



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO E AO ABANDONO DO TRATAMENTO DA  
TUBERCULOSE SOB A ÓTICA DE ENFERMEIROS**

**WANESSA NUNES BARROS**



**CAJAZEIRAS-PB**

**2013**

**WANESSA NUNES BARROS**

**FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO E AO ABANDONO DO TRATAMENTO DA  
TUBERCULOSE SOB A ÓTICA DE ENFERMEIROS**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)  
apresentado à Coordenação do Curso de  
Graduação em Enfermagem da Universidade  
Federal de Campina Grande, como requisito para  
obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Ms. Arieli Rodrigues  
Nóbrega Videres

**CAJAZEIRAS – PB**

**2013**

---



B277f Barros, Wanessa Nunes.  
Fatores associados a adesão ao abandono do tratamento da tuberculose sob a ótica de enfermeiros. / Wanessa Nunes Barros. - Cajazeiras, 2013.  
79f. : il.color.

Não disponível em CD.  
Monografia(Bacharelado em Enfermagem)-Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, 2013.  
Contem Bibliografia, Apêndices e Anexos.

1. Tuberculose - tratamento. 2. Atenção primária à saúde. 3. Saúde pública. 4. Enfermagem - saúde pública. I. Videres, Arieli Rodrigues Nóbrega. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título

CDU 616-002.5

**Wanessa Nunes Barros**

**FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO E AO ABANDONO DO TRATAMENTO DA  
TUBERCULOSE SOB A ÓTICA DE ENFERMEIROS**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à  
Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem  
da Universidade Federal de Campina Grande, como  
requisito para a obtenção do grau de Bacharel em  
Enfermagem.

**Aprovado em:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

---

Prof<sup>a</sup> Ms. Arieli Rodrigues Nóbrega Videres  
Orientadora (UFCG)

---

Prof<sup>a</sup> Ms. Kennia Sibelly Marques de Abrantes Sucupira  
Membro da Banca (UFCG)

---

Prof<sup>a</sup> Esp. Geofábio Sucupira Casimiro  
Membro da Banca (UFCG)

Dedico esse momento a minha família, que acreditou e torceu sempre por mim. Eu amo vocês mais que tudo! E mãe, obrigada por tudo. Sem você, sua confiança e esse amor sincero eu não chegaria até aqui. Para vocês!

## Agradecimentos

Primeiramente, agradeço a Deus por ter me dado a oportunidade de concluir esse curso, me dando forças e motivações para essa caminhada tão árdua e ao mesmo tempo tão gratificante.

Aos meus pais, Sebastião Limeira Barros, que mesmo ausente na carne esteve presente comigo em espírito nesse trajeto percorrido e, Maria Vilani Nunes Barros, pela base sólida e a força de encarar os obstáculos da vida, eu agradeço todo o amor, carinho, compreensão e respeito.

Às minhas irmãs Walquiria e Waléria pela força e auxílios na concretização dos meus objetivos.

Aos meus cunhados Haroldo e Clésio, que também acompanhou minha luta e obstinação, e pela paciência de compreender sempre as minhas necessidades.

Aos meus sobrinhos André e Artur que foram o alívio em muitos dos momentos de estresse, me fortalecendo com seus sorrisos nas horas mais difíceis.

Ao meu noivo Alexandre Menezes pelo amor e compreensão nas minhas noites de estudo e ajuda em todas as horas que precisei. Obrigada por estar sempre ao meu lado.

As minhas amigas da Universidade, onde passamos bons momentos que ficarão para sempre marcados na minha história: Janine Marques, Kalline Mariz, Lívia Kaline e Fernanda Nóbrega.

À professora Arieli Rodrigues pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão desta monografia.

E a todos que colaboraram direta ou indiretamente para a concretização deste sonho

---

*"Nem a sociedade, nem o homem, nem nenhuma outra coisa deve ultrapassar os limites estabelecidos pela natureza."*

( Hipócrates. )

BARROS, Wanessa Nunes. **Fatores associados à adesão e ao abandono do tratamento da tuberculose sob a ótica de enfermeiros**. 2013. 79f. Monografia (Curso Bacharelado em Enfermagem) – Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras-PB, 2013.

## RESUMO

**Introdução:** A tuberculose é uma doença infectocontagiosa, de cunho socioeconômico em que a esfera governamental encontra uma série de dificuldade em controlar e erradicar os bacilos que causam a doença. Mesmo existindo uma terapia medicamentosa que leve o indivíduo a cura, a não adesão e o abandono ao tratamento ainda são fatores importantes nas taxas de morbimortalidade dessa patologia. **Objetivo:** Verificar os fatores que influenciam na adesão e no abandono do tratamento da tuberculose do ponto de vista dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de natureza exploratória e descritiva com abordagem quanti-qualitativa que buscou alcançar os objetivos por meio de um questionário semiestruturado que deveria ser aplicado aos 60 Enfermeiros das ESF pertencentes a 9ª Gerência Regional de Saúde do estado da Paraíba, porém a amostra se fez com 42 profissionais que aceitaram voluntariamente colaborar com a pesquisa. **Resultados:** Os resultados desta pesquisa permitem concluir que, dos 42 participantes, 86% são do sexo feminino, com idades entre 22 e 31 anos (64%), solteiro (50%), com pós-graduação (74%), renda pessoal de 1 a 3 salários mínimos (40%). A maioria desses profissionais é contratado (55%), com atuação há menos de 01 ano nas ESF (50%) e 71% dos enfermeiros não realizaram curso de capacitação sobre tuberculose há menos de dois anos. Os profissionais possuem adequado conhecimento a cerca dos fatores de adesão e abandono do tratamento cabíveis nas seguintes categorias: acolhimento, acessibilidade ao serviço de saúde, estigma e preconceito, visitas domiciliares e busca ativa, prognóstico de cura, educação continuada, medicamentos e efeitos colaterais, tratamento prolongado, drogas lícitas e ilícitas, apoio familiar e profissional, falta de informação e falta de incentivos dos governantes. **Conclusão:** É possível afirmar que os profissionais demonstraram conhecimentos importantes acerca dessa temática, o que contribui significativamente para mudanças desse quadro de agravamento dessa doença que constituem um problema de saúde pública. Portanto vale reforçar a necessidade de divulgação de medidas preventivas capazes de diminuir o número de casos de tuberculose, e ressaltar a importância das medidas do PCNT e as diretrizes do SUS como fato primordial para que a população possa se deparar frente a uma assistência qualificada.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Enfermagem em Saúde Pública. Tuberculose.

Barros, Wanessa Nunes. **Factors associated with adherence and treatment dropout tuberculosis from the perspective of nurses.** In 2013. 79f. Monograph (Course Bachelor of Nursing) - Center for Teacher Education, Federal University of Campina Grande, PB-Cajazeiras, 2013.

### ABSTRACT

**Introduction:** Tuberculosis is an infectious disease of socioeconomic nature in which sphere of government is a series of difficult to control and eradicate the germs that cause disease. Even if a drug therapy that takes the individual healing, noncompliance with treatment are still important factors in the morbidity and mortality rates of this disease. **Objective:** To investigate the factors that influence adherence and abandonment of tuberculosis treatment from the point of view of the nurses of the Family Health Strategy. **Methodology:** This is a study of exploratory and descriptive quantitative and qualitative approach that sought to achieve the objectives through a semi-structured questionnaire which should be applied to the 60 nurses FHT belonging to 9th Regional Health Management of Paraíba state, but the sample was done with 42 professionals who volunteered to participate in the study. **Results:** The results of this research shows that, of the 42 participants, 86% were female, aged between 22 and 31 years (64%), single (50%), with post-graduate (74%), personal income 1-3 minimum wages (40%). Most of these professionals are employed (55%), working for less than 01 years in the ESF (50%) and 71% of nurses did not undergo training course on TB for less than two years. The professionals have adequate knowledge about the adhesion factors and abandonment of treatment applicable in the following categories: reception, accessibility to health services, stigma and prejudice, home visits and active, healing prognosis, continuing education, medications and side effects, prolonged treatment, legal and illegal drugs, family support and professional development, lack of information and lack of incentives of rulers. **Conclusion:** It can be argued that professionals demonstrate knowledge about this important issue, which significantly contributes to this situation changes grievance that this disease is a public health problem. So worth reinforcing the need for dissemination of preventive measures that can reduce the number of cases of tuberculosis, and to emphasize the importance of measurements and PCNT SUS guidelines as to primary fact that people can come across before a qualified assistance.

**Keywords:** Primary Health Care Public Health Nursing. Tuberculosis.

## LISTA DE SIGLA E ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária de Saúde

BAAR - Bacilo Álcool-Ácido Resistente

BCG – Bacilo de Calmette e Guérin

BK – Bacilo de Koch

DOTS – Directly Observed Therapy, Short-course

E - Etambutol

ESF – Estratégia Saúde da Família

H - Isoniazida

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

INH - Isoniazida

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCT – Programa de Controle da Tuberculose

PNCT - Plano Nacional de Controle a Tuberculose

PNH – Política Nacional de Humanização

ESF – Estratégia Saúde da Família

R - Rifampicina

SINAN – Sistema Nacional de Agravos de Notificação

SR – Sintomáticos Respiratórios

SUS – Sistema Único de Saúde

TB – Tuberculose

TBMR – Tuberculose Multirresistente

TS – Tratamento Supervisionado

UAB – Unidade de Atenção Básica

Z – Pirazinamida

## LISTA DE TABELAS

|                                                                                                                                                                                                        |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Tabela 1</b> – Caracterização dos profissionais de enfermagem de acordo com as variáveis sexo, idade e estado civil.....                                                                            | <b>40</b> |
| <b>Tabela 2</b> – Caracterização dos profissionais de enfermagem de acordo com as variáveis titulação, função, renda pessoal e renda familiar.....                                                     | <b>42</b> |
| <b>Tabela 3</b> – Caracterização dos profissionais de enfermagem de acordo com as variáveis tipo e tempo de vínculo na instituição, jornada de trabalho e se possui outros vínculos empregatícios..... | <b>45</b> |
| <b>Tabela 4</b> – Caracterização dos profissionais de enfermagem de acordo com as variáveis casos de tuberculose, casos de abandono ao tratamento e casos de não adesão ao tratamento.....             | <b>50</b> |
| <b>Tabela 5</b> – Fatores que não contribuem para adesão do portador de tuberculose ao tratamento.....                                                                                                 | <b>56</b> |
| <b>Tabela 6</b> – Fatores que influenciam ao abandono do tratamento da tuberculose.....                                                                                                                | <b>57</b> |
| <b>Tabela 7</b> – Fatores que motivam o portador a concluir o tratamento.....                                                                                                                          | <b>58</b> |
| <b>Tabela 8</b> – Barreiras que dificultam o vínculo profissional-usuário.....                                                                                                                         | <b>61</b> |

## LISTA DE GRÁFICOS

|                                                                                                                               |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Gráfico 1-</b> Caracterização dos profissionais de enfermagem quanto à participação de cursos de capacitação sobre TB..... | 48 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

## LISTA DE QUADROS

|                                                                                                 |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Quadro 1:</b> Esquema básico para o tratamento da tuberculose em adultos e adolescentes..... | 23 |
| <b>Quadro 2:</b> Esquema de tratamento em casos de meningoencefalite.....                       | 23 |
| <b>Quadro 3:</b> Esquema do tratamento para casos de multirresistência.....                     | 24 |

## SUMÁRIO

|                                                                                                                                 |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO.....</b>                                                                                                        | <b>15</b> |
| <b>2 OBJETIVOS.....</b>                                                                                                         | <b>18</b> |
| 2.1 GERAL.....                                                                                                                  | 18        |
| 2.2 ESPECÍFICOS.....                                                                                                            | 18        |
| <b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>                                                                                             | <b>19</b> |
| 3.1 TUBERCULOSE: UM GRAVE PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.....                                                                        | 19        |
| 3.2 ADESÃO E ABANDONO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE.....                                                                         | 26        |
| <b>4 METODOLOGIA.....</b>                                                                                                       | <b>31</b> |
| 4.1 TIPO DE ESTUDO.....                                                                                                         | 31        |
| 4.2 LOCAL DO ESTUDO.....                                                                                                        | 31        |
| 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....                                                                                                    | 36        |
| 4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....                                                                                         | 36        |
| 4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....                                                                                        | 37        |
| 4.6 ANÁLISE DE DADOS.....                                                                                                       | 37        |
| 4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....                                                                                                        | 38        |
| <b>5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>                                                                          | <b>39</b> |
| 5.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL.....                                                              | 40        |
| 5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ACERCA DOS<br>FATORES DE ADESÃO E ABANDONO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE..... | 49        |
| <b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>                                                                                              | <b>65</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>                                                                                                         | <b>68</b> |
| <b>APÊNDICES.....</b>                                                                                                           | <b>71</b> |
| APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....                                                                                | 72        |
| <b>ANEXOS.....</b>                                                                                                              | <b>74</b> |
| ANEXO A – DECLARAÇÃO INSTITUCIONAL.....                                                                                         | 75        |
| ANEXO B – TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO<br>DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL.....                                            | 76        |
| ANEXO C – TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....                                                                        | 77        |

## 1 INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB), segundo o Ministério da Saúde (MS), é uma doença infectocontagiosa, causada por uma bactéria conhecida como *Mycobacterium tuberculosis*, também denominada de Bacilo de Koch (BK). Sua transmissão ocorre por meio das vias aéreas que pode acometer uma variedade de órgãos como os pulmões, gânglios linfáticos, pleura, laringe, rins, cérebro e ossos, provocando a infecção tuberculosa que, quando não tratada corretamente pode levar o indivíduo ao óbito (BRASIL, 2008).

Considerada um grave problema de saúde pública de cunho socioeconômico, a TB ocupa um nível de liderança mundial como causa de morte por doença infecciosa entre adultos. O Brasil encontra-se na 19ª posição entre os 22 países com maiores índices dessa patologia, eleito pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como prioritário no combate a enfermidade. Para isso, o MS, adotou no Brasil o *Directly Observed Therapy, Short-course* (DOTS) como estratégia para alcançar as metas de detecção e cura da TB, recomendação essa feita pela OMS em 1993 (BARRÊTO et al., 2012).

Assim, mesmo o Brasil tendo sido o primeiro país a implantar o tratamento de curta duração, que decorre em seis meses, em 1980 e mostrado êxito no início dessa conduta, o governo ainda expõe a grande preocupação com o controle dessa enfermidade. O ponto crítico ainda está concentrado na não adesão do indivíduo ao processo de cura e, principalmente, ao crescente número de abandono ao tratamento, percebidos no percentual insatisfatório de cura da TB inferior à 75% dos casos em que já foram tratados (CHIRINOS; MEIRELLES, 2011).

Essa dificuldade em reduzir a incidência ou até mesmo erradicar está relacionada com os diversos fatores associados a não adesão e ao abandono. Dessa forma, ainda podem ser observados os altos índices de transmissão da doença, visto que o Brasil notifica anualmente 94 mil casos novos de TB (NOGUEIRA et al., 2011).

Por isso a importância da adesão ao tratamento medicamentoso da tuberculose, uma vez que é a atividade prioritária para controle dessa doença e permite anular as maiores formas de contágio e infecção. A grande adversidade dessa situação são os fatores que interferem nesse processo de forma significativa como as dificuldades socioeconômica, os efeitos colaterais do tuberculostáticos, o uso de álcool e drogas ilícitas, a precariedade na educação e no conhecimento do processo saúde-doença, a falta de motivação para realizar o tratamento, a organização, o acesso e a estrutura física dos serviços de saúde (HINO et al., 2012).

Outra preocupação importante é o número de casos de abandono, ou seja, o não comparecimento do doente à Unidade de Saúde por mais de trinta dias consecutivos após a data

aprazada para o seu retorno, constitui um dos principais desafios para o sistema de saúde brasileiro na luta contra a Tuberculose (ALVES et al., 2012).

No Brasil, a taxa de abandono é alta e situa-se em 17%, podendo algumas regiões apresentar níveis mais elevados, e ocorre devido os fatores de risco como detecção de baciloscopia negativa no diagnóstico, a ausência de um trabalho fixo, o uso diário de bebida alcoólica e/ou drogadição, e o fato de não apresentar melhora clínica durante o tratamento rejeitando assim os serviços de saúde. Tudo isso vai refletir em dificuldades no processo de cura desse indivíduo, podendo levar a uma resistência medicamentosa e uma recidiva da doença, além de aumentar o tempo e custo do tratamento (CHIRINOS; MEIRELLES, 2011).

Nas unidades de atendimento aos usuários portadores de TB, o Enfermeiro possui grande relevância nesse processo que se objetiva maximizar a adesão e reduzir os números de casos de abandono. Assim, o Enfermeiro é responsável por acompanhar todo o processo evolutivo do paciente, observando a satisfação deste em relação à aceitação da doença, atendendo sempre que possível as suas opiniões e crenças, intervindo nas diversas formas que possam melhorar o seu estilo de vida, considerando a dinâmica familiar desse usuário de modo que o mesmo não fique prejudicado socialmente e transmitindo-lhes conhecimentos a respeito da enfermidade (HINO et al., 2012).

Por isso a descentralização das ações de controle da TB para o nível da atenção básica em Estratégia Saúde da Família (ESF), deve ocorrer para que os cuidados e intervenções possam ser estendidos ao cuidado coletivo, ampliando as ações de prevenção e promoção para o meio social e familiar, por ser visto como uma melhor forma de atender ao planejamento terapêutico (NOGUEIRA et al., 2011).

Todos os cuidados e necessidades do paciente com TB precisam ser atendidos para que os índices de abandono ao tratamento sejam reduzidos, visto que o mesmo está associado a comportamentos sociais e culturais do enfermo e a forma de atuação dos profissionais interdisciplinares de saúde, pois estudos comprovam que as ações realizadas por Enfermeiros de modo diferenciado, com um acompanhamento qualificado em que se possam perceber os fatores que contribuem para a adesão e ao não abandono do tratamento refletem em redução no índice de pessoas portadoras de TB, conseqüentemente também, na transmissão e multirresistência dos bacilos. (PROTTI et al., 2010).

Assim, questiona-se: quais os possíveis fatores que interferem para a não adesão e o abandono ao tratamento da tuberculose? O que os Enfermeiros das Unidades podem fazer para que aumente o número de adesão de portadores da tuberculose e reduza o número de casos de abandono? Por essas imprecisões, surge o interesse por essa temática, visto que, ainda existe uma

carência de estratégias que ajudem no processo de erradicação dessa patologia que sempre causou danos à sociedade.

Espera-se então, que esse estudo possa trazer benefícios para a população, conhecimentos importantes para os profissionais de saúde e os demais leitores que possuem curiosidades acerca dessa temática, uma vez que se trata de um problema de grande relevância, a nível mundial, em que existe preocupação não só do governo, mas de toda esfera social no combate a propagação da tuberculose.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 GERAL

Verificar os fatores que influenciam na adesão e no abandono do tratamento da tuberculose do ponto de vista dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF).

### 2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar os fatores favoráveis e desfavoráveis à adesão do paciente ao tratamento da tuberculose sob a ótica de enfermeiros da ESF;
- Descrever os principais fatores que influenciam o abandono do tratamento da tuberculose;
- Caracterizar as ações dos enfermeiros da ESF para maximizar a adesão e minimizar o abandono do tratamento da tuberculose.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 TUBERCULOSE: UM GRAVE PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A Tuberculose (TB) é uma doença infecciosa, causada por um bacilo de crescimento lento, aeróbio estrito, álcool-ácido resistente (BAAR), sensível ao calor e a luz ultravioleta. Sua transmissão ocorre por meio das vias aéreas de um indivíduo infectado pelo agente etiológico denominado como *Mycobacterium tuberculosis* ou Bacilo de Koch (BK). Essa patologia afeta principalmente o parênquima pulmonar, mas também pode ser transmitida para diversas partes do corpo, inclusive as meninges, rins, ossos e linfonodos (BRASIL, 2008).

O BK recebe esse nome por ter sido descoberto em 1882 pelo médico alemão Robert Koch, hoje sendo reconhecida como uma bactéria denominada *Mycobacterium tuberculosis*. Este gênero é constituído por bacilos retos ou ligeiramente curvos com dimensões que variam entre 0,2 e 0,6 u'm por 1 e 10 u'm. Aeróbio, duplica sua população em 18 a 48 horas dependendo da maior ou menor oferta de oxigênio, do pH do meio e acesso a nutrientes. As células coroadas com carbol fucsina não podem ser descorados com ácido ou álcool, por isso são classificadas como Bacilo Ácido álcool Resistente (BAAR), isso devido essas bactérias serem relativamente resistentes a coloração (VERONESI, 2009).

A história evolutiva da TB retrata as descobertas de insumos preventivos e cura, os avanços tecnológicos e as principais mudanças que ocorreram no tratamento e na representação social da doença. Apesar de que, mesmo com todo esse desenvolvimento dos estudos e comprovações científicas, a tuberculose ainda persiste como um problema de saúde pública global (SOUZA et al., 2010).

Até o final do século XIX, a população não possuía conhecimentos adequados a cerca do tratamento da TB e, irracionalmente utilizavam leite de burrica e de camelo, sangrias, ventosas, cavalgadas e outros exercícios violentos como forma de obter a cura dos infectados. Após a descoberta do bacilo, os tuberculostáticos eram tratados com soros, antígenos bacilares e vacinas, os quais não obtiveram êxito. O único tratamento dessa época, usado corretamente foi o pneumotórax artificial criado por Folanini que estabelecia condições propícias para o repouso das áreas lesionadas, principalmente as provocadas pela tosse. Esse tratamento durou até a década de 50 junto com algumas técnicas cirúrgicas como foi o caso da pneumectomia, chegando a curar 30 a 40% dos casos (TARANTINO, 2008).

Segundo o autor supracitado, somente a partir de 1940 é que surge a moderna quimioterapia, com a descoberta de drogas destruidoras do bacilo da TB, passando a curar todas as suas formas patológicas. Assim, o número de óbitos e o contágio por essa doença teve uma redução significativa em todo o mundo, exceto nos países que estavam em desenvolvimento e nos subdesenvolvidos. Foi quando o quadro se agravou em março de 1993 com o aumento da epidemia em todas as áreas e a OMS declarou estado de urgência e emergência no mundo.

Vários foram os fatores que contribuíram para essa grave mudança epidemiológica, entre eles a epidemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), o crescimento de cepas do MT resistentes às drogas antituberculosas, o aumento geral da miséria, o afrouxamento dos programas de controle da TB, a diminuição dos investimentos no setor de saúde e a deterioração dos serviços de assistência pública (VERONESI, 2009).

Existem dois tipos de tuberculose, a primária que ocorre durante uma primo-infecção podendo evoluir tanto a partir do foco pulmonar quanto o ganglionar ou em consequência da disseminação hematogênica e a tuberculose pós primária ou secundária que ocorre em indivíduos que desenvolvem sua imunidade pela infecção natural ou pela vacina da BCG (Bacilo de Calmette e Guérin). Dos primo-infectados 5% adoecerão tardiamente por uma reativação endógena. Mas também pode existir a reinfeção exógena quando o paciente recebe novas cargas bacilar do meio externo (LOPES, 2010).

Segundo o mesmo autor, a TB primária geralmente acomete crianças e a radiografia de tórax pode apresentar pequenos nódulos periféricos. Já a TB secundária é mais comum entre adultos e adolescentes, com 85% dos casos com apresentação pulmonar e em sua radiografia de tórax os achados mais frequentes são as opacidades heterogêneas, as cavidades, as consolidações, padrão retículo-nodular, tuberculomas e banda parenquimatosas.

A evolução dessa patologia ocorre em ciclos lentos, sendo sua maior incidência nas aglomerações urbanas. No Brasil, a partir de 2003, a TB foi reconhecida como prioridade das políticas públicas e, em 2005, a OMS reconheceu que o País alcançou as metas de conceito intermediário com 73,5% de detecção de casos e 69,3% de cura, porém o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan/MS) notifica seis mil óbitos anualmente decorrentes dessa enfermidade (SOUZA et al., 2009).

No *ranking* mundial, o Brasil marca a 19ª posição dos 22 países que correspondem aos 80% dos diagnósticos de TB, ocupando a 108ª posição em incidência dos casos sendo que em 2010 foram notificados 81.946 casos com incidência de 46%. A taxa de detecção de casos de tuberculose no país foi de 74%, considerada pela OMS uma das maiores do mundo

(PINHEIRO et al., 2012). Estudos apontam as regiões Norte, Nordeste e Sudeste como os que mais apresentam número de registros de Tuberculose no País (BRASIL, 2011).

Dessa forma, já existindo estudos que levam ao caminho da cura e tecnologias capacitadas para controle da tuberculose, o que transparece nesse quadro de incidências, é que existe uma carência de profissionais capacitados atuantes na área de saúde dispostos a uma intervenção adequada, com enfoque epidemiológico, para a solução deste tão grave problema de saúde pública. (SOUZA et. al, 2009)

A tuberculose está intimamente associada à pobreza, desnutrição, lugares com aglomerações desprovidos de circulação de ar, alojamentos em condições deficientes e cuidados de saúde inadequada. O *M. tuberculosis* infecta aproximadamente um terço da população do mundo e apesar de ser uma doença curável, em que já existem há mais de 50 anos fundamentos científicos para seu controle na comunidade, ainda ceifa muitas vidas (BRASIL, 2010).

Segundo o mesmo autor, o risco para a infecção por TB está associado às gotículas de saliva, dispersa no ar, expelidas por uma pessoa doente ao tossir, espirrar ou falar que, quando inaladas por uma pessoa suscetível, torna-se infectada. O bacilo inalado se implantará em um lugar no pulmão causando uma inflamação em poucas semanas. Esse processo ainda não caracteriza a doença e sim, o primeiro contato do germe com o organismo e sua reação, conhecido como primo-infecção.

Ainda pelo mesmo autor, após da exposição inicial e infecção, a pessoa pode desenvolver a doença ativa devido a uma resposta comprometida ou inadequada do sistema imune, podendo essa bactéria se espalhar e se alojar em vários locais do corpo o que diferencia as formas da tuberculose, a pulmonar da extrapulmonar. Caso contrário, se a defesa do organismo estiver com uma boa vigilância, na maioria dos casos, o bacilo não causará doença, tornando-se uma infecção latente.

Os maiores transmissores da TB são as pessoas que tosse e que tem BAAR positivo no exame do escarro, os doentes que estão sem tratamento, os pacientes que recém iniciaram a terapia específica ou os casos com pobre resposta ao tratamento. Habitualmente, estes pacientes apresentam tosse e expectoração por mais de três semanas e são chamados de Sintomáticos Respiratórios (SR). Essa expectoração pode ser por meio de escarro mucopurulento ou hemoptise. A tosse pode não ser produtiva e muitos dos pacientes apresentam também febre baixa, sudorese noturna, fadiga e perda de peso. E no geral, os sintomas são crônicos e na TB pulmonar, após 15 dias de tratamento, a tosse diminui bastante e o risco de contágio reduz significativamente (BRASIL, 2008).

A quimioprofilaxia e a vacinação com BCG são as duas medidas eficazes que previne o indivíduo contra a TB. A quimioprofilaxia consiste na administração de drogas que previne a infecção ou impede que o indivíduo infectado adoeça. Nesse caso, a droga utilizada é a Isoniazida (INH) em que estudos revelam uma redução em mais de 90% entre adultos e 95% em crianças quando administrados por seis meses (LOPES, 2010).

Segundo o mesmo autor, a vacina BCG é uma das mais administradas em todo o mundo e obrigatória para menores de um ano de vida conforma a portaria nº 452 de 06/12/76 do MS. É a medida mais comum de prevenção da tuberculose, produzida com bacilos vivos atenuados de cepa de *Mycobacterium bovis* e inoculados nas pessoas que não tiveram contato com o bacilo, como é o caso dos Recém-Nascidos.

A doença é diagnosticada após confirmação de presença do BK através de exame bacteriológico. Essa conduta, conhecida como baciloscopia do escarro é realizada em todos os laboratórios públicos e também nos particulares que são tecnicamente habilitados. Além disso, contribui também no controle do tratamento, sabendo que, quando executada de forma correta, reduz significativamente os índices de transmissão. O método em que os laboratórios mais utilizam é o Ziehl-Nielsen, técnica essa em que consegue ser detectado o bacilo de BAAR. Caso o resultado seja negativo, e existam suspeitas relevantes, indica-se a cultura do escarro desse usuário, pois essa técnica aumenta em até 30% o diagnóstico bacteriológico da doença (BRASIL, 2011).

Atualmente o tratamento medicamentoso da tuberculose promove cura em quase 100% dos pacientes que faz uso da medicação corretamente. O esquema terapêutico preconiza o uso da medicação por período de seis meses subsequentes, utilizando os fármacos Rifampicina (R), Isoniazida (H), Pirazinamida (Z) e Etambutol (E) (LOPES, 2010).

Mesmo assim, o abandono do tratamento da TB vem causando um crítico e crescente problema mundial devido a Tuberculose Multirresistente (TBMR), que além de ser uma ameaça ao controle da enfermidade, aumenta a proporção de morte, torna o tratamento demorado e mais difícil e diminui a expectativa de cura. De acordo com a OMS, em 2009 o Brasil notificou 411 casos novos de TBMR (FERREIRA et al., 2011).

Os quadros abaixo esquematizam o tipo de tratamento direcionado a cada situação, o regime e os fármacos utilizados de acordo com o peso, a fase e a duração de cada regime.

**Quadro 1: Esquema básico para o tratamento da tuberculose em adultos e adolescentes**

Indicado para todas as formas de tuberculose, exceto a meningoencefalite  
(2RHZE/4RH).

| Regime                                            | Fármacos                                                          | Peso (Kg)  | Unidades                                  | Meses |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------------------------|-------|
| <b>2RHZE</b><br><b>Fase intensiva</b>             | RHZE<br>150/75/400/275<br>comprimido<br>em dose fixa<br>combinada | 20 a 35 kg | 2 comprimidos                             | 2     |
|                                                   |                                                                   | 36 a 50 kg | 3 comprimidos                             |       |
|                                                   |                                                                   | >50 kg     | 4 comprimidos                             |       |
| <b>4RH</b><br><b>Fase de</b><br><b>Manutenção</b> | RH<br>300/200 ou<br>150/100<br>Capsula                            | 20 a 35 kg | 1 cápsula 300/200                         | 4     |
|                                                   |                                                                   | 36 a 50 kg | 1 cápsula 300/200 +<br>1 cápsula 150/ 100 |       |
|                                                   |                                                                   | >50 kg     | 2 cápsulas 300/200                        |       |

Rifampicina (R); Isoniazida (H); Pirazinamida (Z) e Etambutol (E)

**Fonte:** Nota Técnica PNCT/DEVEP/SVS/MS

**Quadro 2: Esquema de tratamento em casos de meningoencefalite**

Indicado para adultos e adolescentes  
(2RHZE/7RH).

| Regime                                               | Fármacos                                                          | Peso (Kg)  | Unidades                                 | Meses |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------|-------|
| <b>1º fase</b><br><b>(intensiva)</b><br><b>2RHZE</b> | RHZE<br>150/75/400/275<br>comprimido<br>em dose fixa<br>combinada | 20 a 35 kg | 2 comprimidos                            | 2     |
|                                                      |                                                                   | 36 a 50 kg | 3 comprimidos                            |       |
|                                                      |                                                                   | >50 kg     | 4 comprimidos                            |       |
| <b>7RH</b><br><b>Fase de</b><br><b>manutenção</b>    | RH<br>300/200 ou<br>150/100<br>Cápsula                            | 20 a 35 kg | 1 cápsula 300/200                        | 7     |
|                                                      |                                                                   | 36 a 50 kg | 1 cápsula 300/200 +<br>1 cápsula 150/100 |       |
|                                                      |                                                                   | >50 kg     | 2 cápsulas 300/200                       |       |

Rifampicina (R); Isoniazida (H); Pirazinamida (Z) e Etambutol (E)

**Fonte:** Nota Técnica PNCT/DEVEP/SVS/MS

**Quadro 3: Esquema do tratamento para casos de multirresistência**

Indicada para casos de falência ao esquema básico e para tolerantes a dois ou mais fármacos.  
(2SELZT/4SELZT/12ELT)

| Fase do tratamento                          | Fármaco                                                             | DOSE DE ACORDO COM O PESO (Kg) |           |            |         | Meses |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------|------------|---------|-------|
|                                             |                                                                     | Até 20 kg                      | 21 a 35   | 36 a 50    | >50     |       |
|                                             |                                                                     | □ G/kg/dia                     | □ G/dia   | mg/dia     | □ G/dia |       |
| <b>2SELZT</b><br>Fase intensiva<br>1ª etapa | <b>Estreptomicina<sup>2</sup></b><br>frasco 1 g                     | 15 a 20                        | 500       | 750 a 1000 | 1000    | 2     |
|                                             | <b>Etambutol comprimido 400 mg</b>                                  | 20 a 25                        | 400 a 800 | 800 a 1200 | 1.200   |       |
|                                             | <b>Levoflexina</b><br>comprimido 250 e 500 mg ou frasco de 500      | 7,5 a 10                       | 250 a 500 | 500 a 750  | 750     |       |
|                                             | <b>Pirazinamida</b><br>comprimido 500 mg                            | 35                             | 1000      | 1.500      | 1.500   |       |
|                                             | <b>Terizidona</b><br>cápsula 250 mg                                 | 15 a 20                        | 500       | 750        | 750     |       |
| <b>4SELZT</b><br>Fase intensiva<br>2ª etapa | <b>Estreptomicina</b><br>frasco 1                                   | 15 a 20                        | 500       | 750        | 1.000   | 4     |
|                                             | <b>Etambutol</b><br>comprimido 400 mg                               | 20 a 25                        | 400 a 800 | 800 a 1200 | 1.200   |       |
|                                             | <b>Levofloxacina</b><br>comprimido 250 e 500 mg ou frasco de 500 mg | 7,5 a 10                       | 250 a 500 | 500 a 750  | 750     |       |
|                                             | <b>Pirazinamida</b><br>comprimido 500 mg                            | 35                             | 1000      | 1.500      | 1500    |       |
|                                             | <b>Terizidona</b><br>cápsula 250 mg                                 | 15 a 20                        | 500       | 750        |         |       |
| <b>12ELT</b><br>Fase de manutenção          | <b>Etambutol</b><br>comprimido 400 mg                               | 20 a 25                        | 400 a 800 | 800 a 1200 | 1.200   | 12    |
|                                             | <b>Levofloxacina</b><br>comprimido 250 e 500 mg ou frasco de 500 mg | 7,5 a 10                       | 250 a 500 | 500 a 750  | 750     |       |

|  |                                     |         |     |     |               |  |
|--|-------------------------------------|---------|-----|-----|---------------|--|
|  | <b>Terizidona</b><br>cápsula 250 mg | 15 a 20 | 500 | 750 | 750 a<br>1000 |  |
|--|-------------------------------------|---------|-----|-----|---------------|--|

S (Estreptomicina) – E (Etambutol) – L (Levofloxacina) – Z (Pirazinamida) – T (Terizidona).

**Fonte:** Nota Técnica PNCT/DEVEP/SVS/MS.

### 3.2 ADESÃO E ABANDONO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

Apesar da existência de tratamentos capazes de levar à cura o indivíduo portador da tuberculose, ainda existe uma ampla preocupação quanto a essa enfermidade que se destaca como importante causa de morbimortalidade em todo o mundo. A não adesão e o abandono ao tratamento constituem o principal motivo de insucesso terapêutico e desenvolvimento de cepas resistentes ao processo medicamentoso (LOPES, 2010).

Inseridos na organização dos serviços públicos de saúde existente no Brasil, os programas estaduais e municipais de controle da tuberculose, que em sintonia com as políticas nacionais, realizam diversas notificações de forma compulsiva frequentemente. Assim, desde o início da descentralização das ações de saúde, o gerenciamento dos recursos humanos, sempre obedecendo à padronização das normas técnicas preconizadas por os órgãos estaduais e federais, são de competências dos municípios (DUNCAN, 2013).

Em consonância com o autor acima, as políticas públicas no Brasil estão sempre objetivando fortalecer as estratégias que dão suporte ao controle da tuberculose. Entre as medidas adotadas estão o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), desde 1998, e o Tratamento Supervisionado (TS) junto à estratégia DOTS, desde 1999 atuando no âmbito da Atenção Primária a Saúde (APS), na qual gestores municipais e estaduais devem agir de forma planejada e articulada (SOUZA et al., 2010).

Segundo o mesmo autor, o atual plano de ação é fundamentado na descentralização e horizontalização das ações de vigilância, prevenção e controle da TB utilizando os recursos humanos das Unidades de Atenção Básica (UAB), Estratégia Saúde da Família (ESF) e Programa de Agentes Comunitários (PACS), todos integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerada uma modalidade importante, a ESF é responsável por estabelecer o acesso de forma facilitadora com as pessoas portadoras de TB. O contato e as práticas preventivas, educativas e curativas podem levar a um aumento de índices diagnósticos e terapêuticos, promovendo uma criação de vínculos entre o profissional, paciente e comunidade (NOGUEIRA et al., 2012).

Esse vínculo que deve existir, requer a formação de fortes laços de compromisso dos profissionais com os usuários e vice-versa, já que finda por ser o primeiro nível de contato da população com o sistema nacional de saúde. Fato esse que depende da forma em que a equipe de saúde de uma região se responsabiliza por a comunidade e conhecimento quanto aos

conceitos de humanização, acolhimento, responsabilização e integralidade. (GOMES; SÁ, 2009).

Assim, todo indivíduo com sintomatologia clínica sugestiva, ou seja, apresentando tosse com expectoração por três semanas ou mais, falta de apetite, perda de peso, febre ou imagem radiológica sugestiva é definida como um caso suspeito de TB pulmonar, apesar de que, essa patologia pode surgir sem que nenhuma deficiência imunológica seja evidenciada (DUNCAN, 2013).

Porém, de acordo com o autor supracitado, existem algumas situações demográficas ou sociais que desenvolvem maior risco para a apresentação da doença. É o caso dos fatores de risco como a cor negra, a prevalência em crianças e idosos, a desnutrição, as péssimas condições de habitação, o alcoolismo e certas ocupações, a exemplo, os profissionais de saúde e os técnicos de laboratórios.

Conforme o mesmo autor, quando diagnosticado a TB no paciente, este deve ser encaminhado a uma unidade de saúde em que irá ser tratado e notificado no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). O ideal é que o tratamento seja a nível ambulatorial, por apresentar maior efetividade quando comparado ao tratamento hospitalar, além do custo ser menor e proporcionar maior comodidade ao paciente.

Desde 1994, a OMS recomenda a estratégia de Tratamento Diretamente Observado (DOTS) como requisito básico para detecção e cura da TB. Reconhecido internacionalmente, essa estratégia perpassa o enfoque clínico, sendo utilizada como meios de detecção, tratamento e quimioterapia com diagnóstico e medicamentos gratuitos à população, registro e notificação (LAFAIETE et al., 2011).

Embora ainda persistam os problemas quanto o abandono da terapia, o DOTS é responsável por reduzir o índice de desistência ao tratamento, pois oferecem esquemas padronizados com a supervisão da tomada do medicamento, a distribuição regular da medicação para uso diário, criação de um sistema de informação eficiente, busca ativa de Sintomáticos Respiratório oferecendo serviços laboratoriais e, por fim o compromisso político (ALVES et al., 2012).

Por conseguinte, após a detecção e diagnóstico de TB, o indivíduo deverá ser inserido no plano terapêutico que objetiva a cura dessa patologia. Quanto ao significado de adesão:

“A OMS define adesão como um processo dinâmico, multifatorial, que envolve aspectos comportamentais, psíquicos e sociais e que requer decisões compartilhadas e co-responsabilidades entre usuário do serviço, a equipe de saúde e a rede social de

apoio e com abordagem que atenda às singularidades socioculturais e subjetivas, objetivando uma melhor qualidade de vida das pessoas” (SOUZA et. al., 2009).

Então, a adesão ao tratamento da TB é evidenciada por a ingesta diária e regular dos medicamentos, a completude do regime prescrito e o comparecimento periódico às consultas marcadas. O TS é considerado um fator associado à adesão do paciente com acompanhamento das doses supervisionadas que podem ser realizadas na Unidade de Saúde ou na residência do usuário (NAST, 2011).

Porém, antes de ser iniciado o tratamento, deve-se avaliar a possibilidade de existir fatores pessoais que dificultem essa adesão, como é o caso do alcoolismo, a dependência de drogas, problemas mentais ou condições socioeconômicas precárias (DUNCAN, 2013). Além disso, fatores como a organização do processo de trabalho, a estrutura física e o acesso aos serviços de saúde, também contribuem para a não adesão ao tratamento (HINO e. al., 2012).

Pacientes, após iniciar o tratamento medicamentoso de forma adequada tornam-se não infecciosos, pois diminui a concentração e a patogenicidade do *M. tuberculosis* (DUNCAN, 2013). As medicações para TB agem de forma efetiva atuando em diferentes estágios do metabolismo do bacilo com a finalidade de destruí-lo anulando rapidamente as maiores fontes de infecção (SOUZA; SILVA, 2010).

Assim, os profissionais devem estar capacitados e atentos quanto aos referenciais da TB como as suspeitas e os possíveis diagnósticos, e ativos em realizar o TS, acompanhar os contatos, deixar sempre atualizado o sistema de informação e realizar ações preventivas e educativas junto à comunidade (MARCOLINO et al., 2009).

Mesmo assim, as maiores dificuldades encontradas atualmente para o tratamento correto da TB, são muitas vezes decorrentes da falta de orientação que deve ser prestada pelo profissional ao paciente e na maioria das vezes corresponde ao uso irregular dos medicamentos e o abandono à terapia (DUNCAN, 2013).

O mesmo autor ainda diz que a equipe de saúde tem o dever de incentivar e apoiar o paciente passando as informações necessárias quanto à doença, duração do tratamento e a importância do uso regular dos medicamentos para que se possa obter a cura, bem como as consequências caso o tratamento seja interrompido. Essas condutas devem ser sempre reforçadas em cada consulta de acompanhamento quando são realizadas entrevistas educativas, o controle clínico e as visitas domiciliares aos faltosos.

Não obtendo êxito no processo de adesão, o abandono do tratamento, ou seja, o não comparecimento do indivíduo a Unidade de Saúde por mais de trinta dias consecutivos após a

data marcada para o seu retorno, é o fator responsável por representar um dos principais obstáculos no combate à doença (CHIRINOS; MEIRELLES, 2011).

Assim, a redução dos índices de abandono em consequência do aumento da aderência ao tratamento está entre os principais objetivos dos gestores do PNCT para enfim tornar efetivo os métodos de controle da TB (LOPES, 2010). Uma vez que, estudos realizados no Brasil apresentam índices de abandono entre 38 a 42%, taxas extremamente elevada, já que o MS preconiza aceitável apenas a taxa de 5% desses casos (RODRIGUES et al., 2010).

Entre os fatores relevantes que contribuem para o abandono da TB estão os resultados negativos apresentados nos exames de baciloscopia, ausência de trabalho fixo, alcoolismo, o fato do indivíduo não apresentar melhora clínica ao tratamento e rejeição aos serviços de saúde. Geralmente, esses fatores estão relacionados ao doente, ao tratamento que lhe é empregado e aos Serviços de Saúde (CHIRINOS; MEIRELLES, 2011).

Em consonância, cerca de 20 a 40% dos pacientes apresentam baciloscopia com resultado negativo. Isso acontece geralmente quando o paciente apresenta infiltrado em estágio inicial ou quando as lesões são não cativadas. Sendo assim, a sensibilidade da baciloscopia de escarro é diminuída, visto que ela necessita de uma concentração mínima de 5.000 bacilos por milímetro de secreção para que o resultado seja positivo (DUNCAN, 2013).

Além de não romper a cadeia de transmissão, pois as pessoas que não aderem ao correto tratamento ainda continuam como fonte de contágio, o abandono leva também à multirresistência aos fármacos utilizados e a recidiva da doença, aumentando a mortalidade, o custo e o tempo do tratamento e, dificultando o processo de cura (CHIRINOS; MEIRELLES, 2011). Estes casos são encaminhados para os centros de referência onde os enfermos recebem acompanhamento e TS, sendo hospitalizados na fase inicial (DUNCAN, 2013).

O diferencial que o Brasil possui é o fato dos medicamentos não serem comercializados como acontece em diversas regiões do mundo. Esse controle e distribuição dos tuberculostáticos têm contribuído quanto à resistência às drogas. Sendo que a melhor forma de evitar a multirresistência é aumentando a aderência do paciente ao tratamento e diminuindo o abandono, o que lhes assegura a cura (LOPES, 2010).

Por isso, a importância dos serviços de saúde prover formas que assegurem o tratamento adequado e sem atraso a toda pessoa com diagnóstico de TB. A condição básica para obter êxito no controle da tuberculose é a adesão do paciente ao tratamento e, para isso se faz necessário um bom acolhimento, percebendo o usuário em sua singularidade a partir de suas necessidades pessoais e/ou familiares e seu modelo de vida (BRASIL, 2011).

Além disso, segundo o mesmo autor, os profissionais devem estar sempre construindo estratégias que reforcem o vínculo do doente à instituição e participando de cursos de capacitação como forma de mudar essa realidade mundial e expandir as atividades de controle da tuberculose.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de natureza exploratória e descritiva com abordagem quanti-qualitativa. A pesquisa exploratória teve como principal objetivo esclarecer problemas e situações em que se encontra em estudo sobre um determinado assunto de forma que as hipóteses existentes se tornassem precisas. Esse tipo de pesquisa proporcionou um amplo conhecimento ao pesquisador, que nesse caso fez sua investigação de forma sistematizada utilizando os meios bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e/ou através mesmo de um estudo de caso (GIL, 2008).

A pesquisa descritiva foi realizada com a finalidade de descrever fatos realísticos. É um tipo de pesquisa que pode levantar críticas devido às imprecisões dos resultados, já que sua coleta de dados ocorre de forma subjetiva e geralmente por meio de entrevistas e questionários (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

A pesquisa quantitativa é considerada uma representatividade da população, já que são dados coletados matematicamente em grande número de casos existentes, o que torna um retrato real sobre determinado estudo. Trata-se de uma pesquisa objetiva em que ocorre uma análise utilizando procedimentos já estruturados e instrumentos formais alcançando um resultado em tempo instantâneo (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Segundo o autor supracitado, diferentemente da pesquisa quantitativa, a qualitativa não visa à representatividade numérica. Os dados são coletados de forma não estruturada e sem formalidade e exige uma maior interpretação e aproximação do pesquisador, que não pode fazer julgamentos nem permitir que seu modo de vista interfira nos dados coletados, com a fonte em que é estudada.

### 4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido nas ESF dos 15 municípios pertencentes a 9ª Gerência Regional de Saúde do estado da Paraíba, quais sejam: Bernardino Batista, Bom Jesus, Bonito de Santa Fé, Carrapateira, Cajazeiras, Cachoeira dos Índios, Joca Claudino, Monte Horebe, Poço Dantas, Poço de José de Moura, Santa Helena, São João do Rio do Peixe, São José de Piranhas, Triunfo e Uiraúna.

O município de Bernardino Batista Localiza-se na mesorregião do sertão paraibano e na microrregião de Cajazeiras, estando a 530 km da Capital João Pessoa, via BR 230. Situa -

se na divisa do estado da Paraíba com o Ceará. Limita-se, ao Leste com o município de Joca Claudino (6 km); ao Norte com o município de Poço Dantas (10 km); ao Sul com o município de Triunfo/PB (22 km) e ao Oeste com o município de Icó/CE. Apresenta uma área de 50,63 km<sup>2</sup>. No que diz respeito a clima, o município acha-se inserido no denominado “Polígono das Secas”, constituindo um tipo semi-árido quente e seco. O regime pluviométrico, além de baixo, é irregular, com médias anuais entre 400 a 800 mm/ano. A temperatura varia entre 23 a 30° C, com ocasionais picos mais elevados, principalmente durante a estação seca. A vegetação é de pequeno porte, típica de caatinga xerofítica, tipo caatinga arbórea (mata serrana).

O município de Bom Jesus localiza-se no alto do sertão oeste da Paraíba. Distante da capital, João Pessoa, 525 km. Situada na divisa dos estados da Paraíba e Ceará, há 19 km da cidade de Cajazeiras e distante 6 km da BR-230. O município corresponde a uma área de 47 Km<sup>2</sup>. Limita-se ao norte com os municípios de Santa Helena, ao sul com o município de Cachoeira dos Índios, ao leste com o município de Ipaumirim.

O município de Bonito de Santa Fé está localizado no Alto Sertão da Paraíba, fazendo fronteira com o estado do Ceará, compreende uma área territorial de 228,325 Km<sup>2</sup>, conta com uma população de 10.804 habitantes, com densidade demográfica de 47,32 hab/Km<sup>2</sup>,

Carrapateira, por sua vez, é um município de pequeno porte localizado na microrregião de Cajazeiras, possuindo uma extensão de 73 km<sup>2</sup> e uma população de 2.342 habitantes, sendo 1.254 homens e 1.088 mulheres (Censo Demográfico 2010). Carrapateira possui um IDH de 6,02 e é um município em que a população vive em situação de pobreza, ratificada pela baixa renda per-capta.

O município de Cajazeiras está localizado na região Oeste do Estado da Paraíba, limitando-se a Oeste com Cachoeira dos Índios e Bom Jesus, ao Sul São José de Piranhas, a Noroeste de Santa Helena, a Norte e Leste São João do Rio do Peixe e a Sudeste Nazarezinho. Ocupa uma área de 586,275 km<sup>2</sup>, com densidade populacional de 97,7 hab por km<sup>2</sup>. Possuindo um IDH médio de 0,685, sendo que a sede municipal apresenta uma altitude de 298m. O acesso a partir de João Pessoa é feito através da BR-230 até Cajazeiras, a qual dista cerca de 477 km da capital. De acordo com último censo do IBGE, a comunidade possui uma população de 57.876 habitantes, dos quais 27.711 são homens e 30.165 mulheres. Desse total o número de alfabetizados com idade igual ou superior a 10 anos é de 33.293 o que corresponde a uma taxa de alfabetização de 74,9%. A cidade contém cerca de 14.177 domicílios particulares e permanentes, destes 11.020 possuem esgotamento sanitário, 10.696

são abastecidos pela rede geral de água e 9.762 dispõem de serviço de coleta de lixo. A agropecuária, seguida da indústria e comércio constitui as principais atividades econômicas da comunidade. Em termos de infra-estrutura urbana apresenta 85% das vias pavimentadas e 92% iluminadas.

O município de Cachoeira dos Índios é um município de pequeno porte localizado na microrregião de Cajazeiras-PB, possuindo uma extensão de 193, 067 km<sup>2</sup> e uma população de 9.546 habitantes, sendo 4.820 homens e 4.726 mulheres (Censo Demográfico 2010). A densidade demográfica do município de 49,44 hab/km<sup>2</sup>. Cachoeira dos Índios possui um IDH de 0,577 e é um município em que a população vive em situação de pobreza, ratificada pela baixa renda per-capta correspondente a R\$ 76,10 (setenta e seis reais e dez centavos).

Joca Claudino, anteriormente denominada de Santarém, está localizada na região do alto sertão paraibano, distante aproximadamente de 500 quilômetros da capital do estado, João Pessoa. As estradas do município são todas carroçáveis e o clima predominante é o semi-árido, com temperatura máxima de 35° C e mínima de 19° C. A vegetação é variável, predominando a caatinga, constituída de plantas resistentes à seca. O município é composto de uma série de conjunto de pequenas montanhas e relevo acidentado. Segundo informações obtidas pela fundação IBGE, estima-se que a população do município de Joca Claudino seja de 2.745 habitantes, dos quais 72% localiza-se na zona rural e 28% na urbana. Fato peculiar, onde temos uma distribuição de 50% da população para ambos os sexos. Além disso, temos as faixas etárias 10 a 29 anos com 37% do contingente populacional do município.

Monte Horebe possui limites com os Município de Bonito de Santa Fé - PB (18 Km), Serra Grande-PB (35 Km), São José de Piranhas - PB (18 Km) e Mauriti - CE (35 Km). A assistência à saúde do município tem sido praticada através de 01 (um) Centro de Saúde e uma Unidade de Saúde da Família localizados na sede e 03 (três) Postos de Saúde na zona rural com assistência ambulatorial básica.

O município de Poço Dantas classifica-se como de pequeno porte localizado na microrregião de Cajazeiras - PB, possuindo uma extensão de 97 km<sup>2</sup> e uma população de 3.752 habitantes (Censo Demográfico 2010), sendo 1.905 do sexo masculino e 1.847 do sexo feminino. A economia do município tem como base a agricultura de subsistência, através da plantação de milho, feijão e criação de pequenos animais, além das culturas permanentes de caju e mandioca.

O município de Poço de José de Moura, esta localizado no extremo Oeste do Estado da Paraíba, limitando-se a Oeste, Noroeste e Sudoeste com Triunfo, a Sudeste e Leste São

João do Rio do Peixe, a Nordeste Uiraúna, e a Norte Santarém. Ocupa uma área de 123km<sup>2</sup>. O acesso a partir de João Pessoa é feito através da BR-230 até a cidade de Cajazeiras, onde segue-se inicialmente através da PB-393 e em seguida pela PB-405 com destino a Uiraúna. A distancia da capital é cerca de 525 km . A paisagem típica é de semiárido nordestino, relevo predominantemente suave-ondulado, cortada por vales estreitos, com vertentes dissecadas. A vegetação é basicamente composta por Caatinga Hiperxerófila com trechos de Floresta Caducifólia. O clima é do tipo Tropical Semi-Árido, com chuvas de verão.

O Município de Santa Helena está localizado no extremo Oeste da Paraíba com uma população de aproximadamente 5.369 habitantes, conforme o último censo realizado pelo IBGE no ano de 2010, dos quais 2.626 são homens e 2.743 são mulheres. Ocupa uma área geográfica de 208,8km<sup>2</sup>, limitando-se ao Norte com a cidade de Triunfo, Sul com Bom Jesus e Cajazeiras, Leste com São João do Rio do Peixe e Oeste com o Baixio e Umari no Estado do Ceará. O acesso a capital João Pessoa é feito pela BR- 230 até a cidade de Cajazeiras, onde se toma a PB-393 até São João do Rio do Peixe. Neste ponto segue-se pela PB-395 para Santa Helena a qual sua distância é cerca de 518,0km da capital. Conta com sete estabelecimentos de saúde, sendo três Unidades de Saúde da Família, uma localizada na sede do município, uma no distrito de Melancias e outra no distrito de Várzea da Ema, uma Associação filantrópica, a Maternidade Adelina Ferreira (atualmente funcionando apenas serviços ambulatoriais), um Laboratório de Análises Clínicas, um Centro de Especialidades Médica e um Centro de Fisioterapia e 02 ambulâncias.

O Município de São João do Rio do Peixe apresenta um clima semi-árido, de características quente e seco e de solo fértil, propicio para a agricultura e pecuária apresentando lençóis freáticos com boa vazão e banhado pelo Rio do Peixe que nomenclatura a cidade, tendo a população distribuída aproximadamente da seguinte forma: 7.000 zona urbana e 11.000 zona Rural.

O município de São José de Piranhas possui uma área territorial de 677,305 Km<sup>2</sup> com uma população de 19.096 habitantes, conforme dados cadastrados pelo IBGE 2010. Possui um clima tropical com estação seca e está localizado na microrregião de Cajazeiras, distante 457 km da capital.

O município de Triunfo localiza-se no alto sertão da Paraíba, distante da Capital a cerca de 590 km. Com uma população de 9.968 habitantes, conforme o último censo realizado pelo IBGE no ano de 2010, dos quais 51,09 % são homens e 48,91 % são mulheres. Limita-se geograficamente ao norte com o município de Bernardino Batista e Santarém; ao sul com

Santa Helena; ao Leste com os municípios de Poço de José de Moura e São João do Rio do Peixe; e, a oeste com a cidade de Umarí – CE.

Com uma área de 262 Km<sup>2</sup>, o município de Uiraúna fica há 480 km da Capital João Pessoa, está situada no sertão Oeste da Paraíba e limita-se: ao Norte com Luís Gomes no Rio Grande do Norte; ao Sul com São João do Rio do Peixe na Paraíba; ao Leste com Vieiropólis e ao Oeste com Santarém. Possui três Distritos: Quixaba de Cima, Areias e Aparecida. No dia 1º de Setembro de 1989 foram desmembrados dois distritos: Santarém e Poço Dantas. Com relação ao adensamento populacional no Município, têm-se um crescimento anual considerável de 4,1% (IBGE 2002-2009). A predominância da população em área urbana é de 65,39%.

A rede de serviço desta Gerência de Saúde é formada pelos seguintes serviços: 60 ESF, 56 ESB destas 35 na zona urbana e 25 na zona rural, 2 CEO, 4 NASF, 2 CAPS I, 1 CAPSi, 1 CAPSad, 4 leitos psiquiátricos público e 2 privados, 1 Hemocentro, 1 Banco de Leite Humano, 1 HR, 3 HM sendo um de caráter infantil, 3 filantrópicos e 1 privado, 24 laboratórios de análises clínicas, 11 unidades de saúde que ofertam exames de imagem, SAMU com 9 USB e 1 USA, 15 serviços de Vigilância epidemiológica, Vigilância ambiental, Vigilância sanitária, 4 Vigilâncias em Saúde do Trabalhador e 1 serviço de hemoderivados.

No que concerne ao número de Equipes Saúde da Família tem-se a seguinte distribuição:

| Municípios               | Nº ESF |
|--------------------------|--------|
| Bernardino Batista       | 1      |
| Bom Jesus                | 1      |
| Bonito de Santa Fé       | 4      |
| Cachoeira dos Índios     | 3      |
| Cajazeiras               | 15     |
| Carrapateira             | 1      |
| Monte Horebe             | 2      |
| Poço Dantas              | 2      |
| Poço de José de Moura    | 2      |
| Santa Helena             | 3      |
| Joca Claudino            | 1      |
| São João do Rio do Peixe | 8      |
| São José de Piranhas     | 7      |
| Triunfo                  | 4      |
| Uiraúna                  | 6      |
| TOTAL                    | 60     |

### 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

População é um conjunto de indivíduos, objeto ou informações que estarão em estudo e possuem características em comum para serem refletidas e analisadas. Amostra é uma fração selecionada criteriosamente com função representativa em que a população possui semelhanças básicas a serem estudadas, de forma que a pesquisa, através de uma amostra, possa resultar em conclusões importantes para a população (FALCO, 2008).

A população foi composta por 60 enfermeiros que atuam nas ESF dos municípios citado e a amostra se fez com 42 profissionais escolhidos intencionalmente que se propuseram a colaborar com a pesquisa.

Foram selecionados a participar do estudo profissionais enfermeiros atuantes ativamente na referida instituição independente do sexo, idade, titulação, tempo de atuação e vínculo empregatício e, aqueles que concordaram em participar voluntariamente da pesquisa após esclarecimentos éticos através do preenchimento do instrumento de coleta de dados e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram excluídos do estudo os Enfermeiros (as) que estavam afastados temporariamente ou definitivamente da unidade no momento da coleta de dados por motivo de atestado médico, licença saúde ou férias; bem como aqueles que não manifestaram o desejo de participar do mesmo, recusando-se a assinar o TCLE e preencher o instrumento de coleta.

### 4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um questionário semi-estruturado. De início, foram coletados os dados sócio-demográficos e profissionais tais com sexo, idade, titulação, função, tempo de vínculo com a instituição, participação de cursos de treinamento sobre TB nos últimos dois anos, entre outros. Em seguida os questionamentos voltados à problemática desse estudo, distribuídas em nove perguntas esclarecedoras para que possa haver melhor compreensão sobre os fatores que levam os portadores de tuberculose a aderir e abandonar o tratamento estabelecido.

#### 4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), foram solicitados ofícios à coordenação do Curso de Enfermagem para serem apresentados aos gestores dos 15 municípios pertencentes à 9ª GRS com informações acerca da pesquisa a ser realizada. A coleta foi realizada no mês de setembro de 2013 em que o pesquisador compareceu as 60 ESF onde expôs as ideias de seu estudo e seus objetivos aos Enfermeiros da Unidade e, aos que aceitarem colaborar, foram oferecidos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para assinar que enfatiza o compromisso, a relevância e a confidencialidade do trabalho. Mediante esse firmamento, o pesquisador deixou a critério do participante o momento para responder o questionário, respondendo alguns no mesmo instante e outros pediram para ficar com o questionário para que em um dia agendado o pesquisador fosse recebê-lo.

Foi preciso retornar a maioria das ESF, inclusive as que pertenciam às outras cidades que não Cajazeiras. Para isso o pesquisador necessitou de um carro e ajuda de familiares que estivesse à disposição, para deslocar-se.

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

As questões objetivas foram analisadas através da estatística descritiva, sendo contabilizadas a frequência e porcentagem, nos quais os dados são apresentados em gráficos e tabelas. As questões subjetivas são analisadas através da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2009). Que consiste em uma investigação que por meio de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo, tem por finalidade interpretá-las.

Essa análise divide-se em três etapas básicas:

- (1) Pré-análise – Momento de organização das ideias iniciais, retomando as hipóteses e os objetivos iniciais da pesquisa, reformulando de acordo com o material que foi coletado e elaborando indicadores que levem à interpretação final. Essa etapa se decompõe em três tarefas. A leitura flutuante consiste em usar materiais próprios da pesquisa para obter conhecimento do conteúdo. A constituição de corpus consiste na organização do material que deverá conter todos os aspectos do roteiro representando fidedignamente o universo estudado, a precisão dos temas e os conteúdos devem estar adequados aos objetivos do trabalho. E a reformulação de hipóteses e objetivo que determina a

unidade de registro e seu contexto, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise.

- (2) Exploração do material – Nessa etapa será analisado o texto de forma sistemática em função das categorias que foram formadas anteriormente.
- (3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação – Quando serão analisadas as categorias de forma que permita ressaltar as informações obtidas. Em seguida são feitas as inferências e interpretações previstas no quadro teórico e/ou sugeridas outras possibilidades teóricas.

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Essa pesquisa foi desenvolvida de acordo com os aspectos éticos e com a Resolução 466/2012 do CNS que incorpora os direitos reservados aos participantes das pesquisas científicas que envolve seres humanos, considerando o respeito, a dignidade e os preceitos éticos dos seres humanos inerente ao desenvolvimento científico. Nessa pesquisa ficou acordado por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), impressa em duas vias, uma de porte do pesquisador e outra do entrevistado, onde expõem em linguagem clara e concisa os aspectos da pesquisa. Dentre outros, visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

## 5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente capítulo concentra os resultados e discussão da pesquisa realizada com Enfermeiros (as) das ESF dos 15 municípios pertencentes à 9ª Gerência Regional de Saúde, em que dos 60 profissionais distribuídos, 42 contribuíram voluntariamente com a pesquisa, o equivalente a uma amostra de 70% da totalidade. Na explanação dos dados, será apresentada inicialmente a caracterização do perfil sócio-demográfico e profissional dos participantes que, após análise descritiva, foi construído gráficos e tabelas. Posteriormente, os dados voltados à problemática do estudo foram abordados de forma quantitativa e qualitativa utilizando os métodos de Bardin (2009), objetivando interpreta-los.

Na intenção do anonimato dos participantes, conforme a ordem de devolução do questionário, cada profissional foi identificada, aleatoriamente pela letra “E” seguidos pela numeração de 1 a 42.

## 5.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL

**Tabela 1** – Caracterização dos profissionais de enfermagem de acordo com as variáveis sexo, idade e estado civil.

| Variáveis           | F         | %          |
|---------------------|-----------|------------|
| <b>Sexo</b>         |           |            |
| Feminino            | 36        | 86         |
| Masculino           | 6         | 14         |
| <b>Idade</b>        |           |            |
| 22 a 31 anos        | 27        | 64         |
| 32 a 41 anos        | 11        | 26         |
| 42 ou mais          | 3         | 7          |
| Não Declarou        | 1         | 3          |
| <b>Estado Civil</b> |           |            |
| Solteiro            | 21        | 50         |
| Casado              | 17        | 40         |
| Divorciado          | 3         | 7          |
| Outros              | 1         | 3          |
| <b>Total</b>        | <b>42</b> | <b>100</b> |

Fonte: Pesquisa Direta/2013

Conforme visualizado na tabela 1, relacionado à variável sexo, percebe-se que a maioria dos profissionais (86%) é do sexo feminino, e apenas 14% representam o sexo masculino.

Com isso é notório a forte influencia do sexo feminino na evolução da profissão de enfermagem, dados esses que convergem com os resultados de uma pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem em 2010 (COFEN, 2011), onde revela que 87,24% dos profissionais de enfermagem do Brasil são do sexo feminino enquanto que somente 12,76% são do sexo oposto.

Segundo Lopes e Leal (2008), ao aspecto histórico e cultural, observa-se que a enfermagem nasceu por meio dos cuidados domésticos as crianças, doentes e velhos e esta associado a figura da mulher-mãe que sempre foi a cuidadora do lar e de sua família, onde seus saberes eram transferidos de mulher para mulher. E essa noção de preservar a saúde que é atribuída como feminina, por já existir essa qualidade natural das mulheres desde tempos remotos.

Entre os participantes da pesquisa, a menor idade encontrada foi de 22 anos e a maior de 56 anos, o que aponta uma divergência entre as idades e uma variedade de experiências ocasionada pelos avanços da ciência a cada década, o que não especifica, precisamente, um maior preparo para atender as necessidades da comunidade. Contudo, os dados apresentados

revelam uma prevalência de profissionais de Enfermagem com faixa etária entre 22 e 31 anos, representado essa maioria com o equivalente a 64% da amostra.

O COFEN (2011) também demonstra dados que convergem com os resultados dessa pesquisa em que revela a maioria dos profissionais de enfermagem no Brasil com idades entre 26 e 35 anos, representado desses profissionais.

Relacionado ao estado civil, não existe uma diferença relevante entre os participantes solteiros e casados, representados por valores de 50 e 40%, respectivamente. O que entende que as pessoas também podem optar em construir família sem que necessariamente essa escolha possa atingir negativamente nas suas funções como profissional, como também apresenta essa predominância nos indicadores do COFEN (2011) que apontam a maioria dos profissionais de enfermagem como solteira e casada, totalizando aproximadamente 84% dos profissionais no país.

Esses dados podem ser visto como um planejamento para que possa proporcionar um aumento na renda familiar, já que os meninos possuem uma baixa remuneração. Dessa forma, quando se junta o total arrecadado por cada componente da família, a consequência é atribuída as melhores condições de planejamento familiar, oferecendo uma oportunidade de melhor qualidade de vida para todos, em que pode ser oferecida uma residência com mais conforto, boa alimentação, lazer, esporte, educação de qualidade para os descendentes e assistência medica condizente.

**Tabela 2** – Caracterização dos profissionais de enfermagem de acordo com as variáveis titulação, função, renda pessoal e renda familiar.

| <b>Variáveis</b>                 | <b>F</b>  | <b>%</b>   |
|----------------------------------|-----------|------------|
| <b>Titulação dos Enfermeiros</b> |           |            |
| Pós-Graduação                    | 31        | 74         |
| Graduação                        | 11        | 26         |
| <b>Função</b>                    |           |            |
| Assistência                      | 31        | 74         |
| Assistência e Gerência           | 11        | 26         |
| <b>Renda Pessoal</b>             |           |            |
| 1 a 3 salários                   | 17        | 40         |
| 4 a 6 salários                   | 15        | 36         |
| Não Declarou                     | 10        | 24         |
| <b>Renda Familiar</b>            |           |            |
| 1 a 4 salários                   | 7         | 17         |
| 5 a 8 salários                   | 11        | 26         |
| 9 a 12 salários                  | 3         | 7          |
| Não Declarou                     | 21        | 50         |
| <b>Total</b>                     | <b>42</b> | <b>100</b> |

Fonte: Pesquisa Direta/2013

Em relação a variável titulação, observa-se que a maioria dos participantes são pós-graduados em nível de especialização (69%) e mestrado (5%), com uma porcentagem total de 74%, enquanto que 26% possui somente o curso de graduação como maior titulação. A realização de curso de pós-graduação lato ou stricto sensu demonstra o compromisso dos enfermeiros com a qualidade de seu desempenho profissional, o que é favorável para o alcance de bons resultados na sua atuação e, conseqüentemente, para a melhoria dos indicadores de qualidade da saúde dos pacientes.

Contudo, chama atenção uma parcela significativa de 26% dos enfermeiros não procurarem algum tipo de ascensão profissional, apesar de nos dias de hoje o acesso à especialização ter aumentado de forma expressiva com certa facilidade no egresso. Porém, tem-se em vista que, como uma boa parte dos trabalhadores são casados, há um alto custo para os mesmos no tocante às mensalidades, referindo-se aos cursos particulares, já que os mesmos constituem família e necessitam oferecer uma melhor qualidade de vida aos dependentes. Além disso, há uma dificuldade de deslocamento, pois estes cursos se localizam em outras cidades, por vezes próximas, outras não, e isto faz com que o profissional acabe evadindo do mesmo pela necessidade de trabalhar, pelo custo elevado com passagens e outras receitas geradas por esse deslocamento. Vale salientar que as baixas remunerações desses profissionais também impedem a não adesão em cursos de especialização.

No que concerne à função exercida pelos participantes, 74% trabalham na assistência aos pacientes, fato que revela a maior probabilidade de comunicação no que diz respeito à erradicação da tuberculose, já que são esses profissionais quem requer o acompanhamento do paciente, executando o cuidar na perspectiva de e esclarecer no que diz respeito à patologia e, os outros 26% atuam na assistência e gerência concomitantemente.

Nessa perspectiva, o trabalho em saúde é amplo e de múltiplas dimensões, constituído por uma rede de relações e interações na qual o ser humano se encontra inserido. É importante que se considere a objetividade e a subjetividade inerentes ao trabalho em saúde, tendo-se em vista que o objeto que o constitui são seres humanos cujas intervenções são sempre permeadas por relações interpessoais (BACKES et. al., 2010).

Assim, o fato dos profissionais de enfermagem ter uma formação com diferentes assistências de trabalho requer programas de educação em serviço constantemente que contemplem essas diferenças. Sendo assim, o conhecimento e a habilidade para o exercício de determinada função proporcionam uma maior qualidade no trabalho, e assim, diminuem as incidências das doenças transmissíveis como é o caso da tuberculose, já que irão repassar suas atualizações do aprendizado para a comunidade e agirá com maior eficiência no serviço.

No entanto, o profissional de enfermagem desenvolve o papel de cuidador e o papel de gerente. Nesta direção, a função peculiar da enfermagem é prestar assistência ao indivíduo sadio ou doente, família ou comunidade, no desempenho de atividades para promover, manter ou recuperar a saúde. Além da ação de cuidar, a outra atividade de administrar, o enfermeiro, tem o papel de organizar, controlar e favorecer as práticas de promoção à saúde.

Sobre a variável renda pessoal, percebe-se que 40% dos profissionais recebem de um a três salários mínimos nacionais vigentes, 36% ganham de quatro a seis salários mínimos e 24% não responderam essa indagação por considerá-la uma questão de natureza íntima.

Essa discrepância de salários pode estar relacionada aos diferentes tipos de vínculo, podendo ser justificada pelo fato de que maior parte dos profissionais são contratados permanecendo ali pelo cumprimento de promessas políticas. Propõe também que, para aumentar a sua renda e manterem uma melhor qualidade de vida, muitos necessitam perfazer múltiplas jornadas de trabalho, fato relevante no que se refere a dedicação perante à comunidade em acompanhar os usuários da Unidade que exige maior atenção dos profissionais, em criar vínculos que favoreça a adesão ao tratamento da tuberculose e impeça o abandono a terapia medicamentosa evitando assim as complicações.

No que diz respeito à renda familiar, vê-se que 17% dos profissionais possuem uma renda familiar de um a quatro salários mínimos, 26% recebem de cinco a oito salários e uma

minoria recebe de nove a doze salários. Uma porcentagem significativa de participantes (50%) não responderam o questionamento pelo mesmo motivo citado na variável renda pessoal.

Essa baixa remuneração pode interferir negativamente na procura de cursos de treinamento, capacitações ou especializações, já que a maioria dos mesmos são casados, constituem família, dentre os outros gastos relativos à sobrevivência pessoal e familiar.

Cabe dizer que há uma expressiva diferença na valorização financeira entre os estados brasileiros. Em pesquisa realizada pelo Conselho Nacional de Secretários de Estado da Administração, em 2010, levando-se em consideração a folha de pagamento dos estados pesquisados, descobriu-se que nos estados da Região Nordeste os enfermeiros do setor público estadual recebem R\$ 77,09 por hora trabalhada, os do mercado, R\$ 70,25; no Centro-Oeste, o estado paga R\$ 131,50, já o mercado R\$ 79,25, e no Sudeste, o estado paga R\$ 87,94; o mercado R\$ 90,43 (GARCIA, 2010).

Ademais, a ausência de uma seguridade quanto o vínculo empregatício, bem como a falta de uma estruturação na carreira profissional no que concerne ao plano de cargos e carreira, favorece a busca pela dupla e/ou tripla jornada de trabalho, o que muitas vezes justifica o recebimento de muitos salários mínimos.

A má remuneração é um fator importante de insatisfação, considerando-se que na enfermagem, o exercício profissional exige grande responsabilidade. Com isso, são muitas as pessoas que abandonam a profissão devido à baixa indenidade. A frustração econômica, muitas vezes leva o profissional a assumir mais de um emprego para manter condições dignas de vida, ou então gera alta rotatividade e desligamento do emprego. Assim, o salário condizente à função e aos investimentos realizados traria maior satisfação entre os trabalhadores de enfermagem (LIMA; PINHEIRO; VIEIRA, 2007).

Com essa dupla ou tripla jornada de trabalho para conseguir uma melhor remuneração e, conseqüentemente, melhores condições de vida, questiona-se sobre a qualidade de vida desses profissionais. Destaca-se também o ritmo de trabalho, por vezes acelerado, que pode resultar em pouco tempo disponível aos profissionais para relaxar, fazendo com que o trabalho torne-se penoso, capaz de causar desgaste físico e mental. Portanto, pressupõe considerar que boa parte da vida desses profissionais transcorre no seu local de trabalho. Para que esses profissionais obtenham satisfação e, conseqüentemente, qualidade de vida no trabalho, faz-se necessário que lhes sejam proporcionadas condições adequadas para o desempenho de suas atividades, o que inclui uma boa remuneração (MAURO, et. al., 2009).

Corroborando com tal assertiva, Pereira et. al. (2009) enfatiza que os baixos salários pagos aos trabalhadores de enfermagem fazem com que alguns destes profissionais mantenham dois ou mais empregos, tornando-os menos atentos ao executarem suas tarefas, gerando assim fortes pressões físicas e emocionais que podem influenciar no atendimento qualificado que atenda as necessidades dos pacientes.

**Tabela 3** – Caracterização dos profissionais de enfermagem de acordo com as variáveis tipo e tempo de vínculo na instituição, jornada de trabalho e se possui outros vínculos empregatícios.

| Variáveis                            | F         | %          |
|--------------------------------------|-----------|------------|
| <b>Tipo de Vínculo</b>               |           |            |
| Contrato                             | 23        | 55         |
| Efetivo                              | 15        | 36         |
| Não Declarou                         | 4         | 9          |
| <b>Tempo de vínculo atual na ESF</b> |           |            |
| < 1 ano                              | 21        | 50         |
| 1 a 4 anos                           | 13        | 31         |
| 5 a 8 anos                           | 7         | 17         |
| 11 anos                              | 1         | 3          |
| <b>Jornada de Trabalho</b>           |           |            |
| 40 horas/semanais                    | 35        | 83         |
| 30 horas/semanais                    | 6         | 14         |
| 20 horas/semanais                    | 1         | 3          |
| <b>Outros Vínculos</b>               |           |            |
| Sim                                  | 20        | 48         |
| Não                                  | 22        | 52         |
| <b>Total</b>                         | <b>42</b> | <b>100</b> |

Fonte: Pesquisa Direta/2013

De acordo com a tabela 3, no tangente ao tipo de vínculo, observa-se que 55% são contratados, quer dizer, todo indivíduo que ingressa no serviço público ou privado, mediante assinatura de contrato bilateral, para exercer funções especializadas; 36% são servidores públicos estaduais efetivados através de concurso público; e, 9% não responderam.

Essa instabilidade profissional sugere que os trabalhadores busquem outros vínculos, aumentem suas jornadas de trabalho e, conseqüentemente, aumentem o cansaço, a desatenção e o risco de prejudicar a comunidade a que atende por não realizar ações preventivas no controle da tuberculose, resultando assim em uma disseminação dessa doença que causa tantos prejuízos ao indivíduo, e poderia ser evitada com maior frequência se fosse mais bem reconhecida por os danos causados ao ser humano.

Além disso, há uma diferença salarial entre as classes, já que os profissionais efetivados por meio de concurso público têm a garantia de salário previsto em edital, mais gratificações e insalubridade. Enquanto que, os contratados recebem apenas o salário acordado entre as partes e algumas gratificações, fora que não ha garantia de estabilidade, podendo o contrato ser rescindido a qualquer momento.

Quanto a variável tempo de vínculo, percebe-se que 50% dos profissionais possuem menos de um ano de atuação na referida instituição, 31% entre 1 a 4 anos, 17% entre 5 a 8 anos, 3% atua há mais de 11 anos. Com isso, observa-se um perfil de profissionais pouco experientes. Contudo, vale salientar que muitos estão a menos de um ano devido o tipo de vínculo acordado entre eles e a instituição e às mudanças de gestão política que fazem com que ocorram mudanças no quadro de pessoal constantemente, refletindo negativamente para a empresa.

A experiência profissional e o tempo de vinculo na instituição aumentam o vinculo profissional-usuário, facilitando assim a detecção de casos suspeitos de tuberculose na comunidade, a realização dos exames cobrados para o diagnóstico e o acolhimento mais humanizado o que resulta na adesão ao tratamento do portador de TB, garantindo assim a cura desse paciente e impedindo a proliferação da doença.

Sobre a variável jornada de trabalho, visualiza-se que 3% dos participantes cumprem uma carga horária de 20 horas semanais, 14% de 30 horas semanais e 83% de 40 horas semanais. Com isso, percebe-se que a maioria dos profissionais (83%) possui uma jornada de trabalho de 40 horas semanais, muito embora ainda não disponibilizem de um projeto de lei aprovado que regulamente a redução de 40 para 30 horas a carga horária de trabalho, conforme já disponibilizado na capital Paraibana, em São Paulo e no Rio de Janeiro.

Com uma carga horária de até 30 horas semanais, o profissional pode dedicar-se as suas atribuições pessoais e familiares, buscando uma boa qualidade de vida. Por outro lado, essa jornada permite a aquisição de outro vínculo empregatício, visto a baixa remuneração salarial.

Tais elementos confirmam-se no estudo realizado por Simão et al. (2010), no qual o mesmo comprovou, em pesquisa realizada com trabalhadores de uma instituição pública do município de Niterói – RJ, no ano de 2008, que a precarização do trabalho, originada pelo excesso de atividade física e mental, pelo sistema de vínculo empregatício, pelo acúmulo de horas trabalhadas ou mesmo pela má remuneração ocupacional no sistema de saúde, tem sido o fator preocupante quanto as doenças ocupacionais.

Conforme visualizado na tabela 3, 48% dos profissionais relataram possuir outros vínculos. Desses, 80% disseram possuir mais um emprego sem especificar ao certo esse número e 20% mais dois empregos.

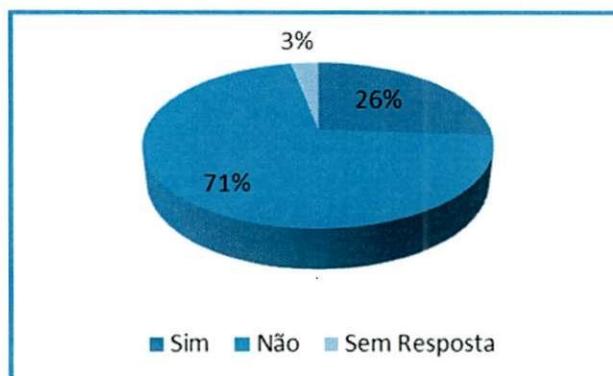
Conforme já elucidado, em pesquisa realizada por Santos e Castro (2010), verifica-se que 53,03% dos sujeitos possuem mais de um vínculo empregatício, sendo predominantes aqueles com dois ou mais vínculos, algo que corrobora com os achados desse estudo. Por outro lado, para divergir desses achados, Silva (2009) aponta que 64,29% dos profissionais participantes de sua pesquisa não possuíam nenhum outro vínculo empregatício, enquanto que, 35,71% afirmaram ter outro emprego.

Sabe-se que os profissionais de enfermagem que possuem mais de um emprego buscam melhores condições de vida, de saúde, de convívio social, que são aspectos relacionados à qualidade de vida. Ligada à motivação no trabalho está a remuneração, sendo que, esta, isoladamente, não representa fator determinante para a satisfação profissional. Contudo, uma boa remuneração proporciona melhores condições de vida, aumenta a possibilidade do profissional manter um único vínculo empregatício e conseqüentemente, qualificar o atendimento prestado.

Segundo Lima, Pinheiro, Vieira (2007), a duplicidade de emprego decorrente da redução do poder aquisitivo e dos baixos salários desgasta a condição física e psíquica dos profissionais, acarretando afastamentos do trabalho e alto custo econômico e social para as instituições de saúde.

De acordo com as literaturas, os profissionais estão em busca de superação e buscam estímulos com o aumento do ganho financeiro o que faz com que acumulem jornadas de trabalhos. Sem perceberem, as conseqüências advindas por essas decisões, finda sendo inevitável o desgaste físico e emocional desse profissional. Dessa forma são evidenciados impactos determinantes para a qualidade da assistência tanto na segurança do paciente como na qualidade de vida do enfermeiro que em sua maioria acaba adquirindo doenças ocupacionais (SILVA; JULIANI, 2012).

**Gráfico 1-** Caracterização dos profissionais de enfermagem quanto à participação de cursos de capacitação sobre TB



Fonte: Pesquisa Direta/2013

Quando questionados sobre a realização de cursos ou treinamentos na área de tuberculose, 71% dos participantes negaram tal prática, 26% realizaram-no, enquanto outros 3% não responderam, como apresentado no gráfico 1. Os conhecimentos e trabalhos de incentivo ao tratamento diminuem por falta de interesse dos profissionais por essa temática, influenciando assim, no vínculo com o portador de TB e familiares e em atividades como promoção e prevenção à saúde dessa patologia.

Mediante os dados apresentados, percebe-se que as múltiplas jornadas de trabalho, concomitantemente a baixa remuneração e insatisfação profissional caracterizam-se como fatores que interferem negativamente a realização de tais cursos, mesmo o profissional sabendo que, com os treinamentos, ele adquire mais experiência e maior capacidade de perceber e atender as demandas da comunidade.

Cabe à instituição conscientizar e proporcionar treinamentos de boa qualidade, que proporcionem motivações e incentivos acerca dos assuntos abordados, que ofereçam reconhecimento e valorização ao profissional, e que, no final haja uma fiscalização frente aos profissionais, para que possa aumentar a qualidade dos serviços prestados.

Azevedo et al. (2010) dizem que para gerar uma nova mentalidade em qualidade dos serviços de saúde, devem-se incrementar os programas de educação continuada para conhecimento e reflexão sobre os conceitos de qualidade, os critérios de qualidade, a acreditação e os demais aspectos relativos à gestão da qualidade. A enfermagem, como organização, tem possibilidade de inovação no seu trabalho. É comprometida com os serviços que oferece, possuindo conhecimentos específicos que podem conduzir suas ações administrativas em busca da excelência da assistência, por meio de uma prática planejada com vistas a um melhor trabalho.

## 5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ACERCA DOS FATORES DE ADESÃO E ABANDONO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

Tendo em vista a importância de discutir essa temática, faz-se necessário a formulação de pesquisas que envolvam conhecimentos acerca da adesão ao tratamento da tuberculose como forma de contribuir com as ações dos profissionais e a qualidade da assistência ao portador dessa patologia. Com essa intenção, os questionamentos foram voltados aos fatores que influenciam o indivíduo a aderir, concluir e/ou abandonar o tratamento de forma que alcance os melhores resultados e assim encontre os argumentos necessários que possam transformar todos os indivíduos em adeptos à cura.

Para esse entendimento, os questionários foram dotados de perguntas norteadoras, divididas em dois momentos. O primeiro, composto por questões com o intuito de conhecer a dinâmica dos portadores de tuberculose em aderir, realizar e/ou abandonar o tratamento nas ESF em que trabalham os Enfermeiros (as). E, em seguida, com o intuito de investigar o conhecimento e os incentivos desses profissionais, foram conduzidos questionamentos que esclarecessem essa dubiedade que existe em relação aos fatores que motiva e induz esses pacientes a alcançar ou não a cura.

Relacionada a essa pesquisa, salienta-se a orientação de que o Programa de Controle da Tuberculose (PCT), em nível de rede municipal, requer que as equipes das ESF desenvolvam ações que fortaleçam os planos de saúde e educação como a busca ativa dos pacientes, as ações preventivas junto da educação em saúde, as notificações dos casos comprovados, o acompanhamento durante o tratamento e a alta por cura do diagnóstico (FEITOZA et al., 2012).

Assim, a portaria GM nº 648, de 2006 preconiza que a atenção básica deve ser a principal porta de entrada do SUS, utilizando-se de tecnologias de saúde capazes de resolver os problemas de maior frequência e relevância em seu território. Orienta-se assim pelos princípios da universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2011).

**Tabela 4** – Caracterização dos profissionais de enfermagem de acordo com as variáveis casos de tuberculose, casos de abandono ao tratamento e casos de não-adesão ao tratamento.

| <b>Variáveis</b>                         | <b>F</b>  | <b>%</b>   |
|------------------------------------------|-----------|------------|
| <b>Casos de Tuberculose</b>              |           |            |
| Sim                                      | 12        | 29         |
| Não                                      | 30        | 71         |
| <b>Casos de abandono ao tratamento</b>   |           |            |
| Sim                                      | 5         | 12         |
| Não                                      | 37        | 88         |
| <b>Casos de não-adesão ao tratamento</b> |           |            |
| Sim                                      | 1         | 2          |
| Não                                      | 41        | 98         |
| <b>Total</b>                             | <b>42</b> | <b>100</b> |

Fonte: Pesquisa Direta/2013

Com base em conhecer se realmente os profissionais estão embasados nesses aspectos, em estar oferecendo à população uma assistência qualificada, são realizadas as seguintes análises. Inicialmente, de acordo com a problemática a ser discutida, interpelou-se aos se na ESF em que eles atuam existem casos suspeitos, confirmados e/ou em tratamento para tuberculose. Definido como caso suspeito, uma pessoa em que na sua história clínica apresente sinais e/ou sintomas sugestivos de uma doença infecciosa e, um caso confirmado, como uma pessoa em que foi identificado o agente etiológico ou evidências, podendo ser elas de natureza clínica, laboratorial e/ou epidemiologicamente específica (BRASIL, 2010).

Entre os Enfermeiros apenas 12, ou seja, 29% da amostra confirmaram possuir casos associados a TB, dados esses expostos na tabela 4 distribuídos pelas unidades, e especificaram em um valor total na seguinte forma: 05 casos suspeitos, 13 casos confirmados e apenas 11 casos em tratamento na Unidade em que trabalham. Por relato dos profissionais responsáveis, os dois casos que não estão em tratamento são justificados pelo fato de que um foi transferido de unidade por mudar de cidade e o outro não aceitou aderir ao tratamento por motivos não revelados.

A pesquisa ainda evidencia confirmações desses profissionais quando questionados se existem registros de casos de abandono durante o tempo de sua atuação na unidade a que presta serviços. Cinco Enfermeiros (12% dos participantes) afirmam existir 12 casos de abandono na sua unidade, e quando questionado o motivo, todos relatam ter sido devido os pacientes mudarem de área, conseqüentemente, mudando também a unidade em que receberá acompanhamento, mas isso por decisão do portador de TB e um deles deixou de ser

acompanhado devido o afastamento do profissional da Unidade, mas assim que o Enfermeiro retornou, o paciente aderiu novamente ao tratamento.

No geral, os profissionais não apresentam informações, sobre os pacientes que deixaram sua Estratégia, em relação ao tratamento, se realmente está sendo realizado conforme o MS estabelece. O que pode ser visto é que os portadores não abandonaram o tratamento por motivos de irresponsabilidade com sua saúde, apesar de não existir conhecimento de que esse portador está realmente tratado ou fazendo o acompanhamento correto, o que reflete também no profissional de sua área, podendo ser entendido como um participante nesse tratamento em que seu acompanhamento evitou que os portadores abandonassem a terapia por motivos triviais.

Mesmo assim, existe ainda uma lacuna que deixa a desejar quanto ao conhecimento da conclusão do tratamento dessas pessoas, visto que a responsabilização mesmo ocorrendo de forma horizontal, transmitido de uma equipe de ESF para outra, se torna confusa e incerta quando diante de um caso de abandono do tratamento por motivo de deslocamento de sua unidade habitacional. Mesmo com as notificações, ainda existe uma carência em um canal de comunicação quanto ao acompanhamento desses casos, ate mesmo porque é responsabilidade também dos profissionais de saúde inserir e resgatar pacientes portadores de doenças infectocontagiosas, como a TB, a um tratamento, conhecendo as consequências do abandono.

Os profissionais, em sua maioria (98%), relatam a não existência de casos em sua unidade, visto que todos que foram diagnosticados estão em tratamento ou foram transferidos para outras ESF. Exceto um profissional que alega a existência de um paciente que foi diagnosticado como portador da doença, mas que se recusa a aderir ao tratamento.

Assim, é de conhecimento de todos da área de saúde quanto a importância de seguir o tratamento corretamente e diante esses dados, pode perceber-se que os profissionais estão atuando de forma eficaz quanto a inserção do portador a terapia medicamentosa. Apesar das dificuldades existentes em conseguir a adesão e dar continuidade a esse processo, como acontece com esse não aderente, o profissional afirma insistir e intervir diante desse paciente recentemente diagnosticado.

Vale ressaltar que é de extrema importância, não só o paciente, mas também o profissional estar motivado e capacitado a realizar essas condutas, o que reflete em uma assistência qualificada na produção de saúde. Para isso, cabe ao Estado oferecer um ambiente de trabalho digno que consiga atender as demandas da população, assim como a valorização dos trabalhadores.

Em seguida, os foram questionados se, em sua concepção, existem fatores que contribuam para a adesão desse portador de tuberculose ao tratamento, e a maioria, representado por 88% (37 participantes) responderam que sim. Entre esses fatores estão:

O acolhimento aos pacientes e sua família por meio de um efetivo acompanhamento que apesar de ter sido citado por apenas seis participantes, pode ser evidenciado como principal fator de adesão ao tratamento com as seguintes afirmações:

*"Sim. Tudo parte do acolhimento, se um paciente é TB + deve conversar com esse paciente, orientá-lo, esclarecer quanto a doença e acolher da melhor forma" (E4).*

*"Segurança, acolhimento no diagnóstico, equidade, vínculo, confiança, ajuda das ACS's." (E7).*

*"Acolhimento por parte da equipe; esclarecimento para o paciente e familiares a respeito da doença; acompanhamento psicológico" (E22).*

*"Acolhimento, acompanhamento e interesse da equipe na cura desse paciente" (E31).*

*"Vínculo entre equipe de saúde e paciente, recursos da unidade de saúde, medicação gratuita, informação sobre o tratamento e suporte familiar" (E16).*

Analisando essas respostas, percebe-se que os profissionais oferecem a população uma das principais diretrizes do SUS, com a criação de um vínculo de confiança em seu atendimento, entre elas o princípio da integralidade e equidade. Assim, um trabalho humanizado que busca atender além das demandas da própria doença, as próprias questões emotivas dos indivíduos.

A Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde - Humaniza SUS, criada em 2003, tem o objetivo de estabelecer as práticas de saúde mais qualificadas e valorizar todos os sujeitos implicados no processo de produção de saúde: os usuários, profissionais e gestores. Esta possui ligações com os princípios de transversalidade na comunicação entre os trabalhadores e usuários, a indissociabilidade entre a unidade e gestão e o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e profissionais (SCHOLZE et al., 2009).

Assim, nesse contexto de integralidade, o acolhimento é responsável por proporcionar humanização e garantir acesso a todas as pessoas, oferecendo uma escuta aos problemas de saúde do usuário de modo qualificado, estabelecendo o vínculo profissional-usuário, por identificar os problemas da comunidade intervindo de forma resolutiva. O acolhimento, ainda, amplia a capacidade da equipe de saúde, reduzindo a centralização das consultas médicas fazendo com que seja utilizado o potencial dos demais profissionais capacitados (MEDEIROS et al., 2010).

Outro fator relevante é a acessibilidade ao serviço, declarado por 22 participantes e que não deixa de ser um requisito do acolhimento, quando é dedicado aos pacientes o direito de orientações, de esclarecimento das definições da doença, a facilitação do vínculo e realização do tratamento de forma a atender suas necessidades patológicas. Essas derivações podem ser observadas quando os enfermeiros citam sobre a acessibilidade nos seguintes depoimentos:

*“Esclarecimento sobre a doença, tratamento e consequências do não tratamento, intensidade dos sintomas da doença” (E2).*

*“Esclarecimento por parte da equipe para o portador, enfatizando a importância do tratamento, da cura, de suas complicações por não fazer o tratamento” (E3).*

*“Acessibilidade ao tratamento” (E21).*

*“Orientações quanto ao tratamento” (E26).*

*“Facilidade em realização de exames confirmatórios como baciloscopia, e de acompanhamento; disponibilidade de medicamento mensal supervisionado e entregue em domicílio, acompanhamento da equipe como ganho ou perda de peso, reações alérgicas e cuidados gerais e comunicantes” (E28).*

*“Alimentação saudável, cesta básica doada ao portador em tratamento, exames e medicação entregue em casa” (E35).*

Quando analisadas as respostas, pode perceber o conhecimento dos enfermeiros quanto à importância do indivíduo em estar informado em relação aos aspectos da doença, de forma que ele saiba que pode tratar, curar a patologia e evitar complicações. Só é preciso que o profissional possua formas adequadas quando abordar esse indivíduo, oferecendo disponibilidade, inclusive supervisionamento em seu processo terapêutico, atendendo as dificuldades humanas existentes na singularidade de cada portador, assim como foram citados.

O combate ao estigma e preconceito desses indivíduos portadores de TB, encontrado nas respostas de apenas dois participante também é percebido de forma relevante visto ser a causa de levar doentes ao distanciamento de seus ambientes sociais e afetivos. Essas características estão marcadas nas seguintes respostas:

*“Facilitar o acesso ao serviço; trabalhar o combate ao estigma da doença; trabalhar aspectos educativos acerca do tratamento e expectativa de bons prognósticos” (E5).*

*“Sempre trabalhamos em equipe (médico-enfermeiro) e ACS, buscando e investigando na comunidade, dando-lhes orientações, mostrando a importância do tratamento, procurando tirar preconceitos e sociologando o mesmo” (E14).*

Geralmente, quando é descoberta a doença, o enfermo passa a ser visto como um ser inferior, devido suas características de transmissão e gravidade da doença e por ainda estar

associado ao fato do portador pertencer a uma vida com boemia e comportamentos sociais indesejados, sendo este excluído do meio social (BARBOSA et al., 2013).

A consequência é que, as pessoas estigmatizadas internalizam sentimentos de vergonha, culpa e desilusão pela vida, abandonando assim uma autoestima e comprometendo na adesão ao tratamento, pois eles podem optar por esconder a sua enfermidade, não buscando tratamento e concomitantemente aumentando os riscos de disseminação da doença (WENDLING et al., 2010).

A visita domiciliar e a busca ativa de forma sistemática e frequente também possui fundamental significado, estando presente também nas escritas de sete enfermeiros e percebidos nas respostas seguintes:

*“A partir das visitas domiciliares do profissional da saúde realizando uma busca ativa, influencia na descoberta do caso e conhecimento da necessidade do tratamento” (E10).*

*“Com uma busca ativa com contribuição dos ACS e a enfermeira incentivando a procurar UBS e retirar suas dúvidas, como também um tratamento supervisionado” (E11).*

*“Supervisionamento do paciente e visitas domiciliares. Realizo a Dose Supervisionada e a visita domiciliar por semana. Supervisiono uma vez na semana e o irmão é quem faz o acompanhamento nos outros dias” (E13).*

*“Apoio da atenção básica, inclusive a visita domiciliar em que realiza o tratamento medicamentoso, se faltar alimento, o caso é levado à assistente social e a busca ativa realizada pelos ACS” (E15).*

*“Incentivo da Equipe de saúde em especial das ACS na busca ativa” (E17).*

De acordo com a literatura, a visita domiciliar é um importante instrumento da ESF que permite uma aproximação do profissional com a família, o que ajuda a identificar as necessidades de seu contexto de vida facilitando nas condutas a serem utilizadas. Entende-se que uma equipe multidisciplinar proporciona cuidados mais complexos devido a interação desses profissionais em compartilhar conhecimentos e experiências que compreendem as necessidades biológicas, psicológicas e sociais, não apenas no singular, mais em toda coletividade que contempla o indivíduo (KLEBIN; ACIOLI, 2011).

Conforme o mesmo autor, na maioria das situações as visitas domiciliares estão sobre responsabilidades do ACS, como sua principal atividade. Já as visitas com necessidades de saúde prioritárias são realizadas pelo enfermeiro da ESF, em que neste caso é acompanhado pelo ACS como fonte de aproximação com a família e elaboração de práticas condizentes com a realidade dos usuários.

A busca ativa, como as mesmas características da visita domiciliar em termos de aproximação para com a comunidade, é uma das prioridades do PNCT em que visa a detecção precoce de casos, evitando as complicações da doença, tratamento prolongado e mortalidade pela doença (DUARTE et al., 2011).

Outro fator citado e com bastante relevância foi o conhecimento que o portador possui de, diante a um tratamento correto, obter a cura, relatado por seis participantes da pesquisa. Para chegar a essa conclusão, necessita de que todos os outros fatores estejam presentes, como é o caso de um bom acolhimento, integrado a um bom esclarecimento quanto a doença e o acesso e disponibilidade da equipe em saúde em acompanhar e motivar esse indivíduo. Os participantes relatam da seguinte forma:

*“A possibilidade de cura sem sequelas” (E9).*

*“Um dos fatores que contribui para a aceitação do tratamento é quando o portador está ciente que existe a cura” (E18).*

*“O paciente precisa ter força de vontade e acreditar que existe cura. O apoio e o incentivo da família são importantes durante o tratamento” (E27).*

*“O modo como a equipe conduz o tratamento; saber que é uma doença curável e quando não tratada pode complicar ou mesmo levar a morte” (E42).*

A Educação continuada e a motivação da equipe também é um fator importante nessa situação. É através disso que o enfermo cria suas expectativas e vontade de tratar, sabendo que ele é a principal pessoa a mudar essa realidade e resgatar o seu modo de vida. Esse critério então é descrito em respostas de somente um participante da seguinte forma:

*“Educação continuada, motivação da equipe ESF e da família” (E20).*

A adesão ao tratamento é caracterizada por a autonomia que o paciente recebe quando, por meio de recomendações das equipes de saúde aceita a responsabilidade de se tratar, retirando assim a responsabilidade atribuída ao estado (SILVA et al., 2010). No entanto, quando ocorrem casos de abandono ao tratamento a culpa não é só do paciente, pois na maioria das vezes ele não recebe orientações suficientes que o conscientize quanto a evolução do tratamento e as consequências do abandono.

Além disso, quando os pacientes recebem o diagnóstico de TB, eles ficam assustados e muitas vezes tem dificuldade de aceitar a doença, principalmente por conta das crenças e mitos que acompanham a TB desde antepassados pela sociedade. É quando o sujeito encontra-se diante do preconceito, da discriminação que marca a vida de um portador de tuberculose, intervindo diretamente na vida cotidiana desse indivíduo, onde ele não consegue superar essas dificuldades devido à perda econômica e social.

Porém, a não adesão à quimioterapia não inibe a responsabilidade da saúde pública e dos Programas de Controle da Tuberculose e equipe de saúde perante esse sujeito. Ela requer ações mais vigorosas e eficazes diante desses casos, de forma que convença o indivíduo a realizar o tratamento completo.

Consciente dessa caracterização, 86% dos enfermeiros acreditam na existência de fatores que não contribuem para adesão do portador de TB ao tratamento, apontaram os seguintes elementos distribuídos na tabela 4, expostos em ordem decrescente como os principais motivos a interferir na decisão do usuário.

**Tabela 5** – Fatores que não contribuem para adesão do portador de tuberculose ao tratamento

| <b>Categorias</b>                          | <b>F</b>  | <b>%</b>   |
|--------------------------------------------|-----------|------------|
| <b>Abordagem ao paciente</b>               | 15        | 19         |
| <b>Estigma e preconceito</b>               | 12        | 16         |
| <b>Efeitos colaterais</b>                  | 8         | 10         |
| <b>Alcoolismo</b>                          | 7         | 9          |
| <b>Resistência do paciente</b>             | 7         | 9          |
| <b>Tratamento prolongado</b>               | 4         | 5          |
| <b>Baixa renda familiar</b>                | 4         | 5          |
| <b>Drogas</b>                              | 3         | 4          |
| <b>Dificuldade de acesso ao serviço</b>    | 3         | 4          |
| <b>Crenças</b>                             | 2         | 3          |
| <b>Falta de compromisso de enfermeiros</b> | 2         | 3          |
| <b>Falta de busca ativa</b>                | 2         | 3          |
| <b>Medo</b>                                | 2         | 3          |
| <b>Sinais e sintomas</b>                   | 2         | 3          |
| <b>Determinantes sociais</b>               | 1         | 1          |
| <b>Falta de incentivos dos governantes</b> | 1         | 1          |
| <b>Idade do paciente</b>                   | 1         | 1          |
| <b>Falta apoio familiar</b>                | 1         | 1          |
| <b>Total</b>                               | <b>77</b> | <b>100</b> |

Fonte: Pesquisa Direta/2013

Nota: Os participantes disseram mais de uma alternativa.

De acordo com a pesquisa, a forma com que o profissional aborda o paciente, a discriminação que esse indivíduo começa a receber, os efeitos colaterais que a medicação causa ainda em tratamento prolongado e os vícios de álcool ou droga, são fatores que interferem significativamente na adesão desse portador à terapia medicamentosa.

Concordando com os dados encontrados na pesquisa, os estudos já evidenciam que as barreiras sociais, culturais, demográficas e as inerentes aos medicamentos estão como as principais situações negativantes à adesão ao tratamento (OLIVEIRA; ANTUNES, 2012).

Assim, os portadores já sabendo o quanto a tuberculose modifica as suas condições de vida, se não recebem informações suficientes, uma abordagem humanizada criando uma fonte de confiança com o profissional, ele irá preferir não aderir ao tratamento e muitas vezes esconder da sociedade, continuando a ser fonte de disseminação do Bacilo de Koch.

Dessa forma, o modo com que o portador de TB sofre preconceito perante a sociedade também o induz a não querer iniciar o tratamento, como se fosse a melhor opção para não passar por tanto sofrimento com o isolamento que a doença e a discriminação causam. Porém, cabe ao profissional manter sigilo quanto ao diagnóstico e realizar um tratamento prioritário, liberando o enfermo o mais breve possível dos cuidados diários necessários para que não seja percebido por a comunidade e prejudique o seu convívio social devido esses estigmas. Então, é importante conversar com ele informando como irá proceder seu tratamento diante dessa situação.

Conhecendo os benefícios proporcionados pelo PNCT e a realidade em que se vive, a sociedade ainda se depara com a falta de iniciativa tanto dos governantes quanto dos profissionais de saúde em criar estratégias que facilite essa adesão ao tratamento. Sabendo que os portadores de tuberculose são na maioria pessoas com baixa renda familiar, portadores de crença e com baixo nível de escolaridade, o que dificulta essa acessibilidade aos serviços de saúde.

O abandono também é um motivo de preocupação para o controle dessa enfermidade, visto que nesse mesmo discernimento, 93% dos entrevistados acreditam na existência de elementos que induz o portador de TB a abandonar a terapia e apontam o tratamento prolongado e o etilismo como as causas principais, mostrado na tabela 5.

**Tabela 6** – Fatores que influenciam ao abandono do tratamento da tuberculose

| <b>Categorias</b>                       | <b>F</b>  | <b>%</b>   |
|-----------------------------------------|-----------|------------|
| <b>Tratamento prolongado</b>            | 13        | 16         |
| <b>Etilismo</b>                         | 11        | 14         |
| <b>Condições socioeconômicas</b>        | 9         | 11         |
| <b>Falta de apoio familiar</b>          | 9         | 11         |
| <b>Efeitos colaterais</b>               | 8         | 10         |
| <b>Falta de informação</b>              | 6         | 7          |
| <b>Preconceito</b>                      | 6         | 7          |
| <b>Sintomas de melhora</b>              | 6         | 7          |
| <b>Dificuldade de acesso ao serviço</b> | 5         | 6          |
| <b>Falta de supervisão da equipe</b>    | 4         | 5          |
| <b>Tabagismo</b>                        | 2         | 3          |
| <b>Doenças oportunistas</b>             | 1         | 1          |
| <b>Recidiva</b>                         | 1         | 1          |
| <b>Fome</b>                             | 1         | 1          |
| <b>Total</b>                            | <b>82</b> | <b>100</b> |

Fonte: Pesquisa Direta/2013

Nota: Os participantes disseram mais de uma alternativa.

De acordo com os dados encontrados nos questionários e concordando com a literatura, entre os fatores relevantes que contribuem para o abandono da TB estão citados o alcoolismo, o fato do indivíduo não apresentar melhora clínica ao tratamento e rejeição aos serviços de saúde e geralmente estão relacionados ao doente, ao tratamento que lhe é empregado e aos Serviços de Saúde (CHIRINOS; MEIRELLES, 2011).

Assim, mesmo o DOTS sendo comparado a um tratamento de curta duração, ainda são meses que causam incomodo em relação a exigir um compromisso diário quando a tomada da medicação que muitas vezes é dificultada apela rotina social do paciente e pelo seu estilo de vida, quando são percebidas as dependências das drogas ilícitas que dificulta o vinculo com o profissional e a responsabilidade a que deve ser dada ao cumprimento da quimioterapia.

As condições socioeconômicas e a falta de informações necessárias também muitas vezes são as causas de abandono a essa terapia, visto que dificulta o acesso ao serviço e ocasionam também efeitos colaterais devido o paciente não ter como se alimentar agravando assim as dores epigástricas, por exemplo.

O preconceito, como já bastante discutido anteriormente, assim como a falta de apoio familiar e da supervisão da equipe também são pontos fundamentais que levam o enfermo a optar por não mais fazer uso da medicação. Em cenário oposto a esse, percebe-se que um indivíduo bem assistido, acolhido e motivado são os que mais obtêm êxito no tratamento da tuberculose.

Nessa pesquisa também pôde ser observado que assim como existem fatores que dificultam a adesão ao tratamento, também existem os que motivam o portador a concluir a terapia medicamentosa. Distribuídos na tabela 6 foram citados pelos 93% dos que acreditam em elementos motivadores para conclusão do tratamento.

**Tabela 7 – Fatores que motivam o portador a concluir o tratamento**

| <b>Categorias</b>                           | <b>F</b>  | <b>%</b>   |
|---------------------------------------------|-----------|------------|
| <b>Prognostico de cura</b>                  | 22        | 41         |
| <b>Apoio da equipe ESF</b>                  | 18        | 34         |
| <b>Apoio familiar</b>                       | 8         | 15         |
| <b>Interesse próprio</b>                    | 2         | 4          |
| <b>Acessibilidade ao serviço e recursos</b> | 2         | 4          |
| <b>Busca ativa</b>                          | 1         | 2          |
| <b>Total</b>                                | <b>53</b> | <b>100</b> |

Fonte: Pesquisa Direta/2013

Nota: Os participantes disseram mais de uma alternativa.

Como observado nos dados expostos, um dos maiores motivos é o fato do portador acreditar na cura da doença, principalmente quando existe um incentivo da família e da equipe de saúde que faz o seu acompanhamento e incentiva o usuário a buscar seu interesse a recuperar seus costumes e desejos.

Devido o tratamento ser um processo de cura do paciente que ocorre com a presença de inúmeros fatores que desestabiliza o sistema físico e psicológico do portador, se faz necessárias motivações que fortaleçam as expectativas desse indivíduo em recuperar a saúde. Por isso a importância de não desanimar perante as dificuldades que serão encontradas no decorrer do tratamento e não perder a esperança de obter a cura através do apoio dos familiares e dos profissionais para que se possa concluir a quimioterapia e assim resgatar o estilo de vida do indivíduo, permitindo o contato próximo com as pessoas a que possui afinidades e bons sentimentos, sem que as prejudique com o contágio da patologia.

Em seguida, após investigar se os enfermeiros possuem conhecimento acerca dessa dificuldade de acesso do portador de TB à unidade de saúde em aderir e concluir o tratamento, motivo esse que torna essa enfermidade uma preocupação mundialmente significativa devido as consequências causadas por essa doença, questionou aos participantes como é a relação deles com o portador de tuberculose, se eles visualizam alguma barreira que dificulta esse vínculo.

Cinquenta por cento da amostra disseram nunca ter possuído casos de TB durante sua permanência na unidade, mas estariam preparados (as) à recebe-los.

*“Durante este período desse trabalho, não teve casos de TB, no entanto caso ocorra não existira barreira com vínculo para o portador” (E1).*

*“Sim. Principalmente a aceitação da doença, o seu tratamento prolongado. Obs: não tenho casos de TB em minha área” (E4).*

*“Não possuo portadores de TB” (E5)*

*“Nunca tive, mas agiria nos conformes com a ação educativa ao paciente e familiares e o acompanhamento sem medo de aproximação. Não” (E6).*

*“Durante a minha vida profissional não tive contato com casos confirmados. A relação deve ser de respeito, baseada na ética. A maior barreira é o auto preconceito do paciente” (E9).*

*“Não tenho portador de tuberculose” (E16).*

E os que já tiveram esse contato, discursa existir uma boa relação, com criação de vínculo não só com o paciente, mas também a família, por meio de conversas, escuta, esclarecimento das dúvidas que venham a surgir. Uma relação respeitosa, ao qual o indivíduo

é tratado por igual, existindo confiança e sigilo quanto ao diagnóstico, motivando-o e incentivando-o a concluir o tratamento.

*“Tenho uma boa relação, converso com o paciente, escuto-o, esclareço as dúvidas e incentivo a adesão ao tratamento” (E2).*

*“Tratar por igual. Procuro me manter mais afastada, mas não consigo, sempre crio o vínculo tratando igual para conquistar a confiança. A questão do sigilo também. Falta de confiança.” (E7).*

*“Relação clara e direta. Eu sou daqui e tenho acesso a eles facilmente. Não, na nossa região não existe, até mesmo devido a rotatividade de enf<sup>o</sup> que não tem, apenas do médico. Há 8 anos estou na unidade, motivo de ter a confiança dos pacientes” (E8).*

*“Nunca tive dificuldade na relação com esses portadores” (E12).*

*“Uma relação tranquila, faço visita mensal, agilizo os exames, providencio transporte p/ o ACS fazer a entrega da medicação diariamente. Não, quando a pessoa se dispõe a trabalhar para a comunidade, temos a responsabilidade de nos doar a eles” (E15).*

*“Tento motivar e incentivar ao paciente ir até o final do tratamento, pois existe cura” (E20).*

*“Existe uma boa relação por parte da equipe que se preocupa em fechar diagnóstico, realizar tratamento, examinar os casos comunicantes, ser pontual com medicamentos e exames de acompanhamento o tratamento. O que dificulta por parte do paciente é a rejeição do mesmo” (E28).*

*“A melhor possível, busco trata-los como amigos, até hoje não tive problemas quanto ao vínculo apenas relacionados a condição social de alguns” (E31).*

*“Consigo manter uma boa relação com o portador de TB, até o momento nenhum portador da doença desistiu do tratamento no meu tempo de atuação. A distancia da residência do usuário p/ UBS já que se trata de um tratamento diretamente observado e o usuário tem que frequentar diariamente a UBS tornando o tratamento cansativo para usuário” (E42).*

Assim, o vínculo é um importante instrumento de aproximação do paciente ao tratamento ao que deve lhe ser concebido, reduzindo assim as barreiras existentes. É através desse contato mais íntimo que o profissional irá notar as fraquezas orgânicas e psicológicas que incapacitam o portador de continuar o processo terapêutico. Em consonância, ele é fundamental na motivação, sendo uma das principais características que levam o indivíduo a buscar ajuda e a obtenção da cura.

Por isso uma boa relação com os portadores de tuberculose é de extrema relevância para que as metas de inserção de enfermos ao tratamento e de conclusão do mesmo seja alcançada. A dedicação em escutar e buscar atender as necessidades do doente, em respeitar

suas diferenças tratando-o com dignidade torna o profissional mais humanizado e conseqüentemente um processo de cura menos doloroso e prejudicial para o indivíduo.

Quanto às barreiras que dificulta o vínculo, os profissionais alegam os demais, descritos na tabela 7, como os principais, visto que 40% deles referem não existir barreiras.

**Tabela 8** – Barreiras que dificultam o vínculo profissional – usuário

| <b>Categorias</b>              | <b>F</b>  | <b>%</b>   |
|--------------------------------|-----------|------------|
| <b>Não existe barreira</b>     | 10        | 40         |
| <b>Acesso ao serviço</b>       | 5         | 20         |
| <b>Preconceito</b>             | 4         | 16         |
| <b>Resistência do paciente</b> | 3         | 12         |
| <b>Falta de confiança</b>      | 1         | 4          |
| <b>Medo</b>                    | 1         | 4          |
| <b>Falta de informação</b>     | 1         | 4          |
| <b>Total</b>                   | <b>25</b> | <b>100</b> |

Fonte: Pesquisa Direta/2013

Nota: Os participantes disseram mais de uma alternativa.

Entre os que se destacam nos resultados, o acesso ao serviço é visto como uma das principais barreiras, visto que inserido nesse fator encontrasse a localização da unidade, muitas vezes distantes do local de moradia do usuário e de difícil acesso o que dificulta a procura por os serviços de saúde.

Seguido a esse fator, aparecem o preconceito, a resistência do paciente, a falta de confiança no profissional, o medo e a falta de informação. Todos eles fatores interligados, pois devido a como é visto a Tuberculose, as pessoas logo criam repugnância a esse assunto e principalmente aos portadores, caso esse existente desde quando a Tuberculose era vista como o “mal do século”. Assim, a falta de informação para a sociedade de que já existem programas de controle dessa doença e de que a adesão ao tratamento impede a transmissão da doença e possibilita a cura ainda é escassa, pois o medo e o preconceito existente na sociedade ainda é fator relevante.

Por isso, muitas vezes o paciente não acredita nas informações ditas pelo profissional, preferindo manter as crenças persistentes por esse grupo de pessoas que pensa que um portador de tuberculose deve ser isolado da sociedade devido ser reconhecido como fonte de contágio dessa doença catastrófica, o que poderia levar a um controle dessa patologia caso fossem facilmente buscada ajuda às unidades de saúde e aderidos ao tratamento.

Por último, questionou aos Enfermeiros quais atividades eles realizam com a finalidade de maximizar a adesão e minimizar o abandono do enfermo ao tratamento.

Dentre essas atividades, 22 enfermeiros disseram realizar um bom acolhimento, de forma a prestar todas as orientações necessárias ao paciente, criando uma relação de vínculo e confiança, principal motivo o qual o paciente realiza o tratamento. Tal fato pode ser visualizado na fala a seguir:

*“Procuro fazer um bom acolhimento, tratamento prioritário” (E7).*

Como já discutido anteriormente e mostrado a relevância de um bom acolhimento, os questionamentos anteriores revelam como ele é realizado diante do paciente, o que demonstra que cada vez mais eles estão procurando abordar o portado utilizando a estratégia da criação de um vínculo, demonstrando respeito e sigilo, proporcionando confiança e dignidade ao indivíduo.

Quanto à educação em saúde, 18 enfermeiros dizem realizar palestras e ações educativas na comunidade de forma a incentivar os suspeitos e portadores da doença a procurar a unidade e aderir ao tratamento, como é visto nas seguintes respostas:

*“Realizando educação em saúde, explicando a importância do tratamento e as possíveis complicações do abandono” (E1).*

*“É importante que mesmo que não tenha portador da TB na UBS, se faça sempre uma busca ativa, entrega de panfletos para melhor entendimento da doença, palestras educativas, entre outros incentivos” (E10).*

*“Ações educativas e humanização na relação entre profissionais e paciente com diálogo e interação, estabelecendo cuidados que tragam melhores resultados para compreensão e seguimento do tratamento. Fazendo com que o paciente reconheça a necessidade do tratamento correto e completo para chegar à cura” (E16).*

*“Campanhas que fale sobre esse tema; palestras; vídeos, depoimentos” (E20).*

É importante salientar que as educações em saúde referidas por os participantes ocorrem no momento da consulta ao portador e nas campanhas destinadas à tuberculose, o que revela a necessidade de ações de conscientização que aborde essa patologia. Percebe-se assim que divulgações de informações como os sinais e sintomas da doença, a forma de contágio e o tratamento ainda são muito escassos, provocando assim uma repugnância a esses casos, conseqüentemente uma desestabilização na vida dos portadores, que são enxergados como seres inferiores.

Dentre a amostra, 17 enfermeiros fazem monitoração do paciente através de visitas domiciliares, supervisionando o tratamento, se está sendo realizado corretamente e motivando para que não resulte no abandono. As seguintes falas comprovam o que foi afirmado:

*“Acompanhar a tomada de medicação através de visitas domiciliares, mostrar os avanços decorrentes do tratamento correto, parabeniza-lo pela força de vontade em seguir o tratamento conforme orientação” (E2).*

*“Sempre manter contato com esse paciente, realizar visitas domiciliar para saber se o tratamento esta sendo realizado de forma correta. E encorajar o paciente e esclarecer que tem cura” (E4).*

*“Visitas domiciliares, esclarecimento das duvidas principalmente das reações (dores estomacais)” (E13).*

*“Realizar visitas domiciliares e atividades educativas na unidade de saúde, para conscientizar a população sobre a importância da adesão ao tratamento” (E27).*

Também como discutido nas questões anteriores, as visitas domiciliares e buscas ativas são importantes fatores que viabiliza o portador a aderir ao tratamento, sendo uma forma também de estabelecer o vínculo profissional-paciente e promover maiores chances de adesão à quimioterapia. Esse contato existindo diminui a probabilidade do individuo querer abandonar o tratamento, já que ele vai estar sempre recebendo estímulos e orientações dos profissionais que lhes acompanham.

O suporte multiprofissional, foi citado por 5 profissionais, como expostos a seguir:

*“Procuro outras secretarias: NASF, assistente social, preparador físico. Assistência ao doente em suas necessidades” (E15).*

*“Em primeiro lugar que a tuberculose tem cura, o tratamento é gratuito pela Secretaria Municipal de Saúde, terá acompanhamento pelos profissionais da equipe, que paciente deixará de ser doente, para se tornar sadio e ser incluso na sociedade de forma normal, sem barreiras e preconceito” (E28).*

Esse mecanismo de inserção condiciona a possibilidade de um trabalho em equipe, que junto a outros programas de assistência, presta humanização e atende melhor as carências do enfermo. Para isso é necessário intervenções e conhecimentos dos profissionais no que diz respeito aos direitos humanos, para que assim eles possam estar sempre informando a população quanto aos serviços prestados pelo SUS e como recorrer a eles, pois a saúde é direito de todos e dever do estado.

E por último, tiveram 4 profissionais que disseram não existir casos na ESF, o que entende que eles não realizaram atividades de prevenção e promoção à saúde relacionada à tuberculose, além do profissional que citou a busca ativa e ações educativas como estratégias importantes, o que necessariamente não significa ser atividades realizadas.

*“Não possuo pacientes em tratamento. A UBS não possui registro de casos nas últimas décadas” (E5).*

*“Não tive pacientes confirmados de tuberculose” (E9).*

*“Na unidade não possui portador de TB, no entanto é importante realizar a busca ativa dos portadores, palestras para incentivar na adesão ao tratamento” (E11).*

*“Ainda não realizei por falta de pc. Suspeitos” (E26).*

É notório que, mesmo com os avanços na ciência ainda existe muitos tabus a serem quebrados, de forma que a população ainda necessita de estudos que qualifiquem a assistência oferecida à comunidade e que de fato atenda a suas dificuldades.

Com isso, cabe aos profissionais estarem sempre realizando atividades que atribua à identificação correta quando referida ao termo tuberculose, acabando assim com o estigma e preconceito que a sociedade atribui, e disseminando informações claras e concisas acerca dessa temática, para que o indivíduo possa identificar as características semelhantes aos da doença e procurar o mais rápido possível a unidade, sem que haja restrições.

Outro fator importante é como essas informações chegam à comunidade, devendo ela ser sucinta, instigante e que atraia a população a buscar conhecimentos no que se refere as particularidades dessa doença e a atenção e cuidados que devem ser tomados. O suporte multiprofissional é sem dúvidas um fator que apoia as dificuldades desse portador que, geralmente, se encontra bastante debilitado, devendo então ser monitorizado, acompanhado frequentemente em seu processo de cura.

Assim, mesmo sendo previsíveis os fatores que maximizam a adesão e diminuem o abandono, ainda são poucas as ações educativas levadas à comunidade, podendo ser percebido na discriminação à essa doença. Os profissionais poderiam trabalhar mais essa temática junto a sua comunidade através de dinâmicas que facilitem a eles o entendimento de que essa enfermidade é grave, mas quando tratada finda a cura e restabelece os vínculos afetivos que o portador possui. Por isso a importância de divulgar os pontos positivos de recorrer ao tratamento em ambiente extramuros das ESF.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tuberculose, por ser uma doença infectocontagiosa, ainda repercute em toda população como uma doença de caráter gravíssimo. Devido afetar principalmente uma classe socioeconômica baixa com reduzido grau de conhecimentos acerca dos cuidados necessários e, muitas vezes resultar no afastamento do indivíduo de seu convívio familiar e social gerando isolamento e morte, faz do indivíduo fonte de contágio, causando grande malefícios a saúde pública. Por esse motivo a realização deste trabalho se faz tão importante, visto que através dele tem-se subsídios para promover reflexões sobre a melhoria dos trabalhos de prevenção e promoção à saúde prestados à comunidade.

Preocupada com a incidência da temática no Brasil e nas poucas ações de divulgação para o controle dessa doença, pela forma a que o paciente é abordado pelos profissionais para aderir ao tratamento e evitar o abandono do mesmo, buscou-se através desse estudo traçar o perfil dos profissionais de enfermagem que atuam nas respectivas ESF e caracterizar as ações realizadas aos portadores de tuberculose e verificar o conhecimento que eles possuem diante da problemática e o que eles fazem para melhorar o controle da tuberculose.

Os resultados desta pesquisa permitiram concluir que, dos 42 participantes, 86% eram do sexo feminino, confirmando a prevalência deste gênero na profissão. Os sujeitos do estudo situam-se na faixa etária entre 22 e 31 anos, com estado civil solteiro e em segunda colocação com apenas 10% de diferença, casados. Quanto a titulação, 74% dos Enfermeiros eram pós-graduados a nível, em sua maioria, de especializações. Quanto à função prestada na instituição a maior parte realizava a assistência e possuíam renda pessoal de 1 a 3 salários e familiar de 5 a 8 salários.

Quanto às características profissionais, destaca-se o predomínio de um tipo de vínculo, sendo este contratado, ressaltando a necessidade da realização de novos concursos públicos. Ainda confirmou-se a preponderância do exercício de mais um vínculo empregatício, tornando firme a necessidade de se prover melhores salários para os trabalhadores, para que, assim, ele se situe em apenas um estabelecimento e aumente a qualidade da assistência prestada.

A maior parte dos profissionais de enfermagem está na instituição a menos de 1 ano, perfazendo uma jornada de trabalho de 40 horas/semanais. A maioria dos participantes (71%) não participaram de cursos de capacitação sobre tuberculose nos últimos dois anos.

Para atender aos objetivos propostos por essa pesquisa foram abordadas as questões referentes ao número de casos suspeitos, confirmados e/ou em tratamento, em que pode ser

percebido um controle quanto à inserção dos indivíduos ao tratamento. Também não foi percebido casos preocupantes no que se refere ao abandono ao tratamento e, referente a não-adesão, apenas um caso requer uma atenção, não sendo ainda preocupante por estar recente o seu diagnóstico, pois o profissional que acompanha acredita que ele irá aderir ao tratamento.

Sobre o que se refere aos fatores que contribuem para adesão ao tratamento da tuberculose, os profissionais demonstram conhecimento quanto à forma de prestar acolhimento aos pacientes e familiares, a facilidade quanto à acessibilidade ao serviço de saúde, o combate ao estigma e preconceito, a importância das visitas domiciliares e da busca ativa, o prognóstico de cura e a relevância da educação continuada concomitantemente com a motivação da equipe.

Em contrapartida, revelam de forma concisa e coerente com o que de fato acontecem, os fatores que não contribuem para a adesão ao tratamento, como uma abordagem mal qualificada ao paciente, o estigma e preconceito que a sociedade atribui ao portador, os efeitos colaterais causados pela medicação, o uso de drogas lícitas e ilícitas, a falta de incentivos dos governantes e do compromisso do profissional, entre outros. Percebeu-se que os profissionais possuíam conhecimento sobre tal questão, sabendo descreve-lo corretamente.

Da mesma forma ocorreu quando questionados a existência de fatores que influenciam o portador a abandonar o tratamento. Foram descritos o tratamento prolongado, novamente as drogas lícitas e ilícitas, as condições sócio-econômicas desfavoráveis, a falta de apoio familiar e supervisão da equipe de saúde, o preconceito, a dificuldade de acesso ao serviço.

Em contrapartida a tal dificuldades, os participantes também souberam descrever os fatores que motivam o portador de tuberculose a concluir o tratamento, fato esse de grande relevância, pois junto dos outros questionamentos, a pesquisa revela que os profissionais sabem como trabalhar diante esses enfermos. Para tal fatores, foram descritos o prognóstico de cura, o apoio da equipe de saúde e da família, o próprio interesse do portador, a acessibilidade ao serviço e recursos e a busca ativa.

Sendo assim, não teria como ser diferente quando os participantes revelaram possuir uma boa relação com o portador de tuberculose, já que eles reconhecem a relevância que esses fatores possuem na vida do enfermo e na saúde pública. Eles ainda complementam afirmando que visualizam algumas barreiras que dificulta o vínculo do profissional com o doente e entre eles citam a falta de confiança que o enfermo carece diante do profissional, o medo dessa doença, a resistência do paciente em realizar o tratamento, a falta de informação sobre essa patologia, o acesso ao serviço e o preconceito.

No mais, eles revelam as atividades que realizam com o propósito de maximizar a adesão e minimizar o abandono, o que se resume à uma educação em saúde na orientação ao portador, as visitas domiciliares e a busca ativa, um bom acolhimento e a procura por um suporte multiprofissional.

A partir destes resultados, é possível afirmar que os profissionais demonstram conhecimentos importantes acerca dessa temática, o que contribui significativamente para mudanças desse quadro de agravos dessa doença que constituem um problema de saúde pública. Portanto vale reforçar a necessidade de divulgação de medidas preventivas capazes de diminuir o número de casos de tuberculose, e ressaltar a importância das medidas do PCNT e as diretrizes do SUS como fato primordial para que a população possa se deparar frente a uma assistência qualificada.

Uma limitação encontrada nessa pesquisa foi o fato de que alguns se negaram a ouvir sobre o tema pesquisado e outros se disponibilizaram a responder o questionário, mas não cumpriu com a promessa se justificando com o dia atribuído de trabalho. Sugere-se então às secretarias municipais de saúde que oriente os profissionais acerca da importância da contribuição e realização de pesquisas dentro da unidade para que, com isso, traga benefícios a todos os envolvidos.

Diante dos fatos mencionados, espera-se que essas medidas possam contribuir para a saúde pública no sentido de oferecer e realizar ações que de fato conscientize a população de que a tuberculose é uma doença grave, porém, curável em 100% dos casos que aderem ao tratamento, desmistificando essa doença perante a sociedade. Recomenda-se, então, realizar novos estudos sobre esta temática para avaliar a influência desses fatores no perfil epidemiológico da tuberculose.

## REFERÊNCIAS

ALVES, R. S. et al. Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na estratégia saúde da família. *Texto contexto Enferm*, Florianópolis, v.21, n.3, p. 650-657, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a21.pdf> >. Acesso em 06 jun. 2013.

BARRÊTO, A. J. R. et al. Organização dos serviços de saúde e a gestão do cuidado à tuberculose. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 17, n. 7, p. 1875-1884, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/27.pdf> >. Acesso em 19 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose*. 2. ed. rev. Brasília, DF: 2008. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/abcd21.pdf> >. Acesso em 20 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. *Tuberculose na atenção primária à saúde*. 1.ed.ampl. Porto Alegre, RS: 2011. Disponível em: < <http://www2.ghc.com.br/gepnet/publicacoes/tuberculosisnaatencao.pdf> > Acesso em 02 jul. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Guia de vigilância epidemiológica*. 7. ed. Brasília, DF : 2009. Disponível em: < [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gve\\_7ed\\_web\\_atual.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gve_7ed_web_atual.pdf) >. Acesso em 24 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil*. Brasília, DF: 2011. Disponível em: < [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_de\\_recomendacoes\\_tb.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_de_recomendacoes_tb.pdf) >. Acesso em 30 jun. 2013.

CHIRINOS, N. E. C.; MEIRELLES, B. H. S. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. *Texto contexto Enferm*, Florianópolis, v.20, n.3, p. 599-606, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/23.pdf>>. Acesso em 12 Jul. 2013.

DUNCAN, B.B. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

FALCO, J. G. *Estatística aplicada*. Cuiabá : EdUFMT, 2008.

FERREIRA, K. R. et al. Portadores de tuberculose multirresistente em um centro de referência: perfil sócio-demográfico e clínico-epidemiológico. *Rev. Esc. Enferm. USP.*, v. 45, n. esp.2, p. 1685-1689, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/08.pdf> >. Acesso em 13 jul. de 2013.

FONSECA, J. J. S. *Metodologia da pesquisa científica*. Fortaleza: UEC, 2002.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo : Atlas, 2008.

GOMES, A. L. C.; SA, L. D. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. *Rev. Esc. Enferm. USP.*, v. 43, n.2, p. 365-372, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a16v43n2.pdf>>. Acesso em 29 jun. 2013

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. *Métodos de pesquisa*. 1.ed. Porto Alegre: UFRGS, 2009.

HINO, P. et al. Necessidades em saúde segundo percepções de pessoas com tuberculose pulmonar. *Rev. Esc. Enferm. USP.*, São Paulo, v.46, n.6, p. 1438-45, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/22.pdf>>. Acesso em 01 jul. 2013.

LAFAIETE, R. S. et.al. Investigação sobre o acesso ao tratamento de tuberculose em Itaboraí / RJ. *Rev. Esc. Anna Nery*. v.15, n.1, p. 47 – 53, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/07.pdf>>. Acesso em 10 jun. 2013.

LOPES, A. O. **A tuberculose um problema de saúde pública**: causas do abandono do tratamento. 2010. 62 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem)- Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.didinho.org/TuberculoseumproblemadesaudepublicaCausasdoabandonodotratamento.pdf>>. Acesso em 13 jul. 2013

MARCOLINO, A. B. L. et. al. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux – PB. *Rev. Bras. Epidemiol.* v.12, n.2, p. 144-157, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v12n2/05.pdf>>. Acesso em 03 jun. 2013.

NAST, K. **Fatores que influenciam a adesão e o abandono ao tratamento da tuberculose**: revisão integrativa. 2011. 53 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/37508/000822711.pdf?sequence=1>>. Acesso em 03 jul. 2013.

NOGUEIRA, J. A. et al. Enfoque familiar e orientação para a comunidade no controle da tuberculose. *Rev. Bras. Epidemiol.* v.14, n.2, p. 207-216, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v14n2/03.pdf>>. Acesso em 21 jun. 2013

NOGUEIRA, J. A. et al. Vínculo e acesso na estratégia saúde da família: Percepção de usuários com tuberculose. *Rev. Rene*. v.13, n.4, p. 784-793, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1073/pdf>>. Acesso em 26 jul. 2013

PINHEIRO, P. G. O. D. et al. Busca ativa de sintomáticos respiratórios e o diagnóstico tardio da tuberculose. *Rev. Rene*. v.13, n. 3, p. 572-581, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/724/pdf>>. Acesso em 20 jul

PROTTI, S. T. et al. A gerência da Unidade Básica de Saúde no controle da tuberculose: um campo de desafios. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v.44, n.3, p. 665-670, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/16.pdf>>. Acesso em 07 jun. 2013

RODRIGUES, I. L. A. et al. Abandono do tratamento de tuberculose em co-infectados TB/HIV. *Rev. Esc. Enferm. Usp*, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 383-387, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/20.pdf>>. Acesso em 18 jul. 2013

SA, L. D. et al. Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v.46, n.2, p. 356-363, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a13v46n2.pdf>>. Acesso em 10 jun. 2013.

SOUZA, K. M. J. et al. Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v.44, n.4, p. 904-910, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/07.pdf>>. Acesso em 05 jul. 2013.

SOUZA, M. S. P. L. et al. Características dos serviços de saúde associados à adesão ao tratamento da tuberculose. *Rev Saúde Pública*, v. 43, n.6, p. 998-1005, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n6/11.pdf>>. Acesso em 24 jun. 2013.

SOUZA, S. S.; SILVA, D. M. G. V. Passando pela experiência do tratamento para tuberculose. *Texto contexto Enferm*, Florianópolis, v.19, n. 4, p. 636 – 643, 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/05.pdf>>. Acesso em 12 jul. 2013.

TARANTINO, A. B. *Doenças Pulmonares*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

VERONESI, R.; FOCACCIA, R. *Tratado de Infectologia*. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

**APÊNDICE**

## APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

### QUESTIONÁRIO

#### DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino Idade: \_\_\_\_\_ anos

Estado Civil: ( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a) ( ) Divorciado(a)  
( ) Viúvo (a) ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Titulação: ( ) Graduação ( ) Especialização ( ) Residência ( ) Mestrado  
( ) Doutorado ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Função: ( ) Assistência ( ) Gerência ( ) Assistência e gerência

Renda pessoal: \_\_\_\_\_ salários Renda familiar: \_\_\_\_\_ salários

Tempo de formação acadêmica: \_\_\_\_\_ meses

Tipo de vínculo: \_\_\_\_\_

Tempo de vínculo atual na ESF: \_\_\_\_\_ meses

Jornada de trabalho: \_\_\_\_\_ horas/semanais

Possui outros vínculos: ( ) Sim ( ) Não Se sim, quantos: \_\_\_\_\_

Participou de cursos ou treinamentos nos últimos dois anos sobre tuberculose?

( ) Sim ( ) Não

#### DADOS VOLTADOS A PROBLEMÁTICA

1. Na ESF em que você atua, há casos suspeitos, confirmados e/ou em tratamento para tuberculose?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, quantos? \_\_\_\_\_ casos suspeitos \_\_\_\_\_ casos confirmados \_\_\_\_\_ casos em tratamento

2. Durante sua atuação na unidade, há registros de casos de abandono ao tratamento de tuberculose?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, quantos? \_\_\_\_\_ casos

3. Em sua unidade, existe algum paciente não-aderente ao tratamento da tuberculose?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, quantos? \_\_\_\_\_ casos

4. Em sua opinião, existem fatores que contribuem para a adesão do portador de tuberculose ao tratamento?

( ) Sim      ( ) Não

Se sim, quais?

---

---

5. Por outro lado, existem fatores que não contribuem para a adesão do portador de tuberculose ao tratamento?

( ) Sim      ( ) Não

Se sim, quais?

---

---

6. Em sua opinião, existem fatores que influenciam o portador de tuberculose a abandonar o tratamento?

( ) Sim      ( ) Não

Se sim, quais?

---

---

7. Por sua vez, existem fatores que motivam o portador de tuberculose a concluir o tratamento?

( ) Sim      ( ) Não

Se sim, quais?

---

---

8. Como é sua relação com o portador de tuberculose? Você visualiza alguma barreira que dificulta esse vínculo?

---

---

9. Enquanto enfermeiro, que atividades você realiza para maximizar a adesão e minimizar o abandono do portador de tuberculose ao tratamento?

---

---

**ANEXOS**

**ANEXO A – DECLARAÇÃO INSTITUCIONAL**

Eu, Edjane Leite Santos, diretora da 9ª Gerência Regional de Saúde (PB), autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: **“Fatores associados à adesão e ao abandono do tratamento da tuberculose sob a ótica de enfermeiros”**, a ser realizada nas Estratégias Saúde da Família dos 15 municípios pertencentes a esta gerência, no meses de setembro e outubro de 2013, tendo como pesquisadora, a profa. Ms. Arieli Rodrigues Nóbrega Videres e colaboradora Wanessa Nunes Barros, acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, Campos de Cajazeiras – PB.

Cajazeiras-PB, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2013.



---

Edjane Leite Santos  
Diretora da 9ª Gerência Regional de Saúde

## ANEXO B – TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autora e orientanda da pesquisa intitulada “ **Fatores associados à adesão e ao abandono do tratamento da tuberculose sob a ótica de enfermeiros**” assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, homologada nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP/ HUAC (Comitê de Ética em Pesquisas/ Hospital Universitário Alcides Carneiro), ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/ HUAC, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Cajazeiras-PB, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

---

Arieli Rodrigues Nóbrega Videres

Orientadora da Pesquisa

Matrícula SIAPE: 2798507

---

Wanessa Nunes Barros

Orientanda

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**ESTUDO: FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO E AO ABANDONO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE SOB A ÓTICA DE ENFERMEIROS**

*Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.*

Eu, ....., residente e domiciliado na ....., portador da Cédula de identidade, RG ....., e inscrito no CPF/MF..... nascido(a) em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo “ **Fatores associados à adesão e ao abandono do tratamento da tuberculose sob a ótica de enfermeiros**”. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

- I) O estudo se faz necessário para que se possam identificar os fatores que influenciam os portadores de Tuberculose a não aderirem ou abandonarem o tratamento. A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento, bem como não me acarretará qualquer ônus pecuniário com relação aos procedimentos médico-clínico-terapêuticos efetuados com o estudo;
- II) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;
- III) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem-estar físico. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico;
- IV) Os resultados obtidos durante este ensaio serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;
- V) Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa.

( ) Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

( ) Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

VII) Observações Complementares.

VIII) Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao CEP/HUAC, do Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Hospital Universitário

Alcides Carneiro, ao Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba e a Delegacia Regional de Sousa.

Cajazeiras - PB, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

( ) Paciente / ( ) Responsável .....

**Testemunha 1:** \_\_\_\_\_  
Nome / RG / Telefone

**Testemunha 2:** \_\_\_\_\_  
Nome / RG / Telefone

**Responsável pelo Projeto:** \_\_\_\_\_  
Profa. Ms. Arieli Rodrigues Nóbrega Videres

**Telefone para contato: (83) 88410524**