



ENNA LAUREIRO HERNADEZ

**PORTADORES DE TUBERCULOSE PULMONAR: DIFICULDADES DURANTE O
TRATAMENTO CADASTRADOS NA UNIDADE DE SAÚDE MURAJÁ**

CURUÇÁ (PARA) 2017



ENNA LAUREIRO HERNADEZ

**PORTADORES DE TUBERCULOSE PULMONAR: DIFICULDADES DURANTE O
TRATAMENTO CADASTRADOS NA UNIDADE DE SAÚDE MURAJÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA como requisito indispensável para a conclusão do curso.

Orientador: Warley Aguiar

CURUÇÁ (PARA) 2017

RESUMO

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família UNA-SUS/UFCSPA, no formato de portfólio. O TCC do Curso de Especialização em Saúde da Família UNA-SUS/UFCSPA é constituído pelas atividades do portfólio, sendo organizado em quatro capítulos e um anexo, a saber: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação, descrevendo peculiaridades importantes, para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários que tenham sido atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

Descritores: Atenção Primária à Saúde, ,Promoção da Saúde, Saúde da Família.

Sumário

1. INTRODUÇÃO	5
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO	8
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	12
4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO	14
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20
ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO	21

1. INTRODUÇÃO

Tenho formação pela Instituição Carlos. J. Finlay da Universidade de Camagüey-Cuba no ano 2006. Atuei na área da Atenção Básica no município de Chambas até 2009. Após este período trabalhei 3 anos em Venezuela por meio do Barrio Adentro no estado de Merida, também na Atenção Básica. Especialização em Medicina Geral Integral.

Atualmente exerço minhas atividades no Município de Curuçá-PA, pelo Programa Mais Médico desde setembro de 2014. A unidade de saúde está localizada a 14km da cidade de Curuçá, tendo iniciado no mês de novembro de 2014. Minha equipe é composta por 08 agentes comunitários de saúde, 01 enfermeira, 01 técnica de enfermagem, 01 auxiliar de enfermagem, 01 odontólogo, 01 técnica de higiene bucal, 01 assistente administrativo, 01 serviços gerais, 02 vigias.

A unidade apresenta uma estrutura adequada para atender a população e realizar as atividades, embora sejam necessários alguns reparos na estrutura e equipamentos. A principal característica da população são lavradores, pescadores, catadores de caranguejo, agricultores devido à região ser cercado de rio e apresenta vários sítios. Existe quatro comunidades distante (Candeua, Beira-mar, Piquiateua e Canaã) onde realizo atendimento uma vez por mês nas quinta-feiras.

As consultas e/ou atendimentos são feitos por meio de agendamentos, de acordo com os programas desenvolvidos como hiperdia, pré-natal, puericultura, saúde do homem, saúde da mulher, visita domiciliar e demanda espontânea. As principais situações atendidas são hipertenso-diabéticos descompensados e doenças do quadro infantil, caso os problemas não possam ser solucionados realizo encaminhamento para o Hospital Municipal de Curuçá.

Temos apoio da Escola Ferreira Batalha, próxima a unidade assim como as demais localizadas em outras áreas onde também utilizamos o espaço para as consultas. Em Murajá há dois Clubes de Futebol chamados Vasco e Fluminense, caso seja necessário solicitamos a sede a fim de fazer atividades educativas para um público maior. Este projeto de intervenção é uma proposta de trabalhar com usuários portadores de tuberculose pulmonar em tratamento e após, identificando as principais dificuldades presentes durante o acompanhamento, dos usuários da Estratégia de Saúde do Murajá. Tem-se objetivo levantar os problemas vivenciados pelos pacientes, buscando um atendimento de qualidade que auxilie na recuperação da saúde e

diminuição da prevalência de casos presentes na população da Vila de Murajá, proporcionar aos profissionais o conhecimento sobre os problemas enfrentados pelos usuários. De acordo com Manual técnico para o controle da tuberculose (2002) a propagação da tuberculose está intimamente ligada às condições de vida da população. Prolifera, como todas as doenças infecciosas, em áreas de grande concentração humana, com precários serviços de infra-estrutura urbana, como saneamento e habitação, onde coexistem a fome e a miséria.

De acordo com Costa (2012) algumas características dos pacientes com tuberculose também estão relacionadas com a demora no diagnóstico e tratamento, como idade avançada, sexo feminino, pobreza, alcoolismo e uso de drogas, história de imigração, baixo nível de escolaridade, hábito da automedicação, crenças sobre tuberculose e estigma social da doença.

As equipes do PSF, os agentes comunitários de saúde e os profissionais de saúde responsáveis pela vigilância epidemiológica no distrito sanitário (quando houver), e no município devem mobilizar a comunidade para identificar os “tossidores crônicos, nas famílias, clubes, igrejas, e comunidades fechadas referidas acima, com o objetivo de encaminhá-los para fazer exame de escarro. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002) No Brasil, onde a gratuidade do tratamento é garantida pelo poder público, dados recentes do Ministério da Saúde (MS) mostram o País na 19^o posição entre os 22 países que concentram 80% dos casos mundiais, com taxa de incidência de 38/100.000 habitantes. (COSTA et al, 2012).

Por este motivo de estudar as questões relacionadas aos problemas enfrentados pelos pacientes em tratamento ou que obtiveram alta por cura. Acredita-se que este estudo possa reduzir o abandono ao tratamento e reduzir a incidência, por meio de esclarecimentos da população.

JUSTIFICATIVA

No Brasil, a problemática do tratamento da TB está na alta taxa de abandono que, em algumas capitais, pode atingir, em média, 25% dos pacientes tratados. A grande preocupação com a efetividade do tratamento deve-se ao fato de que tratamentos irregulares, além de não curarem os doentes, podem transformá-los em casos resistentes às drogas usuais. (MENDES; FENSTERSEIFER, 2004). A grande preocupação com a efetividade do tratamento deve-se à alta contagiosidade da

doença. Doentes que não buscaram tratamento ou que o fizeram de forma irregular, além de não se curar, podem se tornar resistentes às drogas, e o risco de isso acontecer é 10,23 vezes maior em pacientes previamente tratados, comparativamente às virgens de tratamento. (FERREIRA; ALVES; ENGSTRON, 2012). Neste contexto, é necessário sensibilizar e conscientizar os profissionais de saúde quanto ao conhecimento do paciente sobre a doença, para que desta forma possa concluir o tratamento e obter a alta por cura, além de reduzir suas angustias e dúvidas decorrentes da falta de informações de qualidade.

De acordo com a proposta, acima demonstrada sobre a redução de casos e tratamento adequado para tuberculose, serão necessários os seguintes documentos para a realização do portfolio, no anexo 01 termo de consentimento livre esclarecido informando ao entrevistado o motivo da visita domiciliar, anexo 02 entrevista domiciliar perguntas referentes ao tratamento, quais as dificuldades de acesso, realização de exames, a entrega do medicamento e o acompanhamento do agente comunitário de saúde.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Maria Amélia Bentes do Nascimento, 64 de anos de idade, pertence à área de Piquiateua, área rural da Unidade Básica de Saúde do Murajá, do município de Curuçá, estado Pará; casada, tem dois filhos que residem em outro município. Com antecedentes de Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensão Arterial, em uso de furosemida (40mg) 01 comprimido ao dia losartana (50mg) de 12/12 horas e amlodipino (10mg) 01 comprimido de 12/12horas, glibenclamida (5mg) 01 comprimido antes das refeições e metformina (850mg) 01 comprimido depois do café e jantar.

1° Consulta

Na anamnese Maria nos refere muita sede, indisposição, aumento na frequência urinaria, ao fazer controle da glicemia na urgência houve aumento dos valores, médico do plantão prescreveu insulina regular e sugeri-a fosse ao Posto de Saúde. Na anamnese encontramos:

- Hábitos tóxicos: nega tabagismo e etilismo;
- Antecedentes Familiares: Mãe diabética
- Perfil psicossocial: Escolaridade de Ensino Fundamental completo, família de baixa renda, aposentada.
- Avaliação dietética: têm maus hábitos dietéticos, consome poucas verduras e frutas, consumo excessivo de carboidratos, como farinha.
- Antecedentes de consumir algum medicamento: sim, descritos acima.

Exame Físico Positivo

- Estatura 162 cm
- Peso 60,5 kg
- IMC 23.0
- Circunferência da cintura 89 cm
- ACV: Batimento cardíaco rítmico FC 84 bpm
- PA 130 x 80 mm Hg

- Tecido celular Subcutâneo (TCS): sem edemas Pele e mucosas: sem alterações
- Realizado glicemia capilar: 200mg/dl Diagnóstico: Diabetes descompensada

Conduta a seguir

Modificações do estilo de vida (MEV): Alimentação saudável, reduzir a quantidade de carboidratos como farinha, arroz, massas, incluir pelo menos seis porções de frutas, legumes e verduras, ingerir alimentos com reduzido teor de gorduras, manter ingestão adequada de cálcio pelo uso de vegetais de folhas verde-escuras e produtos lácteos, de preferência desnatados. Controle de peso: manter o peso adequado. Avaliação e higiene dos pés diariamente, manter secos e utilizar creme de hidratação, sapatos confortáveis, cuidados com calos e ferimentos.

Prática de atividade física, que deve ser realizada por pelo menos 30 minutos, de intensidade moderada, na maior parte dos dias da semana, de forma contínua ou acumulada. Para a adoção de um esquema terapêutico adequado dos níveis de glicêmicos, avaliação de glicemia de jejum, solicitado exames laboratoriais, que reavaliaremos na próxima consulta, além das medidas orientadas para a Modificações de Estilo de Vida. Tratamento Medicamentoso: Inclusão de metformina (850mg) 01 comprimido depois do café, almoço e jantar e manter glibenclamida. Exames Laboratoriais: Hemograma, urina tipo 1, dosagem de potássio, creatinina, glicemia de jejum, colesterol total, LDL, HDL e triglicérides, Microalbuminuria de 24 hora, Eletrocardiograma. Encaminhamento ao Nutricionista, oftalmologista. Fazer Controle da Pressão Arterial. Avaliar dentro de 15 dias, com os resultados dos exames laboratoriais.

Visita Domiciliar

A equipe de Saúde realizou a visita domiciliar à família do paciente Maria, encontramos casa com condições estruturais e higiênicas sanitária regulares, piso sem azulejos, pouca ventilação e iluminação, presença de mato no quintal, animal doméstico: cachorro. Maria refere que está-se sentindo melhor, porém permanece a frequência urinaria, está tomando o medicamento indicado e fazendo a dieta. Tem agendado para fazer todos os exames laboratoriais para dentro de sete dias.

Exame físico

- FC 74 bpm
- PA 120 X 80 mm Hg

Realizado orientações quanto ao uso dos medicamentos nos horários corretos, dieta adequada, medidas de higiene aos pés e observação diária, evitar a presença do animal doméstico dentro do ambiente familiar, realizar limpeza do quintal a fim de evitar proliferação de roedores e acúmulo de lixo, depósito de água parada que auxilia na reprodução de mosquitos, melhorar a iluminação e ventilação da residência, cuidados com água para consumo como por exemplo ferver, filtrar.

2º Consulta

Depois de 15 dias, voltei a avaliar Maria, referindo que se sente bem, pois fez todas as recomendações indicadas e tratamento direitinho. Também teve consulta com a Nutricionista orientou medidas de uma alimentação saudável, para manter o peso adequado e baixar os níveis da glicose.

Exame Físico positivo:

- Estatura 162 cm
- Peso 60,5 kg
- IMC 23
- Circunferência da cintura 89
- Aparato Cardiovascular: Batimento cardíaco rítmico FC 70 bpm
- PA 120 x 80 mm Hg

Exames Laboratoriais

- Hemograma: Hb 12,2 g\dl
- Hto 36,0 %
- Leucócitos 5500

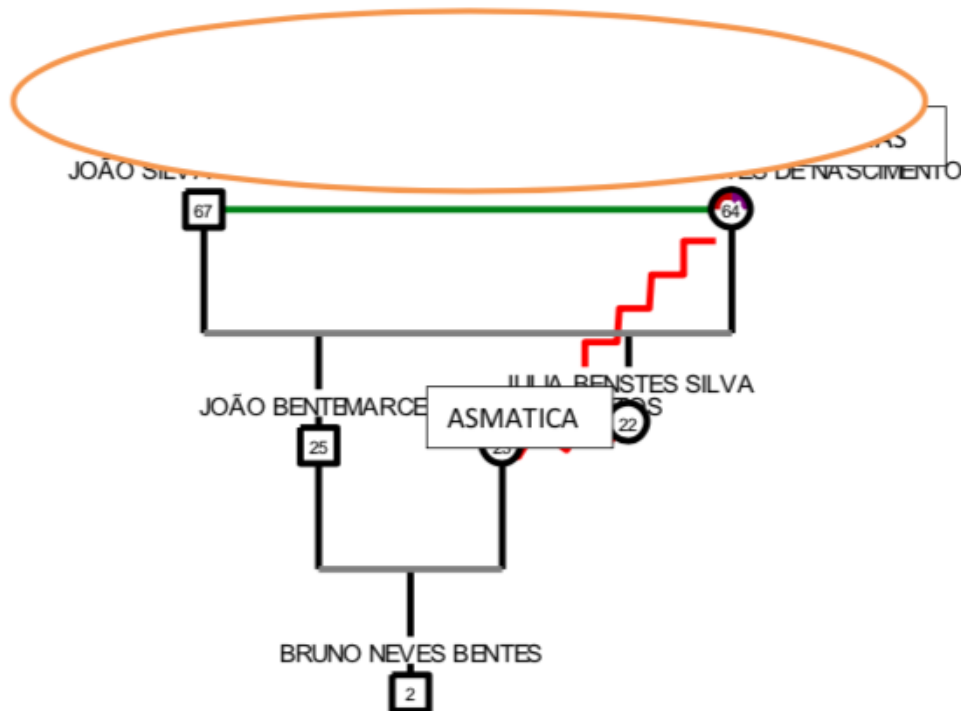
- UnF.R\ml
- Urina: Caracteres Físicos: Aspecto limpo, cor amarelo citrino, Ph 5,00 uUI\ml, Densidade 1.020 UI\ml. Caracteres químicos: Proteínas ausentes, glicose presente, corpo cetônicos ausente, bilirrubina ausente, urobilina normal, hemoglobina ausente, nitrito negativo.
- Sedimento: Leucócitos 2×3 p\c, hemácia ausente, cilindros ausentes, filamento de mucoso ausente, flora bacteriana ausente, cristais ausentes.
- Colesterol total 314mg\dl
- Triglicérides 240 mg\dl
- Creatinina 0,7 mg\dl
- Glicemia em jejum 212,0 mg\dl
- TGO 24 U/L
- TGP 43 U/L

Alguns exames não foram realizados, pois nesse período houve falta de material no hospital responsável do município. Encontramos nos resultados dos exames a dislipidemia, hiperglicemia, segue as seguintes recomendações:

Conduta Médica: Manter as Modificações do estilo de vida (MEV). Alimentação saudável: limitar a ingestão de açúcar livre, açúcar de mesa, refrigerantes e sucos artificiais, doces e guloseimas em geral; ingerir 5 porções de frutas, legumes e verduras por dia. Aumentar consumo de cereais integrais e leguminosas (feijões, ervilha, lentilha, grão de bico); reduzir o consumo de carnes gordurosas, embutidos, leite e derivados integrais, retirar a gordura aparente de carnes, pele de frango e couro de peixe antes do preparo. Incentivar o consumo de peixes; comer pelo menos 3 vezes por semana. Manter também as orientações para o controle de peso, a prática de atividade física regular.

Tratamento medicamentoso: Furosemida (40mg) 01 comprimido ao dia Losartana (50mg) de 12/12 horas, Alodipino (10mg) 01 comprimido de 12/12horas Insulina NHP 20UI pela manhã e 10UI a noite, Sinvastatina (20mg) 01 comprimido a noite, por 3 meses Maria manterá acompanhamento no PSF na consulta de HIPERDIA, onde reavaliaremos pressão arterial (PA) e a glicose, todos os fatores de riscos, as orientações do tratamento médico e acompanhamento nutricionista.

GENOGRAMA



3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Promoção e prevenção de saúde no atendimento de puericultura é a situação que iremos realizar a reflexão, após a leitura dos casos e revisão da literatura; o caso 19 de Alessandra, tem 34 anos, está em seu segundo casamento com JOSÉ de 37 anos, trabalha numa casa de família, tem três filhos, MARIANA 6 meses, JULIA 3 anos, ENZO 5 anos e HERINQUE 15 anos enteado. Reside em uma casa com 3 cômodos, 1 banheiro, sem saneamento básica, rebocada. Alessandra e José fumam.

A família é cadastrada na USF há seis anos. O termo puericultura dedica-se ao estudo dos cuidados com o ser humano em desenvolvimento com o acompanhamento integral do processo de desenvolvimento da criança. A puericultura pode, hoje, ser chamada de pediatria preventiva, a qual analisa os serviços desde as consultas pré-natais, estendendo-se ao longo da infância, até o final da adolescência, ou seja, uma assistência à criança saudável capaz de prevenir agravos, melhorar a percepção da

família sobre a importância dos cuidados preventivos e que permite intervenções precoces na correção de desvios de crescimento e desenvolvimento. O Ministério da Saúde preconizou como meta ideal para o atendimento em puericultura o número mínimo de nove consultas no primeiro ano de vida da criança a fim de garantir a qualidade desse atendimento à criança, na proposta de um calendário mínimo de sete consultas, 5, mas, apesar dessa prática ser promovida e incentivada pelos órgãos de saúde nacionais, há poucos dados que reflitam a real eficácia, efetividade, eficiência e cobertura desse atendimento.

Tabela 1 - Calendário de consultas, segundo o Ministério de Saúde

1 semana: Visita domiciliar	1º mês	2ºmes	4º mês
6 meses	9 meses	12 meses	18 meses
24 meses	Anualmente		

Os principais objetivos da primeira visita domiciliar, ao recém-nascido e à sua família são os seguintes: Observar as relações familiares; Facilitar o acesso ao serviço de saúde; Possibilitar ou fortalecer o vínculo das famílias com as equipes de saúde; Escutar e oferecer suporte emocional nessa etapa de crise vital da família (nascimento de um filho); Estimular o desenvolvimento da parentalidade; Orientar a família sobre os cuidados com o bebê; Identificar sinais de depressão puerperal; Promover o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida; Prevenir lesões não intencionais; Identificar sinais de perigo à saúde da criança.

As informações relacionadas ao atendimento à puericultura se iniciam no pré-natal, quando irá preparar a família para as mudanças com a chegada do novo membro. Onde é preciso a unir as tarefas financeiras e domésticas com o desenvolvimento da criança e a educação. É fundamental a participação do pai em todas as fases de desenvolvimento da criança e o bom relacionamento do casal, desta forma garantir o crescimento saudável. Também destacamos em nossa unidade a importância do aleitamento materno exclusivo, realizar triagem neonatal, imunizações, cuidados com menor (banho de sol, higiene íntima, higiene oral, assepsia do umbigo, prevenção de acidentes), esses assuntos são abordados/discutidos durante as rodas de conversas e consultas de gestantes. Em nossa área de atuação temos um cronograma que abrange o atendimento de puericultura, porém a procura somente ocorre com a presença de sintomas e o acompanhamento de crescimento e

desenvolvimento ocorre apenas em algumas crianças de forma adequada. O trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde é muito importante para a busca dessas crianças com atraso das consultas, vacinas, assim como as orientações adequadas aos familiares, em sua área de abrangência pelas visitas domiciliares. Ao realizarmos as reuniões em equipe ressaltamos o comparecimento destas crianças na unidade, na primeira semana de vida e quando se é possível à primeira consulta é feita no domicílio, as demais seguimos o calendário preconizado pelo Ministério da Saúde acima citado, em casos de menor com baixo peso, problemas congênitos, problemas de desenvolvimento, as consultas são mais frequentes e em alguns casos encaminhamos para o pediatra do município.

As dificuldades relacionadas ao atendimento de puericultura, que encontramos no município, é a demora no resultado da triagem neonatal e também há apenas um posto que realize a coleta, além disso, a distancia com a falta de recursos financeiros dificulta o acesso; uma sala de vacina inadequada, pois no momento são realizadas somente em um dia na unidade e outro nas demais localidades; interrupções no atendimento odontológico, impedindo tratamento de qualidade; falta de medicamentos essenciais para as principais doenças infantis.

4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

Na atenção básica, várias ações são realizadas no domicílio, como o cadastramento, busca ativa, ações de vigilância e de educação em saúde. Cabe destacar a diferença desses tipos de ações, quando realizadas isoladamente, daquelas destinadas ao cuidado aos pacientes com impossibilidade/dificuldade de locomoção até a Unidade Básica de Saúde (UBS), mas que apresentam agravo que demande acompanhamento permanente ou por período limitado (BRASIL, 2012).

É desse recorte de cuidados no domicílio de que trata este material e que a Portaria GM/MS nº 2.527, de 27 de outubro de 2011, classifica como modalidade AD1 de atenção domiciliar, isto é, aquela que, pelas características do paciente (gravidade e equipamentos de que necessita), deve ser realizada pela atenção básica (equipes de atenção básica – e AB e Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF), com apoio eventual dos demais pontos de atenção, inclusive, os Serviços de Atenção Domiciliar

(compostos por equipes especializadas – EMAD e EMAP – cujo público-alvo é somente os pacientes em AD) (BRASIL, 2012). Para o sucesso da AD, é fundamental que o profissional da Saúde compreenda a família que está recebendo esse cuidado, sua estrutura e funcionalidade (BRASIL, 2011; WAGNER, 2001). Abordar famílias constitui-se em um elemento de gestão do cuidado em AD, e também de prática diagnóstica e terapêutica. A abordagem familiar domiciliar permite o conhecimento da família e das possíveis disfuncionalidades que prejudicam o bem-estar biopsicossocial de seus membros. No domicílio, algumas questões sobre a estrutura familiar estão explícitas; por exemplo, para uma pessoa com diabetes descompensado, os profissionais da AD podem estabelecer contato com todos os membros da família e visualizar in loco os seus hábitos alimentares. (BRASIL, 2013)

Em nossa estratégia de saúde a programação do atendimento domiciliar é realizada na terça-feira pelo período da manhã, a partir do agendamento prévio seja do agente comunitário de saúde, um membro familiar ou por outro profissional de saúde, porém em alguns casos este atendimento pode ser feito em outro dia da semana de acordo com a necessidade, pois temos outras localidades distantes da unidade de saúde. Quando as visitas estão localizadas dentro da vila podem ser feitas caminhando até o domicílio, caso contrário, utilizamos ambulância para o deslocamento da equipe, levando o material necessário para realizar o procedimento no domicílio (material de curativo, aparelho de glicemia, esfigmomanômetro).

O critério para visita domiciliar são usuários crônicos, portadores de sequelas de AVE, que apresentam dificuldades de se deslocar até a unidade, casos de doenças agudas, puérperas, gestantes faltosas no pré-natal, vigilância epidemiológica, avaliação de contatos intradomiciliares de pacientes em tratamento de tuberculose e hanseníase, crianças (atraso de crescimento e desenvolvimento, recém-nascido), pacientes que retornaram ao domicílio, após procedimento cirúrgico. Destacamos também a importância do registro adequado no prontuário do paciente, a fim de estarmos seguindo o acompanhamento e evolução do caso.

É fundamental a presença dos cuidadores durante as visitas em domicílio, a fim de informar a situação real do estado de saúde do paciente, receber as orientações adequadas e avaliar o cuidado que está sendo realizado por este membro familiar. Caso seja necessário, outros profissionais, como a equipe do NASF agendamos para próxima visita de acordo com o cronograma encaminhado para unidade de saúde mensalmente. A atenção domiciliar potencializa o resgate dos princípios doutrinários

do SUS (integralidade – universalidade – equidade) se assumida como prática centrada na pessoa enquanto sujeito do seu processo de saúde-doença. Para nortear a atenção domiciliar realizada na atenção básica. AD é fundamental para melhoria das condições de saúde da população em nossa área de abrangência, reduzindo assim as internações hospitalares, desenvolver junto à família as atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças, além da equipe estar próxima desse paciente.

Apresentamos uma família, baseados em atendimentos feitos na área de abrangência, os nomes não são os reais. Dona Maria Jose de 69 anos de idade, divorciada com antecedentes de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial há 15 anos, pertence à área de abrangência rural da Unidade Básica de Saúde de Murajá, do município de Curuçá, estado do Pará; a ACS da área, solicita uma visita domiciliar para o atendimento da dona Maria que foi internada no hospital municipal há 15 dias por Pé Diabético e dado de alta há 3 dias, ainda com sequelas ferimento no pé direito mais já sem sintoma de sepse , a visita domiciliar foi agendada, pela característica da doença da Sra. Maria a equipe previa reunião decidiu acudir ao domicilio em conjunto: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente de saúde comunitária para fazer ações de saúde, ao chegar ao domicilio, além da Dona Maria moram sua filha Rosilene de 34 anos, divorciada que fez conização do colo faz 2 ano por nic III com acompanhamento por ginecologista de 6 em 6 meses; tem dois filhos, Juliana de 16 ano, saudável que se atende por risco pré-concepcional e Samuel de 15 anos, saudável.

Encontramos a casa com condições estruturais e higiênicas sanitária boas, com presença de animais domésticos: cachorra , papagaio, periquitos. O funcionamento familiar é bom e aceitam as orientações medicas, mais tem baixa renda econômica. No momento do atendimento domiciliar, só se encontrava em casa dona Maria já que sua filha estava no trabalho e os netos na escola. Maria refere que está se sentindo melhor, sem dor no pé e que está tomando o medicamento indicado e fazendo a dieta, o ferimento esta sequinho e tem agendado para fazer todos os exames laboratoriais para dentro de sete dias.

Exame físico

- FC 84 bpm
- PA 130 X 80 mm Hg.

Na anamnese encontramos: Antecedentes Familiares: DM uma Irmã. Perfil psicossocial: Escolaridade de Ensino Fundamental Incompleto, aposentada.

Avaliação dietética: deve melhorar os hábitos dietéticos, além de ter excluído o consumo de sal e gorduras da dieta e nível de açúcar, o consumo de verduras e frutas é inadequada. Ex-tabagista faz 30 anos Diagnóstico: Hipertensão Arterial estágio 2, Diabetes Mellitus tipo II, Pé Diabético.

Conduta a seguir

Modificações do estilo de vida (MEV): Alimentação saudável, reduzir a quantidade de sal no preparo dos alimentos (uma colher de chá ao dia), incluir pelo menos seis porções de frutas, legumes e verduras, ingerir alimentos com reduzido teor de gorduras, manter ingestão adequada de cálcio pelo uso de vegetais de folhas verde-escuras e produtos lácteos, de preferência desnatados.

Controle de peso: a meta é alcançar um índice de massa corporal (IMC) inferior a 25 kg/m² e circunferência da cintura inferior a 88 cm para mulher. Prática de atividade física leve e redução de estresses. Maria nos fala que nos últimos exames feitos apresentou o colesterol elevado 290 mg/ml, mais trata de fazer dieta baixa em sal e sem excesso de gorduras, além de fazer tratamento direitinho com os anti-hipertensivos, e seu acompanhamento nas consultas agendada pela equipe de saúde, com avaliação por Nutricionista que orientou sobre as medidas de uma alimentação saudável, que ajudaram também a manter um peso adequado.

Recomendações: Manter as Modificações do estilo de vida (MEV): Alimentação saudável: Restringir a menos 5 gramas de cloreto de sódio (1 colher de chá por dia), e temperos prontos na cozinha, evitar comidas industrializadas e lanches rápidos; limitar a ingestão de açúcar livre, açúcar de mesa, refrigerantes e sucos artificiais, doces e guloseimas em geral; ingerir 5 porções (400-500gr) de frutas, legumes e verduras por dia (1 porção = 1 laranja, maçã, banana ou 3 colheres de vegetais cozidos) Aumentar consumo de cereais integrais e leguminosas (feijões,

ervilha, lentilha, grão de bico); Reduzir o consumo de carnes gordurosas, embutidos, leite e derivados integrais. Preferir óleos vegetais como soja, canola, oliva (01 colheres (sopa/dia), retirar a gordura aparente de carnes, pele de frango e couro de peixe antes do preparo. Incentivar o consumo de peixes; comer pelo menos 3 vezes por semana.

A equipe também falou sobre a prevenção de doenças infecciosas de Tuberculoses e Hanseníases pelo aumento da incidência apresentada na área.

Tratamento medicamentoso Losartana potássica 50 mg 01 comp de 12 em 12 horas Aspirina profilática, Dose 100 mg por dia Hipolipemiantes: Sinvastatina, Dose 40 mg/dia, administrada à noite Metformina 500 mg 01 comp após café e jantar. Cura diária do ferimento por profissional de saúde. A equipe decidiu agendar a próxima visita domiciliar em um mês.

Concluindo que as vantagens das práticas de atendimento domiciliar na APS

Humanização do atendimento, com maior rapidez na recuperação do paciente, prevenção de eventuais sequelas e diminuição no risco de infecção hospitalar; otimização de leitos hospitalares para pacientes que necessitem, redução do custo-dia da internação e diminuição das internações por recidivas, avaliação da família de maneira integral, direcionadas as atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças; permitindo a implementação de ações de saúde a toda a família.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Neste Curso de Especialização em Saúde da família, tem me proporcionado um grande crescimento profissional, seja no atendimento com mais qualidade em nossa população de abrangência, assim como uma aproximação com a equipe de agentes comunitários de saúde e demais profissionais em reuniões, onde são abordadas as atividades educativas de promoção, recuperação e reabilitação, direcionadas a comunidades e discutidas estratégias de acordo com a necessidade local. Ressalta a importância de atualização dos conhecimentos apresentados no Eixo1- Saúde Coletiva, que durante o curso minhas dúvidas e quais condutas a serem

realizadas foram esclarecidas, além dos casos descritos durante o curso que podemos levar para nossa realidade, além das discussões apresentadas no fórum. Encontrei dificuldades ao deparar com as políticas e leis descritas no eixo 1, que foram importantíssimas quanto ao desenvolvimento da assistência na atenção básica.

O Eixo 2 que foram apresentados os casos clínicos/complexos, permitiu aprender mais sobre as doenças apresentadas, além de reorganizar minha conduta durante as consultas. Em relação à ferramenta do portfolio, representa um conjunto de trabalhos realizados pelo profissional, apresentando a experiência e a capacidade produtiva, pude desenvolver e aprimorar meus conhecimentos ao realizar cada atividade solicitada e colocando minha realidade vivenciada na estratégia e as dificuldades que encontro ao desenvolver meu trabalho, como por exemplo, a falta de alguns recursos como a medicação e equipamentos adequados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 2 v. : il.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33)
6. Cadernos de Atenção Básica, n. 16, (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 85-334-1183-9 1. Diabetes Mellitus. 2.
7. SUTO, Cleuma Sueli Santos; LAURA, Taciane Alves de Oliveira Freitas; COSTA, Laura Emmanuela Lima. Puericultura: A Consulta De Enfermagem Em Unidades Básicas De Saúde. Rev enferm UFPE on line., Recife, 8(9):3127-33, set., 2014

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO



PROJETO DE INTERVENÇÃO

ENNA LAUREIRO HERNADEZ

**PORTADORES DE TUBERCULOSE PULMONAR: DIFICULDADES DURANTE O
TRATAMENTO CADASTRADOS NA UNIDADE DE SAÚDE MURAJÁ**

CURUÇÁ (PARA) 2017

RESUMO

Este projeto de intervenção é uma proposta de trabalhar com usuários portadores de tuberculose pulmonar em tratamento e após, identificando as principais dificuldades presentes durante o acompanhamento, dos usuários da Estratégia de Saúde do Murajá. Neste estudo a principal fonte teórica consiste no levantamento de artigos científicos relacionados ao conhecimento sobre tuberculose, acesso ao tratamento, buscar as principais dúvidas sobre a doença, por meio de entrevista e revisão do prontuário. Tem-se objetivo levantar os problemas vivenciados pelos pacientes, buscando um atendimento de qualidade que auxilie na recuperação da saúde e diminuição da prevalência de casos presentes na população da Vila de Murajá, proporcionar aos profissionais o conhecimento sobre os problemas enfrentados pelos usuários.

PALAVRAS-CHAVE: Tuberculose, Tratamento diretamente Observado, Qualidade na assistência.

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose é um problema de saúde prioritário no Brasil que, juntamente com outros 21 países em desenvolvimento, alberga 80% dos casos mundiais da doença. Estima-se que cerca de um terço da população mundial está infectada com o *Mycobacterium tuberculosis*, sob risco, portanto, de 7,5 milhões de casos novos. (Ministério da Saúde, 2007). A tuberculose é uma doença infecciosa e contagiosa, causada por um microorganismo denominado *Mycobacterium tuberculosis*, também denominado de bacilo de Koch (BK), que se propaga através do ar, por meio de gotículas contendo os bacilos expelidos por um doente com tuberculose (TB) pulmonar ao tossir, espirrar ou falar em voz alta. Quando estas gotículas são inaladas por pessoas saudáveis, provocam a infecção tuberculosa e o risco de desenvolver a doença. (Ministério da Saúde, 2002)

De acordo com Manual técnico para o controle da tuberculose (2002) a propagação da tuberculose está intimamente ligada às condições de vida da população. Prolifera, como todas as doenças infecciosas, em áreas de grande concentração humana, com precários serviços de infra-estrutura urbana, como saneamento e habitação, onde coexistem a fome e a miséria. De acordo com Costa (2012) algumas características dos pacientes com tuberculose também estão relacionadas com a demora no diagnóstico e tratamento, como idade avançada, sexo feminino, pobreza, alcoolismo e uso de drogas, história de imigração, baixo nível de escolaridade, hábito da automedicação, crenças sobre tuberculose e estigma social da doença.

As equipes do PSF, os agentes comunitários de saúde e os profissionais de saúde responsáveis pela vigilância epidemiológica no distrito sanitário (quando houver), e no município devem mobilizar a comunidade para identificar os “tossidores crônicos, nas famílias, clubes, igrejas, e comunidades fechadas referidas acima, com o objetivo de encaminhá-los para fazer exame de escarro. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002)

No Brasil, onde a gratuidade do tratamento é garantida pelo poder público, dados recentes do Ministério da Saúde (MS) mostram o País na 19ª posição entre os 22 países que concentram 80% dos casos mundiais, com taxa de incidência de 38/100.000 habitantes. (COSTA et al, 2012). Por este motivo de estudar as questões relacionadas aos problemas enfrentados pelos pacientes em tratamento ou que

obtiveram alta por cura. Acredita-se que este estudo possa reduzir o abandono ao tratamento e reduzir a incidência, por meio de esclarecimentos da população. A principal fonte teórica consiste no levantamento de artigos científicos relacionados ao conhecimento sobre tuberculose, tratamento diretamente observado e qualidade na assistência, sendo pesquisas realizadas em cidades e municípios brasileiros, no período de 2000 a 2016.

Neste contexto, é necessário sensibilizar e conscientizar os profissionais de saúde quanto ao conhecimento do paciente sobre a doença, para que desta forma possa concluir o tratamento e obter a alta por cura, além de reduzir suas angustias e dúvidas decorrentes da falta de informações de qualidade.

PROBLEMA

Dificuldade durante o tratamento dos pacientes com Tuberculose, identificados e cadastrados na PSF Murajá.

JUSTIFICATIVA

No Brasil, a problemática do tratamento da TB está na alta taxa de abandono que, em algumas capitais, pode atingir, em média, 25% dos pacientes tratados. A grande preocupação com a efetividade do tratamento deve-se ao fato de que tratamentos irregulares, além de não curarem os doentes, podem transformá-los em casos resistentes às drogas usuais. (MENDES; FENSTERSEIFER, 2004)

A grande preocupação com a efetividade do tratamento deve-se à alta contágiosidade da doença. Doentes que não buscaram tratamento ou que o fizeram de forma irregular, além de não se curar, podem se tornar resistentes às drogas, e o risco de isso acontecer é 10,23 vezes maior em pacientes previamente tratados, comparativamente aos virgens de tratamento. (FERREIRA; ALVES; ENGSTRON, 2012).

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar os principais problemas enfrentados pelos pacientes com Tuberculose durante o tratamento no PSF Murajá.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os pacientes que apresentaram dificuldade de acesso ao serviço de saúde;
- Avaliar o tratamento diretamente observado realizado na unidade;
- Reduzir o estigma da doença, sensibilizando os familiares da necessidade de apoio durante o tratamento.

3. REVISÃO DE LITERATURA

TUBERCULOSE

Trata-se de uma doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* cuja transmissão se faz por via aérea, de um indivíduo doente a um sadio. A infecção resultante, localizada no pulmão, pode permanecer latente ou evoluir para o estado de doença e, inclusive, posteriormente disseminar para outras partes do corpo como meninges, rins, ossos e linfonodos. (MENDES; FENSTERSEIFER, 2004).

A infecção pelo bacilo da tuberculose pode ocorrer em qualquer idade, mas no Brasil geralmente acontece na infância. Nem todas as pessoas expostas ao bacilo da tuberculose se tornam infectadas. A probabilidade que a TB seja transmitida depende de alguns fatores: da contagiosidade do caso índice (doente bacilífero fonte da infecção); do tipo de ambiente em que a exposição ocorreu; da duração da exposição. (Ministério da Saúde, 2002).

O reservatório principal é o homem. Em algumas regiões, o gado bovino doente. Em raras ocasiões, os primatas, aves e outros mamíferos. Em geral, a fonte de infecção é o indivíduo com a forma pulmonar da doença, que elimina bacilos para

o exterior (bacilífero). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). A evolução do quadro clínico dependerá de o indivíduo estar sendo infectado pela primeira vez (primo-infecção) ou reinfestado (reinfecção exógena). A primo-infecção pode causar a doença dependendo da virulência do bacilo, da fonte infectante e das características genéticas dos indivíduos infectados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Os métodos diagnósticos mais comumente utilizados são a radiografia do tórax que geralmente revela lesões no lobo superior dos pulmões e a baciloscopia e a cultura do escarro que detectam a presença do bacilo. (MENDES; FENSTERSEIFER, 2004)

O pronto diagnóstico e o início precoce do tratamento têm sido apontados como fatores essenciais para o controle da endemia, uma vez que a interrupção da cadeia de transmissão da doença é, na maior parte das vezes, determinada pelo tratamento do indivíduo infectado. (COSTA et al, 2012). A tuberculose é uma doença curável em praticamente 100% dos casos novos, sensíveis aos medicamentos antiTB, desde que obedecidos os princípios básicos da terapia medicamentosa e a adequada operacionalização do tratamento. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO

Tabela 1. Esquema básico para adultos e adolescentes.

Regime	Fármaco	Faixa de peso	Unidades/dose	Duração (meses)
	RHZE	20 a 35 kg	2 comprimidos	
2RHZE	RHZE	36 a 50 kg	3 comprimidos	
Fase intensiva	comprimido em dose única	>50 kg	4 comprimidos	
	RH	20 a 35 kg	1 cápsula 300/200	
1RH	RH	36 a 50 kg	1 cápsula 300/200	
Fase de manutenção	cápsula	>50 kg	2 cápsulas 300/200	

Fonte: Programa Nacional de Controle da Tuberculose do Ministério da Saúde
 R: Rifampicina; H: Isoniazida; Z: Pirazinamida; E: Etambutol

De acordo com Rocha e Adonor (2012), no Brasil, a doença continua afetando as populações mais pobres e nas idades mais produtivas de vida. A existência estimada é de 75.000 casos novos e com mais de 8.000 falecimentos ao ano. A incidência anual de todas as formas de tuberculose é de 48 por 100.000 hab. O Brasil permanece entre os 22 países com elevada incidência, ficando em 18o lugar, segundo o informe da OMS, divulgado no fórum de parceiros STOP TB, no Rio de Janeiro, em março de 2009. Por representar um grave problema de saúde pública mundial, os esforços de governos e comunidades para combatê-lo, não são poucos e nem ocorrem isoladamente. Das ações organizadas para esse fim, cabe destacar a

descoberta dos casos, o tratamento, e as medidas preventivas como a quimioprofilaxia e a vacinação BCG. (MENDES; FENSTERSEIFER, 2004). Segundo o Informe Técnico Institucional (2010):

O esquema básico será 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.

Segundo o Ministério da Saúde (2011), o Tratamento Diretamente Observado (TOD) consiste na observação da ingestão dos medicamentos, preferencialmente todos os dias, ou seja, de segunda a sexta-feira, na fase de ataque e no mínimo três vezes por semana na fase de manutenção do tratamento, administrado por profissionais de saúde ou eventualmente por outra pessoa, desde que devidamente capacitada e sob monitoramento do enfermeiro. Nos finais de semana e feriados os medicamentos são autoadministrados. A supervisão da ingestão dos medicamentos deve ser realizada em local de escolha do paciente (unidade de saúde, residência), podendo ser administrada por um trabalhador de saúde (agente comunitário de saúde, membro da equipe do PSF ou da unidade básica de saúde) ou familiar devidamente orientado para essa atividade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007)

Não há como prever quem vai abandonar o tratamento. Os motivos são multifatoriais, podem estar relacionados ao paciente, à modalidade do tratamento empregado e aos serviços de saúde. De modo geral, estão associados com a falta de informação, representações negativas relacionadas à doença e ao tratamento, intolerância medicamentosa, regressão dos sintomas após início da terapêutica, o longo tempo de tratamento e problemas sociais e econômicos. (PAULA; AGUIAR, 2013).

QUALIDADE NA ASSISTENCIA

Os profissionais de saúde, responsáveis pela organização dos serviços, devem lembrar que haverá a necessidade de conviver, por um período, com os esquemas anteriormente adotados e o esquema básico. (INFORME TÉCNICO INSTITUCIONAL, 2010). O emprego do TDO aproxima os profissionais do contexto social dos indivíduos, ao mesmo tempo em que impossibilita os efeitos do estigma ao identificar grupos de risco para a não adesão ao tratamento por meio de um método de baixo custo e estabelece vínculos entre serviço de saúde-doente- família (RUFFINO-NETTO, 2000). No caso de acompanhamento e adesão ao tratamento da tuberculose, os sujeitos envolvidos (equipe de saúde e usuários) devem discutir e negociar a melhor forma de conduzir o tratamento até a cura. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A educação popular pode ser um instrumento fundamental para a atenção integral no SUS, ampliando a interação das diversas profissões, especialidades, serviços, doentes, familiares, vizinhos e organizações sociais locais envolvidos no problema específico de saúde, fortalecendo e reorientando suas práticas, saberes e lutas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Para Paula e Aguiar (2013), o ACS pode ser grande aliado na luta contra a tuberculose, melhorando a qualidade de atenção aos pacientes. Não somente participam do processo terapêutico como também pela busca ativa, contribuem para diminuir a transmissão entre os contatos intradomiciliares do portador da doença. Com ações de educação em saúde no domicílio, têm sido importantes para o fortalecimento do vínculo dos pacientes com as unidades de saúde.

O Plano Nacional de Controle da Tuberculose preconiza que as equipes de saúde ofereçam apoio aos pacientes em risco social por meio de articulação com outros setores, procurando remover obstáculos que dificultem a adesão ao tratamento, como é o caso da falta de alimentos para subsistência. (PAULA: AGUIAR, 2013).

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo investigativo, onde buscaremos estudar os pacientes em tratamento de tuberculose e que concluíram, buscando verificar e avaliar as dificuldades durante este período, por meio de entrevista em domicílio e revisão do prontuário.

5. CRONOGRAMA

Procedimento	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV
Escolha do assunto	X					
Delimitação do tema	X					
Levantamento bibliográfico		X	X			
Elaboração do projeto				X	X	
Entrega do projeto						X

6.1 RECURSOS NECESSÁRIOS

- Caneta
- Prontuários dos pacientes
- Impressão de questionário

7. RESULTADOS ESPERADOS

Viabilizar atendimento e melhoria do serviço de saúde, tendo finalidade de reduzir problemas vivenciados pelo paciente: Compartilhamento de vivências e conhecimentos; acordar compromissos para melhorar a situação de saúde do paciente; Buscar adesão ao tratamento; Ampliar a responsabilidade de cada paciente com relação ao seu próprio tratamento; Construir os objetivos de tratamento de forma participativa/coletiva; Estimular a equipe ao trabalho multidisciplinar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Biossegurança em laboratórios biomédicos e de microbiologia / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 3. ed. em português rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica. – 6. ed. rev. e ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
4. Divisão de Tuberculose. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Coordenadoria de controle de doenças. Secretaria de Estado de Saúde. São Paulo, SP, Brasil.
5. Mendes, Aderlaine de Melo; Fensterseifer, Lísia Maria. Tuberculose: Porque os pacientes abandonam o tratamento □ Bol Pneumol Sanir 2004; 12(1):25-36
6. Paula, Hermes Candido de; Aguiar, Adriana Cavalcanti de. Abandono o tratamento da tuberculose na estratégia de 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
7. Rocha, Danúzia da Silva; Adorno, Rubens de Camargo Ferreira. Abandono ou Descontinuidade do Tratamento da Tuberculose em Rio Branco, Acre. Saúde Soc. São Paulo, v.21, n.1, p.232-245, 2012

ANEXOS - QUESTIONÁRIO AO CLIENTE PORTADOR DE TUBERCULOSE

COLETA DE DADOS DADOS PESSOAIS

Nome:.....

Sexo: () M () F Idade: Data de nascimento: /..... /.....

Estado civil: Natural de:

Procedência: Ocupação:

Profissão:.....Escolaridade:

Endereço:

Data do diagnóstico de tuberculose: /..... /.....

PERGUNTAS

Recebeu orientações sobre a doença (transmissão, diagnóstico, tratamento, exames) pelos profissionais da unidade Sim () Não() Durante o tratamento houve problemas para aquisição do medicamento Sim () Não()

Apresentou reação adversa Sim () Não()

Apresentou dificuldade para tomar a medicação Sim () Não() Teve apoio dos familiares durante o tratamento Sim () Não() Teve acompanhamento da equipe de saúde Sim () Não()

Teve dificuldade para o agendamento das consultas Sim () Não() Apresentou dificuldades para realizar exames complementares Sim () Não()

Precisou de avaliação de profissional especializado Sim () Não() Descreva o que poderia ser melhorado na assistência e no tratamento

.....

.....

.....

ANEXO - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), do estudo/pesquisa intitulado(a) PORTADORES DE TUBERCULOSE PULMONAR: DIFICULDADES DURANTE O TRATAMENTO, conduzida por Enna Laureiro Hernandez. Este estudo tem por objetivo identificar os principais problemas enfrentados pelos pacientes com Tuberculose durante o tratamento no PSF Murajá. Você foi selecionado (a) por critério de seleção dos sujeitos do estudo. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo. Nesta pesquisa você não terá riscos, a participação não é remunerada nem implicará em gastos para os participantes. Sua participação nesta pesquisa consistirá em aplicação de uma entrevista baseada em perguntas direcionadas a pesquisa acima citada, o local de realização será em seu domicílio, com duração de 60 minutos no máximo, não haverá registro de áudio, de vídeo ou imagem. Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes. Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável coordenador da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço do pesquisador responsável, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento. Contatos do pesquisador responsável: Enna Laureiro Hernandez, Médica, endereço, Telefone 991466339

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Curuçá, de de .

Assinatura do(a) participante:

Assinatura da pesquisadora: