



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

LAYZ DANTAS DE ALENCAR

**FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO E ABANDONO DO TRATAMENTO DA
TUBERCULOSE**

CAJAZEIRAS-PB

2014

LAYZ DANTAS DE ALENCAR

**FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO E ABANDONO DO TRATAMENTO DA
TUBERCULOSE**

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

Orientadora: Prof^ª. Ms. Arieli Rodrigues Nóbrega
Videres

CAJAZEIRAS – PB

2014

LAYZ DANTAS DE ALENCAR

**FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO E ABANDONO DO TRATAMENTO DA
TUBERCULOSE**

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

APROVADO EM ____ / ____ /2014

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Ms. Arieli Rodrigues Nóbrega Videres
Orientadora
(MEMBRO – UFCG/ CFP/UAENF)

Prof^a Ms. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas
(MEMBRO – UFCG/ CFP/UAENF)

Prof^a. Maria Mônica Paulino do Nascimento
(MEMBRO – UFCG/ CFP/UAENF)

DEDICATÓRIA

Ao Pai Celeste, que me guia por
um caminho de bênçãos.
À minha família, meu alicerce e incentivo.
Ao meu namorado, por todo amor
e companheirismo.
À memória do meu avô, o anjo que protege a
Minha vida.

AGRADECIMENTOS

*Ao concluir este **SONHO**, lembro-me de muitas pessoas a quem ressalto reconhecimento, pois, esta conquista concretiza-se com a contribuição de cada uma delas, seja direta ou indiretamente. No decorrer dos dias, vocês colocaram uma pitada de amor e esperança para que este momento findasse nessa etapa tão significativa para mim.*

*A **Jesus Cristo**, presença constante em minha vida, por guiar os meus passos, iluminar a minha vida e por me encorajar a vencer os obstáculos.*

*Ao meu pai **Edvan** e à minha mãe **Marilene**, por todo amor, apoio e por todos os sacrifícios para tentar perpetuar um futuro repleto de felicidade e me tornar sempre uma pessoa melhor, uma visão de família sempre unida em todas as adversidades.*

*Á minha irmã **Layana** por entender as minhas necessidades e preocupações estando do meu lado em todas as minhas dificuldades.*

*Ao meu namorado **João Raimundo**, por todo amor a mim reservado e por estar sempre do meu lado me levantando nos momentos difíceis e me incentivando a vencer as adversidades e a nunca me abater. Por me auxiliar em muito a execução deste trabalho. Mais uma etapa da minha vida que concluímos juntos.*

*Aos meus **familiares**, que sempre acreditaram no meu potencial e estão felizes diante de mais uma vitória e realização de um sonho. Meu eterno carinho para **Lindalva, Ednaldo, Karina, Afrânio, Maria Clara e Maria Clarice**.*

*Ás minhas tias de coração, **Raimunda e Josefa**, por me colocarem sempre em suas orações, torcendo sempre pelo meu crescimento e pela realização dos meus sonhos.*

*Á minha orientadora **Arieli Rodrigues** pela competência e conhecimento ao me orientar na construção deste trabalho, pela parceria e boa vontade, vindo a somar e elevar ainda mais a qualidade da nossa pesquisa.*

*Aos meus amigos que de alguma forma se fizeram presentes nesta etapa da minha vida e que me ajudaram a seguir em frente, em especial, **Natalia Sheila, Renata Kelly e Tiago Silva**.*

*Ás minhas professoras **Rosimery Cruz e Kennia Abrantes** que ao longo da graduação repartiram seus conhecimentos e experiências, contribuindo assim, para minha formação acadêmica.*

“Há homens que lutam um dia e são bons.
Há outros que lutam um ano e são melhores.
Há os que lutam muitos anos e são muito bons.
Porém, há os que lutam toda a vida.
Esses são imprescindíveis”.

Bertolt Brech

ALENCAR, Layz Dantas de. **Fatores associados à adesão e abandono do tratamento da tuberculose**. 2013. 79 f. Monografia (Curso Bacharelado em Enfermagem) – Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras - PB, 2014.

RESUMO

Introdução: A tuberculose é uma doença infectocontagiosa, de cunho socioeconômico em que a esfera governamental encontra uma série de dificuldade em controlar e erradicar os bacilos que causam a doença. Mesmo existindo uma terapia medicamentosa que leve o indivíduo a cura, a não adesão e o abandono ao tratamento ainda são fatores importantes nas taxas de morbimortalidade dessa patologia. **Objetivo:** Verificar os fatores que influenciam na adesão e no abandono do tratamento da tuberculose do ponto de vista dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF). **Metodologia:** Estudo exploratório e descritivo com abordagem quantitativa, desenvolvido nas ESF de nove municípios pertencentes a 10ª Gerência Regional de Saúde do estado da Paraíba, quais sejam, Aparecida, Sousa, Marizópolis, Nazarezinho, Vieirópolis, Lastro, São Francisco, Santa Cruz e Lagoa. A população/amostra foi formada por todos os enfermeiros que atuam nas ESF dos municípios citados, perfazendo um universo de 37 profissionais. Os dados coletados individualmente nos meses de janeiro e fevereiro de 2014 através de um questionário semi-estruturado foram analisados através da estatística descritiva e da técnica de Análise de Conteúdo. A pesquisa foi desenvolvida de acordo com os aspectos éticos e com a Resolução 466/2012 do CNS. **Resultados:** os resultados obtidos apontaram fatores múltiplos de natureza complexa que influem na adesão e no abandono do tratamento da tuberculose, associados às dificuldades relacionadas ao usuário, ao tratamento e a operacionalização da assistência de saúde. Na identificação dos fatores que contribuem para a adesão e ao não abandono do tratamento, tem-se, o apoio da equipe, o prognóstico de cura, a gratuidade do tratamento, o apoio familiar, a melhora dos sintomas, as condições socioeconômicas, a acessibilidade ao serviço e medicação, a aceitação da doença, a educação em saúde, o medo e o apoio familiar. No que concerne aos principais fatores que contribuem para o abandono e não adesão do tratamento, quais sejam, os efeitos adversos, a falta de conhecimento e compromisso, as condições socioeconômicas e culturais, o tratamento prologando, o etilismo e outras drogas, a falta de vínculo com a equipe de saúde e a família, o estigma e preconceito e a dificuldade na acessibilidade. Os resultados revelaram ainda que nas vertentes que motivam o portador de Tuberculose a concluir o tratamento estão a cura, o trabalho da equipe, a acessibilidade ao serviço e a medicação. Observou-se estatisticamente que os enfermeiros realizam atividades educativas, visitas domiciliares e possuem um bom vínculo para maximizar a adesão e minimizar o abandono. **Conclusão:** O trabalho veio ratificar que a causa da adesão e do abandono do tratamento é multifatorial, porém bastante previsível e possível de superação, e que é necessário intensificar as ações para consolidar a intenção da assistência à tuberculose enquanto estratégia para o aumento da cura e diminuição do abandono tuberculose.

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

ALENCAR, Layz Dantas de. **Factors related to compliance and noncompliance with treatment for tuberculosis.** 2013. 79 f. Monograph (Course Bachelor of Nursing) - Center for Teacher Education, Federal University of Campina Grande, PB - Cajazeiras, 2014.

ABSTRACT

Introduction: Tuberculosis is an infectious disease, socioeconomic die in the governmental sphere are a number of difficulties in controlling and eradicating the bacilli that cause disease. Even if a drug therapy that causes the individual to cure the noncompliance with treatment are still important factors in morbidity and mortality rates of this disease. **Objective:** To investigate the factors that influence adherence and abandonment of tuberculosis treatment from the point of view of nurses from the Family Health Strategy. **Methodology:** Exploratory and descriptive study with a quantitative approach, developed in ESF nine municipalities in the 10th Regional Health Management of Paraíba state, namely, Aparecida, Sousa, Marizópolis, Nazarezinho, Vieirópolis, Ballast, San Francisco, Santa Cruz and Lagoa. The population / sample consisted of all nurses working in the municipalities cited FHS, for a population of 37 professionals. Data collected individually in the months of January and February 2014 through a semi-structured questionnaire were analyzed using descriptive statistics and content analysis technique. The research was conducted according to the ethical aspects and the Resolution 466/2012 of the CNS. **Results:** The results showed complex nature of multiple factors that influence adherence and noncompliance with treatment for tuberculosis, difficulties associated with the user, the processing and operation of health care. In identifying the factors that contribute to non-adherence and treatment dropout carrier, we have the team support, the prognosis for healing, free treatment, family support, improvement of symptoms, socioeconomic conditions, service accessibility and medication, acceptance of the disease, health education, fear and family support. With regard to the main factors contributing to the abandonment and non-adherence to treatment, namely, adverse effects, lack of knowledge and commitment, the socioeconomic and cultural conditions, treatment prolonged, alcoholism and drug abuse, lack of relationship with the healthcare team and the family, stigma and prejudice and difficulty in accessibility. The results also revealed that the aspects that motivate the bearer of TB treatment are to complete the cure, team work, service and accessibility to medication. We observed statistically that nurses perform educational activities, home visits and a good bond to maximize adhesion and minimize abandonment. **Conclusion:** The study came to ratify the cause of accession and abandonment of treatment is multifactorial, though quite predictable and possible to overcome, and we need to intensify actions to consolidate the intention of assistance to tuberculosis as a strategy to increase the healing and decrease abandon tuberculosis.

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

LISTA DE FIGURA

Figura 1 - Mapa do Estado da Paraíba com os municípios sedes do estudo.	29
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos participantes quanto os dados sociodemográficos	35
Tabela 2 - Distribuição dos participantes segundo os dados profissionais.....	37
Tabela 3 - Fatores que contribuem para a adesão e não abandono do tratamento da tuberculose.....	42
Tabela 4 - Fatores que contribuem para a não adesão e abandono do tratamento da tuberculose.....	46
Tabela 5 - Atividades desenvolvidas pelas enfermeiras para maximizar a adesão e minimizar o abandono do tratamento da tuberculose	52

LISTA DE SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde

BCG – Bacillus Calmette-Guérin

BK - Bacilo de Koch

CI - Coeficiente de Incidência

DOTS - Directly Observed Treatment Short-Course

E - Etambutol

ESF - Estratégia Saúde da Família

GRS - Gerência Regional de Saúde

H - Isoniazida

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HUAC - Hospital Universitário Alcides Carneiro

Mg - Miligrama

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PCT - Programa de Controle da Tuberculose

PNCT - Plano Nacional de Controle de Tuberculose

PPD - Prova Tuberculínica Cutânea

PSF - Programa de Saúde da Família

R - Rifampicina

RHZE - Rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SISVAN - Sistema de Vigilância Nutricional e Alimentar

SUS - Sistema Único de Saúde

TB - Tuberculose

TCLE - Termo de Responsabilidade e Compromisso dos Pesquisadores

TDO - Tratamento Diretamente Observado

TS - Tratamento Supervisionado

UBS - Unidade Básica de Saúde

USF - Unidade de Saúde da Família

Z - Pirazinamida

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	16
2.1 GERAL.....	17
2.2 ESPECÍFICOS	17
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
3.1 TUBERCULOSE: UM GRAVE PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.....	19
3.2 ADESÃO E ABANDONO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE.....	23
4 MATERIAL E MÉTODO	27
4.1 TIPO DE ESTUDO	28
4.2 LOCAL DO ESTUDO	28
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	30
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	30
4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	31
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	32
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	32
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	33
5.1 APRESENTAÇÃO DOS DADOS QUANTITATIVOS	34
5.2 APRESENTAÇÃO DOS DADOS QUALITATIVOS	54
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS	60
APÊNDICE	72
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS....	73
APÊNDICE B - DECLARAÇÃO INSTITUCIONAL	75
ANEXOS	76
ANEXO A - TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DOS PESQUISADORES.....	77
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	78

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa causada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecido como Bacilo de Koch (BK), que acomete uma série de órgãos e/ou sistemas, cuja transmissão se dá pela via aérea em praticamente todos os casos. Sua infecção ocorre a partir da inalação de núcleos secos de partículas, de tamanhos variados, contendo no seu interior bacilos expelidos pela tosse, fala ou espirro do paciente de TB (BRASIL, 2011).

É uma enfermidade que, apesar de antiga, ainda persiste como um grave problema de saúde pública, liderando mundialmente como a principal causa de morte por doenças infecciosas entre adultos, apesar dos avanços tecnológicos. Mundialmente, o Brasil ocupa a 17ª posição no ranking dos países com maior carga de TB, sendo notificados 70.047 casos novos em 2012 no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o que equivale a um coeficiente de incidência (CI) de 36,1/100.000 habitantes (BRASIL, 2013; PROTTI et al., 2010).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), nas últimas décadas, houve uma redução global do número de casos e de óbitos por TB. De 2010 para 2011, a queda do coeficiente de incidência foi de 2,2% e o de mortalidade de 41% desde 1990. Esses indicadores também estão em queda na maioria dos 22 países que apresentam alta carga da doença e são responsáveis por 82% dos casos mundiais, grupo ao qual o Brasil pertence (BRASIL, 2013).

Destarte, Brasil (2011); Chirinos e Meirelles (2011) apontam em seus estudos não haver perspectivas de eliminação da tuberculose, em um futuro próximo, muito embora existam drogas eficazes disponíveis atualmente. Contudo, a realidade quanto ao êxito do tratamento apontam fatores complexos que intervêm nos resultados da cura e do controle da doença, dentre os quais, está o abandono. O Ministério da Saúde (MS) preconiza como abandono do tratamento da TB, aqueles pacientes que deixaram de comparecer as unidades por mais de 30 dias consecutivos, após a data aprazada para o seu retorno e, nos casos em Tratamento Diretamente Observado (TDO) 30 dias após a data da última tomada da medicação supervisionada, ponderando que existem motivos relacionados ao tratamento, à doença, ao paciente, aos problemas sociais, aos serviços e ao profissional de saúde.

A OMS preconiza que o percentual de cura seja superior a 85% e a redução da taxa de abandono seja menos de 5%. Em 2010, a proporção de cura no Brasil foi de 73,4% e em 2011 alcançou-se 71,6%, ainda não conseguindo obter a meta estipulada pelo MS, qual seja, curar pelo menos 85%, por ano. Já em relação à taxa de abandono, estudos mostram índices em

torno de 14% a 17%, porém, em algumas regiões e capitais esse índice alcança 30 a 40% (BRASIL, 2013; LOPES, 2010).

Os dados epidemiológicos acima descritos expressam que a taxa de abandono do tratamento da TB no Brasil é elevada, o que resulta em risco de ocorrência de formas resistentes da doença e persistência da cadeia de transmissão. Diante disso, o conhecimento dos fatores associados ao alto índice do abandono do tratamento da TB é imprescindível para a identificação de barreiras que culminem na adesão ao tratamento (ALVES et al., 2012; BRAGA et al., 2012).

A adesão e a desistência do tratamento são considerados um dos principais desafios para o combate dessa endemia. Diante dessa magnitude, para que haja a redução das taxas de abandono de tratamento, é prioritário o conhecimento dos fatores associados ao mesmo, fato este que justifica a necessidade de desenvolvimento do presente estudo. Furlan; Oliveira; Marcon (2012) ao investigar tais fatores entre os anos de 2006 a 2010 no estado do Paraná, constataram que a idade jovem, o etilismo, o desemprego, a baixa escolaridade, a dependência química e o reingresso após abandono do tratamento foram os elementos responsáveis pelo abandono à terapêutica.

Ressalta-se a relevância das ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde na assistência ao indivíduo acometido por TB, sobretudo pelo enfermeiro, que tem a responsabilidade de identificar os sintomáticos, realizar a consulta de enfermagem, solicitar o exame de baciloscopia para o possível diagnóstico, efetuar o tratamento supervisionado, notificar a doença e identificar possíveis barreiras que impeçam a adesão (OLIVEIRA et al., 2011). Sá et al. (2012) ressaltam que o sucesso da adesão ao tratamento da TB está intimamente ligado à relação humanizada entre o profissional e o portador, permitindo a ambos, a compreensão do contexto da enfermidade, passando a serem co-responsáveis pelo êxito do mesmo.

Souza et al. (2010), em um estudo desenvolvido sobre o abandono do tratamento da TB e as relações de vínculo com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) enfatizam que o vínculo favorece a continuidade do cuidado e que o conhecimento do entorno social, econômico e cultural do paciente e sua família pela equipe de saúde contribui para o não abandono do tratamento, mediante uma relação de partilha de compromisso e confiança.

Percebe-se na literatura a escassez de trabalhos científicos atualmente publicados sobre a temática, perfazendo a necessidade de execução de novas pesquisas que enfatizem à adesão e abandono do tratamento, isto porque, a TB é uma doença negligenciada e de ampla repercussão social e de saúde pública, que necessita de pesquisas que contribuam diretamente

ou indiretamente com os profissionais de saúde no entendimento das facetas dessa doença, bem como na identificação dos fatores que levam o portador a não aderir e/ou abandonar o tratamento.

Considerando as conseqüências advindas da não adesão e do abandono do tratamento da TB na vida do portador, de sua família e da comunidade, foram elaboradas as questões problemas que nortearam o desenvolvimento do presente estudo, quais sejam: Que fatores influenciam na adesão e abandono do tratamento da TB do ponto de vista dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF)? Em que consiste o vínculo entre tais profissionais e portadores de TB? Que ações os enfermeiros desenvolvem para minimizar os índices de abandono do tratamento da TB?

A partir do levantamento da problemática espera-se contribuir com os gestores municipais de saúde e profissionais atuantes na ESF, sobretudo com os enfermeiros, no sentido de favorecer reflexões pertinentes sobre a temática almejando colaborar no planejamento de novas ações e/ou na intensificação de ações mais efetivas capazes de maximizar a adesão e minimizar o abandono do tratamento da TB na ESF, melhorando assim, a qualidade da assistência e o bem-estar dos portadores e familiares, bem como almejar o controle da TB, que implica em pensar no tratamento como algo dinâmico, que transcende aspectos individuais.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

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

2.2 ESPECÍFICOS

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

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 TUBERCULOSE: UM GRAVE PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A TB é uma enfermidade tão antiga quanto à humanidade, porém mantém-se como uma das principais causas de morte provocadas por um único agente infeccioso, em todo o mundo. Assume evolução crônica e tem como agente etiológico o *Mycobacterium tuberculosis*, também denominado de BK, cujo hospedeiro principal é o homem (BRASIL, 2011).

O *Mycobacterium tuberculosis* foi descoberto e identificado em 1882 pelo cientista alemão Robert Koch. É uma bactéria anaeróbica que se instala principalmente nos pulmões, constituído por bacilos retos ou ligeiramente curvos com dimensões que variam entre 0,2 e 0,6 μm , não formadores de esporos ou cápsulas, produtores de enzimas hidrolíticas ou enzimas modificadoras, o que propicia a extrema resistência aos fármacos (SILVA, 2010; FACOCCIA; VERONESI, 2009).

Dados epidemiológicos corroboram que a TB é um problema de saúde pública prioritário, conglomerando 82% dos casos no mundo, tendo em vista que um terço da população mundial encontra-se infectada, atingindo homens e mulheres nas diversas faixas etárias. Cogita-se que, para cada dois homens exista uma mulher infectada. O Brasil lidera o 17º lugar no ranking dos países com alto índice da doença. Embora exista uma tendência de diminuição da incidência de mortalidade, os números ainda causam preocupação, pois anualmente ocorrem cerca de 4.500 a 5.000 óbitos por TB, com coeficiente de mortalidade de 2,4 óbitos/100.000 (BRASIL, 2013).

Observa-se que a prevalência de maior expressividade de casos notificados ocorre nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Bahia. Por sua vez, os estados que apresentam maiores coeficientes de incidência (nº de casos novos/população geral) são Rio de Janeiro, Amazonas e Pernambuco (BRASIL, 2013).

Sabe-se que o estado da Paraíba possui a 6ª maior taxa de mortalidade, onde os principais municípios de incidência são: João Pessoa, Santa Rita, Bayeux, Campina Grande, Patos e Cajazeiras (PEQUENO, 2011).

Segundo o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, em 2012, no Estado da Paraíba, foram notificados 1.099 casos novos de TB, apresentando uma taxa de incidência de 38,4/100.000 habitantes, sendo distribuídos em 752 homens e 347 mulheres, ou seja, 68% aconteceram na população masculina e 32% na população feminina. Teixeira e Costa (2011) ao investigar o impacto das condições de vida e da educação sobre a incidência de TB no Brasil constataram e justificaram que os homens são mais afetados pela TB do que as

mulheres devido à proliferação da mesma que aumenta de forma significativa em ambientes fechados como presídios, locais de trabalho e domicílios com poucos cômodos. Destaca-se, o percentual de mulheres que habitam os presídios, que trabalham e moram em domicílios subnormais é menor que o dos homens.

Teixeira e Costa (2011); Queiroz e Nogueira (2010) indicam que a doença é mais comumente diagnosticada nos homens do que nas mulheres, afetando principalmente populações desfavorecidas, com menor escolaridade, entre as idades de 15 à 59 anos, atingindo sujeitos com faixa etária mais elevada, ou seja, à medida que a idade avança maior será a probabilidade do indivíduo contrair a doença. Já em relação aos pacientes HIV positivo, os mesmos possuem um risco de contrair TB de duas a 100 vezes maior que os demais indivíduos.

No que diz respeito a sua transmissão, Windner et al. (2011) relatam que tal patologia é transmitida quando uma pessoa inala aerossóis contendo os Bacilos de Koch (BK), provenientes de tosse, espirro ou fala, produzidos por pessoas com TB pulmonar ativa. Quando da inalação, as gotículas atingem os alvéolos, local onde se inicia o processo patológico. Caso se quebre o mecanismo de defesa do hospedeiro ocorrerá uma rápida resposta inflamatória local e a formação de um foco pulmonar. Se ocorrer falha neste mecanismo e o retardamento da resposta imunológica, os bacilos começarão a se multiplicar e disseminar hematogenicamente para todo o organismo, contribuindo para TB disseminada ou formas pulmonares e extrapulmonares.

O período de incubação transcorre, em média, de quatro a 12 semanas da infecção e da detecção das primeiras lesões. É importante ressaltar que nem toda pessoa exposta ao bacilo se infectará, assim como nem toda pessoa infectada desenvolverá a doença, porque o sistema imunológico mantém os bacilos sob controle, impedindo-os que se multipliquem. Para o indivíduo vir a ser infectado e essa infecção evolua para a doença, alguns fatores são determinantes, dentre eles a quantidade inoculada, a virulência da cepa e as características genéticas dos indivíduos infectados (CAVALCANTE, 2013; BRASIL, 2011).

Os primeiros sintomas são tosse persistente por três semanas ou mais, dispnéia, hemoptise, dor torácica e rouquidão. Posteriormente, pode-se observar febre vespertina, sudorese noturna, anorexia e perda de peso (BRASIL, 2011; FOCACCIA; VERONESI, 2009).

A definição clássica de sintomático patológico é toda pessoa que apresenta tosse associada ou não a outra alteração respiratória, por algumas semanas. Somente isto não significa que esta pessoa esteja com tuberculose, por isso ela recomenda-se a realização de

baciloscopia direta do escarro para confirmar ou excluir tuberculose pulmonar nas pessoas que tosse por mais de três semanas (BRASIL, 2010).

No início do processo inflamatório a tosse é seca e contínua e, em seguida torna-se produtiva com expectoração mucosa, purulenta e, às vezes, sanguinolenta, geralmente decorrente da existência de aneurismas de Rasmussen. A dispnéia é tida como um sintoma pouco comum que ocorre devido a destruição dos tecidos alveolares e vasos, aparecendo somente quando as lesões estão avançadas. A dor torácica apresenta-se geralmente de pequena intensidade, decorrente do comprometimento da pleura. A rouquidão ocorre quando há o comprometimento da laringe, quase sempre despercebido e não valorizado pelo paciente. A febre é uma resposta orgânica em ocorrência da disseminação hematogênica. A sudorese consiste em uma forma de tentar sanar o desequilíbrio térmico (FOCACCIA; VERONESI, 2009).

Clinicamente, caracteriza-se como uma doença infectocontagiosa e subaguda, que acomete na maioria dos casos os pulmões (TB pulmonar), podendo também atingir outros sítios anatômicos (TB extrapulmonar) ou acontecer de maneira disseminada (TB miliar). A forma pulmonar além de ser a mais freqüente, é considerada a mais relevante para a saúde pública, pois é a forma especialmente responsável pela cadeia de transmissão da doença.

De acordo com Brasil (2011); Moura (2013), a TB pulmonar pode se manifestar sob a forma primária, pós-primária (secundária) ou miliar. A primeira costuma ocorrer pouco tempo depois da formação do complexo primário de forma insidiosa, atingindo geralmente as crianças, que apresentarão febre baixa, inapetência e irritadiço. A forma clínica pós-primária é mais comum entre adolescentes e adultos jovens tendo como característica principal a tosse seca ou produtiva e febre vespertina, sem calafrios e, consiste na reativação de um foco de infecção latente, muito embora, também possa acontecer alguns casos em indivíduos vacinados com BCG. A TB miliar é a forma mais grave da doença, acometendo principalmente os pacientes HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) soropositivos. Os sintomas são astenia, hepatomegalia, emagrecimento e alterações no Sistema Nervoso Central.

A suspeita clínica da TB inicia-se na presença de um quadro clínico arrastado pelos sinais e sintomas, dependendo da localização da doença. Quando o diagnóstico é tardio pode-se resultar em formas clínicas mais graves, provocar sequelas, induzir a maior mortalidade, gerar ocorrência de resistência, além da perpetuação da cadeia de transmissão. Após o aparecimento das manifestações clínicas, deve-se prosseguir com a investigação através do Exame de Bacterioscopia do escarro, método de ordem prioritário para o diagnóstico,

considerado simples e seguro, capaz de detectar 70 a 80% dos casos, bem como, acompanhar a evolução bacteriológica dos pacientes pulmonares, inicialmente positivo, durante o tratamento (VILLA et al., 2013; MACHADO et al., 2011).

A baciloscopia de escarro deve ser realizada em, no mínimo, duas amostras: uma por ocasião da primeira consulta e outra, independentemente do resultado da primeira, na manhã do dia seguinte, preferencialmente ao despertar. Nos casos em que há indícios clínicos e radiológicos de suspeita de TB e as duas amostras de diagnóstico apresentem resultado negativo, podem ser solicitadas amostras adicionais (BRASIL, 2011).

Destaca-se ainda, para o auxílio do diagnóstico presuntivo da TB a radiografia de tórax, exame que permite a identificação de pessoas portadoras de imagens sugestivas de TB, afastando a possibilidade de outras patologias. Apresenta ainda o papel indispensável na identificação das formas da TB e no diagnóstico de doenças respiratórias em pacientes HIV soropositivos (FIUZA, 2011; BRASIL, 2011).

Segundo Branco e Rocha (2012), outro método para o diagnóstico da TB é a prova tuberculínica (TB), que consiste na introdução de um antígeno do *Mycobacterium tuberculosis*, geralmente aplicado no terço médio da face anterior do antebraço esquerdo, na dose de 0,1ml por via intradérmica, ocasionando o enrijecimento no tecido nas 48 ou 72 horas ou excepcionalmente 96 horas após a aplicação. Posteriormente, é realizado a leitura medindo a área afetada com uma régua milimetrada do maior diâmetro transverso da área de endurecimento palpável. Se o resultado foi superior a quatro milímetros pode-se afirmar a existência de infecção (ANDRADE, 2011).

No delineamento da TB, deve-se destacar a imunização, principal ferramenta para prevenção dessa doença. A vacina do Bacilo de Calmette e Guérin (BCG) é obtida por atenuação do *Mycobacterium tuberculosis*, tendo como objetivo um estímulo da resposta imune celular, particularmente da resposta da citocina Th1, que fornece sinais inibitórios na resposta de outra citocina Th2. Essa vacina é aplicada em recém-nascidos com peso maior ou igual a 2.000g, pela via de administração intradérmica, e em alguns dias após a vacinação acontecerá à formação de abscesso e ulceração no local da aplicação (FASSARELLA; SANTOS; ROSA, 2013; CAMPOS et al., 2009).

Em relação aos esquemas de tratamento, o MS preconiza quatro esquemas, quais sejam, Esquema Básico para TB pulmonar e formas extrapulmonares (Atenção Primária à Saúde/APS), Esquema para Meningoencefalite (inicia no hospital sendo acompanhado posteriormente pela APS), Esquemas Especiais (Referência Secundária) e Esquemas Especiais para mono/poli e multirresistência (Referência Terciária) (BRASIL, 2012).

Seguindo as recomendações da OMS, o MS utiliza o esquema de tratamento combinado de quatro medicamentos rifampicina + isoniazida + pirazinamida + etambutol (RHZE), nas seguintes dosagens: R 150mg, H 75mg, Z 400mg e E 275mg, em um só comprimido (dose fixa combinada). Essa estratégia tem o objetivo de diminuir os erros de prescrição e a quantidade de comprimidos, promover a melhor aceitação pelo paciente, facilitar a supervisão e melhorar o controle farmacêutico (DALCOLMO, 2012).

Nos esquemas básicos e meningoencefálicos para adultos e adolescentes utiliza-se o mesmo esquema medicamentoso, só que existe uma diferenciação no regime da fase de manutenção que no básico 2RHZE/4RH. No meningoencefálico o esquema de tratamento é 2RHZE/7RH. E para as crianças menores de 10 anos recomenda-se o esquema 2RHZ/ 4RH adequando-se a dose com o peso corporal do paciente (BRASIL, 2011).

Para Arbex et al. (2010) quando o tratamento medicamentoso é realizado de forma adequada, na dosagem certa e no tempo proposto, evita-se o desenvolvimento da multidroga resistência da moléstia, interrompendo assim a cadeia de infecção, levando o portador a cura.

3.2 ADESÃO E ABANDONO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

Observando o cenário da doença no mundo e visando controlá-la, a OMS em 1993 criou um plano para combatê-la com o propósito de tentar reduzir ao máximo a incidência e mortalidade dessa endemia até 2015. A proposta da estratégia do Tratamento Diretamente Supervisionado de Curto Prazo (DOTS) tem o intuito de atingir 85% de sucesso de tratamento e 70% de detecção de casos, sendo considerada oficial para o controle da doença e para operacionalização realizada pelas equipes da ESF a concepção da Atenção Primária à Saúde (APS) (IBANÊS; CARNEIRO JUNIOR, 2012).

No Brasil, a estratégia DOTS foi implementada em 1998, com o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT). Após sua implantação, a TB passou a ser tratada como prioritária no âmbito das políticas públicas, sendo então estabelecidas novas atividades para controlar a doença e uniformizar os serviços de saúde, com vistas na descentralização da atenção primária à saúde. Logo, o MS instituiu a estratégia do Tratamento Diretamente Observado (TDO), que preconiza o fortalecimento da adesão ao tratamento e à prevenção do aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos, minimizando o número de casos de abandono e aumentando a probabilidade de cura (BRASIL, 2011).

O tratamento é relativamente simples, gratuito, com duração de pelo menos seis meses, sem interrupção, e está disponível nas unidades de saúde pública de todo o país.

Embora seja uma doença de tratamento eficaz, observa-se ainda muita dificuldade, recrudescência e conseqüente repercussão nos níveis de saúde e mortalidade, mantendo-se sua relevância nacional e internacional (HINO et al., 2012).

A associação das drogas adequadas, das doses corretas e do uso por tempo ininterrupto, com a supervisão da tomada de medicamentos, são meios suficientes para se assegurar a cura e de se evitar a persistência bacteriana, além do desenvolvimento da resistência as drogas (BRASIL, 2011).

O sucesso terapêutico da TB exige uma relação de compromisso e responsabilidade, tanto do paciente acometido como da equipe de saúde, além da importância do vínculo e a descentralização da gestão do cuidado. Deste modo, minimiza-se a possibilidade do não cumprimento do tratamento, ou seja, o abandono terapêutico, considerado quando o paciente, após ter iniciado o tratamento, deixa de comparecer após data agendada a unidade de saúde por mais de trinta dias consecutivos, sem ingerir a medicação (WENDLING, MODENA, SCHALL, 2010; CHIRINOS, MEIRELLES, 2011).

Existem diversos fatores que colaboraram para o abandono terapêutico, e estes geralmente estão associados ao paciente e aos serviços de saúde. Dentre os motivos relacionados ao paciente, Furlan; Oliveira; Marcon (2012) constataram que as causas estão associadas às condições socioeconômicas, efeitos colaterais, dependência química, desestrutura familiar, resistência aos medicamentos, intolerância a quantidade de comprimidos e longo tempo de tratamento, desemprego e a associação da TB com a ocorrência de outras doenças, principalmente crônicas.

Em relação aos serviços de saúde, verifica-se que a falta de organização, capacitação dos profissionais, rotatividade da equipe de saúde, falhas na orientação do paciente, prescrições medicamentosas inadequadas, falta de fornecimento da medicação, falhas no agendamento de consultas, ausência do estabelecimento de uma relação de confiança e, de um cuidado humanizado e descentralizado, contribuem para desistência do tratamento (SILVA, ANDRADE, CARDOSO, 2013; PROTTI et al., 2010).

Uma das principais preocupações em relação a doença diz respeito as conseqüências que o abandono do tratamento pode ocasionar. Oliveira e Antunes (2012) destacam em seu estudo sobre o abandono ao tratamento da TB em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Recife-PE, que a desistência do tratamento tem motivado o aumento dos indicadores de incidência e mortalidade, o crescimento da infectividade pelos bacilos, e, multirresistência às drogas tuberculostáticas, dificultando o processo de cura, implicando no aumento do tempo e

no custo do tratamento, comprometendo ainda mais o processo terapêutico. (JESUS et al., 2012; GOIS, 2009).

Por outro lado, dados da OMS revelam que após a implantação do tratamento supervisionado, foi observado estatisticamente maiores taxas de adesão ao tratamento, fenômeno multidimensional, de grande relevância para efetivação do controle, definido quando o indivíduo participa e colabora com seu tratamento, sendo avaliado a partir da contagem de comprimidos e da regularidade no comparecimento das consultas (NAST, 2011).

De acordo com Ferreira; Engstron; Alves (2012) a adesão é determinada pela inter-relação de fatores relacionados aos indivíduos, a doença, as condições socioeconômicas, ao tratamento e ao sistema de saúde e profissionais. A alta adesão funciona como um demonstrativo da qualidade do atendimento prestado na unidade, o que traduz cumprimento da estratégia DOTS, melhor organização do atendimento com a execução de um trabalho humanizado, estreitamento da relação profissional- paciente, incentivo e informação sobre a doença e o tratamento (SOUZA et al., 2009).

Com vistas no fortalecimento da adesão ao tratamento, os profissionais de saúde apresentam um papel fundamental nessa conquista que vai além de supervisionar a ingestão da medicação. Envolve uma atenção de acolhimento, de acompanhamento do paciente durante o todo processo terapêutico e, da criação de um vínculo entre profissionais, equipe e serviço de saúde com o paciente (TERRA; BERTOLOZZI, 2008).

Souza et al. (2010) analisando o abandono do tratamento da TB e a relação com a equipe de saúde da família, concluíram em seu trabalho que a não adesão do tratamento está intimamente relacionada com a forma de agir de alguns profissionais da unidade de saúde. Identificaram ainda que uma relação terapêutica, com partilha de compromissos e valorização do usuário, fortalece o vínculo e produz a democratização da gestão do cuidado.

Compete a equipe da unidade de saúde, além do compromisso, a supervisão medicamentosa, a realização de exames de controle, a identificação da multirresistência, consultas de retorno, avaliação social, acompanhamento da família, e a operacionalização da estratégia DOTS, incorporando em suas atividades a responsabilidade pelo desenvolvimento de ações de prevenção, diagnóstico, tratamento da doença (WENDLING; MODENA; SCHALL, 2010).

Com vistas a contribuir para o cumprimento das metas em minimizar a incidência de TB, o profissional da enfermagem é de primordial importância, perfazendo mais do que um aspecto assistencial. Oblitas (2010) enfatiza que na ESF grande parte da responsabilidade se deve ao enfermeiro, cabendo a ele organizar e cumprir as recomendações do MS, valorizando

e promovendo a participação da comunidade nos programas de controle da qualidade de atenção da saúde.

É necessário que ele estabeleça um vínculo entre os pacientes, a família e a comunidade para o cumprimento efetivo do tratamento. Segundo Brasil (2011), o enfermeiro deve orientar pacientes e familiares quanto o uso da medicação, esclarecer dúvidas e desmitificar tabus e estigmas, convocar os contatos para investigação, acompanhar diariamente a ficha de supervisão da tomada de medicação preenchida pelo Agente Comunitário de Saúde, realizar assistência domiciliar e convocação do paciente faltoso.

Considerando que os enfermeiros possuem conhecimento para reduzir os índices de TB, é indispensável sua participação em capacitações sobre a problemática, para que assim possam prestar um serviço adequado e de qualidade, com vistas a melhorar o acesso e a assistência (OLIVEIRA et al., 2011).

Maciel et al. (2010) expõem que apesar dos medicamentos para o tratamento da tuberculose combaterem eficazmente o *Mycobacterium tuberculosis*, esses podem ocasionar efeitos adversos, seja pelo próprio princípio ativo ou pelos seus metabólitos. Os efeitos mais graves estão relacionados a uma maior taxa de abandono do tratamento, nesse sentido o MS propôs mudanças no tratamento da tuberculose no Brasil para adultos e adolescentes, onde teve início em setembro de 2009.

O esquema básico foi composto, nos dois primeiros meses, pelo Coxcip 4 (comprimido contendo em dose fixa combinada rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol); e nos quatro últimos meses pela rifampicina e isoniazida (cápsula contendo 300 mg de rifampicina e 200 mg de isoniazida), esquema já utilizado na rede pública de saúde. Um adulto com peso de 50 quilos deverá tomar quatro comprimidos de Coxcip 4 nos dois primeiros meses, e na fase de manutenção (quatro meses seguintes), duas cápsulas de rifampicina e isoniazida (BRASIL, 2009).

As vantagens da mudança da apresentação dos fármacos são, entre outras, o maior conforto do paciente, pela redução do número de comprimidos a serem ingeridos, a impossibilidade de tomada isolada de fármacos e a simplificação da gestão farmacêutica em todos os níveis, de forma que haja qualidade de vida adequada aos portadores durante o tratamento e que amenize as reações adversas incomodas que possam surgir fazendo com que o indivíduo abandone o mesmo (CASTRO, 2012; BRASIL, 2009).

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Para Marconi e Lakatos (2010, p. 139), a pesquisa é um “procedimento controlado e crítico, que permite descobrir novos fatos e dados, relações ou leis, em qualquer campo do conhecimento”. A pesquisa é um processo formal que usa como método o pensamento reflexivo, precisando de um tratamento científico, na qual se constitui em um caminho para conhecer fatos ou descobrir realidades fidedignas.

Almejando o alcance dos objetivos propostos, utilizou-se uma pesquisa de natureza exploratória e descritiva, com abordagem quanti-qualitativa.

A pesquisa exploratória consiste em identificar os fatores que determinam ou que colaboram para a ocorrência dos fenômenos. Segundo Gil (2008) é uma pesquisa que visa proporcionar maior familiaridade com o problema, ou seja, torná-las mais explícito ou a construir hipóteses. Seu intuito envolve aprimoramento de idéias, entrevistas com pessoas que contiveram experiências práticas com o problema estudado e a análise de exemplos que instiguem a compreensão.

A pesquisa de natureza descritiva visa observar, analisar, correlacionar e descrever acontecimentos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los, por meio da utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados. É um estudo que favorece uma pesquisa mais ampla e completa, visando à formulação clara do problema, até mesmo da hipótese como tentativa de solução (FIGUEIREDO, 2008).

A abordagem quantitativa caracteriza-se pelo emprego da quantificação, ou seja, descobrir quantas pessoas de uma determinada população compartilham uma característica ou um grupo de características (MARCONI; LAKATOS, 2010).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo corresponde a um recorte da pesquisa intitulada Adesão e abandono do tratamento da TB sob enfoque dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família’ que está sendo desenvolvido nas ESF dos 30 municípios pertencentes a 9ª e 10ª Gerência Regional de Saúde (GRS) do estado da Paraíba. Pertencem a 9ª GRS os seguintes municípios: Bernardino Batista, Bom Jesus, Bonito de Santa Fé, Carrapateira, Cajazeiras, Cachoeira dos Índios, Joca Claudino, Monte Horebe, Poço Dantas, Poço de José de Moura, Santa Helena, Santarém, São João do Rio do Peixe, São José de Piranhas, Triunfo e Uiraúna. Os municípios de Aparecida, Sousa, Marizópolis, Nazarezinho, São José da Lagoa Tapada, Vieirópolis, Lastro, Pombal,

São Francisco, Santa Cruz, Cajazeirinhas, São Bentinho, São Domingos, Paulista e Lagoa pertencem à 10ª GRS.

Dessa forma, o estudo foi desenvolvido nas ESF de nove municípios pertencentes a 10ª GRS (Figura 1), quais sejam: Aparecida, Sousa, Marizópolis, Nazarezinho, Vieirópolis, Lastro, São Francisco, Santa Cruz e Lagoa. Devido à indisponibilidade de tempo para percorrer todas as 15 cidades não foi possível nessa pesquisa a coleta de dados nos municípios de São José da Lagoa Tapada, Pombal, Cajazeirinhas, São Bentinho, São Domingos e Paulista. Tais dados serão coletados em um momento posterior, quando do desenvolvimento completo da pesquisa original.

Figura 1 – Mapa do Estado da Paraíba com os municípios sedes do estudo.



* Fonte: Própria pesquisa, 2014.

Os nove municípios totalizam 44 unidades básicas de saúde, assim distribuídas: Aparecida (03), Sousa (26), Marizópolis (03), Nazarezinho (03), Vieirópolis (02), Lastro (01), São Francisco (01), Santa Cruz (03) e Lagoa (02). Cada unidade é composta por um enfermeiro, um médico, um dentista, um auxiliar em consultório dentário, um técnico em enfermagem, um atendente e seis agentes comunitários de saúde, variando a quantidade citada decorrente da área e população.

As ações desenvolvidas na ESF voltadas ao portador de TB incluem a abordagem dos usuários e familiares dentre suas áreas geográficas de atuação, a suspeição clínica e o encaminhamento para investigação diagnóstica, o acompanhamento dos casos confirmados, a realização do tratamento supervisionado e a coleta da baciloscopia mensal de controle. O adequado acompanhamento desse indivíduo é fundamental para o êxito esperado, que é a cura e o controle da TB (BRASIL, 2011).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Marconi e Lakatos (2010) conceituam o universo ou população como um conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum, ou seja, consiste na totalidade de indivíduos que possuem as mesmas características, sendo elas definidas para um determinado estudo. A amostra é uma porção ou parcela, convenientemente selecionada do universo (população), é um subconjunto do universo.

A população foi formada por todos os enfermeiros atuantes nas ESF dos nove municípios supracitados, perfazendo um universo de 44 profissionais. Deste total, compuseram a amostra final 37 enfermeiros.

Participaram do estudo enfermeiros atuantes ativamente nas ESF independentes do sexo, da titulação, do tipo de vínculo empregatício e do número de casos de TB cadastrados na unidade, bem como, aqueles que concordaram em participar voluntariamente do mesmo após os esclarecimentos éticos e que encontravam-se na unidade no momento da coleta.

Foram excluídos do estudo sete enfermeiros, onde quatro que se encontravam afastados de suas atividades laborais (seja para tratamento de saúde, licença maternidade ou férias); dois que não aceitaram participar do mesmo alegando falta de tempo e um enfermeiro que não se encontrava no serviço durante o período de coleta de dados, apesar de visitas semanais à unidade e de tentativas em manter contato por telefone e por e-mail.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Como instrumento de coleta de dados utilizou-se um questionário semi-estruturado, contendo nove questões. A priori, foram coletados os dados sócio-demográficos e profissionais, cujas variáveis exploradas foram: sexo, idade, estado civil, renda pessoal/familiar, titulação, função, tipo e tempo de vínculo empregatício, número de vínculos, jornada de trabalho e, participação em cursos de treinamento sobre TB nos últimos dois anos.

Reportando-se ao objeto de estudo, qual seja, adesão e abandono do tratamento da TB, os participantes foram indagados sobre o número de casos suspeitos, confirmados e/ou em tratamento na unidade; número de casos de abandono e não adesão a terapêutica; fatores favoráveis e desfavoráveis a adesão e abandono do portador ao tratamento; tipo de vínculo entre o enfermeiro e o portador; bem como, as atividades desenvolvidas por esses

profissionais para maximizar a adesão e minimizar o abandono do portador de TB ao tratamento.

4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados nos meses de janeiro e fevereiro de 2014. Inicialmente foram encaminhados as gerentes da 9ª e 10ª Gerência Regional de Saúde do estado da Paraíba ofícios solicitando a autorização para a coleta de dados nas UBS das cidades supracitadas. Posteriormente, mediante a aprovação das gestoras, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC).

Em seguida, os profissionais enfermeiros foram abordados nas respectivas unidades de saúde e convidados a participar da pesquisa após apresentação dos objetivos do estudo juntamente com o processo de trabalho, o caráter voluntário de sua participação e o sigilo das informações fornecidas. Nesse momento, os mesmos foram bem atenciosos e prestativos, se disponibilizando a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a responder o instrumento de coleta de dados. Foram abordados individualmente, respeitando sempre a sua disponibilidade para atender o pesquisador.

Iniciou-se a coleta indo a cada município da pesquisa, os enfermeiros foram bem acessíveis, reagiram naturalmente, não manifestaram nenhum comportamento negativo em relação à pesquisa. Para melhor otimização dos resultados, escolheu-se não estipular tempo no preenchimento dos questionários, obtendo-se mais informações. Foram encontrados alguns entraves durante a coleta, quais foram: muitos enfermeiros estavam de férias, o que dificultou o encontro de alguns profissionais; houve um profissional que não se encontrou no serviço durante o período de coleta de dados, apesar de várias tentativas em manter contato por telefone e email e não participação de uma profissional que encontrava-se afastada do serviço por licença maternidade.

Os elementos facilitadores nessa pesquisa foi que seis dos enfermeiros que atuam nas unidades da pesquisa residem na cidade sede da pesquisadora e que outras sete foram abordadas na secretaria municipal de saúde, na ocasião de reuniões e entrega dos dados da produção de serviços.

Ao término de cada coleta, foram feitos os devidos agradecimentos, e a pesquisadora comprometeu-se em reunir todos os participantes e gestores para exposição e debate dos resultados encontrados.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados sócio-demográficos e profissionais e algumas questões voltadas a problemática do estudo foram analisadas através da estatística descritiva, sendo contabilizadas a frequência e porcentagem, e apresentadas em tabelas.

As demais questões foram analisadas qualitativamente através da técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2009), que a define como um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que trabalha descrição do conteúdo das mensagens de forma sistemática e objetiva, ultrapassando as incertezas e enriquecendo o material coletado, ou seja, permite o acesso a diversos conteúdos, explícitos ou não, presentes no material textual. Essa metodologia, propicia a compreensão aprofundada dos dados coletados e, inclusive, apresenta aos pesquisadores um caminho multifacetado que distingue a Análise de Conteúdo como um método que produz sentidos e significados na diversidade de amostragem presentes no mundo acadêmico.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização da referida pesquisa foram levados em consideração a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde – MS, que dispõe sobre pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 2012). Todo procedimento a respeito do participante da pesquisa só foi consagrado na literatura científica após aceitação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, nas quais foram prestadas todas as informações em linguagem clara e acessível acerca dos métodos utilizados, bem como, de sua liberdade em recusar-se ou interromper sua participação no estudo a qualquer momento.

O pesquisador também se comprometeu em garantir o sigilo da identidade dos participantes, estabelecendo um código para cada enfermeiro (E1, E2...), não infringindo o princípio do respeito a dignidade humana. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), sob o processo de número (CAAE: 25676813.7.0000.5182), atendendo a todas as recomendações éticas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Buscando facilitar o entendimento do leitor acerca do objeto de estudo, qual seja, a adesão e abandono do tratamento da TB, o presente capítulo encontra-se dividido em dois momentos, descritos a seguir.

O primeiro diz respeito à apresentação dos dados sócio-demográficos e profissionais que caracterizam os participantes, sendo abordadas as seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, função, renda pessoal/familiar, titulação, tipo e tempo de vínculo empregatício na ESF, tempo de formação acadêmica, número de vínculos, jornada de trabalho e participação em cursos/treinamentos nos últimos dois anos sobre TB. Os resultados estão dispostos em duas tabelas construídas através do Programa Microsoft Office Excel for Windows 2007.

O segundo momento consiste na apresentação dos dados voltados ao objeto de estudo, nos quais os participantes foram indagados sobre o número de casos suspeitos, confirmados e/ou em tratamento na unidade; número de casos de abandono e não adesão a terapêutica; fatores favoráveis e desfavoráveis a adesão e abandono do portador ao tratamento; tipo de vínculo entre o enfermeiro e o portador; bem como, as atividades desenvolvidas por esses profissionais para maximizar a adesão e minimizar o abandono do portador de TB ao tratamento.

Alguns desses resultados são apresentados em tabelas. Outros por sua vez, foram apresentados sob a forma textual, após seleção e transcrição de algumas falas dos participantes, dando enfoque subjetivo à análise, e discutidas de acordo com reflexões da pesquisadora, pautadas na literatura científica pertinente ao tema investigado.

5.1 APRESENTAÇÃO DOS DADOS QUANTITATIVOS

De acordo com a Tabela 1, em relação ao sexo, todos os participantes são enfermeiras, fato este que demonstra que a enfermagem ainda caracteriza-se como uma profissão na qual o número de mulheres é predominante (MENEHINI; PAZ; LAUTERT, 2011; SILVA; MOTTA; ZEITOUNE, 2010). Rodrigues et al. (2012) enfatizam que a grande quantidade de profissionais do sexo feminino existentes atualmente está relacionado ao contexto histórico do surgimento da enfermagem e ao seu reconhecimento como profissão. Ressaltam ainda que, o cuidar é uma qualidade inerente a todos os seres humanos, e não apenas uma qualidade feminina.

Quanto à variável idade, vê-se que 48,6% das enfermeiras possuem idades entre a faixa etária de 20 a 30 anos, 43,3% entre 31 a 40 anos e outros 8,1% possuem mais de 41 anos. Observa-se que a maioria das profissionais são adulto-jovens, dado semelhante ao

encontrado por Zanetti et al. (2010); Rocha et al. (2009) em estudos realizados com profissionais da ESF/PSF do município de João Pessoa (PB) e em outras regiões do país no qual a maioria dos profissionais encontrava-se na faixa etária mais produtiva de suas vidas.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes quanto os dados sociodemográficos.

VARIÁVEL	f	%
Sexo		
Feminino	37	100
Idade		
20 - 30 anos	18	48,6
31 - 40 anos	16	43,3
Mais de 41anos	03	8,1
Estado Civil		
Solteiro	19	51,4
Casado	16	43,2
Divorciado	02	5,4
Renda Pessoal		
1 - 3 salários	22	59,5
4 - 6 salários	14	37,8
Não responderam	01	2,7
Renda Familiar		
1 -3 salários	13	35,1
4 - 6 salários	16	43,3
7 ou mais salários	07	18,9
Não responderam	01	2,7
Total	37	100%

* Fonte: Própria pesquisa, 2014.

Guerrer e Bianchi (2008) argumentam que essa concentração de profissionais adulto-jovens na ESF advém do fato de que os enfermeiros com idade superior a 40 anos atuam preferencialmente em cargos administrativos ou áreas afins.

No que diz respeito a variável estado civil, a maioria das enfermeiras (51,4%) são solteiras, 43,2% são casadas e outras 5,4% são divorciadas. A considerável quantidade de enfermeiras solteiras sugere que os jovens/adultos têm adiado um pouco o casamento, significando um fator positivo para o serviço de saúde, pelo fato das mesmas estarem mais disponíveis ao trabalho, o que muitas vezes não acontece com as casadas devido sua dupla jornada de trabalho e demais obrigações domésticas (PINTO; MENEZES; VILLA, 2010).

Dados divergentes foram encontrados em estudos de Lima et al. (2013); França e Ferrari (2012) ao demonstrarem a prevalência de enfermeiros casados atuando na Atenção

Básica. Dias (2012) ao cruzar as variáveis do estado civil (casado e solteiro), verificou que os profissionais solteiros têm maior propensão quanto à expectativa, desempenho, vínculo, e satisfação com a remuneração, em relação aos casados.

No tangente a variável renda pessoal, 59,5% das enfermeiras afirmaram receber entre um e três salários mínimos nacionais vigentes, 37,8% recebem de quatro a seis salários e 2,7% dos mesmos não responderam. Quando questionadas acerca da renda familiar, 35,1% das enfermeiras disseram receber de um a três salários mínimos, 43,3% de quatro a seis salários, 18,9% afirmaram ser mais de sete salários e os demais (2,7%) preferiram não responder.

Observa-se que renda pessoal das participantes encontra-se aquém do piso salarial nacional vigente, qual seja, R\$ 4.650,00, renda esta relativamente inferior se comparadas as de outros Estados como Rio de Janeiro, Distrito Federal, Piauí e Ceará que pagam entre oito a 10 salários mínimos (SANTOS; CASTRO, 2010).

Rios et al. (2012) corroboram com a assertiva enfatizando que as menores médias salariais da categoria estão concentradas nos estados nordestinos, sendo a Paraíba considerada o Estado com menor média salarial, diferentemente da realidade dos Estados do Norte do país e do Distrito Federal, em que as médias salariais são bem maiores.

Percebe-se, através da análise contextualizada, que o mercado de trabalho em enfermagem é cerceado permanentemente por uma política de baixos salários, expressando a desvalorização dos profissionais de enfermagem e surgimento dos pluriempregos (ARAÚJO; SOARES; HENRIQUES, 2009).

A tabela a seguir trata da caracterização profissional dos participantes quanto à titulação, função, número e tipo de vínculo empregatício, jornada de trabalho, tempo de formação acadêmica, tempo de atuação no setor da ESF e participação em cursos voltados a temática.

De acordo com a Tabela 2, em relação a variável titulação, vê-se que 73% das enfermeiras possuem curso de Pós-Graduação Lato Sensu, nível especialização, como maior titulação, enquanto outros 27% apresentam somente o título de bacharéis em enfermagem. O grande número de profissionais especialistas pode ser justificado por Fernandes et al. (2010), no qual afirmam que o fato se deve ao aumento da seletividade do mercado de trabalho e do aumento do salário, já que o perfil diferenciado contribui para as possibilidades de trabalho na ESF, que passou a ser um mercado concorrido nos últimos anos.

Com isso, infere-se que a cobrança tende a crescer regularmente em relação à área da saúde, o que chama atenção para um número considerado de enfermeiras (27%) ainda não

buscarem uma qualificação. A enfermagem é uma área profissional que tem relevantes papéis, funções e responsabilidades no cuidado a saúde humana, devendo esses profissionais se preocuparem com seu crescimento profissional buscando novos conhecimentos para qualificar-se, afim de alcançar êxito profissional, tanto no campo técnico como teórico.

Tabela 2 – Distribuição dos participantes segundo os dados profissionais.

VARIÁVEIS	f	%
Titulação		
Especialização	27	73,0
Graduação	10	27,0
Função		
Assistência	24	64,9
Gerência	01	2,7
Assistência e Gerência	12	32,4
Número de Vínculo Empregatício		
1 emprego	20	54,0
2 empregos	17	46,0
Tipo de Vínculo Empregatício		
Concurado	17	46,0
Contratado	13	35,1
Não responderam	07	18,9
Jornada de Trabalho		
30 horas/semanais	04	10,8
40 horas/semanais	32	86,5
64 horas/semanais	01	2,7
Tempo de Formação Acadêmica		
< 1 ano	03	8,1
1 - 5 anos	17	46
6 - 10 anos	12	32,4
11 - 15 anos	05	13,5
Tempo de Vínculo atual na ESF		
< 1 ano	06	16,2
1 - 5 anos	25	67,6
6 - 10 anos	05	13,5
11 - 15 anos	01	2,7
Participação em cursos ou treinamentos nos últimos dois anos sobre tuberculose		
Não	22	40,5
Sim	15	59,5
Total	37	100%

Fonte: Pesquisa de Campo (2014).

Quando questionadas acerca das funções exercidas na ESF, 64,9% das enfermeiras disseram desenvolver atividades assistenciais, 32,4% exercem atividades assistenciais e gerenciais concomitantemente e, outros 2,7% apontaram somente o desenvolvimento de

atividades gerenciais, o que não é condizente com o processo de trabalho do enfermeiro na ESF, uma vez que este abriga duas dimensões, a assistencial e a gerencial. O fato de a maioria (67,6%) das enfermeiras apontarem o desenvolvimento de uma ou outra dimensão sugere a indagação: Será que tais profissionais conhecem teoricamente qual seu verdadeiro papel no âmbito da ESF?

De acordo com Hausmann e Peduzzi (2009), na primeira dimensão a enfermeira tem por responsabilidade o cuidado integral, tomando como objetivo intervir nas necessidades do paciente que exige o cuidado de enfermagem. Na segunda, o enfermeiro tem a finalidade de organizar o trabalho e os recursos humanos em enfermagem, assim como coordenar e avaliar as ações dos ACS e verificar os insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade.

Quanto a variável número de vínculo empregatício, 54% afirmaram possuir apenas um vínculo, dedicando-se exclusivamente ao serviço, o que possibilita maior desempenho e envolvimento com a instituição de trabalho. Outros 46% disseram manter duplo vínculo empregatício, em decorrência, possivelmente da remuneração insuficiente para satisfazer suas necessidades pessoais. Ressalta-se que o excesso de trabalho desencadeia riscos e prejuízos à qualidade da assistência e a saúde do trabalhador.

O MS visando responder aos problemas anteriormente discutidos desenvolveu uma política de valorização ao trabalhador denominada Desprecariza SUS, que visa transformar a gestão dos serviços de saúde em prol de ambientes de trabalho mais saudáveis e estimulantes, uma vez que a regulamentação do SUS é ainda insuficiente para garantir a dignidade do profissional da enfermagem (BRASIL, 2013).

No tangente a variável tipo de vínculo empregatício, 46% das enfermeiras disseram ser concursadas, 35,1% contratadas e 18,9% optaram não responder. Infere-se a precarização do vínculo e conseqüentemente da remuneração mensal acarretam insegurança e insatisfação dos profissionais, no qual o funcionário contratado possui certa instabilidade em seu emprego, o que o impede de realizar empreendimentos que envolvam a estruturação e o planejamento de sua vida a longo prazo, gerando o sentimento de angústia e incerteza frente as ameaças constantes de mudanças no quadro de recursos humanos devido a questões político-partidárias.

Albuquerque; Melo; Araújo Neto (2012) ao analisarem o perfil biodemográfico dos enfermeiros do município de João Pessoa-PB verificaram que 80% destes eram prestadores de serviços, isto é, não possuíam vínculo empregatício estável.

Sobre a variável jornada de trabalho, 86,5% das enfermeiras trabalham 40 horas semanais, 10,8% 30 trabalham horas semanais e 2,7% trabalham 64 horas semanais, o que caracteriza uma jornada excessivamente extensa e cansativa de trabalho.

Camelo et al. (2013) descrevem que a carga de trabalho representa um avanço na análise da relação trabalho e saúde, na qual se incorpora a dimensão biológica (física), mental e psicoafetiva do trabalhador. Relatam ainda que os riscos psicossociais relacionados à carga, ritmo e esquema de trabalho excessivo interferem significativamente na dinâmica do processo de trabalho.

Bonfim et al. (2013); Trindade; Pires (2013) complementam dizendo que os profissionais da ESF, sobretudo os enfermeiros, sofrem com longas jornadas de trabalho e com a sobrecarga de atividades, gerando tensão, insatisfação com o trabalho e dificuldade em articular e realizar interfaces entre os saberes e práticas.

Diante da magnitude dos problemas relacionados acima, muito se têm debatido sobre a importância da jornada de trabalho de 30 horas semanais, o que tem sido buscado em especial pela Enfermagem Brasileira, que luta pela aprovação do Projeto de Lei do Senado 2295/00, mais conhecido como PL 30 horas, que estabelece a jornada máxima para a equipe de enfermagem, tendo em vista que esta não é uma reivindicação meramente corporativa de defesa de privilégios, e sim uma luta pelo estabelecimento de condições mínimas para o desenvolvimento de uma prática assistencial segura para profissionais e usuários dos serviços de saúde, já que é a única profissão que permanece na assistência durante as 24 horas.

De acordo com o tempo de formação acadêmica das participantes houve a variação de dois meses a quinze anos de serviço, sendo assim distribuídos nos seguintes intervalos: 8,1% das enfermeiras estavam formadas há menos de um ano; 46% entre um a cinco anos; 32,4% entre seis a 10 anos; 13,5% entre 11 a 15 anos. O tempo de formação está diretamente relacionado a experiência prática do profissional, algo deveras positivo entre as enfermeiras que demonstraram conhecimento teórico satisfatório sobre a temática, possibilitando uma melhor atuação.

Quanto o tempo de serviço, vê-se que 16,2% das enfermeiras atuam há pelo menos um ano na ESF, 67,6% atuam entre um a cinco anos, 13,5% entre seis a 10 anos e 2,7% entre 11 a 15 anos. Dessa forma, percebe-se que a maioria dos enfermeiros concluiu a graduação há menos de 10 anos e atua esse mesmo período nas ESF, o que é satisfatório para o fortalecimento da prática e, sobretudo do vínculo, se levar em consideração que a maioria também é concursada.

Dados semelhantes foram encontrados por Santos; Nogueira; Arcêncio (2012) em uma pesquisa realizada com 286 profissionais de saúde no município de Teresina-PI, nos quais os enfermeiros apresentaram um tempo médio de atuação na ESF de 6,9 anos com desvio padrão de 3,1 anos. Fernandes et al. (2010) evidenciaram que a ESF constitui uma opção preferencialmente mais efetiva de trabalho para os recém-formados e com pouco tempo de experiência.

É notório que o profissional adquire experiência com o passar do tempo de atuação no serviço, estabelecendo de forma mais eficaz as pontes entre o referencial teórico e prático que sustenta a assistência de enfermagem nas dimensões da Atenção Primária à Saúde (APS). Concomitantemente o profissional começará a conviver com a comunidade, criando confiança, vínculo, compromisso, intimidade e responsabilidade.

Melo; Barbosa; Souza (2011) ao realizarem uma revisão integrativa sobre os fatores de satisfação no trabalho com profissionais de enfermagem perceberam uma divergência de opiniões entre os artigos onde de um lado demonstraram que o tempo de serviço pode influenciar na insatisfação do trabalho dos mesmos enquanto, por outro lado, autores afirmavam que o tempo de serviço estimula a satisfação e motivação do profissional no trabalho.

As enfermeiras foram indagadas sobre sua participação em cursos voltados para a temática realizados nos últimos dois anos. 59,5% das mesmas negaram a realização desse tipo de curso enquanto outras 40,5% afirmaram que sim. Muito embora o tempo de atuação na unidade possa colaborar com as experiências posteriores, este, por si só, não descarta a necessidade de aperfeiçoamento diário, uma vez que os programas preconizados pelo MS sofrem modificações no sentido de facilitar a adesão do indivíduo, exigindo do profissional conhecimento e habilidades práticas.

Nesse sentido, considerando-se que a maioria possui apenas um vínculo e atua nas ESF há alguns anos, apesar de entender as dificuldades advindas da profissão (vínculo, remuneração, jornada de trabalho), ainda assim, é inaceitável que ao longo desse percurso, as enfermeiras não tenham dispensado um tempo e uma pequena remuneração para sua própria capacitação. Por outro lado, provoca-se os gestores quanto a implantação e implementação de programas de educação permanente.

Marquieviz et al. (2013) destacam que a capacitação técnica deve ser atividade constante na vida do profissional de saúde, em especial daqueles que lidam com portadores de TB, a fim de que estes possam realizar busca ativa na comunidade por meio de visitas

domiciliares, orientar os pacientes e suas famílias sobre a importância da ingestão dos medicamentos e realização de reuniões educativas com a comunidade.

As participantes foram questionadas da existência de casos suspeitos, confirmados e/ou em tratamento para TB nas unidades de saúde que atuam. 58% das mesmas afirmaram que os serviços apresentam casos da doença na área adscrita, sendo 11 casos suspeitos, 16 casos confirmados devidamente notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação e 14 casos em tratamento. Tais dados são preocupantes pois apontam para uma crescente incidência do número de casos, uma vez que, somente no período da coleta de dados (meses janeiro e fevereiro), os nove municípios notificaram 16 novos casos além dos 11 casos suspeitos, que se confirmados, totalizariam, 27 casos durante este período. A situação agrava-se quando se reporta a ausência de cursos de aperfeiçoamento na área da TB, ferramenta que auxiliaria estrategicamente o profissional a planejar efetivamente a busca ativa de novos casos.

Por outro lado, o fato de 42% das enfermeiras afirmarem não possuir casos de TB na unidade, direciona o leitor a duas dimensões: a primeira, é que tais profissionais, juntamente com os demais membros da equipe de saúde têm desenvolvido um excelente trabalho no controle da doença, desde a busca ativa de novos casos, educação da comunidade até a cura do paciente por alta do tratamento. Por outro lado, pensa-se também na ausência de planejamento e efetivação das atividades de controle da doença devido à falta de investimento em cursos de capacitação.

Procurou-se saber sobre a existência de casos de abandono do tratamento nas unidades de saúde. Os dados revelaram-se positivos, uma vez que, 78% das enfermeiras negaram a existência de tais casos, enquanto outras 22% afirmaram existir oito registros de pacientes que abandonaram o tratamento.

De acordo com Silva; Andrade; Cardoso (2013), o Pacto de 2004, estabelecido por ocasião do PNCT, permite repasse financeiro aos municípios que alcançam a meta de 90% de cura. Logo, os profissionais são cobrados a atingirem esse percentual, não somente pelo financeiro, mas sobretudo, para evitar a propagação da doença e o contágio da população sadia. Porém, vale lembrar que, muitas vezes, estes não têm o real controle da situação, como por exemplo, quando um paciente ainda em tratamento migra para outra cidade, estado, região ou mesmo país. O que não justifica que isso seja motivo de abandono, já que é possível rastrear os portadores pelo SISVAN (Sistema de Vigilância Nutricional e Alimentar).

Outra variável investigada refere-se à existência de pacientes não-aderentes ao tratamento da TB 97,3% das enfermeiras disseram que todos os casos confirmados aderiram bem ao tratamento, enquanto outros 2,7% disseram ter casos de não adesão ao mesmo. Vieira e Ribeiro (2013) fundamentam tal achado ao afirmarem que a maior efetividade da adesão ao tratamento está relacionada à melhoria na relação do paciente e de seus familiares com os profissionais de saúde, que devem ser influenciados por treinamentos e motivação profissional.

Quando questionadas sobre a existência de fatores presentes nas UBS que contribuem para a adesão e não abandono do portador de TB ao tratamento, 34 enfermeiras alegaram que sim, enquanto outras disseram que não. Dessa forma, a tabela a seguir traz os fatores apontados pela maioria das profissionais capazes de favorecer essa adesão.

Tabela 3 – Fatores que contribuem para adesão e não abandono do tratamento da TB.

CATEGORIAS	f	%
Apoio da equipe	29	27,3
Prognóstico de cura	25	23,6
Gratuidade do tratamento	12	11,3
Apoio familiar	11	10,4
Melhora dos sintomas	07	6,6
Condições socioeconômicas	06	5,7
Acessibilidade ao serviço e medicação	05	4,7
Aceitação da doença	05	4,7
Educação em saúde	03	2,8
Medo	02	1,9
Apoio financeiro	01	1,0
Total	106	100%

* Os participantes responderam mais de uma alternativa.

Como visualizado, o fator de maior impacto na adesão e não abandono do portador ao tratamento medicamentoso e não-medicamento refere-se ao apoio e trabalho da própria equipe de saúde (27,3%) com ênfase para o acolhimento, vínculo e avaliação das necessidades de saúde. O acolhimento é uma ferramenta indispensável no cuidado a saúde desse indivíduo e de sua família. Acolher significa estar perto, significa abraçar o indivíduo e suas necessidades de maneira a atendê-las, significa cuidar com responsabilidade, aptidão, humildade e carinho, mantendo uma relação harmoniosa com o mesmo. A promoção do trabalho em equipe na

prestação dos cuidados é um elemento-chave, importante e condizente para o atendimento aos portadores de TB.

Chirinos e Meirelles (2011) enfatizam que a relação de vínculo deve estar pautada em uma relação de compreensão, capaz de tornar o ambiente amistoso, e conseqüentemente adotar uma assistência humanizada, aliada à estratégia do Tratamento Supervisionado. Estudos similares de Lunelli et al. (2009) sobre a tuberculose relatam que a adesão ao tratamento está diretamente relacionada com a atuação da equipe multidisciplinar na interação do cuidado e no PNCT.

Ressalta-se também a ênfase que 23,6% das enfermeiras deram ao prognóstico de cura como fator determinante na adesão e não abandono do tratamento. A expectativa de cura é fator predisponente no tratamento relacionada à responsabilidade do paciente com a vida e autocuidado, do querer ficar bom e se curar, visando voltar a realizar as atividades, em geral limitadas ou ceifadas pelo advento da doença, como o trabalho e os amigos.

O paciente busca o fim do preconceito, a satisfação com a vida, a sensação de bem-estar, assim como, o receio de ter seu quadro de saúde agravado. Em consonância a esse entendimento, Hino et al.(2013) agregam à força de vontade, a esperança e a obtenção da cura como fatores que aumentam muito a possibilidade do paciente completar tratamento.

Outro fator que contribui para adesão é a gratuidade do tratamento (11,3%), já que no Brasil os esquemas medicamentosos para o tratamento da TB são padronizados e distribuídos gratuitamente pelo MS. A distribuição de medicamentos é uma forma de incentivar a adesão e fortalecer a manutenção tratamento quando retoma-se o pensamento de que muitos paciente atingidos pela doença são pessoas de classe média baixa que muitas vezes não possuem renda per capita nem condições de adquirir tais medicamentos. Queiroz; Bertolozzi (2010) apontam que dentre os recursos do SUS para aumentar a adesão ao tratamento da TB, encontra-se a gratuidade dos medicamentos.

As enfermeiras também enfatizaram o apoio familiar como fator determinante nesse processo (12,3%). Para as mesmas, a família é indispensável na supervisão diária da ingestão dos medicamentos e no comportamento desses indivíduos. O convívio familiar condiz uma relação de confiança, a qual permite que o paciente compreenda a enfermidade e a importância do envolvimento e compromisso no tratamento. Queiroz et al. (2012) reitera a assertiva dizendo que a adesão ao tratamento transcende a partir do incentivo da família no êxito terapêutico e no processo de monitoramento dos resultados do tratamento dos pacientes de TB .

Outros fatores também se fizeram presentes nas falas das enfermeiras, tais como, a melhora dos sintomas (6,6%), as condições socioeconômicas (5,7%), a acessibilidade ao serviço e medicação (4,7%), a aceitação da doença (4,7%), a educação em saúde (2,8%), o medo da morte e do contágio de familiares e amigos (1,9%) e, o apoio financeiro (1,0%).

A TB é uma patologia com sintomas indesejáveis de foro respiratório e de alterações no estado geral do paciente, e conviver com ela implica necessariamente um sofrimento diário, intolerável pelos pacientes, o que os levam a efetivar o tratamento para os sintomas regredirem e a melhorar clinicamente. Esse dado encontra apoio na pesquisa desenvolvida por Queiroz e Bertolozzi (2010) quando afirmam que os portadores realizam o tratamento devido à melhora da sintomatologia, para retornarem logo às suas atividades diárias.

A TB é uma doença associada a fortes componentes sociais e econômicos. As pessoas atingidas pela doença que realizam o tratamento necessitam de uma dieta alimentar rica em nutrientes, já que o uso diário de altas dosagens de medicamentos tende a debilitar ainda mais seu organismo. Ademais, encontram-se propensos a infecções oportunistas devido a baixa de sua imunidade.

Rodrigues et al. (2010) ao analisarem os fatores relacionados aos pacientes que dificultavam a adesão ao tratamento da TB, constataram, segundo seus depoentes que a não adesão e interrupção do tratamento são motivos individuais ligados às condições sócio-econômicas, devido a baixa escolaridade e a falta de recursos financeiros.

A aceitação ou resignação compreende a autonomia do paciente e uma habilidade para aderir a doença que surge posteriormente em uma fase de adaptação à mesma. É fundamental ressaltar que o enfermeiro carrega consigo a função de acompanhar mais de perto o paciente com TB, de avaliar minuciosamente a percepção e aceitação do tratamento pelo paciente, garantindo que este tome a medicação pelo tempo estipulado para o sucesso terapêutico.

A educação em saúde, por meio de palestras educativas, por exemplo, é um fator de extrema importância para se disseminar informações sobre as interfaces das doenças, sobre a responsabilidade e compromisso do paciente e da família com o tratamento. Rezende (2011) ressalta que a ESF se coloca como campo potencialmente fértil para a qualificação e reorientação das práticas educativas em saúde para pacientes.

Por conseguinte, os sujeitos da pesquisa apontam o medo. O indivíduo acometido por TB tem uma imagem negativa da doença e conseqüentemente carrega sentimentos e concepções negativas da mesma, em relação ao medo de ficar sozinho, medo do preconceito, medo de transmitir a doença e o medo de morrer. Nesta concepção, as percepções dos

pacientes de aniquilamento físico e moral estão associados à transmissibilidade e a incurabilidade da TB, colaborando para o tratamento.

Ferreira; Engstron; Alves (2012) reforçam que o medo são concepções positivas quando se relaciona a adesão ao tratamento da TB, o que desta maneira revela a importância dos profissionais abordarem as concepções e sentimentos negativos em relação à doença.

Por fim, as enfermeiras mencionaram que é através de apoio financeiro que as pessoas aumentam a possibilidade de completar o tratamento, isso porque muitas deixam de trabalhar devido as fragilidades e estigma e/ou não terem condições financeiras de se manterem durante o esquema terapêutico. Diante do cenário que permeia a pessoa com TB, os recursos e apoio financeiro, seja familiar ou previdenciário, se fazem necessário para os portadores viverem.

O "auxílio-doença" é um benefício oferecido pela Previdência Social a toda pessoa acometida de TB, com base em conclusão médica especializada. Segundo Queiroz et al. (2012), o auxílio-doença, recurso de caráter auxiliar na recuperação do usuário, foi apontado pelos profissionais como aspecto que pode limitar a adesão ao DOTS, dado que, pela necessidade de continuar a receber o auxílio, o usuário prolonga o tempo e o tratamento.

As enfermeiras também foram indagadas sobre a existência de algum fator presente na unidade de saúde capaz de contribuir para a não adesão e/ou abandono do paciente ao tratamento. 33 enfermeiras afirmaram que existem sim tais fatores, enquanto outras quatro negaram a indagação. Tais fatores estão dispostos na tabela a seguir.

Vê-se na tabela 4, que os efeitos colaterais assumiram o ranking dos fatores que interferem na adesão e abandono do tratamento da doença 14,7%. O esquema de tratamento da TB é combinado por quatro medicamentos, rifampicina + isoniazida + pirazinamida + etambutol (RHZE) que causam efeitos físico-químicos sobre o organismo, por serem de alta toxicidade. Na grande maioria dos pacientes ocasiona desconforto digestivo como náusea e vômito devido a ingestão acontecer pela manhã em jejum.

Silveira et al. (2012) explicam que os esquemas terapêuticos podem causar efeitos indesejáveis como náuseas, vômitos, vertigens, inapetência, hepatotoxicidade, mudança na coloração das excreções fisiológicas, dores articulares e neuropatias periféricas e desequilíbrio em funções vitais como sono e repouso, o que demonstra a interferência da doença na qualidade de vida dos portadores.

Tabela 4 – Fatores que contribuem para não adesão e abandono do tratamento da TB.

CATEGORIA	f	%
Efeitos colaterais	15	14,7
Falta de conhecimento e compromisso	13	12,7
Condições socioeconômicas e culturais	11	10,9
Tratamento prologando	11	10,9
Etilismo e outras drogas	09	8,8
Falta de vínculo entre equipe e paciente	08	7,8
Falta de apoio familiar	07	6,9
Estigma e preconceito	06	5,8
Dificuldade na acessibilidade	05	4,9
Ausência de sintomas	04	3,9
Falta profissionais qualificados e gestores atuantes	04	3,9
Esquecimento da dose diária	04	3,9
Não aceitação e revolta	02	2,0
Problemas mentais	02	2,0
Custo elevado da medicação	01	0,9
Total	102	100%

* Os participantes disseram mais de uma alternativa.

Maciel et al. (2010) expõem que nem sempre todos os pacientes submetidos ao tratamento apresentam efeitos adversos. Geralmente esses efeitos estão associados a diversos fatores, dentre eles, a dose e horários de administração da medicação, a idade, o estado nutricional, o alcoolismo, a gravidez, as condições da função hepática e renal e a coinfeção pelo HIV.

Paula e Aguiar (2013) constataram que o tamanho dos medicamentos, seus efeitos colaterais e a grande quantidade de comprimidos são fatores que se tornam empecilhos a continuidade do tratamento. Paz e Sá (2009) relatam os profissionais de saúde conhecem a severidade dos efeitos adversos, no entanto, ignoram, como se fossem inevitáveis e incurável, deixando que cessem naturalmente tais efeitos, encorajando-os a superar as dificuldades relacionadas ao tratamento.

Outro fator identificado pelas enfermeiras foi a falta de conhecimento do paciente acerca da doença e, conseqüentemente, a falta de compromisso com a terapêutica instituída (12,7%). A falta de compromisso com o tratamento advém da falta de esclarecimento sobre a

doença e seu percurso. As devidas orientações devem ser realizadas quando do momento da primeira consulta de enfermagem, na qual o profissional deve conversar sobre o plano terapêutico respeitando as singularidades e limites de cada indivíduo. Souza et al. (2010) complementam que a partilha da responsabilidade pelo sucesso do tratamento deve acontecer de forma a respeitar o projeto de vida do paciente.

As condições sócio-econômicas e culturais também dificultam a adesão e/ou abandono do tratamento (10,9%). Como discutido anteriormente, a doença possui um cunho social muito forte, na qual, os pacientes, em sua maioria, apresentam baixa escolaridade e não dispõem de recursos financeiros suficientes para sua sobrevivência. Aderir a um plano terapêutico que orienta a ingestão de uma alimentação rica em fibras e proteínas, devendo fracioná-la ao longo do dia torna-se uma barreira para o indivíduo nesse processo.

Soma-se a isso, o fato de que muitos carregam consigo mitos e tabus sobre a doença advindos de uma cultura enraizada no imaginário dessas pessoas, na qual é passada de geração para geração. Assim, o enfermeiro deve primeiramente conhecer as crenças e as condições econômicas do paciente e da família, para juntos traçarem o melhor caminho a ser percorrido durante o período de tratamento.

Theme Filha et al. (2012) corroboram enfatizando que os portadores de TB apresentam uma renda relativamente baixa, tornando-se um problema de saúde pública. Wendling; Modena; Schall (2012) identificaram à íntima relação entre a doença e os fatores culturais e socioeconômicos. Sousa Filho (2012) concluíram que as barreiras relacionadas aos aspectos sociais, econômicos e ao estilo de vida são mais difíceis de serem enfrentadas para uma adesão continuada ao tratamento.

Outro fator de destaque na fala das enfermeiras refere-se ao tratamento prolongado (10,9%). Os esquemas de tratamento da TB são diários ou intermitentes, por período prolongado e restrito, implicando em uma séria de mudanças no cotidiano dos pacientes, mudanças essas, fisiológicas, comportamentais e emocionais que podem impossibilitar a adesão e contribuir para o abandono.

Rocha e Adorno (2012) afirmam que o longo tempo de tratamento influencia na descontinuidade do tratamento da TB, porque o portador transforma o seu modo de viver e ver a vida, percebendo o tratamento como um ponto negativo e não positivo.

O etilismo e o uso de outras drogas também são considerados fatores que interferem no processo de adesão e abandono do tratamento da TB (8,8%). Pacientes etilistas e usuários de outras drogas possuem maior probabilidade de comprometer o tratamento, principalmente quando estes são moradores de ruas, presidiários e desempregados. Tal inferência é

complementada por Furlan; Oliveira; Marcon (2012) que ao estudarem os fatores associados ao abandono do tratamento identificaram que o etilismo é um fator preocupante porque existe uma tendência do profissional de saúde e do próprio paciente subestimarem a tosse como sintoma, devido ao álcool.

Chirinos e Meirelles (2011) apontam o uso de drogas lícitas e ilícitas como um dos principais motivos de abandono do tratamento da TB, atitude essa negativa, pois os portadores que consomem bebidas alcoólicas e drogas tem apresentado mais resistência as duas ou mais drogas antituberculose, contribuindo para a manutenção da transmissão.

As enfermeiras mencionaram ainda outro fator importante nesse processo, como a falta de um vínculo afetivo e efetivo entre a equipe e o paciente (7,8%), devido o desinteresse desse em procurar e se relacionar com os profissionais, a falta de confiança na equipe, a falta de visitas domiciliares, bem como a falta de co-responsabilidade da equipe. Vê-se então uma lacuna e fragilidade nesse processo de interação e acolhimento.

Brunello (2009) em seus estudos sobre o vínculo paciente -profissional de saúde na atenção básica demonstraram que mais de 60% dos pacientes referiram manter vínculo e ter confiança nos profissionais, que conversavam sobre outros assuntos além da TB, sendo mais fácil enfrentar os fatores que obstaculizam a continuidade terapêutica.

Nogueira et al. (2009) acrescentam que o vínculo requer cooperação mútua entre paciente e profissionais, produzindo-se uma relação de escuta, diálogo, respeito, no qual o indivíduo deve entender a significância do cuidado e sua corresponsabilidade no processo de tratamento, permitindo intervir a partir dos problemas e demandas identificadas.

Rodrigues et al. (2010) expõem que a falta de vínculo entre profissional-paciente contribui para o abandono do tratamento, e que o paciente não pode ser responsabilizado unicamente pelo seu tratamento, sendo corresponsabilidade de ambos atores. Sá et al. (2011) observaram que entre o profissional de saúde e o portador de TB há restrições de comunicação quanto aos aspectos biomédicos nos ambulatórios, contribuindo para uma relação impessoal, sem diálogos, escutas, subjetividades e responsabilidade, o que propicia dificuldade no estabelecimento do vínculo.

A falta de apoio familiar também se constitui um fator que interfere na adesão e abandono do tratamento da TB (6,9%). O abandono familiar, muitas vezes advindo da falta de informação e conseqüentemente do preconceito, contribuem para a auto-exclusão do paciente à vida social por temor/medo de prejudicar os demais membros. Clementino et al. (2011) apontam a relevância do suporte familiar no enfrentamento da doença, através de demonstração de carinho, afeto e compartilhamento das dificuldades inerentes ao tratamento.

Sobre as relações afetivas dos portadores de TB, Wendling; Modena; Schall (2012) mostram que a ruptura nas relações afetivas com os familiares compromete o tratamento, e que os laços afetivos são importantes no processo da cura, no auto-cuidado e na vontade de se curar. Nesta visão, a família vem sendo reconhecida como um grande alvo para os serviços da saúde e da enfermagem, pois ela é tida como importante fonte de apoio durante o tratamento da TB, sendo a compreensão um elemento crucial na equação do cuidado.

Foram identificados ainda outros fatores que influenciam negativamente o processo de adesão e abandono do tratamento, tais como: a presença do estigma e preconceito (5,8%), a dificuldade na acessibilidade aos serviços de saúde (4,9%), o ausência dos sintomas (3,9%), a falta de profissionais qualificados e gestores atuantes (3,9%), o esquecimento da ingestão da dose diária do medicamento (3,9%), a não aceitação da doença e revolta (2%), a presença de problemas mentais (2%) e o custo elevado da medicação (1%).

A TB é uma doença fortemente estigmatizante, e carregada consigo sentidos ambíguos ao longo da história, estando ainda hoje associada ao último estágio da miséria humana, na qual a sociedade passa a adotar um conjunto de atitudes preconceituosas, marginalizantes e desumanas contra os pacientes.

O preconceito é um juízo pré-concebido, que se manifesta numa atitude discriminatória, um posicionamento afetivo negativo de um indivíduo perante pessoas, crenças, sentimentos e tendências de comportamento, já estigma pode ser definido como uma marca, um sinal, um atributo profundamente desonroso e desacreditador que transforma o ser possuidor de uma pessoa normal em alguém “marcado/manchado/poluído”, atribuídos as pessoas que são consideradas responsáveis pela sua doença, aos sintomas que podem ser ocultados e quando a doença não é bem compreendida pelo público em geral (NUNES; CAMINO, 2011; SOARES et al. 2011).

Souza; Silva; Meirelles (2010) destacam que em decorrência do preconceito, os portadores de TB preferem não aderir ao tratamento, isso porque eles sofrem não só pelas manifestações clínicas, mas também pela possibilidade de vivenciar preconceitos, sendo rejeitados em seus relacionamentos sociais, ocasionado pela concepção que as pessoas têm sobre a etiologia e o contágio da tuberculose. O autor ainda enfatiza no estudo que alguns pacientes preferem manter a doença em segredo devido os tabus.

Wendling; Modena; Schall (2010) em seus estudos sobre o estigma na visão de gerentes de centros de saúde, perceberam que o estigma e o preconceito são motivos que levam o portador a abandonar do tratamento, visto que, o paciente, tenta esconder o

diagnóstico da doença para os familiares e amigos, e se negam a realizar o tratamento em unidades próximas a sua residência, causando dificuldade de locomoção.

As enfermeiras apontaram algumas dificuldades quando da acessibilidade relacionadas aos serviços de saúde, como a distância da residência aos mesmos, a mudança de endereço e de cidade, o horário de funcionamento das USF, o acesso às consultas e o tempo gasto na sala de espera, a demora do serviço de saúde relacionada à obtenção do diagnóstico (exames) e os gastos com o deslocamento à unidade podem inibir o acesso do paciente.

Achados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado por Sá et al. (2012) ao sinalizar que em relação ao tratamento da TB na unidades de saúde, os serviços apresentam fragilidades na obtenção do sucesso terapêutico, devido a falta de distribuição de insumos, medicamentos e operacionalização da assistência a saúde, dificuldades que motivam ao abandono.

De acordo com Palha et al. (2012) algumas fragilidades nos serviços de saúde quanto a acessibilidade são exposto pelos pacientes, dentre os quais, a demora para o diagnóstico da doença, distância destes em relação à sua residência, deficiência no suporte social, aspectos como o tempo de atendimento e o estigma da doença reforçado pelo receio em receber o TDO na residência. Frente às barreiras identificadas, percebe-se a necessidade de reorganização dos serviços de saúde em âmbito local.

Identificou-se também que o desaparecimento dos sintomas principalmente, na primeira metade do tratamento foi associada ao abandono do tratamento, o que chama atenção, porque nessa fase inicia-se a regressão dos sintomas. Com o longo tempo do tratamento os pacientes estando assintomáticos e com bom estado geral acreditam estar curados e acabam interrompendo a medicação. Em consonância a esse entendimento, Silveira et al. (2012) identificaram que a melhora dos sintomas da doença faz que os portadores rejeitem o tratamento e não se apresentem mais aos serviços de saúde.

A não aceitação da doença e a revolta com a atual situação em que se encontram foram mencionadas pelas enfermeiras como fatores influentes no processo de adesão e abandono, fato esse que infere o intenso impacto emocional e físico para o paciente, pois percebe-se que há pacientes que sequer falam a palavra TB, e que determina sua percepção a uma doença é ruim, não aceitando o diagnóstico.

A psiquiatra Elisabeth Kluber-Rossi pioneira no tratamento dos desenganados e na preparação para a morte, descreveu cinco fases no processo de Terapia Cognitivo Comportamental: a primeira a fase a negação; segunda fase revolta/raiva; terceira fase negociação; quarta fase depressão; quinta fase aceitação. Dentro da abordagem da TB, é

possível perceber a existência desses pensamentos e comportamentos (AFONSO; MINAYO, 2013).

Queiroz e Bertolozzi (2010) enfatizam que a TB vitimiza duplamente o paciente, visto que ele tem que se preocupar com a cura, por considera-se o único responsável pela doença, e com o sofrimento que decorre do olhar preconceituoso da sociedade.

A falta de profissionais qualificados e a atuação efetiva dos gestores de saúde pode ser confrontada com outros achados, como por exemplo, Protti et al. (2010) que confirmam no seu estudo sobre a gerência das UBS no controle da TB, em um município do interior de São Paulo que o desconhecimento dos gerentes e profissionais em relação ao PNCT, demonstra a despersonalização dos serviços de saúde em relação ao usuário de TB.

A identificação de tal categoria chama atenção pois sinaliza uma denúncia indireta dos profissionais contra a gestão vigente e contra eles próprios, que não recebem incentivos e nem procuram realizar individualmente cursos de capacitação. Sobre a gestão, chama-se atenção da mesma para que os gestores se articulem de forma mais efetiva com as equipes de saúde, identificando e solucionando emergencialmente as necessidades dos serviços e as necessidades de saúde da população.

Ampliando essa discussão, Barreto et al. (2013) pautam que a prática do enfermeiro na gestão do cuidado à TB se restringe a prática mecanicista, típico da influencia do modelo biomédico que ainda impera nos serviços de saúde, no qual, a partir dos sinais e sintomas elaboram um plano de cuidado, um menu de assistência que se restringe ao diagnóstico, tratamento e monitoramento. Isso representa uma dicotomia entre o que é preconizado para a assistência de pessoas com TB na Estratégia Saúde da Família.

Dentre os vários fatores que prejudicam o processo de tratamento, foi mencionado ainda pelas participantes o esquecimento da ingestão da dose diária dos medicamentos necessários ao bom desempenho do tratamento. A falta de interesse junto ao comodismo dos pacientes são considerados empecilho para se alcançar a cura. A medicação é entregue em Kits diários para 28 dias e seladas, e devem ser tomadas em dose única, com água, em jejum.

O tratamento supervisionado é uma estratégia que assegura a adesão ao tratamento, visto que exige a supervisão das doses das medicações ingeridas pelo paciente. Em relação ao abandono, essa modalidade terapêutica identifica o problema no início, permitindo, assim, uma ação corretiva imediata. No caso de tratamento não supervisionado, o abandono só será aparente na consulta mensal, ressaltando que o esquecimento e omissão da dose pode comprometer a eficácia do tratamento.

Sobre o fator doença mental, Cavalcante e Silva (2013) relatam que a doença mental está entre as doenças mais associadas a TB, o que condiz que o profissional de saúde deve estar preparado para garantir uma assistência de qualidade, adequada as demandas referentes à saúde mental. Nesta reflexão, convém mencionar que estudos sobre a temática são escassos e pouco explorados pela literatura, sugerindo-se que os autores preferem abordar mais recorrentemente outros fatores para a descontinuidade e abandono do tratamento.

O levantamento da categoria alto custo da medicação para tratamento da TB pode estar associado a completa falta de conhecimento dos profissionais, algo considerado inaceitável, uma vez que no Brasil, o tratamento é gratuito e garantido a toda a população pelo SUS. Vale ressaltar que MS possui estratégias e políticas voltadas para a capacitação e qualificação dos enfermeiros no sentido de garantir a integralidade na atenção à saúde, como também disponibiliza um sistema de informação e acervo bibliográfico eletrônico como meio de atualização dos profissionais, sendo inerente ao indivíduo buscar o conhecimento.

As profissionais foram ainda questionadas sobre as atividades que executam na unidade para auxiliar o indivíduo a se envolver mais com o tratamento e eliminar o pensamento de abandoná-lo. As ações encontram-se listadas na tabela a seguir.

Tabela 05 – Atividades desenvolvidas pelas enfermeiras para maximizar a adesão e minimizar o abandono do tratamento da TB.

VARIÁVEIS	f	%
Educação em saúde	23	36,5
Realização de visitas domiciliares	16	25,4
Estabelecimento de vínculo	10	15,9
Garantia da acessibilidade aos serviços	07	11,1
Relação de co-responsabilidade entre usuário e familiares	04	6,4
Não responderam	02	3,2
Nunca tive dificuldade da adesão PCT	01	1,6
Total	63	100%

* Os participantes disseram mais de uma alternativa.

Dentre as atividades desenvolvidas, observa-se a educação em saúde (36,5%), a realização de visitas domiciliares (25,4%), o estabelecimento de vínculo (15,9%), a garantia da acessibilidade aos serviços (11,1%), a manutenção da co-responsabilidade entre usuário e familiares (6,4%). Duas enfermeiras não responderam (3,2%) e outra relatou nunca ter tido dificuldade quanto a adesão do portador ao PNCT. Observa-se que as profissionais

apresentaram respostas significativas, animadoras e satisfatórias na estratégia de intervenção da TB.

A maioria afirmou realizar ações educativas como palestras e rodas de conversas para orientar o paciente acerca da doença, do processo terapêutico, dos efeitos colaterais relativos a medicação e esclarecer possíveis dúvidas. Desta maneira, percebe-se que as atividades exercidas pelos enfermeiros tem se aprimorado e se potencializa no desenvolvimento dos cuidados na Atenção Básica.

Santos; Nogueira; Arcêncio (2012) ao avaliarem as ações desenvolvidas por profissionais das equipes da ESF no controle da TB relataram a realização de ações educativas como palestras e oficinas sua área de atuação.

Por conseguinte, os sujeitos da pesquisa apontaram realizar visitas domiciliares periodicamente, no mínimo uma vez por semana ou a cada 15 dias, como meio de viabilizar a garantia da adesão integral ao processo de tratamento pelos portadores de TB.

Diferentemente de tais achados, Arakawa et al. (2011) identificaram que a irregularidade no oferecimento de visitas domiciliares para supervisão do tratamento, pode estar relacionada às dificuldades operacionais de organização da atenção e de recursos (humanos, materiais e tempo) das equipes.

Os achados revelaram que a criação do vínculo apresentaram desempenhos favoráveis quanto a efetividade do vínculo profissional- paciente -família, através do contato constante, acolhimento, apoio emocional, apoio no tratamento, cuidado prestado com responsabilidade e resgatando paciente suspeito de abandono e grupos de risco para a não adesão.

Com relação à garantia de acessibilidade aos serviços, constata-se apoio ao programa na disponibilidade de insumos, como medicamentos, exames periódicos de baciloscopias de controle e consultas de enfermagem e médicas. Frente a esse contexto, nota-se uma assistência positiva do acesso aos serviços de atenção básica para com o portador com TB. Pesquisas similares confrontam com os dados dos questionários, que demonstraram estrutura inadequada dos serviços de saúde, demora no agendamento e resultados dos exames e barreiras na acessibilidade organizacional e econômica da unidade (CLEMENTINO; MIRANDA, 2010).

Outra atividade mencionada neste estudo refere-se a manutenção de relação de coresponsabilidade entre o paciente e a família, visto que as participantes alegaram conhecer a situação familiar e fragilidades existentes, incentivando o apoio familiar através do envolvimento e responsabilização dos mesmos com o cuidado e supervisão medicamentosa, uma vez o gerenciamento da família asseguram o sucesso do tratamento.

5.2 APRESENTAÇÃO DOS DADOS QUALITATIVOS

Ao serem questionadas sobre a relação de vínculo estabelecida com o portador de TB houve uma prevalência significativa de profissionais que a consideraram-na boa, pois se encontra pautada na amizade, confiança, ética profissional e compromisso. Tais falas podem ser visualizadas a seguir.

“Tenho uma ótima relação com os pacientes de TB, tento demonstrar vínculo, até porque é uma doença que causa receio de estigma e discriminação, mas como profissional tenho que certas barreiras que dificulta a relações interpessoal, profissional desmitificar o paciente”. (E15)

“Temos relações de amizade é parceria em busca da cura desse paciente. Não existe nenhuma barreira, pois nós mantemos contato de todas as maneiras possíveis”. (E18)

“A relação com o paciente é de total confiança, onde busca se da todas as orientações, esclarecimentos pertinentes ao caso”. (E19)

“Relação profissional e ética”. (E20)

Contudo, nove enfermeiras disseram não manter qualquer relação de vínculo por nunca possuir casos de TB na unidade, mas reconhecem que este deve ser pautado no acolhimento e humanização.

“Ainda não tive essa oportunidade, mas como profissional a certeza que tenho é que não deve existir preconceito. Vejo que a falta de humanização dos profissionais tem afastado muito o portador do tratamento e da assistência que é direito dele”. (E4)

“Durante este período de atuação na atenção básica ainda não me deparei com está situação”. (E10)

“Não tive portador confirmado de TB na unidade, contudo a relação que estou tendo com um suspeito de TB é boa, sem dificuldades em realizar os procedimentos necessários para esclarecer, ou seja, fechar o diagnóstico”. (E17)

“Ainda não tive oportunidades de cuidar de um paciente com a TB”. (E29)

Diante de tais resultados, é possível observar a partir dos relatos compostos do vínculo, que os serviços apresentaram desempenhos favoráveis quanto a essa dimensão, o que pode ser justificado pela ampliação da eficácia das ações de saúde e o favorecimento da prestação do serviço com confiança e amizade. O que vem a divergir com os resultados obtidos em outros estudos realizados por Sá et al. (2011) apontam que os profissionais reconhecem que o vínculo significa o estabelecimento de fortes laços interpessoais, porém os

achados mostrem que as situações de relações entre os usuários com TB e profissionais de saúde são frágeis e precárias, fator que tem diminuído a qualidade e a eficácia da assistência da saúde da família.

O vínculo é uma das dimensões da Atenção Básica que pressupõe a existência de fonte regular de atenção, e relação mútua e humanizada entre a equipe de saúde, indivíduos e famílias. Um dos instrumentos imprescindíveis e estruturantes na atenção e no controle da TB, uma vez que o tratamento permeia a responsabilidade, a integralidade e a humanização, onde permitirá que o paciente compreenda a enfermidade e a importância do seu envolvimento e compromisso, além da oportunidade do profissional identificar suas angústias e dúvidas no estigma da doença.

Outro aspecto presentes nas falas refere-se à ética profissional, isso porque os portadores pedem que o profissional mantenha segredo sobre fato, em decorrência da TB ser uma doença estigmatizante e embargada de preconceitos. Práticas incutidas que se evidenciam principalmente em cidades pequenas, nas quais, a população tem crença e mitos que a TB seja uma patologia perigosa, mortal, transmissível e que se deve manter distância dos pacientes.

O código de ética dos profissionais de enfermagem compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência. E neste contexto, o parágrafo único do art. 81 do código preceitua que o profissional de saúde de abster-se de revelar informações confidenciais de que tenha conhecimento em razão de seu exercício profissional a pessoas ou entidades que não estejam obrigadas ao sigilo.

O compromisso foi outra ferramenta mencionada no diálogo, evidenciado nas práticas educativas, apoio psicológico, no vínculo, orientações e visitas domiciliares. Reconhece-se, portanto que profissionais demonstram comportamento adequado, na tentativa de aumentar o conhecimento do paciente sobre a doença e de presta uma assistência pertinente aos seus cuidados dos portadores de TB, estimulando positivamente para a adesão e conclusão do tratamento.

Segundo Assis et al. (2010) os profissionais que atuam na ESF tem o compromisso de prestar assistência de qualidade e resolutiva à população adstrita, identificar os agravos e fatores de riscos que a população está exposta e intervir, realizar prevenção, promoção, reabilitação e manutenção da saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fazendo uma analogia pautada num raciocínio crítico percebe-se que a TB continua sendo um grave problema de saúde pública do Brasil e do mundo, o que permanece a merecer especial atenção dos profissionais de saúde e da sociedade, e apesar ter seu tratamento disponível e gratuito no sistema público de saúde, a não adesão e o abandono do tratamento pelo paciente são um dos fatores que dificultam o controle da doença.

Ao reportar-se a problemática do estudo, qual seja: Que fatores influenciam na adesão e abandono do tratamento da TB do ponto de vista dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF)? Em que consiste o vínculo entre tais profissionais e portadores de TB? Que ações os enfermeiros desenvolvem para minimizar os índices de abandono do tratamento da TB? Pode-se dizer que os objetivos propostos foram completamente alcançados, uma vez que, foi possível a identificação daqueles fatores, do vínculo e das ações desenvolvidas pelos enfermeiros.

Retomando-se os fatores que contribuem para a adesão e não abandono do portador ao tratamento, tem-se, o apoio da equipe, o prognóstico de cura, a gratuidade do tratamento, o apoio familiar, a melhora dos sintomas, as condições socioeconômicas, a acessibilidade ao serviço e medicação, a aceitação da doença, a educação em saúde, o medo e o apoio familiar.

Não obstante dessa realidade, tem-se os fatores que contribuem para o abandono e não adesão do tratamento, quais sejam, os efeitos adversos, a falta de conhecimento e compromisso, as condições socioeconômicas e culturais, o tratamento prologando, o etilismo e outras drogas, a falta de vínculo com a equipe de saúde e a família, o estigma e preconceito, a dificuldade na acessibilidade, a ausência de sintomas, a falta profissionais qualificados e gestores atuantes, o esquecimento da dose diária, a não aceitação e revolta, pessoas com problemas mentais e o custo elevado da medicação.

Nesta perspectiva, percebe-se que a TB ainda é temida por ser associada a algo socialmente alvo de censura. Considera-se pertinente o desenvolvimento de uma rede de apoio para os pacientes e seus familiares nos serviços públicos de saúde, de modo que os profissionais estejam atentos as necessidades do binômio e aptos a realizarem estratégias que ampliem a compreensão acerca do processo de viver com a TB.

Pôde-se, também, constatar irregularidades de responsabilidade dos serviços em relação ao tratamento supervisionado, tais essas visíveis na supervisão da tomada de medicamentos e nas visitas domiciliares. A baixa proporção de dose supervisionada mostra que não basta ter o programa que garanta essa prática, é preciso um comprometimento maior dos profissionais no acompanhamento dos casos para o êxito do tratamento, principalmente, da gestão no sentido de organizar o serviço e de cobrar resultados favoráveis.

Acresce-se que o TDO, mesmo considerado uma ação pontual, desponta como parte do processo de descentralização das ações de controle da tuberculose. Espera-se evidentemente que o trabalho das equipes avance no sentido de incorporar não somente a supervisão medicamentosa, mas as ações de diagnóstico, acompanhamento terapêutico do paciente e na avaliação dos contactantes.

No que se refere às atividades desenvolvidas pelas enfermeiras para maximizar a adesão e minimizar o abandono, encontram-se: educação em saúde; realização de visitas domiciliares; estabelecimento de vínculo; garantia da acessibilidade aos serviços; relação de co-responsabilidade entre usuário e familiares.

Com isso, percebe-se a necessidade de ampliação das estratégias dialógicas de educação em saúde como formação de grupos de convivência, disponibilidade de material educativo e parceria com outros equipamentos sociais, acerca da TB para toda comunidade no sentido de difundir conhecimento sobre a doença, o tratamento (tempo, gratuidade, efeitos adversos), as manifestações clínicas, a importância da família e principalmente sobre o prognóstico de cura quando do término do tratamento por alta. Vê-se essa medida como forma de minimizar os anseios e as angústias dos portadores frente as repercussões que a doença causa em suas vidas almejando a aceitação da doença e um maior envolvimento do mesmo com o plano terapêutico, com a unidade e principalmente, com os profissionais de saúde.

Ademais, sugere-se em curto prazo, a mobilização dos gestores no sentido de oferecer cursos de aperfeiçoamento na área específica para todos os profissionais da ESF, em especial os enfermeiros com vistas a melhorar/ampliar/qualificar as habilidades e competências dos mesmos, para que estes possam repensar a assistência atualmente dispensada aos portadores e a partir de então, planejar e/ou reavaliar estratégias capazes de fortalecer o vínculo através do acolhimento, realizar busca ativa de novos casos e assistir de forma mais humana o indivíduo e sua família sem perder de vista suas necessidades afetadas.

Considerando-se que a TB atinge principalmente pessoas com baixas condições sócioeconômicas, conforme comprovado por alguns autores já vistos anteriormente, sugere-se aos gestores a adoção de estratégias que sirvam de incentivo ao término do tratamento e a promoção do bem-estar dos pacientes, como por exemplo, a doação de uma cesta básica durante todo o período de tratamento, uma vez que os próprios enfermeiros alegaram que muitos pacientes não têm o que comer, o que dirá uma alimentação saudável como enfatiza o MS. Reforça-se também a necessidade de ampliação do atendimento e da acessibilidade do portador ao serviço, facilitando o diagnóstico precoce e a realização de exames.

Os resultados encontrados no presente estudo são de extrema relevância para a gestão local, profissionais, pacientes, familiares e sociedade em geral, pois permitem a identificação de estratégias capazes de maximizar a adesão ao tratamento e minimizar seu abandono, contribuindo diretamente para a redução dos índices de prevalência e mortalidade por TB na região estudada e em outras regiões do país.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, F. J. B. ; MELO, C. F. ; ARAUJO NETO, J. L. Avaliação da síndrome de burnout em profissionais da Estratégia Saúde da Família da capital paraibana. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre , v. 25, n. 3, p. 542-549, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722012000300014&script=sci_arttext. Acesso em: 08 de mar. 2014.

ALVES, R. S. et al. Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 650-657, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a21.pdf>. Acesso em: 01 de out. 2013.

ANDRADE, H. L. Tuberculose nas populações prisionais de duas penitenciárias estaduais do Rio Grande Do Norte. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v. 3, n.4, p.2608-2615, out./dez. 2011. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1504/pdf_470. Acesso em: 13 de nov. 2013.

ARAKAWA, T. et al. Acessibilidade ao tratamento de tuberculose: avaliação de desempenho de serviços de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 4, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_19.pdf. Acesso em: 13 de mar. 2014.

ARAÚJO, G. A.; SOARES, M. J. G. O.; HENRIQUES, M. E. R. M. Qualidade de vida: percepção de enfermeiros numa abordagem qualitativa. **Rev. Eletr. Enf.** Goiânia-GO, v.11, n.3, p.635-641, 2009. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n3/v11n3a22.htm. Acesso em: 08 de mar. 2014.

ARBEX, M. A. et al. Drogas antituberculose: Interações medicamentosas, efeitos adversos e utilização em situações especiais. Parte 1: Fármacos de primeira linha. **J. Bras. Pneumol**, São Paulo, v. 36, n.5, p.626-640, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v36n5/v36n5a16.pdf>. Acesso em: 13 de nov. 2013.

ASSIS, M. M. A. et al. Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analísadores em diferentes cenários [online]. 2010. 180 p. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Universidade Federal da Bahia, Salvador: EDUFBA, 2010.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BARRETO, A. J. R. et al . Gestão do cuidado à tuberculose: da formação à prática do enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n. 6, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000600006. Acesso em: 11 de mar. 2014.

BONFIM, D. et al. Comparação entre as intervenções de enfermagem realizadas e os registros em sistema informatizado para atenção básica. **Acta paul. enferm. [online]**. São Paulo, v.26, n.4, p.401-408, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000400016&script=sci_arttext. Acesso em: 08 de mar. 2014.

BRAGA, J. U. et al. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose nos serviços de atenção básica em dois municípios brasileiros, Manaus e Fortaleza, 2006 a 2008. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 225-233, 2012. Disponível em: http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_2/artigos/csc_v20n2_225-233.pdf. Acesso: 17 de out. 2013.

BRANCO, B. C.; ROCHA, R. M. Interpretação Clínica Atual do Teste do PPD:Uma Abordagem Elucidativa. **Rev. Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa-PB, v. 16, n.2, p.249-252, 2012. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/10803/7320>. Acesso em: 13 de nov. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Tuberculose: alinhada com o social, afinada com a tecnologia. Brasília, v. 44, n. 2, p.1-6, abr. 2013. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Abr/10/boletim2_2013_tb_web.pdf Acesso: 17 de out. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Trata da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso: 17 de nov. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de Recomendação para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília, 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_de_recomendacoes_tb.pdf. Acesso em: 15 de out. 2013.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Nota técnica sobre as mudanças no tratamento da tuberculose no Brasil para adultos e adolescentes**. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.hc.ufpr.br/files/nota_tecnica_sobre_as_mudancas_no_tratamento_da_tuberculose_no_brasil.pdf. Acesso em: 28 de abr. de 2014.

BRUNELLO, M. E. F. Vínculo doente-profissional de saúde na atenção a pacientes com tuberculose. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 176-182, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a10v22n2.pdf>. Acesso em: 11 de mar. 2014.

CAMELO et al.. Riscos psicossociais em equipes de saúde da família: carga, ritmo e esquema de trabalho. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.20, n. 2, p. 733-738, 2013. Disponível em:<http://www.epublicacoes.uerj.br/ojs/index.php/enfermagemuerj/article/view/5990/4300>>. Acesso em: 08 de mar. 2014.

CAMPOS, R. et al. Efeito da revacinação BCG sobre a resposta imune em adultos atópicos. **Gazeta Médica da Bahia**, Salvador, v.78, n.2, p. 26-32, 2009. Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/ojs/index.php/gmbahia/article/viewFile/745/728>. Acesso em: 13 de nov. 2013.

CAVALCANTE, D. S. **Fatores de Riscos Ocupacionais na Assistência de Enfermagem em Tuberculose**. 2013.53f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade de Brasília, Ceilândia, 2013. Disponível em: http://bdm.bce.unb.br/bitstream/10483/5922/1/2013_DrielleSouzaCavalcante.pdf. Acesso em: 13 de nov. 2013.

CAVALCANTE, E. F. O.; SILVA, D. M. G. V. Perfil de pessoas acometidas por tuberculose. **Rev da Rene**, v. 14, n. 4, p.720-729, 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/comocitar.ou?id=324028459008>. Acesso em: 12 de mar. 2014.

CHIRINOS, N. E. C.; MEIRELLES, B. H. S. Fatores associados ao abandono fazer e tratamento da tuberculose: Uma Revisão Integrativa. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.20, n. 3, p. 599-606, set. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000300023&script=sci_arttext Régis A. Acesso: 17 de out. 2013.

CLEMENTINO F. S.; MIRANDA, F. A. N. Acessibilidade: Identificando barreiras na descentralizaçãodo controle da tuberculose nas Unidades de Saúde da Família. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n.4, p. 584-590, out./dez. 2010. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a14.pdf>. Acesso em: 13 de mar. 2014.

CLEMENTINO, F. S. et al. Tuberculose: desvendando conflitos pessoais e sociais. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 638-643, out./dez. 2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a23.pdf>. Acesso em: 11 de mar. 2014.

Conselho Federal de Enfermagem. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Resolução COFEN nº 311/2007. Fevereiro de 2007. Rio de Janeiro. Disponível em:<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7323§ionID=37>. Acesso em: 11 de mar. 2014.

DALCOMO, M. P. Tratamento da Tuberculose Sensível e Resistente. **Rev. Pulmão RJ**, v.21, n.1, p. 55-59, 2012. Disponível em: http://www.sopterj.com.br/revista/2012_21_1/13.pdf. Acesso: 17 out. 2013.

DIAS, M. F. F. G. **A motivação dos enfermeiros em tempo de crise**. 2012. 78f. Dissertação de Mestrado (Gestão e Economia de Serviços de Saúde) - Faculdade de Economia e Universidade do Porto. Porto Alegre, 2012. Disponível em: <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/66278/2/13114.pdf>. Acesso em: 08 de mar. 2014.

FACOCCIA, R.; VERONESI, R. **Tratado de Infectologia**. 2.v. São Paulo: Atheneu, 2009.

FASSARELLA, C. S.; SANTOS, C. V.; ROSA, L. S. A responsabilidade do profissional de enfermagem na aplicação da vacina BCG sob a óptica da segurança do paciente. **Rev Rede de Cuidados em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n.1, 2013. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.br/index.php/rcs/article/viewFile/1904/902>. Acesso em: 13 de nov. 2013.

FERNANDES, J. S. et al. Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família: a relação das variáveis sociodemográficas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n.

3, p. 434-442, jul./set, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a04v19n3.pdf>>. Acesso em: 08 de mar. 2014.

FERREIRA, J.; ENGSTRON, E.; ALVES, L. C. Adesão ao tratamento da tuberculose pela população de baixa renda moradora de Manguinhos, Rio de Janeiro: as razões do im(provável). **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 211-216, 2012. Disponível em: http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_2/artigos/csc_v20n2_211-216.pdf. Acesso em: 15 de nov. 2013.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Métodos e metodologia na pesquisa científica**. 3 ed. São Caetano, 2008.

FIGUEIREDO, T. M. R. M. et al. Desempenho no estabelecimento do vínculo nos serviços de atenção à tuberculose. **Rev Rene**, Fortaleza, v.12, n.esp., p. 1028-1035, 2011. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/332>. Acesso em: 13 de mar. 2014.

FIUZA, A. E. **Tendências da Incidência e da Mortalidade por Tuberculose relacionadas a fatores socioeconômicos nos estados brasileiros**. 2011.48f. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/37515/000822237.pdf?sequence=1>. Acesso em: 13 de nov. 2013.

FRANÇA, F. M.; FERRARI, R. Síndrome de Burnout e os aspectos sócio-demográficos em profissionais de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo-SP, v. 25, n. 5, p. 743-748, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/15.pdf>Acesso em: 08 de mar. 2014.

FURLAN, M. C. R.; OLIVEIRA, S. P.; MARCON, S. S. Fatores associados ao abandono do tratamento de tuberculose no estado do Paraná. **Acta Paul. Enferm**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 108-114, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002012000800017&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso: 17 de out. 2013.

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

GOIS, G. A. **Abandono do tratamento: desafio para o controle da tuberculose**. 2009. 111 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa - PB, 2009. Disponível em: http://bdtd.biblioteca.ufpb.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2658. Acesso em: 15 de nov. 2013.

GUERRER, F. J. L.; BIANCHI, E. R. F. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. **Rev. esc. enferm. USP [online]**. São Paulo, v. 42, n.2, p. 355-362, 2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342008000200020&script=sci_arttext>. Acesso em: 08 de mar. 2014.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.18, n. 2, p.

258-265, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/08.pdf>>. Acesso em: 08 de mar. 2014.

HINO, P. et al. Necessidades em saúde segundo percepções de pessoas com tuberculose pulmonar. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600022. Acesso em: 12 de mar. de 2014.

_____. A ocorrência da tuberculose em um distrito administrativo do Município de São Paulo. **Esc. Anna Nery [online]**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, mar. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100021. Acesso em: 12 de nov. 2013.

IBANÊS, A. S.; CARNEIRO JUNIOR, N. Panorama internacional e nacional da estratégia do tratamento diretamente supervisionado (DOTS) nas políticas de controle da tuberculose. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 38, n. 1, p.25-32, 2012. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2013/v38n1/a3661.pdf>. Acesso: 17 de out. 2013.

JESUS, J. S. et al. Perfil de susceptibilidade de cepas de *Mycobacterium tuberculosis* isoladas no laboratório central de saúde pública do estado do Amapá, Brasil. **Rev Biol Ciên da Terra**, Amapá, v. 13, n. 2, jul. 2013. Disponível em: <http://fazendinha.unifap.br/revista/index.php/bioterra/article/viewFile/812/josean>. Acesso em: 13 de nov. 2013.

LIMA, E. F. A. et al. Qualidade de vida no trabalho de enfermeiros de um hospital universitário. **Rev. Eletr. de Enf.** Goiânia, GO, v. 15, n. 4, 2013. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v15/n4/pdf/v15n4a18.pdf>. Acesso em: 08 de mar. 2014.

LOPES, A. O. **Tuberculose um problema de saúde pública: causas do abandono do tratamento**. 2010. 63f. Monografia (Curso Bacharelado em Enfermagem) – Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2010.

LUNELLI, R. P. et al. Adesão medicamentosa e não medicamentosa de pacientes com doença arterial coronariana. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 367-373, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002009000400003&script=sci_arttext. Acesso em: 26 de mar. 2014.

MACHADO, A. C. F. T. et al. Fatores associados ao atraso no diagnóstico da tuberculose pulmonar no estado do Rio de Janeiro. **J. Bras. Pneumol**, São Paulo, v. 37, n.4, p.512-520, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132011000400014. Acesso em: 13 de nov. 2013.

MACIEL, E. L. N. et al. O conhecimento de enfermeiros e médicos que trabalham na Estratégia de Saúde da Família acerca da tuberculose no município de Vitória (ES): um estudo de corte transversal. **Cad. saúde colet**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, out. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800012&lng=pt. Acesso em: 15 de nov. 2013.

MACIEL, E. L. N. et al. Efeitos adversos causados pelo novo esquema de tratamento da tuberculose preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil. **J. Bras. Pneumol.**, São Paulo, v. 36, n. 2, p.232-238, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v36n2/v36n2a12.pdf>. Acesso em: 12 de mar. 2014.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARQUIEVIZ, J. et al. A Estratégia de Saúde da Família no controle da tuberculose em Curitiba (PR). **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro-RJ, v. 18, n. 1, p. 265-271, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/27.pdf>. Acesso em: 09 de mar. 2014.

MELO, M. B. ; BARBOSA, M. A. ; SOUZA, P. R. Satisfação não Trabalho da Equipe de Enfermagem: REVISÃO integrativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 4, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692011000400026&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 08 de mar. 2014.

MENEGHINI, F.; PAZ, A. A.; LAUTERT, L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de *burnout* em trabalhadores de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n.2, p. 225-233, abr./jun, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a02v20n2.pdf>>. Acesso em: 08 de mar. 2014.

MOURA, J. P. O.; **Tuberculose Pulmonar: Conhecimento dos alunos do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem**. 2013. 68f. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Enfermagem) – Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2010. Disponível em: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2517/1/T_15563.pdf. Acesso em: 13 de nov. 2013.

NAST, K. **Fatores que Influenciam a adesão e o abandono ao tratamento da tuberculose: revisão integrativa**. 2011. 52 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/37508/000822711.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 de nov. 2013.

NOGUEIRA, J. A. et al. Vínculo e acesso na estratégia saúde da família: percepção de usuários com tuberculose. **Rev. Rene.**, Fortaleza, v. 13, n. 4, p.784-793, 2012. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1073>. Acesso em: 11 de mar. 2014.

NUNES, A. V. L.; CAMINO, L. Atitude político-ideológica e inserção social: fatores psicossociais do preconceito racial?. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n.1, p. 135-143, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n1/a15v23n1.pdf>. Acesso em: 26 de mar. 2014.

OBLITAS, F. Y. M. et al. O papel da enfermagem no controle da tuberculose: uma discussão sob a perspectiva da equidade. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v.18, n. 1, p. 1-9, fev. 2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421931020>. Acesso em: 15 de nov. 2013.

OLIVEIRA, J. F.; ANTUNES, M. B. C. Abandono anunciado ao tratamento da tuberculose em uma unidade de saúde da família do Recife - a perspectiva do usuário. **Rev APS**, Juiz de Fora - MG, v.15, n.1, 2012. Disponível em:

<http://ojs.hurevista.ufjf.br/index.php/aps/article/view/1439/585>. Acesso em: 13 de nov. 2013.

OLIVEIRA, M. G. et al. O doente em tratamento de tuberculose no município de Itaboraí, Rio de Janeiro – participação da família. **Rev Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 6, n. 18, p. 40-15, jan./mar. 2011. Disponível em:

<http://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/117/200>. Acesso em: 16 de nov. 2013.

PALHA, P. F. et al . Acesso aos serviços de atenção à tuberculose: análise da satisfação dos doentes. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, 2012. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200011. Acesso em: 11 de mar. 2014.

PAULA, H. C.; AGUIAR, A. C. Abandono do tratamento da tuberculose na estratégia saúde da família: estudo qualitativo em uma área programática do Rio de Janeiro. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.37, n.1, p.192-204, jan./mar. 2013. Disponível em:

<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/356/363>. Acesso em: 12 de mar. 2014.

PAZ, E. A.; SÁ, A. M. M. Cotidiano do tratamento a pessoas doentes de tuberculoses em unidades básicas de saúde: uma abordagem fenomenológica. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 2, mar./abr. 2009. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_07.pdf. Acesso em: 12 de mar. 2014.

PEQUENO, G. A. **Descentralização da atenção aos casos de tuberculose no município de João Pessoa do período de 2001 a 2009**. 2011. 94 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB, 2011. Disponível em:

http://www.de.ufpb.br/~mds/DissertacoesAprovadas/Dissertacao_Gutenberg_Alves_Pequeno-PPGMDS-UFPB-2011.pdf. Acesso em: 12 de nov. 2013.

PINTO, E. S. G.; MENEZES, R. M. P.; VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Rev. Esc. Enferm. USP [online]**. São Paulo, v. 44, n. 3, p.657-664, 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300015>. Acesso em: 08 de mar. 2014.

PROTTI, S. T. et al. A gerência da Unidade Básica de Saúde no controle da tuberculose: um campo de desafios. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, set. 2010. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000300016&script=sci_arttext. Acesso em: 17 de out. 2013.

QUEIROZ, E. M. et al. Tuberculose: limites e potencialidades do tratamento supervisionado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 369-377, 2012. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000200021&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 12 de mar. 2014.

QUEIROZ, E. M.; BERTOLOZZI, M. R. Tuberculose: tratamento supervisionado nas Coordenadorias de Saúde Norte, Oeste e Leste do Município de São Paulo. **Rev. esc. enferm.**

USP, São Paulo, v. 44, n. 2, jun. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000200030&script=sci_arttext. Acesso em: 09 de mar. 2014.

QUEIROZ, R.; NOGUEIRA, P. A. Diferenças na adesão ao tratamento da tuberculose em relação ao sexo no distrito de saúde da Freguesia do Brasilândia - São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, set. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300014. Acesso em: 15 de nov. 2013.

REZENDE, A. M. B. **Ação educativa na Atenção básica a saúde de pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial: avaliação e qualificação de estratégias com ênfase na educação nutricional**. 2011, 220f. Dissertação (Doutorado em Nutrição de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6138/tde-27072011-041835/pt-br.php>. Acesso em: 12 de mar. 2014.

RIOS, M. A. et al. Aspectos do mercado de trabalho do profissional Enfermeiro no Brasil. **Memórias Convención Internacional de Salud Pública**. Cuba Salud 2012. La Habana 3-7 de dez de 2012. ISBN 978-959-212-811-8. Disponível em: <http://www.convencional2012.sld.cu/index.php/convencional2012/paper/viewFile/829/355>. Acesso em: 08 de mar. 2014.

ROCHA, D. S.; ADORNO, R. C. F. Abandono ou Descontinuidade do Tratamento da Tuberculose em Rio Branco, Acre. **Rev. Saúde Soc**, São Paulo, v.21, n.1, p.232-245, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n1/22.pdf>. Acesso em: 12 de mar. 2014.

ROCHA, F.R. et al. Enfermeiros coordenadores de equipe do Programa saúde da família: perfil profissional. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n. 2, p. 229-233, abr/jun. 2009. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a16.pdf>. Acesso em: 08 de mar. 2014.

RODRIGUES, I. L. A. et al. Abandono do Tratamento de tuberculose em co-infectados TB / HIV. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v 44, n. 2, jun. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200020. Acesso em: 10 de mar. 2014.

RODRIGUES, Y. C. S. J. et al. Ventilação mecânica: evidências para o cuidado de enfermagem. **Esc. Anna Nery [online]**. Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.789-795, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielophp?pid=S141481452012000400021&script=sci_arttext. Acesso em: 08 de mar. 2014.

SÁ, L. D. et al. Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 356-363, abr. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000200013&script=sci_arttext. Acesso: 17 de out. 2013.

_____. Intersetorialidade e vínculo no controle da tuberculose na Saúde da

Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 2, mar./abr. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_22.pdf. Acesso em: 12 de mar. 2014.

SANTOS, I.; CASTRO, C. B. Características pessoais e profissionais de enfermeiros com funções administrativas atuantes em um hospital universitário. **Rev. esc. enferm. USP [online]**. São Paulo, v.44, n.1, p.154-160, 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100022>. Acesso em: 08 de mar. 2014.

SANTOS, T. M. M. G.; NOGUEIRA, L.T.; ARCÊNCIO, R. A. Atuação de profissionais da Estratégia Saúde da Família no controle da tuberculose. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 954-961, 2012. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n6/v25n6a20.pdf>. Acesso em: 13 de mar. 2014.

SILVA et al. Percepção da enfermagem sobre condições de trabalho em unidades de saúde da família na Paraíba – Brasil. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. Goiânia-GO, v.15, n.1, p. 205-214, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v15/n1/pdf/v15n1a24.pdf>>. Acesso em: 08 de mar. 2014.

SILVA, A. M. **Estudos para o desenvolvimento de comprimidos dose fixa combinada (DFC) 3 em 1 para o tratamento da Tuberculose**. 2010. 156f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://teses2.ufrj.br/59/teses/743928.pdf>. Acesso em: 12 de nov. 2013.

SILVA, C. C. A. V.; ANDRADE, M. S.; CARDOSO, M. D. Fatores associados ao abandono do tratamento de tuberculose em indivíduos acompanhados em unidades de saúde de referência na cidade do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil, entre 2005 e 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.22, n.1, p.77-85, mar. 2013. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742013000100008&script=sci_arttext. Acesso em: 08 de mar. 2014.

SILVA, V. G.; MOTTA, M. C. S.; ZEITOUNE, R. C. G. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, Goiânia-GO, v. 12, n. 3, p. 441-448, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/pdf/v12n3a04.pdf>. Acesso em: 08 de mar. 2014.

SILVEIRA, C. S. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes que abandonaram o tratamento para Tuberculose em um município prioritário do Rio Grande do Sul. **Rev Epidemiol Control Infect.**, v. 2, n.2, p. 46-50, 2012. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/2495/2060>. Acesso em: 12 de mar. 2014.

SOARES, R. G. A mensuração do estigma internalizado: revisão sistemática da literatura. **Psicologia em Estudo**, Maringá-PR, v. 16, n. 4, p. 635-645, out./dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v16n4/a14v16n4.pdf>. Acesso em: 12 de mar. 2014.

SOUSA FILHO, M. P. Pacientes vivendo com HIV/AIDS e coinfeção tuberculose: dificuldades associadas à adesão ou ao abandono do tratamento. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.33, n.2, p.139-145, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/20.pdf>. 12 de mar. 2014.

SOUZA, K. M. J. et al. Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 904-911, dez. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400007. Acesso: 17 de out. 2013.

SOUZA, M. S. P. L. et al. Características dos serviços de saúde associadas à adesão ao tratamento da tuberculose. **Revista de Saúde Pública**, Salvador, v.43, n. 6, p. 998-1005, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n6/11>. Acesso em: 15 de nov. 2013.

SOUZA, S. S.; SILVA, D. M. G. V.; MEIRELLES, B. H. S. Representações sociais sobre a tuberculose. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 1, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002010000100004&script=sci_arttext&tlng=es. Acesso em: 11 de mar. 2014.

TEIXEIRA, E. C.; COSTA, J. S. O impacto das condições de vida e da educação sobre a incidência. **Revista de Economia & Tecnologia, Paraná**, v. 37, n. 2, p. 106-123, maio/ago. 2011. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/economia/article/viewFile/27241/18147>. Acesso em: 16 de nov. 2013.

TERRA, M. F.; BERTOLOZZI, M. R. Tratamento diretamente supervisionado (DOTS) contribui para a adesão ao tratamento da tuberculose? . **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 659-664, jul./ago. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_02.pdf. Acesso em: 15 de nov. 2013.

THEME FILHA, M. M. et al. Análise da tuberculose em uma unidade de Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro: perfil clínico, resultado de tratamento e qualidade dos registros. **Cad. saúde colet.**, Rio Janeiro, v. 20, n. 2, 2012. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=644848&indexSearch=ID>. Acesso em: 12 mar. 2014.

TRINDADE, L. L.; PIRES, D. E. P. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.22, n. 1, p. 36-42, jan./mar. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_05.pdf. Acesso em: 08 de mar. 2014.

VIEIRA, A. A.; RIBEIRO, S. A. Adesão ao tratamento da tuberculose após a instituição da estratégia de tratamento supervisionado no município de Carapicuíba, grande São Paulo. **J. Bras. Pneumol.**, São Paulo, v. 37, n. 2, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180637132011000200013. Acesso em: 09 de mar. 2014.

VILLA, T. C. S. et al. Diagnóstico oportuno da tuberculose em serviços de saúde em diversas regiões do Brasil. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n.8, jan./fev. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_24.pdf. Acesso em: 18 nov. 2013.

WENDLING, A. P. B.; MODENA, C. M.; SCHALL, V. T. O abandono do tratamento da tuberculose sob a perspectiva dos gerentes de diferentes centros de saúde de Belo Horizonte-

MG, Brasil. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 1, mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100009. Acesso em: 12 nov. 2013.

WENDLING, A. P. B.; MODENA, C. M.; SCHALL, V. T. Tuberculose: o estigma na visão de gerentes de centros de saúde de Belo Horizonte, MG – **Brasil. Cadernos da Escola de Saúde Pública**, Fortaleza-CE, v. 4, n. 2, jul./dez. 2010. Disponível em: <http://www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/view/35/31>. Acesso em: 12 de mar. 2014.

WIDNER, L. M. et al. Micobactérias: Epidemiologia e Diagnóstico. **Rev Patologia Tropical**, Goiás, v. 40, n.3, p.207-229, jul./set. 2011. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/iptsp/article/view/15972>. Acesso em: 13 nov. 2013.

ZANETTI, T. G. et al. Perfil socioprofissional e formação de profissionais de Equipes de saúde da família: um estudo de caso. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá- PR, v. 9, n. 3, p. 448-455, 2010. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/7664/6655>>. Acesso em: 08 de mar. 2014.

APÊNDICE

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

QUESTIONÁRIO

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS

Sexo: () Feminino () Masculino Idade: _____ anos
 Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a)
 () Viúvo (a) () Outros: _____
 Titulação: () Graduação () Especialização () Residência () Mestrado
 () Doutorado () Outros: _____
 Função: () Assistência () Gerência () Assistência e gerência
 Renda pessoal: _____ salários Renda familiar: _____ salários
 Tempo de formação acadêmica: _____ meses
 Tipo de vínculo: _____
 Tempo de vínculo atual na ESF: _____ meses
 Jornada de trabalho: _____ horas/semanais
 Possui outros vínculos: () Sim () Não Se sim, quantos: _____
 Participou de cursos ou treinamentos nos últimos dois anos sobre tuberculose?
 () Sim () Não

DADOS VOLTADOS A PROBLEMÁTICA

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

() Sim () Não

Se sim, quantos? _____ casos suspeitos _____ casos confirmados _____ casos em tratamento

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

() Sim () Não

Se sim, quantos? _____ casos

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

() Sim () Não

Se sim, quantos? _____ casos

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

() Sim () Não

Se sim, quais?

5. Em sua opinião, existem fatores que influenciam o portador de tuberculose a abandonar e/ou não aderir ao tratamento?

() Sim () Não

Se sim, quais?

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

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

APÊNDICE B – DECLARAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Carmem Suzana Marques de Sousa Rocha, diretora da 10ª Gerência Regional de Saúde (PB), autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: **“FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO E ABANDONO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE”**, a ser realizada nas Estratégias Saúde da Família dos 15 municípios pertencentes a esta gerência, nos meses de janeiro e fevereiro de 2014, tendo como pesquisadora, a Profª. Ms. Arieli Rodrigues Nóbrega Videres e colaboradora Layz Dantas de Alencar, acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, Campos de Cajazeiras – PB.

Sousa-PB, _____ de _____ 2013.

Drª Carmem Suzana Marques de Sousa Rocha
Diretora da 10ª Gerência Regional de Saúde

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autora e orientanda da pesquisa intitulada “FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO E ABANDONO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE” assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, homologada nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

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

Cajazeiras-PB, _____ de _____ de 2013.

Arieli Rodrigues Nóbrega Videres

Orientadora da Pesquisa

Matrícula SIAPE: 2798507

Layz Dantas de Alencar

Orientanda

Universidade Federal de Campina Grande
HUAC - Hospital Universitário Alcides Carneiro

ANEXO B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESTUDO: FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO E ABANDONO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE.

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

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

Estou ciente que:

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

() Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

() Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

VII) Observações Complementares.

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

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

Sousa-PB, _____ de _____ de 2014.

() Paciente / () Responsável

Testemunha 1 : _____
Nome / RG / Telefone

Testemunha 2 : _____
Nome / RG / Telefone

Responsável pelo Projeto: _____
Profa. Ms. Arieli Rodrigues Nóbrega Videres

Telefone para contato: (83) 88410524