



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES – CFP  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM – UAENF  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**MAYRANE MISAYANE SOUSA DOS SANTOS**

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM RELAÇÃO AOS  
ENTRAVES FRENTE O CONTROLE DA TUBERCULOSE**

CAJAZEIRAS – PB

2018

**MAYRANE MISAYANE SOUSA DOS SANTOS**

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM RELAÇÃO AOS  
ENTRAVES FRENTE O CONTROLE DA TUBERCULOSE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cajazeiras, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Esp. Paula Frassinetti Oliveira Cezário

CAJAZEIRAS – PB

2018

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)  
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096  
Cajazeiras - Paraíba

S237p Santos, Mayrane Misayane Sousa dos.

Percepção dos profissionais da saúde em relação aos entraves frente o controle da tuberculose / Mayrane Misayane Sousa dos Santos. - Cajazeiras, 2018.

66f. : il.

Bibliografia.

Orientadora: Profa. Esp. Paula Frassinetti Oliveira Cesário.  
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2018.

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Saúde Pública. 3. Tuberculose - controle. 4. Enfermagem. 5. Profissionais de saúde. I. Cesário, Paula Frassinetti Oliveira. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU – 614

MAYRANE MISAYANE SOUSA DOS SANTOS

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM RELAÇÃO AOS  
ENTRAVES FRENTE O CONTROLE DA TUBERCULOSE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a  
Unidade Acadêmica de Enfermagem da  
Universidade Federal de Campina  
Grande/Centro de Formação de Professores,  
como requisito parcial para obtenção de título  
de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 30 / 07 / 2018

**BANCA EXAMINADORA**

Paula Frassinetti Oliveira Cezário

Profa. Esp. Paula Frassinetti Oliveira Cezário  
(Orientadora – UAENF/UFCG/CFP)

Rafaela Rolim de Oliveira

Profa. Esp. Rafaela Rolim de Oliveira  
(Membro Examinador – UAENF /UFCG/CFP)

Alba Rejane Gomes de M. Rodrigues

Profa. Dra. Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues  
(Membro Examinador – UAENF /UFCG/CFP)

CAJAZEIRAS – PB

2018

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus, por me permitir ser tudo que eu sou, por todas as vitórias que consegui na vida, que sem esse apoio jamais teria alcançado.

Aos meus pais Maria José e Antônio Eudázio, que sempre me deram força para continuar na luta, sempre enfrentaram todas as batalhas da minha vida ao meu lado. Obrigada pelo apoio e amor incondicional em todos os momentos.

A minha irmã, a maior companheira dessa caminhada, sempre esteve ao meu lado, por todas as vezes que me ajudou com algo da faculdade, nem que fosse me ouvindo apresentar os seminários, ou estudando pra as provas, até quando eu estava reclamando de algo relacionado a isso. Sou muito grata pelo orgulho que sente da pessoa que sou e pela capacidade de acreditar em mim. Desejo e acredito que irá se tornar uma excelente profissional da saúde, que Deus a conceda a realização de todos os seus sonhos.

A Moalison, por ser esse companheiro maravilhoso, que sempre acreditou em mim me incentivou em meus estudos, que teve toda paciência do mundo ao deixar de me ver devido estágios, aulas, estudos e todas as atribuições que essa jornada acadêmica proporcionou, obrigada por todo o amor, carinho e amizade que construímos ao longo da nossa relação.

A Sara, obrigada por todos os momentos em que você me ajudou, por todos os momentos de risadas que aliviavam o estresse incessante que a vida acadêmica proporciona, pelas horas de estudo e pelas tentativas falhas de estudo também, pois essas renderam momentos memoráveis, juntas compartilhamos preocupações, desabafos, confiança e sinceridade. Vou guarda-la para sempre no coração.

A Nyanne, uma mulher forte, esforçada, e simples, os nossos momentos sempre renderam muito companheirismo, risadas, inclusive até boas conversas de desabafo, a ela desejo um futuro lindo na vida profissional e com a sua família.

A todos os professores, não existem palavra de agradecimentos suficientes, visto que existem poucas profissões tão admiráveis quanto essa, por toda dedicação que mostraram nas aulas, pelas palavras constantes de incentivos, pelos conhecimentos e mais conhecimentos transmitidos, todos com o objetivo de formar grandes profissionais, com a ausência da ajuda de vocês, eu jamais teria chegado onde estou, serei eternamente grata.

A minha orientadora Paula Frassinetti, por essa dedicação e simplicidade que a torna a essa profissional admirável, por todo o aprendizado que me proporcionou na disciplina de saúde da mulher e no acompanhamento da minha primeira experiência como monitora, pelas dicas e ensinamentos que me transmitiu na supervisão do estágio curricular supervisionado II. Por toda a parceria, e, principalmente por toda calma e tempo que disponibilizou para me auxiliar na construção dessa pesquisa permitindo que a mesma gerasse um crescimento pessoal tão importante. A ela minha imensa gratidão.

Aos profissionais das Estratégias de Saúde da família da cidade de Cajazeiras, que se disponibilizaram de tão bom grado para colaborar com os seus conhecimentos técnicos científicos e com aqueles que foram adquiridos no seu trabalho diário com a comunidade.

A banca examinadora pela disponibilidade e contribuições com a pesquisa.

A todos vocês, muito obrigada!

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”.

(Marthin Luther King)

SANTOS, M. M. S. **Percepção dos profissionais da saúde em relação aos entraves frente o controle da tuberculose**. 66 f. Monografia – Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2018.

### RESUMO

A tuberculose (TB) possui característica infecciosa e contagiosa, podendo ser considerada como um problema de saúde pública. É de suma importância que haja a criação de estratégias que visem diminuir e controlar o bacilo Koche. Para tanto, deve ocorrer engajamento por parte dos profissionais que atuam na saúde da família, a fim de garantir a continuidade do cuidado para o indivíduo e comunidade. O objetivo do estudo consistiu avaliar a percepção dos profissionais de saúde a cerca da dificuldade em efetivar ações de controle da tuberculose. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, teve como amostra 17 participantes entre médicos e enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família no município de Cajazeiras-PB. Para contemplação dos dados da pesquisa utilizou-se à análise de conteúdo de Laurence Bardin. A pesquisa respeitou os princípios éticos, previstos na resolução 466/2012, tendo parecer favorável Nº 2.551.781. No perfil sociodemográfico percebe-se que o sexo feminino apresentou predominância em relação ao masculino, apresentando 12 (70,6%), enquanto que o sexo oposto apresenta 5 (29,4%). Na variável idade, notou-se que os trabalhadores tinham entre 31-40 anos de idade, totalizando 11 (64,7%), o tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família constitui-se entre a 01-02 anos, visto que no serviço da atenção básica há uma grande rotatividade de profissionais, podendo está relacionado às inúmeras oportunidades existentes no mercado, inclusive a escassez de concursos públicos na área da Estratégia Saúde da Família. No delineamento das categorias notou-se que apesar dos profissionais se encontrarem capacitados em sua maioria, ainda existe resistências por parte dos clientes em aderir o tratamento. O processo do tratamento pode trazer modificações nas atividades diária do paciente, os que trabalham terão de faltar, existe à dificuldade de acesso por parte dos usuários que precisam de transporte para se deslocar, notou-se também que uma das grandes influencia para o abandono é a utilização de drogas. Conclui-se que o cuidado da pessoa acometida pela tuberculose deve ocorrer de forma mais ampliado, não se restringindo apenas a administração de medicações, mas sim observando as necessidades individuais de cada sujeito, devendo o profissional estar atentos as possíveis situações de risco, cabendo ainda promover a criação de laços com o seu paciente, bem como incentivar a realização de atividades de educação em saúde, no intuito de promover a ampliação do quadro de conhecimento do paciente sobre a sua doença.

**Palavras-chaves:** Estratégia Saúde da Família. Enfermagem. Medicina. Pessoal de saúde. Tuberculose.



SANTOS, M. M. S. **Perception of health professionals in relation to the obstacles control of tuberculosis** 2018. 66 f. Course Completion Work (Nursing Bachelor Course) - Nursing Academic Unit, Federal University of Campina Grande, Cajazeiras, Paraíba, 2018.

#### ABSTRACT

Tuberculosis (TB) infectious and contagious characteristic features, and may be regarded as a public health problem. It is of the utmost importance that there should be the creation of strategies designed to reduce and control the Bacillus Koche. To do so, must occur by the engagement professionals who work in health care, in order to ensure the continuation of care To do so, must occur by the engagement professionals who work in health care, in order to ensure the continuation of care for the individual and the community. The objective of this study was to evaluate the perception of health professionals about the difficulty in effective tuberculosis control actions. This is a descriptive study with a qualitative approach, had 17 participants sample among doctors and nurses working in the Family Health Strategy in the municipality of Brazil-PB. For contemplation of the research data used the content analysis of Laurence Bardin. The survey complied with the ethical principles, provided for in resolution 466/2012, having favourable opinion nº 2,551,781. In the demographic profile realizes that the female presents prevalence compared to male, showing 12 (70.6%), While the opposite sex presents 5 (29.4%). In the variable age, it was noted that the basic health care workers had between 31-40 years of age, totaling 11 (64.7%), therefore, the reason of the professionals have long performance in ESF of 01-02 years Since the service of basic attention there is a big turnover of professionals and may is related to numerous existing opportunities on the market, including the scarcity of public procurement in the area of the Family Health Strategy. In the delineation of the categories it was noted that in spite of the professionals If you find professionals trained in most of the patients who are in situations of personal resistance. The treatment process can bring modifications in the daily activities of the patient, laborers will have to miss, there is the difficulty of access for users who need transportation to move, also noted that one of the major influences for the abandonment is the use of drugs. It is concluded that the care of the person affected by tuberculosis should be more extended, not restricting only the administration of medications, but watching the reports needs of each subject, and the trader is aware, the possible risk situations, while still promoting the creation of ties with your patient, as well as encourage health education activities, in order to promote the expansion of the knowledge of the patient about your disease.

**Keywords:** Tuberculosis. Family Health Strategy. Health professional. Nursing. Medicine.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>AIDS</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>BK</b>	Bacilos de Koch
<b>CAPS ad</b>	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>HIV</b>	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PNCT</b>	Política Nacional de Controle da Tuberculose
<b>SIM</b>	Sistema de Informação Sobre Mortalidade
<b>SR</b>	Sintomático Respiratório
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TDO</b>	Tratamento Diretamente Observado
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Distribuição dos participantes pelas variáveis: profissão, sexo, faixa etária, tempo de atuação no serviço e formação. Cajazeiras, 2018	26
---	----

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	13
2.1 GERAL.....	13
2.2 ESPECÍFICOS .....	13
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	14
3.1 UMA ABORDAGEM DOS PRINCIPAIS ASPECTOS DA TUBERCULOSE.....	14
3.2 ESTRATÉGIAS DE CONTROLE DA TUBERCULOSE .....	16
3.3 OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO COMBATE A TUBERCULOSE.....	17
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	21
4.1. TIPO DE ESTUDO .....	21
4.2.LOCAL DO ESTUDO .....	21
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	21
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	22
4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	22
4.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	22
4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....	23
4.8 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS .....	24
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	25
5.1 PERFIS SOCIODEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	27
5.2 ANÁLISE QUALITATIVA DO ESTUDO.....	29
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	45
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	47
<b>APÊNDICES</b> .....	53
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DA PESQUISA .....	54
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	56
<b>ANEXOS</b> .....	58

## 1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) possui característica infecciosa e contagiosa, podendo ser considerada como um problema de saúde pública, uma vez que sua transmissão ocorre de pessoa para pessoa na forma direta. O paciente com a forma tuberculose pulmonar elimina a bactéria *Mycobacterium tuberculosis* no ar, como estas bactérias possuem tamanhos diferentes e os mais leves com diâmetro de 5µm, favorecem que as mesmas fiquem suspensas por várias horas no ar, quando os bacilos alcançam os bronquíolos e alvéolos há uma maior probabilidade de infecção, favorecendo assim uma multiplicação do agente (BRASIL, 2011a).

De acordo com um relatório divulgado no ano de 2015, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), afirmou que a tuberculose (TB) é a doença infecciosa com alta mortalidade, superando o vírus da imunodeficiência humana (AIDS). No ano de 2014 houve aproximadamente 1,5 milhões de óbitos relacionados à TB, em contra partida 1,2 milhões pessoas morreram em decorrência da AIDS. Dessa maneira, há importância de repensar em estratégias de prevenção e controle da tuberculose e medidas preventivas para assegurar que não ocorram a coinfeção pelo o HIV, a fim de garantir ações mais concretas que diminuam esta problemática situacional.

No Brasil, a forma de controle da TB ocorre por meio do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), ferramenta principal para a redução da morbidade e mortalidade. As melhorias do quadro de saúde da população depois da implementação do PNCT foram grandiosas, porém, mesmo com redução de 38,4% na taxa da incidência e 35,8% na taxa de mortalidade, entre os anos de 1990 a 2010, o país ainda encontra-se entre os 22 países no mundo com maior presença desta doença (BRASIL, 2011a).

O Ministério da Saúde fomentou o Tratamento Diretamente Observado (TDO) no intuito de melhor assistir os indivíduos que convivem com a TB, bem como tentar combater à coinfeção Tuberculose – TB com Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV, além de garantir uma melhor assistência às pessoas mais vulneráveis. O monitoramento da doença possibilita a realização de um diagnóstico, tratamento e monitoramento supervisionado dos casos de TB de maneira mais efetiva (VENDRAMINI et al., 2007).

Portanto, para que ocorra uma garantia nas ações de saúde deve ocorrer um envolvimento dos profissionais, cabendo estas ações serem desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar, uma vez que as equipes de saúde tem o papel mais importante junto à pessoa que procura o serviço. A partir da criação de vínculo entre profissionais e usuário é possível alcançar metas

e realizar medidas necessárias para efetivar o tratamento, e como consequência uma probabilidade de aumento de cura da tuberculose (BRASIL, 2010a).

O interesse pela temática surgiu da necessidade de investigar como os profissionais da atenção básica assistem os indivíduos acometidos pela tuberculose, como realizam o tratamento orientações do Ministério da Saúde. Considerando que a tuberculose é uma doença que pode ser tratada na Atenção Básica, os medicamentos preconizados são de fácil acesso para a população, além de que o tratamento é ofertado de forma gratuita, mas para tanto se deve ter um maior engajamento da gestão e dos profissionais que atuam diretamente com os pacientes, família e comunidade a fim de favorecer um atendimento compartilhado. Como resultado disso surgiu à questão norteadora: Quais são os impasses enfrentados pelos profissionais da saúde no que se diz respeito às ações de controle e tratamento da tuberculose?

Portanto, acredita-se que essa pesquisa é capaz de promover a possibilidade de mudanças satisfatórias nas condições existentes do local da sua realização, visto que o município escolhido apresenta crescente número de casos. Portanto, espera-se que este estudo promova melhorias de saúde da população, concomitante discernimento para a pesquisadora e comunidade de uma forma geral.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL**

- Avaliar a percepção dos profissionais de saúde acerca da dificuldade em efetivar ações de controle da tuberculose

### **2.2 ESPECÍFICOS**

- Compreender como os profissionais percebem os impasses encontrados na realização do diagnóstico da tuberculose.
- Identificar no discurso dos profissionais quais são as possíveis fragilidades que interferem no acompanhamento e tratamento da tuberculose.
- Conhecer ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde a fim de diminuir os entraves no acompanhamento da tuberculose.

### 3 REFERÊNCIAL TEÓRICO

#### 3.1 UMA ABORDAGEM DOS PRINCIPAIS ASPECTOS DA TUBERCULOSE

A tuberculose pode ser considerada uma das doenças mais arcaicas, com relatos das suas características feitas por médicos na Grécia e Roma antiga. Atualmente, surgiram evidências arqueológicas afirmando que os primeiros casos de (TB), podem ser detectados nos humanos em períodos mais antigos, em múmias encontradas no Egito, estas habitaram a terra no período de 5000 a.C., nos achados repararam alterações de características do comprometimento vertebral provocado pela TB, o chamado Mal de Pott, além disso, nessas múmias havia tecidos com material genético do *Mycobacterium tuberculosis* (DANIEL, 2000).

Oficialmente, as microbactérias pertencentes ao complexo *M. tuberculosis* foram descritas pelo cientista alemão Robert Koch, no ano de 1882, que originou a nomeação de bacilos de Koch (BK) (SAKAMOTO, 2012). De acordo com Cole (2002), o complexo *Mycobacterium tuberculosis* engloba as espécies *Mycobacterium tuberculosis* (mais comum em humanos), *Mycobacterium bovis*, *Mycobacterium Africanum*, *Mycobacterium microti*, e *Mycobacterium canettii* que é a forma rara, porém, pode apresentar a doença nos humanos.

A tuberculose é transmitida por meio de contato direto de pessoa doente para individuo susceptível a porta de entrada da cadeia de transmissão são as vias respiratórias superior, desta forma os bacilos são expelidos e ficam suspensos por um determinado tempo, podendo assim ser transmitidas aos indivíduos. A infecção não é transmitida no compartilhamento de bebidas, comida ou escova de dente, aperto de mão, contato com roupas de cama ou assentos sanitários (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2012).

Para NORBIS et al., 2013, A manifestação da doença pode ocorrer de três maneiras, primeiro: o próprio sistema imune da pessoa destrói o agente, segunda maneira: a resposta imune do hospedeiro não tem a capacidade de parar a replicação dos bacilos e na terceira: a imunidade contém as bactérias em granuloma, de maneira latente, com possibilidade de provocar a tuberculose pós-primária ao se liberar do sistema imune.

A infecção pela TB tem início quando os bacilos alcançam os alvéolos pela via respiratória e a depender da resposta do hospedeiro podem passar pela linha de defesa do sistema imunitário, na qual o macrófago é responsável por fagocitar os bacilos,



concomitante ajuda dos leucócitos que tentam controlar a infecção, caso o sistema imunitário não responda adequadamente haverá uma multiplicação dos bacilos e se estenderam para outras células (endoteliais e epiteliais). Por meio do sistema circulatório, podendo atingir outros órgãos (DELOGU; SALI; FADDA, 2013).

Os sintomas da forma pulmonar ativa são; tosse, com presença ocasional de muco ou sangue, dor torácica, cansaço, fraqueza, febre, perda de peso, e sudorese no período da noite. Como também, há indivíduos que têm tosse sanguinolenta por está no estágio final ou tardio da doença (WHO, 2014). No que se diz respeito à tuberculose extrapulmonar os sintomas variam, visto que o indivíduo acometido por essa forma irá manifestar sinais e sintomas relacionados ao local que a infecção se instala (BRASIL, 2016).

Ainda com relação aos sintomas, existem casos que a TB pode evoluir no seu início sem sintomas específicos, ou até mesmo sem nenhum sintoma. E diante dessa questão, deve haver um destaque para os riscos epidemiológicos que o sujeito está inserido morar ou viajar para áreas com prevalência da tuberculose (NORBIS et al., 2013).

Apesar dos sintomas e riscos, a tuberculose é uma doença completamente curável, o seu diagnóstico é feito pela identificação dos BKs de resíduos biológicos colhidos por meio, da baciloscopia, cultura ou métodos moleculares. (DELOGU; SALI; FADDA, 2013). E durante a sua terapêutica são utilizados fármacos anti-TB variados. As medicações são rifampicina, isoniazida, etambutol, estreptomicina, etionamida e pirazinamida são ordenadas em esquemas que respeite a idade do paciente, caso novo, retorno ao tratamento, retratamento, após o abandono ou outros casos (FERRI, A. O. et al.2014).

Segundo Brasil (2011a), a transmissibilidade só é total se o paciente ainda estiver eliminando bacilos, a partir do momento que o cliente começa a fazer uso da medicação de forma correta a uma diminuição da carga bacilar, bem como, os níveis de transmissão passam a ser praticamente insignificante após dias ou semanas.

No contexto epidemiológico, a tuberculose é considerada como uma doença infecciosa de grande magnitude, a Organização Mundial da Saúde (2014) estimou que um terço da população do mundo foram contaminados pelo o bacilo causador da doença, e que no ano de 2013, ocorreram cerca de 9 milhões de novos casos e 1 milhão de óbitos esteve relacionado a causa da TB.

No Brasil, verificou-se mais de um milhão de novos casos entre os anos de 2001 e 2014; desses casos, cerca de 70.000 evoluíram a óbito. O território brasileiro está entre os

22 países com maior presença da doença, tendo prioridade aos olhos da organização mundial da saúde (OMS), nesses países estão concentrados 80% das notificações de casos de TB no mundo. E em termos de posição, o Brasil ocupa a 16ª colocação segundo os números de casos. (BRASIL, 2015).

De acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), a TB apresentou cerca de 3.600 óbitos por ano no Brasil. Sendo que nos períodos de 2005 a 2014 a forma pulmonar representou 76,5%, quando comparada com as outras formas de TB no mesmo período, a tuberculose do tipo extrapulmonar incidiu a respiratória 617 (14,1%) dos casos para a forma respiratória, miliar 235 (5,4%) outros órgãos 101 (2,3%) e sistema nervoso central com 74 (1,7%) das notificações.

Em nível de região, dados do SINAN, entre os anos de 2010 a 2016, atestam que o Brasil teve 535.302 casos confirmados de TB, e a região Nordeste 144.064 casos configurando a segunda colocação depois da região sudeste que obteve 242.667 casos notificados. No mesmo período, a Paraíba apresentou 8.434 casos confirmados, e quanto a Cajazeiras município foco desta pesquisa, obteve 131 casos de notificação confirmados pela doença.

### 3.2 ESTRATÉGIAS DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

Segundo Brasil (2012), a Atenção Básica é a ferramenta de preferência na rede de atenção à saúde, visto que possibilita um maior contato e vínculo com a população do território em que se localiza. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) possui em suas atribuições o acompanhamento dos pacientes que convivem com a TB, cabendo assim assistir o indivíduo desde a suspeita, investigação de diagnóstico, tratamento supervisionado e acompanhamento dos casos que foram confirmados através da baciloscopia.

O Ministério da Saúde (MS) possui uma ferramenta que auxilia no controle efetivo da tuberculose, denominado Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) foi instituído no dia 29 de abril de 2008 pela Portaria da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS. Nas suas atribuições, encontram-se o uso do exame baciloscópico de escarro e teste rápidos que devem ser realizados nos pacientes que procuram as unidades de saúde (BRASIL, 2011b).

Nas discussões realizadas pelo Ministério da Saúde (2011c), entre as formas de controle do PNCT, está o rastreamento de Sintomáticos Respiratórios (SR), medida importante para efetiva a busca ativa de casos de TB, esta ação tem a finalidade de reduzir

gastos e aumentar a quantidade de detecção precoce dos casos, devendo estas ações ser direcionadas para indivíduos que apresentam tosse por mais de duas ou mais semanas, considerado a margem de segurança para os indivíduos vulneráveis como moradores de rua, asilos, presídios, contatos de pessoa com TB, usuários de drogas, etilistas, moradores de rua, imunodeprimidos, e pessoas que trabalham em um lugar que possuam contato direto com indivíduos com a forma pulmonar.

Quando diagnosticado o paciente deverá ser encorajado para o tratamento, neste aspecto o profissional de saúde deve explicar como é a forma de tratamento, tempo e as dosagens, quando o tratamento ocorre de forma eficaz é possível eliminar todos os bacilos da tuberculose, mas para isso leva certo tempo até completar os seis meses. Esse tratamento deverá ser realizado no ambulatório com a supervisão do serviço de saúde mais próximo, na residência ou no trabalho do doente. Para que a cura esteja assegurada, existe a necessidade de um tratamento diretamente observado (TDO), nestes aspectos os profissionais junto com o cliente irão observar a tomada correta de acordo com as necessidades individuais de cada sujeito (BRASIL, 2009).

O autor Nogueira et al., (2012) condiz que a terapia da TB pode ser dividida por duas maneiras, a primeira opção é composta por fármacos que incluem a isoniazida, a rifampicina, o etambutol e a pirazinamida, as mesmas apresentam alta eficácia e grau de toxicidade aceitável. A segunda maneira é articulada para os casos de resistência as drogas citadas anteriormente. O tratamento pode incluir drogas como a amicacina, capreomicina, ciprofloxacino, cicloserina, etionamida, canamicina, ofloxacino, ácido paminosalicílico e protionamida, estas medicações possuem um alto custo e grau de toxicidade elevada, quando comparada a primeira opção.

Segundo o Ministério da Saúde (2011c), para o tratamento de casos novos de adultos e adolescentes maiores de 10 anos, em todas as formas de tuberculose pulmonar e extrapulmonar (exceto a forma meningoencefálica), são realizados em duas fases distintas. A primeira fase do tratamento ocorre durante os dois primeiros meses, a segunda fase do tratamento é constituída de dois fármacos, na qual será mantida por quatro meses na fase de manutenção. Está divisão por tempo e quantidade de fármacos é utilizada como margem de segurança para poder controlar a multiplicação e eliminar todas as bactérias presentes. Destaca-se que em cada fase distinta é necessário acompanhar o paciente diretamente e mensurar seu peso, essas ações visam garantir que o paciente receberá a dosagem adequada para seu peso visto que, os números de cápsulas variam de acordo o peso do paciente.

Os anti-tuberculose podem apresentar uma duração de 6 meses até 02 anos, em média o tratamento é de 06 meses dependendo da forma da TB, casos que demandam mais tempo de tratamento pode estar intimamente ligado ao fato do indivíduo ter realizado o tratamento de forma inadequada como poder ter adquirido resistência aos fármacos utilizados. Os efeitos colaterais são previstos durante o tratamento, podendo ser evidenciado sintomas leves até mais graves, porém nem todos os indivíduos apresentaram reação, quando surgem sintomas podem estar relacionados a problemas gastrointestinais, periféricos, vasculares, alterações visuais, hematológico, cegueira, dentre outros (NOGUEIRA et al., 2012).

A falta de informação e acompanhamento adequado propicia as exacerbações da manifestação como também servem de empecilhos para a não adesão ao tratamento, pois se o indivíduo não segue o tratamento a uma grande chance de surgimento de resistência são os fármacos de primeira escolha em consonância aos fármacos de segunda escolha. (NOGUEIRA et al., 2012).

De acordo com o autor supracitado o Ministério da Saúde (2012), afirma que uma falha no tratamento irá provocar um impacto drástico nos indicadores de incidência, resistência a múltiplas drogas, agravos, doenças associadas à coinfeção do HIV, podem incidir na mortalidade.

Couto et al., (2014) ratifica que além das causas extrínsecas citadas previamente, existe as causas associadas que envolvem condições intrínsecas do próprio usuário como o uso de álcool e outras drogas, falso sentimento de cura e incomodo por falta de alimentos.

### 3.3 OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO COMBATE À TUBERCULOSE

A unidade de saúde da família está localizada em um território que é descrito por um conjunto populacional de pessoa com características distintas, economicamente e sócias, para que haja ações efetivas e reconhecimento do território há necessidade de ter profissionais que entenda a dinâmica do serviço, bem como as particularidades existentes no território, pois o não reconhecimento das fragilidades da área culmina no adoecimento da população assistida. Cabe à equipe de saúde criar táticas para identificar os problemas, os profissionais devem reconhecer a área e investigar, acompanhar e tratar cada sujeito de acordo com sua singularidade (BRASIL, 2009).

É de suma importância que haja um trabalho que envolva todas as esferas do cuidado desde gestores, profissionais, usuários e comunidades, visto que se as tarefas são compartilhadas o resultado tende a ser mais eficiente. Quando todos entendem a e

começam a exercer suas funções é possível criar meios para prevenir e tratar doenças, dentre elas a tuberculose que apresenta uma grande magnitude, o planejamento das ações deverá acontecer de forma cuidadosa, dando ênfase na qualidade do atendimento e supervisão adequada (BRASIL, 2010a).

Conforme Amaral et al.,(2010), é esperado que as equipes da ESF desempenhem as ações do PNCT, incluindo a busca ativa dos sintomáticos respiratórios dentro da comunidade, constatação de casos bacilíferos da TB pela baciloscopia direta do escarro, anulação das fontes de infecção, de acordo com o tratamento padrão e realização de ações de controle locais de infecção.

Destaca-se como atribuições do enfermeiro na ESF realizar atividades direcionadas para o controle da TB, o enfermeiro (a) possui a responsabilidade de identificar os sintomáticos respiratórios, solicitar baciloscopia para diagnóstico, realizar a consulta de enfermagem, fazer o tratamento supervisionado, dentre outras funções. E o agente comunitário de saúde (ACS) possibilita o elo entre o usuário e atenção básica, evidenciando que os mesmos vão de encontro com a realidade local, buscam os contatos e consegue multiplicar os conhecimentos discernidos pelos os profissionais da unidade, com isto os agentes conseguem orientar sobre a importância de realizar os exames de controle (BRASIL, 2011a).

Outro profissional da saúde envolvido no tratamento da TB é o médico, figura que com base nos dados e nos resultado de exames complementares clínico-epidemiológicos define o diagnóstico final da TB, bem como é aquele que irá definir o melhor tratamento para o paciente, seja ele o primeiro esquema ou o segundo esquema em casos de resistência, respeitando as peculiaridades do indivíduo como outras doenças associadas, idade, peso entre outros (MENDES, 2004; SIQUEIRA et al., 2010).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é quem identifica e inicia o tratamento dos casos de TB, a mesma tem a responsabilidade pela notificação compulsória, cabe ressaltar que qualquer profissional da equipe pode notificar estes casos, pois é uma das atribuições comum de todos os envolvidos na equipe de ESF (BRASIL, 2010b).

Se tratando da busca dos faltosos, por meio dos ACS é feito uma visita domiciliar após a verificação do não comparecimento ao TDO na UBS, e tem indicação de ser realizado o mais rápido possível com a intenção de evitar o abandono do tratamento (BRASIL, 2010a).

O TDO dentro da ESF é uma ferramenta que pode promover as relações de acolhimento, responsabilidade do doente para com o tratamento e com a equipe de saúde, além do aumento de vínculo. O processo torna a assistência mais maleável, o que inclui a

visita domiciliar, que possibilita que o sujeito se torne protagonista de seu processo assistencial, sendo um ponto crucial na adesão ao tratamento (CALIARI; FIGUEIREDO, 2012).

Com isso, portanto, cabe ao profissional da saúde a decisão de assumir ou não seu papel essencial no controle da TB, uma vez que a utilização do cuidado de forma integral possibilita a resolução das ações voltadas para a TB dentro do contexto da ESF.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo de campo, descritivo com abordagem qualitativa, para análise dos dados da pesquisa incumbiu à utilização à análise de conteúdo de Laurence Bardin.

De acordo com Marconi (2005), a pesquisa de campo tem a intenção de capturar dados que permitam dar respostas aos problemas relacionados aos grupos, comunidades, e sociedades com o intuito de reconhecer diferentes condições de uma realidade, referem-se a uma área utilizada pelas ciências humanas e sociais por meio de ferramentas observacionais e questionário de coleta de dados.

A pesquisa descritiva para Gil (2008) descreve as peculiaridades de populações ou fenômenos e uma das suas características está na realização de formas personalizadas de recolhimento dos dados e, assim como a pesquisa de campo utiliza técnicas como questionários para coleta dos dados.

Segundo Silva (2004), a pesquisa qualitativa é a o tipo utilizado por quem busca entender sobre fenômenos de maneira social, cultural e de natureza, através de descrições interpretações e comparações, sem ligação com números, regras matemáticas ou estatísticas, é uma pesquisa mais participativa.

### **4.2 LOCAL DO ESTUDO**

A pesquisa foi efetuada no município de Cajazeiras – PB, que segundo o IBGE (2010), tem localização no sertão paraibano e possui 586.275 km<sup>2</sup> e está localizado a 477 quilômetros da sua capital, João Pessoa Paraíba, a população da cidade é estimada em aproximadamente 62.187 habitantes.

De forma mais precisa, a pesquisa foi realizada com membros das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) da cidade, que é sede da 9ª Gerência Regional de Saúde da Paraíba, o município possui vinte e três equipes de ESF, sendo, dezessete destas localizadas na zona urbana e seis na zona rural.

### **4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA**

Segundo Kara-Junior (2014), o estudo de uma população pode avaliar todos os seus elementos de maneira mais complexa ou não. Enquanto a seleção da amostra é uma forma

na qual se procura extrair do todo de população uma parte da amostra com o objetivo de avaliar certas características dessa população.

A população foi composta por 46 profissionais graduados (enfermeiros e médicos) que atuam diretamente nas estratégias de saúde da família no município de Cajazeiras/PB.

No total das 23 unidades de ESF trabalham 46 profissionais. Porém, quando aplicados os critérios de exclusão, apenas 17 unidades contemplaram os critérios de inclusão, para tanto amostra consistiu-se de 17 participantes, sendo 12 enfermeiros e 05 médicos.

#### 4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Profissionais enfermeiros e médicos que atuem no mínimo 01 ano no serviço da atenção básica. Visto que, esse é o tempo esperado para que os profissionais reconheçam o território.
- Estejam atuando nas referidas unidades de saúdes que possuem localização na zona urbana da cidade.

#### 4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- O profissional que não estava presente na unidade seja por meio de licença ou férias.
- Profissionais atuantes nas ESF localizadas em zona rural do município.
- Os profissionais que não acompanharam uma pessoa acometida pela tuberculose

#### 4.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A princípio, solicitou-se da Rede Escola do Município de Cajazeiras a anuência (ANEXO D) para poder realizar a pesquisa. Posteriormente, a pesquisa foi cadastrada na Plataforma Brasil para submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Campina Grande/Centro de Formação de Professores e Consequente aprovação do projeto, a pesquisadora deslocou-se para as unidades de ESF localizadas na zona urbana entre os dias 26 de março de 2018 á 06 de abril de 2018.

Após assinatura, o questionário direcionado foi aplicado (APÊNDICE A), o mesmo contemplou questões objetivas e subjetivas que abrangeram o foco da pesquisa, para a coleta de dados utilizou-se um gravador de telefone para gravar a entrevista de acordo com



a permissão do entrevistado. Cada entrevista durou em média de 10 a 15 minutos, e foi realizada na sala do profissional em questão.

De acordo com os critérios de inclusão e disponibilidade dos mesmos, a pesquisadora entregou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B), os participantes que se prontificaram em participar assinaram duas vias, uma via ficou com o participante e a outra via com a pesquisadora, em toda a execução do projeto respeitou-se a confidencialidade de todas as informações coletadas, para a garantia do sigilo do profissional o mesmo foi codificado por meio de letras e números, no qual só o pesquisador sabe a qual profissional está se referindo, no caso de desistência em participar da pesquisa o mesmo teve o seu direito garantido.

#### 4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os resultados obtidos por meio da entrevista foram analisados e codificados na intenção de não ocorrer identificação da unidade e dos profissionais que irão compor o estudo. Cada informação que foi processada alimentou o programa Microsoft Word 2010®, que serviu de base para a tabulação das questões objetivas que confere os dados sociodemográficos dos participantes.

Para análise das entrevistas direcionadas, utilizou-se de orientações propostas por Laurence Bardin, que define técnica da análise de conteúdo como uma união de métodos que estão em constante evolução que se adequam a falas que estão em alto nível de diferenciação.

Visto que, a pesquisa baseou-se na visão de Bardin (2011), é possível afirmar que, a maneira que a autora desenvolve a análise de conteúdo é organizada por três fases: a pré-análise, a exploração do material, e tratamento dos resultados e interpretação.

A pré-análise, é um período da instituição dignamente declarado, com o objetivo de planejar e sistematizar os pensamentos iniciais desenvolvendo uma padronização na análise, esta possui três missões: a escolha dos documentos, formação das hipóteses e objetivos e desenvolvimento dos indicados forneçam a interpretação final (BARDIN, 2011).

Na exploração dos materiais serão realizadas as codificações e enumerações relacionadas às regras definidas previamente, devido isso pode ser considerada extensa e cansativa ao desenvolver da pesquisa. A fase de tratamento dos resultados obtidos e interpretação é o momento em que serão realizados as análises que permitam que os

resultados se tornem operacionais, por meio de diagramas, tabelas, figuras ou modelos, delimitando as informações obtidas na análise (BARDIN, 2011).

#### 4.8 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

A pesquisa foi cadastrada na Plataforma Brasil para submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Campina Grande/Centro de Formação de Professores, localizado na Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n, Casas Populares, CEP: 58900-000, Cajazeiras - Paraíba, telefone: (83) 3532-2000. Sendo aprovado sob parecer Nº 2.551.781

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B) foi devidamente assinado pelos profissionais que se dispuseram a participar, onde o TCLE teve duas vias, no qual uma ficou sob a posse dos entrevistados e outra com a pesquisadora.

O estudo guiado por meio do respeito aos aspectos éticos presentes na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, no que diz respeito ao consentimento livre e esclarecido dos participantes, sigilo e confidencialidade dos dados.

A resolução 466/12, exige que a coleta de pesquisa deve respeitar a autonomia e dignidade dos participantes, sem ignorar a vulnerabilidade que os indivíduos podem possuir sempre permitindo que este tenha total conhecimento da sua manifestação expressa, livre e esclarecida, bem como os riscos e benefícios providos por meio da pesquisa, Além de sempre respeitar valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, hábitos e costumes que envolvem uma comunidade.

Em respeito e preservação dos dados dos participantes, os mesmos receberam pseudônimos ENFERMEIRO (a) OU MÉDICO (a), seguindo de uma numeração de ordem crescente de acordo com a sequência das entrevistas.

A pesquisa permite como benefícios a aquisição de novos conhecimentos para os pesquisadores e para os profissionais de saúde da atenção primária à saúde, fornecendo subsídio para a elaboração de novas estratégias de combate a tuberculose, em especial os acometidos pela infecção, bem como a comunidade como um todo, conseqüentemente, promovendo melhoria do quadro de saúde da comunidade em relação ao tratamento e combate da tuberculose, além de servir de base para novas pesquisas envolvendo a temática em questão.

Os riscos presentes ao realizar o estudo foram mínimos, porém o entrevistado (a) apresentou-se constrangido (a) ou tímido (a) a responder alguma das indagações. Durante a

coleta de dados nos casos em que a pesquisadora notou algum desconforto da participante orientou sobre a oportunidade da suspensão da entrevista e para que se sinta à vontade para decidir sobre sua participação no estudo, buscando minimizar ao máximo qualquer desconforto, ficando sempre atenta durante a entrevista para amenizar possíveis ansiedades.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo foram distribuídos em Momentos distintos, nos quais, o primeiro refere-se ao perfil sociodemográfico dos profissionais da saúde envolvidos na pesquisa por meio de dados quantitativos e o segundo vincula-se ao delineamento das categorias de acordo com a análise de conteúdo proposta por Laurenci Bardin, (2011).

### 5.1 PERFIS SOCIODEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Tabela 1. Distribuição dos participantes pelas variáveis: profissão, sexo, faixa etária, tempo de atuação no serviço e formação. Cajazeiras, 2018.

VARIÁVEIS	N	%
<b>Profissão</b>		
Enfermeiro (a)	12	70,6
Médico (a)	05	29,4
<b>Sexo</b>		
Feminino	12	70,6
Masculino	05	29,4
<b>Faixa etária</b>		
20-30	01	5,9
31-40	11	64,7
41-50	02	11,8
51-60	01	5,9
61a ou+	02	11,8
<b>Tempo de atuação no serviço</b>		
01-02 anos	10	58,8
03-04 anos	03	17,7
07-08 anos	02	11,8
09-12 anos	02	11,8
<b>Formação</b>		
Graduação	02	11,8
Pós-graduação	13	76,5
Mestrado	02	11,8
Doutorado	00	0

**Fonte:** dados da própria pesquisa, 2018.

O estudo obteve como amostra 17 participantes, dos quais 12 eram enfermeiros (as) e 05 médicos (as). Na tabela 1 observa-se a distribuição de variáveis de acordo com a Profissão, sexo, faixa etária, tempo de atuação no serviço, formação e ano de conclusão de curso.

Notou-se que maioria dos profissionais que concordaram em participar da pesquisa eram enfermeiros com o total de 12 (70,6%), enquanto apenas 05 (29,4%) médicos que se prontificaram.

Em relação à classificação ao sexo, percebeu-se que o sexo feminino apresentou predominância em relação ao masculino, apresentando 12 (70,6%), enquanto que o sexo oposto apresentou 5 (29,4%). Em referência a área da enfermagem os resultados de Correia et al., (2012), colaboram com o estudo visto que ele afirma a permanência de mulheres na área da saúde é confirmada na maioria dos estudos, em especial entre os enfermeiros, Na qual demonstra uma semelhança com o estudo em questão durante o estudo, dos 12 trabalhadores da enfermagem, 10 eram mulheres e 02 homens.

Os dados da pesquisa confirmam a assertiva existente na nossa sociedade Pois evidencia que a enfermagem por muitas décadas, no setor saúde, por tradição e cultura, sempre contribuiu para a feminilização da saúde (SOUZA et al., 2014).

Em contra partida, observa-se que o sexo masculino na classe médica obteve 03(60%), em quanto o sexo feminino apresentou 02 (40%). Guarda et al, (2012) discorre que a medicina de início era uma profissional típica masculina, que com o passar dos anos ocorreu um equilíbrio entre ambos.

Ao analisar a variável idade, ficou evidente que os trabalhadores da atenção básica de saúde tinham entre 31-40 anos de idade, Totalizando 11 (64,7%) estabeleceu que proporção dos mais jovens no contexto ESF da cidade de cajazeiras é absoluta.

Em relação à média de anos quanto ao tempo de atuação no serviço, a maioria dos entrevistados, foi de 01 a 02 anos de trabalho com 10 profissionais (58.8). Em seguida de 03 a 04 anos com 03 destes (17.7), logo, em terceira colocação os presentes nas unidades com cerca de 07 à 08 anos, com 02 profissionais (11.8%) e os que atuam a mais tempo de 09 à 12 anos com 02 (11.8 %).

Portanto, o motivo dos profissionais possuírem tempo atuação na ESF de 01-02 anos De acordo com Lopes et al., (2011) no serviço da Atenção Básica há uma grande rotatividade de profissionais, podendo está relacionado às inúmeras oportunidades existentes no mercado, inclusive a escassez de concursos públicos na área da ESF, permitindo assim que haja outros vínculos para a classe, concomitante mudanças de profissionais.

## 5.2 ANÁLISE QUALITATIVA DO ESTUDO

Considerando a questão norteadora “Quais são os impasses enfrentados pelos profissionais da saúde no que se diz respeito às ações de controle e tratamento da tuberculose?”, foram delineadas duas categorias: Categoria 1 – Impasses encontrados na realização do diagnóstico da tuberculose; Categoria 2 – Fragilidades que interferem no acompanhamento e tratamento da tuberculose; Categoria 3 – Ações desenvolvidas pelos os profissionais de saúde afim de diminuir os entraves no acompanhamento e tratamento da doença.

Ressalta-se também que os discursos utilizados para a discussão das mesmas foram escritos *ipsi litteris*, respeitando cada colocação imposta pelo entrevistado.

### **Categoria 1** – Impasses encontrados na realização do diagnóstico da tuberculose

Na categoria 1, os profissionais foram indagados a respeito dos possíveis impasses que encontraram para obter o diagnóstico da tuberculose. Alguns profissionais especificaram que o maior fator que contribui para o empecilho, estava relacionado ao fato de que o paciente não considerava a possibilidade de ser diagnosticado com TB, mesmo diante das queixas relacionadas aos sinais e sintomas da doença, seja por falta de informação do próprio paciente ou até pelo estigma ligado à doença. Com isso, o paciente se negava a realizar o exame de forma rápida e acabava prejudicando o diagnóstico precoce. Esses entraves ficaram evidenciados nas seguintes falas:

“ O diagnóstico da tuberculose pode ser um choque, pois esse é um termo coberto de estigmas, sendo estigmatizada desde a pré- historia, onde eram excluídos da sociedade, portanto nos dias de hoje ainda é uma carga pesada para o paciente” (ENF 01).

“Eu, não diria assim da realização do diagnóstico, eu diria que você convencer o paciente que ele está com a doença, pra ele fazer o exame [...] porque tem paciente que tem uma resistência, ele, você explica o que é a doença, o que pode acontecer se não fizer o tratamento. Eles falam que vai fazer o exame e depois não fazem então você tem que tá ali insistindo pra que ele vá fazer o exame [...]” (ENF 02).

[...] “A dificuldade não é eu achar o diagnóstico e sim o paciente vim procurar a unidade ou aceitar quando a gente faz essa busca ativa de vim na unidade fazer os exames solicitados pra começar esse tratamento” (ENF 12).

“Ninguém pensa que é tuberculose, a gente sabe de todo o estigma que tem, pensa que é doença de pobre, e não é e ninguém nunca pensa nisso. É por isso que tem gente que chega aqui depois de perder mais de 20 quilos, não consegue nem mais ficar em pé, mesmo tendo o exame na policlínica todos os dias, aí muita gente fica com sequelas pulmonares por causa dessa demora do diagnóstico” (ENF 09).

“Dificuldades a gente tem, mais pela questão de alguns pacientes, principalmente um caso que nós tivemos aqui, o paciente, era etilista de longa data, mesmo a gente conversando com ele, ele não quis fazer o tratamento. A agente de saúde que conhecia ele mais de perto foi conversou com a família, mas os filhos dele disseram que não tinham mais paciência por que ele bebia demais e não queria continuar o tratamento” (MED 03).

Em contra partida os profissionais a seguir citaram a não existência de problemas:

“Não tem”. (MED 02)

“Não é fácil, apenas identificar os sintomas e encaminhar para o exame”(MED 04).

“Não acho difícil” (MED 03).

Um dos fatores mais importantes para que o tratamento da tuberculose seja concretizado é o acompanhamento adequado do usuário, sendo que quando o mesmo é abordado de forma inicial e se identifica os sintomáticos respiratórios (SR) é possível diagnosticar e tratar de forma precoce, dessa maneira, torna-se uma ferramenta crucial no estabelecimento do controle da tuberculose e logo evita a disseminação da doença (COSTA & MIRANDA, 2013).

A demora do diagnóstico relacionada à negação do indivíduo SR, é preocupante, visto que as consequências estão além de sequelas irreversíveis. A demora da definição do diagnóstico gera consequências para a coletividade, uma vez que um paciente bacilífero pode infectar cerca de quinze pessoas no período de um ano (MOLLER et al., 2015).

Em relação ao conhecimento sobre essa doença, Popolin et al., (2015), observou em sua pesquisa que, em mais da metade dos artigos, os pacientes e suas famílias não tinham conhecimentos relacionados aos sintomas, modo de transmissão, causas, diagnóstico e tratamento da tuberculose. Essa situação pode ocasionar em certa vulnerabilidade na descoberta antecipada da infecção e na confirmação do diagnóstico. Os SR não dispunham de

conhecimento e eles procuravam maneiras mais culturais para diminuir seus sintomas e com isso, fracassavam.

É notório que, a presença do bacilo é um dos problemas de saúde que vem sendo influenciado por fatores sociais e possui ligação com a pobreza e a exclusão. Diante disso, o estigma se tornou um enunciador considerável dessa relação e isso é caracterizado como uma peculiaridade depreciativa para a sociedade (RONZANI et al., 2010).

Este estigma presente na sociedade pode promover repercussão na vida da pessoa acometida, na qual vários estudos apontam que o maior problema relacionado a isso é o isolamento social e familiar, seja na comunidade ou na família, fatores que podem ocasionar em atrasos no interesse de busca por cuidados (TOUSO et al., 2014).

Os entrevistados foram questionados se o encaminhamento e a solicitação de exames para fechar diagnóstico ocorriam de forma ágil, os mesmo responderam que:

[...] Existe também a dificuldade com logística de exames confirmatórios” (ENF 01).

”Não, nos não enfrentamos dificuldades, sempre muito acessível” (ENF 08).

”Assim no diagnóstico, porque demora muito um raio-X sair pelo município, os outros exames é rapidinho, só esse exames que ainda é complicado” (ENF 11).

”Não, no diagnóstico não, seria na realização dos exames, na demora dos exames, você indica o exame solicita o exame e demora muito” (MED 01).

”Ele veio de manhã, de tarde ele já estava lá pra fazer a baciloscopia, é rapidinho” (MED 02).

”Não tem demora” (MED 03).

Observando os resultados, notou-se que os profissionais tiveram opiniões distintas sobre a demora ou não nos resultados dos exames, mesmo tendo como referência um único laboratório. Alguns profissionais consideram que o resultado é rápido, enquanto que outros não, apesar da possibilidade da realização desse exame por um setor de referência. Com isso, apenas um dos profissionais afirmou a existência de atraso na realização do exame de raio-X realizado pelo município em questão.

O atraso do diagnóstico pode incidir em um cenário desfavorável, visto que o bacilo pode se tornar permanente na sociedade, influenciando no prognóstico dos indivíduos



adoecidos, podendo promover a ocorrência de resistência às drogas e até mesmo culminando no óbito (CECILIO et al., 2017).

Apesar de haver uma política de ações de controle da tuberculose, há estudos que evidenciam precariedades no modo de organizar, gerenciar, e oferecer fundos que promovam melhorias no diagnóstico precoce, tal como na produção do cuidado ao doente em questão na esfera da atenção básica (BARRETO et al., 2013).

Não obstante, os municípios em que a atenção às pessoas com suspeita ou diagnóstico de TB que ainda não acontece à descentralização para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), não conseguem assumir as responsabilidades em relação à atenção a estas pessoas acometidas pela infecção, com isso, o cuidado torna-se ineficiente, visto que a própria referência não funciona de forma adequada, visto que a mesma mantém a verticalidade da assistência (SILVA et al., 2010).

**Categoria 2** – Fragilidades que interferem no acompanhamento e tratamento da tuberculose.

Percebeu-se divergências em algumas das respostas obtidas pelos profissionais em questão, que serão expostas no decorrer da discussão. De início, os profissionais em questão foram solicitados para falar sobre a existência de problemáticas no desenvolvimento do acompanhamento do indivíduo acometido pela TB, no qual as respostas foram:

“Alguns pacientes viajam, trabalham fora, e às vezes assim atrasam alguns dias pra vim buscar a medicação, a baciloscopia que a gente pede naquele mês ele não faz, os exames teste rápidos tem mês que eles não fazem, tem essa dificuldade... Não é as mil maravilhas não” (ENF 03).

“Quando vê a baciloscopia negativando... Teve um que veio os dois meses ai veio o negativo ai, não tem mais as tosses não têm mais a febre, ai ele diz que está bom, ai abandonou, voltou novamente, por que com o tempo né volta os sintomas tudo de novo” (ENF 07).

“As dificuldades muitas vezes, são por parte do paciente, porque por parte da saúde esta muito bem organizada, é da pessoa que não faz o tratamento certo” (MED 02).

“Melhor ainda aqui fornece tudo, fica só no paciente, que ele é resistente e não aceita que tá doente, tem vergonha por que existe preconceito, mas com

relação ao tratamento, a medicação existe, acompanhamento médico e da enfermagem existe. A observação da tomada da medicação existe, tanto do lado do ACS quanto do lado da equipe, o ACS fica mais na busca investigando se ele tá tomando a medicação” (MED 04).

“Dificuldades a gente tem, mais pela questão de alguns pacientes, principalmente um caso que nós tivemos aqui, o paciente era etilista de longa data, mesmo a gente conversando com ele, ele não quis fazer o tratamento” (MED 05).

O Manual de recomendações para o controle da tuberculose do Ministério da Saúde (2011) condiz que a existência de fatores relacionados a não adesão ao tratamento como: a não melhora clínica ou melhora dos sintomas durante o tratamento, a sabedoria popular inadequada sobre a doença, relação médico-paciente, rejeição ao serviço de saúde e falta de alimentos.

Em virtude disso, notou-se que os obstáculos relatados pelos profissionais do município em sua maioria estão correlacionados aos hábitos, podendo estar relacionados à forma que o mesmo interpreta as informações sobre o seu processo de saúde-doença frente aos trabalhadores da saúde interferindo no seu processo de cura, esses fatores podem desencadear o abandono no tratamento e uma possível resistência às medicações (MONTEIRO et al., 2015).

O mesmo autor supracitado acredita que seja indispensável que esses indivíduos capacitados no ramo da saúde estejam atentos e preparados para sempre manter o processo de educação em saúde, com o seu paciente, dessa forma, poder evitar transtornos como esse.

“Olhe, pode até ter, mas, enquanto enfermeira de PSF com casos de TB eu nunca enfrentei não, certo” (ENF 08).

“Não, a gente tem acesso á medicação via secretária de saúde, assim sem muita burocracia, o paciente chegou com o diagnóstico pra a gente, visto que quanto enfermeiro a gente não pode da o diagnóstico, então a gente vai notificar, então a partir que a gente notifica e já trás essa medicação” (ENF 10).

“Não tem dificuldade” (MED 01).

“Não, os medicamentos, os comprimidos são dados de graça, então não tem problema” (MED 03).

É de fundamental importância o meio de escuta do cliente, pois dessa maneira, será factível identificar as reais necessidades da pessoa, que muitas das vezes podem passar despercebidas pelo profissional. Com isso, as práticas de controle da tuberculose devem estar além do controle da enfermidade, mas sim centrada na pessoa, devendo assim, proporcionar o diálogo e o vínculo, a fim de facilitar a captação dos reais problemas da população (HINO et al., 2012).

O próximo tópico abordado referiu-se aos dilemas encontrados na aplicação do tratamento diretamente observado (TDO), foi observado que, todos os enfermeiros e médicos entrevistados possuem um devido conhecimento sobre a sua função, os mesmos fazem o máximo para cumprir com o prescrito nas normas do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT). Entretanto, existem dificuldades relacionadas aos próprios clientes que interferem na sua aplicação, sendo assim citadas pelos entrevistados em praticamente todos os discursos:

“[...] Se a gente for fazer a dose diária na unidade não tem adesão ao tratamento de jeito nenhum, alguns viajam, outros trabalham fora, e tem essa dificuldade então à gente faz a dose supervisionada uma vez por mês [...]” (ENF 03).

“Infelizmente não conseguimos, na maioria das vezes, o paciente, ele não tem disponibilidade para vim até a unidade, se a gente se disponibiliza, ou disponibiliza o agente de saúde, o mesmo não encontra o paciente em casa, tem deles que moram na zona rural e a gente de dificuldade de transporte também entre outros” (ENF 08).

Apesar dos profissionais se encontrarem capacitados em maioria das práticas necessárias, em controvérsia, os usuários que estão em situação de risco apresentam resistências pessoais. Como foi possível observar que o processo do tratamento exige que o cliente compareça a unidade de saúde, para fazer a realização de consultas e exames. Podendo trazer modificações nas atividades diárias do paciente. Como exemplo: pacientes que terão de faltar ao trabalho. Com isso, podendo desencadear em cortes econômicos e em consequência das faltas, o desemprego (SOUZA et al., 2010).

Perante isso, uma forma de resolver essa problemática seria permitir o engajamento dos doentes no processo saúde-doença, permitindo vínculo interpessoal baseada no acolhimento, um dos fundamentos primordiais das condutas da Estratégia Saúde da Família. Como também, os multiprofissionais envolvidos, tem a responsabilidade de reconhecer deficiências nas estratégias de atendimento aos mesmos (HINO et al., 2012).

Além disso, outro fator que interfere no tratamento, esta relacionado à dificuldade de acesso por parte dos usuários, no qual os mesmos não moram próximo à unidade e por muitas vezes precisam de transporte para se deslocar, portanto, podem não ter essa disponibilidade de tempo para a administração observada da medicação (MONTEIRO et al., 2015).

Por outro lado, quando questionados pela mesma pergunta alguns médicos forneceram os seguintes relatos:

“Não vejo, não, eu não sei, porque quem da o seguimento é a enfermeira, eu faço o diagnóstico pela baciloscopia se precisa” (MED 01).

“Eles são acompanhados pela enfermeira do posto, fica a seguimento dela” (MED 02).

“Isso é um problema, por que eu não faço o acompanhamento do paciente, a não ser que tenha alguma alteração, mas acompanhamento direto do tratamento de tudo é por conta da enfermeira. Mas, eu tenho que mandar e indicar os exames de escarro, de sangue” (MED 04).

De acordo com isso, é perceptível que há uma carência de preparo desses médicos para desempenharem o seu trabalho dentro das ações definidas pela PNCT quando relatam que a execução do tratamento em si é uma atividade apenas da enfermeira, sendo que, é uma ação que deve ser feita de forma multiprofissional no cenário UBS.

De acordo Brasil (2011) é possível afirmar que, é necessário que o tratamento da tuberculose na Atenção Básica seja multiprofissional, e diante de um médico que não tenha esse entendimento da forma correta em que deve ser realizado o TDO, torna a temática preocupante, visto que, quando não há o envolvimento da equipe ocorre uma quebra no processo de cuidados com o paciente.

Desse modo, destaca-se o quanto é relevante o envolvimento da equipe de saúde, principalmente do enfermeiro e do médico, sendo que eles são primordiais na busca de sintomáticos respiratórios na comunidade e tem a tarefa de realizar o tratamento diretamente observado. Neste sentido, é de extrema importância para o controle da

tuberculose que as equipes assumam o controle e não tratem a ESF somente como um executor dos exames de diagnósticos (CECILIO et al., 2017).

Quando os profissionais da saúde foram questionados a respeito da eficiência da comunicação na rede de saúde e se a mesma permite o compartilhamento clínico, dentro deste cenário foram atingidos os seguintes discursos:

“Não. Por que a questão da referência e da contra referência não é colocada, sempre que referencio um caso de TB para um pneumologista, que primeiro não tem pelo município, a nossa referencia é o hospital Clementino Fraga, que com relação à contra referencia a gente não tem contato, então essa questão é bem solta bem complicada [...]” (ENF 01).

“O ruim é que a gente não tem médico pneumologista na policlínica, só tem em João Pessoa, [...], eu escrevo tudo que eu fiz e entrego já os outros médicos de lá não fazem a contra referência, vem da boca do paciente, e às vezes o pacientes não sabe dizer, diz pela metade, fica faltando informação, a fica difícil, eles dizem não num precisa disso não”. (ENF 09)

“Existem falhas, nessa comunicação, questão mesmo de eu estar aqui na unidade, à coordenação está lá então, eu como profissional pra me deslocar pra lá é difícil, eles enquanto profissionais não se deslocam até aqui, então assim não tem esse conjunto, o paciente está aqui, é responsabilidade da unidade, do município e da gestão, mas não há essa conversa, essa parceria de eu chegar e dizer: olhe vamos lá vamos conversar sobre esse paciente”. (ENF 10).

Ao contrário do que os enfermeiros afirmaram, os médicos deram os seguintes discursos:

“Sim, eu acho que sim. Por que quando acontece um problema a gente comunica a secretária, quando precisamos de alguma coisa, algum tratamento e é mais rápido” (MED 02).

“Acontece sim, já tem a facilidade de encaminhar o paciente quando está com alguma dúvida para o pneumologista, sendo dada uma resposta rápida. Nesse sentido da Tuberculose, sim, em outros casos não” (MED 03).

“Sim, acontece” (MED 04).

De acordo com as informações mencionadas pelos enfermeiros, foram evidenciados problemas no que se diz respeito à contra referência em nível estadual.

Em uma pesquisa realizada no Estado da Paraíba demonstrou que os mesmos empecilhos relacionados à referência e contra referência foram postos em questão e que verificou-se que esse processo apresentava vulnerabilidades, relacionadas aos sistemas de articulação das suas instâncias de gestão, detectado nos seus serviços de saúde e de apoio ao diagnóstico. Colaborando com o estudo, a pesquisa de Protásio et al., (2014), constatou precariedade na aplicação de condutas clínicas desenvolvidas por vários profissionais de serviços direcionados a um grupo ou a um indivíduo, promovendo interrupção do cuidado (PROTASIO et al., 2014).

Essa ausência da contra referência promove a descontinuidade do cuidado e por sua consequência ocasiona diminuição de resolutividade dos casos, e esse problema configura uma consolidação nos meios de serviços públicos de saúde, situação essa que possui forte ligação com o estudo (PEREIRA; MACHADO, 2016).

Os atributos da gestão regional merecem uma observação particular do pacto em saúde realizado entre as esferas governamentais, nas quais se destacam ações de saúde, no que tange o diagnóstico, acompanhamento e tratamento, ambos preconizados por políticas públicas, devendo estas ações ocorrerem de forma descentralizada a fim de melhor ter resolutividade dos casos. Portanto, exige a presença de articulações e negociações entre os participantes da equipe gestora dos meios administrativos e técnicos, por meio disso promove o objetivo de realizar o domínio da transmissão da doença em questão. Desse modo, os gestores possuem importantes responsabilidades em face das ações de controle da tuberculose no município (OLIVEIRA et al., 2014).

Consequente a questão efetivada durante a coleta de dados foi abordado sobre problemas financeiros das pessoas com TB. Em consequência, os mesmos possuem necessidades de auxílios, principalmente, alimentício. Todos os profissionais afirmaram que, diante de um quadro como esse, o município fornece uma ajuda nesta manutenção da alimentação do paciente. Fator abordado por meio das seguintes falas:

“A maioria é carente, não tem condições de nada, ai tem esse auxilio alimentação, que todo mês eles ganham leite, bolacha, farinha lácteas, é só pra lanche, coisas para lanche, que o lanche, o paciente levar pra casa, que às vezes não esta passando necessidade só ai quer levar pra casa, é complicado, é triste a situação” (ENF 09).

“O município disponibiliza sim uma feira, tanto para pacientes com hanseníase tanto para tuberculose, na verdade é um kit lanche vem com bolacha, café, açúcar, farinha láctea, é até bem cheinha, nisso a gente realmente não tem o que dizer, já que o município possibilita esse auxílio” (ENF 11).

“Eles mandam uma feira o paciente que está fazendo o tratamento durante seis meses recebe uma bolsa alimentação, o leite, bolacha, vitaminas, muitas coisas”(MED 02).

“Do tempo que eu estou aqui teve um paciente que apresentou carência e pediu o auxílio alimentação durante o tratamento e o município mandou” (MED 03).

“Sim, oferece uma pequena cesta básica com alguns itens alimentares suficientes para manutenção da pessoa com Tuberculose” (MED 05).

Prover alimentos de fato pode auxiliar alguns indivíduos em tratamento, tal como acompanhá-los na recuperação do peso. Porém não há evidências confiáveis na literatura de que essa interferência de suplementação de micronutrientes acima das quantidades diárias recomendadas tenha benefícios clínicos ou altere os resultados do tratamento da tuberculose (GROBLER et al., 2016).

Brasil (2011), afirma que a falta de acesso à alimentação é um dos fatores que favorecem a não adesão ao tratamento. Em consonância com o autor supracitado Souza e Silva (2010), acreditam que a alimentação é um elemento relevante para o tratamento, visto que a pessoa em tratamento de tuberculose tem a crença de que precisa alimenta-se bem para alcançar a restauração da sua saúde. Portanto, nessa conjuntura o uso de incentivos como o auxílio alimentação está recomendado como motivação para o TDO (BRASIL, 2011).

Dentro das opiniões, um dos enfermeiros demonstrou outra problemática que se entrelaça com o uso desse tipo de auxílio como incentivo ao tratamento da tuberculose:

“Muitos, ai, a gente disponibiliza de uma feirinha, que termina também prejudicando por que quando termina o tratamento, ele não quer parar por que tá recebendo a feira, ai eles no ultimo mês eles já pensam assim: ‘ ah se

é o ultimo mês eu não vou vir por que se não eu não vou receber a feira’’ e a gente sabe que se quebrar o mês ele vai ter que voltar tudo de novo do zero, ai é essa coisa o tempo inteiro, pra convencer que eles estão de alta é novela, por que muitos deles usam a feira pra fazer a troca por droga entendeu?’’ (ENF 12).

Consequente estudo realizado no Brasil evidenciou que são reconhecidos como barreiras para a obtenção do sucesso terapêutico do tratamento da tuberculose à alimentação inadequada, o uso do álcool e outras drogas e à própria dinâmica da rua, esses fatores que promovem empecilhos ao tratamento da tuberculose, promovendo assim, desafios para as políticas públicas. (SOUZA; SILVA, 2010).

A fim de minimizar os impactos dessas barreiras para a doença, as práticas de atuação do profissional da saúde, devem ser pautadas em ferramentas e estratégias de acolhimento para redução de danos, podendo promover resultados benéficos para os usuários de drogas, dessa forma, realizar a estimulação do autocuidado, bem como se espera melhoria da qualidade de vida (CRUZ et al., 2013).

**Categoria 3** – Ações desenvolvidas pelos os profissionais de saúde afim de diminuir os entraves no acompanhamento e tratamento da doença.

A literatura aponta que o abandono do tratamento, no contexto do controle da tuberculose é considerado um dos maiores desafios para a saúde no Brasil. Considera-se como ausência de tratamento a pessoa que não comparece ao serviço de acompanhamento por um período maior que 30 dias (ALVES et al., 2012).

Logo, é evidente que a TB é uma infecção que possui laços concomitantes a exclusão da sociedade e a miséria. Mas apesar das condições socioeconômicas a população de uma forma geral é susceptível, porém o risco é maior em pessoas que se encaixam como vulneráveis (BRASIL, 2011b).

A população do estudo foi indagada sobre os principais desafios encontrados mediante situação de abandono, bem como eles agiam para contornar, podendo ser evidenciado no discurso:

‘‘Temos um paciente alcoólatra que abandonou o tratamento com cinco meses, ele continua apresentando a sintomatologia e não quer fazer o exame pra diagnosticar, já acionei o NASF pra ajuda do psicólogo e mesmo assim ele não fez, então, eu fiz o relatório e entreguei a coordenação, pra que seja



acionado o ministério público, a fim de fazer de alguma forma, ele terminar o tratamento e não continuar transmitindo tuberculose” (ENF 02).

“Quando vê a baciloscopia negativa [...] teve um que veio os dois meses ai veio o negativo ai não tem, mas as tosses, não têm mais a febre, ai ele diz que tá bom, ai abandonou, voltou novamente, por que com o tempo né volta os sintomas tudo de novo” (ENF 07).

“Já, a gente já foi na casa dele, é só uma casa de apoio porque ele vive pelas ruas, ai a gente orienta e diz que ele tem que vim, ele até voltou ao tratamento, mas, abandonou de novo, como já tem a questão da bebida, essas coisas, ai fica tudo mais difícil” (ENF 12).

“Sim, a gente, conversou com o paciente, esclareceu a ele a gravidade da doença que ele tá né, do grau de contaminação que ele tinha para os outros familiares, mesmo assim ele não quis continuar” (MED 03).

“Sim, nos fizemos todas as medidas cabíveis: visita domiciliar, tentativa de TDO na residência, conscientizar da importância da medicação [...]” (MED 05).

É possível inferir que, existe a necessidade de identificar a suscetibilidade dos indivíduos com relação aos fatores de risco que possam promover um futuro abandono do tratamento, tornando-se importante utilizar ações preventivas, para as pessoas que possuem maior probabilidade de abandonar o tratamento. Em consonância com o presente estudo Chirinos e Meirelles (2011), verificaram que as situações que apresentem problemas associados como o uso de drogas lícitas e ilícitas durante o desenvolvimento do tratamento, podem levar o paciente a não adesão ao tratamento, sendo relacionada na maioria dos casos a TB pulmonar (SILVA; MOURA; CALDAS, 2014).

Os doentes que apresentam uma melhora do quadro clínico tendem a querer abandonar o tratamento, despertando um engano de cura, como condiz Sá et al., (2007), no final do primeiro mês e início do segundo mês do processo de tratamento o abandono se faz presente, devido à ausência dos sintomas, sendo ocasionado pela eficácia dos fármacos. Uma vez que, o tratamento anti-tuberculose é algo prolongado, que traz restrições e possibilidades de um cenário enganoso para a pessoa que utiliza a medicação, levando a

mesma a acreditar que seja desnecessário fazer um tratamento tão prolongado e penoso, visto que as condições clínicas melhoram.

Caracteriza-se como consequência da descontinuidade que o indivíduo que deixa de lado o tratamento por um determinado período anterior ao fim do processo é obrigado a retornar, em decorrência do retorno dos sintomas. Esses abandonos e retornos constantes podem promover resistência medicamentosa aos fármacos, assim, ocasionando em riscos para a comunidade em que habita (GOMES, 2012).

O consumo de álcool e outras drogas ao longo do tempo tem prejudicado a execução de atividades dos serviços de saúde, gerando a necessidade de maior participação dos profissionais da saúde sobre essa temática, com a aplicação de novas estratégias que motivem a adesão ao tratamento, no qual o uso dessas drogas lícitas e ilícitas contribui para o cenário de agravos da realidade das equipes de ESF (SOUZA & PINTO, 2012).

Perante a problemática relacionada aos agravos associados, como alcoolismo e uso de drogas, os participantes da pesquisa afirmaram, os seguintes comentários:

“Sempre surgem pacientes tabagistas né? Ai a gente orienta sobre os malefícios e faz o encaminhamento pra o setor específico que é o CAPS pra passar o tratamento” (ENF 08).

“Eu soube pela a agente de saúde que ele estava vivendo em situação de vulnerabilidade e abandono, que ele estava perdendo peso muito rápido e tendo febre em fim de tarde por que geralmente o pessoal associa a perda de peso ao uso de crack só que ele estava apresentando a sintomatologia, ai a gente solicitou o exame, [...] fez um pouco do tratamento só que ele foi a óbito, ele tinha uns 19 anos, é muito difícil à questão por que ele era usuário de crack e não estava nem ai pra nada, você dizia as coisas e era mesmo que nada” (ENF 02).

“Geralmente é alcoolismo, no caso desse rapaz foi diagnosticado com TB e no final, já perto dele falecer, descobriu-se que ele era alcoólatra, tentamos mudar o abito o pensamento dele, encaminhamos para vários órgãos como o CAPS ad, foi sendo acompanhado tanto pelo NASF tanto pelo CAPS e aqui principalmente” (MED 04).

“isso acontece mais por causa da droga e as amizades e enfim o estilo de vida dele faz que eles tenham essas recaídas” (MED 05).

Os usuários que utilizam de drogas de uma forma geral são mais susceptíveis ao acometimento da doença, considerando que a TB apresenta alto patogenicidade, com isso há uma tendência ao adoecimento, bem como propagação de bacilos, visto que a manutenção da saúde desses indivíduos torna-se comprometida por vários fatores dentre eles aos seus hábitos de vida, condições de moradia, desnutrição, aglomerados para o consumo das drogas, entre outros (CRUZ et al., 2013; ALMEIDA et al., 2015).

Os números de mortes associadas à TB são mais elevadas nos fumantes, quando comparados aos não fumantes, dados comprovados em pesquisas que ilustram uma realidade, no qual quando há um encerramento dessa prática abusiva existe uma diminuição significativa de óbitos, refletindo na diminuição de 65% ao relacionar a indivíduos que permanecem com esse vício, comprovando inegavelmente que parar de fumar é relevante nessa perspectiva (SILVA et al., 2018).

Colaborando com o autor supracitado Rodrigues et al, (2010,) ressalta que o afirmou-se que o uso de crack está pautado de forma direta com o aumento dos números de tuberculose ativa e latente, diante das dificuldades em realizar exames laboratoriais, parar ou desistir do tratamento como também o surgimento de cepas resistentes a múltiplos fármacos ao ser detectado a presença da bactéria é primordial favorecer um seguimento do usuário da ESF para assim, prosseguir de forma adequada o tratamento. Além disso, devem ser recomendadas estratégias de acompanhamento ao indivíduo usuário de drogas com intuito de concretizar essas atividades de controle. De acordo a isso em uma pesquisa feita no Reino Unido, foi adequado aderir ao uso de Metadona, como recurso terapêutico alternativo para o tratamento dos etilistas com TB. Porém, ficou constatado que essa inclusão do fármaco toxicod dependente, não é reagente aos usuários de crack, não possuindo substituto (BURKI, 2010).

A dificuldade em realizar ações de melhoria do usuário de crack ficou evidente em um dos relatos que por mais que a profissional tenha se esforçado para realizar a manutenção do tratamento, o paciente veio a óbito por consequências do agravamento do seu quadro de saúde devido ao uso abusivo do crack. Logo, em síntese, é possível afirmar que, ainda existem falhas no que tange a forma adequada para acompanhar situações desse tipo.

Na atualidade percebe-se um aumento de usuários de drogas que vivenciam situações precárias, fazendo necessário que os especialistas da saúde percebam as novas demandas

que estão surgindo na comunidade. Diante da vulnerabilidade apresentada por esses pacientes, o profissional deve sempre estar empenhado em melhorar o quadro de saúde dos mesmos. Porém, uma das falas de uma profissional que trabalha em uma das áreas periféricas da cidade, apresentou uma apreensão:

“Muito a minha comunidade é só o que tem, eu lido tentando amenizar da melhor forma possível, mas é aquela coisa, a primeira coisa que ele pergunta é: ‘eu vou ter que parar de beber? Se eu tiver que parar de beber ou de usar por causa do tratamento eu não vou!’ então eu nem digo isso eu deixo e digo: ‘meu filho vá! Tome seu remédio e beba sua cachaça’”, por que se não, eu não vou nunca combater ou pelo menos eu nunca vou baixar a transmissão, tem os comunicantes, tem as criança, eu conseguindo que o vírus cesse alguns % eu já tenho vantagem em cima do vírus” (ENF 12).

Ao realizar o discurso citado acima, a enfermeira em questão está negligenciando assistência adequada. Uma vez que a Isoniazida, especificamente, associada com álcool e Rifampicina, promove o aumento à incidência de hepatite, em virtude que a mesma é indutora da atividade do citocromo hepático P450 que é indutora da atividade do citocromo hepático P450 promove o aumento à incidência de hepatite (ANDRADE, 2005).

O cliente pode não ter noção quanto ao risco de ter alterações hepáticas, em virtude de não ter sido orientado quanto aos efeitos previstos, neste aspecto o indivíduo deve ser encorajado ao desuso do álcool durante o tratamento devendo ser sempre enfatizado que o uso de bebidas alcoólicas pode acarretar em efeitos colaterais, sendo assim os profissionais devem estar atentos a qualquer mudança que aconteça com o paciente, no intuito de minimizar situações indesejáveis (SILVA et al., 2011).

O Protocolo de Enfermagem do Tratamento Diretamente Observado (2011), afirma que a busca ativa de sintomáticos respiratórios é um momento no qual o indivíduo capacitado deve procurar por pessoas que apresentam sintomas por um período igual ou a superior a três semanas, cabendo à equipe de ESF conhecer sua comunidade a fim de realizar ações educativas, tal como realizar o rastreio de forma precoce de possíveis sintomáticos, neste aspecto permite que o tratamento ocorra de maneira rápida, promovendo a cura e cessação da transmissão da infecção.

O público alvo da pesquisa também foi questionado sobre a realização de busca ativa de sintomáticos respiratórios na UBS. Destaca-se que os trabalhadores de todas as unidades realizam a busca ativa dos SR, sendo assim comprovado nas falas:

“A gente tenta fazer a busca ativa na visita dos ACS, eles têm uma planilha de sintomáticos respiratórios, só que as pessoas ou não querem dizer muitas vezes, ou preferem acreditar que é uma gripe, falam: “não eu não tenho nada não é só uma gripe, é só um resfriado” (ENF 01).

“A gente faz com a equipe por micro área, todo mundo vai lá pra ela e a gente sai de casa em casa né, conversando com as pessoas sobre o que é a doença né, e informando os sintomas, faz panfletagem, e os agentes de saúde estão fazendo todos os dias na suas visitas” (ENF 09).

“A gente costuma fazer sempre inclusive como demanda dos agentes de saúde, que estão em contato, e geralmente nas reuniões a gente conversa sobre vários temas e a TB já foi o tema de uma reunião com a intenção que eles consigam identificar isso, já que são eles que estão em maior contato com os pacientes, a gente faz isso pra que eles consigam trazer essa demanda pra a gente, então sempre que acontece eles já sabem identificar direitinho” (ENF 11).

“Tem sim, a agente de saúde é quem faz, nós quando fazemos visita domiciliar buscamos pacientes que tem os sintomas respiratórios, as pessoas que moram sozinhas, usuários de drogas, pacientes com riscos são os que visitamos e pesquisamos os casos” (MED 02).

“Sim, os agentes de saúde vão né, quando a gente tem um paciente suspeito de Tuberculose. A gente já pede a eles que façam a busca ativa e tragam para a unidade para a gente poder também observar” (MED 03).

Os enfermeiros e médicos que utilizam como ferramenta a visita realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), em virtude deles sempre estar em contato com a população, portanto, assim, viabilizando o desenvolvimento da busca ativa. Dessa maneira, a mesma acaba se tornando frequente, permitindo maior alcance dos sintomáticos respiratórios, controlando com mais eficácia as possíveis fontes de transmissão residentes na região da unidade.

Os autores Maciel et al., (2008) e Muniz et al., (2003), abordam a importância de se ter uma parceria com os agentes comunitários de saúde (ACS), no qual os mesmos irão contribuir na expansão das ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT), visto

que o têm a família e o domicílio como instrumento de trabalho. O ACS é um profissional que além de morar na comunidade em que atua, é familiarizado com seus valores, costumes e linguagem, dessa forma é considerado como um facilitador, pois o mesmo é capaz de construir elos entre os serviços de saúde e a comunidade, em virtude que o ACS consegue identificar problemas e perpassa as informações para o restante da equipe, desta forma atua na prevenção de doenças e promoção da saúde. (MACIEL et al., 2008).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na observação do estudo, notou-se a prevalência de casos de abandono de tratamento verificados no município de Cajazeiras-PB, relacionados a uso de entorpecentes. Esses cidadãos se aproveitando de seus direitos como o auxílio alimentação utilizavam os alimentos recebidos para trocar por drogas. Prejudicando, assim, o andamento de seu tratamento.

Além disso, os impasses no tratamento foi caracterizado indubitavelmente pela resistência da população adoecida, uma vez que os usuários possuem atribuições da vida diária, ausência de conhecimentos sobre o processo saúde-doença, bem como a utilização sem controle de drogas lícitas e ilícitas, que dificultavam o acompanhamento e a execução do tratamento diretamente observado (TDO).

Em síntese, apesar dos médicos possuírem papel primordial durante esse processo, notou-se que os mesmos, executam a prática do cuidado do paciente com TB baseado apenas na realização de encaminhamento para exames e diagnóstico e deixam a aplicação do TDO como responsabilidade apenas do enfermeiro, dessa forma, deixam de participar de uma das normas vigentes na Política Nacional de controle da Tuberculose (PNCT), essa problemática pode estar relacionada ao fato deles serem provenientes de outra nacionalidade, deixando assim explícita a necessidade de capacitações voltadas ao tema para esse público em questão.

No decorrer da pesquisa, ficou evidente, que os agentes comunitários de saúde são uma ferramenta de busca ativa utilizada pelos médicos e enfermeiros, é um método eficaz, visto que, estão sempre em maior contato com a comunidade, com suas necessidades, problemas ambientais, sociais e culturais que a população possui. Portanto, acredita-se que para melhor desenvoltura desse trabalho, seria necessária a inclusão dos mesmos na pesquisa uma vez que também são conhecedores das práticas de controle da tuberculose.

Os resultados do presente estudo reforçam a convicção de que os profissionais que atuam na área de saúde pública devem voltar seus esforços para garantir maior qualidade na saúde da população, realizando um trabalho diversificado de educação em saúde.

As Unidades Básicas de Saúde constituem um campo vastíssimo, em termos de pleno desenvolvimento de atividades e consolidação de orientações voltadas à prevenção e promoção da saúde. A equipe de trabalho possui um certo comando nestes locais, e tem plenos poderes para delinear e direcioná-los conforme as necessidades da população, considerando o planejamento de suas ações, na atuação de rotina no serviço.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA R.R, ZANETTI G, SOUZA A.R JR, SOUZA L.S, SILVA J.L, Escuissato DL et al. Cocaine-induced pulmonary changes: HRCT findings. **J Bras Pneumol**. v.41 n.4 p.323-30, 2015.

ALVES, R. S; SOUZA, K. M. J; OLIVEIRA, A. A. V; PALHA, P. F; NOGUEIRA, J. A; SÁ, D. L; Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm**; Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 650-657, 2012.

AMARAL A,S, TAMAKI E.M, SALES C.M, RENOVATO R.D. Evaluation of the decentralization of the tuberculosis control program from secondary to primary level in the health system of Dourados-MS. **Saúde Soc.**; v. 19, n. 4, p. 794-802. 2010.

ANDRADE R.L.P, VILLA T.C.S, PILLON S.C. A influência do alcoolismo no prognóstico e tratamento da tuberculose. SMAD, **Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.) [internet]. fev;1, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério Da Saúde. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, Programa Nacional de Controle da Tuberculose**, 2010.a

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.472, de 31 de agosto de 2010**. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2010. b

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Tuberculose na Atenção Primária à Saúde / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.b

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde : [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços**. – 1. ed. atual.– Brasília : Ministério da Saúde, 2016.773 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.a

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica**. – Brasília; Ministério da Saúde, 2011.c

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Vigilância Epidemiológica**. 7. ed.816 p. Brasília, DF, 2009.



\_\_\_\_\_. Ministério Da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério Da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Detectar, tratar e curar: desafios e estratégias brasileiras frente à tuberculose. **Bol Epidemiol.**;v. 46 n. 9, p. 1-19. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério Da Saúde. Sistema de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Informação e Atenção Epidemiológica - **Sistema de Informações sobre Mortalidade(SIM)**.Brasília;2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Plano nacional pelo fim da tuberculose** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN**. Brasília, 2017. Disponível em:<<http://portalsinan.saude.gov.br/dados-epidemiologicos-sinan>>. Acesso em:14/09/2017.

BARRÊTO A. J.R et al. Gestão do cuidado à tuberculose: da formação à prática do enfermeiro **Rev Bras Enferm.** nov-dez; v.66 n.6 p.847-53, 2013.

BARRÊTO A.J.R et al, Organização dos serviços de saúde e a gestão do cuidado à tuberculose *Ciência & Saúde Coletiva*, v.17 n.7 p.1875-1884, 2012.

BURKI T. Tackling tuberculosis in London's homeless population. *Lancet.*; v.376 n.9758 p. 2055-6, 2010.

CALIARI J.S, FIGUEIREDO R.M. Tuberculosis: patient profile, service flowchart, and nurses' opinions. **Acta Paul Enferm.**v. 25, n. 1, p. 43-7.2012.

CECÍLIO H. P. M, TESTON E. F, MARCON S. S, Acesso ao diagnóstico de tuberculose sob a ótica dos profissionais de saúde. **Texto contexto - enferm**, Florianópolis v.26 n.3 Agosto, 2017.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Tuberculosis (TB)**. 2012.Disponível em: <<http://www.cdc.gov/tb/topic/basics/default.htm>>Acesso em: 20/09/2017

CHIRINOS N.E.C, MEIRELLES B.H.S. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Jul-Set; v.20 n.3 p.599-406, 2011.

COLE, S. T. **Comparative and functional genomics of the Mycobacterium tuberculosis complex**. *Microbiology*, Redwood, v. 148, n. 10, p. 148, 2002.

CORRÊA A.C.P, ARAÚJO E.F, RIBEIRO A.C, PEDROSA I.C.F. Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá - Mato Grosso **Rev. Eletr. Enf.** jan/mar; v.14 n.1 p.171-80, 2012.

COSTA M.M.D., MIRANDA S.S.D. **Os desafios do tratamento da tuberculose na atenção primária: reflexões a luz da literatura**, Belo Horizonte, p: 31, 2013.

COUTO D.S, CARVALHO R. N, AZEVEDO E. B, MORAES M. N, PINHEIRO P. G. O. D, FAUSTINO E. B. Fatores determinantes para o abandono do tratamento da tuberculose: representações dos usuários de um hospital público. **Saúde Debate**. v. 38, n. 102, p. 572-81. Jul/ set. 2014.

CRUZ V.D, HARTE J, OLIVEIRA M.M, GONZALES R.I, ALVES P.F. Crack consumption and tuberculosis: an integrative review. **Rev Eletronica Saude Mental Alcool Drog**. v.9 n.1 p.48, 2013.

CRUZ V.D, HARTE J, OLIVEIRA M.M.D, GONZALES R.I.C, ALVES P. F. Consumo de crack e a tuberculose: uma revisão integrativa SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**. Review Article v.9 n.14 p.8-55 Jan.-Apr. 2013.

DANIEL T, M. **The origins and precolonial epidemiology of tuberculosis in the Americas: can we figure them out?**. *Int J Tuberc Lung Dis*; v.4, n. 5, p. 395-400. 2000.

DELOGU, G.; SALI, M.; FADDA, G. The biology of Mycobacterium Tuberculosis Infection. **Mediterranean Journal of Hematology Infectious Diseases**, Roma, v. 5, n. 1, 2013.

ETHEL L.N.M, RAFAEL C.A.V; ELIANI C.M, MÁRIO B, GEISA F, R.D O agente comunitário de saúde no controle da tuberculose: conhecimentos e percepções **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro v.24 n.6 , 2008

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

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES M. C. D Tuberculose. Factores de risco para resistência aos antibiomas na Região Norte de Portugal. Porto, 2012.

GROBLER L, NAGPAL S, SUDARSANAM T.D, SINCLAIR D. Nutritional supplements for people being treated for active tuberculosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* , Issue 6., 2016.

GUARDA F.R.B, et al. Perfil sociodemográfico dos médicos que compõem equipes de saúde da família **Rev Pan-Amaz Saude** v:3 n:2 p:17-24, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010** [online]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em 25/09/2017.

KARA-JUNIOR N. Definição da população e randomização da amostra em estudos clínicos **Rev Bras Oftalmol.**; Vol.73 N.2P.67-8. 2014.

MARCONI, Marina de Andrade e Lakatos, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 6ª ed. São Paulo, SP: Atlas, 2005.

MENDES A. M, FENSTERSEIFER L.M. Tuberculose: porque os pacientes abandonam o tratamento? **Bol. Pneumol. Sanit**. v.12 n.1 Rio de Janeiro abr. 2004.

MOLLER V, ERSTAD I, CRAMM J.M, NIEBOER A.P, FINKENFLÜGEL H, RADLOFF S, et al. Delays in presenting for tuberculosis treatment associated with fear of learning one is HIV-positive. **Afr J AIDS Res.** v.10 n.1 p.25-36, 2011.

MONTEIRO N. L. S, et al., Abandono do tratamento da tuberculose: uma análise epidemiológica dos seus fatores de risco **Cad. Cult. Ciênc.** Ano IX, v.13 n.2, Mar, 2015.

MORI É.C, NAGHETTINI A.V, Formação de médicos e enfermeiros da estratégia Saúde da Família no aspecto da saúde do trabalhador **Rev Esc Enferm USP** ; v. 50 (n.esp) p. 025-031, 2016.

MUNIZ J.N et al., A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde, **Ciênc. saúde coletiva** vol.10, n.2, pp.315-321, 2005.

NORBIS, L. et al. Tuberculosis: lights and shadows in the current diagnostic landscape. **New Microbiologica**, Bologna, v. 36, n. 2,p. 111-120, 2013.

OLIVEIRA R.C.C, SA LD, DIAS D.C.B, PINHEIRO P.G.O.D, PALHA P.F, NOGUEIRA J.A. Speeches of managers about the policy of the directly observed treatment for tuberculosis. **Rev Bras Enferm.** V.68 n.6 p.761-8, 2015.

PEREIRA J.D.S, MACHADO W.C.A. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, | **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.26 n.3 p.1033-1051, 2016.

POPOLIN M.P et al, Conhecimento sobre tuberculose, estigma social e a busca pelos cuidados em saúde **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v:17 n.3 p.123-132, jul-set, 2015.

ROCHA D.D.S, ADORNO R. D.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.

RODRIGUES I.L, MONTEIRO L.L, PACHECO R.H, DA SILVA SE. Abandonment of tuberculosis treatment among patients co-infected with TB/HIV [Article in Portuguese]. **Rev Esc Enferm USP**.;v.44 n.2 p.383-7, 2010.

RONZANI T.M, FURTADO E.F. Estigma social sobre o uso de álcool. **J Bras Psiquiatr**; v.59 n.4 p.326-332, 2010.

SÁ L.D.D et al. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono **Texto contexto - enferm.** vol.16 no.4 Florianópolis Oct./Dec, 2007.

SAKAMOTO, K. The pathology of mycobacterium tuberculosis infection. **Veterinary Pathology**, Thousand Oaks, v. 49,n. 3, p. 423-439, 2012.

SANTOS, Fernanda Marsaro dos. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. Resenha de: [BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.] Revista Eletrônica de Educação. São Carlos, SP:UFSCar, v.6, no. 1, p.383-387, mai. 2012

SILVA C. B. D. SANTOS L.R. D, MARILURDE D. O consumo de álcool durante o tratamento da tuberculose: percepção dos pacientes SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.) vol.7 no.1 Ribeirão Preto abr, 2011.

SILVA C.B, LAFAIETE R.S, DONATO M. O consumo de álcool durante o tratamento da tuberculose: percepção dos pacientes. **Rev Eletron Saude Mental Alcool Drog** [Internet]. 2011.

SILVA D.R et al., **Fatores de risco para tuberculose: diabetes, tabagismo, álcool e uso de outras drogas** Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RS) Brasil. 2018.

SILVA E.M, ASSIS M.M.A, VILLA T.C.S, SCATENA L.M. Coordenação dos serviços de atenção primária a saúde no controle da tuberculose em um município da Bahia, Brasil. **Rev Baiana Saúde Pública.**; v.34 n.2 p.227-39, 2010.

SILVA P.D.F, MOURA G.S, CALDAS A.D.J.M. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar no Maranhão, Brasil, no período de 2001 a 2010. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30 n.8 p. 1745-1754, ago, 2014.

SILVA, Cassandra Ribeiro de O. **Metodologia e organização do projeto de pesquisa: guia prático.** Fortaleza, CE: Editora da UFC, 2004.

SIQUEIRA H.R.D, TEREZINHA DA C, VARGAS, COSTA W, FARIA A.C, LOPES A. J, CAPONED, COSTA C.H.D, RUFINO R. **Infecções Respiratórias Artigos de Revisão O Tratamento Atual Da Tuberculose (Para Adolescentes E Adultos) Comentado** Vol. 9 , N. 2 Jul/Dez – 2010.

SOUSA L.D.O et al. de curta duração da tuberculose: uma análise discursiva **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2016 nov-dez; v.69 n.6 p.1154-63.

SOUZA L.L, ARAÚJO D. B, SILVA D.S, MENEZES V.C, Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. **Bêrredo Ciências & Cognição**; V. 19 n.2 p. 218-232, 2014.

SOUZA L.M, PINTO M.G. Atuação do enfermeiro a usuários de álcool e de outras drogas na Saude da Familia. **Rev Eletr Enf** [Internet]. 2012.

SOUZA S.S, SILVA D.M.G.V, Passando pela experiência do tratamento para tuberculose **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.19, n.4 p.636-43, Out/Dez. 2010.

TERRA M.F, BERTOLOZZI M.R. O tratamento diretamente supervisionado (DOTS) contribui para a adesão ao tratamento da tuberculose? **Rev Latino-am Enfermagem.** Jul-Ago; v. 16 n.4 p.659-64, 2008.

TOUSO M.M et al. Estigma social e as famílias de doentes com tuberculose: um estudo a partir das análises de agrupamento e de correspondência múltipla **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19 n.11 p.4577-4585, 2014.

VENDRAMINI, SHF; VILLA, TCS; SANTOS,MLSG; GAZETTA, CE. **Current epidemiological aspects of tuberculosis and the impact of the DOTS strategy in disease control.** Rev. Latino-Am. Enfermagem [online],v. 15, n. 1, p.171-173, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global tuberculosis report 2015**. 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 [cited 2015 nov 14].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report**. 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/publications/guidelines/tuberculosis/en/>>. Acesso em: 19/09/2017

## APÊNDICES

**APÊNDICE A**  
**INSTRUMENTO DE PESQUISA**

Nº da entrevista:\_\_\_\_ Nº da UBS:\_\_\_\_

<b>Informações pessoais:</b>
------------------------------

- Sexo:(  ) feminino (  ) masculino
- Idade:\_\_\_\_\_
- Profissão: (  ) enfermeiro(a) (  ) médico(a)
- Tempo de atuação no serviço:\_\_\_\_\_
- Possui: Especialização (  ) Mestrado (  ) Doutorado (  )

<b>Questionário:</b>
----------------------

1. Em sua opinião, existem dificuldades na realização do diagnóstico da tuberculose, por quais motivos?
2. Quando você encaminhou o paciente para realizar os exames para fechar o diagnóstico, ocorreu de forma ágil?
3. Quando você encaminhou o paciente para realizar os exames para fechar o diagnóstico, ocorreu de forma ágil?
4. Ocorrem dificuldades para concretizar o tratamento da tuberculose? Se sim, pode citar alguma dificuldade?
5. Sobre a aplicação do tratamento diretamente observado Você consegue acompanhar o paciente de acordo com o que é preconizado?
6. A comunicação na rede de saúde acontece de forma eficiente, garantindo o compartilhamento clínico?
7. Alguma pessoa em tratamento já citou problemas financeiros que poderiam prejudicar a manutenção da alimentação adequada? Se sim, o município apresenta um auxílio a essas pessoas?
8. Nessa unidade já ocorreram casos de abandono de tratamento? Se sim, que medidas você tomou como profissional da saúde?
9. Durante o percurso do tratamento da infecção, você já se deparou com agravos associados, como alcoolismo e uso de drogas? Se sim, como foi conduzido o caso?
10. Na sua unidade é feita a busca ativa de comunicantes de pessoas acometidas pela tuberculose? Se não, por qual motivo?

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) Profissional da saúde, você está sendo convidado (a) para participar do estudo intitulado “**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO AOS ENTRAVES FRENTE O CONTROLE DA TUBERCULOSE**”, tendo como pesquisadora responsável a Profa. Esp. Paula Frassinetti Oliveira Cezário, vinculada ao CFP/UFCG e a pesquisadora participante, Mayrane Misayane Sousa dos Santos.

#### JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS

Sua participação é voluntária e você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Este estudo tem por objetivo averiguar a percepção dos profissionais de saúde acerca da dificuldade em efetivar ações de controle da tuberculose.

Caso decida aceitar o convite, você será submetido(a) ao(s) seguinte(s) procedimentos: será adotado um formulário semiestruturado composto por questões objetivas sobre o perfil sociodemográfico da amostra e subjetivas de caráter exploratório relacionadas a temática proposta, cujas respostas serão exploradas através de entrevista gravada por aparelho de mp3.

**OS BENEFÍCIOS DA PESQUISA:** serão novos conhecimentos para os pesquisadores e para os profissionais de saúde da atenção primária à saúde, fornecendo subsídio para a elaboração de novas estratégias de combate a tuberculose, em especial os acometidos pela infecção, bem como a comunidade como um todo, conseqüentemente, promovendo melhoria do quadro de saúde da comunidade em relação ao tratamento e combate da tuberculose, além de servir de base para novas pesquisas envolvendo a temática em questão.

**DESCONFORTOS E RISCOS:** Os riscos presentes ao realizar o estudo são mínimos, porém o entrevistado (a) poderá apresentar-se constrangido(a) ou tímido (a) a responder alguma das indagações. Caso o pesquisador note algum desconforto da participante poderá suspender a entrevista ou orientá-la que se sinta à vontade para decidir sobre sua participação no estudo, buscando minimizar ao máximo qualquer desconforto que por ventura possa surgir, compromete-se a ficar atento durante a entrevista para amenizar possíveis ansiedades.

Ressalta-se que todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de maneira que não permita a identificação de nenhum voluntário. E



que a assinatura deste termo é isenta de danos e é vedada sua reprodução em qualquer outro meio que não este.

**FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA:** A aplicação do formulário e gravação das entrevistas serão realizadas pelo pesquisador.

**CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS:** A participação no estudo não acarretará custos para Sra(o). e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Não é previsto nenhum dano decorrente desta pesquisa a Sra (o), uma vez que será aplicado um formulário e realizada uma entrevista. Você ficará com uma via rubricada e assinada do termo e qualquer dúvida a respeito desta pesquisa, poderá ser requisitada a pesquisadora responsável, cujos dados para contato estão especificados abaixo.

**Dados completos do pesquisador RESPONSÁVEL para contato:**

**Nome:** Profa. Esp. Paula Frassinetti Oliveira Cezário **Endereço completo:** Rua: Romualdo Rolim, 234, Centro, Cajazeiras – PB **Telefone:** (83) 9 9940-0655 **E-mail:** paulafrassinetti22@gmail.com.

**Dados completos do pesquisador PARTICIPANTE para contato:**

**Nome:** Mayrane Misayane Sousa dos Santos **Endereço completo:** Avenida Joca Claudino, 349, Tancredo Neves Cajazeiras-PB **Telefone:** (83) 9 9197-2848 **E-mail:** maayrane.santos@gmail.com.

Cajazeiras, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

---

Assinatura do Participante

---

Assinatura do Pesquisador Responsável

---

Assinatura do Pesquisador Participante

## **ANEXOS**

## ANEXO A – TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

### TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Eu, **Paula Frassinetti Oliveira Cezário**, docente da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me pela orientação da discente do curso de graduação em enfermagem, Mayrane Misayane Sousa dos Santos, cujo projeto de pesquisa intitula-se **“PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO AOS ENTRADES FRENTE O CONTROLE DA TUBERCULOSE”**

Comprometo-me em assegurar que sejam seguidos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo cumprimento fiel das orientações sugerida pela minha orientanda nas atividades de pesquisa e, junto com ela, pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Reafirmo a minha responsabilidade intransferível, mantendo arquivados todos os dados pertinentes a pesquisa zelando pelo sigilo e confidencialidade das informações referidas pelos sujeitos participantes. Caso seja necessário apresentarei, sempre que solicitado pelo comitê de ética e pesquisa ou pelos órgãos envolvidos neste estudo, o relatório de qualquer eventual modificação neste projeto, bem como sobre seu andamento e conclusão. Estou Ciente das penalidades que posso sofrer caso infrinja qualquer um os itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Paula Frassinetti Oliveira Cezário

Paula Frassinetti Oliveira Cezário  
Pesquisadora Responsável

Cajazeiras, 22 de Fevereiro de 2018.

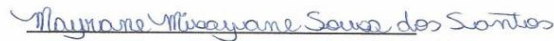
**ANEXO B – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR PARTICIPANTE****TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR PARTICIPANTE****Pesquisa: “PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO AOS ENTRAVES FRENTE O CONTROLE DA TUBERCULOSE”**

Eu, **Mayrane Misayane Sousa Dos Santos**, acadêmica da Unidade Acadêmica de Enfermagem - CFP/UFCG, portadora do RG 3.758.761 SSP/PB e CPF: 094.829.844-80 responsabilizo-me, junto com a minha orientadora, a professora Especialista Paula Frassinetti Oliveira Cezário, a desenvolver o projeto de pesquisa proposto, comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 466/2012 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pela minha orientadora nas atividades de pesquisa e, junto com a mesma, pela entrega do relatório final ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Campina Grande/Centro de Formação de Professores, e pelos relatórios da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico. Pela comunicação ao Comitê de Ética (CEP) sobre qualquer alteração no projeto e/ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento da pesquisa, bem, como pelo arquivamento durante 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, de uma das vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por cada participante recrutado durante a execução da mesma.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

  
Mayrane Misayane Sousa dos Santos  
Pesquisadora Participante

Cajazeiras, 22 de Fevereiro de 2018.

## ANEXO C – TERMO DE DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS

### TERMO DE COMPROMISSO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientanda da pesquisa intitulada “**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO AOS ENTRAVERES FRENTE O CONTROLE DA TUBERCULOSE**”.


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.

Cajazeiras, 23 de Fevereiro de 2018.



Pesquisadora Responsável



Pesquisadora Participante

## ANEXO D – TERMO DE ANUÊNCIA



PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA/ REDE ESCOLA  
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

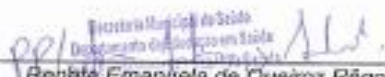
### TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada: "**Percepção dos profissionais de saúde em relação aos entraves frente ao controle da tuberculose**", a ser desenvolvido pela aluna **Mayrane Misayane Sousa dos Santos**, do curso em Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob orientação da Professora Paula Frassinetti Oliveira Cesário está autorizado para ser realizado junto a este serviço.

Outrossim, informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Cajazeiras - PB, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ao Serviço que receberá a pesquisa.

Sem mais,

Cajazeiras - PB, 23 de fevereiro de 2018.

  
Renata Emanuela de Queiroz Rêgo  
Departamento de Educação em Saúde

## ANEXO E – FOLHA DE ROSTO



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP  
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO AOS ENTRAVERES FRENTE O CONTROLE DA TUBERCULOSE			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 15			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
5. Nome: Paula Frassinetti Oliveira Cezário			
6. CPF: 072.082.364-10		7. Endereço (Rua, n.º): Romualdo Rolim CENTRO Frente a ponto auto CAJAZEIRAS PARAIBA 58900000	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (83) 9940-0655	10. Outro Telefone: 11. Email: paulafrassinetti22@gmail.com
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: 08 / 03 / 2018		 Assinatura	
<b>INSTITUIÇÃO PROPONENTE</b>			
12. Nome: Universidade Federal de Campina Grande		13. CNPJ: 05.055.128/0003-38	14. Unidade/Orgão: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
15. Telefone: (83) 3532-2000		16. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: Carlos Davidson Pinheiro VICE-DIRETOR DO CFP/UFCC MATRICULA SIAPE Nº 1024794		CPF: 338.179.874-04	
Cargo/Função:		 Assinatura	
Data: 08 / 03 / 2018			
<b>PATROCINADOR PRINCIPAL</b>			
Não se aplica.		Carlos Davidson Pinheiro VICE-DIRETOR DO CFP/UFCC MATRICULA SIAPE Nº 1024794	



## ANEXO F – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFCG - CENTRO DE  
FORMAÇÃO DE  
PROFESSORES - CAMPUS DE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO AOS ENTRAVES FRENTE O CONTROLE DA TUBERCULOSE

**Pesquisador:** Paula Frassinetti Oliveira Cezário

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 84776318.8.0000.5575

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

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.551.781

#### Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa apresentado se propõe a investigar, através de aplicação de questionário, como os profissionais da atenção básica assistem os indivíduos acometidos pela tuberculose, como realizam o tratamento e se seguem a orientações do Ministério da Saúde. A população do estudo será constituída pelos os profissionais de que atuam diretamente com os usuários de saúde na estratégia de saúde da família do município de Cajazeiras/PB. Como critério de inclusão, serão considerados profissionais enfermeiros e médicos que atuem no mínimo 01 ano no serviço da atenção básica. O estudo proposto será do tipo de campo, descritivo com abordagem qualitativa, para análise dos dados da pesquisa será utilizado à análise de conteúdo de Laurence Bardin.

#### Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a percepção dos profissionais de saúde acerca da dificuldade em efetivar ações de controle da tuberculose.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como consta na pesquisa, há um risco de constrangimento do participante ao responder o questionário e fornecer os dados. Caso o pesquisador note algum desconforto da participante poderá suspender a entrevista ou orientá-la que se sinta à vontade para decidir sobre sua participação no estudo, buscando minimizar ao máximo qualquer desconforto que por

**Endereço:** Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

**Bairro:** Casas Populares

**UF:** PB

**Município:** CAJAZEIRAS

**CEP:** 58.900-000

**Telefone:** (83)3532-2075

**E-mail:** cep@cfp.ufcg.edu.br



UFCG - CENTRO DE  
FORMAÇÃO DE  
PROFESSORES - CAMPUS DE



Continuação do Parecer: 2.551.781

ventura possa surgir. Como benefícios, surgirão novos conhecimentos para os pesquisadores e para os profissionais de saúde da atenção primária à saúde, fornecendo subsídio para a elaboração de novas estratégias de combate a tuberculose. Neste sentido, avalio que os riscos da pesquisa são mínimos e que não acarretarão danos significativos, morais e éticos, aos participantes envolvidos. Além disto, os benefícios esperados justificam os riscos e contribuirão de forma significativa nos estudos acerca do tema da pesquisa.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O tema da pesquisa é atual e pertinente, se mostrando de grande relevância. O cronograma do projeto proposto está coerente, visto que respeitou a condição de sua aprovação no CEP / UFCG.

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

Todos os documentos apresentados pelo proponente cumpriram as exigências do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de acordo com a resolução nº 466/2012, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos. Foram apresentados o projeto na íntegra, as informações básicas do projeto, a folha de rosto, o orçamento, o cronograma, o termo de anuência da instituição envolvida, o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), o termo de compromisso do docente e da discente envolvidos e o termo de divulgação de resultados.

**Recomendações:**

Incluir no TCLE: Se em algum momento (durante ou depois da realização da pesquisa) houver a necessidade de acompanhamento ou assistência, o responsável dará todo o suporte necessário, bem como se houver a necessidade de ressarcimento ou indenização por algum dano decorrente da mesma.

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

Informo que meu parecer é favorável, salvo melhor juízo deste comitê, à APROVAÇÃO do projeto proposto: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO AOS ENTRAVES FRENTE O CONTROLE DA TUBERCULOSE.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	08/03/2018		Aceito

**Endereço:** Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n  
**Bairro:** Casas Populares **CEP:** 58.900-000  
**UF:** PB **Município:** CAJAZEIRAS  
**Telefone:** (83)3532-2075 **E-mail:** cep@cpf.ufcg.edu.br

**UFCG - CENTRO DE  
FORMAÇÃO DE  
PROFESSORES - CAMPUS DE**



Continuação do Parecer: 2.551.781

Básicas do Projeto	ETO_1087353.pdf	19:56:15		Aceito
Outros	termo_anuencia.pdf	08/03/2018 19:28:13	MAYRANE MISAYANE SOUSA DOS SANTOS	Aceito
Cronograma	cronograma_de_atividades.pdf	08/03/2018 19:22:20	MAYRANE MISAYANE SOUSA DOS SANTOS	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	08/03/2018 19:21:15	MAYRANE MISAYANE SOUSA DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_TCLE.pdf	08/03/2018 19:16:24	MAYRANE MISAYANE SOUSA DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_TCC.pdf	08/03/2018 19:15:54	MAYRANE MISAYANE SOUSA DOS SANTOS	Aceito
Outros	termo_pesqresponsavel.pdf	08/03/2018 19:12:13	MAYRANE MISAYANE SOUSA DOS SANTOS	Aceito
Outros	termo_pesqparticipante.pdf	08/03/2018 19:11:44	MAYRANE MISAYANE SOUSA DOS SANTOS	Aceito
Outros	termo_divulgacao.pdf	08/03/2018 19:10:08	MAYRANE MISAYANE SOUSA DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	termo_plataforma.pdf	08/03/2018 18:20:04	MAYRANE MISAYANE SOUSA DOS SANTOS	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAJAZEIRAS, 20 de Março de 2018

\_\_\_\_\_  
**Assinado por:**  
**Paulo Roberto de Medeiros**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n  
**Bairro:** Casas Populares **CEP:** 58.900-000  
**UF:** PB **Município:** CAJAZEIRAS  
**Telefone:** (83)3532-2075 **E-mail:** cep@cfp.ufcg.edu.br