

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

TEREZA PEDRO PEREIRA

**A ADESÃO AO TRATAMENTO DE TUBERCULOSE DOS PACIENTES
INTERNADOS EM UMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE: UMA PROPOSTA SOCIAL PARA
A ADESÃO**

LAPA

2011

TEREZA PEDRO PEREIRA

**A ADESÃO AO TRATAMENTO DE TUBERCULOSE DOS PACIENTES
INTERNADOS EM UMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE: UMA PROPOSTA SOCIAL PARA
A ADESÃO**

Projeto Técnico apresentado à Universidade Federal do Paraná para obtenção do título de Especialista em Gestão Pública da Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Leila Maria Mansano Sarquis

LAPA

2011

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	04
1.2 Objetivos	06
1.2.1 Objetivo Geral	06
1.2.2 Objetivos Específicos	06
1.3 Justificativa	06
2. REVISÃO TEÓRICA EMPÍRICA	08
2.1 Tuberculose	08
2.2 Tuberculose no Mundo	09
2.3. Tuberculose no Brasil	10
2.4. Tuberculose no Paraná	10
2.5. Plano Nacional de Controle da Tuberculose	11
2.5.1 Fatores predisponentes à adesão do tratamento	11
2.5.2 Associação entre o uso do tabaco e a tuberculose	12
3. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA	13
4. METODOLOGIA	16
4.1 Objetivos a serem alcançados	18
4.2 Resultados esperados	19
5. ORGANIZAÇÃO PÚBLICA	21
5.1 Descrição geral	21
6. AVALIAÇÃO	22
7. CRONOGRAMA	23
8. CONCLUSÃO	24
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
10. ANEXO	28

1. INTRODUÇÃO

Segundo Veronesi (1997 apud MENDES e FENSTERSEIFER 2004), a tuberculose mantém-se como importante problema de saúde pública, preocupando as autoridades sanitárias de todo mundo. A preocupação com a efetividade do tratamento deve-se ao fato de que tratamentos irregulares, além de não curarem os pacientes, podem transformá-los em casos resistentes às drogas usuais.

Várias medidas têm sido tomadas pelo Ministério da Saúde buscando maior efetividade e adesão ao programa, no entanto observa-se que o tema vem ganhando relevância cada vez maior no meio científico. Desde 1993 quando a tuberculose foi declarada emergência para o mundo, como aponta Ruffino Netto (2002), foi recomendada várias estratégias para o controle da doença que incluem compromissos políticos, mobilização social e compromisso por parte dos gestores e profissionais de saúde (BRASIL, 2011).

São usadas duas estratégias para o controle da tuberculose, o tratamento autoadministrado e o tratamento observado ou Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração (TDO), também amplamente usado na literatura como DOTS, sigla em inglês que significa (*Directly Observed Treatment Short Course*). O TDO é uma estratégia que visa diminuir as taxas de abandono, por ser uma proposta de intervenção que aumenta a probabilidade de cura, quando o tratamento é realizado adequadamente, em função da garantia do tratamento assistido que contribui para a interrupção da transmissão da doença.

De acordo com Bertolozzi (1998 apud BATAIEIRO, 2009) recomenda-se o TDO como estratégia para aumentar a adesão ao tratamento e elevar o vínculo com os profissionais. Diminui-se dessa forma o risco de resistência às drogas bem como a transmissão e contaminação dos contatos, sobretudo os intradomiciliares. A adoção dessa estratégia exige o compromisso do governo em garantir os recursos para o controle da doença, na organização dos serviços para a descoberta, o diagnóstico e o tratamento dos casos, na garantia do fornecimento regular dos medicamentos e

insumos para todos os laboratórios em todos os serviços de saúde e na estruturação de um sistema de informação eficiente de registro de acompanhamento até a cura. O tratamento diretamente observado é um dos compromissos do TDO (BATAIEIRO 2009).

O Hospital Regional da Lapa São Sebastião, instituição pública gerenciada pela Secretaria do Estado de Saúde do Paraná (SESA), é referência no tratamento de tuberculose e recebe pacientes de todos os municípios do Paraná, os quais são encaminhados via sistema ambulatorial à internação conforme indicações clínicas (quadros graves, hemoptise, intolerâncias à medicação), ou ainda nos quadros sociais onde o paciente abandona ou se recusa a dar continuidade ao tratamento.

É consenso que uma das maiores dificuldades no tratamento da tuberculose é a não adesão e o grande índice de abandono do tratamento antes do prazo (LIMA 2006), fato que confirmamos através das observações empíricas em nossa prática profissional através do expressivo número de pacientes que não aderem ao tratamento.

A conduta da equipe de saúde tem grande relevância para o sucesso do tratamento e deve envolver os diversos profissionais de modo que atuem integrados e, simultaneamente, manter as exigências especializadas de suas formações, englobando os pacientes em sua totalidade.

Diante da problemática da não adesão que compromete o programa e muito mais a saúde pública como um todo, a pesquisadora embasará o presente estudo em uma proposta educativa que potencializará a adesão do paciente portador de tuberculose internado no Hospital São Sebastião para o compromisso social deste enquanto usuário e co-responsável no sistema a fim de que mobilize recursos internos e seja um agente no tratamento da doença que é portador. Essa proposta envolverá a equipe multiprofissional da Instituição.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral:

Propor medidas facilitadoras de intervenção frente à maior adesão ao tratamento de tuberculose aos pacientes internados em uma instituição de saúde.

1.1.2 Objetivos Específicos:

Mobilizar a equipe técnica para a implantação de grupos terapêuticos frente à adesão;

Propor a formação de grupos educativos frente ao tratamento da tuberculose no âmbito social.

1.2 Justificativa

Segundo Moreira e Cardoso (2005) a tuberculose, sendo um dos mais antigos agravos que acomete a humanidade, permanece endêmica atravessando os séculos e causando grandes preocupações à saúde pública. Uma das maiores dificuldades do tratamento é o abandono precoce antes do término e alta clínica. São vários os fatores que contribuem para a baixa adesão, como o desaparecimento de alguns sintomas desagradáveis, os efeitos colaterais provocados pela terapêutica medicamentosa, a dependência de substâncias psicoativas, entre outros.

Os pacientes que são internados no Hospital São Sebastião Lapa PR procedem de todo Paraná, pois o referido hospital é referência no tratamento. A média do internamento é de dois a quatro meses, período em que o diagnóstico e o tratamento são definidos pelo quadro clínico, em que melhoram os sintomas, o ganho de peso está presente e é notório e já é possível terminar o tratamento no ambulatório de origem.

São pacientes que têm como características o baixo poder aquisitivo e que deixam de contribuir no sustento familiar no período do internamento: estão ainda sujeitos a normas, regulamentos do ambiente hospitalar, situações que não são

comuns no meio em que vivem. Grande parte dos internados é dependente de substâncias psicoativas e precisam lidar com os sintomas da dependência a que estão sujeitos e também com preconceitos e tabus relacionados à doença infecciosa transmissível. É importante também salientar que o nível cultural dos mesmos é insuficiente resultando em informações deficientes a respeito de direitos e prevenção em relação à doença de que é portador.

Esses fatores potencializam a não adesão ao tratamento levando-os muitas vezes a abandonarem o tratamento antes do prazo determinado. O abandono é considerado um dos maiores obstáculos para o combate à doença e tem como consequência o aumento do custo do tratamento, da mortalidade e das taxas de recidiva, além de facilitar o desenvolvimento de cepas resistentes (RODRIGUES *et al*, 2010).

A reconhecida interdependência dos fatores biopsicossociais na determinação do estado de saúde do ser humano exige ação conjugada de diferentes profissionais em qualquer atividade que vise o desenvolvimento, tratamento, recuperação ou prevenção em saúde. De acordo com Machado (2009) o trabalho interdisciplinar propicia o estabelecimento de relações horizontais e democráticas entre os diversos saberes e intervenções profissionais.

Desta forma a educação em saúde é um processo baseado na participação das pessoas e na mobilização social, visando à mudança de determinada situação, rompendo com o paradigma de educação como transferência de conhecimento, habilidades e destrezas (VASCONCELOS 1997).

Este estudo está articulado a uma proposta educativa no âmbito social que potencializará a adesão ao tratamento do paciente internado em uma Instituição de Saúde para o compromisso social deste usuário enquanto cidadão e agente co-responsável pela doença de que é portador, assumindo sua responsabilidade no tratamento.

2. REVISÃO TEÓRICA EMPÍRICA

2.1 Tuberculose

A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa, de evolução crônica que afeta principalmente os pulmões. Ela pode ser transmitida para outras partes do corpo, inclusive meninges, rins, ossos e linfonodos. Seu agente infeccioso primário é *Mycobacterium tuberculosis*, o qual se propaga através do ar por meios de gotículas contendo bacilos expelidos por uma pessoa doente com tuberculose pulmonar ativa (GOMES e FARESIN 2006)

Ocorrendo a infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis*, transcorrem em média de 4 a 12 semanas para detecção das lesões primárias iniciais. A transmissão é plena enquanto se estiver eliminando bacilos e não estiver iniciado o tratamento medicamentoso (FIGUEIREDO 2005).

O fator de risco mais importante é o contato próximo com alguém portador de tuberculose ativa. Em seguida apresentam-se vários outros fatores, tais como: o estado imunocomprometido por infecção HIV, neoplasias, cirurgias estomacais, falência renal e terapia prolongada com corticosteróides em elevadas doses elevadas (BRASIL 2004).

Sendo a tuberculose um agravo de causas sociais como renda familiar insuficiente, má alimentação e educação precária, há recomendação do Ministério da Saúde na atenção redobrada em relação aos estilistas, usuários de drogas, imunodeprimidos e desnutridos por apresentarem maior risco de desenvolverem a doença devida à queda do estado imunológico (BRASIL 2008). Ainda que os pacientes compreendam a tuberculose como uma doença que tem cura, relutam em modificar comportamentos negativos no tocante à mudança de hábitos nocivos à saúde como uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas (MENDES e FENSTERSEIFER 2004).

2.2 Tuberculose no Mundo

“Iniciado o século XXI, a tuberculose, com cerca de cinco mil anos de história, ainda ocupa, em nossos dias, a liderança mundial, como causa infecciosa de morte entre adultos”. (MOREIRA e CARDOSO, 2005, p.93).

A Tuberculose em 1993 foi declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma emergência mundial, devido à reincidência da doença nos países desenvolvidos, onde se previa que estivesse sob controle nos continentes asiáticos e americanos (FAÇANHA 2005).

De acordo com o Centro de Referência Professor Hélio Fraga (BRASIL, 2008, p.79):

O atual panorama da TB no mundo deve-se em outros fatores, ao:

- Empobrecimento da grande parte da população mundial
- Advento da endemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)
- Envelhecimento da população mundial
- Aumento da taxa de abandono do tratamento antituberculose;
- Aparecimento da resistência a múltiplos medicamentos antituberculose;
- Reduzido interesse da comunidade científica e dos formadores de políticas públicas em relação á TB.

Segundo Foccacia (2009) a tuberculose ainda permanece como a maior causa de morbidade e mortalidade entre as doenças infecto-contagiosas do mundo, sendo que 98% das mortes pela doença se deram em países pouco desenvolvidos como é o caso de Moçambique.

A situação que se pontua no continente africano demonstra ser esta a região de maior contribuição para o peso da doença a nível global. De acordo com Foccacia (2009) dos 22 países que são considerados como maiores responsáveis pelo peso mundial dessa patologia, nove deles são da região africana. Dos quinze países que

apresentam a mais alta incidência estimada da tuberculose no mundo, somente três deles não estão no continente africano.

2.3. Tuberculose no Brasil

Apesar da identificação do bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, agente causador da doença há mais de um século e aproximadamente 50 anos após a descoberta de um tratamento medicamentoso eficaz, aliado à tecnologia disponível que pode curar a quase totalidade de casos, mesmo assim o Brasil é o décimo oitavo na lista dos 22 países com maior incidência de tuberculose no mundo, onde o controle deve ser considerado uma prioridade. O número de casos notificados no país está em torno de 80 mil ao ano. A mortalidade atinge cifras em torno de 5 mil óbitos ao ano (BRASIL 2008).

Contribuem para essa situação os bolsões de pobreza, grupos de maior risco (população carcerária, indígenas, população albergada e outros) e também a não execução das ações de controle com qualidade e garantia de acesso (HIJAR *et al*, 2007).

Foccacia (2009) menciona o fato da tuberculose no Brasil, acometer preferencialmente indivíduos nas faixas etárias em plena capacidade produtiva e abrangendo os setores de baixa renda da população. E evidencia claramente que a miséria é a principal responsável pelo atual quadro da doença no País.

2.4. Tuberculose no Paraná

No Paraná no ano de 2009 dados preliminares do Ministério de Saúde apontam a incidência por tuberculose foi de 23 e o índice de mortalidade foi de 1,2/100.000 habitantes. A taxa de casos novos não encerrados foi de 45,40 nos 399 municípios (BRASIL 2010).

Essas taxas divergem das metas internacionais estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde e pactuadas pelos governos brasileiros que são a descoberta de

70% dos casos de tuberculose estimados e o tratamento e a cura dos mesmos em 85% e a redução das taxas de abandono em até 5% dos casos (BRASIL 2005).

2.5. Plano Nacional de Controle da Tuberculose

A tuberculose tem no Brasil ações governamentais estruturadas, desde o início do século XX e o controle da doença se dá de forma organizada desde a criação do Serviço Nacional de Controle da Tuberculose desde 1941.

A estrutura do País que organiza as ações sobre o controle da tuberculose no Brasil é o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) que está integrado na rede de serviços de Saúde. É desenvolvido por intermédio de um programa unificado, executado em conjunto pelas esferas Federal, Estadual e Municipal. Está subordinado a uma política de programação das suas ações com padrões técnicos e assistenciais bem definidos, garantindo desde a distribuição gratuita de medicamentos e outros insumos até as ações preventivas e de controle do agravo permitindo o acesso universal da população às suas ações (BRASIL 2008).

Além das metas de descoberta, cura e da redução das taxas de abandono, o programa objetiva a descentralização das ações através da capacitação dos profissionais que atuam no controle e prevenção da doença em todas as esferas de gestão, desenvolvendo ações educativas em saúde que enfoquem a prevenção, promoção e reabilitação em saúde.

2.5.1 Fatores predisponentes à adesão do tratamento

É consenso, conforme destaca Mendes e Fensterseifer (2004), que um dos fatores que contribuem para a cura da tuberculose é a adesão do paciente ao tratamento. No entanto, sendo um problema global social de saúde pública apresenta causas sociais multifacetadas como desnutrição, superpopulação, moradias insalubres e vários agravos associados HIV, drogas lícitas e ilícitas (tabaco, álcool, maconha, crack), fatores estes que interferem na problemática da não adesão ao tratamento e da alta taxa de abandono. Levantam o alerta da preocupação com a efetividade de

tratamentos irregulares, os quais além de não curarem os doentes podem transformá-los em casos resistentes às drogas usuais.

Vários esforços têm sido realizados por parte dos governos e comunidades, mas mesmo assim a problemática do tratamento da tuberculose está na alta taxa de não adesão que no Brasil pode atingir em média 25% dos pacientes tratados (MENDES E FENSTERSEIFER 2004), além de que o portador da doença que não adere ao tratamento continua doente permanecendo como fonte de contágio.

2.5.2 Associação entre o uso do tabaco e a tuberculose

De acordo com o Ministério da Saúde e o INCA (2011) o tabagismo foi identificado como fator de risco para a tuberculose desde 1918. Na rede SUS o tratamento do Tabagismo é regulamentado pela portaria SAS/MS/Nº 442 de 13 de maio de 2004 e regulado pela portaria nº 1035/GM de 31 de maio de 2004. Essas portarias definem que o tratamento do tabagismo deve ser realizado através de abordagens cognitivas comportamentais e apoio medicamentoso quando for o caso por unidades do SUS que preencham critérios de credenciamento definidos no plano de implantação.

As Unidades de Saúde dentro do Sistema único de saúde são importantes canais, devendo liderar o desenvolvimento de ações educativas que mostrem riscos e implicações do fumante-tuberculoso.

3. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

No atual cenário da luta contra a tuberculose, um dos aspectos que mais desafia as autoridades públicas é adesão ao tratamento, pois repercute diretamente no aumento dos índices de mortalidade, incidência e multirresistência. Estudos afirmam que as causas relacionadas ao abandono do tratamento estariam associadas ao doente, à modalidade do tratamento empregado e a operacionalização dos serviços de saúde (SÁ *et al*, 2007).

Analisar causas relacionadas à não adesão ao tratamento da tuberculose é admitir que o sucesso do mesmo vá além das metas do Programa e, portanto ultrapassa as fronteiras da clínica e prescrições médicas. Mais do que isso é preciso correlacionar o processo saúde-doença ao contexto social, cultural e conjuntural em que o indivíduo vive (BRASIL 2008).

O século XXI trouxe a ampliação do fenômeno da globalização e a percepção de sua inevitabilidade acentuou-se. Dentro dessa dinâmica os principais elos econômicos são a inserção da dinâmica capitalista e a consolidação do capitalismo como fenômeno universal e como consequência o neoliberalismo. Dentro desse contexto os Estados Nacionais não mais responderam pelas demandas de investimento e como consequência ampliou-se o desemprego, reduziu-se a renda social e flexibilização da previdência, acentuaram-se os conflitos sociais as guerras civis. Entre as razões para tal cenário deve-se assinalar a desigualdade social e suas implicações: aglomerados humanos populacionais, movimentos migratórios e envelhecimento da população.

De acordo com a OMS o Brasil possui a pior distribuição de renda do planeta, situação esta que está diretamente relacionada às condições de saúde de uma população e dentro deste contexto que a tuberculose adoece e mata as faixas etárias mais produtivas da população, retardando consequentemente seu crescimento social e econômico (BRASIL 2008).

Permanecendo em nosso meio quase que como um indicador social a tuberculose apresenta características ligadas à sua transmissibilidade, ou seja: renda familiar baixa, desnutrição alimentar, educação precária, alcoolismo, tabagismo, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e outros fatores relacionados à má qualidade de vida da população.

Ao reconhecermos a tuberculose como um problema multifatorial, é importante também que abordemos o conceito de vulnerabilidade que resumidamente pode ser definido como o conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social, cultural e política, cuja interação aumenta ou reduz o risco de proteção de determinado risco populacional frente a uma doença, condição ou dano. A tuberculose tem como característica as seguintes vulnerabilidades (BRASIL 2008)

- Individual: que está relacionada aos comportamentos adotados pela pessoa e que podem favorecer a infecção e a não adesão ao tratamento, ou seja: falta de informação sobre as formas de transmissão e prevenção da doença, baixa motivação para a realização do tratamento, auto-estima baixa e falta de confiança para adotar medidas preventivas como hábitos de vida saudáveis, alcoolismo, tabagismo e outras drogas, desnutrição, condições de moradia.
- Social: Aspectos econômicos e sociais que aumentam a vulnerabilidade: crenças e valores, desigualdades sociais de gênero, raça, idade, discriminação, qualidade de vida local. Como exemplo pode-se citar: falta de moradia, falta de acesso aos meios de comunicação, aos serviços de saúde e aos meios de prevenção, preconceitos e discriminações sociais, raciais e étnicas, pobreza que reduz a imunidade e cujos direitos sociais não são respeitados, alimentação inadequada, aglomerações urbanas, etc. Pacientes com baixo nível de escolaridade têm dificuldades de entender as informações sobre doença e tratamento; a busca por emprego muitas vezes leva o paciente a sair para outra cidade e por consequência abandona o tratamento.

Dentro deste cenário fica claro que as intervenções em matéria de diagnóstico, bem como a conduta profilática e terapêutica deve ser socioculturalmente apropriadas e vinculadas a Direitos Humanos e Cidadania (BRASIL 2008).

O paciente internado é fruto deste contexto e entendê-lo possibilita que a equipe de saúde atue de maneira mais eficaz. Ao reconhecer a tuberculose como um problema multifatorial, torna-se claro a importância da equipe multiprofissional trabalhar no enfoque da multissetorialidade, a fim de que se tenham resultados que se reflitam nos serviços de saúde e que levem a população a assumir a sua parte na prevenção e controle da tuberculose.

4. METODOLOGIA

O projeto de intervenção será dividido em dois momentos:

A população alvo será pacientes internados no Hospital São Sebastião em Lapa PR

No primeiro momento, o projeto de intervenção será desenvolvido nas dependências do teatro do Hospital São Sebastião no município de Lapa PR, com 62 pacientes internados nas Clínicas de Infectologia masculina e feminina. A proposta será implantada no período de janeiro, fevereiro e março de 2012.

Para o desenvolvimento do projeto foram estabelecidas algumas fases:

- Pesquisas bibliográficas e estudos com aprofundamento de conhecimentos sobre aperfeiçoamento do tema em questão.
- Desenvolvimento do tema, através de estudo com textos.
- Programa de orientação social, com palestras reflexivas e educativas dirigido aos pacientes internados a ser realizado pela equipe multiprofissional do Hospital, onde será abordados o tema tuberculose e fatores associados: alcoolismo, tabagismo, drogas ilícitas (maconha, crack, cocaína), alimentação, qualidade de vida, aspectos emocionais da hospitalização, direitos sociais e cidadania.

Para a realização do programa, utilizaremos como recursos materiais: o teatro do hospital, cadeiras, multimídia, suporte para multimídia, vídeos educativos, cartazes, mesa, garrafa térmica para chá, copos descartáveis, açúcar, colherinhas para adoçar o chá. É importante ressaltar que uma atmosfera agradável, onde os pacientes sintam-se acolhidos de forma humanizada é o ambiente ideal para compartilharem seus saberes e experiências, fortalecendo suas potencialidades individuais e grupais, encorajando-os a buscarem novas estratégias a fim de superarem as dificuldades em que se encontram.

No segundo momento mobilizaremos a equipe multiprofissional (Enfermeiros, Psicólogos, Nutricionistas, Fisioterapeutas, Farmacêutico, médico e Assistentes Sociais) para a implantação do programa **Educação em Saúde no Hospital Regional da Lapa São Sebastião**, através de grupos reflexivos de debates e orientação social junto aos pacientes, que abordem a problemática Tuberculose e fatores associados: alcoolismo, drogas psicoativas (álcool, tabaco, crack), alimentação, qualidade de vida, aspectos emocionais da hospitalização, direitos sociais e cidadania. Neste momento é importante a motivação e o comprometimento da equipe de saúde para a realização do programa, pois a forma que a equipe é mobilizada é determinante para o alcance dos objetivos propostos.

Participarão dos grupos todos os pacientes que estejam em condições de deambular, internados nas clínicas de infectologia Masculina e Feminina do referido hospital, com exceção apenas daqueles internados com estado de saúde comprometido, ou seja, que estejam completamente impossibilitados de se locomover. Todos serão convidados a participarem. Além do convite verbal que será feito a todos os pacientes, será afixado cartaz nas alas, onde será informado o assunto da semana, data, horário, local e profissional responsáveis. Pediremos também ajuda aos atendentes de enfermagem para conduzirem os pacientes com dificuldades, porém com interesse em participar.

Os grupos de orientação social serão realizados semanalmente às terças feiras no horário das 15 às 16 horas, nas dependências do Cine Teatro do Hospital Regional da Lapa São Sebastião (HRLSS).

É importante salientar que esse programa deve ser contínuo, tendo em vista a rotatividade e fluxo dos pacientes.

Para atingirmos os objetivos propostos serão utilizados os seguintes procedimentos para organização das tarefas:

- Palestras educativas e reflexivas de orientação social com os pacientes serão semanais e será trabalhado um tema por semana, por técnico com exceção do tema

tuberculose que, por ser um assunto amplo será trabalhado em três semanas consecutivas.

- Serão utilizadas as seguintes técnicas: discussões grupais reflexivas, envolvendo a equipe técnica e os pacientes onde este será levado a refletir sobre a situação atual em que se encontra e sobre as possibilidades de mudança através da mobilização de seus esforços próprios, enquanto sujeito de seu processo saúde-doença.
- Cadeiras dispostas em círculos o que facilitará o diálogo oportunizando que todos possam participar.
- Serão empregados os seguintes recursos: lista de chamada no início de cada grupo e relatórios ao final de cada ciclo de palestras.
- Serão utilizados os seguintes materiais didáticos: slides, cartazes, vídeos e multimídia.
- Equipe Técnica A composição do quadro de trabalhadores que participarão está assim composta: 02 enfermeiros, 02 psicólogos, 02 nutricionistas, 02 fisioterapeutas, 01 farmacêutico, 01 médico, 02 assistentes sociais, 02 atendentes de enfermagem e 62 pacientes das clínicas de fisiologia que serão convidados a participarem do programa. Não serão utilizados recursos financeiros, uma vez que o material a ser utilizado: cartazes, vídeos, multimídia, cafezinho, são disponibilizados pelo almoxarifado do próprio hospital.
- Atores envolvidos: Secretaria do Estado da Saúde, Hospital São Sebastião de Lapa Pr.

4.1 Objetivos a serem alcançados

- Contribuir no processo de conhecimento e aceitação da doença tuberculose, da qual o internado é portador a fim de que o mesmo mobilize esforços próprios e seja um agente no tratamento da doença.

- Despertar no paciente alcoolista a consciência de que o alcoolismo é uma doença que interfere no tratamento da tuberculose, dificultando sua recuperação, levando-o a buscar recursos para o tratamento da mesma.
- Esclarecer aos pacientes fumantes os malefícios e doenças provocadas pelo tabagismo, sua relação com a tuberculose, seu impacto na mortalidade e no meio ambiente, estimulando-os a desenvolver uma atitude favorável para o abandono do cigarro.
- Estimular os pacientes para a troca de experiências sobre os vários aspectos que envolvem a hospitalização (medos, anseios, estigma), oferecendo-lhes suporte emocional para lidarem com a situação de pessoa hospitalizada, oferecendo-lhes subsídios para maior adesão ao tratamento.
- Esclarecer sobre os benefícios da alimentação equilibrada, um dos fatores determinantes no tratamento da tuberculose, estimulando-os a modificarem hábitos inadequados em relação à alimentação.
- Orientar a respeito do uso e implicações de drogas ilícitas no tratamento da tuberculose, estimulando-os a buscarem recursos para o tratamento das mesmas, encaminhando para instituições de apoio.
- Esclarecer e orientar os internados sobre benefícios sociais a que têm direito (auxílio doença, Benefício de Prestação Continuada (BPC), aposentadoria) oferecendo-lhes subsídios para ampararem suas famílias enquanto internados, contribuindo na adesão ao tratamento.

4.2 Resultados esperados:

Com a implantação da proposta espera-se uma maior conscientização dos internados a respeito dos vários aspectos que envolvem a problemática da tuberculose de forma que se tornem agentes no processo de sua recuperação e

contribuam para a maior adesão ao tratamento e conseqüente diminuição dos índices de abandono da doença.

5. ORGANIZAÇÃO PÚBLICA

5.1 Descrição geral

A seguinte proposta de intervenção, depois de aprovada pela direção técnica será aplicada no HRLSS, nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2012.

Entidade pública de Administração Direta gerenciada pela SESA está registrada no CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos em Saúde) sob o número 0017663. Foi Fundado em 1927 com verbas dos cofres públicos na então gestão do governador Caetano Munhoz da Rocha e construído nos moldes suíços atendia uma média de 150 tuberculosos que ali permaneciam internados por longos períodos, tendo em vista sua característica asilar e a não padronização do tratamento.

Localizado na Rodovia do Xisto Km 194 na cidade de Lapa PR possui 440 servidores estatutários e 89 terceirizados, totalizando 529 funcionários.

Atualmente há 96 leitos divididos em Clínica Médica (34 leitos) Infectologia (62 leitos).

É referência no tratamento de Tuberculose no Paraná e atende, portanto todos os municípios do Estado, através do contato com a Central de Leitos e unidades de saúde dos municípios.

6. AVALIAÇÃO

Será realizada verbalmente ao final de cada grupo entre o profissional coordenador e os pacientes que participaram do grupo. Ao final do último encontro toda equipe multiprofissional se reunirá para avaliar em conjunto com os pacientes o programa, onde serão levantados pontos positivos e negativos de modo que os internados ampliem a compreensão do processo saúde-doença e mobilizem recursos internos para melhor enfrentamento das situações vivenciadas. Ao término de cada ciclo a equipe multiprofissional se reunirá para realizar a avaliação técnica e propor novo programa, tendo em vista a rotatividade dos pacientes. É importante frisar que a avaliação não é um momento estanque e sim se dará a todo o momento, tanto para corrigir a rota, ou seja, acertar pontos negativos, quanto para motivar a equipe multiprofissional.

7. CRONOGRAMA

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO 2012

DATA	TEMA	PALESTRANTES
03.01.12	Tuberculose e Tratamento	Enfermeira Ingrid Hertal.
10.01.12	Conhecendo a Tuberculose	Enfermeira Yuri Moribe.
17.01.12	Tuberculose: Medicamentos e Exames	Farmacêutica: Marivânia Zanluti e Dr ^a Rosane Maria Baggio
24.01.12	Aspectos emocionais da hospitalização	Psicólogos: Talita Lisandra O. Gomes e Fabyo A. W. Miranda.
31.01.12	A nutrição e o tratamento para tuberculose	Nutricionistas: Juçamara H. Batista e Katrynne Viczek.
07.02.12	Alcoolismo	Psicólogo Fabyo A. W. Miranda.
14.02.12	Tabagismo	As. Social Tereza P. Pereira.
20.02.12	Drogas ilícitas	Psicóloga Talita L. O R.Gomes.
28.02.12	Direitos sociais e Cidadania	As. Social Dayane Alflen Blum.
06.03.12	Qualidade de vida	Fisioterapeutas: Raquel Bampi e Tatiana Cidral da Costa.
13.03.12	Encerramento: Avaliação verbal com pacientes	Toda equipe multiprofissional

8. CONCLUSÃO

A adesão ao tratamento da tuberculose, ainda é um dos maiores desafios da saúde pública como um todo. Por ser um processo dinâmico, multifatorial, envolve aspectos comportamentais, psíquicos e sociais e requer, portanto decisões compartilhadas e coresponsabilizadas entre os usuários dos serviços, a equipe de saúde e as redes de apoio, com abordagens que atendam as singularidades sócio culturais e subjetivas, visando a uma melhor qualidade de vida das pessoas. A ação deve ser coletiva, permanente e organizada para mudar seus padrões endêmicos. É um compromisso que todos nós gestores da saúde devemos incessantemente buscar.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BATAIEIRO, M. O. **Acesso, vínculo e adesão ao tratamento para Tuberculose: dimensões Organizacionais e de desempenho dos Serviços de Saúde.** Tese de mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2009.

BERTOLOZZI, M. R. **Adesão ao Tratamento da TB na perspectiva da Estratégia do Tratamento Diretamente Observado (DOTS) no Município de São Paulo.** Tese de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. **Tratamento da co-infecção HIV/TB em adultos e adolescentes.** 1ª ed. Brasília: A Secretaria, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde F.O. C Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca **Controle da Tuberculose: Uma proposta de Integração Ensino-Serviço.** Maria José Procópio-RJ. EAD/ENSP, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica.** Secretaria de Vigilância em Saúde. 6ª ed. Brasília. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sala de situação em saúde.** Disponível em <http://189.128.178/sage>. Acesso em 21.09.2011

BRASIL. **Ministério da saúde.** Inca. Diretrizes do Programa de Controle do tabaco. Disponível em <http://www.inca.gov.br/tabagismo/index.asp>. Acesso em 30.07.2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Estratégia DOTS discutida no Congresso Mundial de Epidemiologia. Disponível em <http://portal.saude.gov.br>. Acesso em 18.09.2011

FAÇANHA, M.C. Tuberculose: subnotificação de casos que evoluíram para o óbito em Fortaleza-CE. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. V.1. São Paulo, 2005.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida. **Ensinando a Cuidar em Saúde Pública**. 2ª ed. São Paulo: Yendis, 2005.

FOCCACIA, R. **Tratado de Infectologia** vol.1. ed.04. São Paulo. Atheneu 2009.

GOMES, M; FARESIN S.M. **Atualização e Reciclagem Pneumológica**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2006.

HIJAR, M. A; GERHARDT, G; TEIXIERA, G.M; PROCOPIO, M.J. **Retrospecto do controle da Tuberculose no Brasil**. Revista de Saúde Pública. Suplemento 1. 2007.

JUK, B.V; FERNANDES L. **A Tísica no Paraná**. Secretaria de saúde do Paraná. Casa da memória da Saúde Pública do Paraná. Curitiba 1992.

KRITSKI, A. L; CONDE M. B; SOUZA G. R. M. **Tuberculose - Do Ambulatório á Enfermaria**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu 2000.

LIMA, H.M.M. **Adesão ao Tratamento de HIV/AIDS Por pacientes com AIDS, Tuberculose e usuários de drogas de São Paulo**. Tese de mestrado 2006. (LEITE 2006)

MACHADO, G. S. **O trabalho do Serviço Social nos CAPS** 2009. Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/6342/4641>

MENDES, A.M; FENSTERSEIFER, L.M. **TUBERCULOSE: PORQUE OS PACIENTES ABANDONAM O TRATAMENTO**. Boletim de Pneumologia. Sanitária. Vol 12. R.J 2004. VERONESI 1997.

MOREIRA, N.M. D; CARDOSO, A.M.C. **Tuberculose: causas de internação em instituição de referência terciária em Belém do Pará.** *Boletim de Pneumologia Sanitária*, Rio de Janeiro, v. 13, n.2, p. 91-97, 2005.

RODRIGUES, I.L. A; MONTEIRO, L.L; PACHECO, R.H. B; SILVA, S.D.B. **Abandono do tratamento de tuberculose em co-infectados TB/HIV.** *Rev.escola de enfermagem. USP vol44 n 2.* São Paulo June 2010.Disponível em: www.scielo.com.br. Acesso em 30.07.2011

RUFFINO, N. A. **Tuberculose: A calamidade negligenciada.** *Revista da sociedade Brasileira de Medicina Tropical.* Uberaba. v 35. Nº 1. Jan.fev 2002.

SÁ L.D; MENDES K; SOUZA J; NUNES M.G; PALHA P.F; NOGUEIRA J.M; VILD T.C.S **Tratamento da Tuberculose em Unidades de Saúde da Família: Histórias de Abandono.** *Escola de enfermagem.* Florianópolis. 2007.

VASCONCELOS, E. **Educação popular nos serviços de saúde.** 3ª ed. São Paulo. Hucitec. 1997.

ANEXO

REQUERIMENTO

Eu _____ Diretor Técnico do Hospital Regional da Lapa São Sebastião, aprovo para fins de futura implantação o projeto intitulado: A ADESÃO AO TRATAMENTO DE TUBERCULOSE DOS PACIENTES INTERNADOS EM UMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE: UMA PROPOSTA SOCIAL PARA A ADESÃO.

DATA _____

Dr. José Alberto Rossi de Carvalho

Diretor Técnico