



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE-UFCG

CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE-CES

UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM-UAENFE

CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ALINE BATISTA MONTEIRO

**A DINÂMICA DO CONTROLE DA TUBERCULOSE NUM SERVIÇO DE  
REFERÊNCIA: o conhecimento do usuário**

CUITÉ-PB

2017

ALINE BATISTA MONTEIRO

**A DINÂMICA DO CONTROLE DA TUBERCULOSE NUM SERVIÇO DE  
REFERÊNCIA: o conhecimento do usuário**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado a Coordenação do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG campus Cuité-PB, como requisito para o cumprimento das atividades curriculares.

Orientadora: Msc Édija Anália Rodrigues de Lima.

CUITÉ-PB

2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE  
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

M775o Monteiro, Aline Batista.

A dinâmica do controle da tuberculose num serviço de referência: o conhecimento do usuário. / Aline Batista Monteiro. – Cuité: CES, 2017.

65 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2017.

Orientadora: Edija Analia Rodrigues de Lima

1. Tuberculose. 2. Atenção primária á saúde. 3. Cuidados de enfermagem. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 616.24-002.5

ALINE BATISTA MONTEIRO

**A DINÂMICA DO CONTROLE DA TUBERCULOSE NUM SERVIÇO DE  
REFERÊNCIA: o conhecimento do usuário**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pela discente **Aline Batista Monteiro** do curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de aprovação, conforme a apreciação da Banca Examinadora.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profª. MSc. Édija Anália Rodrigues de Lima  
Orientadora- Universidade Federal de Campina Grande- UFCG

---

Profª Drª Janaína von Söhsten Trigueiro  
Membro Interno- Universidade Federal de Campina Grande- UFCG

---

Profª MSc Heloisy Alves de Medeiros  
Membro Interno- Universidade Federal de Campina Grande- UFCG

*“Este trabalho é dedicado aos meus amados pais Valdir e Zefinha e aos meus queridos avós Raimundo e Jacira que tanto me incentivam, e apoiam os meus planos e sonhos me dando forças e motivação para nunca desistir.”*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao meu amado Deus, que em sua infinita bondade me concedeu saúde, força e perseverança para seguir em frente mesmo diante de tantas incertezas e medos, que sempre escutou minhas orações e nunca me abandonou em nenhum momento. A ti Senhor, toda honra e toda glória!

Aos meus pais Valdir e Zefinha, que sempre foram meu alicerce e me deram forças para nunca desistir dos meus sonhos. E, apesar de toda a distância e saudade que nos abraçaram durante esses 5 anos, se mantiveram firmes, me fortalecendo e acreditando que tudo isso no final valeria a pena, pois para se conquistar algo na vida é necessário foco, força e fé.

Aos meus avós Raimundo e Jacira, que sempre me colocaram em suas orações, orando a Deus por minha vida e meus estudos, que são também meus pais, e nunca mediram esforços para me ver feliz. Vocês foram a minha principal inspiração para cursar Enfermagem, foi através de vocês que eu entendi o real significado do CUIDAR.

A toda minha família, em especial aos meus padrinhos Maria e Dedé, agradeço por me motivarem na minha caminhada, sempre me fortalecendo com palavras e gestos de amor. Obrigado Senhor por ter me dado a melhor família que alguém poderia ter!

Ao meu namorado e melhor amigo Washington, sou extremamente grata por todo cuidado e zelo, por ser paciente e entender as minhas ausências, por me amar e me compreender mesmo quando o fardo se torna pesado. Eu amo você!

A UFCG – CES por me proporcionar os cinco anos mais intensos e gratificantes da minha vida!

As minhas amigas Fábria, Bruna e Jucicleia (meu quarteto fantástico), por me acolherem na sua casa e no seu coração durante todos os anos da graduação, por serem minha família longe de casa, minha equipe em todos os trabalhos, meu ombro amigo nos momentos de sorrisos e lágrimas. Deus foi muito generoso em ter me dado de presente a amizade de vocês. Levarei cada uma em meu coração para o resto da vida.

A minha amiga Alessandra, que durante todos esses anos me incentivou e me acolheu de braços abertos, estando ao meu lado nos bons e maus momentos.

A todos os amigos e colegas que conquistei durante essa jornada na minha querida Serra do Cuité, esse lugar é único!

A minha amada turma 2013.1 que me ensinou as melhores lições de vida, e que apesar de todos os altos e baixos, mostrou que a gente veio pra fazer a diferença. Turma Padrão Ouro UFCG.

A minha admirável orientadora Édija Anália, que me recebeu como orientanda de braços abertos, e durante toda a construção desse trabalho me motivou a ser uma excelente profissional. Obrigada por cada conselho, cada palavra e toda ajuda!

As queridas docentes Janaína e Heloisy por aceitarem fazer parte da minha banca examinadora e pelos conhecimentos compartilhados.

A todo o corpo docente da UFCG – CES campus Cuité – PB, especialmente aos membros da UAENFE que foram essenciais tanto na minha formação profissional, quanto no meu amadurecimento pessoal. Vocês são o diferencial em nosso curso.

De maneira especial a enfermeira Margarete e as técnicas de enfermagem Marizete e Luciene do Serviço de Referência de Tuberculose e Hanseníase da cidade de Campina Grande – PB, pela disponibilidade em me ajudar para que essa pesquisa fosse possível.

Aos meus queridos colaboradores pela disponibilidade em participar das entrevistas e contribuir para o fortalecimento da ciência.

*“Não fui eu que ordenei a você? Seja forte e corajoso! Não se apavore nem desanime, pois o Senhor, o seu Deus, estará com você por onde você andar.”*

*(Josué 1:9)*

## RESUMO

MONTEIRO, Aline Batista. **A DINÂMICA DO CONTROLE DA TUBERCULOSE NUM SERVIÇO DE REFERÊNCIA: o conhecimento do usuário.** 2017. 65 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2017.

A Tuberculose ou TB é uma das enfermidades mais antigas do mundo e é definida pelo Ministério da Saúde como doença infecciosa e transmissível, que afeta prioritariamente os pulmões, embora possa acometer outros órgãos. O estudo traz como objetivo geral analisar o conhecimento de usuários de um serviço de referência para TB sobre a assistência a ele ofertada, visando o controle da TB. E como objetivos específicos: Caracterizar a amostra quanto aos aspectos sociodemográficos e epidemiológicos; Investigar o entendimento do usuário sobre o tratamento medicamentoso e o acompanhamento ambulatorial da TB, ofertado pelo serviço; Averiguar aspectos inerentes a comorbidades, má adesão ou abandono do tratamento; Interrogar sobre mudanças de hábito de vida, advindas do adoecimento; Identificar incompreensões ou fragilidades no entendimento do usuário, acerca da assistência à saúde ofertada no serviço; Apontar potencialidades do serviço para o controle da tuberculose, a partir do conhecimento do usuário. Estudo do tipo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa, realizado no Serviço de Referência em Tuberculose e Hanseníase do município de Campina Grande – PB. E a amostra correspondeu a 8 doentes de TB e/ou aqueles coinfectedos TB/HIV. As informações foram coletadas entre os meses de agosto e setembro de 2017 por meio de entrevistas gravadas, e analisadas conforme a técnica de Análise de Conteúdo Modalidade Temática proposta por Bardin. Verificou-se que os usuários compreenderam bem o que lhes era transmitido nas consultas. A dinâmica assistencial conduzida pelos profissionais mostrou-se acessível aos usuários. Ainda se constatou uma inversão do fluxo de atendimento, onde o serviço de referência vem estabelecendo o primeiro contato com o doente.

**Palavras-chave:** Tuberculose; Atenção Primária à Saúde; Atenção Secundária à Saúde; Coinfecção; Cuidados de Enfermagem.

## ABSTRACT

MONTEIRO, Aline Batista. **THE DYNAMICS OF TUBERCULOSIS CONTROL IN A REFERENCE SERVICE: the knowledge of the user.** 2017. 65 f. Course Completion Work (Bachelor of Nursing) - Federal University of Campina Grande, Cuité, 2017.

Tuberculosis or TB is one of the oldest diseases in the world and is defined by the Ministry of Health as an infectious and transmissible disease, which primarily affects the lungs, although it may affect other organs. The objective of this study is to analyze the knowledge of users of a referral service for TB on the care offered to TB, aiming to control TB. And as specific objectives: To characterize the sample regarding sociodemographic and epidemiological aspects; Investigate the user's understanding of the drug treatment and outpatient follow-up of TB, offered by the service; To ascertain aspects inherent to comorbidities, poor adherence or abandonment of treatment; To question about changes in the habit of life, arising from illness; Identify misunderstandings or weaknesses in the user's understanding about the health care offered in the service; To point out the potentialities of the service for the control of tuberculosis, from the knowledge of the user. An exploratory and descriptive study with a qualitative approach, carried out at the Reference Service in Tuberculosis and Leprosy of the city of Campina Grande - PB. And the sample corresponded to 8 TB patients and / or those co-infected with TB / HIV. The information was collected between August and September of 2017 through recorded interviews, and analyzed according to the technique of Content Analysis Thematic Modality proposed by Bardin. It was found that the users understood well what was transmitted to them in the consultations. The assistance dynamics conducted by professionals proved to be accessible to users. There has also been an inversion of the flow of care, where the referral service has established the first contact with the patient.

**Keywords:** Tuberculosis; Primary Health Care; Secondary Health Care; Coinfection; Nursing care.

## **LISTA DE QUADROS**

**Quadro 1** – Temática referente à descoberta da TB pelo paciente e métodos diagnósticos.

**Quadro 2** – Temas referentes ao tratamento ofertado aos usuários do serviço.

**Quadro 3** – Temas que abordam a dinâmica das consultas e opiniões sobre o serviço.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**AB** – Atenção Básica

**AIDS** – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

**APS** – Atenção Primária à Saúde

**BAAR** – Bacilo Álcool Ácido Resistente

**COFEN** – Conselho Federal de Enfermagem

**DOTS** – Directly Observed Treatment Short Course

**ESF** – Equipes de Saúde da Família

**ESF** – Estratégia Saúde da Família

**HIV** – Human Immunodeficiency Virus

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PACS** – Programa dos Agentes Comunitários de Saúde

**PCR** – Reação em Cadeia de Polimerase

**PNAB** – Política Nacional da Atenção Básica

**PNCT** – Política Nacional de Controle da Tuberculose

**PSF** – Programa Saúde da Família

**RIF** – Resistente a Rifampicina

**SAE** – Sistema de Atenção Especializada

**SINAN** – Sistema de Notificação de Agravos de Notificação

**SR** – Sintomático Respiratório

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TB** – Tuberculose

**TDO** – Tratamento Diretamente Observado

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**TRM – TB** – Teste Rápido Molecular para Tuberculose

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	14
1.1 PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.....	15
1.2 OBJETIVO GERAL.....	17
1.2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	19
2.1 O CONTROLE DA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO BÁSICA.....	20
2.2 O CONTROLE DA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.....	23
<b>3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b> .....	26
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	27
3.2 LOCAL DA PESQUISA.....	28
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	28
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	29
3.5 PROCEDIMENTO E INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	29
3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS.....	30
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	30
<b>4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS EMPÍRICOS</b> .....	32
4.1 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	33
4.2 O OLHAR DOS USUÁRIOS NO SERVIÇO DE REFERÊNCIA PARA TUBERCULOSE.....	34
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	47
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	51
<b>APÊNDICES</b> .....	55

APÊNDICE A – TERMO DE CONSCIENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	55
APÊNDICE B – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA.....	57
APÊNDICE C –TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL.....	58
APÊNDICE D – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA SETORIAL.....	59
APÊNDICE E – TERMO DE COMPROMISSO DO(S) PESQUISADOR(ES).....	60
APÊNDICE F–TERMO DE COMPROMISSO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	61
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	62



Fonte: [www.riocomsaude.rj.gov.br](http://www.riocomsaude.rj.gov.br), 2017

*“Imagine uma nova história para sua vida e acredite nela.” (Paulo Coelho)*

# 1 INTRODUÇÃO

---

## 1.1 PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA

No que concerne os conhecimentos atuais, baseados em evidências arqueológicas e históricas, defende-se que os primeiros casos do acometimento humano pela tuberculose (TB), a “peste branca”, tenham ocorrido em múmias egípcias, há mais de 5000 a.C., as quais apresentavam anomalias típicas do comprometimento vertebral pela TB - o Mal de Pott, além de tecidos contendo o DNA do *Mycobacterium tuberculosis* (MACIEL et al., 2012).

A TB é uma doença causada pelo complexo *Mycobacterium Tuberculosis* (*M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. microti*, *M. africanum*, *M. canetti*). A identificação da bactéria se deu por meio de estudos realizados por Robert Koch, em 1882, e é conhecida por bacilo de Koch. É um bacilo aeróbio e álcool-ácido resistente (BAAR), que se multiplica lentamente (BERTOLOZZI, 2014).

É uma das doenças mais antigas do mundo. Por não ter causa conhecida na era da pré-história, era vista como castigo, sendo essa visão desmistificada por Hipócrates, na Grécia em 30 aC. O estudioso mostrou que a TB era algo natural e passou a denominá-la de Tísica (ROLLA, 2013). A chegada da doença ao Brasil se deu durante a colonização portuguesa, trazida por jesuítas e colonos infectados pela “peste branca”. Sugere-se que o primeiro indivíduo conhecido portador de tuberculose no país tenha sido o Padre Manuel da Nóbrega, chegado ao Brasil em 1549 (MACIEL et al., 2012).

A TB é definida pelo Ministério da Saúde (MS) como doença infecciosa e transmissível, que afeta prioritariamente os pulmões, embora possa acometer outros órgãos e sistemas. A apresentação pulmonar, além de ser mais frequente, é também mais relevante para a saúde pública, pois é a principal responsável pela transmissão da doença (BRASIL, 2014a). Essa patologia é, atualmente um dos mais importantes desafios a serem enfrentados pela saúde pública, sendo a segunda causa de morte, no mundo, do grupo de doenças infectocontagiosas, após a Aids. Nesse sentido, há cerca de 10 milhões de doentes/ano, com 1 a 2 milhões de mortes/ano (BERTOLOZZI, 2014).

A situação epidemiológica apresentada pelo MS em 2016, mostra que foram diagnosticados e registrados 66.796 casos novos e 12.809 casos de retratamento de tuberculose no Brasil. No período de 2007 a 2016, o coeficiente de incidência da doença apresentou uma variação média anual de -1,7%, passando de 37,9/100 mil habitantes em 2007 para 32,4/100 mil habitantes em 2016. Apesar disso, é importante saber que a meta de eliminação da TB como problema de saúde pública no Brasil elencada pelo MS é de <10 para 100 mil habitantes. O coeficiente de mortalidade também apresentou uma redução, equivalente a 15,4% entre 2006 a

2015, passando de 2,6/100 mil habitantes para 2,2/100 mil habitantes. Apesar dessa redução, o Brasil ainda registrou 4.543 óbitos por tuberculose (BRASIL, 2017).

No ano de 2014, aconteceu a Assembleia Mundial de Saúde, onde uma nova estratégia global para o enfrentamento da TB foi aprovada, estabelecendo metas que visam acabar com a tuberculose como um problema de saúde pública até o ano de 2035, visando alcançar um coeficiente de incidência de 10/100 mil habitantes. Essa meta foi estabelecida através da Estratégia pelo Fim da Tuberculose, que têm como foco central “Um mundo livre da tuberculose”. O plano está alicerçado em três pilares: Pilar 1 – Prevenção e cuidado integrado centrados no paciente; Pilar 2 – Políticas arrojadas e sistema de apoio; Pilar 3 – Intensificação da pesquisa e inovação (BRASIL, 2017).

Outra estratégia criada pelo MS foi a do Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração (DOTS) que engloba cinco elementos: o compromisso político com a implementação e sustentabilidade do programa de controle da TB; detecção de casos, por meio de baciloscopia de escarro, entre sintomáticos respiratórios da demanda dos serviços gerais de saúde; tratamento padronizado de curta duração diretamente observado e monitorado quanto à sua evolução; provisão regular de medicamentos tuberculostáticos; e sistema de informação que permita avaliar a detecção de casos, o resultado do tratamento de casos individuais e o desempenho do programa (ROLLA, 2013).

As principais medidas recomendadas para a interrupção da cadeia de transmissão e controle da TB, são o diagnóstico e tratamento precoces desses casos por meio da busca ativa do Sintomático Respiratório (SR) e tratamento oportuno. Devido a descentralização das ações de controle da doença para a Atenção Primária à Saúde (APS), os profissionais atuantes nesses serviços, dentre eles o enfermeiro, passaram a desempenhar importante papel no desenvolvimento dessas medidas (DANTAS et al., 2014).

A atuação das Equipes de Saúde da Família (ESF) é de fundamental importância para implementação de ações de vigilância, prevenção e controle da doença. Porém, observa-se uma discordância no que diz respeito a transferência de responsabilidades das ações de controle da TB para os serviços de APS e a capacidade de resposta das equipes para o manejo da doença. Dentre os fatores envolvidos na organização e desempenho dos serviços de APS, identifica-se deficiências na integração e coordenação da rede de serviços de saúde; baixa capacidade de suspeição; fluxo desordenado e direcionamento dos casos suspeitos para as unidades especializadas; deficiência no sistema de referência e contrareferência; fragmentação e medicalização no processo do cuidado; atuação inexpressiva das equipes na atenção ao domicílio (PAIVA et al., 2014).

Este estudo justifica-se pelo interesse particular da pesquisadora em ampliar os conhecimentos sobre as doenças infectocontagiosas, sobretudo, acerca da TB. Tal interesse surgiu ao cursar a disciplina Enfermagem na Saúde do Adulto II, e se intensificou durante o desenvolvimento do projeto de iniciação à docência, como monitora da referida disciplina.

Essa experiência permitiu amadurecer alguns conceitos e mergulhar nas pesquisas voltadas para essa área, pelo fato de que a TB é uma doença que representa um importante agravo para a saúde pública mundial, sendo um tema desafiador para os autores envolvidos no processo do cuidar. Ainda despertando curiosidade sobre os reais motivos que levam essa enfermidade a ser tão complexa em relação ao seu controle e cura.

Enquanto futura enfermeira, o aprofundamento sobre essa temática se faz importante pela necessidade de ampliar o domínio teórico-prático por parte dos profissionais de saúde, para que, dessa maneira, a assistência prestada a população infectada e susceptível seja eficaz, humanizada e resolutiva. Desse modo, é primordial a ampliação de estratégias envolvendo os profissionais atuantes na área, para que assim, eles estejam capacitados a lidar com o doente, a família e a comunidade, atendendo-os nas suas principais necessidades.

Visto isso, essa pesquisa pretende contribuir para uma expansão sobre as questões que envolvem as doenças infectocontagiosas, permitindo uma visão ampliada no que se refere as subnotificações, abandono de tratamento, déficits de informações e conhecimento limitado, possibilitando uma reflexão e modificação das formas como são vistas essas doenças.

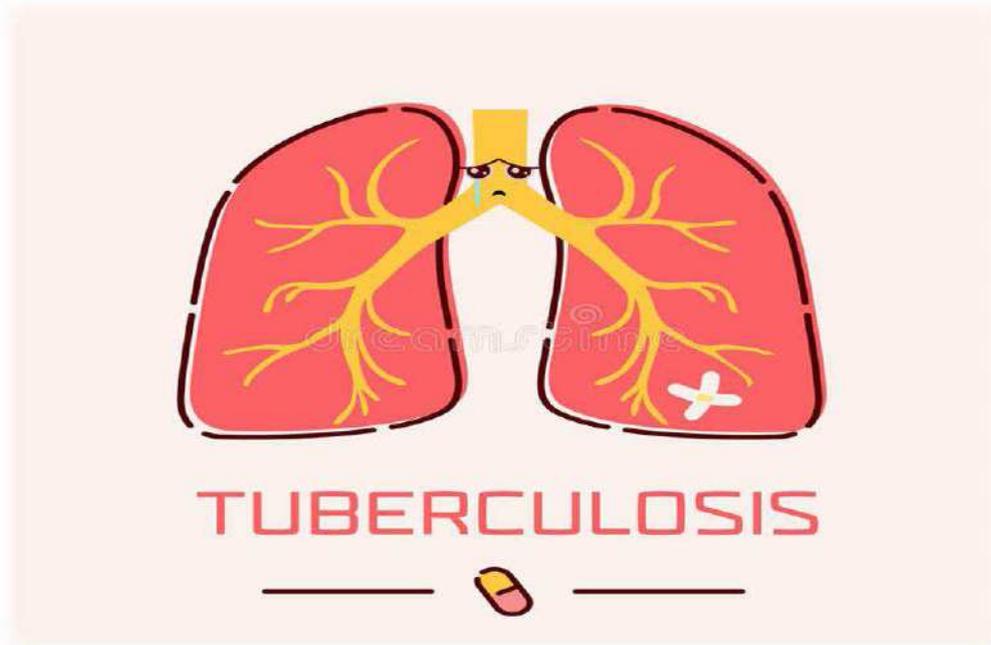
Diante do exposto este estudo será norteado pelos seguintes questionamentos: Como os usuários, de um serviço de saúde de referência para TB, compreendem as práticas assistenciais a ele ofertada? Será que eles conseguem incorporar práticas que cooperem para o controle da TB? Como a assistência de enfermagem pode ser otimizada a partir das impressões dos usuários?

## 1.2 OBJETIVO GERAL:

Analisar o conhecimento de usuários de um serviço de referência para tuberculose sobre a assistência a ele ofertada, visando o controle da TB.

### 1.2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Caracterizar a amostra quanto aos aspectos sociodemográficos e epidemiológicos;
- ✓ Investigar o entendimento do usuário sobre o tratamento medicamentoso e o acompanhamento ambulatorial da TB, ofertado pelo serviço;
- ✓ Averiguar aspectos inerentes a comorbidades, má adesão ou abandono do tratamento;
- ✓ Interrogar sobre mudanças de hábito de vida, advindas do adoecimento;
- ✓ Identificar incompreensões ou fragilidades no entendimento do usuário acerca da assistência à saúde ofertada pelo serviço;
- ✓ Apontar potencialidades do serviço para o controle da tuberculose, a partir do conhecimento do usuário.



Fonte: [www.pt.dreamstime.com](http://www.pt.dreamstime.com), 2017

*“No meio da dificuldade encontra-se a oportunidade” (Albert Einstein)*

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

---

## 2.1 O CONTROLE DA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO BÁSICA

A TB até o fim dos anos 80 foi negligenciada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelas políticas internacionais. O ressurgimento da doença no panorama internacional foi favorecido devido à dificuldade do acesso da população aos cuidados médicos, após o surgimento dos surtos de tuberculose multirresistente em países ricos, a coinfeção TB-HIV e o desenvolvimento socioeconômico. Após isso, houve incremento nas ações de controle dessa doença. Assim, em meados dos anos 90, a OMS promoveu uma intensa campanha para a aplicação de um conjunto de medidas elaboradas para controlar a tuberculose: a estratégia DOTS (BRÁS, 2013).

A estratégia DOTS, que surgiu em 1993, tinha o intuito de promover o controle da tuberculose, tendo em vista a grande ampliação do número de casos e à concentração deles nos países com baixo desenvolvimento social. No Brasil, essa estratégia foi implantada no ano de 1998, priorizando inicialmente as cidades com altos índices de casos da doença. Posteriormente, houve uma ampliação, e hoje é preconizada para todos os pacientes com diagnóstico de tuberculose (IBANÊS; NIVALDO JUNIOR, 2013).

Nesse mesmo ano, de 1998, o Brasil encontrava-se em décimo lugar no *raking* da OMS no que se refere ao número de casos de TB. Diante disso, por meio da Resolução nº 284/98, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), foi lançado o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), motivado pela permanência do problema, as elevadas taxas de abandono, baixo percentual de cura e detecção dos casos de TB. Esse plano tinha o intuito de articular as estratégias do Ministério da Saúde para reorganizar o modelo de atenção do SUS com o Programa Saúde da Família (PSF) e dos Agentes Comunitários da Saúde (PACS). O atual PNCT, aprovado em 2004, fundamenta-se na descentralização e horizontalização das ações de vigilância, prevenção e controle da tuberculose (IBANÊS; NIVALDO JUNIOR, 2013).

Desde o ano 2000, por recomendação federal, a atenção básica foi convocada a garantir os cuidados da tuberculose. Desse modo, fez-se necessário a capacitação de enfermeiros, médicos e agentes comunitários da saúde das unidades, para o atendimento dos pacientes infectados e reorganização dos serviços, no que se refere ao espaço e divisão de trabalho, especialmente para a implementação da estratégia DOTS. Assim, é imprescindível a disponibilidade de profissionais para supervisionarem regularmente a tomada dos tuberculostáticos (BRÁS, 2013).

É considerado Tratamento Diretamente Observado – TDO, a supervisão direta da tomada da medicação por um profissional da saúde, 3 vezes na semana nos 2 primeiros meses de tratamento e 2 vezes por semana nos 4 meses subsequentes (UNIS, 2012; PAZ et al, 2012). Todas as equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), deverão promover avaliação dos sintomáticos respiratórios, ofertar baciloscopia de escarro para diagnóstico da doença e tratamento com esquema básico para pacientes com BAAR positivo. Além disso, devem também avaliar as pessoas que são contatos dos doentes identificados (UNIS, 2012).

Vale destacar que são considerados sintomáticos respiratórios as pessoas que apresentam tosse por tempo igual ou superior a três semanas. E diante da persistência desse sinal clínico, no referido intervalo de tempo, demanda investigação para TB. Essa investigação se dá principalmente, através da pesquisa do bacilo álcool-ácido resistente (BAAR), pelo método de Ziehl-Nielsen. É considerado indicativo de TB quando, qualquer amostra apresentar resultado positivo para BAAR por campo microscópico, sendo considerado pelo MS, baciloscopias positivas de 10 a 99 BAAR por campo, em 100 campos observados (+); de 1 a 10 BAAR por campo, em 50 campos observados (++); mais de 10 BAAR por campo, nos primeiros 20 campos observados (+++) (BRASIL, 2014b).

Tendo em vista, a complexidade da situação da doença, existe a necessidade de uma articulação entre diversos profissionais da saúde para promover uma abordagem qualificada, permitindo a descentralização do atendimento com fortalecimento da implicação da Atenção Básica (AB) (UNIS, 2012). Para facilitar o diagnóstico precoce da TB, se faz necessário implementar nos serviços de saúde medidas gerais de prevenção como: o acolhimento dos usuários e a integração destes junto às equipes de saúde; busca ativa de casos de TB na comunidade; criação de vínculo entre o profissional e usuário/família; e, fortalecimento dos atores sociais para exercício da prática de educação em saúde, a fim de, sensibilizar de forma crítica e participativa a população (SOUZA et al., 2015; SANTOS et al., 2013).

Além disso, os profissionais atuantes nos serviços de AB possuem competências relacionadas a indicação e prescrição do esquema básico de tratamento para TB, acompanhando os casos através do TDO, baciloscopias mensais de controle até a conclusão do tratamento, identificar precocemente a ocorrência de efeitos adversos, receber os casos contrarreferenciados e encaminhar à unidade de referência os casos com forte suspeita clínica, radiológica, com baciloscopias negativas, casos de difícil diagnóstico, dentre outros (UNIS, 2012).

O PNCT por meio de suas diretrizes, indica que é necessário detectar 90% dos casos esperados e curar pelo menos 85% dos diagnosticados. Sendo necessário ainda, manter a taxa de abandono abaixo de 5% e expandir o tratamento supervisionado para 100% das Unidades de

Saúde dos municípios prioritários. Além disso, é fundamental manter os registros atualizados em relação aos casos diagnosticados e o encerramento em 100% destes. Sempre realizar busca dos sintomáticos respiratórios e providenciar o encaminhamento de todos os contatos domiciliares de um caso novo, ofertando-se ainda o teste anti-HIV para 100% dos adultos com TB (MARQUIEVIZ et al., 2013).

O tratamento dos casos de TB na atenção primária, leva em consideração a atenção continuada, que é uma particularidade relevante do cuidado, seja na relação entre usuário e equipe, entre funcionários de uma determinada especialidade ou entre especialistas e organizações, níveis ou setores de cuidado. O TDO é um elemento chave da estratégia DOTS, permite uma abordagem terapêutica capaz de moldar-se as particularidades dos núcleos familiares e assegurar a continuidade do cuidado. Ainda contempla uma maior responsabilização da equipe de saúde, que deve não apenas atentar isoladamente para a tomada da medicação, mas incluir a necessidade do fortalecimento do vínculo como elemento estruturante na atenção e controle da TB (SILVA et al., 2014).

No que concerne a atenção prestada aos casos suspeitos e/ou diagnosticados de TB, a garantia do acesso e utilização dos serviços da APS, está relacionada tanto com a disposição do usuário de entrar no sistema quanto à resolubilidade dos cuidados recebidos. Envolve diversos fatores dentre os quais estão: localização da unidade de saúde, dias e horário de funcionamento, agilidade na obtenção de consulta, oferta de procedimentos diagnósticos, distribuição regular de medicamentos, acompanhamento regular dos casos e respectivos contatos, tratamento supervisionado, atenção no domicílio (NOGUEIRA et al., 2012a).

Os serviços de AB, geralmente dispõem de recursos de baixa densidade tecnológica, desse modo, devem cumprir três funções principais: resolubilidade (solucionar mais de 85% dos problemas da população), comunicação (organizar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações entre os diferentes níveis de atenção) e responsabilização pelos microterritórios sanitários. Além disso, deve fundamentar um modelo de atenção voltado à vigilância em saúde, composta por ações de promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, incluindo a TB (ANDRADE, 2013).

O SUS oferece aos casos suspeitos de tuberculose testes gratuitos que auxiliam na detecção da doença e tratamento dos casos confirmados. O teste mais comumente utilizado é o da baciloscopia de escarro, onde, são utilizadas duas amostras, sendo uma coletada na primeira consulta ou visita domiciliar, e outra coletada na manhã do dia seguinte, de preferência ao despertar. A amostra deve ser proveniente da árvore brônquica, devendo haver um esforço para

expectoração do escarro, sendo a amostra ideal composta por 5 a 10 ml de conteúdo (BRASIL, 2014b).

Atualmente foi descoberta outra tecnologia para detectar a doença, consiste no Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB), um método molecular de Reação em Cadeia de Polimerase – PCR em tempo real, que detecta o DNA do *Mycobacterium Tuberculosis* Resistente a Rifampicina – RIF, para esse exame é coletada 1 amostra de escarro e seu resultado é obtido após duas horas. Esse teste não substituirá totalmente a baciloscopia, ele será utilizado para diagnosticar TB pulmonar e laríngea e para controle do tratamento continuará sendo utilizada a baciloscopia (BRASIL, 2014c).

Neste universo da ABS, o enfermeiro vem se destacando como autor fundamental do programa voltado ao controle da tuberculose, de cada município. Ele passou a adquirir seu espaço na gestão da saúde em razão do seu bom desempenho, visto suas funções voltadas para supervisão, gestão, coordenação, desenvolvendo e planejando ações direcionadas ao cuidado com o usuário e alcance das metas estabelecidas pelos programas (CALIARI; FIGUEIREDO, 2012).

## 2.2 O CONTROLE DA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

O Sistema Único de Saúde brasileiro, levando em consideração a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), defende o pressuposto de que a atenção voltada aos casos de TB estrutura-se tendo a Saúde da Família como centro organizacional e integrativo da rede de serviços de saúde. Entretanto, a desordem no que concerne a delegação de responsabilidades das ações de controle da TB para os serviços de AB e a limitada capacidade das equipes para o manejo da doença, tem impossibilitado o estabelecimento desses serviços como porta de entrada dos casos suspeitos. Assim, os ambulatórios especializados acabam assumindo a responsabilidade de ofertar ações de detecção e tratamento dos casos (SILVA et al., 2014).

A AB deve efetuar a avaliação dos contatos de tuberculose. Já a informação do número de contatos examinados no boletim de acompanhamento do Sinan é uma atribuição do Sistema de Atenção Especializada (SAE), a partir da informação coletada pela equipe da AB. O Ministério preconiza que o SAE deve trabalhar em parceria com a AB para garantir que a avaliação de contatos ocorra e para ter acesso à informação desses casos (BRASIL, 2013).

A TB apresenta várias implicações sociais e epidemiológicas, que são importantes para sua prevenção e controle. Para a redução do número de casos dessa doença, é necessário tanto

agilidade na detecção e diagnóstico precoce, quanto tratamento imediato e bem-sucedido. Entretanto, existem diversos fatores que dificultam a efetividade do tratamento, como a interrupção após melhora dos sintomas, não adesão, abandono relacionado aos efeitos colaterais dos medicamentos, retardo na procura pelos serviços de saúde, busca de casos não efetiva, baixo desempenho profissional evidenciado por falhas na orientação do paciente, dentre outros (SILVA; ANDRADE; CARDOSO, 2013).

As pessoas infectadas por TB que precisam de acompanhamento pelo SAE são as que apresentam resistência aos medicamentos, devendo ser direcionados às referências terciárias de TB, para uma melhor definição do esquema antituberculose. Assim, o SAE será responsável pela continuidade do manejo clínico e acompanhamento desses pacientes. Já os doentes que apresentarem efeitos adversos menores ao tratamento, deverão ser manejados exclusivamente no SAE. Os pacientes que apresentarem efeitos adversos maiores poderão ser manejados no SAE, dependendo da sua estrutura, ou serem encaminhados para outras referências secundárias de TB (BRASIL, 2013).

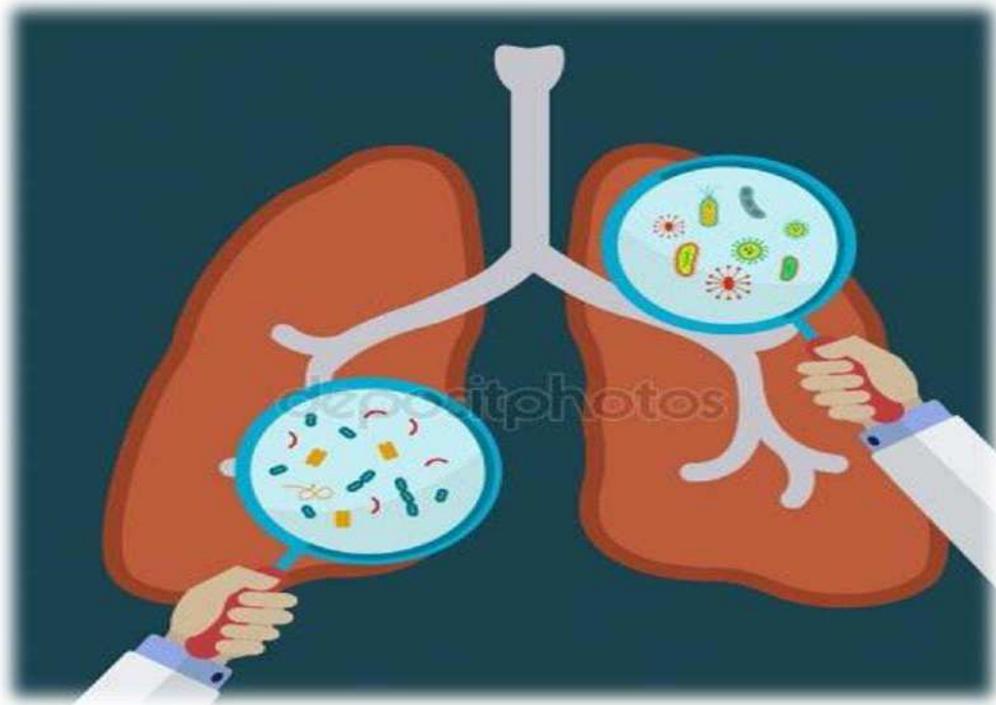
O tratamento da TB na atenção especializada, geralmente está baseado no modelo curativista. É feito com um conjunto de agentes antimicrobianos, disponibilizados pelo SUS e que podem ser divididos em duas grandes categorias baseadas em sua segurança e na sua efetividade. São eles, os agentes de primeira escolha e os agentes de segunda escolha. Os agentes de primeira escolha estão associados à altos níveis de eficácia, com níveis toleráveis de toxicidade, são estes a isoniazida, a rifampicina, o etambutol e a pirazinamida. Os fármacos de segunda escolha, serão empregados quando houver casos de resistência aos de primeira escolha, dentre eles estão, a amicacina, capreomicina, ciprofloxacino, cicloserina, etionamida, canamicina, ofloxacino, ácido p-aminosalicílico e protionamida. Todavia, estes fármacos apresentam desvantagens como maior efeito colateral, duração prolongada do tratamento e maior custo (NOGUEIRA et al., 2012b).

Segundo o MS, Brasil (2014d), a coinfeção TB-HIV é um fator preocupante por apresentar elevada magnitude e sérias implicações, portanto, incentiva-se que o teste anti-HIV seja oferecido o mais cedo possível a todo indivíduo com diagnóstico estabelecido de TB, independentemente da confirmação bacteriológica. A abordagem elencada pelo profissional de saúde com o paciente, deve estar voltada para a possibilidade de associação de duas infecções e para o diagnóstico e tratamento precoces da infecção pelo HIV, através do aconselhamento pré-teste. O resultado do teste deve ser mantido sobre sigilo, e o aconselhamento pós-teste é fundamental. Se o resultado for positivo, a pessoa deve ser encaminhada para um serviço de atenção especializada.

A TB e o HIV estão estreitamente relacionados, sendo que, as pessoas portadoras de HIV representam mais de 10% dos casos anuais de tuberculose, possuindo até 37 vezes mais probabilidade de desenvolver TB do que as pessoas que são HIV-negativo. A associação das duas doenças levou a um aumento da incidência de casos de TB e em sua morbidade e mortalidade, alterando assim, as perspectivas do seu controle no mundo. Os indivíduos com TB e que também estejam infectados pelo HIV apresentam taxas de mortalidade 2,4 a 19,0 vezes mais elevadas do que os sem coinfeção (BARBOSA; COSTA, 2014).

Embora a TB possa afetar qualquer órgão, o pulmão, comumente é o órgão mais acometido. Antes da disseminação da infecção pelo HIV, a maioria dos casos da doença eram detectados no pulmão, porém, após seu surgimento, até dois terços dos pacientes infectados com o HIV e doentes com TB podem desenvolver a tuberculose extrapulmonar (NOGUEIRA et al, 2012b). A infecção pelo HIV ocasiona uma modificação quanto a apresentação clínica da TB, a duração do tratamento, a tolerância do paciente quanto aos medicamentos, a resistência a estes, e ainda, a suscetibilidade dos comunicantes envolvidos (MARCELINO NETO et al., 2012).

No ano de 2011, o Brasil apresentou uma taxa de coinfeção TB-HIV de 9,9%, com letalidade de 6%, três vezes maior do que a observada na população geral. Visto isso, o MS preconizou como intervenções para controle da TB-HIV, testagem oportuna para HIV para todos os portadores de TB, por meio do teste rápido, diagnóstico precoce, tratamento da TB ativa e da infecção latente e o início adequado da terapia antirretroviral. Além disso, recomenda-se a organização da rede de atenção à saúde como garantia de atenção integral aos coinfectados, estabelecendo os Serviços de Atenção Especializada às pessoas que vivem com HIV/Aids como local preferencial para manejo desses indivíduos (BRASIL, 2013).



Fonte: [www.br.depositphotos.com](http://www.br.depositphotos.com), 2017

*“É parte da cura o desejo de ser curado.” (Sêneca)*

## 3 CENÁRIO METODOLÓGICO

---

### 3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo do tipo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa. As pesquisas exploratórias tem como objetivo principal ampliar, explicar e transformar conceitos e ideias, considerando a definição de problemas mais sucintos ou suposições pesquisáveis para estudos posteriores. Desse modo, esse tipo de estudo é realizado sobretudo quando a temática escolhida é menos explorada, o que torna a formulação de proposições exatas, precisas e operacionalizáveis mais complexa (GIL, 2008).

De acordo com Prodanov e Freitas (2013) a pesquisa exploratória possui planejamento flexível, o que permite o estudo do tema sob diferentes ângulos e aspectos. Este tipo de pesquisa envolve: levantamento bibliográfico; entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; análises de exemplos que incentivem o entendimento.

As pesquisas descritivas tem como objetivo basilar o delineamento das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. De maneira habitual, as pesquisas descritivas, são juntamente com as exploratórias as mais realizadas por pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática. Sendo também, as mais requeridas por organizações como instituições educacionais (GIL, 2008).

A pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas sim, com a aplicação da compreensão de um grupo social, uma organização, etc. Esse tipo de pesquisa atenta, portanto, para traços da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). Para Minayo (2014), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

A metodologia qualitativa se diferencia da quantitativa não apenas por não aplicar dados estatísticos, mas também pela maneira de coletar e analisar os dados. O método qualitativo tem a inquietação de avaliar dados e interpretar aspectos mais intensos, apresentando a complexidade dos hábitos humanos. Oferece investigação com mais detalhes referentes às averiguações, comportamentos, atos, tendências de comportamentos etc. (LAKATOS, 2008).

### 3.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido no Serviço de Referência em Tuberculose e Hanseníase, localizado na cidade de Campina Grande, no estado da Paraíba. O serviço de referência é responsável pelo diagnóstico e tratamento dos casos de TB e hanseníase notificados no município, garantindo a oferta de medicação e o atendimento multidisciplinar para cada caso. O setor realiza cerca de 20 atendimentos mensais, variando de acordo com a demanda. Em 2016, foram diagnosticados e notificados 132 casos novos de TB e 1 óbito no município no mesmo período.

A equipe é composta por 1 enfermeira, 2 técnicas em enfermagem, 1 médica especialista em TB e 1 médica especialista em Hanseníase, 1 assistente social e 1 fisioterapeuta, além de equipe de apoio logístico e administrativo, totalizando 18 funcionários no serviço. Dispõe atualmente de uma estrutura com recepção, consultório médico, consultório de fisioterapeuta, consultório de enfermagem, sala de triagem, copa, laboratório e sala de coletas para exames laboratoriais, visando o diagnóstico de agravos como: TB, Dengue, Chikungunya, entre outros.

### 3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população selecionada para compor o estudo abrangeu os usuários do Serviço de Referência em Tuberculose e Hanseníase do município de Campina Grande – PB. E a amostra correspondeu a 8 doentes de TB e/ou aqueles coinfetados TB/HIV que atenderam os critérios de inclusão descritos no próximo tópico.

No serviço de referência os atendimentos médicos são realizados duas vezes por semana, sendo que a cada dia são atendidos no máximo 12 doentes. Vale destacar que esse número varia de acordo com os agendamentos das consultas feitas pelos próprios usuários do serviço. Diante disso, por mês são atendidos cerca de 20 pacientes. O serviço funciona de segunda-feira à sexta-feira nos horários de 07:00h às 11:30h e 13:00h às 16:00h. As doenças que motivam o acompanhamento na referência são: TB Pulmonar e Extrapulmonar, Coinfecção TB-HIV e Hanseníase.

### 3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Para esse estudo foram incluídos os usuários com TB que atenderam aos seguintes critérios:

- Estivessem em tratamento no serviço de referência durante o período da coleta de dados desta pesquisa;
- Apresentassem idade igual ou superior a 18 anos;
- Apresentassem bom estado de consciência.

Foram estabelecidos como critérios de exclusão:

- Usuários que estivessem sendo acompanhados pelo serviço, porém recebessem o tratamento apenas em sua residência;
- Aqueles que estivessem cadastrados como usuários do serviço, porém não comparecessem efetivamente para recebimento das doses supervisionadas.

### 3.5 PROCEDIMENTO E INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Após conhecimento da aprovação do projeto pelo comitê, os dados foram coletados por meio do emprego da técnica de entrevistas gravadas, norteadas por um roteiro semiestruturado, o qual foi aplicado aos usuários incluídos na amostra. E as coletas ocorreram entre os meses de agosto e setembro de 2017.

As entrevistas se deram individualmente e em local reservado, garantindo a privacidade dos participantes. Após a realização de cada entrevista prosseguiu-se com a transcrição na íntegra do material construído, a fim de ser analisado. É importante ressaltar que ao serem convidados à participarem da pesquisa, os colaboradores foram informados sobre a garantia de anonimato e seu direito de desistir em qualquer momento da pesquisa, conforme preconiza a Resolução N°. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata da pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012).

Com o intuito de manter o anonimato dos participantes, esses receberam identificações com nomes de cantores (as) das décadas de 1970 e 1980, escolhidos por eles no momento da entrevista.

### 3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

As informações foram analisadas conforme a técnica de Análise de Conteúdo na Modalidade Temática proposta por Bardin, na qual se organiza em volta de um processo de categorização, que é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente por reagrupamento, com critérios previamente definidos.

Optou-se por adotar a Análise de Conteúdo Temática de Bardin (2011) entendida como um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a discursos diversificados, visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Pode-se dizer que a Análise de Conteúdo supracitada compreende três etapas básicas a pré-análise, descrição analítica e interpretação referencial. A pré-análise é compreendida por leituras e releituras constantes para a organização do material, retomando as hipóteses e os objetivos iniciais da pesquisa frente ao material coletado e na elaboração de indicadores que orientem a sistematização dos dados. A descrição analítica: consiste na operação de codificação e na transformação dos dados brutos em unidades de compreensão do texto (núcleos de sentido) para a classificação e a agregação dos dados, procurando identificar as categorias e subcategorias que comandarão a especificação dos temas. E o tratamento dos resultados: consiste na organização de uma estrutura condensada das informações para permitir, especificamente, reflexões e interpretações sobre cada categoria e subcategoria apresentada, utilizando os fragmentos das falas dos próprios sujeitos participantes da pesquisa (BARDIN, 2011).

Logo, os resultados foram apresentados através da descrição textual e quadros. Nestes há identificação de categorias, temas e fragmentos das entrevistas.

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Esse projeto foi submetido à Plataforma Brasil e, posteriormente encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (CEP/HUAC), onde obteve aprovação, pelo CAAE: 67810917.6.0000.5182. A pesquisa iniciou-se após apreciação e aprovação, respeitando todas as normas da Resolução N°. 466/2012 reservadas às pesquisas que envolvem seres humanos e com a solicitação da assinatura do TCLE pelo sujeito

participante da pesquisa. Atendendo também ao código de ética dos profissionais de enfermagem (COFEN, 2007).

Ao se disponibilizarem a participar da pesquisa, e a partir da concordância em fazer parte do estudo esclareceu-se aos participantes os objetivos da análise realizada. O sigilo, anonimato e desistência em qualquer momento da pesquisa estiveram garantidos mediante a assinatura do TCLE, que foi fornecido em duas vias no ato da entrevista, sendo uma via para o entrevistador e outra para o entrevistado.

Os métodos foram adotados de acordo com a Resolução N°. 466/2012 do CNS que norteia pesquisas envolvendo seres humanos. Solicitou-se a permissão de utilização de gravadores portáteis para as entrevistas.

Esta pesquisa ainda considera os preceitos da Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem, a qual é o código de ética dos profissionais de Enfermagem que leva em consideração a necessidade e o direito de assistência em Enfermagem da população, os interesses do profissional e de sua organização. Está centrada na pessoa, família e coletividade e pressupõe que os trabalhadores de Enfermagem estejam aliados aos usuários na luta por uma assistência sem riscos e danos (COFEN, 2007).

Compreendeu-se como fatores de risco nesta pesquisa: constrangimento, estresse, omissão de respostas relacionado ao sentimento de intimidação pela entrevista. E, mesmo não tendo benefícios diretos em participar deste estudo, indiretamente a contribuição converge para a compreensão da doença estudada e para a possível melhoria no que diz respeito ao seu controle.



Fonte: [www.pulmões-baner-março-tuberculose-24-vetorcliparte](http://www.pulmões-baner-março-tuberculose-24-vetorcliparte), 2017

*“E guardemos a certeza pelas próprias dificuldades já superadas que não há mal que dure para sempre.” (Chico Xavier)*

## **4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS EMPÍRICOS**

---

#### 4.1 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os colaboradores da pesquisa receberam codinomes de cantores como forma de preservar a identidade, estes apresentavam idades variando entre 20 e 65 anos, sendo cinco do sexo feminino e três do sexo masculino. Segundo informações do MS, Brasil (2016a) os indicadores epidemiológicos do ano de 2014, mostraram que as faixas etárias com maior coeficiente de adoecimento relacionaram-se as idades entre 15 e 60 anos ou mais. Diante disso, observa-se que os dados ministeriais condizem com as idades apresentadas pelos participantes deste estudo. De tal modo, esta informação pode sinalizar que os adolescentes, jovens, adultos e idosos permanecem no ciclo de transmissão da TB.

Quanto ao município de residência apenas um participante referiu não residir em Campina Grande – PB, sendo da cidade de Queimadas – PB. Todos residiam em casas de alvenaria onde a maioria possuía rede de esgoto e água encanada, bem como, serviço de coleta de lixo em média três vezes por semana. Santos, Silva e Azevedo (2015) trazem em sua pesquisa que a saúde e o ambiente estão intimamente relacionados, dependendo um do outro para obter promoção da saúde. Isso demonstra que um ambiente com condições adequadas de vida, acaba promovendo uma saúde populacional de maior qualidade, ocorrendo o inverso quando há um desequilíbrio, estimulando assim o aparecimento de agravos de saúde.

Entre os participantes da pesquisa, três relataram ter recebido o diagnóstico da TB no ano de 2016, e cinco no ano de 2017, sendo a maioria diagnosticado no Serviço de Referência de Tuberculose e Hanseníase em Campina Grande – PB, e os demais, na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Campina Grande – PB, em um hospital privado de João Pessoa – PB e em uma UBS da cidade de Campina Grande – PB. Além disso, metade dos entrevistados já conviveram e/ou convivem com pessoas que têm ou tiveram TB. Quanto ao tipo de adoecimento, cinco apresentavam TB pulmonar, sendo dois deles monodroga-resistente e um deles associada a bronquiectasia; um coinfeção TB-HIV; dois foram acometidos por TB extrapulmonar, sendo um ganglionar e outro TB pleural, associada a Diabetes Mellitus.

De acordo com Balderrama et al. (2014), a AB foi criada dentro do processo de estabilização do sistema público de saúde brasileiro para se tornar o eixo estruturante e a porta de entrada preferencial de acesso ao usuário à rede de atenção. Entretanto, isso não tem ocorrido de fato, levando aos usuários a buscarem atendimento em outros serviços de saúde, sobretudo, os de Pronto Atendimento (PA).

Logo, os dados apresentados no estudo supracitado, corroboram as informações transmitidas pelos usuários do serviço investigado, ao serem questionados quanto ao local onde receberam o diagnóstico de TB. Nessa perspectiva, verifica-se que a APS, enquanto porta de entrada principal para o serviço, ainda não funciona de maneira eficiente para os usuários acometidos pelo BK, levando-os a buscarem outros serviços.

Dantas et al. (2014) vêm de encontro com esses relatos quando mostram em seu estudo que, a inversão do fluxo de atendimento preconizado, sugere a incapacidade da rede básica em identificar as necessidades da comunidade e atendê-las, o que causa uma superlotação do setor de urgência, com problemas que poderiam ser resolvidos em outros níveis de atenção. Pesquisas mostram que a escolha pelos serviços de urgência é pautada em experiências prévias com alguns serviços de saúde, bem como pelos aspectos culturais. Além disso, afirmam que muitos doentes acreditam que esses locais possuem maior infraestrutura para diagnosticar e tratar problemas de saúde e, por isso, confiam mais nesses serviços.

#### 4.2 O OLHAR DOS USUÁRIOS NO SERVIÇO DE REFERÊNCIA PARA TUBERCULOSE

Ao analisar os dados das entrevistas, os resultados obtidos foram reunidos em três categorias distintas, cada uma apresentando uma denominação específica, associadas à subcategorias, temas e fragmentos das entrevistas, os quais estão apresentadas nos quadros que seguem. Nas categorias estão contidas informações que vão desde a descoberta da TB, pelo paciente, até suas apreciações referentes ao serviço de saúde onde são assistidos, sendo classificadas e agrupadas, de acordo com aproximação da temática obtida no material analisado.

**Quadro 1:** Temática referente à descoberta da TB pelo paciente e métodos diagnósticos

CATEGORIA I: Evidenciação da TB pelo paciente	
Tema	Fragmentos das entrevistas
Sintomas iniciais	<p><b>Alcione:</b> “- <i>Eu descobri através de uma tosse com sangue [...]</i>”</p> <p><b>Roberta Miranda:</b> “[...]eu comecei tossindo, tossindo, aí ficando fraca, aí depois eu tossindo muito, aí butano aqueles catarro tudo pra fora [...]</p> <p><b>Roberto Carlos:</b> “- <i>Tossindo muito, tinha noite que eu tossia que eu só faltava morrer, pensava que eu ia morrer de tanto tossir.</i>”</p>

	<p><b>Sarajane:</b> “[...]eu comecei a sentir assim, febre, tossindo muito, já tava com os pulmão que num aguentava[...]</p> <p><b>Elba Ramalho:</b> “[...]eu comecei a sentir tipo um nódulo na minha região pélvica, então a partir daí eu quis observar melhor, até fiz uma ultrassom, e não deu hérnia, não deu nada... me pediram pra fazer um raio-X do tórax e que o meu pulmão está limpo [...]até que uma clínica geral sugeriu que eu fizesse o PPD, e o meu PPD deu 20 milímetros que define que eu estou com a doença né, da tuberculose[...]</p>
Método diagnóstico	<p><b>Alcione:</b> “[...]eu fiz o exame e deu positivo, o escarro[...]</p> <p><b>Elba Ramalho:</b> “[...] fiz de sífilis, HIV e hepatite... fiz o raio-X de tórax.”</p> <p><b>Fafá de Belém:</b> “[...]o exame que diagnosticou foi a broncoscopia[...]</p> <p><b>Roberto Carlos:</b> “[...]exame de escarro... e... o raio-X, mais primeiro foi o exame de escarro[...]</p> <p><b>Sarajane:</b> “[...]pediu a solicitação dos exame e eu vim fazer e no primeiro escarro que eu fiz, aí deu que eu tava [...]aí eu fiz sangue, o de sangue que ela pediu né... e pediu o raio-X daqui do pulmão... e pediu outro exame de novo... no caso do catarro né.”</p>

**Fonte:** Dados da pesquisa, Campina Grande-PB, 2017.

No quadro 1, os temas apresentados referem-se ao modo como os usuários do serviço de referência descobriram que estavam doentes e quais os principais exames solicitados para confirmação do diagnóstico, sendo estas informações descritas em dois temas distintos: “Sintomas iniciais” e “Método diagnóstico”, e expressos por meio dos recortes dos discursos analisados.

Segundo o MS, o principal sintoma da TB pulmonar é a tosse, seja ela seca ou produtiva, com expectoração purulenta ou mucoide, com ou sem sangue, que perdure por três semanas ou mais. Além disso, outros sinais e sintomas comuns da TB pulmonar são febre vespertina, sudorese noturna, anorexia e emagrecimento (BRASIL, 2016b). Observa-se no quadro 1 que os

sinais e sintomas referidos por Alcione, Roberta Miranda, Roberto Carlos e Sarajane são similares aos supracitados.

Já na TB extrapulmonar, o quadro clínico se apresenta com sintomas que diferem da pulmonar, sendo expressos de acordo com o órgão e/ou sistema acometido (BRASIL, 2016b). A colaboradora Elba Ramalho relatou que, apresentou inicialmente um nódulo na região pélvica (inguinal), porém não apresentava tosse nem febre, e o RX de tórax não revelava alterações. Segundo Neno et al. (2014) a TB ganglionar se apresenta geralmente, como uma tumefação insensível e indolor de uma cadeia ganglionar, e a tosse nem sempre está presente, legitimando o que foi dito pela usuária do serviço.

No que concerne ao diagnóstico da TB, esse se dá através de alguns exames que são disponibilizados pelos serviços de saúde, permitindo assim a detecção da doença, são eles: baciloscopia, teste rápido molecular para TB e cultura para micobactéria, além da investigação complementar por exames de imagem (BRASIL, 2014d). O método de diagnóstico por cultura é considerado o padrão ouro na detecção do *M. tuberculosis*, por ser uma técnica mais sensível que a baciloscopia, necessitando apenas de 10 bacilos/mL para se tornar positiva, enquanto que a baciloscopia precisa de pelo menos 10.000 bacilos/mL em escarro (FERRI et al., 2014).

Os participantes Alcione, Roberto Carlos e Sarajane relataram que o primeiro exame solicitado para detecção da sua patologia foi o de escarro, ou seja, a baciloscopia. Esse dado vem mostrar a importância e fidedignidade desse teste, sendo realizado até hoje como método de primeira escolha para confirmação dos casos sintomáticos para TB. O MS, Brasil (2014d) reafirma que a cultura é um método de elevada especificidade e sensibilidade no diagnóstico dessa doença, sendo que, nos casos pulmonares com baciloscopia negativa, a cultura de escarro pode aumentar em 20% o diagnóstico bacteriológico da doença.

Outro importante instrumento utilizado atualmente para diagnóstico da TB é o Teste Rápido Molecular para TB (TRM-TB), trata-se de um teste automatizado, simples, rápido e de fácil execução, que detecta o *Mycobacterium tuberculosis* e também, se há resistência à rifampicina, em aproximadamente duas horas. A identificação precoce de resistência à rifampicina é de extrema importância, tendo em vista que, isso permite que o tratamento mais eficaz seja oferecido rapidamente, aumentando assim as chances de cura do paciente (BRASIL, 2015).

Dando seguimento a apresentação dos dados, visualiza-se a seguir o quadro 2. Neste encontra-se a categoria “Panorama do tratamento da TB no serviço especializado” onde foram descritas informações que mostram a adesão dos pacientes ao tratamento, bem como efeitos

adversos apresentados e modificações no estilo de vida em decorrência da terapêutica estabelecida.

**Quadro 2:** Temas referentes ao tratamento ofertado aos usuários do serviço.

<b>CATEGORIA II: Panorama do tratamento da TB no serviço especializado</b>	
<b>Tema</b>	<b>Fragmentos das entrevistas</b>
Dinâmica terapêutica ofertada pelo serviço	<p><b>Roberto Carlos:</b> “- Não, é a segunda já... eu sei que é três comprimido cada dia...”</p> <p><b>Roberta Miranda:</b> “- Não, eu já fiz umas duas vez.”</p> <p><b>Fafá de Belém:</b> “- É a primeira vez... É esses comprimido que elas dão né, que é um antibiótico e a primeira fase a gente toma três né, que toma sessenta dias, depois passa um minuto toma esse...vou fazer quatro meses de tratamento.”</p> <p><b>Elba Ramalho:</b> “- Sim, é a primeira vez... são quatro comprimidos por dia em jejum...”</p> <p><b>Alcione:</b> “- É. Eu só tô usando um... logo cedo quando eu acordo em jejum aí eu tomo os três de uma vez.”</p> <p><b>Erasmu Carlos:</b> “- É a primeira vez aqui, nunca fiz não. Dizer o nome num sei não, na primeira fase do tratamento.”</p> <p><b>Sarajane:</b> “- É a primeira vez. Esse remédio aí eu num sei o nome não... eu sei que eu tomo ele três vez, é no caso, três remédio, três comprimido ao dia né, todos os dias...”</p>
Mudanças ou desconfortos apresentados após início do tratamento	<p><b>Erasmu Carlos:</b> “- Não, tô mais melhor... só melhorando.”</p> <p><b>Alcione:</b> “- Não... só uma coceirinha nessa parte (pescoço), sempre que eu tomava eu sentia uma coceira.”</p> <p><b>Elba Ramalho:</b> “- Na primeira semana, nas duas primeiras semanas do medicamento eu sentia tontura, bastante tontura, então... assim, não vomitei, mas a única coisa que eu percebi foi a tontura.”</p> <p><b>Fagner:</b> “... ainda no começo assim, porque a diabetes eu tomando em jejum, ela me dava, me</p>

	<p><i>dava dor assim no estômago... é só desconforto, por causa porque ela era forte, é forte os antibiótico, mas como eu cheguei aqui ela esclareceu que podia, eu podia comer...”</i></p> <p><b>Roberto Carlos:</b> “- Já, eu já cheguei a vomitar o comprimido... e ficar com uma dor no estômago, só isso.”</p>
<p>Abandono do tratamento</p>	<p><b>Alcione:</b> “Não.”</p> <p><b>Elba Ramalho:</b> “- Nenhuma. Faço bem certinho, religiosamente (riso)... Deus me livre.”</p> <p><b>Erasmus Carlos:</b> “- Não.”</p> <p><b>Fagner:</b> “Graças a Deus, não!”</p> <p><b>Fafá de Belém:</b> “- Nunca. Foi uma luta pra ficar, porque na minha, no meu bairro não tinha o centro de referência pra eu ficar pegando essas medicação...”</p> <p><b>Roberta Miranda:</b> “- Não. Parei... parei que a médica disse que eu ia parar os medicamentos, ainda vim aqui, aí ela disse que eu já tava boa, mais comecei de novo.”</p> <p><b>Roberto Carlos:</b> “- Não. Não, não, desde início eu sigo, eu sigo direto... tive uma vez, aí tive de novo, não abandonei, não deixei não...”</p> <p><b>Sarajane:</b> “- Não.”</p>
<p>Modificações nos hábitos de vida diários</p>	<p><b>Alcione:</b> “[...]Eu tô sentindo mais fome, tô me alimentando melhor, porque antes eu num tava com muita fome não, num dava vontade de comer nada... É, o lado emocional. Você fica... a pessoa fica preocupada né, porque estando com marido com filho a pessoa fica preocupada em passar.”</p> <p><b>Elba Ramalho:</b> “[...]pra comer assim, eu não tinha muito apetite eu comia porque tinha que comer mesmo, eu percebi que eu passei a comer mais, fiquei mais faminta (risos), ganhei peso e fiquei mais disposta, eu percebi.”</p> <p><b>Erasmus Carlos:</b> “[...]Tô comendo mais... peso eu num sei ainda não que eu num me pesei aqui ainda...”</p>

	<p><b>Fagner:</b> “Mudou porque é muito diferente, com essa medicação que eu tomei daqui eu pesei 63 quilos quando tava no HU, hoje eu tô com setenta e seis e meio, cheguei a setenta e sete e pouco já, mas o meu peso sempre é esse 76, 75... graças a Deus!”</p> <p><b>Fafá de Belém:</b> “[...]não, é do mesmo jeito, só que não pode consumir muito o leite e o queijo, tudo derivado de leite né, aí... mas só nas primeiras refeições.”</p> <p><b>Roberta Miranda:</b> “[...]O peso eu perdi... fome eu num tem não, eu tem fastio assim, aí vontade de comer assim, eu num tem...”</p> <p><b>Roberto Carlos:</b> “- O peso diminuiu...”</p> <p><b>Sarajane:</b> “- Não, no caso eu tô assim, comendo bem né...”</p>
--	--

**Fonte:** Dados da pesquisa. Campina Grande, 2017.

O tratamento da TB sensível preconizado pelo MS é baseado em esquemas onde os fármacos utilizados são isoniazida (H), rifampicina (R), pirazinamida (Z) e etambutol (E). Para os pacientes com idade igual ou superior a 10 anos, estes medicamentos apresentam-se em comprimidos com doses fixas combinadas (RHZE e RH). Para determinar o tipo de esquema a ser utilizado, é necessário que o caso seja definido. Para os acometidos por TB ativa, e que nunca receberam medicações para tratar a doença ou submetidos ao tratamento por menos de 30 dias é considerado um caso novo. Já aqueles que apresentam recidiva, são os que ainda têm TB ativa mesmo após ter sido tratado tendo alta por cura, ou por completar o tratamento. Além disso, ainda há possibilidade de ser um caso de reingresso após abandono, remetendo uma condição de TB ativa, tratada anteriormente, porém com interrupção do tratamento por mais de 30 dias consecutivos, sendo necessário o retratamento (BRASIL, 2016b).

Em relação a dinâmica terapêutica ofertada no serviço, a maioria dos entrevistados referiram ser a primeira vez que estavam sendo tratados, se enquadrando assim, como casos novos. A respeito das dosagens e medicamentos preconizados para o tratamento, os usuários não sabiam mencionar os nomes, porém, informaram a fase do tratamento em curso. O MS Brasil (2016b) traz como esquema básico para os pacientes com faixa etária semelhante à dos participantes da pesquisa, o tratamento dividido em duas fases: a intensiva e a de manutenção. Na primeira, é feita a combinação de RHZE (150/75/400/275mg) em dose fixa combinada durante 2 meses. Além disso, a dose é determinada pelo peso do paciente variando em 2, 3 ou

4 comprimidos. Já a fase de manutenção tem duração de 4 meses e nela há a combinação dos medicamentos RH (150/75mg), correspondendo também a dose fixa combinada, seguindo o mesmo critério da fase intensiva, para definir a quantidade de comprimidos.

Ao observar o quadro 2, verifica-se que Fafá de Belém, discorreu sobre o esquema terapêutico supracitado. Enfatizou que na primeira fase do seu tratamento tomou três comprimidos por dia, durante sessenta dias. E no período da entrevista, ela já estava entrando para o quarto mês de tratamento, referindo-se a segunda etapa, ou fase de manutenção. As colaboradoras: Alcione e Sarajane, também referiram tomar três comprimidos em seu tratamento. Já, Elba Ramalho, contou que faz uso de quatro comprimidos por dia em jejum.

Por outro lado, Roberto Carlos mencionou fazer o seu segundo tratamento, ou seja, retratamento por recidiva, tomando três comprimidos por dia. Da mesma forma, Roberta Miranda afirmou já haver realizado mais de uma vez o tratamento. Ambos apresentaram resistência a Rifampicina. Conforme Dalcolmo (2012) em casos como esses, as normas nacionais de saúde recomendam que seja realizado o esquema especial para intolerância a um medicamento, no caso da Rifampicina serão administrados 2HZES/10HE. Porém, caberá a unidade de referência avaliar a indicação ou não, e alguns aspectos como a fase em que se encontra o tratamento, evolução clínica, bacteriológica e radiológica, além da adesão e história de tratamento anterior para TB.

Ao iniciar o tratamento, geralmente os doentes apresentam reações adversas aos medicamentos. Segundo Chirinos et al. (2017), o tratamento medicamentoso é tido pelos pacientes como uma experiência negativa, motivada pelos efeitos colaterais que podem surgir. Seu estudo mostra que as consequências mais prevalentes nos pacientes foram as relacionadas a danos auditivos, tonturas, fortes dores de cabeça, enjoo, gastrite, dentre outros. Demasceno et al. (2013) por meio de suas pesquisas também afirmaram que, os efeitos habitualmente encontrados no tratamento foram: distúrbios gastrointestinais, caracterizados por irritação gástrica, náuseas, vômitos e dor abdominal, alterações na pele e dores nas articulações.

Nesse sentido, Elba Ramalho, Fagner e Roberto Carlos trouxeram em suas falas relatos sobre desconfortos apresentados ao iniciar o tratamento que são semelhantes a alguns dos sintomas evidenciados nos estudos acima descritos. Desse modo, o MS, Brasil (2016b) classifica os efeitos adversos associados ao tratamento antituberculose em maiores e menores, sendo que, as reações apresentadas pelos colaboradores se encaixam nos efeitos adversos considerados menores.

Assim, são definidos como efeitos adversos menores: náusea, vômito, dor abdominal, suor/urina de cor avermelhada, prurido ou exantema leve, dor articular, neuropatia periférica,

hiperuricemia sem sintomas, hiperuricemia com artralgia, cefaleia, ansiedade, euforia e insônia. Já os efeitos adversos maiores, compreendem: exantema ou hipersensibilidade de moderada a grave, psicose, crise convulsiva, encefalopatia tóxica ou coma, neurite óptica, hepatotoxicidade, hipoacusia, vertigem, nistagmo, trombocitopenia, leucopenia, eosinofilia, anemia hemolítica, agranulocitose, vasculite, nefrite intersticial, rabdomiólise com mioglobínúria e insuficiência renal (BRASIL, 2016b).

No que concerne a problemática de abandono do tratamento, Chirinos et al. (2017), Couto et al. (2014) e Ferri et al. (2014) trouxeram em seus estudos que entre os principais motivos do abandono do tratamento anti-TB estão os efeitos adversos ocasionados pelos medicamentos. Estes, geralmente são associados ao baixo nível socioeconômico, fator que impede uma adequada alimentação para essas pessoas, de forma que, elas não possuem recursos para comprar alimentos saudáveis, que reduziriam os efeitos colaterais. Outros fatores que levam ao abandono relacionam-se a discriminação social tanto por parte dos amigos e profissionais quanto da própria família. A falta de informação também é descrita nos estudos como um motivo, revelando descaso por parte do profissional para com o usuário.

Os resultados obtidos nos estudos citados divergem daqueles apresentados aqui, no tocante ao abandono do tratamento, uma vez que os participantes deste estudo relataram nunca haver abandonado o tratamento. Vale salientar que mesmo aqueles que apresentaram efeitos colaterais, principalmente no início do tratamento, persistiram, e após algumas modificações nos hábitos de vida, o mal-estar cessou. Algumas falas mostraram que o usuário tem receio de abandonar o tratamento e agravar os sintomas, isso é percebido nos relatos de Elba Ramalho, Fagner e Fafá de Belém, quando afirmaram cumprir rigorosamente o tratamento.

Souza et al. (2015) destaca que, segundo o MS o abandono da terapêutica, assim como o tomada incorreta dos medicamentos podem estar associados a diversos fatores, como: reações adversas e tratamento prolongado; melhora clínica dos sintomas nos primeiros meses, dificuldade em comparecer às unidades de saúde; não aceitação do diagnóstico; ou ainda, falhas no programa de controle da TB. O mesmo autor destaca ainda que, os abandonos ocorrem geralmente nos primeiros meses de tratamento, sendo mais frequente entre os mais jovens.

No que diz respeito as modificações dos hábitos de vida dos usuários em tratamento, um ponto importante a ser discutido é sobre a alimentação. Segundo Freitas et al. (2016) as condições alimentares dos doentes em tratamento nem sempre são favoráveis o que colabora para a reativação do bacilo em estado de latência. O organismo humano para manter-se em equilíbrio precisa de uma alimentação balanceada e nutritiva, por essa razão pessoas com

distúrbios alimentares estão mais suscetíveis ao apresentarem doenças crônicas, culminando em uma resistência sistêmica ao tratamento.

Durante as entrevistas, alguns participantes referiram que após iniciar o tratamento, passaram a se alimentar melhor, pois o apetite foi readquirido e com isso recuperaram o peso. Este quesito expressa-se como aspecto favorável ao seguimento do tratamento. Em contrapartida, Roberto Carlos e Roberta Miranda relatam que perderam peso, sendo estes os usuários que apresentaram resistência a Rifampicina e estão em retratamento, fato esse expresso no estudo de Freitas et al. (2016) quando mostra a importância de uma boa alimentação.

Na fala de Alcione é revelada a sua preocupação quanto a transmissão da doença para seu marido, e principalmente para o seu filho pequeno. Preocupações como esta comprometem a condição emocional do doente de TB. Rocha e Adorno (2012) trouxeram em sua pesquisa uma análise que se assemelha ao que foi expresso por Alcione, quando mostrou que as relações familiares dos doentes de TB, sobretudo quando se referem a pais de filhos pequenos, são tomadas pelo medo da separação entre eles, ou de promover sofrimento.

Finalizando a apresentação dos dados, encontra-se a seguir o Quadro 3, que traz a categoria “O feedback com o serviço” com temas relacionados à compreensão e capacidade dos pacientes em seguir as orientações transmitidas pelos profissionais durante as consultas, bem como a opinião de cada um sobre o atendimento recebido no serviço.

**Quadro 3:** Temas que abordam a dinâmica das consultas e opiniões sobre o serviço.

CATEGORIA III: O feedback com o serviço	
Tema	Fragmentos das entrevistas
Seguir orientações das consultas	<p><b>Alcione:</b> “- Não... Sempre tá com máscara né, pra cuidar dele o menino, mais eu vivo com máscara 24 horas, até pra dormir eu tô com ela, eu não tiro mais... o remédio em jejum...”</p> <p><b>Elba Ramalho:</b> “- Não não, até porque eu boto o celular pra despertar todo dia 6 horas da manhã, levanto, tomo a medicação e passo uma hora pra poder tomar café... É, justamente, pra tomar sempre na hora certinha, ficar uma hora sem me alimentar e evitar tomar leite nas primeiras quatro horas.”</p> <p><b>Erasmo Carlos:</b> “- Não... do jeito que ela passou eu fiz... pra mim tomar um remédio um no dia outro no outro, por causa que eu num posso tomar a dosagem de uma vez por causa que eu, do transplante.”</p>

	<p><b>Fafá de Belém:</b> “- Não... é não... normal, é só os cuidados, tomar direitinho né!?”</p> <p><b>Fagner:</b> “- Não, todas que são passadas por mim, eu eu cumpro. Cumpro porque pro meu bem eu faço tudo, pra minha saúde. Graças a Deus eu faço tudo.”</p> <p><b>Roberta Miranda:</b> “- Faz, faço, o que ela diz que é pra eu fazer eu faço.”</p> <p><b>Roberto Carlos:</b> “- Não, é não... Agora, tô com dois erro, eu num vou mentir não (risos), um não era pra eu estar fumando, eu fumo! Final de semana, eu tomo uma uma... uma caída, como se diz no modo popular (risos)... aí tomo meus pileque que num era pra eu tá bebendo, pronto.”</p> <p><b>Sarajane:</b> “- Não não... que eu tome o remédio né, na hora certa e num deixe de vim né, nos dia de pegar o remédio... pronto!”</p>
Recomendar o serviço	<p><b>Alcione:</b> “- Indicaria. Eu cheguei aqui né, me receberam bem... num tive do que me queixar não, daqui não, tudo bom.”</p> <p><b>Erasmu Carlos:</b> “- É dizia que é bom né, a pessoa é bem acompanhado, até que minha irmã já veio fazer um teste aí já... num tenho nada a reclamar, até agora, não.”</p> <p><b>Fagner:</b> “- Eu diria que viesse... num tinha problema nenhum, porque as referências que eu tenho daqui são as melhores, o tratamento de pessoal ao tratamento da medicação... digo a senhora com certeza de coração, num tô mentindo.”</p> <p><b>Roberta Miranda:</b> “- O que eu digo é que, que é bom... é.”</p> <p><b>Roberto Carlos:</b> “- Eu orientava pra ele fazer [...]Aprovo! É é ótimo, é ótimo!”</p> <p><b>Sarajane:</b> “- E eu ia dizer que era muito bom né, os pessoal são muito legal, atende bem... mandaria ele vim.”</p>
Recomenda por conveniência	<p><b>Elba Ramalho:</b> “- É... no início eu quis ter uma resistência porque assim, no posto próximo aonde eu moro não me atendem, porque como é um prédio novo, então não cobre o mapa de lá</p>

	<p><i>do posto não cobre, então eu tenho que vir pra cá, até porque daqui eu vou pro meu trabalho, e meu trabalho é no centro, é bem próximo e eu achei mais prático aqui, porque a gente chega toma medicação bem rapidinho e vai embora, eu imaginei que no posto teria mais burocracia, demora, então assim, eu tô preferindo e tô gostando do atendimento daqui... recomendo.”</i></p> <p><b>Fafá de Belém:</b> <i>“- Indico, agora eu acho que aqui necessitava de um... minha opinião... de um nutricionista, porque as pessoas que vem, a maioria que vem aqui são pessoas que não tem qualidade... não tem financeiramente, aí diz você não pode comer isso, comer aquilo, aí deixa muita confusão... É, no começo eu num gostava não, que tinha esse impasse da gente ter um local onde eu pudesse, que eu num era pra ta aqui, que o meu bairro infelizmente não tinha, certo. Porque aqui é o central elas exige mais né, por sinal ela queria que viesse tomar aqui e num dava condição, mas, num tenho o que dizer não.”</i></p>
--	---

**Fonte:** Dados da pesquisa. Campina Grande, 2017.

Conforme o MS, Brasil (2016b) o doente de TB tem direito de ser orientado em relação a todas suas características clínicas, de maneira clara, bem como receber informações sobre seu tratamento de maneira detalhada, incluindo as possíveis consequências do uso irregular e eventos adversos ocasionados pela terapêutica. Os serviços de saúde têm por competência, providenciar meios necessários para que todos os pacientes com diagnóstico positivo para TB, sejam tratados sem atraso e com qualidade. Nas falas dos colaboradores, é possível observar que nenhum relatou sentir dificuldade em seguir as orientações recebidas nas consultas, fato esse que, em detrimento ao recomendado pelo MS mostra a efetividade do acolhimento no serviço, esclarecendo de maneira simples o plano terapêutico a ser seguido pelo paciente.

Em relação as orientações voltadas para as doses terapêuticas, os participantes do estudo relatam sobre o jejum e a ingestão dos comprimidos na hora correta, atentando sempre para esses fatores, como um requisito para obter melhora do quadro clínico. O MS, Brasil (2016b) informa que as medicações devem ser tomadas uma vez ao dia, podendo ser em jejum ou em

qualquer horário, frisando que, quando o paciente ingere o medicamento antes de se alimentar, uma melhor absorção será obtida.

No que concerne ao etilismo e tabagismo associados ao tratamento da TB, Monteiro et al. (2015) mostraram, que esses são fatores que atrapalham o sucesso terapêutico desses pacientes, tendo em vista que, além de dificultar a adesão do paciente ao tratamento, provocam agravos no quadro clínico. Desse modo amplia-se a possibilidade de evolução da patologia para doença cavitária crônica, sem mencionar o grande percentual de abandono da terapia. O etilismo, apresenta um maior destaque por ser um importante fator de risco para mau prognóstico e desfecho desfavorável do tratamento da TB.

Nas entrevistas realizadas, um dos participantes revelou não apresentar dificuldades em seguir as orientações recebidas nas consultas, porém, confessou fumar e consumir bebidas alcoólicas mesmo estando tomando as medicações para TB. Apesar de ter sido informado sobre as consequências que esses hábitos podem ocasionar, devido a interação com a terapia, ele insiste em continuar. Em detrimento a isso, o usuário já está realizando o tratamento pela segunda vez, e continua apresentando positividade na baciloscopia, o que confere um desfecho desfavorável da terapêutica, como mencionado no estudo de Monteiro et al. (2015).

Finalizando as discussões dessa categoria, aborda-se o tema referente as opiniões dos usuários sobre os cuidados a eles ofertado no Serviço de Referência. É possível visualizar nas respostas, que a maioria dos entrevistados consideram o serviço de excelente qualidade, tanto no que concerne o atendimento profissional quanto a dispensação de tuberculostáticos. Todos eles, mesmo os que apresentaram suas ressalvas para o serviço, ao final referiram que indicariam a Unidade de Referência.

Unis (2012) esclarece em sua pesquisa o papel dos três níveis de atenção no controle da tuberculose, onde a AB tem por competências a indicação e prescrição do esquema básico, acompanhamento dos casos sob TDO, baciloscopias mensais de controle até conclusão do tratamento. Aponta ainda, a identificação precoce de possíveis efeitos adversos que venham surgir e encaminhamento de casos à unidade de referência em situações que evadam da competência desse nível de atenção. Já a referência secundária deve dar suporte à AB com assistência de profissionais especialistas ou generalistas com experiência em TB, acolhendo aqueles doentes que apresentarem complicações clínicas e resistência a terapêutica. A referência terciária deve apresentar uma equipe multiprofissional formada por especialistas, que seja capacitada para o manejo da TB resistente e sua complexidade.

A assistência no serviço de referência é tida como a melhor por alguns participantes da pesquisa pela facilidade de acesso e atendimento efetivo. Apesar da AB ser a porta de entrada

preferencial para esse tipo de atendimento, os usuários enxergam maiores dificuldades tanto em relação ao atendimento quanto acesso ao serviço e realização do tratamento. Em meio a essas informações, é perceptível a fragilidade dos serviços de atenção primária na assistência aos usuários acometidos pela TB. Nas entrelinhas é revelada também a questão do estigma social, do preconceito e do medo que o doente tem de expor o diagnóstico.



Fonte: [www.br.freepik.com](http://www.br.freepik.com), 2017

*“Cada segundo é tempo para mudar tudo para sempre” (Charles Chaplin)*

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

O estudo desenvolvido teve a proposta de realizar uma análise acerca do conhecimento dos usuários de um serviço de referência para TB, localizado na cidade de Campina Grande – PB. Lá foram realizadas entrevistas com 8 doentes em tratamento, a fim de, compreender a dinâmica da assistência a eles ofertada, visando o controle da tuberculose.

Os participantes apresentavam idades variando entre 20 e 65 anos, havendo semelhança em relação as condições de moradia, saneamento e aspectos ambientais. Entretanto, quanto aos aspectos epidemiológicos, observou-se variação quanto ao acometimento da TB e comorbidades associadas. Isso vem mostrar, o quanto essa doença pode variar de pessoa para pessoa e se agravar conforme o estilo de vida e doenças preexistentes de cada um.

Ao investigar o entendimento dos usuários sobre seu tratamento e o acompanhamento no serviço de referência, verificou-se que os mesmos compreenderam bem o que lhes era transmitido nas consultas. Assim, referiram seguir a terapêutica de maneira correta, reproduzindo as orientações e entendendo a importância de cada etapa da terapia anti-TB, sobretudo, quanto a necessidade de completar todo o esquema padronizado, para alcançar a cura.

Alguns participantes apresentavam comorbidades como infecção pelo HIV/aids, *Diabetes Mellitus* e bronquiectasia, fatores esses que agravaram o quadro clínico, e em alguns casos prolongaram a duração do tratamento. Mesmo diante dos efeitos adversos provocados pelos tuberculostáticos, para alguns pacientes, todos apresentaram uma boa adesão ao tratamento. Desse modo, não houve relato de abandono, o que sinaliza compromisso de cada cliente e a competência da equipe que realiza o acompanhamento.

Quanto as mudanças dos hábitos de vida advindas do adoecimento, alguns usuários informaram que antes de iniciar o tratamento anti-TB haviam perdido peso devido à falta de apetite e apresentavam-se indispostos constantemente. Após iniciar a terapia, reverteram essa condição e recuperaram o peso corpóreo e a disposição para as atividades cotidianas. Essas mudanças resultaram em uma maior qualidade de vida, fortalecimento da confiança e aumento da força de vontade para concluir o tratamento.

A dinâmica terapêutica conduzida pelos profissionais do serviço de referência mostrou-se acessível aos usuários, tanto na dispensação de medicamentos quanto na compreensão das orientações, pelos doentes. A maioria verbalizou compreender as orientações e incorporá-las no seu dia-a-dia. Todavia, apenas um cliente referiu não seguir corretamente o que lhe era solicitado nas consultas, porém esse não cumprimento não estava relacionado a falta de entendimento, mas a dificuldade pessoal de modificar hábitos de vida.

Os clientes atendidos pelo serviço, de um modo geral, se mostraram satisfeitos com a metodologia de trabalho adotada pela equipe. Todos os participantes da pesquisa expressaram pontos positivos relacionados ao seu acompanhamento, culminando na aprovação do serviço. Apesar desse resultado, uma das participantes sugeriu a inclusão de nutricionista, na equipe multiprofissional, com o intuito de melhor orientá-los quanto ao tipo de alimentação adequada durante o tratamento. Já, uma outra entrevistada expressou elevado interesse no serviço, sobretudo, pelas dificuldades para acessar a AB.

Diante do exposto nesse estudo, pôde-se concluir que, o referido serviço especializado para o controle da TB vem correspondendo as demandas apresentadas pelos seus clientes. De tal modo, dispõe de um atendimento eficiente e de qualidade, desde a realização do diagnóstico até o acompanhamento terapêutico contínuo, durante todo o tratamento. Assim, os aspectos apontados pelos usuários demonstraram que a equipe vem desempenhando com zelo as suas atribuições, apontando uma performance satisfatória desse nível de atenção.

Além de todos os aspectos analisados no desenvolvimento dessa pesquisa, foi possível visualizar o compromisso com o qual a equipe do serviço em questão trabalha e se adequa à realidade vivenciada pelos usuários a fim de melhor atendê-los. O profissional enfermeiro dentro desse setor, desenvolve um papel fundamental. Nas suas consultas acolhem o doente e preparam-no para receber o diagnóstico e tratamento. Nesse movimento, conquistam a confiança do usuário e ressaltam a importância da realização completa da terapia para obtenção da cura da TB.

Sendo assim, acredita-se que um maior preparo dos profissionais de saúde contribuiria para a melhoria da saúde pública, tendo em vista que, a partir disso, haveria maiores possibilidades de controlar os índices de incidência e mortalidade da TB. Contudo, visualiza-se que na dinâmica da oferta de serviços de saúde, a Atenção Básica vem apresentando elevadas dificuldades para controlar esta doença. Muitos estudos, voltados para este campo de atenção à saúde, mostraram um grande despreparo do enfermeiro em atender pessoas com TB, não sendo realizado o acolhimento tão priorizado, nem tão pouco o TDO.

Logo, ao refletir sobre esta persistente problemática de saúde pública, surgiram alguns questionamentos: Será que, apenas reduzir as estimativas futuras de casos de TB, é o suficiente para controlá-la? Ou seria interessante, investir também na capacitação, sensibilização, qualificação e valorização dos profissionais que atuam na AB? Essa reflexão é necessária para reduzir as fragilidades repetitivas que permeiam a dinâmica do controle da TB, diante dos achados apresentados neste estudo. Vale salientar que, novamente, se constata uma inversão do

fluxo de atendimento, no qual o serviço de referência estabelece o primeiro contato com o doente, acolhendo-o e tratando-o.

Por fim, é importante frisar que as discussões acerca dessa temática tão conhecida, e ainda tão evidente no cotidiano dos serviços de saúde não se encerram com esse estudo, pelo fato de que outras pesquisas posteriores poderão complementá-lo ou até mesmo ampliá-lo.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, R. L. P. et al. Diagnóstico da tuberculose: atenção básica ou pronto atendimento? **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1149-1158, 2013.
- BALDERRAMA, P. et al. Porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose: avaliação da estrutura dos serviços. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. UFG, v. 16, n. 3, p. 511-9, 2014. Disponível em: <[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v16/n3/pdf/v16n3a03.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n3/pdf/v16n3a03.pdf)> Acesso em: 18 de dezembro de 2016.
- BARBOSA, I. R.; COSTA, I. C. C. Estudo Epidemiológico da Coinfecção Tuberculose-HIV no Nordeste do Brasil. **Revista de Patologia Tropical**, Universidade Federal de Goiás, v. 43, n.1, p. 27-38, jan-mar. 2014.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: edições 70, 2011.
- BERTOLOZZI, M. R. et al. O controle da tuberculose: um desafio para saúde pública. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 93, n. 2, p. 83-89, 2014.
- BRÁS, O. R. Trabalho político em saúde: a tuberculose no Rio de Janeiro. **Saúde e Tecnologia**, Portugal, p. 65-70, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para o manejo da coinfecção TB-HIV em serviços de atenção especializada a pessoas vivendo com HIV/Aids/** Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais – 1 ed.- Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 5-10 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Tuberculose – Descrição da doença/** Ministério da Saúde, Portal da Saúde. 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/741-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/tuberculose/11481-descricao-da-doenca>> Acesso em: 09 de dezembro 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância em Saúde/** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica – Volume único - Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 379, 384-385 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Teste Rápido Molecular (TRM-TB): uma nova tecnologia para o diagnóstico da tuberculose/** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Tuberculose – Orientações/** Ministério da Saúde, Portal da Saúde. 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/741-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/tuberculose/11483-orientacoes>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Rede de Teste Rápido para Tuberculose no Brasil: primeiro ano da implantação** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância em Saúde**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica – Volume único - Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 379, 384-385 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Panorama da Tuberculose no Brasil: a mortalidade em números**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis – 1 ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – v. 48, n. 8 - Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

CALIARI, J. S.; FIGUEIREDO, R. M. Tuberculose: perfil de doentes, fluxo de atendimento e opinião de enfermeiros. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 43-47, 2012.

CHIRINOS, N. E. C.; MEIRELLES, B. H. S.; BOUSFIELD, A. B. S. A relação das representações sociais dos profissionais da saúde e das pessoas com tuberculose com o abandono do tratamento. **Texto Contexto Enferm.**, Santa Catarina, v. 26, n. 1, p. 1-8, 2017.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. 2007.

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

DALCOLMO, M. P. Tratamento da Tuberculose sensível e resistente. **Pulmão RJ**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 55-59, 2012.

DAMASCENO, G. S. et al. Adverse reactions to antituberculosis drugs in Manguinhos, Rio de Janeiro, Brazil. **Clinical Science**. V. 68, n. 3, p. 329-337, 2013.

DANTAS, D. N. A. et al. Fatores associados à primeira escolha de local para o diagnóstico da tuberculose. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Rio Grande do Sul, v. 35, n. 3, p. 75-81, 2014.

FERRI, A. O. et al. Diagnóstico da tuberculose: uma revisão. **Revista Liberato**. Novo Hamburgo, v. 15, n. 24, p. 105-212, jul./dez. 2014.

- FREITAS, W. M. T. M. et al. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes portadores de tuberculose atendidos em uma unidade municipal de saúde de Belém, Estado do Pará, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude*, v. 7, n. 2, p. 45-50, 2016.
- GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.
- GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- IBANÊS, A. S.; NIVALDO JÚNIOR, C. Panorama internacional e nacional da estratégia do tratamento diretamente supervisionado (DOTS) nas políticas de controle da tuberculose. *ABCS Health Sciences*, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 25-32, 2013.
- LAKATOS, E.M. **Metodologia científica**. 5º ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- MACIEL, M. S. et al. A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da miséria. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 226-230, 2012.
- MARCELINO NETO, S. et al. Perfil clínico e epidemiológico e prevalência da coinfeção tuberculose/HIV em uma região de saúde no Maranhão. *J Bras Pneumol*, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 724-732, 2012.
- MARQUIEVIZ, J. et al. A Estratégia de Saúde da Família no controle da tuberculose em Curitiba (PR). *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 265-271, 2013.
- MINAYO, S. C. M. **O Desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MONTEIRO, N. L. S. Abandono do tratamento da tuberculose: Uma análise epidemiológica dos seus fatores de risco. *Cad. de Cult. e Ciênc. URCA*, v. 13, n. 2, mar. 2015.
- NENO, M. et al. Tuberculose ganglionar: Desafio diagnóstico. **Casos clínicos/Série de casos**. V. 28, n. 1, p. 2-4, 2014.
- NOGUEIRA, J. A. et al. Vínculo e acesso na Estratégia Saúde da Família: percepção de usuários com tuberculose. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. Ceará, v. 13, n. 4, p. 784-793, 2012.<sup>1</sup>
- NOGUEIRA, A. F. et al. Tuberculose: uma abordagem geral dos principais aspectos. **Rev. Bras. Farm.** Rio de Janeiro, v. 93, n. 1, p. 3-9, 2012.<sup>2</sup>
- PAIVA, R. C. G. et al. Acessibilidade ao diagnóstico de tuberculose me município do Nordeste do Brasil: desafio da atenção básica. **Rev. Eletr. Enfer.** v. 16, n. 3, p. 520-526, 2014.
- PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Universidade Feevale, 2013.

PAZ, L. N. F. et al. Efetividade do tratamento da tuberculose. **J Bras Pneumol**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 503-510, 2012.

ROCHA, D. S.; ADORNO, R. C. F. Abandono ou descontinuidade do tratamento da tuberculose em Rio Branco, Acre. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 21, n. 1, p. 232-245, 2012.

ROLLA, V. Tuberculose. **Fundação Oswaldo Cruz.** Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<https://agencia.fiocruz.br/tuberculose>> Acesso em: 09 de dezembro 2016.

SANTOS, J. F. et al. Educação em saúde para prevenção de tuberculose. **XIII Jornada de Ensino, Pesquisa e Extensão – JEPEX, UFRPE**, Recife, 2013.

SANTOS, D. A. S.; SILVA, M. S.; AZEVEDO, J. V. V. A saúde e o meio ambiente na visão do enfermeiro na atenção primária à saúde. **InterfacEHS – Saúde, Meio Ambiente e Sustentabilidade**, v. 10, n. 2, dezembro 2015.

SILVA, C. C. A. V.; ANDRADE, M. S.; CARDOSO, M. D. Fatores associados ao abandono do tratamento de tuberculose em indivíduos acompanhados em unidades de saúde de referência na cidade do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil, entre 2005 e 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília**, v. 22, n. 1, p. 77-85, 2013.

SILVA, D. M. et al. Avaliação de desempenho de Serviços da Atenção Básica para o tratamento da tuberculose. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 1044-1053, 2014.

SOUZA, E. P. et al. Prevenção e controle da tuberculose: Revisão integrativa da literatura. **Revista Cuidarte**, Colombia, v. 6, n. 2, p. 1094-1102, 2015.

UNIS, G. Papel da atenção básica no controle da tuberculose. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Rio Grande do Sul, v. 2, n. 3, p. 120-121, 2012.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A \_ TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Esta pesquisa intitulada “**A DINÂMICA DO CONTROLE DA TUBERCULOSE NUM SERVIÇO DE REFERÊNCIA: o conhecimento do usuário**” trata-se de um Trabalho de Conclusão do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cuité, e está sendo desenvolvida pela aluna Aline Batista Monteiro, sob a orientação da Prof.<sup>a</sup>. MSc. Édija Anália Rodrigues de Lima. O estudo tem como objetivo geral: Analisar o conhecimento de usuários de um serviço de referência para tuberculose sobre a assistência a ele ofertada, visando o controle da tuberculose. E como objetivos específicos: Caracterizar a amostra quanto aos aspectos sociodemográficos e epidemiológicos; Investigar o entendimento do usuário sobre o tratamento medicamentoso e o acompanhamento ambulatorial da TB, ofertado pelo serviço; Averiguar aspectos inerentes a comorbidades, má adesão ou abandono do tratamento; Interrogar sobre mudanças de hábito de vida, advindas do adoecimento; Identificar incompreensões ou fragilidades no entendimento do usuário, acerca da assistência à saúde ofertada no serviço; Apontar potencialidades do serviço para o controle da tuberculose, a partir do conhecimento do usuário.

O desenvolvimento deste estudo justifica-se pelo anseio de buscar respostas sobre os motivos que favorecem o crescimento contínuo dos números de casos de pessoas com doenças infectocontagiosas, com um enfoque para a Tuberculose, mesmo existindo tantos serviços de saúde voltados para prevenção, diagnóstico precoce e tratamento dessa doença.

Dessa forma, o senhor (a) está sendo convidado (a) a participar deste estudo. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, assim como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação. Além disso, a sua participação trará riscos mínimos de ordem pessoal ou coletiva. Estes poderão se expressar pelo constrangimento de responder aos questionamentos referentes a sua doença, estresse, omissão de respostas relacionado ao sentimento de intimidação pela entrevista. Assim, para minimizar esses riscos, as entrevistas se darão individualmente, em local previamente reservado, conforme agendamento prévio. E, mesmo não tendo benefícios diretos em participar deste estudo, indiretamente a contribuição converge para a compreensão da doença estudada e para a possível melhoria no que diz respeito ao seu controle. Diante disso, o pesquisador assumirá a responsabilidade de indenização de eventuais danos, mesmo que não sejam

previstos. E caso ocorra alguma despesa ou prejuízo, em virtude da sua participação no estudo, o senhor (a) será ressarcido.

Os dados serão coletados por meio de entrevista conduzida por um roteiro composto por perguntas referentes à temática pesquisada, e que farão parte de um trabalho científico a ser posteriormente publicado no todo ou em parte em eventos científicos, periódicos e outros, tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do (a) senhor (a) será resguardando, garantindo o sigilo e privacidade.

A sua participação na pesquisa é voluntária, sendo assim, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pelos pesquisadores. Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, essa decisão será respeitada e acatada.

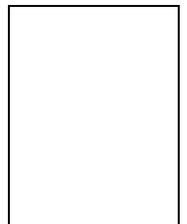
Estaremos a sua inteira disposição para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários em qualquer etapa desta pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos sua valiosa contribuição para o engrandecimento do conhecimento científico.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que entendi os objetivos, justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que o (a) pesquisador (a) me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Estou ciente que receberei uma via deste documento assinada por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2017

\_\_\_\_\_  
Aline Batista Monteiro  
Pesquisador Participante



\_\_\_\_\_  
Profª. MsC. Édija Anália Rodrigues de Lima.  
Pesquisador Responsável

\_\_\_\_\_  
Participante da Pesquisa

## APÊNDICE B\_ INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA**

<b>DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS</b>	
Iniciais do nome do usuário: _____	Codinome: _____
Data de Nascimento _____	Idade: _____ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
Identidade de Gênero: _____	Estado civil: _____
Profissão: _____	
Município de residência _____	Município de procedência _____
Características da residência: Tipo de moradia: ( ) Alvenaria ( ) Madeira ( ) Barraco ( ) Outra _____ Nº de cômodos: ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) mais de 5 _____	
Saneamento básico: Rede de esgoto ( ) Sim ( ) Não      Água encanada ( ) Sim ( ) Não	
Coleta de lixo: ( ) 1 vez por semana ( ) 2 vezes por semana ( ) 3 vezes por semana ( ) Não há	
Arranjo familiar: ( ) Cônjuge ( ) Filhos ( ) Pais ( ) irmãos ( ) Outros _____	
Ano do diagnóstico da TB: _____ Local em que obteve o diagnóstico: _____	
Outras pessoas de seu convívio que tiveram ou tem TB? ( ) Sim ( ) Não	
Se sim, identificar: ( ) Familiar: _____ ( ) Amigo ( ) Outros: _____	
Comorbidades: ( ) Sim ( ) Não. Se sim, identificar: _____	
<b>DADOS DA ASSISTÊNCIA OFERTADA NO SERVIÇO DE REFERÊNCIA</b>	
1. Como foi que o(a) senhor(a) soube que estava doente? Fez algum exame? Fale um pouco.	
2. Depois que o(a) senhor(a) chegou aqui, tem feito outros exames? Quais? Fale um pouco.	
3. É a primeira vez que o(a) senhor(a) faz o tratamento? Quais medicações está usando? Fale um pouco.	
4. O(a) senhor(a) já apresentou algum mal estar após iniciar o tratamento? Fale um pouco.	
5. Já abandonou o tratamento alguma vez? Quais os motivos? Fale um pouco.	
6. Depois que o(a) senhor(a) começou a se tratar aqui, alguma coisa mudou no seu dia-a-dia (alimentação, sono, atividade física, peso, lado emocional, dentre outros)? Fale um pouco.	
7. Para o(a) senhor(a) é difícil seguir as orientações recebidas nas consultas? Fale um pouco.	
8. Se algum amigo ou parente do(a) senhor(a) precisar fazer tratamento aqui, o que o(a) senhor(a) diria sobre o acompanhamento da sua doença neste serviço de referência?	

## APÊNDICE C\_ TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA  
GRANDE

Autorizamos o desenvolvimento da pesquisa intitulada: "A DINÂMICA DO CONTROLE DA TUBERCULOSE NUM SERVIÇO DE REFERÊNCIA: o conhecimento do usuário" que será desenvolvido no município de Campina Grande-PB, por Aline Batista Monteiro, discente do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande- Campus Cuité-PB, sob orientação da professora Édija Anália Rodrigues de Lima.

Campina Grande-PB, 21 de maio de 2017.

*Raquel Brito de Figueiredo Melo Lula*  
Raquel Brito de F. Melo Lula  
Coordenadora de Educação em Saúde  
E.A. 50125

Raquel Brito de Figueiredo Melo Lula  
Coordenadora de Educação em Saúde

*Verônica D. Donato dos Santos*

Verônica D. Donato dos Santos  
Gerente de Vigilância Epidemiológica  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CAMPINA GRANDE-PB

Verônica Dias Donato dos Santos  
Gerente de Vigilância Epidemiológica

**APÊNDICE D \_ DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA SETORIAL**

Eu, Lhais Alana Menezes de Melo, Coordenadora Municipal de Tuberculose e Hanseníase, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: **"A DINÂMICA DO CONTROLE DA TUBERCULOSE NUM SERVIÇO DE REFERÊNCIA: o conhecimento do usuário"**, tendo como orientadora: Prof.ª Msc. Edija Anália Rodrigues de Lima e orientanda: Aline Batista Monteiro.

Campina Grande-PB, 24 de maio de 2017.

*Lhais Alana Menezes de Melo*

\_\_\_\_\_  
Lhais Alana Menezes de Melo  
Coordenadora Municipal de Tuberculose e Hanseníase

*Lhais Alana M. de Melo*  
EMPREGADORA  
CNPJ Nº 22.330.1

## APÊNDICE E \_ TERMO DE COMPROMISSO DAS PESQUISADORAS

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientador da pesquisa intitulada “A DINÂMICA DO CONTROLE DA TUBERCULOSE NUM SERVIÇO DE REFERÊNCIA: o conhecimento do usuário” assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 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, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

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 estado, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/ HUAC, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Campina Grande-PB, 02 de março de 2017.

Aline Batista Monteiro

Aline Batista Monteiro  
Pesquisadora Participante

Edija Anália Rodrigues de Lima

Edija Anália Rodrigues de Lima  
Pesquisadora Responsável

## APÊNDICE F\_ TERMO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Por meio deste termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, orientador(a) e orientando(a) da pesquisa intitulada: **“A DINÂMICA DO CONTROLE DA TUBERCULOSE NUM SERVIÇO DE REFERÊNCIA: o conhecimento do usuário”** assumimos o compromisso de:

- Preservar a privacidade dos participantes da pesquisa cujos dados serão coletados;
- Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- Assegurar que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão encaminhados para a publicação, com os devidos créditos aos autores.

Cuité, 02 de março de 2017.

Edija Anália Rodrigues de Lima  
Edija Anália Rodrigues de Lima  
Orientadora

Aline Batista Monteiro  
Aline Batista Monteiro  
Orientando

## ANEXO A \_ PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFCG - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO ALCIDES  
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A DINÂMICA DO CONTROLE DA TUBERCULOSE NUM SERVIÇO DE REFERÊNCIA: o conhecimento do usuário

**Pesquisador:** ÉDIA ANÁLIA RODRIGUES DE LIMA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 67810917.6.0000.5182

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.184.868

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo do tipo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa. A população selecionada para compor o estudo envolverá os usuários do Serviço de Referência em Tuberculose e Hanseníase do município de Campina Grande – PB. E a amostra corresponderá a 15 doentes de TB e/ou aqueles coinfetados TB/HIV. As entrevistas serão realizadas individualmente e em local que garanta a privacidade dos entrevistados. Após a realização de cada entrevista haverá a transcrição na íntegra do material construído a fim de ser analisado. As informações serão analisadas conforme a técnica de Análise de Conteúdo

Modalidade Temática proposta por Bardin:

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Analisar o conhecimento de usuários de um serviço de referência para tuberculose sobre a assistência a ele ofertada, visando o controle da tuberculose.

**Objetivo Secundário:**

1- Caracterizar a amostra quanto aos aspectos sociodemográficos e epidemiológicos;

Endereço: Rua. Dr. Carlos Chagas, s/n  
Bairro: São José CEP: 56.107-670  
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE  
Telefone: (83)2101-5645 Fax: (83)2101-5625 E-mail: cep@ruac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO ALCIDES  
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Contribuição do Paciente: 2.184,000

- 2- Investigar o entendimento do usuário sobre o tratamento medicamentoso e o acompanhamento ambulatorial da TB, ofertado pelo serviço;
- 3- Averiguar aspectos inerentes a comorbidades, má adesão ou abandono do tratamento;
- 4- Interrogar sobre mudanças de hábito de vida, advindas do adoecimento;
- 5- Identificar incompreensões ou fragilidades no entendimento do usuário, acerca da assistência à saúde ofertada no serviço;
- 6- Apontar potencialidades do serviço para o controle da tuberculose, a partir do conhecimento do usuário.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

##### **Riscos:**

Trará riscos mínimos de ordem pessoal ou coletiva. Estes poderão se expressar pelo constrangimento de responder aos questionamentos referentes a sua doença, estresse, omissão de respostas relacionado ao sentimento de intimidação pela entrevista.

##### **Benefícios:**

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar deste estudo, indiretamente a contribuição converge para a compreensão da doença estudada e para a possível melhoria no que diz respeito ao seu controle.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo de caso em pauta traz como objetivo principal analisar o conhecimento de usuários de um serviço de referência para tuberculose sobre a assistência a ele ofertada, visando o controle da tuberculose, conferindo relevância científica a mesma, assim sendo todas as exigências dos CEPs em relação a documentação devem ser respeitadas, com a finalidade de evitar eventuais atrasos no desenvolvimento da mesma.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A pesquisadora apresentou a seguinte documentação:

1. Projeto de Pesquisa;
2. Folha de Rosto;
3. Informações Básicas do Projeto de Pesquisa;
4. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE;
5. Termo de Divulgação dos Resultados;

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n  
Bairro: São José CEP: 58.101-670  
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE  
Telefone: (83)2101-8845 Fax: (83)2101-8825 E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

**UFCG - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO ALCIDES  
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE**



Contribuição do Parecer: 2.104.000

6. Termo de compromisso do pesquisador responsável;  
7. Autorização Institucional;  
8. Autorização Setorial.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	FB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_889621.pdf	20/04/2017 10:01:36		Aceito
Outros	Aut_Institucional.pdf	20/04/2017 09:59:01	ÉDUIA ANÁLIA RODRIGUES DE LIMA	Aceito
Outros	Divulg_Resultados.pdf	20/04/2017 09:58:01	ÉDUIA ANÁLIA RODRIGUES DE LIMA	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCE.pdf	20/04/2017 09:45:34	ÉDUIA ANÁLIA RODRIGUES DE LIMA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_TCC_2017.pdf	20/04/2017 09:43:49	ÉDUIA ANÁLIA RODRIGUES DE LIMA	Aceito
Outros	Aut_Setorial_FTB.pdf	19/04/2017 14:25:35	ÉDUIA ANÁLIA RODRIGUES DE LIMA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	compromisso_pesquisadoras_FTB.pdf	19/04/2017 14:23:01	ÉDUIA ANÁLIA RODRIGUES DE LIMA	Aceito
Folha de Rosto	FRassinada.pdf	19/04/2017 14:21:58	ÉDUIA ANÁLIA RODRIGUES DE LIMA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Aprovação da CONEP:**

Não

Endereço: Rua Dr. Carlos Chagas, s/n  
Bairro: São José CEP: 58.107-670  
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE  
Telefone: (33)2101-8545 Fax: (33)2101-8522 E-mail: cep@huar.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO ALCIDES  
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Contribuição do Paciente: 2-104.000

CAMPINA GRANDE, 25 de Julho de 2017

---

Assinado por:  
Januse Nogueira de Carvalho  
(Coordenador)

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n  
Bairro: São José CEP: 58.107-670  
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE  
Telefone: (83)2101-9545 Fax: (83)2101-9523 E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br