Alves	Aceito
Orçamento	orc.pdf	17/11/2016 14:58:55	Luciane Maria Schmidt Alves	Aceito
Cronograma	cro.pdf	17/11/2016 14:56:40	Luciane Maria Schmidt Alves	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA CRUZ DO SUL, 05 de Janeiro de 2017

**Assinado por:
Renato Nunes
(Coordenador)**

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitario **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br

ANEXO C – Projeto de Pesquisa

CURSO DE ENFERMAGEM

Angélica Hermes Dorneles

**A INCIDÊNCIA, O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E O ACOMPANHAMENTO DO
TRATAMENTO DOS PACIENTES PORTADORES DE TUBERCULOSE EM SANTA
CRUZ DO SUL**

Santa Cruz do Sul
2016

Angélica Hermes Dorneles

**A INCIDÊNCIA, O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E O ACOMPANHAMENTO DO
TRATAMENTO DOS PACIENTES PORTADORES DE TUBERCULOSE EM SANTA
CRUZ DO SUL**

Projeto de pesquisa apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC para aprovação na disciplina de Trabalho de Curso I.

Orientadora: Luciane Maria Schmidt Alves

Santa Cruz do Sul
2016

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	3
2 OBJETIVOS.....	5
2.1 Objetivo geral	5
2.2 Objetivos específicos.....	5
3 JUSTIFICATIVA	6
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	8
4.1 Tuberculose	8
4.2 Tratamento da tuberculose.....	8
4.3 Fluxo do atendimento do paciente com TB	11
5 METODOLOGIA	14
5.1 Pesquisa documental retrospectiva	14
5.2 Pesquisa quantitativa.....	14
5.3 Pesquisa qualitativa	14
5.4 Local da pesquisa	15
5.5 Sujeitos do estudo	15
5.6 Instrumento para coleta de dados	15
5.7 Procedimentos Éticos.....	16
5.8 Análise dos dados.....	17
6 ESTRUTURA PROVISÓRIA DA MONOGRAFIA	19
7 CRONOGRAMA	20
8. ORÇAMENTO	21
REFERÊNCIAS.....	22
APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados.....	25
ANEXO A – Ofício de Solicitação à Instituição	26

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é um problema social que aflige a humanidade e apesar de existir recursos tecnológicos para seu controle ainda está longe de ser eliminada. (BRASIL, 2011). O agente causador da TB foi descoberto em 1882, porém, as medicações de controle da doença surgiram apenas em 1944. Mesmo com a descoberta do tratamento adequado e as formas de prevenção, o seu controle ainda não foi alcançado. (BRASIL, 2013).

Dados epidemiológicos apontam que a TB ainda é um grave problema a ser enfrentado, principalmente em países subdesenvolvidos como o Brasil. (ENGEL et al, 2013). “O Brasil é um dos 22 países priorizados pela OMS que concentram 80% da carga mundial de TB apresentando, em 2012, mais de setenta mil casos novos” (LOPES; VIEIRA; LANA, 2015 p.1686). O fator que tem contribuído para o aumento dos casos da doença no Brasil está relacionado com a pobreza, as fragilidades dos serviços de saúde e o despreparo das equipes de atenção básica. A TB está, muitas vezes, associada às condições de vulnerabilidade e a cuidados inadequados com a saúde, o que caracteriza países pouco desenvolvidos ou em processo de desenvolvimento como se encontra o Brasil. (SILVA; ANJOS; NOGUEIRA, 2014).

A TB é uma doença curável quando o tratamento é realizado de forma correta e seu diagnóstico feito precocemente. No entanto, caso não haja melhorias nas estratégias e ações para seu controle, estima-se que até o ano 2020, cerca de um milhão de pessoas poderão ser infectadas e destas, aproximadamente, 200 milhões irão adoecer e 35 milhões poderão ir a morte. O Brasil está em 14^o lugar quando trata de casos de baciloscopias positivas, isto porque a taxa de abandono ainda é alta e conseqüentemente há aumento na resistência medicamentosa, permanecendo com uma taxa de 9%de abandono do tratamento. (SILVA, ANJOS, NOGUEIRA; 2014).

É indispensável para se ter um controle da TB o completo esquema medicamentoso, em doses e tempo corretos. Outro aspecto importante para este controle são as estratégias utilizadas por grande parte das unidades de saúde e profissionais, que é o tratamento diretamente observado (TDO), potencializando a adesão ao tratamento, a redução de casos novos e a taxa de cura. (SILVA, ANJOS, NOGUEIRA, 2014). Para uma melhora neste quadro, há uma grande

responsabilidade dos profissionais de saúde, em especial, a equipe de enfermagem pela proximidade com os pacientes, desenvolvendo ações de educação em saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Compreender como são desenvolvidas as ações de saúde desde o diagnóstico até a cura dos pacientes portadores de TB em um município com elevado índice da doença.

2.2 Objetivos específicos

- Conhecer a incidência dos casos de TB notificados no SINAN;
- Conhecer o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de tuberculose do município;
- Identificar o total de casos de abandono do tratamento e o perfil destes pacientes;
- Compreender as possíveis causas do abandono ao tratamento; e
- Descrever o fluxo do acompanhamento do tratamento do paciente portador de TB desde o diagnóstico até a cura.

3 JUSTIFICATIVA

Este estudo justifica-se por ser a TB um grave problema de saúde pública, pois anualmente o número de mortes causada por a doença chega a 4.500 no Brasil. Um dos agravantes para disseminação da tuberculose é o vírus da imunodeficiência humana (HIV), sendo que o número de pessoas infectadas com HIV e portadoras de tuberculose tem crescido muito nos últimos anos, elevando as taxas de morbidade e mortalidade no país. (ARAUJO, SALDANHA, COLONESE; 2014).

O estado do Rio Grande do Sul encontra-se em 5º lugar em relação a taxa de incidência e em 10º lugar em relação a taxa de mortalidade por TB no país. O município de Santa Cruz do Sul faz parte de um dos 15 municípios do estado do Rio Grande do sul considerados prioridade para o controle da TB pelo ministério da saúde, apresentando altas taxas de incidência e prevalência. (POSSUELO et al, 2012, VIANNA; 2014). No que se refere ao abandono do tratamento, os índices são elevados, pois vale ressaltar a complexidade do tratamento por ser demorado, necessitando no mínimo seis meses, se realizado de forma correta. (POSSUELO et al, 2012).

Esta doença grave que tem se disseminado e está longe de ser eliminado ainda tem sido considerada por muitos autores como uma doença negligenciada pelos profissionais de saúde, sendo que o programa nacional de controle de TB visa algumas estratégias que são fundamentais para seu controle nas redes básicas de saúde como, o tratamento observado e a busca ativa dos sintomáticos respiratórios. Porém é possível observar que as ações previstas pelo MS não acontecem de forma contínua e adequadas nos serviços de saúde. (MACHADO et al; 2011).

Deve-se entender que a TB provoca grande impacto na vida dos indivíduos, causando isolamento, discriminação, dificuldades em realizar tarefas diárias, medo da morte e, na maioria dos casos, afastamento do trabalho. Outro aspecto mencionado por estudos envolvendo estes pacientes é o sentimento de vergonha e preconceito, o que leva ao isolamento social. (SILVA et al; 2014).

Os benefícios desse estudo estão na direção de conhecer a incidência da TB e as taxas de abandono, realizar o levantamento das possíveis dificuldades de adesão

ao tratamento dos pacientes, proporcionando reflexões das estratégias e ações realizadas para a cura e controle da doença.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Tuberculose

A TB é uma doença infecciosa de causa bacteriana causada pelo agente infeccioso *mycobacterium tuberculosis*. Este bacilo se propaga pelo ar através de gotícula de água que são expelidas pela fala ou tosse do portador de tuberculose pulmonar. (LOPES, VIEIRA, LANA; 2015). O bacilo da TB geralmente afeta os pulmões, mas também pode afetar outros órgãos, chamada de TB extrapulmonar. Quando afeta o pulmão através da inalação, o bacilo se aloja no parênquima pulmonar causando uma inflamação nos alvéolos e posterior um processo infeccioso e, se não tratada, pode levar a fibrose pulmonar. (BRASIL; 2013).

O principal sintoma da TB é a tosse igual ou superior a três semanas, sendo este considerado um sintomático respiratório, (SR) mas também poderá apresentar outros sintomas como a perda de apetite, emagrecimento, fraqueza, cansaço, febre baixa, sudorese noturna e, nos casos mais graves, pode ocorrer dispneia e hemoptise. (BRASIL; 2013). Para sua detecção o método mais utilizado por ser um método simples e seguro o qual deve ser realizado em todo laboratório público é a pesquisa do bacilo álcool-acido resistente BAAR onde o diagnóstico é feito a partir de duas amostras de escarro. (BRASIL; 2011).

A TB pode resultar na hospitalização e até levar a morte, quando o tratamento não ocorre de forma adequada. Os agravos relacionados às complicações mais severas são as diabetes, os transtornos mentais e a AIDS, que também é um serio problema de saúde publica no Brasil. (ROCHA et al, 2015).

Uma das medidas de prevenção para a TB adotada pelo Ministério da Saúde é a vacina BCG ao nascer, em via intradérmica que garante a imunidade do individuo e as formas graves da doença. (LOPES, VIEIRA, LANA; 2015).

4.2 Tratamento da tuberculose

O tratamento da TB é complexo e demorado e este necessita ser seguido corretamente sem interrupção por seis meses com um esquema de R (rifampicina), H (isoniazida), Z (pirazinamida) E (etambutol) (2RHZE/4RH), para os adultos e adolescentes e para crianças um esquema de (2RHZ /4RH). Em caso de TB

resistente de retratamento ou caso de TB meningoencefálica outros esquemas mais complexos podem ser adotados como (2RHZ/7RH), porém, são necessários exames de cultura antes de iniciar estes esquemas. Até a comprovação da resistência ou agravo é utilizado o esquema básico. (BRASIL; 2011).

Durante o tratamento é preconizado que seja feito o acompanhamento com a realização do exame de baciloscopia mensalmente sendo indispensáveis as do segundo, quarto e sexto mês do tratamento, para a comprovação da cura deve haver duas baciloscopia consecutivas com resultados negativos. (BRASIL; 2011).

Os medicamentos para o tratamento da TB devem ser ingeridos em uma única tomada, de preferência em jejum. Estas e outras informações são de extrema importância para os pacientes devendo ser passadas de forma clara e precisa ao paciente pelas equipes de saúde que irão disponibilizar as medicações. É fundamental informar ao paciente as graves consequências do abandono do tratamento, bem como o risco de infectar os familiares e a sociedade em geral, sendo que após 15 dias de tratamento contínuo não ocorre mais a transmissão do bacilo da TB. Em caso de abandono do tratamento, o paciente poderá, novamente, ser transmissor. (BRASIL; 2011).

As orientações e educação em saúde podem ser feitas em todas as consultas médicas, durante a dispensação do esquema terapêutico e também nas visitas domiciliares, possibilitando momentos de promoção em saúde, além da criação de vínculo com a comunidade, tanto para a identificação de novos casos quanto para o seu acompanhamento durante todo o tratamento, utilizando assim do tratamento diretamente observado (TDO). (CLEMENTINO, MIRANDA; 2015).

O tratamento diretamente observado é uma intervenção no tratamento do portador da TB que visa uma mudança na administração dos medicamentos e não no esquema terapêutico, sendo recomendada desde 1993, mas incorporada apenas em 1998 com a criação do programa nacional de controle de tuberculose PNCT. (MENDONÇA, FRANCO; 2015). O TDO consiste na supervisão do tratamento, ou seja, a observação da tomada da medicação por um profissional de saúde, sendo destacado o agente comunitário pela possibilidade de realizar a supervisão há domicílio, esta ação se faz eficaz para o controle do tratamento até a cura da doença. (SOBRINHO et al; 2014).

O TDO tem mostrado resultados satisfatórios na relação à adesão do tratamento e a diminuição da taxa de abandono, quando realizada de forma tradicional por um profissional de saúde. No entanto, algumas unidades básicas de saúde têm adotado a estratégia de educação e treinamento de familiares para a supervisão do tratamento, o que em alguns estudos, tem demonstrado resultados pouco satisfatórios quando comparado à supervisão de um profissional de saúde. (MENDONÇA, FRANCO; 2015). Esta estratégia deve ser realizada com todos os pacientes portadores da TB, porém em algumas unidades, esta prática é ocorre apenas com os portadores de maior risco, com manuseio difícil ou ainda com história de abandono do tratamento anterior, levando a uma TB multirresistente.

Ainda é preconizado pelo ministério da saúde que o TDO ocorra de segunda a sexta com datas e horários marcados de forma fixa e controlados, porém em alguns casos a equipe poderá negociar com o paciente para que ocorra 3 vezes por semana e, para isto, a educação e a orientação sobre o tratamento devem ocorrer incessantemente para evitar o abandono e o fracasso na cura. (SOUZA; 2013).

Há vários fatores que podem interferir no tratamento contínuo levando ao abandono como os fatores socioeconômicos, o uso de drogas, o etilismo, o fumo e as doenças crônicas, principalmente o HIV.

Sobre o TDO Iseman (2011) apud (Bezerra et al, 2014, p. 13) relata que:

Nem todos os pacientes são confiáveis no que se refere à tomada de medicação. Portanto é extremamente difícil prevê aqueles que obedeceram ao tratamento. Por isso é de imprescindível importância dedicar uma particular atenção à orientação ao paciente e monitorizar permanentemente o uso das medicações. Assim o tratamento supervisionado irá beneficiar os pacientes seus contatos futuros e a comunidade como um todo.

Segundo Chirinos, Meirelles (2011) fatores como o despreparo das equipes de atenção básica e a falta de vínculo com os profissionais também pode estar relacionado ao abandono do tratamento, pois em relação há isto, pacientes relatam a falta de informação, horários que dificultam a ida dos pacientes para receber a assistência bem como a dispensação das medicações e ainda muitas vezes a necessidade de enfrentar filas para o atendimento, levam ao abandono do tratamento que é considerado a não tomada de medicação por um prazo de 30 dias, ou seja, o paciente que fica mais de 30 dias sem tomar a medicação ou comparecer a unidade de saúde para retirada. (CHIRINOS; MEIRELLES; 2011).

Muitos dos abandonos ocorrem após o primeiro mês de tratamento sendo isto justificado pela melhora significativa dos sintomas da TB e também pelos efeitos colaterais que o esquema terapêutico acaba causando em alguns pacientes. (CHIRINOS; MEIRELLES; 2011).

Os efeitos colaterais do tratamento de TB causam sérios sofrimentos aos pacientes o que os levam a deixar de tomar as medicações, sendo os efeitos colaterais mais comuns: alteração na cor da urina, problemas gástricos como náuseas, vomito ardor no estomago, perda de apetite, alterações cutâneas, icterícia, e dores musculares podendo ser nas articulações ou em todo o corpo. (BRASIL, 2011).

Através de relatos de pacientes pode-se notar a experiência ruim com grande sofrimento que é a tomada do esquema medicamentoso preconizado. Segundo Chirinos, Meirelles, Bousfield (2015), há muitas queixas dos pacientes relatando o sofrimento em tomar a medicação sentindo se mal, sendo que as principais queixas são relacionadas ao sistema digestivas sendo as mais comuns náuseas, sensação de queimação no estomago e mal-estar geral.

Os portadores de TB necessitam de uma assistência continua para análise de todo o contexto da sua história com a doença e por isso que a estratégia do TDO é um passo muito importante e fundamental para o controle da TB. Para que está estratégia seja incorporada e aceita pelos pacientes é possível até mesmo o uso de incentivo que possibilitam uma melhor qualidade de vida para os portadores, como estratégias de disponibilização de alimentos, vale transportes para incentivo e aceitação do tratamento. (BRASIL; 2011)

4.3 Fluxo do atendimento do paciente com TB

Todos os casos com suspeita ou confirmação de TB devem ser amparados e atendidos em alguma unidade básica de saúde e ou estratégia de saúde da família. A atenção básica é vista como a principal porta de entrada do SUS sendo assim as estratégias de controle de TB deve ocorrer de forma continua e organizada em todas as unidades de saúde. (BRASIL; 2011)

Compete à atenção básica de saúde fazer busca ativa dos sintomáticos respiratória por meio de visitas domiciliares, quando não se tratar de ESFs, com

cobertura de agente comunitário de saúde, deve ser através do EACs estratégia de agentes comunitários de saúde.

Após a identificação dos SR a coleta do exame de baciloscopia deve ocorrer o mais rápido possível para a comprovação do diagnóstico e quando confirmar o diagnóstico de tuberculose deverá ser prescrito o esquema básico do tratamento com a dispensação do esquema terapêutico na unidade e iniciado o TDO. A realização do exame de baciloscopias deverá ocorrer até o final do tratamento. Após a confirmação do diagnóstico todo paciente deve receber o teste rápido para HIV na unidade de saúde. (BRASIL; 2011).

Outra ação que deve ocorrer continuamente é o controle dos faltosos, com busca ativa através de ligação telefônica, visitas domiciliares, contato com familiares próximos para a busca destes pacientes. A identificação dos efeitos colaterais e as orientações a respeito destas devem ocorrer precocemente evitando assim o abandono do tratamento

Em alguns casos de difícil tratamento ou complicações deve ser realizado o encaminhamento do paciente para o centro de referência da TB do município, porém é necessário que a unidade de saúde preencha alguns instrumentos de vigilância que são preconizados pelo PNCT, uma ficha de notificação dos casos, um livro de registros de sintomáticos respiratórios e uma ficha de acompanhamento do tratamento dos casos. (BRASIL, 2011).

Há algumas situações em que é indicado o encaminhamento dos pacientes para o centro de referência como em casos de dificuldades diagnósticas, pacientes que apresentem efeitos colaterais agravados e sistêmicos, pacientes imunodeprimidos como é o caso dos HIV positivos, bem como transplantados ou com problemas renais crônicos, resistência aos fármacos do esquema terapêutico e falência do tratamento. Nestes casos pode ocorrer o encaminhamento para o centro de referencia que irá receber o paciente e acompanhar todo o tratamento até sua cura, utilizando abordagem integral a saúde do portador, removendo barreiras que possam dificultar a adesão e a cura total do paciente. Nesse momento, será necessário tratar os problemas sociais e outras comorbidades que o paciente possa apresentar. (BRASIL, 2011).

E de responsabilidade das coordenadorias regionais e municipais de saúde a organização e contato com centros de referências próximos do município, facilitando o acesso dos pacientes a estes serviços. As unidades de referencia devem ter uma equipe multiprofissional capacitada para atender as complexidades clínicas, podendo ser instaladas em policlínicas, hospitais, conforme o convenio municipal, sendo importante, sempre que houver a necessidade de encaminhamentos, uma comunicação adequada entre os profissionais da atenção básica com os do centro de referência, realizando periodicamente reuniões de equipe com discussão dos casos e ações a serem aprimoradas. (BRASIL, 2011).

5 METODOLOGIA

A metodologia utilizada para esta pesquisa será documental, retrospectiva, do tipo quantitativo e qualitativo.

5.1 Pesquisa documental retrospectiva

A pesquisa documental se caracteriza por utilizar documentos, como objeto de investigação que pode ser denominado como fontes primárias ou secundárias. As fontes primárias se caracterizam pela escrita do autor e secundária quando é transcrito de fontes secundárias. Podendo ainda ser produzida no momento dos fatos ocorridos ou um tempo após. Na pesquisa a ser realizada será utilizado o modo pesquisa documental primária, pois, será coletado dado do SINAN e prontuários dos pacientes. (MARCONI, LAKATOS; 1996).

Ainda é possível caracterizar a pesquisa como sendo prospectiva ou retrospectiva neste caso será realizada a pesquisa documental de caráter retrospectivo, pois irá explorar fontes do passado, ou seja, do momento atual até certo tempo passado como no caso da pesquisa a ser realizada onde serão analisados dados de 2006 até 2016. (FONTELLES et al. 2009).

5.2 Pesquisa quantitativa

A pesquisa quantitativa é realizada quando o fato pesquisado pode ser mensurado em quantidades, ou seja, em números, utilizando técnicas estatísticas que impedem a distorção dos resultados. Este tipo de pesquisa traz uma maior margem de segurança para os resultados fidedignos, sendo possível ser medida em dados numéricos. (DALFOVO, LANA, SILVEIRA; 2008). Na pesquisa quantitativa a amostra é ampla e de forma precisa e, para isto, exige que os dados colhidos sejam por entrevista, questionários, escalas entre outras. (VIANNA, 2001).

5.3 Pesquisa qualitativa

A pesquisa qualitativa não se traduz em números, pois, ela traz a compreensão da realidade a ser estudada está por sua vez possibilita o entendimento da particularidade dos indivíduos. O investigador da pesquisa qualitativa muitas vezes dá ênfase e leva em consideração a avaliação dos próprios participantes para o

estudo. Não trabalha com a objetividade e sim com o subjetivo e é possível a influência do pesquisador no contexto da pesquisa realizada. (DALFOVO, LANA, SILVEIRA; 2008). No método qualitativo é realizado a análise de cada situação a partir de dados descritivos onde se busca identificar as relações, causas consequências, opiniões e outros tantos aspectos que são considerados importantes para a compreensão da realidade a ser estudada. (VIANNA, 2001).

5.4 Local da pesquisa

A pesquisa irá ocorrer no município de Santa Cruz do Sul, no centro de referência de tratamento para TB do município. Este município possui uma população estimada em 126.775 mil habitantes segundo o CENSO (2016). O ambulatório de tuberculose de Santa Cruz do Sul está localizado no ambulatório da UNISC, junto ao Hospital Santa Cruz. Os pacientes devem ser encaminhados para o ambulatório por qualquer profissional das unidades (UBSs e ESFs), após confirmação do diagnóstico de tuberculose através de exames. O ambulatório segue um cronograma de atividades práticas por alunos do curso de medicina, fisioterapia e farmácia para um suporte completo aos pacientes.

5.5 Sujeitos do estudo

Para o levantamento dos dados quantitativo farão parte desta pesquisa todos os pacientes diagnosticados e cadastrados no ambulatório de tuberculose de Santa Cruz do Sul, onde serão analisados os prontuários dos pacientes com TB.

Para o estudo qualitativo serão convidados 10% dos pacientes que retornaram ao serviço, após abandono do tratamento, estima-se que serão em torno de 10 pacientes.

5.6 Instrumento para coleta de dados

Os dados serão coletados através do sistema de informação de agravos de notificação (Sinan), departamento de informática do sistema único de saúde (DATASUS) e prontuários dos pacientes no ambulatório de TB.

Está parte da pesquisa trata-se de uma coleta documental com a utilização de documentos oficiais, ou seja, documentos com dados fidedignos de alcance municipal, estadual e nacional. (MARCONI; LAKATOS, 2008).

Para a realização desta coleta foi elaborado uma planilha do Excel com as seguintes variáveis: sexo, gestante, escolaridade, zona urbana ou rural, morador de rua, tipo de entrada no serviço se é caso novo, recidiva, reingresso após abandono ou transferência, forma da tuberculose se é pulmonar ou extrapulmonar, agravos associados, tabagista, alcoolismo, uso de outras drogas, HIV, outras comorbidades e com os casos de abandono do tratamento serão acrescentado questões referentes aos efeitos colaterais do tratamento medicamentoso e a realização do TDO. Para estes, será realizada uma entrevista semiestruturadas que seguirá um roteiro de questões, conforme APÊNDICE A.

A entrevista é um instrumento de trabalho importante, tratando-se de uma conversa, dialogo entre duas pessoas face a face que proporciona ao entrevistador de forma verbal as informações necessárias, sendo considerado por muitos autores um instrumento de excelência para investigação social. (MARCONI; LAKATOS, 2008).

5.7 Procedimentos Éticos

Inicialmente será solicitada a autorização da instituição onde será realizada a coleta de dados para a pesquisa. Esta autorização (ANEXO A) será encaminhada ao Comitê de Ética em pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul juntamente com o projeto de pesquisa. Neste documento para a autorização contem os objetivos e a metodologia da pesquisa assegurando o anonimato da instituição e dos dados dos sujeitos.

Após ser aprovado pelo comitê de ética e autorizado pela instituição será realizado contato com a instituição para o agendamento da coleta de dados.

Os pacientes que serão entrevistados irão ser informados da finalidade e objetivo da pesquisa, garantindo-lhes o anonimato das informações.

A coleta de dados será realizada pelo próprio pesquisador, na qual a coleta de dados documental será realizada no ambulatório de referencia de tratamento de TB

no município do mesmo modo que as entrevistas com os pacientes que estarão no serviço para receber assistência, sendo que estas ocorreram de forma individual em um local privado garantindo a integridade das respostas dos entrevistados sem interrupções isto após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B). Este termo será assinado em duas vias forma e teor igual, uma cópia ficará com o entrevistado e a outra com o pesquisador, que será arquivado por um período de cinco anos e após serão destruídos.

5.8 Análise dos dados

A análise de dados é de extrema importância na pesquisa, pois, pode-se dizer que a importância dos dados não está em si mesmo, mas sim nas respostas da investigação. A análise pode é realizada em três níveis a interpretação que amplia o conhecimento sobre os fenômenos encontrados, a fase da explicação que busca explicar e esclarecer as variáveis e a fase da especificação o ponto das relações como, onde e quando. (MARCONI; LAKATOS, 2008)

Para a análise de dados quantitativos será utilizado uma epidemiologia descritiva simples, sendo a epidemiologia descritiva caracterizada pela delimitação do perfil epidemiológico da população estudada, avaliando eventos e circunstâncias ligadas as pessoas como: características demográficas e sócias econômicas, sócio ambientais, hábitos de interesse, aspectos relacionados ao tempo como a data de início dos sintomas, data de cura, data do abandono do tratamento entre outros. (ROUQUARIOL; GURGEL, 2013).

A incidência se caracteriza pelo numero de casos novos em um determinado tempo e espaço. Neste estudo será utilizado o cálculo de coeficiente de que é o numero de casos novos em um determinado período em uma área dividido por população exposta ao risco nesse período e área. (ROUQUARIOL; GURGEL, 2013).

Para obter os resultados das entrevistas será utilizada a análise temática que busca descobrir os núcleos de sentido que fazem a composição de uma comunicação onde, a presença e a frequência tem significado para o objeto analítico visado. Está análise contem três etapas a primeira é a pré-análise que é a escolha dos documentos que serão analisados e a retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais, nesta fase deve ser elaborado alguns indicadores para orientar a

compreensão do material e a interpretação final. A segunda etapa da análise temática consiste em exploração do material, ou seja, a compreensão do texto. E a terceira etapa é o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação destes de forma que os resultados brutos sejam submetidos a estatísticas simples, ou seja, porcentagens. (MINAYO; 2007).

Após coleta e análise será realizada a triangulação dos dados, uma estratégia que propicia meios que melhorem a compreensão na investigação e na análise dos dados quantitativos e qualitativos. Esta dinâmica de investigação integra a análise das estruturas, dos processos e dos resultados trazendo a compreensão das ações e a visão que os diferentes atores constroem sobre o projeto, sendo assim na triangulação de dados é possível utilizar resultados quantitativos, qualitativos e a visão do pesquisador. (MINAYO; 2007).

6 ESTRUTURA PROVISÓRIA DA MONOGRAFIA

- 1 INTRODUÇÃO
- 2 OBJETIVOS
 - 2.1 Objetivo geral
 - 2.2 Objetivos específicos
- 3 Justificativa
- 4 REFERENCIAL TEÓRICO
 - 4.1 Tuberculose
 - 4.2 Tratamento da tuberculose
 - 4.3 Fluxo do atendimento do paciente com TB
- 5 METODOLOGIA
 - 5.1 Pesquisa documental retrospectiva
 - 5.2 Pesquisa quantitativa
 - 5.3 Pesquisa qualitativa
 - 5.4 Local da pesquisa
 - 5.5 Sujeitos do estudo
 - 5.6 Instrumento para coleta de dados
 - 5.7 Procedimentos éticos
 - 5.8 Análise de dados
6. REFERÊNCIAS
- ANEXOS/APÊNDICES

7 CRONOGRAMA

ATIVIDADES	PERÍODO					
	Fev 2017	Mar 2017	Abril 2017	Mai 2017	Jun 2017	Jul 2017
Revisão da literatura	X	X	X	X	X	X
Coleta de dados		X	X	X		
Transcrição e organização de dados			X	X		
Análise dos dados				X	X	
Elaboração do texto final					X	
Apresentação pública						X

8. ORÇAMENTO

TÍTULO DA PESQUISA: A incidência, o perfil epidemiológico e o acompanhamento do tratamento dos pacientes portadores de Tuberculose em Santa Cruz do Sul.

GESTOR FINANCEIRO: Angélica Hermes Dorneles

Itens a serem financiados		Valor Unitário R\$	Valor Total R\$	Fonte Viabilizadora
Especificações	Quantidade			
Pacote folha de A4	01 pct	R\$ 12,80	R\$ 12,80	Pesquisadora
Canetas hidrográficas	4	R\$ 1,50	R\$ 6,00	Pesquisadora
Lápis	1	R\$ 1,50	R\$ 1,50	Pesquisadora
Borracha	1	R\$ 1,00	R\$ 1,00	Pesquisadora
Impressão questionário	10	R\$ 0,20	R\$ 2,00	Pesquisadora
Impressão projeto	2	R\$ 2,80	R\$ 5,60	Pesquisadora
Capa da UNISC	2	R\$ 1,00	R\$ 2,00	Pesquisadora
Encadernação	2	R\$ 3,00	R\$ 6,00	Pesquisadora
Gasolina – deslocamento até a unidade de coleta de dados	40 litros	R\$ 4,10	R\$ 164,00	Pesquisadora
TOTAL GERAL R\$ 200,90				

Angélica Hermes Dorneles
Pesquisadora

- | | | |
|--|-----------|---|
| 1. Instituição vinculada a área da saúde | R\$ _____ | Ass. Direção Instituição _____ |
| 2. Patrocinador | R\$ _____ | Anexar comprovante com cronograma _____ |
| 3. Agência de Fomento | R\$ _____ | Anexar comprovante Agência de Fomento _____ |
| 4. Prestação de Serviço | R\$ _____ | Ass. Chefe do Departamento _____ |
| 5. Pesquisador | R\$ _____ | Ass. Pesquisador _____ |
| 6. Curso de Enfermagem | R\$ _____ | Ass. Chefe do Departamento _____ |
| 7. Desnecessária (Estudo Retrospectivo) | | |

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Liliana Graciele Pires; SALDANHA, Rejane Alencar; COLONESE, Carmen Regina. *O enfermeiro e a educação em saúde, no atendimento aos portadores de tuberculose (TB) na unidade básica de saúde*. R de Pesq: cuidado é fundamental Online -Bra-. 2014 ene-mar, 6(1). Disponível em: <<http://www.index-f.com/pesquisa/2014/r6-378.php>>. Acesso em 23 ago. 2016.

BEZERRA, Wilma K. T. et al. *Assistência de enfermagem no tratamento dos portadores de tuberculose no município de Patos-PB*. Rev.: INTENSA (Pombal-PB-Brasil), vol. 8, nº1, pg. 76-89, Jan.- Dez., 2014. Disponível em: <<http://www.gvaa.com.br/revista/index.php/INTESA/article/view/3028/2524>>. Acesso em 20 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. *Tuberculose na atenção primária à saúde*. Organização de Sandra Rejane Soares Ferreira [et al]; ilustrações de Maria Lucia Lenz. – 2. ed. – Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2013. 220 p. Disponível em: <<http://www2.ghc.com.br/GepNet/publicacoes/tuberculosisenaatencao.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Acesso em 06 set. 2016.

CHIRINOS, Narda Estela Calsin; MEIRELLES, Betina Hörner Schlindwein. *Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa*. Texto contexto - Enferm., Set 2011, vol.20, no.3, p.599-606. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000300023&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25. Ago. 2016.

CHIRINOS, Narda Estela Calsin; MEIRELLES, Betina Hörner Schlindwein; BOUSFIELD, Andréa Barbará Silva. *Representações sociais das pessoas com tuberculose sobre o abandono do tratamento*. Rev. Gaúcha Enferm., 2015, vol.36, no.spe, p.207-214. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500207&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 25.ago 2016.

CLEMENTINO Francisco de Sales; MIRANDA Francisco Arnoldo Nunes. *Tuberculose: acolhimento e informação na perspectiva da visita domiciliária*. Ver enferm UERJ, Rio de Janeiro. 2015 mai/jun; 23(3):350-4. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v23n3/v23n3a10.pdf>>. Acesso em 20 set. 2016.

ENGEL, Rosana Huppés et al. *Acessibilidade geográfica e organizacional: obstáculos entre usuários com tuberculose e os serviços de saúde*. Revista de Enfermagem da UFSM. v. 3, n. 2, p. 307 - 314, out. 2013. ISSN 2179-7692. Disponível em: <<http://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8494>>. Acesso em 20 set. 2016.

FONTELLES Mauro José et al. *Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa*. Revista ciência e saúde. Belém do Pará, 2009. Disponível em:
<https://cienciassaude.medicina.ufg.br/up/150/o/Anexo_C8_NONAME.pdf>. Acesso em 03 de out. 2016.

LOPES Livia Maria Gomes; VIEIRA Nayara Figueiredo; LANA Francisco Carlos Felix. *Análise dos atributos da atenção primária em a saúde na atenção à tuberculose no Brasil: Uma revisão integrativa*. Revista de enfermagem do centro oeste mineiro. 2015 mai/ago. Disponível em:
<<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/download/678/870>>. Acesso em 20 set. 2016.

MACHADO, Janete Aparecida et al. *Tuberculose: uma doença negligenciada*. Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 1, nov. 2011. ISSN 2238-3360. Disponível em:
<<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/2410>>. Acesso em: 23 ago. 2016.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. *Técnicas de pesquisa*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MENDONÇA, Sergio Adam; FRANCO, Selma Cristina. *Avaliação do risco epidemiológico e do desempenho dos programas de controle de tuberculose nas Regiões de Saúde do estado de Santa Catarina, 2003 a 2010*. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília , v. 24, n. 1, p. 59-70, mar. 2015 . Disponível em:
<http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16794974201500010007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 set. 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

POSSUELO, Lia Gonçalves et al. *Perfi l epidemiológico dos pacientes que abandonaram o tratamento para Tuberculose em um município prioritário do Rio Grande do Sul*. Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, Santa Cruz do Sul, v. 2, n. 2, p. 46-50, jul. 2012. ISSN 2238-3360. Disponível em:
<<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/2495>>. Acesso em: 23 ago. 2016.

ROCHA, Marli Souza et al. *Do que morrem os pacientes com tuberculose: causas múltiplas de morte de uma coorte de casos notificados e uma proposta de investigação de causas presumíveis*. Cad. Saúde Pública [online]. 2015, vol.31, n.4, pp.709-721. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000400709>. Acesso em 20 set. 2016.

SILVA, Daiane Medeiros da et al . *Avaliação de desempenho de Serviços da Atenção Básica para o tratamento da tuberculose*. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo , v. 48, n. 6, p. 1044-1053, dez. 2014. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342014000601044&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 set. 2016.

SILVA, Eveline de Almeida; ANJOS, Ulisses Umbelino dos. NOGUEIRA, Jordana de Almeida. *Modelo preditivo ao abandono do tratamento da tuberculose*. Saúde debate, Jun 2014, vol.38, no.101, p.200-209. ISSN 0103-1104. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000200200&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 25. Ago. 2016.

SILVA, Jacqueline Barbosa; CARDOSO, Gisela Cordeiro Pereira; NETTO, Antonio Ruffino; KRITSKI, Afrânio Lineu. *Os significados da comorbidade para os pacientes vivendo com TB/HIV: repercussões no tratamento*. Physis [online]. 2015, vol.25, n.1, pp.209-229. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n1/0103-7331-physis-25-01-00209.pdf>>. Acesso em 25.ago. 2016.

SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da; ROUQUAYROL, Maria Zélia (Org.). *Rouquayrol: epidemiologia & saúde*. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, c2013. 709 p.

SOBRINHO, Reinaldo Antonio Silva et al. *Ambivalência das ações de controle da tuberculose na atenção básica à saúde*. Rev Rene. 2014 jul-ago; 15(4): 605-12. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1610/pdf>>. Acesso em 08 set. 2016.

SOUZA, Otávia Nascimento. *Avaliação de implementação do tratamento diretamente observado para pacientes com tuberculose em unidades de saúde do município de Manaus - AM*. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2013. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/escola-nacional-de-sa%C3%BAde-p%C3%BAblica-sergio-arouca-ensp>>. Acesso em 20 set. 2016.

VIANA, Paulo Victor de Sousa. *Tuberculose no Brasil: uma análise dos dados de notificação, segundo macro-região e raça/cor, para o período 2008-2011*. / Paulo Victor de Sousa Viana. 2014. xvi,110 f. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-714013>>. Acesso em: 18 de out. 2016.

VIANNA, Ilca Oliveira de Almeida. *Metodologia do trabalho científico: um enfoque didático da produção científica*. São Paulo: E.P.U., 2001.

APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados

Entrevista para os pacientes portadores de tuberculose que abandonaram o tratamento e retornaram após um tempo para o serviço.

I- Dados dos pacientes:

Nome:

Idade:

Sexo:

Ocupação:

II- Questões para a pesquisa:

- 1- O que você sabe sobre a tuberculose?
- 2- Você conhece os riscos que a tuberculose pode ter para sua vida, família e para a sociedade em geral?
- 3- Você sente alguns efeitos colaterais do tratamento? Quais?
- 4- Quantas vezes você abandonou o tratamento?
- 5- Porque abandonou o tratamento?

ANEXO A – Ofício de Solicitação à Instituição

Santa Cruz do Sul, _____ de _____ de 2016.

Sr.

Cumprimentando cordialmente, solicitamos autorização para desenvolver um estudo monográfico, orientado pela Prof^a Enf^a Ms. Luciane Maria Schmidt Alves, referente ao tema tuberculose que será o trabalho de conclusão do curso.

O estudo tem como objetivo geral compreender como são desenvolvidas as ações de saúde desde o diagnóstico até a cura dos pacientes portadores de TB em um município com elevado índice da doença. E como objetivos específicos, conhecer a incidência dos casos de TB notificados no sinan, conhecer o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de tuberculose do município, identificar o total de casos de abandono do tratamento e o perfil destes pacientes, compreender as possíveis causas do abandono ao tratamento e descrever o fluxo do acompanhamento do tratamento do paciente portador de TB desde o diagnóstico até a cura.

Comprometemo-nos em manter o anonimato dos dados dos sujeitos garantindo que não terão riscos e que serão mantidos todos os preceitos éticos, legais, estabelecidos pela Resolução 466/12, que regulamenta a pesquisa com seres humanos, durante e após o término do trabalho, respeitando valores culturais, morais, sociais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes.

Assim, após o seu consentimento formal, pretende-se encaminhar o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa para apreciação. Uma vez aprovado por esse Comitê, será iniciada a coleta de dados.

Salientamos, no entanto, que estaremos à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas que possam surgir.

Certos de sua compreensão, desde já agradecemos,
Atenciosamente,

Angélica Hermes Dorneles
Acadêmica do Curso de Graduação
de Enfermagem – UNISC

Luciane Maria Schmidt Alves
Professora Orientadora
Pesquisadora Responsável

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A incidência, o perfil epidemiológico e o acompanhamento do tratamento dos pacientes portadores de tuberculose em santa cruz do sul.

Através desta pesquisa busca-se identificar a incidência da doença no município bem como conhecer o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de TB e o acompanhamento destes até sua cura. O estudo tem como objetivo geral compreender como são desenvolvidas as ações de saúde desde o diagnóstico até a cura dos pacientes portadores de TB em um município com elevado índice da doença. E como objetivos específicos, conhecer a incidência dos casos de TB notificados no sinan, conhecer o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de tuberculose do município, identificar o total de casos de abandono do tratamento e o perfil destes pacientes, compreender as possíveis causas do abandono ao tratamento e descrever o fluxo do acompanhamento do tratamento do paciente portador de TB desde o diagnóstico até a cura.

A metodologia utilizada será um estudo de carácter documental, retrospectiva, do tipo quantitativo e qualitativo. Os dados serão coletados no ambulatório de tuberculose de Santa Cruz do Sul, mediante o acesso aos prontuários dos pacientes, dados do Sinan e entrevistas com pacientes deste serviço. As entrevistas serão aplicadas no ambulatório de forma individual pelo pesquisador em local apropriado livre de interrupções, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a participação neste estudo não trará nenhum risco físico, mental ou social para os participantes.

Os benefícios desse estudo estão na direção de conhecer a incidência da TB e as taxas de abandono, realizar o levantamento das possíveis dificuldades de adesão ao tratamento dos pacientes, proporcionando reflexões das estratégias e ações realizadas para a cura e controle da doença.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhado, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos,

desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz).

Fui, igualmente, informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa;
- de que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O Pesquisador Responsável por este Projeto de Pesquisa é a Prof^a Enf^a Prof^a Enf^a Ms. Luciane Maria Schmidt Alves (Fone 051 37177469).

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: 051 3717 7680.

Data __ / __ / ____

Nome e assinatura
do Paciente ou
Voluntário

Nome e
assinatura do
Responsável
Legal, quando
for o caso.

Nome e
assinatura do
Responsável
pela obtenção do
presente termo