

Mirian Adriana Sackser

**RAZÕES QUE LEVAM OS PACIENTES COM TUBERCULOSE A
ABANDONAREM O TRATAMENTO: PERSPECTIVAS DO ENFERMEIRO**

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 Enf^a Dr^a Anelise Miritz Borges

Santa Cruz do Sul

2017

Santa Cruz do Sul, dezembro 2017

**RAZÕES QUE LEVAM OS PACIENTES COM TUBERCULOSE A
ABANDONAREM O TRATAMENTO: PERSPECTIVAS DO ENFERMEIRO**

MIRIAN ADRIANA SACKSER

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 08 de dezembro de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Enf^a Dr^a Anelise Miritz Borges

Prof^a Orientadora – UNISC

Prof^a Enf^a Dr^a Suzane B. Frantz Krug

Prof^a Examinadora - UNISC

Prof^a Enf^a Ms Luciane M. Schmidt Alves

Prof^a Examinadora - UNISC

SUMÁRIO

1 ARTIGO CIENTÍFICO	5
ANEXO A – Normas para submissão à Revista Enfermagem Atual	24
ANEXO B – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	27
ANEXO C – Projeto de Pesquisa	29

Os resultados do trabalho de conclusão de curso serão apresentados no formato de artigo, o qual se encontra a seguir, conforme as normas exigidas pela Revista Enfermagem Atual, qualis B2. As referidas normas sobre a estruturação do artigo encontram-se após a disposição do artigo, no Anexo – A.

RAZÕES QUE LEVAM OS PACIENTES COM TUBERCULOSE A ABANDONAREM O TRATAMENTO: PERSPECTIVAS DO ENFERMEIRO

Mirian Adriana Sackser¹; Anelise Miritz Borges²

¹ Acadêmica do Curso de Enfermagem. Departamento de Enfermagem e Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul (SCS), Rio Grande do Sul (RS). E-mail: mirian.sackser@gmail.com

² Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem junto à Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Docente do Curso de Enfermagem. Departamento de Enfermagem e Odontologia da UNISC, SCS, RS. E-mail: amiritz@unisc.br

RESUMO

Objetivo: Identificar os motivos que levam os pacientes a desistir do tratamento da tuberculose no município de Santa Cruz do Sul, a partir da visão dos enfermeiros que atuam em unidades de atenção primária de saúde. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, com delineamento qualitativo, realizada em cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) e cinco Estratégias de Saúde da Família (ESF) vinculadas ao município de Santa Cruz do Sul/Rio Grande do Sul. Para a coleta de dados foi realizada entrevista, utilizando um questionário semiestruturado, gravado, aplicado individualmente. A Análise foi conduzida pela análise de Conteúdo, temática de Bardin 2011. **Principais resultados:** Foram 10 enfermeiras entrevistadas, metade possuía menos de um ano de experiência na unidade, referiram dificuldades no manejo dos sintomáticos respiratórios como a falta de tempo, recursos humanos e dificuldades de envolver o usuário no tratamento. Na perspectiva das enfermeiras entre os motivos envolvidos no abandono, estão o tempo terapêutico elevado, fatores sociais, e os efeitos colaterais dos medicamentos. **Conclusão:** A qualificação contínua da equipe sobre o manejo frente a doença, fortalece a assistência em saúde, tornando o usuário mais seguro quanto ao seu autocuidado, reduzindo as chances de abandono do tratamento.

Descritores: Tuberculose; Enfermagem; Saúde coletiva; Pacientes desistentes do tratamento

ABSTRACT

Objective: To identify the reasons that lead patients to give up tuberculosis treatment in the municipality of Santa Cruz do Sul, based on the view of nurses working in primary health care units. **Methodology:** This is a descriptive, exploratory, qualitative study, carried out in

five Basic Health Units (UBS in Portuguese) and five Family Health Strategies (ESF in Portuguese) linked to the municipality of Santa Cruz do Sul/Rio Grande do Sul. For the data collection, an interview was conducted using a semi-structured, recorded questionnaire, applied individually. The analysis was conducted by the analysis of the thematic content of Bardin. **Main results:** Ten nurses were interviewed and half of them had less than one year of experience in the unit, they reported difficulties in the management of respiratory symptoms such as lack of time, human resources and difficulties to involve the user in the treatment. From the perspective of nurses between the reasons involved in the abandonment, are the high therapeutic time, social factors, and the side effects of the medications. **Conclusion:** Continuous qualification of staff on the front handling the disease, strengthens health care, making the user more secure about their self-care, reducing the chances of noncompliance. **Keywords:** Tuberculosis; Nursing; Collective health; Patients withdrawing from treatment.

INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) é uma patologia infecciosa, causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, essa doença pode afetar o pulmão, sendo denominada de TB pulmonar, ou afetar outros órgãos e ser chamada de TB extrapulmonar, sendo essa última menos frequente. É uma doença que possui tratamento, desde que o paciente siga o esquema de medicações e o tempo correto¹.

A TB é considerada um problema global de saúde pública devido à sua alta prevalência em muitos países, dentre eles o Brasil, está associada as condições socioeconômicas da população, assim como aos problemas relacionados com a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a qualidade dos serviços de saúde². O Brasil faz parte do grupo dos 22 países priorizados pela Organização Mundial da Saúde, que concentram 80% dos casos de TB notificados no mundo, ocupando a 16ª posição em número absoluto de casos³.

O Estado do Rio Grande do Sul se destaca com os maiores índices de casos de pacientes em retratamento de TB, logo, ao direcionar a percepção à Santa Cruz do Sul, constata-se que a cidade se encontra em alerta, pois faz parte dos 15 municípios prioritários para o controle da TB no Rio Grande do Sul, perante ao Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT)⁶.

No que se refere ao abandono do tratamento, esse se constitui como um dos principais desafios para o sistema de saúde brasileiro, e para os profissionais da saúde, é caracterizado pelo não comparecimento do usuário ao serviço de saúde por mais de trinta dias consecutivos, após a data marcada para a próxima consulta⁴. O abandono do tratamento da TB pode ser

observado em grande proporção quando as ações de prevenção não são planejadas e realizadas adequadamente².

O enfermeiro possui relevância na minimização dos casos de abandono do tratamento, sendo necessário que o mesmo se aproxime dos reais motivos que levam os usuários acometidos por TB a desistirem do tratamento. Esta ação permite que as orientações em saúde, sejam condizentes com o plano de assistência individual e com a realidade social do usuário, a fim de que ele assuma conjuntamente, responsabilidades no tratamento. Logo, tem-se como objetivo identificar os motivos que levam os pacientes a desistir do tratamento da tuberculose no município de Santa Cruz do Sul (SCS), a partir da visão dos enfermeiros que atuam em unidades de Atenção Primária de Saúde (APS).

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, com delineamento qualitativo, conduzido no município de SCS, o qual possui uma população aproximada de 118.374 habitantes, localiza-se no nordeste do estado do Rio Grande do Sul, a 155 km de sua capital, Porto Alegre. Possui área de 733km² e é referência econômica regional da região do Vale do Rio Pardo⁶, e contempla uma Unidade de Referência Municipal para Tratamento da TB (URTB), localizada na Unidade Acadêmica do Hospital Santa Cruz (HSC), em que os casos positivos são referenciados pela APS para a unidade referência, onde encontra-se profissionais especializados no tratamento da TB⁶.

A pesquisa foi realizada em cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS): Avenida, Esmeralda, Verena, Jacob Schmidt e Farroupilha. E em cinco Estratégias de Saúde da Família (ESF): Gaspar Bartholomay, Faxinal, Cristal/Harmonia, Margarida e Viver Bem, todas estas unidades, localizadas na região urbana do município de SCS. A definição destes locais de pesquisa ocorreu a partir do levantamento do maior número de casos notificados no ano de 2016, obtidos junto à Vigilância Epidemiológica de SCS.

Fizeram parte da amostra deste estudo, 10 enfermeiras que atuavam nas unidades referidas acima, logo, como critério de inclusão tiveram-se: ser enfermeira responsável pela unidade. Para a coleta de dados foi realizada entrevista utilizando um questionário semiestruturado, gravado, aplicado individualmente pela discente nos locais de atuação das participantes, em dias previamente agendados. Quanto à identificação das enfermeiras, esta foi realizada utilizando o número do questionário, conforme a ordem de aplicação dos mesmos.

Os dados obtidos foram transcritos apoiando-se no Microsoft Word 2013, e os resultados analisados por meio da análise de conteúdo por temas⁵, a qual possui três momentos metodológicos: o primeiro momento consiste na pré-análise; o segundo na exploração do material, e o terceiro no tratamento e interpretação dos resultados. Assim, para a apresentação da análise foram definidas quatro temáticas, as quais são: Orientações sobre a tuberculose: o preparo do enfermeiro e do ACS; Atuação do enfermeiro: rotinas, fluxos e mobilizações na prevenção da tuberculose; Usuários suspeitos e assistidos com tuberculose: e o abandono e Dificuldades do enfermeiro e dos usuários no enfrentamento do controle e abandono do tratamento da tuberculose.

As exigências éticas e científicas foram preconizadas na pesquisa com seres humanos, fundamentando-se nos princípios éticos previstos na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Obteve-se também, a autorização da Secretaria Municipal de Saúde e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de SCS, sob protocolo nº 2.190.879. Foram fornecidos esclarecimentos sobre o trabalho e assegurado a responsabilidade ética por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido às participantes.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 10 enfermeiras atuantes em unidades de APS do município de SCS, cinco delas trabalhavam em UBS, possuíam idades entre 29 e 42 anos e quatro delas, tinham pós-graduação na saúde pública, já quanto ao tempo mínimo de atuação no serviço, este foi de um mês a três anos. Nas ESF, as idades variaram entre 30 a 61 anos, quatro possuíam pós-graduação na saúde pública e quanto ao tempo mínimo de atuação, este variou entre nove meses a 13 anos. Todos os resultados podem ser verificados na tabela 1 a seguir:

Tabela 1: Perfil das enfermeiras atuantes em 10 unidades de atenção primária em saúde de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, 2017.

Variáveis	Unidade Básica de Saúde	Estratégia Saúde da Família
	n	n
Idade		
29-39 anos	03	02
40-50 anos	02	01
51-61 anos	-	02

Pós-graduação
Lato sensu

Saúde Pública	02	-
Saúde da Família	04	02
Saúde do Trabalhador	-	02
Saúde da Pessoa Idosa	02	-
Unidade de Terapia Intensiva	01	-
Residência Multiprofissional	01	-
Urgência/Emergência/Trauma	-	01
Oncologia	01	-

Stricto sensu

Mestrado Ciências da Saúde	01	-
----------------------------	----	---

Tempo atuação

< 1 anos	03	02
>1 ≤ 5 anos	02	-
>5 ≤ 10 anos	-	01
>10 ≤ 15 anos	-	02

Fonte: Elaborado pelos próprios autores.

Orientações sobre a tuberculose: o preparo do enfermeiro e dos agentes comunitários de saúde

Ao questionar as enfermeiras a respeito da sua participação em treinamentos ou capacitações sobre a tuberculose, nove responderam afirmativamente, detalhando os conteúdos abordados, como podemos ver a seguir:

Sim, orientações sobre a identificação dos sintomáticos respiratórios, orientar sobre a coleta, cuidados em casa com os demais familiares, sobre o tratamento que não é mais como antigamente, diminuiu o número de comprimidos, os medicamentos não estão mais tão agressivos, da importância de tomar a medicação e fazer os exames de controle, os medicamentos estão mais eficazes. Mesmo sendo uma doença bem antiga, ela existe e tem tabus [...]. (04)

Sim, como orientar o paciente, a busca ativa dos sintomáticos respiratórios, toda a equipe precisa estar atenta. Como fazer a coleta, aonde fazer essa coleta, a primeira pode fazer em qualquer horário do dia e a segunda tem que ser de manhã em jejum [...]. (06)

Sim, sobre a coleta, busca ativa dos sintomáticos respiratórios, tratamento, notificação [...]. (10)

Quanto às instituições que viabilizaram as orientações sobre a tuberculose, quatro participantes referiram ser a enfermeira vinculada à Secretaria Municipal de Saúde, esta responsável pelo programa. Duas citaram ser fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde e outras duas participantes responderam ser a 13ª Coordenadoria Regional de Saúde. Uma enfermeira não lembrava quem havia promovido o treinamento e outra não recebeu capacitação.

Ressalta-se que mesmo diante das capacitações recebidas, duas enfermeiras manifestaram dificuldades na efetividade do que foi orientado, pois o fluxo desde a coleta do escarro até a obtenção de um tratamento eficiente, requer uma infraestrutura mais adaptada ao contexto e demandas do município, o que pode contribuir para a subnotificação dos casos e possível aumento de pessoas com tuberculose, resultado verificado na fala a seguir:

A gente possui na unidade, o pote, só que a nossa grande dificuldade, na maioria das vezes, é o paciente ir fazer o exame. Então a gente orienta a coletar a primeira amostra na unidade, orienta ele da segunda amostra, mas muitas vezes ele não retorna com o exame, porque ele não coleta a segunda amostra e não leva para o laboratório. E nós não temos aqui, ainda um local, pois como ele mora perto, poderia trazer a segunda amostra aqui e nos estarmos encaminhando. Isso está sendo visto pela coordenadora, para ter um frigobar na própria unidade, [...] um fluxo, uma logística de recolhimento toda sexta feira, assim como acontece com outros exames. Como tem que ser guardado em local apropriado e refrigerado, a gente não possui esse local apropriado [...]. (02)

A primeira coleta pode fazer em qualquer horário do dia e a segunda tem que ser de manhã em jejum. Na unidade não se tem um local apropriado [...]. (06)

Ainda sobre os treinamentos e capacitações recebidas, pode-se perceber que oito das enfermeiras avaliaram que os Agentes Comunitários de Saúde possuem preparo para participar na divulgação de orientações sobre a prevenção e tratamento da tuberculose em suas micro áreas, o que denota um fortalecimento no processo de educação em saúde *in loco* nos domicílios.

Sim, [...] porque muitas vezes o paciente não procura a unidade para uma consulta médica ou para dizer seus sinais e sintomas, mais o ACS estando dentro da casa do paciente, na visita de rotina, ele pode verificar que o paciente está apresentando tosse, relatando emagrecimento, suor noturno, ele está atendo e também pode estar referenciando e solicitando o exame. O ACS é o elo entre a unidade e o paciente [...]. (02)

Sim, ações para o ACS tem bastante, as vezes a gente nota que falta para o resto da equipe, o ACS está lá na ponta, são profissionais relevantes, eles estão bem capacitados, tem um olhar de identificação dos casos, e eles que muitas vezes nos trazem demandas, fazem orientações aos pacientes, porque a gente está dentro da unidade e não consegue ver todos os pacientes [...]. (03)

Sim, eles (ACS) estão bem sensibilizados para questão dos sintomáticos respiratórios e da busca ativa [...]. (10)

Outro aspecto relevante quanto ao conhecimento dos ACS sobre a tuberculose incide na formação atualizada do enfermeiro da unidade, pois é ele a referência no esclarecimento de dúvidas. Muitas vezes, diante da demanda de tarefas na unidade ou até mesmo, a falta de recursos humanos na equipe, o enfermeiro não consegue participar de todas as capacitações ofertadas.

Os ACS possuem bastante duvidas [...] me questionam bastante e recebem capacitações da Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde [...]. (04)

O ACS está preparado, eles têm mais capacitações que o próprio enfermeiro, nós acabamos ficando presos na unidade, por falta de pessoal [...]. (07)

Um enfermeiro relatou que em decorrência da substituição dos ACS contratados pelos concursados, o grupo de agentes necessitaria de investimentos voltados à educação em saúde sobre a tuberculose, para assim qualificar a assistência prestada aos usuários.

Nesse momento aqui mudou a equipe, e teria que ter capacitações, faz uns cinco meses que mudou toda a equipe dos ACS em função do concurso [...]. (06)

Diante da temática capacitação, quanto maior o preparo dos enfermeiros e ACS sobre a tuberculose, maiores serão as chances de reduzir o impacto da doença, haja visto que estar capacitado fortalece a assistência em saúde e a possibilidade de que, o aprendido pela comunidade, seja multiplicado a favor da prevenção da doença. E diante de algumas dificuldades apontadas, o ato de refletir sobre o melhor a ser feito é algo dialogado entre as enfermeiras e a sua coordenação.

Atuação do enfermeiro: rotinas, fluxos e mobilizações na prevenção do abandono do tratamento da tuberculose

Sobre a atuação do enfermeiro na unidade, diante da sistematização do trabalho com usuários em suspeita ou notificação de tuberculose, verificou-se que existe uma rotina para sete enfermeiras. Contudo, mesmo diante de todo o envolvimento dos integrantes da equipe,

na obtenção do possível diagnóstico, alguns usuários não retornam com o resultado à unidade, o que pode ser identificado nas falas a seguir:

Sim, quando há suspeita de paciente com TB e estão apresentando tosse há mais de duas ou três semanas, febre vespertina ou não, quando há algum sinal suspeito, aí o médico solicita que a gente faça as orientações para a coleta do escarro, então a gente orienta como fazer a coleta da primeira amostra e da segunda amostra. A gente lança no livro, sede os frascos já denominados, primeira amostra e segunda amostra, com o nome dos pacientes e já manda junto com a autorização, com o nome da unidade, do paciente bem direitinho, que já vai com os laboratórios de referência. E orienta o paciente como coletar e como levar essas amostras, e a gente pede que esse paciente volte com o resultado, e esse é o problema, a maioria não volta com o resultado [...]. (01)

Sim, tanto em consulta de enfermagem como em consulta médica, a gente sempre tem esse olhar dos sintomáticos respiratórios e já solicita exames, e também a gente sempre vai lembrando com as ACS [...] para que elas estejam atentas nas casas [...] a gente orienta que elas peçam ou mandem o paciente até a unidade [...]. (03)

Dentre as rotinas, também foi referido por nove enfermeiras, a sua confiança frente ao trabalho das ACS, as quais são importantes quanto à sua atuação sobre a temática e possuem respaldo profissional para atuarem junto a linha de frente, na orientação dos usuários com possível suspeita de tuberculose.

As próprias ACS podem solicitar o exame, tem o formulário específico, elas podem entregar os potinhos, dar as orientações, mais é difícil, porque dependendo de como for feita essa abordagem, ou o nível de compreensão do paciente, ele pode se apavorar, então sempre peço para elas pedirem para o paciente vir até a unidade, mais elas podem dar essas orientações [...]. (04)

As ACS têm um kit que a Coordenação do Programa fez, então elas mesmas já podem encaminhar. Esses três pacientes que eu te citei, dois já ganharam alta, só estamos com um ainda em tratamento [...]. (09)

Foram três enfermeiras, que referiram não apresentar uma rotina/sistematização diante de usuários sintomáticos respiratórios, fato relacionado com a não priorização desta conduta ou até mesmo com a inserção de ações dentro da rotina diária da equipe, sem que haja enfoque específico.

O que a gente fazia era anotar um telefone e fazer uma ligação para ver, mas o que constatamos, é que eles dizem que não fizeram o exame, então não vai ter resultado [...]. (02)

Ainda não, preciso organizar essas ações [...]. (05)

Não. Mas se na visita domiciliar o ACS perceber uma paciente com muita tosse, persistente, ele vai encaminhar para unidade. E a gente vai facilitar o acesso desse paciente na consulta. Está incluído como demandas da unidade, mais não tem um trabalho específico para isso [...]. (06)

Ao questionar as enfermeiras como elas realizavam as orientações da coleta para os usuários, pode-se verificar o cuidado quanto ao acolhimento, o detalhamento e o discernimento frente à equidade desde a primeira consulta na unidade, para que assim ocorra a confiança no serviço prestado e o êxito na ação almejada. Quanto ao fluxo, sete enfermeiras relataram orientar o usuário a estar em jejum para coletar a segunda amostra.

Geralmente eu oriento que faça em casa, mais se eu observar que é uma pessoa bem vulnerável, eu já faço a primeira coleta na unidade, o ideal é levantar da cama e fazer a coleta, eu oriento a não comer nada, não escovar os dentes antes de fazer a coleta. Oriento que não pode ser saliva, tem que ser escarro [...]. (04)

A gente sempre orienta a fazer a coleta em jejum, são dois dias consecutivos de coleta, na primeira hora da manhã, que seja um ambiente ventilado e sem fluxo de pessoas, que inspire fundo algumas vezes antes da coleta, que consiga o máximo de escarro possível [...]. (10)

Sobre o tempo que o exame de escarro leva para a obtenção do resultado, três enfermeiras responderam que este é de uma semana a 10 dias, contudo uma destas enfermeiras orienta para que o usuário contate o laboratório, a fim de obter a resposta. Duas enfermeiras responderam que leva entre dois ou três dias, outras duas falaram que leva em torno de um mês a 45 dias, e outras três enfermeiras não souberam responder.

Acredito que leva em torno de 10 dias para sair o resultado do exame. Quando o paciente está muito ansioso, peço que ele questione o laboratório sobre o tempo que leva para sair o resultado [...]. (04)

Em torno de uns 45 dias acho que o exame fica pronto [...]. (05)

O tempo que leva para ficar pronto eu não sei dizer [...]. (01)

Quando o paciente retorna à unidade com o resultado do exame de escarro, a rotina adotada por nove enfermeiras foi entrar em contato com o ambulatório da tuberculose com intuito de encaminhar o paciente. Apenas uma enfermeira revelou que realizava o tratamento na unidade de atenção primária, não citando o ambulatório.

Se positivo, encaminhar para o ambulatório da TB, o paciente já sai da unidade APS, com a consulta agendada com o médico infectologista [...]. (02)

Orientar a fazer o uso dos medicamentos corretamente, não abandonar o tratamento, se é um paciente bem ciente, pode fazer o acompanhamento pelo posto, mais ele precisa ir até o ambulatório pegar a medicação, já acompanhei pacientes que precisavam vir até a unidade para nos observarmos ele tomar a medicação [...]. (08).

Assim, é muito importante o usuário com TB, sair da unidade de APS bem orientado, com o encaminhamento devido ao ambulatório de referência, tornando evidente, neste processo, a necessidade do diálogo constante entre os profissionais destes serviços, a fim de identificar possíveis falhas na adesão ao tratamento e iniciativas para a busca ativa.

Usuários suspeitos e assistidos com tuberculose: e o abandono?

Sobre a notificação de casos de tuberculose, no ano de 2016, nas unidades alvos da pesquisa, pode-se constatar que oito pacientes foram diagnosticados com tuberculose, sendo os oito pacientes vinculados a três unidades de saúde, dados estes obtidos junto ao livro dos sintomáticos respiratórios.

Destaca-se que 66 pacientes sintomáticos respiratórios foram encaminhados por oito unidades alvo da pesquisa para fazer o exame de escarro no ano de 2016, as outras duas unidades não tinham nenhum registro no livro dos sintomáticos respiratórios, e as enfermeiras não souberam responder, pois uma não atuava na unidade neste período e a outra não realizava o registro.

Referente aos oitos usuários com tuberculose no ano de 2016, as enfermeiras foram questionadas quanto ao abandono do tratamento medicamentoso, sendo afirmado a desistência de um usuário, o que pode ser visto na fala a seguir:

Sim, um paciente abandonou, teve que passar por internação em Porto Alegre no Hospital Paternon e quando ele voltou para Santa Cruz, ele terminou o tratamento [...]. (07)

Conforme apresentado nos resultados acima, apreende-se que é importante viabilizar orientações de forma clara e segura ao usuário, buscando responsabilizá-lo de forma consciente do autocuidado com a sua saúde.

Dificuldades do enfermeiro e usuários no enfrentamento do controle e abandono do tratamento da tuberculose

Frente às dificuldades do dia-a-dia das enfermeiras no manejo do (LSR) nove delas afirmaram não apresentar dúvidas no preenchimento do livro, contudo uma delas afirmou que

a grande demanda de atividades na unidade, por vezes atrapalha o registro dos casos. Outra enfermeira referiu que os médicos poderiam participar deste trabalho.

Não se tem dificuldades, o que acontece às vezes é a dificuldade de registrar, por causa das demandas. As vezes se deixa para depois e se acaba esquecendo [...]. (06)

A dificuldade é os médicos registrarem. Dificuldade em o paciente trazer o resultado para registrar no livro [...]. (07)

Ainda sobre as dificuldades, todas as enfermeiras manifestaram algum apontamento, como a falta de tempo, de recursos humanos e de sensibilizar o usuário para aderir às condutas profissionais. Somente para as UBS foi ressaltada a reduzida estrutura física e a unidade não possuir território delimitado, motivos dos quais, podem interferir positivamente nos casos de abandono.

Desgaste emocional que a gente tem quando tem um paciente que ele não quer fazer o tratamento, o maior interessado tinha que ser ele. (03)

Tem áreas que não possuem ACS, a área da UBS é muito grande, não conseguimos ter o controle de tudo [...]. (04)

Falta de pessoal, hoje estou com deficiência de técnicos, e acaba que ficamos presos a unidade e não conseguimos fazer as visitas como se deveria fazer [...]. (07)

Falta transporte para ir até o paciente e fazer essa busca ativa aos faltosos. Tempo também falta, porque a demanda é grande, você pode observar na minha mesa a quantidade de papeis que eu acabo não dando conta, isso que hoje deu uma trégua no movimento por causa do tempo [...]. (05)

Como é uma unidade aberta, não se tem uma população definida, uma pessoa pode vir aqui consultar e não ser morador do bairro, a gente descobrir e enfim não ter ACS, qualquer pessoa pode consultar aqui e você acaba não tendo aquele vínculo de conhecer melhor o paciente, saber onde ele mora, questão de estrutura também, porque não tem nem como fazer uma consulta de enfermagem com melhores orientações, eu não tenho uma sala para mim, esse espaço foi improvisado aqui para mim. Só tem um consultório médico, uma sala de vacina [...]. (08)

Em relação às dificuldades que as enfermeiras identificaram que o paciente com tuberculose apresentava para seguir o tratamento, seis enfermeiras referiram ser o tempo terapêutico elevado, assim como os fatores sociais, quanto ao uso de drogas, alcoolismo, falta de estrutura familiar e ser acamado. Também foi apontada a ação dos efeitos colaterais dos medicamentos como prejuízo ao corpo humano.

Uso de drogas, alcoolismo. Questões sócias desfavoráveis, famílias desestruturadas [...]. (06)

Pacientes com alcoolismo, drogados. No caso de abandono na nossa unidade era a mãe e filho que usavam álcool, e o filho desistiu do tratamento [...]. (07)

Para nós a maior dificuldade são os fatores sociais, porque quase todos que apresentaram problemas no tratamento, eram sozinhos e acamados [...]. (09)

Eu acho que é o efeito da medicação, eles reclamam que no início apresentam muitos efeitos colaterais e passado um tempo eles abandonam, se eles não forem acompanhados e orientados logo quando inicia o tratamento acho que o abandono é muito grande [...]. (02)

Frente ao número de notificações de casos de tuberculose no ano de 2016, pode-se constatar que dos oito pacientes em tratamento de TB e uma desistência, a maior dificuldade ainda recaí na ausência do retorno à unidade com o resultado do escarro, pois muitos nem levam as amostras ao laboratório. Fato que denota uma falha em cadeia, em que o registro nos livros dos sintomáticos respiratórios, também deixa de ser efetivado devidamente.

DISCUSSÃO

Atuar na APS torna-se essencial, sob o ponto de vista da prevenção da disseminação da doença e manutenção da saúde, para tanto, visualiza-se no estudo⁷ realizado com 14 enfermeiras atuantes em ESF, no Belém, Pará, que o enfermeiro é jovem, com idade entre 27 a 64anos. A maioria delas tinham feito curso de especialização, com destaque para a Saúde Pública ou Saúde da Família, mas também à área hospitalar. Em outro estudo realizado em ESF, no Rio Grande do Norte, a maioria pertencente a categoria profissional enfermeiro, era do sexo feminino, com idades que variavam entre 23 e 48 anos, atuando de três a quatro anos nas unidades⁸.

Assim, constata-se que o perfil identificado na presente pesquisa retrata também realidades de outras regiões, demonstrando que as enfermeiras são jovens e a maioria do sexo feminino, contudo frente ao tempo de atuação, este foi um pouco menor para as enfermeiras de SCS, pois metade delas possuía menos de um ano de experiência nas unidades.

O estudo realizado em Espírito Santo, Vitória, demonstrou que 50% dos enfermeiros, atuavam na equipe entre um a quatro anos, já sob a análise detalhada por estados, identificou-se que o percentual de enfermeiros trabalhando há menos de um ano em ESF e UBS variou desde o estado do Piauí, com 13% e o Amapá, com 52%. Não obstante, destaca-se para o Rio Grande do Sul, a taxa de 23% e Santa Catarina, 32%⁹.

A rotatividade dos profissionais enfermeiros e demais membros da equipe, compromete o estabelecimento de vínculo com a população, assim como o planejamento e execução de

ações em saúde, sejam elas conduzidas em ESF ou UBS. Outro aspecto relacionado com a rotatividade é a sobrecarga de trabalho para os profissionais que permanecem nas unidades, além de atrapalhar a organização e fluxos, os novos profissionais demandam treinamento por parte da equipe⁹.

Assim, desenvolver atividades em saúde que busquem orientar a população, requer do enfermeiro a compreensão de suas atribuições e dos dispositivos legais que regem a sua atuação nos serviços de atenção básica, sendo importante conhecer as políticas de saúde vigentes no País é estar atualizado quanto às demandas de sua unidade⁸, ação concernente também ao tema sobre tuberculose.

Uma das ferramentas importantes para o controle da TB são as capacitações destinadas aos profissionais da APS, as quais os auxiliam no êxito do planejamento, na detecção precoce dos casos e na qualidade da assistência prestada¹⁰. A oferta de cursos, oficinas e demais modalidades de treinamento, mantém os profissionais atualizados⁸. Logo, possuir uma administração na APS, que disponibilize treinamentos à equipe profissional é um diferencial na presente pesquisa, o que denota um espaço para a construção contínua do conhecimento.

Em João Pessoa, um estudo conduzido com 10 enfermeiros de ESF demonstrou que este profissional é um ator importante para efetivação do cuidado da TB, pois gerencia as ações de controle frente a complexidade envolvida nesse processo¹¹. Contudo, em Teresina, no Piauí, os autores¹², reforçam que o enfermeiro necessita qualificar a sua atuação no manejo de usuários SR, para assim viabilizar um cuidado integral e humanizado vinculado as ações do PNCT.

Quanto aos ACS, estes ganharam ainda mais destaque com a implantação das ESF, eles são o elo de comunicação entre a equipe de saúde e a população, por estarem inseridos na comunidade, desenvolvendo visitas domiciliares e orientações em saúde, permitindo viabilizar o repasse de suas ações para a equipe¹³. O ACS possui contato direto com os conhecimentos de educação popular, haja visto as atribuições do seu trabalho, o que o direciona também, a aliar estes dados obtidos na comunidade, com o conhecimento científico¹⁴.

Assim como ocorre em outras regiões, segundo as enfermeiras de SCS, o ACS desempenha um importante trabalho junto com a equipe das unidades, e se mostra cada vez mais empenhado na busca pelo conhecimento, para levar informações corretas à população.

Quanto à busca ativa feita pela equipe aos usuários SR, esta objetiva identificar precocemente pessoas com tosse igual ou superior há três semanas, e deve ser uma atividade priorizada nos serviços de saúde¹⁵. Portanto, fazer o diagnóstico da TB e iniciar de forma rápida o tratamento, são as principais estratégias para o controle da doença, logo, o

planejamento das ações deve ser desenvolvido com enfoque na identificação do usuário SR, para tão logo, realizar o seu encaminhamento para obtenção do diagnóstico e o início do tratamento adequado¹⁵.

O PNCT orienta os municípios a oferecer o Tratamento Diretamente Observado (TDO), conhecido como Directly Observed Treatment Short Course (DOTS)¹⁵. O TDO é um método definido pela equipe conjuntamente com o usuário, e consiste na forma de administrar os medicamentos, que é conduzida por um profissional treinado para observar o consumo de medicação feito pelo usuário, desde o início do tratamento até a sua cura. Esta ação requer a criação de um vínculo entre ambos no serviço de saúde, para remover as barreiras que impedem a adesão ao tratamento. Fato que requer a adoção de estratégias que visem a reabilitação social, melhora da autoestima e o convívio social¹⁵.

Em relação ao fluxo da coleta, diagnóstico e tratamento da TB, um estudo conduzido em São Paulo, revela dificuldades quanto ao fornecimento da assistência aos usuários SR¹⁶. Em um Centro de Saúde Escola gerenciado pela Universidade do Pará, o fluxo dos pacientes com TB se inicia a partir do acolhimento pelos técnicos de enfermagem, os quais solicitam duas amostras da baciloscopia de escarro. O resultado é obtido em dois momentos, sendo a primeira amostra colhida na unidade e o seu resultado obtido em um dia, em média, e em dois dias, para a segunda, a qual é colhida na residência. Os autores ressaltam ainda, que diante dos resultados positivos na baciloscopia, os usuários SR são encaminhados para a consulta na sua unidade de referência, sendo que o tratamento se inicia no mesmo dia pela enfermeira. Para àqueles com baciloscopia negativa, mas com sintomas da TB, o encaminhamento é feito para o pneumologista¹⁷.

Segundo o Ministério da Saúde, a coleta, a conservação e o transporte das amostras de escarro é responsabilidade dos serviços de saúde¹⁵. Porém, em SCS, as enfermeiras informaram que a unidade não possui um local apropriado para o armazenamento das amostras, ficando sob responsabilidade do usuário encaminhá-las até o laboratório. E quanto ao processo de coleta, relembra-se que em SCS, é o usuário que a realiza em sua residência e retira o resultado junto ao serviço, com um tempo aproximado de no mínimo dois a três dias, até no máximo 45 dias.

Quanto ao jejum, a maioria das enfermeiras de SCS citaram como uma importante orientação para o usuário, estar em jejum para coletar a segunda amostra no dia posterior a primeira. Sobre este aspecto, a pesquisa realizada em uma UBS, na Universidade do Pará, evidenciou que a unidade não possui um ambiente específico para realizar as coletas, por isso,

são orientados a coletar as amostras na residência, sendo a primeira coleta no dia seguinte ao atendimento, em jejum e a segunda no dia posterior a primeira¹⁷.

O recomendado é de que a primeira amostra seja coletada nas dependências da unidade, em um local arejado, para isso, o SR deve fazer a higiene das mãos e da cavidade oral sem utilizar creme dental ou soluções antissépticas, a segunda amostra pode ser coletada no domicílio, logo após acordar, estar em jejum, e seguir as mesmas recomendações da primeira amostra¹⁸. Quanto ao registro e acompanhamento dos casos, é utilizado o LSR, todas as unidades de APS devem possuí-lo devidamente preenchido a fim de possuir a identificação do SR para a efetivação do diagnóstico de TB e início do tratamento¹⁵. Permite também verificar o tempo decorrido entre a identificação do caso e a realização do exame pelo paciente, e observar o seguimento do protocolo que preconiza a coleta de duas amostras de escarro para o diagnóstico e ainda o índice de resultados positivos em cada unidade¹⁵. O que pode dificultar o processo de identificação do SR devido à ausência do registro no LSR e/ou subnotificação dos casos de abandono, quando não descritos devidamente.

Um estudo realizado em Lima, Peru, com profissionais da saúde da APS, entre eles enfermeiros, destacou-se que entre os aspectos relacionados ao abandono no tratamento, encontram-se as questões sociais, efeitos adversos das medicações, e os tabus que essa doença possui por ser contagiosa, motivos que levam as pessoas a se afastarem do portador, e este abandonar o tratamento¹⁹. Em um estudo realizado na cidade de São Paulo, os autores apontam que os motivos ligados a questão do abandono na APS estão relacionados a falta de capacitações para a equipe, demora nos resultados laboratoriais e agendamento de exames, ausência de profissionais que se dediquem exclusivamente para as ações do PNCT, falta de materiais, falta de um ambiente adequado para o acolhimento dos SR, bem com a ausência de um veículo próprio para os profissionais fazerem a busca ativa¹⁶.

O uso de drogas ou bebidas alcoólicas, está dentro das questões sociais citadas pelos profissionais como fatores relacionados ao abandono do tratamento da TB, em um estudo realizado em Rio Branco, no Acre, um enfermeiro de APS classificou que o tratamento de dependentes químicos, com TB é complicado, e destacou a necessidade de desenvolver estratégias para o manejo nesses casos específicos²⁰. O usuário precisa ser assistido de forma integral, todos os esforços devem ser feitos com o objetivo de envolvê-lo no seu próprio cuidado, assim como o fortalecimento do vínculo entre o usuário, profissional e serviço de saúde¹⁶.

Frente à visão de três portadores de TB quanto ao abandono dos seus tratamentos, uma pesquisa indicou o fato de obterem uma melhora do seu quadro clínico, antes mesmo de

concluírem a terapia, assim como, a necessidade de ingerir bebidas alcoólicas, abdicando do tratamento²⁰. Mas, também são evidenciados outros motivos, como os efeitos colaterais das medicações, a falta de atenção da equipe principalmente na questão dos encaminhamentos e informações básicas sobre a patologia².

Logo, manter o vínculo com o usuário diagnosticado com TB, bem como à sua família, é uma ação essencial do enfermeiro, o qual necessita ousar do acolhimento, envolvendo toda a sua equipe da unidade, com vistas a articular estratégias que envolvam a redução de casos de abandono e a efetividade no tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo referindo receber capacitações sobre a temática, algumas vezes as enfermeiras não conseguiam efetivar as orientações na prática, pois dentre os obstáculos estavam a falta de tempo diante de muitas demandas na unidade, a mudança do quadro de funcionários frente à necessidade da constante construção de vínculo e necessidade de troca de saberes entre a equipe.

Outro aspecto salientado quanto às dificuldades está no espaço físico das unidades, que por vezes é pequeno e poderia conter um local específico para armazenar as amostras de escarro, ou até mesmo, haver um sistema de coleta destas culturas, semanalmente nos serviços de APS, reduzindo assim, os casos inconclusivos para a doença. Não obstante, a rotatividade de usuários nas unidades abertas, cuja população não é adscrita também se tornou um fator dificultador. Assim, todos estes fatores dificultam de alguma forma o trabalho efetivo do enfermeiro e sua equipe na APS com os SR, contribuindo para que ocorram subnotificações da TB, diante de casos não registrados no LSR.

Quanto às dificuldades que os usuários com TB possuem para dar continuidade ao tratamento, pode-se constatar através das falas das enfermeiras que foram o tempo terapêutico elevado; os diversos fatores sociais como uso de drogas, álcool, usuários que residem sozinhos e os efeitos colaterais dos medicamentos. Portanto, é necessário que os profissionais consigam acolher esse usuário de forma adequada, com o intuito de envolvê-lo na conduta terapêutica, diminuindo assim, os índices de abandono no tratamento.

Saber sobre o fluxo do atendimento aos usuários SR e também àqueles comprovados com TB, requer habilidades constantes e atualizadas, demonstrando haver discordância sobre o tempo que o diagnóstico demora para ficar pronto no laboratório de referência, sendo afirmado ser de dois a até 45 dias de espera. Esse é um dado importante no fluxo das ações, que as enfermeiras necessitam estar mais fundamentadas.

Mesmo havendo um caso de abandono no ano de 2016, foi possível identificar alguns aspectos importantes na conduta das enfermeiras, para com os usuários SR ou com TB, que necessitam de constantes aperfeiçoamentos e diálogo entre a equipe e usuários, assim como encontros com a coordenação, para estar continuamente construindo um fazer em saúde reflexivo, fundamentado e integral em prol da saúde coletiva.

Ressalta-se que o estudo não possui representatividade para SCS, pois não abrange todas as unidades de APS do município, mas é de grande importância para o aperfeiçoamento intelectual da pesquisadora e fonte de informações para o município e unidades de saúde alvo da pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Ferri AO, Aguiar B, Wilhelm CM, Schmidt D, Fussieger F, Picoli SU. Diagnóstico da tuberculose: uma revisão. *Revista Liberato* [Internet]. 2014 [Acesso em 20 mai 2017]; 15(24):105-202. Disponível em:[http://www.liberato.com.br/sites/default/files/arquivos/Revista_SIER/v.%2015,%20n.%2024%20\(2014\)/4%20-%20Tuberculose.pdf](http://www.liberato.com.br/sites/default/files/arquivos/Revista_SIER/v.%2015,%20n.%2024%20(2014)/4%20-%20Tuberculose.pdf)
2. Alves RS, Souza KMJ, Oliveira AAV, Palha PF, Nogueira JA, Sá L.D. Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na estratégia saúde da família. *Texto contexto – enferm* [Internet]. 2012 [Acesso em 24 nov 2017]; 21(3):650-657. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300021
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, *Boletim Epidemiológico*. v.46. n.9 Brasília: MS, 2015.
4. Sá LD, Souza KML, Nunes MG, Palha PF, Nogueira JA, Villa TCS. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. *Texto contexto - enferm* [Internet]. 2007 [Acesso em 10 abri 2017]; 16(4): 712-718. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-0707200700400016&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000400016>.
5. BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011. 279 p.
6. Daronco A, Borges TS, Sonda EC, Silveira CS, Bee GR, Passos PT. Aspectos relevantes sobre tuberculose para profissionais de saúde. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, v.2, n.2, p.61-65, Santa Cruz do Sul, 2012. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/2599/2063>> Acesso em: maio de 2017.
7. Polaro SHI, Gonçalves LHT, Alvarez AM. Construindo o fazer gerontológico pelas enfermeiras das Unidades de Estratégia Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP* [Internet].

2013 [Acesso em 20 nov 2017]; 47(1):160-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a20v47n1.pdf>

8. Souza LRM, Oliveira LPBA, Medeiros ACQ, Menezes RMP. Ações de enfermagem no cuidado ao homem idoso na Estratégia de Saúde da Família. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2017 [Acesso em 20 nov 2017]; 11(5):2024-32. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8838/pdf_3199

9. Galavote HS, Zandonade E, Garcia ACP, Freitas PSS, Seidl H, Contarato PC, et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. Esc Anna Nery [Internet]. 2016 [Acesso em 21 nov 2017]; 20(1):90-98. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0090.pdf>

10. Macedo SM, Andrade RPS, Souza CBA, Andrade ASS, Villa TCS, Pinto ESG. Estratégias para capacitação ao cuidado em tuberculose. Cogitare Enferm [Internet]. 2016 [Acesso em 17 nov 2017]; 21(3):01-08. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45339>

11. Barrêto AJR, Evangelista ALF, Sá LD, Almeida SP, Nogueira JÁ, Lopes AMC. Gestão do cuidado à tuberculose: da formação à prática do enfermeiro. Rev. bras. enferm [Internet]. 2013 [acesso em 23 nov 2017]; 66(6):847-853. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000600006&lng=en.

12. Sousa GP, Balduino LS, Silva MRS. Atuação do Enfermeiro no Controle da Tuberculose Pulmonar em Unidades Básicas de Saúde Teresina-PI. Revista Interdisciplinar [Internet]. 2016 [acesso em 23 nov 2017]; 9(4):122-131. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/997>

13. Costa SM, Araújo FF, Martins LV, Nobre LLR, Araújo FM, Rodrigues CAQ. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. Cien Saude Colet [Intenet]. 2013 [acesso em 23 nov 2017]; 18(7): 2147-2156. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700030

14. Gomes RCM, Souza CD, Baggio L, Wachs F. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2016 [acesso em 23 nov 2017]; 21(5):1637-1646. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501637&lng=en.

15. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2011. 284 p.

16. Caliar JS, Figueiredo RM. Tuberculose: perfil de doentes, fluxo de atendimento e opinião de enfermeiros. Acta Paul Enferm [Internet]. 2012 [acesso em 23 nov 2017]; 25(1):43-47. Disponível em: <http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v25/n1/v25n1a8.pdf>

17. Araujo MRS, Silva HP, Silva AKLS. Avaliação situacional de biossegurança em tuberculose em Unidades Básicas de Saúde na Amazônia. Rev. bras. saúde ocup. [Internet].

2016 [acesso em 23 nov 2017]; 41(21). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572016000100212&lng=en

18. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Guia de orientações para coleta do escarro. Brasília, 2014.

19. Chirinos NEC, Meirelles BHS, Bousfield ABS. A relação das representações sociais dos profissionais da saúde e das pessoas com tuberculose com o abandono do tratamento. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [acesso em 24 nov 2017]; 26(1):e5650015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt_0104-0707-tce-26-01-5650015.pdf

20. Rocha DS, Adorno RCF. Abandono ou Descontinuidade do Tratamento da Tuberculose em Rio Branco, Acre. *Saúde Soc. São Paulo* [Internet]. 2012 [acesso em 24 nov 2017]; 21(1):232-245. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n1/22.pdf>

ANEXO – A: Normas para submissão à Revista Enfermagem Atual

Entrada - mirian.sackse | Endermagem Atual | No | como tirar print no pc - |

revistaenfermagematual.com.br/normasparapublicacao.php

A REVISTA CONSELHO EDITORIAL INSTRUÇÕES PARA AUTORES NORMAS PARA PUBLICAÇÃO POLÍTICA EDITORIAL PARCEIROS ATENDIMENTO

REVISTA ENFERMAGEM ATUAL

enfermagematual2017@gmail.com +55 (21) 2259-6232

ISSN 1519-230X | Impressa Rua México, 194, SALA 92 Centro | RJ - 20031-143

NORMAS DE PUBLICAÇÃO:

ARTIGOS ORIGINAIS:

Resultado de pesquisa. Deve limitar-se a 6000 palavras (excluindo resumo, referências, tabelas e figuras).

ARTIGOS DE REVISÃO (SISTEMÁTICA OU INTEGRATIVA):

Estudo que reúne de maneira crítica e ordenada resultados de pesquisas a respeito de um tema específico, aprofunda o conhecimento sobre o objeto da investigação. Deve limitar-se a 4000 palavras (excluindo resumo, referências, tabelas e figuras). As referências deverão ser atuais e em número mínimo de 30.

RELATOS DE CASO:

Descrição de pacientes ou situações singulares. O texto é composto por uma introdução breve que situa o leitor em relação à importância do assunto e apresenta os objetivos do relato do(s) caso(s) em questão, o relato resumido do caso e os comentários no qual são abordados os aspectos relevantes. Seguidos de uma discussão a luz da literatura nacional e internacional e conclusão. O número de palavras deve ser inferior a 2000 (excluindo resumo, referências e tabelas). O número máximo de referência é 15.

NOTA PRÉVIA:

Resumos de trabalho de conclusão de curso, dissertações ou teses. Deve ser escrito na forma de resumo expandido estruturado contendo Introdução, Objetivos, Métodos e Resultados Esperados. Deve limitar-se a 1000 palavras (excluindo referências).

00:03 26/11/2017

Entrada - mirian.sackse | Endermagem Atual | No | como tirar print no pc - |

revistaenfermagematual.com.br/normasparapublicacao.php

A REVISTA CONSELHO EDITORIAL INSTRUÇÕES PARA AUTORES NORMAS PARA PUBLICAÇÃO POLÍTICA EDITORIAL PARCEIROS ATENDIMENTO

NOTA PRÉVIA:

Resumos de trabalho de conclusão de curso, dissertações ou teses. Deve ser escrito na forma de resumo expandido estruturado contendo Introdução, Objetivos, Métodos e Resultados Esperados. Deve limitar-se a 1000 palavras (excluindo referências).

CARTAS AO EDITOR:

São sempre altamente estimuladas. Em princípio, devem comentar, discutir ou criticar artigos publicados na Revista, mas também podem versar sobre outros temas de interesse geral. Recomenda-se tamanho máximo 1000 palavras, incluindo referências bibliográficas, que não devem exceder a seis (6). Sempre que possível, uma resposta dos autores será publicada junto com a carta.

AVALIAÇÃO PELOS PARES (PEER REVIEW)

Previamente à publicação, todos os artigos enviados à Revista Enfermagem Atual passam por processo de revisão e julgamento, a fim de garantir seu padrão de qualidade. Inicialmente, o artigo é avaliado pela secretária para verificar se está de acordo com as normas de publicação e completo. Todos os trabalhos serão submetidos à avaliação pelos pares (peer review) por pelo menos dois revisores selecionados pelo Conselho Editorial. Os revisores fazem uma apreciação rigorosa de todos os itens que compõem o trabalho. Ao final, farão comentários gerais sobre o trabalho e opinarão se o mesmo deve ser publicado. O editor toma a decisão final. Em caso de discrepâncias entre os avaliadores, pode ser solicitada uma nova opinião para melhor julgamento. Quando são sugeridas modificações pelos revisores, as mesmas são encaminhadas ao autor correspondente.

O sistema de avaliação é o duplo cego, garantindo o anonimato em todo processo de avaliação. A decisão sobre a aceitação do artigo para publicação ocorrerá, sempre que possível, no prazo de seis meses a partir da data de seu recebimento. As datas do recebimento e da aprovação do artigo para publicação são informadas no artigo publicado com o intuito de respeitar os interesses de prioridade dos autores.

IDIOMA

Os manuscritos devem ser redigidos no idioma português. Eles devem obedecer à ortografia vigente, empregando linguagem fácil e precisa e evitando-se a informalidade da linguagem coloquial. O artigo com a aprovação para publicação deverá ser encaminhado para um dos revisores ortográficos indicados pela Revista (empresas especializadas) sendo o custo financeiro de responsabilidade dos autores. No entanto, não será aceita a revisão feita por outros revisores, apenas dos que estão indicados com o envio da "declaração de revisão" + cópia duplicada do artigo para o autor x editor. As versões serão disponibilizadas na íntegra no endereço eletrônico da (<http://revistaenfermagematual.com.br>).

As versões serão disponibilizadas na íntegra no endereço eletrônico da (<http://revistaenfermagematual.com.br>).

PESQUISA COM SERES HUMANOS E ANIMAIS

00:13 26/11/2017

Endermagem Atual | No: X

revistaenfermagematual.com.br/normasparapublicacao.php

A REVISTA CONSELHO EDITORIAL INSTRUÇÕES PARA AUTORES NORMAS PARA PUBLICAÇÃO POLÍTICA EDITORIAL PARCEIROS ATENDIMENTO

PESQUISA COM SERES HUMANOS E ANIMAIS

Os autores devem, no item Método, declarar que a pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa de sua Instituição (enviar declaração assinada que aprova a pesquisa), em consonância à Declaração de Helsinki revisada em 2000 [World Medical Association (www.wma.net/policy/b3.htm)] e da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf). Na experimentação com animais, os autores devem seguir o CIOMS (Council for International Organization of Medical Sciences) Ethical Code for Animal Experimentation (WHO Chronicle 1985; 39(2):51-6) e os preceitos do Colégio Brasileiro de Experimentação Animal - COBEA (www.cobea.org.br).

CRITÉRIOS DE AUTORIA

Os critérios de autoria devem ser adotados a partir das recomendações do International Committee of Medical Journal Editors. Portanto, só devem ser indicados como autores, os participantes que contribuíram diretamente para a construção do manuscrito.

Para isso, devem, minimamente:

1. Ter participado da concepção e do planejamento das atividades que levaram à construção do trabalho;
2. Ter construído efetivamente ou fazer ter participado do processo de revisão;
3. Ter aprovado a versão final.

A responsabilidade pelo conteúdo dos manuscritos é de inteira responsabilidade dos autores. Mesmo partindo do princípio que as informações divulgadas na Enfermagem Atual sejam consideradas verdadeiras e precisas, os editores e o conselho editorial não podem aceitar qualquer responsabilidade legal por mínimos erros ou omissões que possam ser feitas pelos autores dos manuscritos.

DECLARAÇÃO DE DIREITOS AUTORAIS E DE RESPONSABILIDADE

Os autores, ao submeterem o artigo para a revista, devem encaminhar um documento assinado por todos os participantes, o título do artigo e a seção para qual o artigo deve ser indicado, como apresentado no modelo abaixo.

[DECLARAÇÃO DE DIREITOS AUTORAIS E DE RESPONSABILIDADE](#)

O(s) autor(es) abaixo assinado(s) transfere(m) todos os direitos autorais do manuscrito XXXX, à Revista Enfermagem Atual –

00:42
26/11/2017

Endermagem Atual | No: X

revistaenfermagematual.com.br/normasparapublicacao.php

A REVISTA CONSELHO EDITORIAL INSTRUÇÕES PARA AUTORES NORMAS PARA PUBLICAÇÃO POLÍTICA EDITORIAL PARCEIROS ATENDIMENTO

DECLARAÇÃO DE DIREITOS AUTORAIS E DE RESPONSABILIDADE

O(s) autor(es) abaixo assinado(s) transfere(m) todos os direitos autorais do manuscrito XXXX, à Revista Enfermagem Atual –

O(s) signatário(s) garante(m) que o artigo é original, não infringindo os direitos autorais ou qualquer outro direito de propriedade de terceiros. Além disso, garantem que este manuscrito não foi publicado anteriormente e que não foi enviado para publicação em nenhuma outra revista.

Em caso de aceitação do artigo, sugerimos que este seja publicado na seção XXX.

Por fim, declaramos que não há conflitos de interesse em relação à construção do manuscrito e seu conteúdo.

Local, data

Assinaturas:

PREPARO DOS MANUSCRITOS

ENVIO DOS MANUSCRITOS:

Para assegurarmos a imparcialidade de nossos Avaliadores, solicitamos que **NÃO DEVERÁ CONTER EM NENHUMA PÁGINA NOME DOS AUTORES**. Qualquer Submissão que possua nome dos Autores, será automaticamente cancelada.

SEGUNDA PÁGINA:

Resumo e Abstract: O resumo inicia uma nova página. Independente da categoria do manuscrito - Normas de Publicação REVISTA ENFERMAGEM ATUAL. O Resumo deverá conter, no máximo, 200 palavras e ser escrito com clareza e objetividade. No resumo deverão estar descritos o objetivo, a metodologia, os principais resultados e as conclusões. O Resumo em português deverá estar acompanhado da versão em inglês (Abstract). Logo abaixo de cada resumo, incluir, respectivamente, três (3) a cinco (5) descritores e key words. Recomendamos que os descritores estejam incluídos entre os Descritores em Ciências da Saúde - DeCS (http://decs.bvs.br) que contem termos em português, inglês.

TERCEIRA PAGINA:

Corpo do texto: O corpo do texto inicia nova página, em que deve constar o título do manuscrito SEM o nome do(s) autor(es). O corpo do texto é contínuo. É recomendável que os artigos sigam a estrutura: Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusões.

00:48
26/11/2017

Endermagem Atual | No: x

revistaenfermagematual.com.br/normasparapublicacao.php

A REVISTA CONSELHO EDITORIAL INSTRUÇÕES PARA AUTORES NORMAS PARA PUBLICAÇÃO POLÍTICA EDITORIAL PARCEIROS ATENDIMENTO

Introdução: Deve conter o propósito do artigo. Reunir a lógica do estudo. Mostrar o que levou os autores estudarem o assunto, esclarecendo falhas ou incongruências na literatura e/ou dificuldades na prática clínica que tornam o trabalho interessante aos leitores. Apresentar objetivo(s).

Método: Descrever claramente os procedimentos de seleção dos elementos envolvidos no estudo (voluntários, animais de laboratório, prontuários de pacientes). Quando cabível devem incluir critérios de inclusão e exclusão. Esta seção deverá conter detalhes que permitam a replicação do método por outros pesquisadores. Explicar o tratamento estatístico aplicado, assim como os programas de computação utilizados. Os autores devem declarar que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição onde o trabalho foi realizado.

Resultados: Apresentar em sequência lógica no texto, tabelas e ilustrações. O uso de tabelas e gráficos deve ser privilegiado.

Conclusões: Devem ser concisas e responder apenas aos objetivos propostos. Referências: O número de referências no manuscrito deve ser limitado a vinte (20), exceto nos artigos de Revisão.

Referências: As referências, apresentadas no final do trabalho, devem ser numeradas, consecutivamente, de acordo com a ordem em que foram incluídas no texto; e elaboradas de acordo com o estilo Vancouver. Devem ser utilizados números arábicos, sobrescritos, sem espaço entre o número da citação e a palavra anterior, e antecedendo a pontuação da frase ou parágrafo [Exemplo: enfermagem1.]. Quando se tratar de citações sequenciais, os números serão separados por um traço [Exemplo: diabetes1-3.], quando intercaladas, separados por vírgula [Exemplo: feridas1,3,5.]. Apresentar as Referências de acordo com os exemplos:

- Artigo de Periódico: Oliveira BGRB, Nogueira GA, Carvalho MR, Abreu AM. Caracterização dos pacientes com úlcera venosa acompanhados no Ambulatório de Reparo de Feridas. Rev Eletrônica Enferm [Internet]. 2011 [acesso em 13 jul 2014]; 14(1):156-63. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fe/article/view/10322>
- Capítulo de livros: Ribeiro RM, Haddad JM, Rossi P. Imagenologia em uroginecologia. In: Girão MBC, Lima GR, Baracat EC. Cirurgia vaginal em uroginecologia. 2a ed. São Paulo: Artes Médicas; 2002. p. 41-7.
- Dissertações e Teses: Del Sant R. Propedêutica das síndromes catatônicas agudas [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1989.
- Eventos considerados no todo: 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p.1561-5.
- Eventos considerados em parte: House AK, Levin E. Immune response in patients with carcinoma of the colo and rectum and stomach. In: Resúmenes do 12º Congreso Internacional de Cancer, 1970; Buenos Aires, 1970. p.135.
- Material eletrônico: Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online]; 1(1):[24 screens]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/d/leid/htm>. CD, clinical dermatology illustrated [monograph on CD-ROM]. Reeves JRT, Malbach H. CMEa Multimedia group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEa; 1995.

00:51
26/11/2017

Endermagem Atual | No: x

revistaenfermagematual.com.br/normasparapublicacao.php

A REVISTA CONSELHO EDITORIAL INSTRUÇÕES PARA AUTORES NORMAS PARA PUBLICAÇÃO POLÍTICA EDITORIAL PARCEIROS ATENDIMENTO

Sand Diego: CMEa; 1995.

Figuras e Tabelas: Todas as ilustrações, fotografias, desenhos, slides e gráficos devem ser numerados consecutivamente em algarismos arábicos na ordem em que forem citados no texto, identificados como figuras por número e título do trabalho. As legendas devem ser apresentadas em folha à parte, de forma breve e clara. Devem ser enviadas separadas do texto, formato jpeg, com 300 dpi de resolução. As tabelas devem ser apresentadas apenas quando necessárias para a efetiva compreensão do manuscrito. Assim como as figuras devem trazer suas respectivas legendas em folha à parte. A entidade responsável pelo levantamento de dados deve ser indicada no rodapé da tabela.

COMO SUBMETER O MANUSCRITO

Os manuscritos devem ser obrigatoriamente, submetidos eletronicamente através de nossa nova Plataforma. Os artigos deverão vir acompanhados por um documento assinado por todos os participantes, transferindo os direitos autorais à Enfermagem Atual conforme modelo descrito acima. Neste, o(s) autor(es) explicitarão que estão de acordo com as normas da revista e são os únicos responsáveis pelo conteúdo expresso no texto, declarando se há ou não conflito de interesse e a inexistência de problema ético relacionado ao manuscrito.

O Processo de Cadastro é automático e separado em 5 Etapas, são elas:

Etapa 01: Início, onde deverá escolher seção, idioma e confirmação das condições para submissão. É possível escrever um texto de observação para leitura dos Editores (Não é obrigatório).

Etapa 02: Envio do Manuscrito, onde deverá realizar o upload do artigo em si, seguindo as regras contidas na própria página.

Etapa 03: Inclusão de Metadados, atenção nesta parte, primeiro deverá cadastrar e salvar cada autor para só então depois cadastrar título e descrição.

Etapa 04: Documentos Suplementares, só é possível chegar nesta etapa se a submissão contiver título e descrição, estando nesta etapa, você deverá adicionar os documentos adicionais.

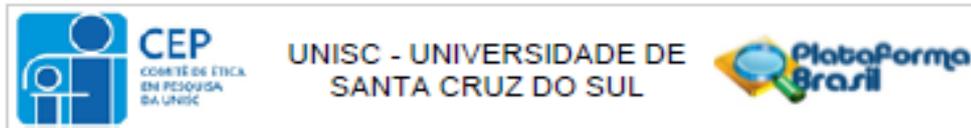
Etapa 05: Confirmação, somente checará à esta etapa se no mínimo possuir um documento adicional (Etapa 04). Esta etapa é apenas uma confirmação de todo o preenchimento e depois ao clicar em Concluir, a submissão é realizada.

ARTIGOS REVISADOS

Os artigos que precisarem ser revisados para aceite e publicação na Revista Enfermagem Atual serão reenviados por email aos autores com os comentários dos revisores e deverá ser reencaminhado ao editor no prazo máximo de 15 dias. Caso a revisão ultrapasse este prazo, o artigo será considerado como novo e passará novamente por todo processo de submissão. Na resposta aos comentários dos revisores, os autores deverão destacar no texto as alterações realizadas.

00:53
26/11/2017

ANEXO – B: Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Razões que levam os pacientes com tuberculose a abandonarem o tratamento: perspectivas do enfermeiro

Pesquisador: Anelise Miriz Borges

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 70598217.6.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.190.879

Apresentação do Projeto:

Projeto em segunda avaliação. Porque resolvidas de forma satisfatória e adequada as pendências apontadas quando da primeira avaliação, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Objetivo da Pesquisa:

Projeto em segunda avaliação. Porque resolvidas de forma satisfatória e adequada as pendências apontadas quando da primeira avaliação, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Projeto em segunda avaliação. Porque resolvidas de forma satisfatória e adequada as pendências apontadas quando da primeira avaliação, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto em segunda avaliação. Porque resolvidas de forma satisfatória e adequada as pendências apontadas quando da primeira avaliação, projeto aprovado e em condições de ser executado.

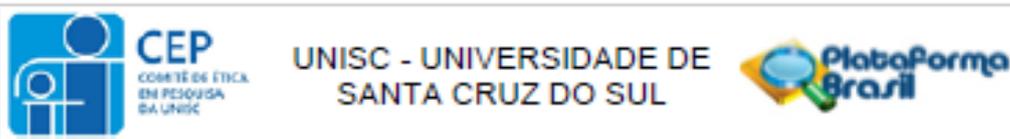
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Projeto em segunda avaliação. Porque resolvidas de forma satisfatória e adequada as pendências apontadas quando da primeira avaliação, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Recomendações:

Projeto em segunda avaliação. Porque resolvidas de forma satisfatória e adequada as pendências

Endereço: Av. Independência, nº 2200 -Bloco B, sala 603
 Bairro: Universitário CEP: 98.815-900
 UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL
 Telefone: (51)3717-7880 E-mail: cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 2.190.879

apontadas quando da primeira avaliação, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto em segunda avaliação. Porque resolvidas de forma satisfatória e adequada as pendências apontadas quando da primeira avaliação, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto em segunda avaliação. Porque resolvidas de forma satisfatória e adequada as pendências apontadas quando da primeira avaliação, 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_950496.pdf	13/07/2017 15:34:10		Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo.pdf	13/07/2017 15:32:44	Anelise Mirtz Borges	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	26/06/2017 22:11:26	Anelise Mirtz Borges	Aceito
Outros	SMS.pdf	26/06/2017 22:10:46	Anelise Mirtz Borges	Aceito
Outros	Institucional.pdf	26/06/2017 22:10:27	Anelise Mirtz Borges	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	26/06/2017 22:09:34	Anelise Mirtz Borges	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	26/06/2017 22:08:50	Anelise Mirtz Borges	Aceito
Folha de Rosto	Rosto.pdf	26/06/2017 21:57:32	Anelise Mirtz Borges	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Independência, nº 2203 -Bloco 6, sala 603
 Bairro: Universitário CEP: 96.815-000
 UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL
 Telefone: (51)3717-7680 E-mail: cep@unisc.br

ANEXO C – Projeto de Pesquisa

Mirian Adriana Sackser

RAZÕES QUE LEVAM OS PACIENTES COM TUBERCULOSE A ABANDONAREM O TRATAMENTO: PERSPECTIVAS DO ENFERMEIRO

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

Orientadora: Prof^a Enf^a Dr^a Anelise Miritz Borges

Santa Cruz do Sul

2017

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

TB	Tuberculose
OMS	Organização Mundial da Saúde
SCS	Santa Cruz do Sul
TDO	Tratamento Diretamente Obsrvado
MS	Ministério da Saúde
BAAR	Baciloscopia direta
LRS	Livro dos Sintomáticos Respiratórios
SR	Sintomáticos Respiratórios
ESF	Estratégia Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	32
2	OBJETIVO.....	34
2.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34
3	JUSTIFICATIVA.....	35
4	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	37
4.1	História da tuberculose no mundo	37
4.2	História da tuberculose no Brasil.....	38
4.3	Definição da doença.....	38
4.4	Epidemiologia.....	39
4.5	Diagnóstico	40
4.6	Livro dos Sintomáticos Respiratórios (LSR).....	42
4.7	Tratamento Diretamente Observado	42
4.8	Prevenção.....	43
5	METODOLOGIA	45
5.1	Tipo de pesquisa	45
5.2	Local da pesquisa.....	45
5.3	Sujeitos do estudo	46
5.4	Instrumento para a coleta de dados	46
5.5	Procedimentos.....	46
5.6	Princípios éticos.....	47
5.7	Análise dos dados	47
6	CRONOGRAMA	49
7	ORÇAMENTO.....	50
	REFERÊNCIAS	51
	ANEXO A- Carta de Aceite	55
	ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	56
	APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados	57

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma patologia infecciosa, causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, essa doença pode afetar o pulmão, sendo denominada de TB pulmonar, ou afetar outros órgãos e ser chamada de TB extrapulmonar, sendo essa última menos frequente. É uma doença que possui tratamento, desde que o paciente siga o esquema de medicações e o tempo correto (FERRI et al, 2014).

Segundo Alves (2012), a TB é considerada um problema global de saúde pública devido à sua alta prevalência em muitos países, dentre eles o Brasil, e está associada as condições socioeconômicas da população. Muitos fatores estão envolvidos na dificuldade de controlar a TB no mundo, dentro desses fatores estão os problemas relacionados com a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a qualidade dos serviços de saúde.

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 1/3 da população mundial está infectada com o *Mycobacterium tuberculosis*, ou bacilo de Koch (BK), o agente etiológico da TB, o que corresponde a cerca de 100 milhões de pessoas infectadas por ano. A OMS estima, por ano, em oito milhões de casos novos (WHO, 2014).

Nos últimos dez anos, o Brasil reduziu em 22,8% a incidência de casos novos de tuberculose e em 20,7% a taxa de mortalidade da doença. A taxa de mortalidade de 2013 foi de 2,3 óbitos por 100 mil habitantes (AMÉRICO et al, 2015).

No Brasil, entre os anos de 2005 a 2014, foram diagnosticados em média, 73 mil novos casos de TB por ano, isso significa um coeficiente de incidência de 33,5/100.000 habitantes (BRASIL, 2014). O nosso país faz parte do grupo dos 22 países priorizados pela OMS, que concentram 80% dos casos de TB notificados no mundo, ocupando assim a 16ª posição em número absoluto de casos (BOLETIM EPIDEMIOLOGICO, 2015).

O tratamento da TB consiste no esquema de diversos fármacos anti-TB. É necessário que esses medicamentos tenham atividade bactericida e sejam capazes de prevenir bacilos resistentes (FERRI et al, 2014).

No que se refere ao abandono do tratamento, esse se constitui como um dos principais desafios para o sistema de saúde brasileiro, e para os profissionais da saúde, é caracterizado pelo não comparecimento do usuário ao serviço de saúde por mais de trinta dias consecutivos, após a data marcada para a próxima consulta (SÁ et al, 2007a). O abandono do tratamento da TB pode ser observado em grande proporção quando as ações de prevenção não são planejadas e realizadas adequadamente (ALVES, 2012).

Logo, Belchior, Arcêncio, Mainbourg (2016) revelam que a realização de novas pesquisas com relação a esta doença e os motivos que levam ao abandono no tratamento são importantes, para que os profissionais intensifiquem ações e planejamentos de educação em saúde, com objetivo de reduzir as elevadas taxas de abandono no tratamento. Essas ações, aliadas com as pesquisas, incentivam a melhoria da assistência prestada, enfatizando a necessidade do paciente seguir o tratamento até a sua cura.

O primeiro passo para começar o tratamento da TB, é o enfermeiro utilizar a comunicação com o portador da TB, é através dessa habilidade que o enfermeiro vai estabelecer um vínculo com o usuário, fazendo com que o mesmo confie no profissional. Depois de estabelecido esse vínculo, fica mais fácil para o profissional ir planejando metas e envolvendo o paciente no seu próprio cuidado, evitando assim o abandono no tratamento (GARCIA, 2014).

Alves (2012) expõe que, ao acompanhar o paciente em tratamento de TB a equipe de saúde deve observar a evolução do agravo, monitorar a terapêutica medicamentosa e identificar necessidades do usuário, não apenas relacionadas com a doença, mas também ao seu contexto social.

Diante das evidências apontadas, o abandono do tratamento da tuberculose é um grande desafio na área da saúde pública, repercutiu esta, que despertou meu interesse em pesquisar sobre a TB, por isso formulou-se a seguinte questão de pesquisa: Quais os motivos que levam os pacientes a desistir do tratamento da tuberculose no município de Santa Cruz do Sul (SCS), a partir da visão dos enfermeiros que atuam em unidades de atenção primária em saúde?

2 OBJETIVO

Identificar os motivos que levam os pacientes a desistir do tratamento da tuberculose no município de Santa Cruz do Sul, a partir da visão dos enfermeiros que atuam em unidades de atenção primária de saúde.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Divulgar os resultados obtidos junto ao serviço de referência e as unidades de atenção primária em saúde, em que os profissionais de enfermagem foram abordados.
- Elaborar e divulgar o material educativo sobre os cuidados no processo de coleta do escarro para o diagnóstico da tuberculose, junto às unidades de atenção primária em saúde alvo da pesquisa.

3 JUSTIFICATIVA

A TB é uma das doenças infecciosas mais antigas e uma das maiores dificuldades é o abandono no tratamento, antes de concluí-lo. O abandono do tratamento é considerado um dos principais obstáculos e desafios para o combate da doença, tendo como consequência o aumento do custo do tratamento, da mortalidade e das taxas de recidiva, com o desenvolvimento de cepas de bacilos resistentes (RODRIGUES et al, 2010).

A adesão ou o abandono do tratamento muitas vezes é devido a melhora dos sintomas, em muitos casos o paciente acredita estar curado antes de concluir o tratamento. Por isso, é importante a enfermagem estar atenta ao paciente, desde a primeira consulta de enfermagem, sabendo ouvir as queixas, dúvidas, medos e deixando claro o tempo de tratamento e a importância de segui-lo corretamente (SÁ et al, 2007a).

Para o tratamento da TB, são utilizadas duas modalidades diferentes, o tratamento autoadministrado e o Tratamento Diretamente Observado (TDO), usado na literatura como, Directly Observed Treatment Short Course, (DOTS), (ALMEIDA et al, 2012).

No tratamento autoadministrado o paciente recebe a medicação todos os meses e a toma diariamente sem a necessidade de um profissional da saúde ou familiar acompanhar essa ingestão (ALMEIDA et al, 2012).

O TDO incide na forma de administrar os medicamentos, que é conduzida por um profissional treinado para observar o consumo de medicação feito pelo paciente desde o início do tratamento até a sua cura. Esta ação requer a criação de um vínculo entre o paciente, o profissional da saúde e o serviço de saúde; através deste vínculo é possível ir discutindo e removendo as barreiras que impedem a adesão ao tratamento, utilizando estratégias de reabilitação social, melhora da autoestima, qualificação pessoal e o convívio social. A escolha desse método de tratamento deve ser feita em conjunto, equipe de saúde e o usuário (BRASIL, 2011a).

Mesmo as equipes de saúde estando completas e capacitadas para acompanhar o portador de TB, os estudos apresentam que o enfermeiro é o profissional mais procurado pelos usuários. É ele quem analisa os registros anteriores e realiza os registros e acompanhamentos mensais (RÊGO et al, 2015).

O enfermeiro é comprometido com o cuidado e atenção ao portador da TB, e segue as orientações estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS), porém esse trabalho não deve ser realizado somente pelo enfermeiro, mais sim por toda equipe da unidade. A equipe de saúde deve se reunir e articular estratégias que envolvam o doente no seu tratamento, além de

fortalecer o vínculo entre profissionais e usuário, diminuindo assim os índices de abandono (SÁ et al, 2012b).

Logo, ao saber que o enfermeiro possui relevância na minimização dos casos de abandono do tratamento, entende-se que é preciso aproximar-se dos reais motivos que levam os usuários acometidos por TB a desistirem do tratamento, ação que ressalta perspectivas positivas para realizar orientações em saúde condizentes com o plano de assistência individual e com a realidade social do usuário, a fim de assumir também responsabilidades no tratamento. Fato que reforça o interesse da discente pela temática.

4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

4.1 História da tuberculose no mundo

A TB é uma doença infecciosa e transmissível que acompanha a humanidade a muitas gerações. Foram encontradas evidências dessa doença, em ossos humanos na Alemanha há 8000 anos atrás (KRITSKI; CONDE; SOUZA, 2000).

Segundo Conde (2002), na mesma proporção que as tribos diminuíram seu caráter nômade, criando aglomerados e aldeias, a TB passou a ser atribuída aos males da população. Os povos antigos atribuíam a TB e outras enfermidades que atingiam as pessoas, como resultados de um castigo divino. Foi Hipócrates, na Grécia, o primeiro a estudar sobre a TB, e classifica-la como uma doença natural e hereditária (CONDE; SOUZA; KRITSKI, 2002).

Segundo Conde (2002), foi no ano de 1882, na cidade de Berlim, que Robert Koch, descobriu o agente causador, o bacilo da tuberculose, hoje conhecido como bacilo de Koch. Em 1885, Roentgen com suas pesquisas, fez importantes descobertas na área da radiologia, facilitando assim o diagnóstico da TB. Nessa época os medicamentos eram à base de quinino, enxofre, creosoto, cálcio e preparados de ouro e bismuto. Muito se falava em repouso absoluto e boa alimentação para os doentes, com internação em sanatórios.

Até o final da década de 1920, o diagnóstico clínico baseava-se em ausculta e realização de radiografias. A partir da década de 1930, surgiram novas tecnologias no combate da doença e, foi por meio de pesquisas, que os conhecimentos sobre essa patologia foram aprofundados, muitas pessoas estavam interessadas em descobrir a cura para a TB, assim técnicas e procedimentos cirúrgicos, foram incluídos no tratamento da TB (GONÇALVES, 2000).

Em 1940, os antibióticos e quimioterápicos trazem esperança para a cura da doença e, em 1944 surge um importante medicamento, a estreptomicina. Em 1945 a isoniazida, outro medicamento de grande importância para cura da TB, o qual teve a sua eficácia testada e avaliada em laboratório (CONDE; SOUZA; KRITSKI, 2002).

Entre os anos 1980 e 1990, foram divulgadas poucas notícias e casos de TB. Em contrapartida a isso em 1993 com o aumento inesperado do número de casos, a OMS lançou um plano emergencial para o controle da TB, esse plano teve repercussão mundial (GONÇALVES, 2000). Ações que valem até os dias atuais, pois o número de casos de TB ainda é significativamente importante no Brasil, diante das situações de abandono do tratamento.

4.2 História da tuberculose no Brasil

Segundo Conde (2002), no Brasil, a chegada dos missionários trouxe também a disseminação da TB entre os índios. Nessa época o Brasil estava começando a ser colonizado, e se tinha pouco conhecimento sobre esta doença.

Durante a Revolução Industrial na Europa, ocorreu uma grande epidemia de TB, e no Brasil não foi diferente, a TB chegou na grande maioria das cidades brasileiras, sendo chamada de mal dos pobres, e assimilada as más condições de moradia e higiene da população (MACIEL et al, 2012).

Em 1899 foi fundado, no Rio de Janeiro, a Liga Brasileira Contra a TB, em 1920 a inspetoria de profilaxia da TB, órgão que objetivava estabelecer o diagnóstico e o tratamento da doença, além de criar estratégias de prevenção. No ano de 1927 Arlindo de Assis, pensando em prevenir a TB, começa a vacinação anti-TB, com a vacina BCG desenvolvida por ele, com incentivo da Liga Brasileira Contra a Tuberculose (HIJJAR et al, 2007). Em 1940 a TB apresentou altas taxas de mortalidade no Brasil, sendo a cidade de São Paulo e do Rio de Janeiro as cidades que mais apresentaram mortes pela doença. Foi nessa época que começaram a implantação de medicamentos para o tratamento da TB (MACIEL et al, 2012).

Em 1936, Manoel de Abreu, desenvolveu um novo método de diagnóstico, a abreugrafia, que era uma combinação de radiografia de tórax com fotografia. Esse método passou a ser usado e ficou conhecido mundialmente. Com o passar dos anos começou-se a discutir a eficácia desse método, pois apresentou dúvidas e resultados falso-positivo. Em 1970 foi implantando o método da baciloscopia, por se tratar de um método de menor custo e mais efetividade (MACIEL et al, 2012).

O Brasil foi pioneiro na padronização do esquema medicamentoso terapêutico, com seis meses de duração, cuja disponibilidade se fez na rede de serviços públicos de saúde, com todas as drogas por via oral (HIJJAR et al, 2007). Tratamento que continua a ser utilizado, diante de sua eficácia, porém com desafios diante dos casos de abandono, pelo longo tempo de terapia.

4.3 Definição da doença

A tuberculose tem o seu nome originado do fato da doença causar lesões chamadas tubérculos e por ser extremamente infecciosa e contagiosa (BRASIL, 2008).

Goldman e Ausiello (2005) referem que a TB, possui alguns aspectos e características marcantes, uma dessas características são o grande intervalo entre a infecção inicial e a apresentação dos sintomas, sendo mais comum a doença aparecer nos pulmões, mas também

pode aparecer em outros órgãos do corpo, como nos ossos, nos rins e nas meninges. O bacilo causador da TB pulmonar, migra até o pulmão, aloja-se, e vai provocando a destruição do tecido pulmonar, uma das características do *Mycobacterium tuberculosis*, é que ele permanece ativo em suspensão no ar por longos períodos de tempo, o que pode aumentar a transmissão de pessoa a pessoa (MARQUES, 2007).

A TB se transmite pelo ar, por meio de gotículas contendo bacilos expelidos por um doente ao tossir, espirrar ou falar, esses bacilos ao serem inalados por outras pessoas, podem provocar a infecção tuberculosa e levar ao desenvolvimento da doença (SOUZA et al, 2015).

Segundo Brasil (2008), a propagação do bacilo da tuberculose geralmente é associada às condições de vida da população, assim como às áreas com grande concentração humana, com precários serviços de infraestrutura, como o saneamento básico e a habitação. Com isso, a sua incidência se concentra na área urbana, porém pode acometer qualquer pessoa, inclusive em área rural. É preciso zelar pela integridade da saúde humana, oferecendo condições mínimas de sobrevivência, a fim de reduzir a incidência de casos desta doença.

4.4 Epidemiologia

O Brasil, com uma extensão territorial de 8.515.767,049 km² e uma população de 179.108.134 habitantes, distribuídos em 26 estados mais o Distrito Federal, com 5.570 municípios (BOLETIM EPIDEMIOLOGICO, 2016).

A distribuição geográfica da TB no Brasil concentra-se nas grandes cidades, isto é, nos municípios que abrigam as capitais dos estados, onde se observa aglomerado de pessoas (HIJJAR et al, 2007).

Entre o ano de 2015 e fevereiro de 2016, foram notificados 63.189 novos casos de tuberculose no Brasil. O coeficiente de incidência de tuberculose passou de 38,7/100 mil habitantes em 2006 para 30,9/100 mil habitantes em 2015, isso significa uma redução 20,2% nos casos de TB notificados (BOLETIM EPIDEMIOLOGICO, 2016).

Nas capitais brasileiras, em 2015, foram notificados 23.161 casos novos de tuberculose, o que corresponde a 36,6% do total do país. As capitais que mais notificaram foram Manaus, Porto Alegre, Recife e Rio de Janeiro (BOLETIM EPIDEMIOLOGICO, 2016).

Segundo o Boletim Epidemiológico (2016), em 2014, foi registrado um coeficiente de 72,2% de cura nos casos de TB, as capitais que se destacaram neste quesito foram Acre, Amapá, Paraná, Roraima, São Paulo e Tocantins. Por outro lado, a proporção de abandono de tratamento da TB continua alta, esses dados servem de alerta, para a realização de pesquisas

que identifiquem os motivos que levam os pacientes a abandonarem o tratamento. Ação idealizada pela discente.

O estado do Rio Grande do Sul se destaca com os maiores índices de casos de pacientes em retratamento de TB, seguido pelo Rio de Janeiro e por Pernambuco (BOLETIM EPIDEMIOLOGICO, 2016).

O município de SCS faz parte dos 15 municípios prioritários para o controle da TB no Rio Grande do Sul, perante ao Plano Nacional de Controle da Tuberculose (DARONCO et al, 2012b).

A meta preconizada pelo Ministério da Saúde para a cura da TB, conforme a Portaria no 2.669, de 3 de novembro de 2009, é de 85%. Em SCS, a taxa média de cura entre os anos de 2000 e 2010 foi de 72%, esse resultado mostra que o município não atingiu a meta, e precisa organizar estratégias para que o paciente não desista do tratamento (DARONCO et al, 2012b).

4.5 Diagnóstico

A apresentação da TB na forma pulmonar, acontece com mais frequência e tem grande relevância para a saúde pública, o pulmão é considerado como a porta de entrada do *Mycobacterium tuberculosis*, responsável pela manutenção da transmissão da doença (BRASIL, 2011a).

A TB pode se apresentar das seguintes formas, primária; pós-primária ou secundária e a miliar, os sintomas mais frequentes são: tosse persistente, que pode ser produtiva (com secreção de muco e eventualmente sangue) ou não produtiva (quando não há secreção de muco), febre vespertina, sudorese noturna e perda de peso, sendo que a tuberculose primária ocorre com maior frequência em crianças, com sintomas clínicos variados. A tuberculose pós-primária ou secundária ocorre com mais frequência em jovens e adultos, com manifestações clínicas mais lentas, mas tornando-se mais frequentes, apresentando a falta de apetite, a febre e a sudorese noturna, a irritabilidade e a tosse inicialmente seca, e posteriormente produtiva, com expectoração purulenta ou mucoide. A miliar é a mais comum em crianças e adultos jovens, os sintomas são variáveis, estes podem ter presença de febre, perda de peso e astenia (BRASIL, 2011a).

No ano de 2013, 72,5% dos casos de tuberculose pulmonar apresentaram taxas de cura, resultado inferior ao recomendado pelo OMS (BRASIL, 2014). Entre esses casos, 10,9% abandonaram o tratamento, e 4.577 portadores de TB foram a óbito (BOLETIM EPIDEMIOLOGICO, 2015).

A TB extrapulmonar não ocorre com a mesma frequência da pulmonar, seus sintomas são dependentes dos órgãos afetados. As formas de TB extrapulmonar são: pleural, empiema pleural tuberculoso, ganglionar periférica, meningoencefálica, pericárdica e óssea (BRASIL, 2011a).

Conforme Brasil (2011a), o método mais utilizado na identificação da tuberculose, é a baciloscopia direta, também conhecido com BAAR, é um método simples e seguro. Permite detectar 60% a 80% dos casos, para isso precisa que seja realizado corretamente em todas as suas fases, e em laboratórios autorizados e capacitados.

O escarro deve ser coletado em duas amostras, sendo a primeira no momento da consulta e a outra no dia seguinte, podendo ser logo após o paciente acordar, é muito importante o profissional orientar o paciente que ele faça a coleta antes de escovar os dentes, pois as amostras não podem ter resquícios de creme dental. O escarro coletado, deve ser guardado em dois potes especiais e levados aos profissionais de saúde da unidade que o usuário foi atendido, que encaminharão o material ao laboratório de referência (DARONCO et al, 2012a). Ação que pode variar na sua conduta frente a entrega, de município para município e de estado para estado, conforme organização da rede prestadora de serviço.

Segundo Brasil (2011a), o diagnóstico utilizando a radiografia de tórax, também é muito importante. Deve ser solicitado em casos suspeitos de TB pulmonar, porém em casos de pacientes imunodeprimidos a doença pode não aparecer na radiografia. A radiografia tem papel importante na avaliação de lesões passadas, na detecção e na situação atual dos pulmões (DARONCO et al, 2012a).

Segundo Brasil (2011a), outro método utilizado para o diagnóstico da TB é o teste tuberculínico, também conhecido como prova tuberculínica, esse método é realizado através da inoculação intradérmica de um derivado proteico purificado do *Mycobacterium tuberculosis*. A leitura deve ser realizada entre 42 e 72 horas após a aplicação, pode ser estendida para 96 horas, caso o paciente falte ou se atrase. Utilizando uma régua milimetrada, essa leitura deve ser feita por profissionais capacitados.

Segundo Brasil (2011a), outro recurso utilizado para o diagnóstico da TB é a tomografia computadorizada de alta resolução, geralmente utilizada em alguns casos em que a radiografia do tórax apresenta resultados imprecisos. Por ser um método de maior custo, não é utilizado por rotina para detecção dos casos.

O Ministério da Saúde anunciou que implantará na rede pública de saúde, o teste rápido para diagnóstico da TB. Uma tecnologia inovadora para o controle da doença que deverá se tornar a principal ferramenta para o diagnóstico da TB pulmonar. Usará técnicas de

biologia molecular com Proteína C Regular (PCR), em tempo real, para identificar o Ácido Desoxirribonucleico (DNA) do *Mycobacterium tuberculosis*, com diagnóstico de duas horas, o teste rápido deve substituir a baciloscopia de escarro (BOLETIM EPIDEMIOLOGICO, 2014).

Essa nova técnica foi testada nas cidades de Manaus e Rio de Janeiro, e está disponível em 94 municípios incluindo as capitais, para escolha desses locais foram utilizados alguns critérios, como lugares onde se notificou mais de 130 casos novos de TB durante um ano (AMÉRICO et al, 2015). Essa técnica ainda não chegou a SCS, pois o município não se enquadra nos requisitos, no ano de 2016 notificou ao todo 60 novos casos de TB.

4.6 Livro dos Sintomáticos Respiratórios (LSR)

Segundo Brasil (2011a), o livro de registro e acompanhamento de tratamento dos casos de TB, permite aos profissionais da saúde, acompanhar a evolução e o desfecho do tratamento dos usuários acometidos pela doença. É muito importante que o LSR seja preenchido corretamente e atualizado com frequência.

O LRS no Serviço de Saúde tem sua importância em função da identificação do Sintomático Respiratório (SR) para a efetivação do diagnóstico de TB e início do tratamento. Permite também verificar o tempo decorrido entre a identificação do caso e a realização do exame pelo paciente, e observar o seguimento do protocolo que preconiza a coleta de duas amostras de escarro para o diagnóstico e ainda o índice de resultados positivos em cada unidade (BRASIL, 2011a).

Em SCS, este livro é utilizado nos serviços de atenção básica, formalizando o registro por meio de dados padronizados, que colaboram para a identificação do número e do tempo de tratamento realizado. Normalmente é preenchido pelo enfermeiro da unidade, contudo os demais membros da equipe também possuem responsabilidade frente ao conhecimento deste material.

4.7 Tratamento Diretamente Observado

Em 1996, o Ministério da Saúde, lançou o Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose, nesse plano o MS recomenda que seja realizado o tratamento medicamentoso supervisionado para o controle da TB, essa estratégia foi oficializada em 1999, e continua sendo uma das recomendações nos dias atuais (HIJJAR et al, 2007).

A TB é considerada grave, porém curável em praticamente 100% dos casos novos, para isso é necessário que o tratamento seja seguido corretamente. A associação medicamentosa correta, as doses certas, o uso por tempo suficiente, sem interrupções no

tratamento, são estratégias, que se seguidas adequadamente e somadas ao TDO garantem o sucesso e a cura do paciente (BRASIL, 2011b).

No Brasil, desde o ano de 1979 os esquemas de tratamento da TB são padronizados pelo Ministério da Saúde. Em 2009 o Programa Nacional de Controle da Tuberculose, reviu os esquemas de tratamento, o tratamento indicado para todos os casos novos de TB, assim como para todos os casos de recidiva e de retorno após abandono. É indicada a utilização de quatro drogas em um único comprimido, com dose fixa combinada: rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol por dois meses e, numa segunda fase, isoniazida e rifampicina por mais quatro meses (BRASIL, 2011b).

O desenvolvimento da TB multirresistente pode ser assimilado com a realização incorreta do tratamento, uso incorreto dos medicamentos e abandono do tratamento. Essa multirresistência impulsiona novos estudos sobre o tratamento, com objetivo de desenvolver novos medicamentos (CAMPOS, 2007).

Nos regimes de tratamento, deve-se dar uma atenção especial, aos grupos considerados de risco, como pessoas com mais de 60 anos, alcoolistas, portadores de HIV, e pessoas em uso de medicamentos anticonvulsivantes. Para crianças menores de cinco anos, é recomendado o uso de xarope ou suspensão (BRASIL, 2011b).

Para o sucesso do tratamento, é preciso um conjunto de fatores que envolva o paciente, a família, e os profissionais de saúde, com vistas a garantir recursos que vão além da simples observação da tomada de medicação, mas que considerem o acolhimento, o incentivo, a informação e contínuas orientações em saúde (ALMEIDA et al, 2012).

Pesquisar sobre o abandono do tratamento e a importância da visão do enfermeiro neste processo é também reunir forças para a conscientização de que é preciso um empenho da equipe de saúde, do usuário, da família e de amigos em um processo de grande determinação, pois o abandono pode se dar tanto pelo usuário, mas por vezes, pelo profissional, quando o mesmo fica ausente da proporção responsabilidade que possui no sucesso do resultado final, a obtenção da cura e redução dos casos da doença.

4.8 Prevenção

Todas as pessoas que mantiveram ou continuam a manter contato com os com pacientes acometidos com TB, especialmente pessoas que convivem no mesmo ambiente, devem procurar a unidade de saúde para acompanhamento. Os casos que apresentarem algum sintoma devem ser encaminhados a rotina de diagnóstico da unidade, já os casos que não

apresentarem sintomas deverão ser encaminhados para realizar a radiografia de tórax, quando esse recurso estiver disponível (BRASIL, 2008).

Uma importante ação contra a TB é o Bacilo de Calmette e Guérin (BCG), a famosa vacina BCG, ela oferece proteção contra as manifestações da TB primária por 10 a 15 anos, porém ela não protege as pessoas que já estão infectadas com o vírus. Essa vacina pode ser feita em crianças, com idade entre 0 a 4 anos, é obrigatória até um ano de idade (BRASIL,2008).

A forma mais eficaz de prevenir a TB, é a busca e detecção precoce de casos na comunidade, bem como seu tratamento precoce, por isso é muito importante o empenho de todos os profissionais da saúde (BRASIL, 2008).

Em ambientes de saúde, onde a concentração de pacientes acometidos por TB, devem ser elaborados estratégias para evitar a propagação dessa doença infecciosa e contagiosa, para isso as equipes de saúde devem se reunir para estabelecer metas e cuidados.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com delineamento qualitativo. Segundo Costa, Locks e Girondi (2016), o objetivo das pesquisas descritivas são a descrição de características de uma certa população, fenômeno ou experiência.

Sobre a pesquisa exploratória, segundo, Costa, Locks e Girondi (2016), ela tem o objetivo de desenvolver, explicar e modificar conceitos e ideias. Para formulá-lo é necessário o levantamento de dados bibliográficos ou entrevistas com pessoas que vivenciaram o problema pesquisado.

As abordagens qualitativas se conformam melhor para a investigação de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores (MINAYO, 2014). Segundo Sousa, Erdmann e Magalhães (2016) o estudo qualitativo permite maior aproximação dos participantes da pesquisa, pelo fato de estar inserido no local onde ocorre a ação. Deste modo, tal metodologia adequa-se a proposta deste estudo, pois viabilizará uma vivência quanto a atuação do enfermeiro frente a temática de pesquisa.

5.2 Local da pesquisa

Os locais de pesquisa serão cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS Avenida, Esmeralda, Verena e Jacob Schmidt e Farroupilha) e cinco Estratégias de Saúde da Família (ESF Gaspar Bartholomay, Faxinal, Cristal/Harmonia, Margarida e Viver Bem), todas em Santa Cruz do Sul, situadas na região urbana. Como sabemos, a atenção básica é a porta de entrada para a atenção a saúde e o principal local utilizado por usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) quando estão com sintomas de alguma patologia (BRASIL,2012).

A definição dos locais de pesquisa ocorreu a partir do levantamento do número de casos notificados no ano de 2016, obtidos junto à Vigilância Epidemiológica de Santa Cruz do Sul. Ou seja, as unidades onde o estudo será desenvolvido foram àquelas que apresentaram casos de TB notificados. Também serão abordados a ESF Cristal/Harmonia e a Viver Bem, bem como a UBS Avenida, Farroupilha, Verena e Jacob Schmidt, mesmo não apresentando casos notificados de TB para a Vigilância Epidemiológica em 2016, pois busca-se um entendimento relacional frente as mesmas variáveis a serem utilizadas.

5.3 Sujeitos do estudo

Irão compor a amostra deste estudo, dez enfermeiros(as) que atuam nas unidades descritas acima. Logo, como critério de inclusão tem-se: ser enfermeiro(a) responsável pela unidade.

5.4 Instrumento para a coleta de dados

Como instrumento para a coleta de dados será utilizado um questionário semiestruturado, contendo questões abertas e fechadas, a serem aplicadas individualmente (APÊNDICE-A). Os dias de realização das entrevistas serão previamente agendados com os participantes e conduzidas pela discente, caso os mesmos permitam, será utilizado como aliado da coleta de dados, o gravador.

Como lembra Bonilha e Oliveira (2016), a entrevista é uma estratégia usada na coleta de dados, sua utilização permite conhecer o que as pessoas sentem e como imaginam os eventos relacionados a uma determinada situação. Trata-se de um diálogo formal contendo um propósito definido através do objetivo da pesquisa.

Nas entrevistas semiestruturadas, é permitido ao pesquisador aprofundar as respostas obtidas durante a entrevista, sem perder o foco, podendo ser abertas e fechadas (BONILHA; OLIVEIRA 2016).

5.5 Procedimentos

Ao entrar em contato com a Vigilância Epidemiológica do município, viu-se a possibilidade de definição dos locais de pesquisa, o que foi obtido por meio de envio de e-mail, cujos dados refletiram em 60 casos de TB em SCS no ano de 2016.

Para a coleta de dados, ressalta-se que esta será realizada pela discente, e as entrevistas serão aplicadas no ambiente de trabalho, de forma individual em sala localizada no próprio setor, a ser definida com o participante, local este apropriado, livre de interrupções.

Quanto à identificação dos participantes, esta será feita utilizando o número do questionário, conforme a ordem de aplicação dos mesmos. Exemplo: (05).

Salienta-se que será elaborado um material educativo, contendo informações e orientações do processo de coleta de escarro, baseado no MS, para os enfermeiros participantes da pesquisa, esse material será entregue no dia da entrevista nas unidades, após a coleta de dados, para que não haja interferências nesta etapa. Também foi considerada a preocupação de não haver nenhuma condição que ofereça riscos aos participantes, estando livres para o aceite.

Após a análise dos dados, finalização da versão final do trabalho e apresentação de forma pública, será organizado um material de forma clara e explicativa contendo os resultados da pesquisa, esse material será divulgado junto ao serviço de referência e as unidades de atenção primária em saúde em que os enfermeiros foram abordados.

5.6 Princípios éticos

Este estudo seguirá os aspectos éticos, viabilizando a privacidade e o conforto do entrevistado, diante das orientações definidas pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNISC, para isso serão realizados os seguintes passos e encaminhamentos:

- Solicitação de autorização para a sua realização junto a Secretaria Municipal de Saúde, obtendo a Carta de Aceite assinada (ANEXO - A);
- Submissão do projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa da UNISC;
- Agendamento prévio das entrevistas com os participantes do estudo, após obtenção da aprovação do projeto pelo referido Comitê de Ética institucional;
- Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO - B), em duas vias, sendo uma disponibilizada ao participante e outra à discente, conforme preconiza a resolução 466/2012 que regulamenta os estudos realizados em seres humanos;
- Realização da entrevista e coleta de dados;
- Divulgação dos dados obtidos com a pesquisa ao serviço de referência e aos enfermeiros das UBS e ESF alvos da pesquisa.

5.7 Análise dos dados

Os dados obtidos através do questionário semiestruturado com questões abertas e fechadas, irão ser digitados e organizados no Microsoft Word 2013.

A análise dos dados a ser utilizada será a de análise de conteúdo por temas apoiada em Bardin (2011), a qual organiza o processo de análise em três momentos. O primeiro momento se faz a pré-análise, o segundo momento é denominado exploração do material, e o terceiro pelo tratamento dos resultados a inferência e a interpretação.

Na pré-análise é realizado a organização dos dados delineado pelos objetivos da pesquisa, mantendo a exaustividade, para que não se perca dados importantes da pesquisa, a representatividade para a possibilidade de analisar-se uma parcela menor de dados quando estes forem numerosos, a homogeneidade para critérios precisos de escolha. Os dados da pesquisa são denominados *corpus*, e alinhados em tabela para melhor compressão dos resultados, nesse primeiro momento a leitura realizada é flutuante.

Após realizar a primeira etapa de forma organizada, as outras duas etapas tornam-se mais fáceis.

O segundo momento é denominado como a exploração do material, nesse momento será realizada a codificação, categorização e quantificação dos dados. O terceiro momento será o tratamento dos dados e interpretação através do cálculo das frequências e percentagens dos dados serão determinados os temas e subtemas chegando às categorias e subcategorias de análise, diante de uma interpretação reflexiva.

A escolha desse modelo de análise de dados está de acordo com o tipo de entrevista que será realizada com os participantes da pesquisa.

6 CRONOGRAMA

Título da Pesquisa: Razões que levam os pacientes com tuberculose a abandonarem o tratamento: perspectivas do enfermeiro.

ANO DE 2017										
ATIVIDADES PREVISTAS	PERÍODO									
	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Contato com a Instituição			x	x						
Elaboração do tema e da metodologia	x	x	x							
Construção do questionário			x							
Encaminhamento para o Comitê de Ética				x						
Revisão da Literatura	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Contato com os participantes							x			
Coleta de dados							x	x		
Transcrição e organização dos dados							x	x	x	
Análise dos dados								x	x	
Elaboração da versão final do trabalho								x	x	
Apresentação pública										x

Observação: A pesquisa só vai ser realizada após aprovação no Comitê de Ética

Mirian A. Sackser

Mirian Adriana Sackser
(Acadêmica)

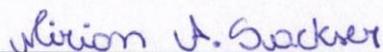
Anelise Miritz Borges
(Orientadora)

7 ORÇAMENTO

Título da Pesquisa: Razões que levam os pacientes com tuberculose a abandonarem o tratamento: perspectivas do enfermeiro.

Gestor Financeiro e Fonte Viabilizadora: Mirian Adriana Sackser

Itens a serem financiados		Valor Unitário R\$	Valor Total R\$	Fonte Viabilizadora
Especificações	Quantidade			
Pacote folha de A4 (500 folhas)	1	13,00	13,00	Pesquisadora
Impressão do questionário	10	0,12	1,20	Pesquisadora
Impressão do termo consentimento	20	0,12	2,40	Pesquisadora
Impressão do projeto	2	2,00	4,00	Pesquisadora
Capa da UNISC	2	0,60	1,20	Pesquisadora
Encadernação	2	3,50	7,00	Pesquisadora
Caneta Esferográfica	2	1,50	3,00	Pesquisadora
Lápis	2	1,00	2,00	Pesquisadora
Borracha	1	1,50	1,50	Pesquisadora
Passagens para deslocamento até o local das entrevistas	20	3,50	70,00	Pesquisadora
TOTAL GERAL: R\$ 105,30				



Mirian Adriana Sackser
(Acadêmica)

Anelise Miritz Borges
(Orientadora)

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R.A. et al. *Tratamentos Supervisionado e Autoadministrado: Análise Comparativa entre as Proporções de Cura, Abandono e Óbito por Tuberculose em João Pessoa/PB*. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v.16, n.4, p. 497-506, 2012. Disponível em:<<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/12881/9117>> Acesso em: maio de 2017.

ALVES, R.S. et al. *Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na estratégia saúde da família*. Texto e contexto – Enfermagem, vol.21, no.3, Florianópolis, 2012. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300021> Acesso em: maio de 2017.

AMÉRICO, C.; BOGAZ, C. *Taxa de mortalidade por tuberculose cai 20,7% em 10 anos*. Portal da Saúde. Ministério da Saúde. 2015. Disponível em:<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/17137-taxa-de-mortalidade-por-tuberculose-cai-20-7-em-10-anos>> Acesso em: maio de 2017.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011. 279 p.

BELCHIOR, A.S; ARCÊNCIO, R.A; MAINBOURG, E.M.T. *Diferenças no perfil clínico-epidemiológico entre casos novos de tuberculose e casos em retratamento após abandono*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v.50, n.4, p. 622-627, 2016. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n4/pt_0080-6234-reeusp-50-04-0622.pdf> Acesso em: maio de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico*. v.44. n.2 Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:<http://www.funed.mg.gov.br/wpcontent/uploads/2014/06/Boletim_Tuberculose_PNCT_2014.pdf> Acesso em: abril de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico*. v.46. n.9 Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:<<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/25/Boletim-tuberculose2015.pdf>> Acesso em: abril de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico*. v.47. n.13 Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:<<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/24/2016-009-Tuberculose-001.pdf>> Acesso: maio de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose*. 2. ed. Brasília: Ministério Saúde, 2008. 196 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil*. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2011a. 284 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Programa da Tuberculose no Brasil*. Indicadores epidemiológicos e operacionais. Brasília: Ministério da Saúde. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem*. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2011b. 168 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2012. 114 p. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> Acesso em: maio de 2017.

BONILHA, A.L.L.; OLIVEIRA, D.L.L.C. A entrevista na coleta de dados. In: LACERDA, M.R.; COSTENARO, R.G.S. de (Org.). *Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática*. 1. ed. Porto Alegre: Moriá Ed., 2016. p. 423-432.

CAMPOS, HISBELLO S. *Tratamento da tuberculose*. Pulmão, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.21-31, 2007. Disponível em: <http://sopterj.com.br/profissionais/_educacao_continuada/curso_tuberculose_6.pdf> Acesso em: maio de 2017.

CONDE, M.B; SOUZA, G.M; KRITSKI A.L. *Tuberculose sem medo*. Editora Atheneu. 1ª ed. São Paulo: 2002.

COSTA, R.; LOCKS, M.O.H.; GIRONDI, J.B.R. Pesquisa Exploratória Descritiva. In: LACERDA, M.R.; COSTENARO, R.G.S. de (Org.). *Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática*. 1. ed. Porto Alegre: Moriá Ed., 2016. p. 273-289.

DARONCO, A. et al. *Aspectos relevantes sobre tuberculose para profissionais de saúde*. Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, v.2, n.2, p.61-65, Santa Cruz do Sul, 2012. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/2599/2063>> Acesso em: maio de 2017a.

DARONCO, A. et al. *Distribuição especial de casos de tuberculose em Santa Cruz do Sul, município prioritário do estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2000 a 2010*. Epidemiologia Serviço de Saúde, Brasília, v.21, n.4, p.645-654, 2012. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742012000400014> Acesso em: maio de 2017b.

GARCIA, M.C.C. et al. *Interação Enfermeiro-Paciente na adesão ao tratamento da tuberculose: reflexão à luz de Imogene King*. Revista da Enfermagem, UFPE, Recife, v.8, n.7, p.2513-2521, 2014. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6514/pdf_5757> Acesso em: maio de 2017.

GOLDMAN, Lee; AUSIELLO, Dennis. *Cecil - Tratado de Medicina Interna*. 22. ed. Elsevier, Rio de Janeiro, 2005.

GONÇALVES, Helen. A tuberculose ao longo dos tempos. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro, vol.7, n.2, p.303-25, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702000000300004 Acesso em: maio de 2017.

HIJJAR, M.A. et al. *Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil*. Revista de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.41, n.1, p.50-58, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/6489.pdf>> Acesso em: maio de 2017.

FERRI, A. O. et al. *Diagnóstico da tuberculose: uma revisão*. Revista Liberato, Novo Hamburgo, v.15, n. 24, p. 105-212, 2014. Disponível em: <[http://www.liberato.com.br/sites/default/files/arquivos/Revista_SIER/v.%2015,%20n.%2024%20\(2014\)/4%20-%20Tuberculose.pdf](http://www.liberato.com.br/sites/default/files/arquivos/Revista_SIER/v.%2015,%20n.%2024%20(2014)/4%20-%20Tuberculose.pdf)> Acesso em: maio de 2017.

KRITSKI, A.L.; CONDE M.B; SOUZA G.M. *Tuberculose do Ambulatório a Enfermaria*. Editora Atheneu. 2ª ed. São Paulo: 2000.

MACIEL, M.S. et al. *A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da Miséria*. Revista Brasileira de Clínica Médica, São Paulo, v.10, n.3, p.226-230, 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n3/a2886.pdf>> Acesso em: maio de 2017.

MARQUES, J.A. *O essencial da Saúde*. Tuberculose. Lisboa: QuidNovi. 2007. 119 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014. 407 p.

RODRIGUES, I.L.A. et al. *Abandono do tratamento de tuberculose em co-infectados TB/HIV*. Revista Escola de enfermagem USP, São Paulo, v.44, n.2, p.383-387, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/20.pdf>> Acesso em: abril de 2017.

RÊGO, C.C.D. et al. *Processo de trabalho da Enfermeira junto à pessoa com Tuberculose na Atenção Primária à Saúde*. Revista Baiana de Enfermagem. Salvador, v.29, n.3, p. 218-228, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v29i3.13038>> Acesso em: maio de 2017.

SOUSA, F.G.M.; ERDMANN, A.L.; MAGALHÃES, A.L.P. Contornos conceituais e estruturais da pesquisa qualitativa. In: LACERDA, M.R.; COSTENARO, R.G.S. de (Org.). *Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática*. 1. ed. Porto Alegre: Moriá Ed., 2016. p. 99-122.

SOUZA, E.L. et al. *Prevenção e controle da tuberculose: revisão integrativa da literatura*. Revista Cuidarte, v.6, n.2, p.1094-1102, 2015. Disponível em: <<https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/178/452>> Acesso em: maio de 2017.

SÁ, L.D. et al. *Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono*. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v.16, n.4, p.712-8, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a16v16n4>> Acesso em: abril de 2017a.

SÁ, L.D. et al. *Cuidado ao doente de Tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de Enfermeiras*. Revista da Escola de Enfermagem USP, v.46, n.2, p.356-363, 2012. Disponível em: <<http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/38427/S008062342012000200013.pdf?sequence=1>> Acesso em: maio de 2017b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global tuberculosis report 2014*. Geneva: World Health Organization, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137094/1/9789241564809_eng.pdf> Acesso em: maio de 2017.

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL; AGNES, Clarice; HELFER, Inácio; HAAS, Helga. *Normas para apresentação de trabalhos acadêmicos*. 10. ed. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2017. 103 p.

ANEXO A- Carta de Aceite



Santa Cruz do Sul, 20 de junho de 2017.

TERMO DE ACEITE INSTITUCIONAL

Eu, Clarissa Gohlke, Diretora de Ações e Programas de Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul, conheço o protocolo de pesquisa intitulado "RAZÕES QUE LEVAM OS PACIENTES COM TUBERCULOSE A ABANDONAREM O TRATAMENTO: PERSPECTIVAS DO ENFERMEIRO", desenvolvido pela acadêmica Mirian Adriana Sackser, sob orientação da Pro^{fa} Enf^a Dr^a Anelise Miritz Borges, do curso de Enfermagem, da Universidade de Santa Cruz do Sul, bem como os objetivos e a metodologia que será desenvolvida, ficando autorizado o desenvolvimento da pesquisa nas Estratégias de Saúde da Família Gaspar Bartholomay, Faxinal, Cristal/Harmonia, Margarida e Viver Bem, e nas Unidades Básicas de Saúde Esmeralda, Farroupilha, Avenida, Verena e Jacob Schmidt, da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul.

Os resultados apurados poderão e/ou deverão ser utilizados para formulação e execução de programas de melhoria na saúde pública a nível comunitário ou público municipal, isoladamente ou em conjunto com o município de Santa Cruz do Sul.


CLARISSA GOHLKE

Diretora de Ações e Programas de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL – UNISC DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA – DEO

RAZÕES QUE LEVAM OS PACIENTES COM TUBERCULOSE A ABANDONAREM O TRATAMENTO: PERSPECTIVAS DO ENFERMEIRO

O Trabalho intitulado “Razões que levam os pacientes com tuberculose a abandonarem o tratamento: perspectivas do enfermeiro”, tem por objetivo geral, Identificar os motivos que levam os pacientes a desistir do tratamento da tuberculose no município de Santa Cruz do Sul, a partir da visão dos enfermeiros que atuam em unidades de atenção primária de saúde. Assim como os objetivos específicos, Divulgar os resultados obtidos junto ao serviço de referência e as unidades de atenção primária em saúde, em que os profissionais de enfermagem foram abordados. Elaborar e divulgar o material educativo sobre os cuidados no processo de coleta do escarro para o diagnóstico da tuberculose, junto às unidades de atenção primária em saúde, alvo da pesquisa.

A realização da pesquisa se justifica devido a adesão ou o abandono do tratamento que muitas vezes é devido a melhora dos sintomas, em muitos casos o paciente acredita estar curado antes de concluir o tratamento. Por isso, é importante a enfermagem estar atenta ao paciente, desde a primeira consulta de enfermagem, sabendo ouvir as queixas, dúvidas, medos e deixando claro o tempo de tratamento e a importância de segui-lo corretamente. A pesquisa será descritiva e exploratória, com delineamento qualitativo, para a coleta de dados se utilizará a entrevista semi estruturada contendo questões abertas e fechadas elaboradas pela pesquisadora referentes aos objetivos do presente estudo. A pesquisa não oferecerá riscos ou desconfortos aos participantes e não possui patrocinador. Dentre os benefícios da pesquisa aos participantes abordados, está a identificação dos motivos da não adesão ao tratamento, e com isso a oportunidade de contribuir na redução destes índices.

A presente pesquisa será realizada pela pesquisadora Mirian Adriana Sackser e orientada pela professora e enfermeira Anelise Miritz Borges.

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 detalhada, 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 acerca 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 Anelise Miritz Borges e a Acadêmica de Enfermagem Mirian Adriana Sackser. (Fone (51) 995384907).

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 Voluntário

Nome e assinatura do responsável pela obtenção do presente consentimento

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados

Nº do questionário: _____ **Data da entrevista:** ____/____/2017

1. Locais de pesquisa: ESF () UBS ()

2. Sigla do nome do(a) enfermeiro(a): _____

3. Sexo

3.1 () Feminino 3.2 () Masculino

4. Qual a sua idade (anos): _____

5. Possui alguma especialização/pós-graduação voltada a sua área de atuação?

6. Tempo de atuação na unidade (anos): _____

7. Em 2016, quantos usuários com TB foram assistidos na sua unidade de atuação?

8. Você já recebeu capacitações para realizar as orientações sobre Tuberculose?

8.1 Sim () 8.2 Não ()

8.1.1 Quais orientações?

8.1.2 Quem viabilizou as capacitações?

9. Existe uma rotina/sistematização na unidade em que você trabalha, frente à busca ativa de pacientes (Sintomáticos Respiratórios)?

9.1 Sim () 9.2 Não ()

9.1.1 Quais?

10. Utiliza o Livro Sintomáticos Respiratórios (LSR) no seu serviço?

10.1 Sim ()

10.2 Não ()

11.3 Tem dificuldades para utilizar o LSR?

11.3.1 Sim ()

11.3.2 Não ()

11.3.3 Quais?

12. Quais os fluxos e tempo estabelecidos para TB frente à coleta, ao diagnóstico, e ao tratamento?

12.1 Coleta (escarro):

12.2 Diagnóstico:

12.3 Tratamento:

13. Existiram casos de abandono do tratamento na sua Unidade/Estratégia no ano de 2016? Quantos?

14. Houve uma mobilização da equipe nesses casos de abandono do tratamento?

14.1 Sim ()

14.2 Não ()

14.3 Como foi a implementação dessas ações?

15. Quais as dificuldades que você identifica no seu trabalho como Enfermeiro (a), frente a essa situação de abandono no tratamento?

16. Quais as dificuldades que você identifica que o usuário de TB apresenta para seguir o tratamento?

- () Deslocamento
 - () Tempo de tratamento
 - () Fatores sociais. Quais? _____
 - () Fatores econômicos. Quais? _____
 - () Coleta do escarro equivocada
 - () Efeitos da medicação
 - () Outros. _____
-
-
-

17. Você como Enfermeiro(a), avalia que o Agente Comunitário de Saúde, está preparado para participar desse fluxo de ações voltadas à prevenção e ao tratamento da TB?
