



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

ELAINE CRISTINA BATISTA TAVARES

**CUIDADO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA COM TUBERCULOSE NA
PERSPECTIVA DOS FAMILIARES**

CAJAZEIRAS – PB

2016

ELAINE CRISTINA BATISTA TAVARES

**CUIDADO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA COM TUBERCULOSE NA
PERSPECTIVA DOS FAMILIARES**

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

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Kennia Sibelly
Marques de Abrantes

CAJAZEIRAS – PB

2016

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

T231c Tavares, Elaine Cristina Batista.
Cuidado à saúde da pessoa idosa com tuberculose na perspectiva dos familiares / Elaine Cristina Batista Tavares. - Cajazeiras, 2016.
62p.
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Dra. Kennia Sibelly Marques de Abrantes.
Monografia (Graduação em Enfermagem) UFCG/CFP, 2016.

1. Cuidados de enfermagem. 2. Saúde do idoso. 3. Enfermagem prática. 4. Tuberculose. I. Abrantes, Kennia Sibelly Marques de. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 616-083


ELAINE CRISTINA BATISTA TAVARES

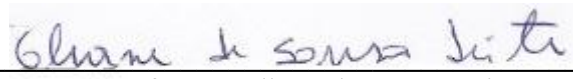
**CUIDADO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA COM TUBERCULOSE NA
PERSPECTIVA DOS FAMILIARES**

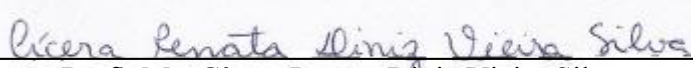
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de Campina
Grande, campus Cajazeiras, como requisito parcial
à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 07/10/2016

Banca Examinadora:


Prof^ª. Dr^ª. Kennia Sibelly Marques de Abrantes
(Orientadora – UAENF/CFP/UFCG)


Prof^ª. Dr^ª. Eliane de Sousa Leite
(Membro examinador – UAENF/CFP/UFCG)


Prof^ª .Ms. Cícera Renata Diniz Vieira Silva
(Membro examinador – UAENF /CFP/UFCG)

*A toda minha família,
em especial ao meu esposo
e aos meus filhos,
que foram sempre a minha inspiração.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço infinitamente a Deus por ter me permitido adentrar neste curso e chegar a reta final. Foi Ele que sempre me deu força, coragem e perseverança para que eu conseguisse enfrentar e superar todas as dificuldades até alcançar esta imensurável vitória. Agradeço ainda a Imaculada Virgem Maria, que intercedeu a Deus por mim em todos os momentos.

Aos meus pais Sinval e Carmina, que juntamente com os meus sete irmãos: Ir. Sílvia Carmem, Roberto Wagner (*in memorian*), Rogério Fagner, José Robson, Railson Walter, José Sérgio e Ana Caroline, sempre estiveram ao meu lado.

Ao meu amado esposo e grande amigo José Rivellys, que foi o primeiro a me apoiar na realização deste grande sonho, demonstrando sempre muita paciência e compreensão.

Aos meus filhos, José Arthur e José Emanuel, os meus maiores tesouros, por terem tido paciência para suportar as minhas ausências durante os árduos anos deste curso.

Aos meus sogros Geraldo e Vanalda, as minhas cunhadas, Dalanna, Dalliny, Degivânia e aos meus compadres Jara e Diego, que nunca me abandonaram nesta difícil caminhada.

Ao meu primeiro sobrinho (a) que está por vir, representando um grande milagre e presente de Deus para a nossa família.

A todos os meus familiares e amigos, que direta ou indiretamente contribuíram para a minha conquista, sendo com palavras de apoio ou de desânimo, mas que me serviram de estímulo para não desistir.

Ao meu avô de coração, eternizado em minha memória, José Marinho, que me ensinou a valorizar o bem mais precioso desta vida, que é o amor e o zelo pela família.

A minha avó paterna D. Santana (*in memorian*), que foi para mim um exemplo de mulher forte e guerreira. Seus ensinamentos permanecerão sempre em minha memória.

Ao meu eterno amigo Ricardo Dias Cavalcanti (*in memorian*), que conquistou a minha amizade pela sua simplicidade, companheirismo e doação ao próximo. Sei que ele está intercedendo por mim, onde quer que esteja.

Aos meus colegas de aula, com quem tive o prazer de desfrutar distintos momentos de aprendizagem e troca de experiências, principalmente os que tive uma convivência maior durante todo o curso: Douglas, Francivalda, Jéssica, Mágnã e Rita.

Aos professores do curso, que contribuíram significativamente para minha formação profissional, transmitindo-me todos os conhecimentos necessários.

A minha professora Arieli Nóbrega, docente da disciplina Semiologia e Semiotécnica II, da qual fui monitora por dois períodos, pela consideração, amizade, paciência, compreensão e pelos ensinamentos transmitidos. Ficará marcada na minha história pelo seu brilhantismo profissional e pessoal.

A minha orientadora, a professora Dr^a. Kennia Abrantes, por ter aceitado partilhar todos os seus conhecimentos comigo, depositando assim toda sua confiança no desenvolvimento desse trabalho. Seus ensinamentos me ajudaram a concluir um grande sonho.

A minha banca examinadora, pela disponibilidade e contribuição nesse momento tão importante de conclusão da minha vida acadêmica.

A todos os familiares que participaram do estudo, sem a colaboração destes, seria impossível a realização desse trabalho, já que eles foram às peças fundamentais para o seu desenvolvimento.

*“O cuidado é um sentimento profundo.
Somente aquilo que passou por uma emoção,
que evocou um sentimento profundo
e provocou cuidado, nos deixam marcas indeléveis
e permanece definitivamente.”*
(Leonardo Boff)

TAVARES, Elaine Cristina Batista. **Cuidado à saúde da pessoa idosa com tuberculose na perspectiva dos familiares**. 2016. 62 f. Monografia (Curso Bacharelado em Enfermagem) – Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras-PB, 2016.

RESUMO

Introdução: A enfermagem tem papel fundamental na assistência, educação em saúde e formação de recursos humanos, por serem ferramentas utilizadas para se promover saúde. Neste contexto, a enfermagem tem se desenvolvido no sentido de buscar novos horizontes e perspectivas mais humanizadas no cuidado com as pessoas, em especial, os idosos, grupo que a sociedade pouco reconhece devido aos seus estereótipos. **Objetivo:** Descrever o cuidado dispensado pelos enfermeiros das equipes das Estratégias Saúde da Família ao idoso doente de tuberculose a partir da ótica de seus familiares. **Material e método:** Pesquisa descritiva, qualitativa, desenvolvida nas residências de 10 familiares de idosos doentes de Tuberculose notificados no município de Sousa, Paraíba. O material empírico foi coletado nos meses de agosto e setembro de 2016, por meio de entrevista estruturada com o auxílio de gravador de áudio portátil e, foi analisado através da técnica de Análise de Conteúdo. Todos os aspectos éticos envolvendo pesquisas com seres humanos foram obedecidos em conformidade à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, sob parecer de número 1.502.733. **Resultados:** Os familiares entendem o cuidado como valor humano de respeito, amor, zelo, dedicação, proteção, responsabilidade. Esse não é assim percebido quando da assistência de enfermagem. Observa-se uma fragilidade no processo de trabalho assistir em Enfermagem, no qual, práticas de descuido são fortemente influenciadas pela falta de comunicação e vínculo, pela organização vertical da rede de atenção em saúde no município, ou mesmo, pela transferência de responsabilidade entre profissionais. **Conclusão:** Uma nova concepção de gestão do cuidado, baseada no conceito de integralidade em saúde, necessita ser incorporada ao processo de trabalho do enfermeiro a fim de que possa transformar seu objeto de trabalho, qual seja, o cuidado, em práticas de atenção pautadas efetivamente nas dimensões da atenção básica.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem. Saúde do idoso. Tuberculose.

TAVARES, Elaine Cristina Batista. **Health care of the elderly people with tuberculosis in the relatives perspective.** 2016. 62 f. Monografia (Curso Bacharelado em Enfermagem) – Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras-PB, 2016.

ABSTRACT

Introduction: The nursing has an essential importance in the assistance, health education and human resources training, for being tools used to promote health. In this context, the nursing has been developed in order to search new horizons and perspectives more humanized in taking care of people, in special, the elderly people, a group that the society little recognizes due to his stereotypes. **Objective:** Describe the dispensed care by the nurses from teams of Family Health Strategies to the sick elderly of tuberculosis from the view of his relatives. **Method and materials:** Is a descriptive and qualitative research, developed in 10 residences of elderly relatives, sick of Tuberculosis in the municipally of Sousa, Paraiba. The empirical material was collected in months of august to september 2016, trough structured interview with the assistance of a portable recorder and was analyzed trough the Content Analysis technique. All ethical aspects involving research of human beings was obeyed conform to the Resolution nº 466/2012 of National Health Council. The research project was approved by Research Ethics Committee of College Santa Maria, under number of 1.502.733. **Results:** The relatives understanding the care as a human value of respect, love, zeal, dedication, protection and responsibility. This is not perceived in relation to the nursing care. It is observed fragility in the work process of nursing assistance, in which, disregard practices are strongly influenced by the fault of communication and bond, by the vertical organization of health network attention in the municipally, or same, by the transfer of responsibility among professionals. **Conclusion:** A new conception of management care, based on the concept of health completeness, need to be incorporated into the nursing work process, so that it can be transform your object work, which is, the care in practices of attention, ruled effectively in the basic attention dimension.

Key-words: Nursing Care, Elderly Health, Tuberculosis.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS - Atenção Básica à Saúde
ACS - Agente Comunitário de Saúde
ACD - Auxiliar de Consultório Dentário
AD - Análise de Discurso
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CNCT - Campanha Nacional Contra a Tuberculose
ESF - Estratégia Saúde da Família
EPS - Educação Permanente em Saúde
FD - Formações Discursivas
FI - Formações Ideológicas
IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS – Ministério da Saúde
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONU-Organização das Nações Unidas
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNCT - Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PSF - Programa Saúde da Família
SF - Saúde da Família
SINAN-Sistema de Informação de Agravos e Notificação
SUS - Sistema Único de Saúde
TB - Tuberculose
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDS - Tratamento Diretamente Supervisionado
TDO - Tratamento Diretamente Observado
THD - Técnico em Higiene Dental
TS - Tratamento Supervisionado
UBS - Unidade Básica de Saúde
UR – Unidade de Registro
USF - Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 12 |
| 2 MARCO TEÓRICO..... | 15 |
| 2.1 TUBERCULOSE E ENVELHECIMENTO: PECULIARIDADES RELEVANTES | 15 |
| 2.2 A ATENÇÃO BÁSICA COMO PORTA DE ENTRADA PARA O DOENTE DE TUBERCULOSE | 18 |
| 2.3 AÇÕES DE ENFERMAGEM NO CONTROLE DA TUBERCULOSE..... | 21 |
| 2.4 O CUIDADO A PESSOA IDOSA E O APOIO FAMILIAR COMO INSTRUMENTO DE AUTO-CURA | 24 |
| 3 MATERIAL E MÉTODO | 27 |
| 3.1 TIPO DE ESTUDO | 27 |
| 3.2 LOCAL DA PESQUISA..... | 27 |
| 3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO | 28 |
| 3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS | 28 |
| 3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS..... | 29 |
| 3.6 ANÁLISE DOS DADOS | 30 |
| 3.7 ASPECTOS ÉTICOS | 31 |
| 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 32 |
| 4.1 CONHECENDO OS FAMILIARES | 32 |
| 4.2 O CUIDADO COMO OBJETO DO PROCESSO DE TRABALHO ASSISTIR EM ENFERMAGEM | 34 |
| 4.2.1 Categoria 1: O cuidado pelos profissionais de saúde na visão dos familiares | 34 |
| 4.2.2 Categoria 2: Barreiras entre a equipe da ESF e o binômio paciente/família..... | 37 |
| 4.2.3 Categoria 3: Estratégias facilitadoras para a produção do cuidado ao idoso com TB na Atenção Básica..... | 41 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 45 |
| REFERÊNCIAS | 47 |
| APÊNDICES..... | 52 |
| ANEXO..... | 58 |

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB), no atual contexto da história da saúde no Brasil, encontra-se imbricada nos complexos fenômenos da transição epidemiológica e de transição demográfica que expressam o franco envelhecimento populacional. O crescimento da população idosa no país e a predisposição em contrair doenças, pela depressão das defesas orgânicas na idade avançada e condições imunossupressoras associadas, parecem ser os responsáveis pelo aumento da ocorrência de TB nessa faixa etária (PINHEIRO et al., 2013).

Oliveira et al. (2013) apontam que pessoas acima de 60 anos têm o diagnóstico dificultado em virtude das comorbidades associadas à idade, o que determinam maior suscetibilidade ao adoecimento e probabilidade de morte. Nesse sentido, Silva et al. (2010) sugerem que o retardo no diagnóstico de pessoas idosas pode ocorrer devido à apresentação atípica da doença e, possivelmente, também, pelo fato da TB não ser cogitada como hipótese diagnóstica nessa faixa etária pelos profissionais de saúde.

Estima-se que um terço da população mundial esteja infectado pelo *Mycobacterium tuberculosis*. O Brasil ocupa atualmente a 16ª posição em número absoluto de casos dentre os 22 países com alta carga da doença priorizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que concentram cerca de 80% dos casos de TB do mundo. Em 2014, foram diagnosticados 67.966 casos novos, correspondendo a um coeficiente de incidência de 33,5/100.000 hab., e registrados 4.577 óbitos pela doença (BRASIL, 2015).

Sobrepondo-se à prevalência nacional estão as taxas do estado da Paraíba, no qual ocupa a 3ª colocação no país com relação à quantidade de pessoas idosas. A população com 60 anos ou mais aumentou 16,2%, em dois anos (entre 2009 e 2011), passando de 432 mil (11,4% do total de paraibanos) para 502 mil (13,1%) conforme a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad 2011), divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Nos últimos cinco anos, período compreendido entre 2009 a 2014, a Paraíba foi responsável pela notificação de 6.460 casos de TB, correspondendo a um coeficiente de incidência de 27,81/100.000 habitantes no último ano (PARAÍBA, 2015).

Especificamente na população idosa, nesse mesmo período, foram registrados 968 casos novos por todas as formas de TB, sendo que destes, 472 foram classificados como casos novos com baciloscopia positiva (BK+). Com relação ao número de óbitos por TB foram registrados 106 casos (PARAÍBA, 2015).

Considerando-se a expressiva taxa de incidência atual da TB no estado e o aumento progressivo do número de casos novos e de óbitos por TB em pessoas idosas, o município de

Sousa é considerado pela Secretaria Estadual de Saúde prioritário nas ações de controle da doença.

Deste modo, justifica-se a necessidade de desenvolvimento do presente estudo com vistas a conhecer as ações de cuidado a serem reveladas pelo discurso de familiares relacionadas ao sofrimento do idoso com TB, almejando contribuir para o desenho de planejamento de ações de cuidado que leve em consideração o cenário epidemiológico da TB em pessoas idosas.

É importante salientar que a TB na população idosa requer planejamento e ações específicas, de modo a promover a saúde de pessoas com mais de 60 anos, sobretudo em áreas de ação de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Além do retardo, problemas como a ausência de busca ativa de sintomáticos idosos, dificuldade em aceitar a medicação e possibilidade de abandono do tratamento, impulsionam a realização de investigações, cujos resultados possam, não apenas esclarecê-los, mas trazer subsídios que impliquem em minimizações e soluções para o município supracitado e o estado da Paraíba.

Tendo sido apresentada a justificativa epidemiológica e de importância regional, convém informar que é ainda incipiente a produção de conhecimento sobre o cuidado e tuberculose em idosos, fato que sem dúvida respalda a importância do desenvolvimento de investigações sobre o assunto.

De acordo com Tavares et al. (2010) os profissionais das equipes de saúde da família são os agentes mais importantes para a reversão do problema da TB em idosos. Segundo as autoras, esses profissionais, sobretudo os enfermeiros, devem estar capacitados para sensibilizar a comunidade quanto à prevenção da TB, realizar a busca ativa dos casos suspeitos, realizar diagnóstico rápido e preciso, bem como, instituir o tratamento adequado e acompanhar os usuários e seus familiares até a cura. Todas essas ações são reconhecidas como práticas de cuidado inerentes ao processo de trabalho do enfermeiro.

O cuidado constitui-se num tipo de ação que tem como finalidade ajudar alguém que necessita de atenção para a realização de atividades cotidianas básicas. Cuidar, numa perspectiva atual, envolve um olhar integral ao ser humano e abrange o contexto cultural no qual se insere, uma vez que considera que cada pessoa possui valores, crenças, saberes e práticas de cuidados singulares (BUDÓ et al., 2016).

Ressalte-se que o profissional deve também ter o cuidado e a sensibilidade de prestar assistência ao familiar/cuidador que acompanha seu parente doente. Para Oliveira et al. (2011) a família tem papel essencial desde o diagnóstico da doença até a alta do tratamento por cura. Exerce a função de alicerce do doente, contribuindo para a adesão de forma a facilitar o longo

processo do tratamento até a cura. A equipe da ESF deve conhecer todos os membros da família do doente em acompanhamento, para que possa investigar os possíveis contatos, orientar sobre a doença e o tratamento, bem como, outros problemas de saúde, para que a família saiba o que está acontecendo com seu familiar, podendo auxiliá-lo com todo suporte necessário.

O cuidado mais intenso geralmente é realizado por familiares. A família tem sido historicamente a instituição central, no que diz respeito ao cuidado das pessoas. Esse fato explicaria porque as mudanças que experimenta influenciam decisivamente na maneira de atender aqueles que requerem atenção. O cuidado, da mesma maneira que a família, se (re) conceitualiza, o que tem impulsionado mudanças que condicionam transformações na forma de entender e fazer o cuidado (CRUZ-ORTIZ et al., 2011).

Considerando os familiares como elementos imprescindíveis no processo de cuidar do idoso doente de TB, em virtude do convívio, formulou-se a questão de investigação: Quais os cuidados à saúde da pessoa idosa com TB são realizados pelo Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos familiares?

Ao dar voz e vez aos familiares dos idosos doentes de TB, busca-se contribuir com os profissionais, serviços de saúde e gestores locais, no fortalecimento do trabalho em rede e na redução do número de casos e mortes por TB, por meio de, reflexões que levem a inovar ações voltadas para a melhoria e garantia da acessibilidade aos serviços, e para a qualificação de profissionais, nos quais devem incorporar em seu processo de trabalho em ato (vivo) um nova visão de cuidado na perspectiva da rede de atenção e na concepção da gestão do cuidado em saúde.

Destarte, o estudo objetivou descrever o cuidado dispensado pelos enfermeiros das equipes das ESF ao idoso doente de tuberculose a partir da ótica de seus familiares.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 TUBERCULOSE E ENVELHECIMENTO: PECULIARIDADES RELEVANTES

A TB é a primeira doença a ser declarada prioridade da Saúde Pública mundial pela OMS em 1993, porém, segundo Duarte e Barreto (2012) ainda permanece como um desafio histórico global devido aos determinantes relacionados ao estado de pobreza, às condições sanitárias precárias, o advento da AIDS, o envelhecimento da população, os grandes movimentos migratórios, além das dificuldades de operacionalização dos programas de controle da TB e o crescimento demográfico desordenado (CALIARI; FIGUEIREDO, 2012; BARBOSA et al., 2013;).

Embora qualquer pessoa possa ser infectada pelo bacilo da TB, as consequências dessa doença aparecem em grupos específicos da população, principalmente em pessoas idosas. Para a OMS, são consideradas idosas pessoas com idade igual ou superior a 65 anos nos países desenvolvidos, e igual ou superior a 60 anos nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. Essa diferença de parâmetro ocorre devido a não associação de melhores condições de vida ao envelhecimento e a rapidez desse processo nos países em desenvolvimento, não permitindo planejamento ou reorganização por parte da sociedade e da área de saúde (FERNANDES; SILVA, 2010).

O envelhecimento populacional configura-se atualmente como uma realidade da maioria das sociedades, e abarca as mudanças na estrutura etária de uma dada população, produzidas pelo aumento relativo das pessoas, acima de uma determinada idade definidora do início da velhice, o que dependerá de cada sociedade. Tal processo relaciona-se a uma redução no número de crianças e um aumento na proporção de pessoas idosas. Esse cenário, no qual é verificado um elevado número de pessoas que envelhecem, resulta do processo das transições demográfica e epidemiológica, sendo suas origens permeadas por aspectos socioeconômicos, pelos processos de urbanização e industrialização, os enormes avanços científico-tecnológicos e as melhores condições de vida (CRUZ; CAETANO; LEITE, 2010).

De acordo com Vasconcelos e Gomes (2012) no Brasil, o padrão demográfico atual é caracterizado por progressivas quedas nas taxas de fecundidade e mortalidade, alteração da estrutura etária, crescente aumento da proporção de idosos e inversão na distribuição da população nas áreas urbanas e rurais. A rapidez desse processo e os distintos ritmos observados entre as regiões caracterizam a transição demográfica no Brasil, assim como em

outros países da América Latina. A França, por exemplo, levou 115 anos para duplicar a proporção da população de idosos (de 7 para 14%), enquanto no Brasil, a mesma mudança proporcional levou apenas 40 anos para ocorrer (de 5,1 para 10,8%) (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2012).

Por outro lado, segundo Cruz, Caetano e Leite (2010) o conceito de transição epidemiológica abarca as modificações, que ocorrem em longo prazo, nos padrões de morbidade, invalidez e morte que acometem uma dada população e, frequentemente, acontecem em conjunto com outras alterações demográficas, sociais e econômicas. O processo de transição epidemiológica pode ser descrito em três mudanças básicas, a saber, i) substituição das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causas externas, como causas primeiras de morte; ii) deslocamento da maior carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens para os grupos mais idosos; iii) alteração de uma situação em que predomina a mortalidade para outra na qual a morbidade passa a ser dominante.

O crescimento da população idosa é um fenômeno observado mundialmente e, no caso do Brasil, as mudanças ocorrem de forma acelerada e radical, o que acaba por configurar esse crescimento como um dos grandes desafios da Saúde Pública contemporânea por ocasionar uma série de alterações de magnitude profunda na sociedade, as quais abrangem o setor econômico, o mercado de trabalho, os sistemas e serviços de saúde e as relações familiares (VASCONCELOS; GOMES, 2012). Impacta diretamente na redefinição do modelo de atenção à saúde e na oferta de ações de cuidado e no modo como se gerencia esse cuidado.

Para Veras (2009), os avanços na área da saúde e na melhoria da qualidade de vida contribuíram para o aumento da expectativa de vida do brasileiro. Comparado com décadas passadas, houve elevação dos níveis de higiene, melhora das condições sanitárias, ambientais e nutricionais. Além do aumento da expectativa de vida, houve uma queda na mortalidade da população de 6,6/1.000 para 6,23/1.000 nos últimos 10 anos. Esse declínio da taxa de mortalidade, aliada à melhora da expectativa de vida, foi responsável por um aumento considerável das pessoas maiores de 60 anos, que hoje representam mais de 10% da população brasileira.

Estima-se que em 2020 o número de idosos poderá exceder a 30 milhões de pessoas no país, o que representará 13,6% da população total. Isso fará com que o Brasil ocupe a sexta colocação entre os países com maior número de idosos (CRUZ; CAETANO; LEITE, 2010).

De acordo com Silva et al. (2014), o processo de envelhecimento apresenta-se com modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas ocasionando uma maior vulnerabilidade aos processos patológicos. Assim, concomitantemente a transição

demográfica a qual o Brasil está inserido, tem-se elevado o número de casos de tuberculose com aumento desta população vulnerável.

A esse respeito, Araújo e Monteiro (2011) enfatizam que as doenças nas pessoas idosas tendem a ter uma apresentação atípica quando comparadas a pessoas mais jovens, o que faz do diagnóstico diferencial um recurso fundamental. Apontam também para a falta de interesse com o doente idoso nas unidades de saúde e hospitais gerais, pois se realmente o profissional da saúde estivesse atento para este diagnóstico diferencial, abreviar-se-ia o diagnóstico e o tratamento.

Os idosos, por apresentarem características bastante peculiares das demais faixas etárias, requerem uma avaliação de saúde mais cuidadosa a fim de identificar problemas subjacentes à queixa principal. É relevante considerar as questões de gênero, idade, estado civil e renda familiar, intimamente ligadas às situações de saúde desse grupo, sendo necessário uma avaliação multidimensional considerando o idoso como um todo, em seus aspectos biopsicossocial (ARAÚJO; MONTEIRO, 2011). É importante também considerar costumes e manifestações culturais próprias desta faixa etária e do meio onde vive a pessoa idosa.

Na atual conjuntura nacional e mundial é importante reconhecer que a velhice é um desafio pessoal e coletivo, um processo normal e irreversível que deve ser acompanhado por intervenções em saúde, sociais, econômicas e ambientais. Para os idosos, as doenças e limitações não são consequências inevitáveis do envelhecimento, o uso de serviços preventivos, eliminação de fatores de risco e adoção de hábitos de vida saudáveis são importantes determinantes do envelhecimento saudável (ARAÚJO; MONTEIRO, 2011).

O fenômeno do envelhecimento ganha destaque na discussão e elaboração das políticas sociais de assistência e saúde. Esse debate tem como marco inicial a I Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, da Organização Mundial das Nações Unidas (ONU), realizada em 1982 em Viena-Áustria (SANTOS; SILVA, 2013).

De acordo com Santos e Silva (2013) embora a legislação brasileira relativa aos cuidados à pessoa idosa esteja avançando, a prática ainda é insatisfatória. As políticas públicas voltadas para o envelhecimento e o cuidador familiar são frágeis e insuficientes, tornando o sistema público ineficaz no exercício de suas funções com resolutividade. Essa situação contribui para a transferência do papel da seguridade social para as famílias, o que colabora para a tendência da reprivatização da velhice.

Cruz, Caetano e Leite (2010) corroboram com tal afirmativa ao elencar que o sistema de saúde brasileiro ainda não está estruturado para receber essa demanda. Há um notório grau

de desarticulação dentro do próprio sistema que dificulta a aplicação de suas ações, e constitui-se como uma barreira para a operacionalização de qualquer lógica de concepção da atenção à saúde do idoso baseada, em uma avaliação multidisciplinar e atuação interdisciplinar.

Conseqüentemente, a implantação de novos modelos, métodos e estratégias para o enfrentamento desses problemas configuram-se como um desafio denso e árduo. No entanto, não se pode pensar em não enfrentá-los, se não levar em consideração o impacto do envelhecimento populacional na sociedade e a sua importância em relação à reorganização dos serviços de saúde.

2.2 A ATENÇÃO BÁSICA COMO PORTA DE ENTRADA PARA O DOENTE DE TUBERCULOSE

A tuberculose é uma doença milenar que continua aterrorizando muitas pessoas, é causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, sua forma mais frequente é a pulmonar e bacilífera, sendo esta a responsável pela sustentação da cadeia de transmissão (CECÍLIO et al., 2013). Alguns condicionantes fortalecem o surgimento da TB, como as condições de pobreza, subnutrição, precariedade das habitações e dificuldades de acesso aos serviços de saúde (RÊGO et al., 2014).

Estudos desenvolvidos por Jung e Gonzales (2016) apontam que esses fatores são condicionantes para o surgimento da TB, e que podem ser identificados pelos profissionais da Atenção Básica à Saúde (ABS), já que este é considerado um espaço estratégico para o reconhecimento e desenvolvimento das ações no território, constituindo-se como favorável para a implementação ou qualificação da gestão do cuidado profissional, para o diagnóstico de várias doenças, em virtude da proximidade com a população.

A política nacional de saúde no Brasil a partir da edição da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB SUS) 01/96, foi quem deu ênfase a (ABS) que é mundialmente conhecida como Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2008).

As ações iniciais do Ministério da Saúde (MS) destinadas às mudanças na organização da atenção à saúde com evidência na atenção básica apareceram no momento em que foram instituídos, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994. O PACS e, em seguida o PSF, surgiram com a finalidade de instigar os municípios a adotarem métodos de organização da atenção em esfera local,

sobretudo aqueles municípios de pequeno porte, que não possuem uma rede de serviços de saúde bem estabelecida (BRASIL, 2008).

O PSF foi proposto em 1994 como um programa de reorientação do modelo assistencial, baseado no trabalho de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de uma população adstrita, situada em uma área demarcada, por meio de ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes (BRASIL, 2008, 2000; SILVA et al., 2015).

Os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) foram incorporados e reafirmados no PSF, com o objetivo de realizar as práticas e ações de saúde de forma absoluta e continuada para mais perto da família e, assim, melhorar a qualidade de vida da população brasileira (BRASIL, 1997).

Em 2006 o MS, através da Portaria nº 648/06 nomeou o PSF como ESF, mudando de programa para estratégia, esta modificação ocorreu com o intuito de fortalecer o conceito de Saúde da Família, tornando-o um eixo estruturante da atenção básica, e não somente mais um programa, entre outros, recomendados pelo MS. Este modelo de atenção à saúde vem admitindo uma maior inclusão social, política e econômica, garantindo a milhões de brasileiros, melhor acessibilidade aos serviços saúde (BRASIL, 2006; SILVA et al., 2015).

Com a reordenação do modelo de atenção no SUS, a Estratégia Saúde da Família (ESF) vem suscitando um importante movimento, pois procura agir com maior racionalidade na utilização dos demais níveis de assistência à saúde, o que tem determinado alguns resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas pelas equipes de Saúde da Família (SF). A ESF trabalha com território definido, adstrição de clientela, cadastramento de famílias e acompanhamento da população da área de abrangência (BRASIL, 2008; SILVA et al., 2015).

A atenção básica exerce um papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS, pois é lá que os profissionais mantêm relações constantes com a população, por meio de um trabalho em equipe, aonde são ressaltados métodos democráticos e participativos. (MEDEIROS; PERES, 2011).

Essa relação contínua com a população gera um vínculo de confiabilidade entre os profissionais e a comunidade, principalmente, quando estes realizam ações que promovam educação em saúde enquanto atividades necessárias para que a comunidade reconheça o quadro clínico de muitas doenças conseguindo, inclusive, identificá-las, como é o caso da TB, que ainda é uma patologia muito estigmatizada. O provimento dessas estratégias educativas é

de responsabilidade da ESF, que é considerada o pilar da AB, e devem ser concretizadas tanto na unidade de saúde, quanto na própria comunidade, com a finalidade de promover uma melhor compreensão por parte dos usuários acerca do processo saúde-doença e, por conseguinte, oferecer informações convincentes ,a fim de sensibilizá-los a mudar o estilo de vida, o que coopera efetivamente para emancipação desses atores sociais (BARRÊTO et al., 2013).

Para um melhor acompanhamento desses casos, o MS lançou em 1996 o Plano Emergencial para o Controle da TB, recomendando a implantação da Estratégia do Tratamento Diretamente Observado (TDO) para o controle da doença no Brasil, oficializado em 1999 por intermédio do Programa Nacional de Controle da TB (PNCT), sugerindo que o atendimento inicial e o TDO sejam desenvolvidos em unidades básicas de saúde, já que os profissionais atuantes neste serviço, são os responsáveis por acompanhar e suprir as necessidades de saúde das famílias cadastradas no território de abrangência (RÊGO et al., 2014).

Apesar de ser positiva a direção da política de ações de controle da TB, ainda existem inúmeras fragilidades no gerenciamento, organização e disponibilização de recursos que podem promover o diagnóstico precoce e a produção do cuidado ao doente de TB, no âmbito da atenção básica. A equipe de saúde da família, por agir em um ambiente determinado, desempenha uma função categórica para tratamento e a cura da TB. Porém, existem alguns problemas que dificultam o processo de trabalho dessas equipes, como por exemplo, a ineficiência na qualificação profissional para a produção do cuidado ao doente de TB, que tem impedido a identificação precoce dos casos e as reais necessidades de saúde dos usuários acometidos (BARRÊTO et al., 2013).

Para Oliveira (2013) infelizmente, o que ocorre na maioria dos serviços de saúde é somente a busca pelo tratamento da TB no contexto biológico e funcional da doença, marginalizando o aspecto social do ser e suas distintas necessidades, o que muitas vezes, pode fazer com que o paciente se afaste do tratamento, pois aqueles que estão cuidando de sua saúde não o oferecem segurança.

A maioria dos profissionais se detém apenas ao tratamento da TB, baseando-se na eliminação dos sintomas, e posterior, cura da doença e não percebem que o paciente necessita de uma assistência ampla que envolve suas dimensões psicossociais, também comprometidas pela doença. Essa é uma questão enfática, principalmente, para os profissionais da ESF, já que são eles que acompanham esses pacientes e seus familiares durante todo o percurso da doença, por isso é necessário que esses profissionais desenvolvam e pratiquem atitudes

sensíveis, escutando sempre as lamentações e anseios dos pacientes, além de disponibilizar de tempo para o esclarecimento de dúvidas. Quando a escuta é efetivada, acontece um vínculo entre profissional e paciente, gerando confiança em seu cuidador e no serviço de saúde, sentindo-se seguro para seguir o tratamento (RÊGO et al., 2014).

Segundo Farias et al. (2013) os profissionais da AB devem conhecer as necessidades do doente de TB, a convivência com a doença e a influência do tratamento no contexto de vida, para conseguirem perceber e compreender as vivências deles e poderem ajudar a aprimorar os esquemas terapêuticos, melhorando a adesão ao tratamento e o bem-estar destas pessoas, e assim promover o sucesso do processo terapêutico. A falta de consciência ou de conhecimento sobre a doença, poderá conduzir o portador de TB a uma percepção errônea sobre o impacto da patologia em sua vida e saúde, que pode afetar a adesão ao esquema terapêutico adequado, por isso ressalta-se a importância de uma assistência de qualidade realizada pela ESF, a fim de integralizar o cuidado e humanizar a assistência.

2.3 AÇÕES DE ENFERMAGEM NO CONTROLE DA TUBERCULOSE

Sabe-se que para alcançar o sucesso das ações de controle da TB, é necessário o envolvimento dos profissionais de saúde em equipes multidisciplinares, com a atuação particular de cada um. Entretanto, apesar de haver equipes multiprofissionais, geralmente é o enfermeiro que se destaca no acompanhamento do doente de TB, sendo considerada a categoria fundamental para a condução das atividades de saúde pública no País, assumindo o papel de protagonista na prevenção e controle da TB e na realização do TDO (OBLITAS et al., 2010).

Dentre as atribuições do enfermeiro nas ações de controle da TB, na AB, destacam-se: a identificação de sintomáticos respiratórios durante a visita domiciliar, na própria unidade de saúde ou mediante os relatos dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); solicitação de baciloscopia para diagnóstico; notificação do caso de tuberculose; convocação dos comunicantes para investigação; supervisionamento do tratamento; acompanhamento da ficha de supervisão do tratamento quando realizada pelo ACS; orientação quanto o uso da medicação e esclarecimento sobre as dúvidas dos doentes desmistificando os tabus e estigmas; realização das ações educativas junto ao pessoal que frequenta a unidade e no domicílio; encaminhamento do doente para uma unidade de referência, quando necessário; solicitação da baciloscopia de controle mensal; além do planejamento, juntamente com a

equipe e coordenação municipal, de estratégias de controle da tuberculose na comunidade (BRASIL, 2002).

O protagonismo da enfermagem na execução das ações de controle da TB é evidenciado mediante à criação, pelo MS em 2011, do protocolo específico para as atividades da enfermagem no âmbito da AB: “TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO (TDO) DA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO BÁSICA - Protocolo de enfermagem”. O qual contempla todas as ações de controle para a TB, priorizando os aspectos organizacionais dos serviços de saúde para a realização do TDO e organização do processo de trabalho de enfermagem para o TDO nos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Sob a coordenação do enfermeiro, os ACS desenvolvem as seguintes ações voltadas ao controle da TB na ESF: identificação dos sintomáticos respiratórios nos domicílios e na comunidade; orientação e encaminhamento dos comunicantes à UBS para consulta, diagnóstico e tratamento, quando necessário; encaminhamento ou comunicação do caso suspeito à equipe; orientação sobre a coleta e o encaminhamento do escarro dos sintomáticos respiratórios; supervisionamento da tomada diária da medicação específica, quando indicado; supervisionamento também do comparecimento do doente às consultas agendadas e realização das ações educativas junto à comunidade (BRASIL, 2002).

Os cuidados específicos ao doente de TB devem ser produzidos pelos enfermeiros conforme a Portaria 486 de 28 de março de 2006 na Atenção Básica. No referido documento compete ao enfermeiro integrante da equipe da ESF, realizar a assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF; realizar assistência no domicílio, nas escolas, associações; produzir o cuidado em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; realizar consulta de enfermagem; solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão; planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS; supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem; contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2006).

No estudo desenvolvido por Souza et al. (2014) enfermeiros inseridos na ESF destacaram que, nas suas experiências assistenciais, o TDO configura-se como uma

modalidade de tratamento exitosa, no tocante ao objetivo de tratar e curar o indivíduo acometido por TB. Neste cenário de cuidado, destacou-se o estabelecimento de vínculo entre usuários e profissionais de saúde, fazendo emergir um ambiente de confiança e corresponsabilidade, visando o sucesso do projeto terapêutico. Assim, os requisitos subjetivos do doente devem ser visualizados na transferência de política do TDO, com o intuito de ultrapassar a valorização dos requisitos técnicos e normativos.

Com relação à atuação do enfermeiro com função de gestão em serviços da APS, considerando os atributos de formação, atualização, pesquisa, comprovação de importância como profissional, representatividade social e política, capacidade, envolvimento dentre outros, são vistos como condicionadores para que o enfermeiro continue sendo o importante ator nas condições de saúde da comunidade (SANTOS, 2007). Esses também são atributos importantes para o enfermeiro que atua em equipes gestoras, cujo trabalho promova o cuidado integral ao doente de TB em serviços da APS, sobretudo de pessoas idosas.

É estreita a relação entre a história da tuberculose e da enfermagem no Brasil, relação essa ilustrada pelo trabalho do enfermeiro quando o poder público assumiu a atenção à tuberculose, à época da implantação da Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT). A enfermagem na CNCT, atuando por 30 anos em âmbito nacional, veio a se constituir em uma das raízes da enfermagem brasileira (BARREIRA, 1992).

A CNCT tinha a função de coordenar todas as ações de controle da tuberculose e todos os serviços, tanto públicos como privados, em todos os estados do Brasil (VILLA et al., 1994). Na Paraíba, as ações de controle da tuberculose eram prestadas nos Sanatórios e Dispensários existentes, subsidiados pela CNCT. Nesse contexto, a enfermagem, com a política da CNCT, ampliou o seu campo de atuação, desenvolvendo atividades voltadas para a descoberta precoce dos casos, através do teste tuberculínico, cadastro torácico e controle do doente, mediante ações de administração de medicações específicas e de atenção aos familiares dos doentes, ou seja, o controle de comunicantes. Nesse contexto, o enfermeiro exercia um importante papel, atuando como o elo entre o dispensário e os sanatórios.

Nos dias atuais, o enfermeiro também marca a história da saúde e da TB, quando se observa que é o trabalhador da ESF que, juntamente com o ACS, mais se envolve nas ações do controle da doença e no cuidado ao doente (GOMES; SÁ, 2009). A TB no século XXI é uma das áreas estratégicas da Política Nacional da Atenção Básica. Existem outras áreas, sob o trabalho da equipe de saúde da família, que se nivelam na mesma importância. A responsabilidade e o acúmulo de funções gerenciais e clínicas podem fragilizar o cuidado à TB, assim como a outras áreas prioritárias.

Além das fragilidades relacionadas ao processo de trabalho, Bertazone et al. (2005), observavam que a assistência de enfermagem prestada a doentes de TB é, por vezes, prejudicada pela dificuldade do trabalhador de enfermagem lidar com suas limitações, tais como, o medo de adquirir a doença, seja por não ter conhecimento para enfrentá-la, por preconceito ou por não desconhecer especificidades da doença. Em seus estudos, as autoras notaram que, frente às situações envolvendo o doente de TB, o número de situações negativas (59,6%) foi superior ao encontrado para as situações descritas como positivas (40,4%). As categorias de situações que apresentaram maior frequência foram àquelas relacionadas às orientações sobre tratamento, aos sentimentos do doente paciente em relação à doença e ao despreparo da equipe de enfermagem. Esse desarranjo tende a acentuar-se quando se trata de lidar com doente idoso de TB, com TB em idosos.

2.4 O CUIDADO A PESSOA IDOSA E O APOIO FAMILIAR COMO INSTRUMENTO DE AUTO-CURA

O cuidado constitui a essência do ser humano, sua prática contínua ajuda a viver, ensina a harmonizar as diferentes forças instigando o prazer e a satisfação, expressa numa relação, alivia o sofrimento, consegue pacificar e acalmar com o intuito de manter a vida (BUDÓ et al., 2016).

Segundo Puginna e Silva (2009) cuidar consiste em desenvolver ações de desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, e um bom tratamento, este surge quando a existência de um tem certo valor para o outro, havendo uma dedicação, compartilhamento de destinos, buscas, angústias, sucessos, enfim, de vidas.

Para realizar esse cuidado é necessário compreender a realidade cultural do sujeito que o receberá, pois cada pessoa está inserida em uma determinada cultura, aonde os valores são diferenciados. Assim, considera-se o cuidado como um momento de execução consagrado, uma tarefa delicada, em que ocorre inquietação, responsabilização e afetividade entre o ser cuidador e o ser cuidado (BUDÓ et al., 2016).

De acordo com Loureiro et al. (2014), o cuidado é um tipo de ação estendida a todas as faixas etárias, no entanto a população idosa exige um cuidado mais específico e intensivo em virtude de suas próprias condições fisiológicas. As variações demográficas decorrentes desse processo são acompanhadas por alterações no perfil de morbimortalidade desta população, passando a existir uma prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, que

atinge esta população, em virtude de ser uma categoria mais susceptível, afetando, inclusive a capacidade funcional desses indivíduos, que passam a depender, na maioria das vezes, de cuidados intensivos.

A dependência do idoso implica em uma intensa produção de cuidado, tanto por parte dos profissionais que o assistem, quanto dos familiares, que convivem com suas limitações, sendo assim precisam sanar todas as necessidades desse grupo. Isso significa que, essa categoria precisa ser assistida formal ou informalmente, em virtude da restrição no desempenho de atividades da vida diária, e a família, na figura de cuidador informal, assume essa responsabilidade de cuidar do idoso dependente continuamente (LOUREIRO et al., 2014).

Além disso, cabe ressaltar que a necessidade de um membro familiar participar da ação cuidativa de um idoso, procede mais de uma obrigação circunstancial do que de uma preferência, tornando-se evidente que prestar cuidados cotidianos para o idoso passa a ser uma nova e desafiadora ocupação para a família, cujos componentes, muitas vezes, assumem o papel de cuidadores estando totalmente despreparados, com conhecimento insuficiente e apoio inadequado para a execução de tal cargo, o que sugere prejuízos para o cuidado dispensado e sua própria qualidade de vida (LOUREIRO et al., 2014).

Estudos realizados por Sousa e Ribeiro (2013) revelam que o cuidado oferecido à pessoa idosa gera ininterrupta assistência, ou seja, é mais do que alguns períodos de cuidado, especialmente, quando esse idoso possui algum tipo de enfermidade que necessita de maior atenção, como é o caso da TB, aonde o tratamento é duradouro e requer um cuidado intensificado por parte da família e dos profissionais de saúde que o acompanham. Cuidar de pessoas idosas envolve uma grande complexidade, pois o cuidado prestado precisa ser adequado a especificidade da velhice e não a uma adaptação do cuidado oferecido aos adultos.

Para Cecílio et al. (2013) os idosos acometidos pela TB apresentam mais chances de vir a óbito, possivelmente pela sua vulnerabilidade devido as suas próprias condições fisiológicas decorrentes do envelhecimento, as recidivas, dificuldades de resposta ao tratamento e banalização dos sintomas. Um grande acometimento da população idosa pode ser em virtude de sua exposição no passado, fazendo com que a doença tenha se manifestado tardiamente devido à debilidade funcional evidenciada pelo envelhecimento.

Contudo, outros fatores podem estar atrelados ao maior número de casos de TB nessa faixa etária, como a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a demora na procura por assistência médica. Deste modo, os idosos têm direito a uma atenção qualificada por parte dos

serviços e profissionais de saúde, não só para identificar precocemente a TB, mas também para realizar um acompanhamento que proponha diminuir complicações e óbitos, levando-os a um processo de auto-cura, através do incentivo familiar (CECÍLIO et al., 2013).

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. Para Minayo (2014) o método qualitativo se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos de interpretações que as pessoas fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

A pesquisa qualitativa propõe a subjetividade como fundante do sentido e a defende como constitutiva do social e inerente ao entendimento objetivo, não se preocupando em quantificar, mas de lograr, explicar os meandros das relações sociais consideradas essenciais e resultados da atividade humana criadora, afetiva e racional, que pode ser apreendida por meio do cotidiano, da vivência e da explicação do senso comum (MINAYO, 2014).

A escolha pelo método qualitativo nesse estudo é apropriada, pois o estudo de aspecto vinculado ao cuidado, voltado à pessoa idosa com TB, apresenta cunho social enfatizando valores culturais, opiniões, sentimentos, crenças e outros aspectos que envolvem a convivência dos familiares/cuidadores e enfermeiros com pessoas adoecidas no processo de envelhecimento.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido nas residências dos familiares de idosos doentes de TB, no município de Sousa-Paraíba, considerado pela Secretaria Estadual de Saúde como prioritário nas ações de controle da doença.

Localizado na região Oeste do Estado, esse registrou no ano de 2010 uma população de 65.803, sendo 8.395 idosos (IBGE, 2010). É considerado como um dos principais centros urbanos e uma das cidades mais populosas da Mesorregião do Sertão Paraibano, formada pela união de 83 municípios agrupados em sete microrregiões.

A cidade de Sousa faz parte da 10ª Gerência Regional de Saúde do Estado e corresponde à quarta Macrorregião de Saúde. O município conta com 26 equipes de Saúde da Família, das quais 19 encontram-se localizadas na zona urbana e as demais na zona rural. Cada unidade é composta por uma equipe multidisciplinar generalista (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS e pela equipe de saúde bucal) que assiste uma área adstrita

variando de 800 até 3.120 pessoas. As ESF são caracterizadas pelo atendimento com demanda espontânea e agendamento, com disponibilidade de recursos de baixa tecnologia e funcionando 40 horas semanais, de segunda a sexta-feira em horário integral.

No ano de 2013, o município foi responsável pela detecção de 31 casos novos de TB, sendo 10 em pessoas idosas. Apresenta um crescente coeficiente de incidência, variando de 33,43/100.000 hab. no ano de 2010 para 39,12/100.000 hab. em 2014 (PARAÍBA, 2015).

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

O universo da pesquisa compreendeu todos os familiares que prestaram e/ou prestam cuidados aos 15 idosos adoecidos por TB durante os anos 2015 e 2016, nos quais foram notificados pelo município de Sousa. Compuseram a amostra 10 familiares que, no momento da coleta de dados, se enquadraram nos critérios de inclusão.

Fizeram parte da seleção do estudo os familiares maiores de idade, independentes da relação de parentesco; que residiram e/ou residem com a pessoa idosa doente de TB; que tenham contribuído para a caminhada desde a descoberta do diagnóstico até o início do tratamento e que aceitaram participar voluntariamente do mesmo após os esclarecimentos éticos.

Foram excluídos da amostra os familiares portadores de necessidades especiais (problemas mentais, casos de surdez) que não apresentaram condições de realizar a entrevista.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a produção do material textual foi utilizada a técnica de entrevista estruturada como instrumento de coleta dos relatos, uma vez que, essa fornece informações mais profundas sobre a realidade, evidenciando valores e opiniões dos atores sociais envolvidos com o tema.

Segundo Minayo (2014), a entrevista é um instrumento privilegiado de coleta de informações, é a possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e, ao mesmo tempo, ter a magia de transmitir através de um porta-voz, as representações de um grupo determinado em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.

O roteiro de entrevista foi elaborado atentando-se para as características dos familiares e questões relativas ao conhecimento dos mesmos acerca da doença e do cuidar; o caminho percorrido pelo doente desde a suspeição da doença até o início do tratamento; o vínculo estabelecido entre a equipe da ESF e o idoso. Todas essas variáveis permitem conhecer, embora que minimamente, o processo de trabalho Assistir em Enfermagem, que tem como objeto (aquilo sobre o que se trabalha) o cuidado por indivíduos, famílias, grupos sociais, comunidades e coletividades (SANNA, 2007).

3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados nos meses de agosto e setembro de 2016 nas residências dos familiares de idosos doentes de TB. Posteriormente a autorização institucional e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa, a pesquisadora participante dirigiu-se ao setor de Vigilância Epidemiológica do município com vistas a identificar o número de casos da doença em idosos no período de 2015 e 2016 por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Nos anos de 2015 e 2016 foram notificados no município de Sousa 15 novos casos da doença em idosos, sendo oito no ano de 2015 e sete em 2016. Informações adicionais e complementares foram extraídas da ficha do SINAN como idade, sexo, data do diagnóstico, notificação, tratamento e encerramento; tipo de entrada e encerramento; realização de Raio X, cultura de escarro, baciloscopia, teste rápido HIV; agravos pré-existentes; unidade de saúde referenciada; bem como, nome e endereço do idoso para melhor identificação junto as equipes de Saúde da Família.

Em seguida, realizou-se uma visita as referidas unidades, onde foram apresentados aos profissionais enfermeiros e/ou Agentes Comunitários de Saúde (ACS) o objetivo primordial do estudo e sua contribuição social. Na oportunidade, conforme disponibilidade foi solicitada a presença de um membro da equipe para abordar os familiares e possibilitar um bom acesso da pesquisadora as residências dos mesmos.

A cada encontro, a pesquisadora participante apresentou ao familiar a proposta da pesquisa explanando o objetivo, a justificativa, a necessidade da participação do mesmo na busca por um melhor cuidado e a relevância do estudo para o município. Alguns se dispuseram a realizar a entrevista já no primeiro encontro. Outros, por motivos de trabalho, optaram por agendar o dia e a hora conforme sua disponibilidade.

Antes de iniciar a entrevista os participantes assinaram o TCLE em consonância com a sua espontânea participação na pesquisa. As entrevistas ocorreram individualmente e foram registradas na íntegra, com o auxílio de gravador de áudio portátil. Utilizou-se um caderno de campo para registrar as impressões sobre o contato com os participantes, bem como o ambiente em que a entrevista foi realizada e as dificuldades encontradas durante o percurso para a coleta de informações.

Entre os 10 familiares, duas tinham perdido seus parentes (o esposo e a irmã) em decorrência da tuberculose. Apesar de todo sofrimento causado pela lembrança dos momentos vividos durante o processo de morte de seus entes queridos, as participantes sentiram-se sensibilizadas com a temática e contribuíram com a pesquisadora.

Os demais familiares também foram receptivos, de modo que as entrevistas ocorreram com pouca ou nenhuma interrupção. Ao término de cada conversa, o pesquisador responsável comprometeu-se em retornar àquelas residências para que os familiares conheçam o produto final desse estudo.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

O material empírico foi analisado através da técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011), na qual pressupõe algumas etapas que não se sucedem, obrigatoriamente, segundo uma ordem cronológica, quais sejam: pré-análise; exploração do material ou codificação; tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

A pré-análise corresponde à fase de organização propriamente dita através da sistematização de ideias (BARDIN, 2011). Neste momento, foram realizadas sucessivas leituras do material coletado, para conhecer todos os textos e identificar os pontos convergentes e significativos ao tema. Por isso, todas as entrevistas foram registradas através de gravação em áudio e transcritas na íntegra. Os textos passaram por pequenas adequações linguísticas, não eliminando, porém, o caráter espontâneo das falas.

A exploração do material corresponde à transformação dos dados em conteúdos temáticos por meio da codificação das entrevistas, determinando as temáticas a serem discutidas (BARDIN, 2011). Este foi o período mais duradouro da análise, no qual foi realizado o inventário de todas as falas, isolando, codificando e recortando as unidades de registro (UR), entendidas como segmento ou trecho do discurso bem característico. Foram

destacadas as seguintes UR: cuidado, comunicação, relacionamento, informação, orientação, escuta, centralização, contrarreferência, rede de atenção, acessibilidade.

Após, ocorreu o processo de categorização, em que as categorias emergidas dos depoimentos escritos, foram constituídas por uma palavra-chave que indicava o significado central do conceito que se desejou apreender (BARDIN, 2011). As UR conformaram as seguintes categorias: A concepção de cuidado pelos familiares; relacionamento interpessoal entre a equipe da ESF e o familiar do idoso adoecido e, educação em saúde como tecnologia leve na produção do cuidado.

Em seguida, procurou-se articular entre as falas conteúdos convergentes e divergentes e que se repetiam, recortando os extratos das falas, em cada um dos núcleos de sentido identificados. Esta conformação permitiu eleger a *Unidade Temática Central*, para a qual convergem as falas: *O cuidado como objeto do processo de trabalho Assistir em Enfermagem*.

No tratamento dos resultados, utilizaram-se inferências e interpretações a partir da fundamentação teórica e dos pressupostos que conduziram a investigação (BARDIN, 2011).

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo considerou os aspectos éticos da pesquisa que envolve seres humanos contemplados na Resolução N° 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde/CNS em conformidade com os princípios que implicam na eticidade da pesquisa envolvendo seres humanos: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade (BRASIL, 2012).

Os participantes tomaram ciência do caráter da pesquisa e todos os elementos nela envolvidos de forma clara e objetiva, propiciando sua total compreensão, respeitando sua vontade de contribuir e permanecer ou não na pesquisa, tendo sua dignidade preservada.

Para tanto, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria (FSM/PB) e aprovado sob parecer número: 1.502.733.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O capítulo destina-se a apresentação e concomitante discussão dos achados do estudo a partir do diálogo com autores diversos que já contribuíram para a melhoria do cuidado a pessoa idosa doente de TB.

Assim, por motivos estéticos e vislumbrando o melhor entendimento do leitor, o capítulo encontra-se dividido em dois momentos, a saber. O primeiro destina-se à caracterização dos familiares, de modo a conhecer alguns dados sociodemográficos importantes na compreensão do cuidado.

No segundo momento, após a leitura dos relatos que possibilitou maior reflexão sobre os temas que emergiram das entrevistas de cada participante, foram delineadas as categorias com suas respectivas falas e, posteriormente, uma análise com embasamento teórico na literatura pertinente.

4.1 CONHECENDO OS FAMILIARES

Os familiares cuidadores que participaram desse estudo foram caracterizados quanto as variáveis: sexo, idade, grau de parentesco, estado civil, nível de escolaridade e profissão. Com relação a variável sexo houve um predomínio do feminino (nove cuidadoras) consolidando-se com outros estudos que apontam esse sexo como liderança no processo de cuidar já que, as mulheres são consideradas as mais aptas ou mais adequadas para exercerem a gestão do cuidado, apesar da modificação da posição delas no ambiente familiar. Por sua vez, o cuidador masculino (apenas um familiar nesse estudo) apresenta-se como escasso na contribuição do cuidado (CRUZ-ORTIZ et al., 2011).

A faixa etária que teve mais destaque quanto à prestação do cuidado foi a de 60 anos de idade ou mais (seis), enquanto que os outros quatro apresentaram uma média de 44 anos. Esse fato contradiz outros estudos, que identificam uma prevalência de cuidadores em idade economicamente produtiva, o que acarretaria em maior prejuízo ao mercado (YAMAMURA et al., 2014).

No entanto, a presença de cuidadores idosos no seio familiar é cada dia mais constante devido às transições demográfica e epidemiológica que o Brasil vem sofrendo nas últimas décadas. Tal fato apresenta-se como positivo ao considerar que esses idosos já não atuam ativamente no mercado de trabalho, e dispõe, portanto, de mais tempo para realizar o cuidado

necessário ao ente acometido por TB, em virtude de passar a maior parte do seu tempo em casa, realizando atividades domésticas.

Avaliando o grau de parentesco, percebe-se que o vínculo entre os idosos doentes de TB e seus familiares é estabelecido através da união conjugal, do amor paternal/maternal e fraternal, visto que, seis desses são cônjuges, três são filhas e uma é irmã.

Em relação ao estado civil, oito familiares mantêm união estável por meio do casamento, uma é viúva e outra solteira. Isso demonstra que, o ambiente familiar é quem proporciona o suporte referente à prática do cuidado e a recuperação da saúde do doente, podendo oferecer um maior apoio psicológico, emocional e físico em todos os momentos (FARIAS et al., 2013).

São pessoas que exercem profissões simples, tendo maior ênfase às domésticas (cinco), os demais são: técnica de enfermagem (uma), pedreiro (um), merendeira (uma), agricultora (uma) e aposentada (uma). Eles sobrevivem, em sua maioria, com dois salários mínimos. No que diz respeito à escolaridade, a maioria dos familiares (oito) possuem baixa ou nenhuma escolaridade, cursando apenas o Ensino Fundamental I incompleto. Somente uma cuidadora completou o Ensino Fundamental e outra, o Ensino Médio.

Essa é uma realidade socioeconômica encontrada em distintas pesquisas e evidenciada pela expressiva vulnerabilidade social, o que influencia na aquisição de conhecimentos fundamentais sobre a doença e, cuidados terapêuticos necessários para o total reestabelecimento da saúde (FARIAS et al., 2013).

O cuidado é uma ação inerente dos animais. Como ser racional, o homem precisa e busca incessantemente um cuidado mais humanitário, que se aproxime de sua subjetividade, que atenda as suas reais necessidades vitais. À medida que necessita ser cuidado, ele também cuida. E esse cuidado, cada dia mais, exige do cuidador habilidades e competências importantes capazes de compreender a complexidade do outro e promover seu bem-estar.

Com relação ao cuidado dos profissionais de saúde da equipe da ESF e de outros serviços, sobretudo do enfermeiro, ao idoso doente de tuberculose, residente no município de Sousa, é descrito sob a ótica dos familiares que convivem (viveram) e acompanharam a peregrinação do mesmo, desde a suspeição da doença ao início do tratamento. Ressalta-se que, o estudo não possui caráter avaliativo e seu objetivo primeiro é dar voz e vez aos atores indispensáveis no processo comunicativo, na adesão a terapêutica, bem como, no enfrentamento das dificuldades que possam ter surgido na vida do idoso após a descoberta da doença.

4.2 O CUIDADO COMO OBJETO DO PROCESSO DE TRABALHO ASSISTIR EM ENFERMAGEM

A presente seção trata da apresentação e discussão do objeto de estudo, qual seja, o cuidado dispensado ao idoso com TB. A busca pelo conhecimento e descrição da efetivação ou não desse cuidado, perpassa, conseqüentemente, pelo processo de trabalho assistir em Enfermagem. Os demais processos de trabalho como o administrar, ensinar, pesquisar e participar politicamente também utilizam-no, mas, é na assistência de enfermagem que o cuidado se faz primordial.

Logo, buscou-se saber com os familiares o que eles entendiam por cuidar ou cuidado. Apesar de não terem um conceito definido sobre, esses o percebem como proteção, responsabilização, dedicação, amor.

4.2.1 Categoria 1: O cuidado pelos profissionais de saúde na visão dos familiares

O cuidado faz parte da genealogia da existência humana. Estabelece um sentido filosófico de nascente de onde germina permanentemente o ser, apresentando um vigor sucessivo em cada momento e circunstância. É aquela força que continuamente faz surgir o ser humano. Cuidar do outro é zelar para que a ação de diálogo entre os dois seres seja libertadora, cooperativa e construtora de uma aliança copiosa de paz e de amor (BOFF, 1999).

As UR em destaque simbolizam as concepções de cuidado humano emitidas pelos familiares. O cuidado é caracterizado por atitudes de proteção e de prevenção de agravos como evitar o contato com poeira, água quente, comida carregada. É também percebido como dedicação, responsabilidade, zelo, amor, doação, estar próximo. Quem ama, cuida e se preocupa, se responsabiliza pelo outro.

“Cuidado é muita coisa. Eu num deixei ela fazer arte, nada de poeira, nem água quente, comida carregada, nada né. Fez nove meses, seis, seis meses que o tratamento completou. A gente já fez outa tomografia de pulmão, vamos receber dia 26, pra saber se limpou totalmente ou se vai tomar mais remédio né?” (Familiar 2)

“Eu me sinto muito feliz de ter a responsabilidade de ter cuidado dele. Cuidado eu acho que é a dedicação. Fazer aquilo que ele tá precisando.” (Familiar 1)

“É minha filha é ter cuidado, zelar, cuidar muito dele, lavar roupa, engomar, alimentar bem. Pra mim era mesmo que eu está lutando com uma criança. 61 anos de casado! O nosso amor num tem fim. Criemos dez filhos. Temos 25 netos, 15 bisnetos. Eu cuido de tudo minha filha. Oriento toda família.” (Familiar 7)

“Eu sei não. Num sei explicar esse negócio não. Mas de cuidado nela eu tinha. O amor por ela. Pedia a saúde dela. Até rezar pra ela eu rezava, pedindo o bem dela. Ave Maria! Eu fiquei triste demais. Tinha hora que eu pensava que ia perder ela. Só andava com ela nos braços. Num andava mais porque não podia com o peso. Mas não saía de perto dela. Ela foi bem cuidada pelo povo do Pan (Policlínica) que deu esses remédios tudinho. Num faltava nada.” (Familiar 6)

O cuidado está relacionado com a cogitação, o pensamento, a atenção, demonstrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação. Independentemente do significado, o cuidado faz parte da essência do ser humano e tudo que tem na vida clama por cuidado. Na realidade, o cuidado é o baluarte da inventividade, da liberdade e da inteligência humana, uma ação extremamente importante para a humanidade, por isso é necessário que cada um possa desenvolver afetividade para com os outros, percebendo assim suas necessidades, o que implicará na construção de um mundo melhor (PINHEIRO et al., 2005).

Nas falas dos familiares percebe-se que o cuidado está intrinsecamente associado a sensibilidade. Cuidar do idoso como uma criança, conforme dito por um familiar, é identificar suas fragilidades e ajudá-lo a superá-las. Cuidado também é serviço, se dispor a satisfazer as necessidades do outro, como no caso dos parentes, se dispuseram a cozinhar, lavar, passar, levar no colo. Pensar na concretização desse cuidado exige proximidade e sensibilidade para entender o outro e se colocar em seu lugar.

O cuidado está embutido nos valores, que independente do enfoque, prioriza a paz, a liberdade, o respeito, o amor, entre outros aspectos. O cuidado significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato. É um modo de ser no qual a pessoa centra-se no outro, incluindo duas significações básicas, intimamente ligadas entre si: a primeira, a atitude de solicitude e atenção para com o outro; a segunda, de preocupação e inquietação, porque a pessoa que cuida se sente envolvida e afetivamente ligada ao outro (ROCHA et al., 2010).

Ao cuidar do outro, passa-se a respeitá-lo e a percebê-lo na sua individualidade, sendo imprescindível o conhecimento sobre a ética e a moral, princípios que propiciam uma nova razão, tanto emocional quanto espiritual (VON ZUBEN, 2012). O cuidado, assim como tudo

na vida, possibilita uma reflexão sobre todos os seus atos, portanto, ele também pode ser definido como um dever, avaliando sempre suas consequências (PINHEIRO et al., 2005).

Percebe-se que os familiares, cada um com sua singularidade, cuidaram de seus entes adoecidos por tuberculose com prazer, sem se preocupar com a doença em si, mas com o bem-estar, o conforto, e o restabelecimento da saúde do mesmo. No entanto, tais atores não identificam esse cuidado nas ações de alguns profissionais da saúde envolvidos no controle da TB, sobretudo dos enfermeiros da ESF. As práticas de cuidar em saúde são reconhecidas meramente como uma assistência temporária.

“A agente de saúde e esse técnico da Policlínica só cuidaram na hora mesmo. Prestaram uma assistência. Quem cuidou foi nós em casa. O medicamentozinho na hora certa, só tomava com leite. Gastamos bastante porque a alimentação dela tinha que ser com bastante suco. E ela num pode nem tomar suco de todo tipo, porque ela é diabética, era mais laranja. O leite todo dia tinha que ser desnatado. Ninguém prestou assistência aqui não. Nunca vi nenhum enfermeiro chegando aqui pra saber de nada. Nunca. A enfermeira foi eu. E a agente de saúde eu num tenho o que falar. Do Céu, daqui do conjunto é muito boa, muito competente. Graças a Deus que nós temos ela aqui. Os idosos tudinho aqui é por ela, uma pessoa dez. Agora os demais pode botar na balança que pesa a mesma coisa.” (Familiar 5)

“Acho que ele foi mais cuidado pela família minha filha. Agora, os profissionais, quando precisava eles cuidavam muito bem dele, cuidavam muito bem, num faltava nada. Agora só teve um erro na policlínica, digo, no hospital. Disseram que ele tinha diabete e danavam coisa, insulina, sem ele ter diabetes.” (Familiar 7)

A família é reconhecida como unidade indispensável na prestação do cuidado, no entanto, esse cuidado é considerado informal e, na maioria das vezes, não é precedido de orientação profissional. Esse fator acaba prejudicando o cuidado ofertado, pois o cuidador necessita além de um vínculo afetivo, de conhecimento técnico para conseguir alcançar um bom resultado, visto que, em muitas situações, eles próprios se veem assujeitados a condição de enfermeiros e médicos.

Isso só é possível quando se tem uma equipe de profissionais que estabeleçam esse elo de compromisso com o familiar, não somente em relação à competência técnica, mas também em relação à capacidade de identificar e compreender as reais necessidades da pessoa doente e de seus cuidadores. De acordo com Dias et al. (2014), esse vínculo de cuidado ofertado

entre cuidador e profissionais deve ser estabelecido continuamente, principalmente entre os profissionais da ESF, sendo estes, responsáveis diretamente pela assistência às famílias.

Entende-se vínculo como a relação pessoal estreita e duradoura entre o profissional de saúde e o paciente, permitindo, com o passar do tempo, que os laços criados se estreitem e os mesmos se conheçam cada vez mais, facilitando a continuidade do tratamento, e consequentemente evitando consultas e internações desnecessárias. Essa relação requer a cooperação mútua entre as pessoas da família, da comunidade e os profissionais (BRUNELLO, 2010).

Além disso, segundo Brunello (2010), o vínculo permite uma aproximação mais efetiva entre o paciente e o profissional, de modo a se estabelecer relações de escuta, de diálogo e de respeito. Neste caso, o doente se sente mais seguro com a unidade de saúde por perceber-se aceito e próximo dos profissionais que se responsabilizam pelo seu bem-estar.

No presente estudo, buscou-se conhecer a relação interpessoal entre os profissionais de saúde, sobretudo entre o enfermeiro e os familiares de idosos adoecidos, a partir do vínculo estabelecido entre ambos. Consequentemente, foi possível verificar o cuidado ou as práticas de cuidado direcionadas ao doente e sua família.

4.2.2 Categoria 2: Barreiras entre a equipe da ESF e o binômio paciente/família

Por relacionamento interpessoal entende-se uma afinidade existente entre duas ou mais pessoas. Este tipo de relacionamento faz parte do trabalho em equipe, desenvolvido inclusive pelas equipes de Saúde da Família, em que, cada profissional apresenta um conjunto de atribuições, tarefas ou atividades. No entanto, trabalhar em equipe constitui a vinculação de distintos processos de trabalho, baseando-se no conhecimento sobre os afazeres do outro, valorizando a participação deste na produção de cuidados, na tentativa de alcançar objetivos e resultados coletivamente (NAVARRO, GUIMARÃES, GARANHANI, 2013).

Através das falas de nove participantes, percebe-se que o relacionamento entre o enfermeiro da ESF e o idoso doente de tuberculose e seu familiar encontra-se fragilizado pela falta de vínculo. Outra participante alegou manter um bom relacionamento com a enfermeira e médico da unidade.

Tal vínculo não foi construído por causas identificadas nesse estudo como, falha na organização da rede de serviços e transferência de responsabilização do papel do enfermeiro para o Agente Comunitário de Saúde (ACS). Percebem-se os achados nas falas a seguir.

“Ele ficou fazendo o tratamento todo na Policlínica. Tomou a medicação tudo certinho. Não veio ninguém aqui saber se ele estava tomando direitinho. Quando completou o tratamento ele disse: não vou mais fazer o exame (escarro) porque não tusso, não tenho mais nada daquilo, não tenho o que botar pra fora. O PSF acompanhava quando precisava assim, de alguma coisa, eles autorizavam, né? Não tivemos dificuldade em procurar os serviços de saúde porque vou ser sincera, eu ia mais minha sobrinha que é agente de saúde. Ela quem providenciou tudo. Ela quem ainda hoje leva e traz qualquer exame. Nada foi difícil, tudo fácil graças a Deus! Conheço a enfermeira assim, de vista. Não ando muito lá não. Só quando eu preciso mesmo de uma coisa. Ela demorava a vir aqui em casa. Ela não explicou nada porque a gente já sabia de tudo. Quem a gente conversava parece que era Izolda (a técnica de enfermagem). No postinho entra médico e enfermeiro lá que eu nem conheço. Mas foi tudo ótimo. Até agora, graças a Deus, dali não faltou nada pra mim.” (Familiar 1)

“No PSF é só pra pegar mesmo né. Agente de saúde vem, leva os papelzinhos, marca. Num teve dificuldade nenhuma, graças a Deus! Uma agente de saúde muito boa Roberta. Ela chegou aqui e organizou tudo. É quem traz o remédio. Na hora que tá faltando um remédio ela mesmo vem deixar. Graças a Deus, num faltou nada não. Tanto nós vamos lá como eles vem aqui, médico, enfermeira. O médico já veio aqui duas vezes num foi mamãe? A enfermeira vem sempre também. A agente de saúde todo dia tá aqui. Na verdade, a agente de saúde veio com o médico e a enfermeira (atual) já com mais de mês que descobriu a doença num foi mamãe? Não ficaram sabendo antes porque foi tudo de repente. A enfermeira explicou que não era coisa demais, que com seis meses terminava o tratamento. Aqui ninguém fez raio X nem o exame de escarro. Eu pedi a Marcos que trabalha na Policlínica. Ele olhou pra mim e disse: minha filha vá rezar, vá rezar. Vocês num precisam disso não. A enfermeira do postinho também não passou nem nós fomos atrás. Da enfermeira num tenho o que dizer não, que ela andou aqui poucas vezes, duas a três vezes (a antiga). Essa daí (atual) já veio com o médico.” (Familiar 2)

Em nove relatos, evidencia-se que o relacionamento interpessoal, quando existe, é estabelecido entre o ACS e doente/familiar; entre o doente e o serviço de referencia e/ou entre o doente/familiar e o serviço terciário. O vínculo entre o enfermeiro e o familiar é praticamente inexistente. Esse profissional não é reconhecido como determinante no processo saúde-doença, pois muitos familiares nem o conhecem e, quando o conhecem, não há tempo/possibilidade de criar um vínculo pois as visitas domiciliares são esporádicas, muitas vezes, vezes após a descoberta da doença e início do tratamento.

Estudo desenvolvido por Brunello et al. (2010) sobre o vínculo na atenção a saúde revelou maior elo entre os profissionais e pacientes pela relação direta que se estabelece entre prestador e consumidor de serviços de saúde. Além disso, os autores observaram que doenças que possuem uma evolução crônica como a tuberculose, AIDS e as de caráter psiquiátrico exigem do doente e da equipe uma relação amigável, pautada no respeito e confiança, não podendo dispensar o diálogo, que não deve ser baseado apenas nos problemas de saúde, mas sim, valorizar outros fatores que podem influenciar na continuidade do tratamento, haja vista que são doenças extremamente carregadas de estigmas e preconceitos, além de acarretar, algumas vezes, problemas relacionados ao convívio familiar e social.

Portanto, de acordo com as falas dos cuidadores, percebe-se uma fragilidade na operacionalização do trabalho em saúde entre as equipes da ESF. Se assim não o fosse, os idosos acometidos pela TB seriam identificados como suspeitos, realizariam os testes diagnósticos, iniciariam o tratamento e seriam acompanhados pela equipe na unidade. Os casos multirresistentes e/ou aqueles que necessitaram de raio X seriam encaminhados ao setor especializado para fins de diagnóstico.

Contudo, não é isso que acontece no município. Muitos casos são descobertos acidentalmente no setor terciário quando o idoso era internado por outras causas. Após alta eram encaminhados à Policlínica para dar continuidade ao tratamento iniciado no hospital. Não há uma contrarreferência da Policlínica para a atenção básica.

Assim sendo, essa verticalização na organização da rede de atenção do município em estudo não possibilita a construção de um vínculo afetivo, de uma relação pautada no diálogo, respeito e confiança entre profissional x familiar.

No entanto, como estes pacientes são diagnosticados no serviço terciário e encaminhados diretamente à Policlínica para fazer o tratamento, eles quase nunca procuram o serviço de atenção primária, só no caso de necessitarem de algum tipo de atendimento que seja exclusivo desse serviço. E, nesse caso, como não funciona o sistema de contrarreferência, os enfermeiros da ESF e, às vezes, até mesmo o ACS, desconhecem os casos novos de TB na área, o que comprova uma ausência de comunicação na rede de serviços, impossibilitando a existência de um plano de cuidados.

Além disso, percebe-se que há uma corresponsabilização do papel do enfermeiro sobre o ACS, porque mesmo não ocorrendo a contrarreferência, ele acaba sendo informado pela família sobre o adoecimento do idoso. Então, permanece um questionamento sobre a atitude do enfermeiro diante do processo de cuidar desses pacientes, já que ele deveria ir ao encontro deles, envolvê-los em um processo recíproco de cuidado e não apenas esperar que a família

procurasse por atendimento clínico no serviço. Com isso, entende-se que ou o enfermeiro não foi informado sobre a situação e, por isso, não realiza o cuidado, que faz parte de suas atribuições ou, ele delega essa responsabilidade de acompanhamento dos pacientes e familiares somente para o ACS.

Ao atentar para as características das unidades de saúde importantes na medida da força da atenção primária, quais sejam: 1- a extensão na qual as pessoas buscam o primeiro atendimento com seu médico de atenção primária antes de ir a qualquer outro lugar; 2- a força das relações entre as pessoas e seu médico de atenção primária; 3- à medida em que a unidade de atenção primária tratou de necessidades comuns, independente de seu tipo; 4- o grau de coordenação, capacidade técnica para se responsabilizar pelos problemas mais prevalentes, independente do tipo entre a atenção primária e outros serviços de saúde; 5- a orientação familiar da atenção primária; 6- a orientação comunitária da atenção primária (STARFIELD, 2002), infere-se que as relações interpessoais existentes e o grau de coordenação sem compartilhamento entre os profissionais da ESF e o serviço terceirizado não mais conseguem atender as necessidades da população. É preciso rever esse modo tradicional de fazer clínica e gestão do cuidado.

Ressalta-se mais que vez que, o cuidado se estabelece a partir do vínculo e, esse está pautado em relações de confiança, fato que demanda um longo tempo, não se estabelece de forma imediata. É preciso que o usuário e a família tenham tempo suficiente para expor suas angústias e preocupações e que o profissional esteja disponível para escutá-lo, dar a devida atenção e propor soluções para os problemas e fatos expostos.

O cuidado quando humanitário propicia o atendimento das necessidades do outro. Tais necessidades, conforme sugere Cecílio (2001) referem-se às boas condições de vida, vínculo, acessibilidade e autonomia.

Esse conjunto de necessidades demonstra que os problemas de saúde são sempre complexos, porque envolvem inúmeras dimensões da vida, desde as que se circunscrevem no corpo até as de ordem social e subjetiva (CECÍLIO, 2001). O trabalho em saúde, por sua vez, para ser eficaz, deve responder a essa complexidade e dar sentido à intervenção nos diversos campos da saúde. Abre-se um leque de possibilidades de uso de diversas tecnologias de trabalho para a produção do cuidado.

A educação em saúde se sobressai como um importante instrumento de trabalho não material (MENDES GONÇALVES, 1994) ou uma tecnologia leve (MEHRY, 1997) a ser imponderada pelo enfermeiro da ESF no sentido de tornar seu processo de trabalho, um ato

vivo. Para tal, deve desenvolver competências e habilidades relacionais capazes de envolver o doente e seu familiar no processo terapêutico.

4.2.3 Categoria 3: Estratégias facilitadoras para a produção do cuidado ao idoso com TB na Atenção Básica

Por instrumento não material, Mendes Gonçalves (1992) considera os saberes, que articulam em determinados arranjos ou sujeitos. Constituem ferramentas principais do trabalho de natureza intelectual. Por sua vez, as tecnologias leves dizem respeito às relações que são fundamentais para a produção do cuidado e se referem a um jeito ou atitude próprios do profissional que é guiado por uma certa intencionalidade vinculada ao campo cuidador, ao seu modo de ser, à sua subjetividade. São tecnologias, também, porque dizem respeito a um saber, isto é, competências para os trabalhadores de saúde lidarem com os aspectos relacionais que envolvem os atos produtivos (MEHRY, 1997).

Trabalho vivo é a expressão que dá significado ao trabalho em ato, isto é, no exato momento da sua atividade produtiva (MEHRY, 1997). Quando o processo de trabalho é comandado pelo trabalho vivo, o trabalhador tem uma grande margem de liberdade para ser criativo, relacionar-se com o usuário, experimentar soluções para os problemas que aparecem e, o que é mais importante, interagir, inserir o usuário no processo de produção da sua própria saúde, fazendo-o sujeito, isto é, protagonista de seu processo saúde-doença (FRANCO, 2003).

Infelizmente, através dos relatos de alguns participantes, observa-se que o enfermeiro da ESF, assim como outros profissionais envolvidos nas ações de controle da TB, não têm se apropriado dessa tecnologia leve, a educação em saúde, no seu processo de produção de cuidado. Não foi percebido influências de um processo vivo em ato. Há sim, uma lacuna na assistência médica e de enfermagem quando da observância da não orientação da família sobre a doença.

*“Tudo dele era separado. Um profissional de saúde, uma médica, me disse que eu separasse pra evitar pegar em mim. Separei tudo durante seis meses. Prato, colher, copo, xícara, tudo, tudo. Até o sabonete que ele tomava banho era separado. A tuberculose é como uma gripe, né? Não sei como pega. Ninguém me explicou. Acho que deve ser pelo ar.”
(Familiar 1)*

“Separei tudo. Ainda hoje ele come numa bacia separada. Ninguém nunca me explicou nada. Quando disseram na

Policlínica que ele ia fazer um tratamento porque tava com alergia no pulmão, minha menina quem disse, mãe separa as vasilhas de pai. Aí separei copo, colher. A dormida ele dorme aí, passa o dia aí, só quem dorme aqui na sala é ele. O jeito dele é esse, tá deitado, toda vida era deitado, porque já faz mais de quatro anos que ele teve esse AVC. Quando tenho dúvida eu guardo né? Num vou perguntar lá no postinho não porque nunca precisou de ir lá. Nunca tive dúvida de nada. Fiquei dando o remédio. Quando ele começou a tomar ele vomitava, passava a noite toda vomitando. A urina e a feze ficou vermelha.” (Familiar 3)

“Ixe Maria! Eu acho uma gripe muito feia. Porque mãe tinha uma tosse horrível. Aí quando vai tomando os medicamentos vai melhorando. Mas eu achava demais. Os vizinhos mesmo se afastaram quando descobriram que mãe tava doente. Pensava que pegava assim né? Deixaram de andar aqui. Mãe ficou um tempo triste num sabe. Eu disse: oxe mãe, levante a cabeça, isso não é uma doença do outro mundo não. Isso pega em qualquer um, rico ou pobre. Qualquer um vai pra missa, senta ali, pega naqueles bancos e pega. Quem tiver doente assoa o nariz, passa ali e pronto, tá contaminado. Paulo (técnico da Policlínica) mesmo disse, conversou comigo uma vez que podia pegar na missa, numa festa.” (Familiar 5)

“Uma gripe mal curada. Pode ser uma gripe mal curada. Daí pega. A pessoa vai tossir muito, sentir dor no pulmão. Rapaz, eu num sei não. Sobre esse problema de Neném, num queria nem falar. Eu ficava era com vergonha porque quando chegava o povo ela tinha que botar esse pano na cara. Um dia eu mandei ela tirar esse pano. Outras vezes eu mandava ela botar quando ia pro serviço, mas ela num achava bom não. Ela tinha vergonha de andar com esse pano. Eu digo, não minha velha pode tirar esse pano. Eu comprei máscara. Tá ali uma caixa cheinha.” (Familiar 6)

“Num sei explicar não. Sei que é uma doença contagiosa, que pode transmitir. Tem que ter muito cuidado. Se a pessoa tossir perto, espirrar, aí pode pegar, né? O médico disse que separasse os troços dele por 15 dias pra não ter o risco da gente pegar, não deixasse ele num canto abafado.” (Familiar 08)

Inseridos no contexto da ESF, os enfermeiros, profissionais de saúde protagonistas na história das ações de controle da TB no país, são responsáveis por identificar os sintomáticos respiratórios, solicitar baciloscopia para diagnóstico, realizar a consulta de enfermagem, fazer tratamento supervisionado (TS), notificar a doença, acompanhar o doente e seu familiar/cuidador durante todo o percurso da doença, promover atividades de educação em saúde, entre outras (SÁ et al., 2012).

A falta do diálogo, da escuta comprometida, da emissão ínfima de informações relativas ao adoecimento pela tuberculose fragilizou o vínculo familiar x profissional tão importante no trabalho vivo; minimizou o acesso dos familiares aos serviços de saúde por não sentirem confiança em buscar ajuda; diminuiu a autonomia do doente e familiar por não saber se comportarem frente à doença e suas reações; bem como, criou espaços de estigmatização e autoestigmatização no convívio familiar e social, conforme visto nos relatos.

A informação sobre a TB e sua nuances é determinante para controlar a cadeia de transmissão. Segundo Rodrigues (2014), um dos principais impasses para o controle da TB continua sendo a cadeia de transmissão, pois ainda existe uma precariedade no sistema organizacional de saúde, relacionado principalmente, a difusão de informação sobre essa doença, por parte dos próprios profissionais de saúde para a comunidade. Ou seja, ausência de estratégias eficazes de educação em saúde, ocasionando assim um aumento do número de casos.

Para Coelho (2014), é fundamental a existência de um aprofundamento no conhecimento sobre o agravo da Tuberculose e seu perfil epidemiológico. Observa-se ainda a importância de percebê-la enquanto uma doença socialmente determinada e historicamente construída, para conseguir compreender a circunstância atual e saber planejar a Gestão do Cuidado.

A informação sobre a doença e seu processo terapêutico é influente no comportamento de aderência ou abandono do tratamento, etapa muito difícil que exige do doente muita disciplina e força de vontade para alcançar a cura, pois não se refere apenas à ingestão da medicação prescrita, e sim uma série de fatores que estão relacionados, dentre eles, as condições socioeconômicas, crenças, hábitos de vida e cultura de cada indivíduo. Estes influenciam diretamente na adesão do tratamento, que nada mais é do que o indivíduo reconhecer sua vontade em participar e colaborar para conseguir alcançar a cura (RODRIGUES, 2014).

Para que essa adesão ao tratamento seja total, faz-se necessário a constituição de um vínculo entre os envolvidos nesse processo terapêutico, neste caso o doente, a família e os profissionais de saúde, aumentando com isso a confiabilidade e segurança, especialmente para o doente. Uma ferramenta essencial, que deve ser utilizada para conquistar essa confiança do paciente é a escuta, a partir dela o profissional de saúde, principalmente o enfermeiro, consegue construir um projeto terapêutico centrado no sujeito e em suas perspectivas de cuidado, baseado, sobretudo em informações e orientações a respeito da doença. Com isso, estima-se uma diminuição do preconceito estabelecido pela própria enfermidade, pois haverá

uma disseminação desse conhecimento, em que os envolvidos compreenderão que esta é uma doença totalmente curável (SÁ, 2012).

Nesse caso, o acolhimento à demanda e busca ativa com avaliação de vulnerabilidade aparece como uma diretriz da AB capaz de fortalecer o vínculo e ampliar a gestão do cuidado. Os doentes precisam ser acolhidos no momento em que demandam. Sem isso a AB nunca se constituirá em verdadeira porta do sistema. A dimensão do acolhimento pressupõe a disposição, organização e preparação da equipe para receber, em momentos e horários variáveis, grande variedade de demandas e avaliar os riscos implicados assegurando seu atendimento, visando à máxima resolutividade possível. Ao mesmo tempo, por meio do recurso da visita domiciliar, adscrição de clientela e análise das condições de saúde da comunidade e do território espera-se uma postura que vincule pessoas, famílias e a comunidade às Equipes de ABS e identifique o risco e vulnerabilidade desses indivíduos, famílias e setores da comunidade (CAMPOS, 2003).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao buscar conhecer e descrever o cuidado de enfermagem dispensado ao idoso com TB na Atenção Básica, a partir do discurso de familiares que acompanharam toda peregrinação do processo de adoecimento do mesmo, percebe-se que esse cuidado, quando existiu, fora considerado tão somente uma assistência temporal, pois há pouca ou nenhuma interação pessoal entre aqueles atores.

Ainda que se reconheça a significativa descentralização das ações de controle da TB para a porta de entrada dos sistemas municipais de saúde, ou seja, para as Equipes de Saúde da Família, observa-se no presente estudo que, fragilidades na rede de cuidados ao doente de TB no município de Sousa, particularmente no que diz respeito à falta de vínculo, a organização verticalizada da rede de atenção ao idoso com TB, a transferência de responsabilidade entre os profissionais e a falta de coordenação por parte dos enfermeiros têm proporcionado práticas de descuido conforme relatado pelos familiares.

Ao considerar o usuário como núcleo fundamental da micropolítica das organizações de saúde uma nova proposta de gestão do cuidado, centrada na concepção de integralidade em saúde, deve ser pensada no âmbito das unidades de Saúde da Família do município de Sousa, com vistas a proporcionar um novo modo de cuidar ou mesmo um novo espaço de cuidado. Espaço este, destinado ao encontro dos profissionais-pacientes-familiares/cuidadores, centrado na liberdade de expressão, na possibilidade de criar uma nova tecnologia leve de cuidado que nasce do gesto, da proximidade física, da escuta e da generosidade do cuidador.

Com isso, espera-se, de fato, que a história do enfermeiro na tuberculose seja vista pelo protagonismo da mudança de prática e não pela permanência de ações que pouco contribuí para dar respostas às necessidades das pessoas doentes e da redução do seu sofrimento. Como dizia Guimarães Rosa: *“A estória não quer ser história. A estória, em rigor, deve ser contra a História. (...) Não é o chiste uma rasa coisa ordinária. Tanto seja porque escancha os planos da lógica, propondo-nos a realidade superior e dimensões para mágicos novos sistema de pensamento”*. Acrescentaria: de novos sistemas de pensamentos e de práticas de cuidar.

Nas invenções das novas práticas de cuidar considerando o enfermeiro e a enfermagem, crê-se ser importante não perder de vista a formação do profissional segundo a nova orientação político-pedagógica, mas considera-se que esta deva ser o aporte teórico das

políticas de saúde, das teorias de enfermagem e dos conhecimentos da filosofia para tratar o cuidado dispensado ao ser humano.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, A. B.; MONTEIRO, E. M. M. O papel da família no tratamento dos idosos acometidos com a tuberculose na Unidade Básica de Saúde - PA Alfredo Campos – AM. **Rev Portal Divulg.**, n. 10, mai. 2011. Disponível em:<<http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista/index.php>>. Acesso em: 28 jun. 2016.
- BARBOSA, I. R. et al. Análise da distribuição espacial da tuberculose na região Nordeste do Brasil, 2005-2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v. 22, n. 4, p. 687-695, out/dez. 2013.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARREIRA, I. de A. **A enfermeira Ana Néri no país do futuro: a aventura da luta contra a tuberculose (1947-1977)**. 1992. 335p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1992.
- BARRÊTO, A. J. R. et al. Gestão do cuidado à tuberculose: da formação à prática do enfermeiro. **Rev Bras Enferm**, v. 6, n. 66, p. 847-853, nov/dez. 2013.
- BERTAZONE, E. do C. et al. Situações vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem na assistência ao portador de tuberculose pulmonar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 374-381, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- _____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa de saúde da família: a implantação da unidade de saúde da família**. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica**. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 648, de 28 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. **Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. 2006. Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528_pnsppi.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa saúde da família: atenção básica e a saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 197 p. Disponível em:<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.3.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, v. 46, n. 9, p. 1-9, 2015.

BRUNELLO, M. E. F. et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta Paul Enferm.**, v. 23, n. 1, p. 131-135, 2010.

BUDÓ, M. L. D. et al. Cuidado e cultura: uma interface na produção do conhecimento de enfermagem. **Rev Pesq Cuid Fundam [internet]**, v. 8, n.1, p. 3691-3704 jan/mar. 2016. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=27378&indexSearch=ID>. Acesso em: 30 mai. 2016.

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

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CECÍLIO, L. C. As Necessidades de saúde como centro estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p.113-126.

CECILIO, H. P. M. et al. Perfil das internações e óbitos hospitalares por tuberculose. **Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal**, v. 26, n. 3, p. 250-255 mai/jun. 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307027354007>. Acesso em: 20 jun. 2016.

COELHO A.P.C. **Gestão do cuidado da tuberculose: integrando um hospital de ensino a atenção primária à saúde**. 2014. 131 f. Dissertação (Mestrado em Concentração Prática Profissional de Enfermagem). Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2014.

CRUZ, D. T. da; CAETANO, V. C.; LEITE, I. C. G. Envelhecimento populacional e bases legais da atenção à saúde do idoso. **Cad. Saude Colet**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 500-508, 2010.

CRUZ-ORTIZ, M. et al. Mudanças no contexto do cuidado: desafios para a enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 1-9, jul/ago. 2011.

DIAS, K. C. C. O. et al. O cuidado em enfermagem direcionado para pessoa idosa: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, v. 8, n. 5, p. 1337-1346, mai. 2014.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v. 21, n. 4, p. 529-532, out/dez. 2012.

FARIAS, S. N. P. et al. Integralidade no cuidado: estudo da qualidade de vida dos usuários com tuberculose. **Rev Esc Anna Nery**, v. 17, n. 4, p.749-754, out/dez. 2013.

FERNANDES, L. L. R. A.; SILVA, J. da. Aids e idosos: contribuições para o planejamento do cuidado de enfermagem. **Rev Pesq Cuid Fundam [internet]**, v. 2, p. 369-372, out/dez. 2010.

GOMES, A. L. C.; SÁ, L. D. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. 2, p. 365-372, 2009.

JUNG, B. C. de.; GONZALES, R. I. C. Gestão do cuidado às pessoas com sintomas da tuberculose. **Rev Eletr Gestão Saúde**, v. 07, n. 01, p. 159-175, 2016.

LAVIOLA, B. P. **O ser que cuida e é cuidado na perspectiva do Dasein de Heidegger**. Belo Horizonte, 2013.

LOUREIRO, L. S. N. et al. Sobrecarga em cuidadores familiares de idosos: associação com características do idoso e demanda de cuidado. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 02, p. 227-232, mar/abr. 2014.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde. 1992. (Cadernos Cefor, 1 – Série textos).

_____. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NAVARRO, A. S. S.; GUIMARAES, R. L. S.; GARANHANI, M. L. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. **Rev Min Enferm.**, v. 17, n. 1, p. 61-68, jan/mar. 2013.

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**, v. 18, n. 1, p. 1-9, fev. 2010.

OLIVEIRA, A. A. V. et al. O doente em tratamento de tuberculose no município de Itaboraí, Rio de Janeiro – participação da família. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**. Florianópolis, v. 6, n. 18, p. 40-45, jan/mar. 2011.

OLIVEIRA, A. A. V. et al. Diagnóstico da tuberculose em pessoas idosas: barreiras de acesso relacionadas aos serviços de saúde. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 47, n. 1, p. 145-151, 2013.

OLIVEIRA, M. F. de et al. The front door of the Ribeirão Preto health system for diagnosing tuberculosis. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 45, n. 4, p.898-904, ago. 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Saúde nas Américas 2012**: panorama da situação de saúde dos países das Américas. Organização Pan-Americana da Saúde: 2012.

PARAÍBA. Secretaria Estadual da Saúde. Casos notificados de Tuberculose. **Bases de dados SINAN Net**. 2015.

PINHEIRO, P. N. C. et al. O cuidado humano: reflexão ética acerca dos portadores do HIV/AIDS. **Rev Latino-am Enfermagem.**, v. 13, n. 4, p. 569-575, jul/ago. 2005.

PINHEIRO, R. S. et al. Determinantes sociais e autorrelato de tuberculose nas regiões metropolitanas conforme a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, Brasil. **Rev. Panam. Salud Públ.**, v. 34, n. 6, p. 446-451, 2013.

PUGGINA, A. C. G.; SILVA, M. J. P. da. Ética no cuidado e nas relações: premissas para um cuidar mais humano. **Rev. Min. Enferm.**, v. 13, n. 4, p. 599-605, out/dez. 2009.

RÊGO, L. P. et al. Assistência humanizada de enfermagem às pessoas doentes com tuberculose: revisão integrativa 2002 – 2012. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 738-750, jul/set. 2014.

ROCHA, F. C. V. et al. O cuidado do enfermeiro ao idoso na Estratégia Saúde da Família. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 186-191, abr/jun. 2011.

RODRIGUES, D. C. S de. **A discursividade de pessoas que foram afetadas por tuberculose sobre a experiência relacionada ao tratamento e cuidado**. 2014. 121 f. Dissertação (Mestrado em Políticas e Práticas do Cuidar em Enfermagem e Saúde). Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2014.

SÁ, L. D. Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 46, n. 2, p. 356-363, 2012.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho na Enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v. 60, n. 2, p. 221-224, mar/abr. 2007.

SANTOS, A. S. Reflexos da história das políticas públicas e de saúde e gestão em atenção primária: desdobramentos para enfermagem. In: SANTOS, A. S; MIRANDA, S. M. C de. **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Barueri-SP: Manole, 2007.

SANTOS, N. F. dos; SILVA, M. do R. de F. As políticas públicas voltadas ao idoso: melhoria da qualidade de vida ou re-privatização da velhice. **Revista FSA**. Teresina, v. 10, n. 2, p. 358-371, abr/jun. 2013.

SILVA, D. R. et al. Características clínicas e evolução de pacientes imunocomprometidos não HIV com diagnóstico intra-hospitalar de tuberculose. **J Bras Pneumol.**, v. 36, n. 4, p. 475-484, 2010.

SILVA, P. L. N. da. et al. A enfermagem e a evolução da implantação do Programa Saúde da Família no município de Montes Claros/MG: uma análise histórico-descritiva (1994-2008). **Rev Universidade Vale Rio Verde**. Três Corações, v. 13, n. 2, p. 324-343, 2015. Disponível

em: < http://revistas.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/2294/pdf_380>. Acesso em: 25 mai. 2016.

SILVEIRA, L. C. et al. Cuidado clínico em enfermagem: desenvolvimento de um conceito na perspectiva de reconstrução da prática profissional. **Rev Esc Anna Nery.**, v. 17, n. 3, p. 548-554, jul/set. 2013.

SOUSA, L.; RIBEIRO, A.P. Prestar cuidados de enfermagem a pessoas idosas: experiências e impactos. **Saúde Soc.** São Paulo, v.22, n.3, p.866-877, 2013.

SOUZA, K. M. J. S. et al. Nursing performance in the policy transfer of directly observed treatment of tuberculosis. **Rev Esc Enferm USP.** São Paulo, v. 45, n. 4, p. 874-882, 2014.

TAVARES, L. M. et al. **Incidência de casos de tuberculose em idosos no município de Cabedelo** – Baraíba, Brasil. FIEP Bulletin, v. 80, n. esp., article II, 2010.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012.

VERAS, R. S. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Públ.**, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

VILLA, T. C. S. et al. Os agentes de enfermagem nas práticas sanitárias paulistas: do modelo bacteriológico à programação em saúde (1889-1983). **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 2, n. 2, p. 73-85, 1994.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O FAMILIAR

Dados sociais e demográficos

Data: _____ Horário: _____ Local: _____

Código de identificação: _____ Sexo: () M () F Idade: _____
anos

Grau de parentesco: () Pai () Mãe () Filho (a) () Cônjuge
() Neto (a) () Tio (a) () Sobrinho (a) () Primo (a)
() Outro (a): _____

Estado civil: _____ Profissão: _____

Escolaridade: _____ Renda Familiar: _____

Entrevistador: _____

Questões voltadas à discursividade do familiar

1. Conte para mim o que o (a) senhor (a) entende por cuidado.
2. Fale para mim o que o (a) senhor (a) sabe sobre a tuberculose.
3. Conte para mim a relação existente entre você e o profissional enfermeiro da ESF.
4. Descreva a assistência que vocês receberam dos profissionais da saúde, mais especificamente do enfermeiro da ESF, desde a suspeita da doença até a confirmação diagnóstica.
5. Fale sobre o percurso que seu parente doente fez para obter o diagnóstico da TB (Considerar: desde o tempo do aparecimento dos sintomas até o início do tratamento).
6. Conte para mim a assistência recebida do enfermeiro da ESF após o diagnóstico e início do tratamento (Considerar a visita domiciliar, a educação em saúde, o controle dos contatos intradomiciliares).
7. Como você avalia a assistência oferecida pelo enfermeiro da ESF ao seu parente doente e a toda sua família?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Bom dia (boa tarde ou noite), meu nome é Elaine Cristina Batista Tavares, aluna regularmente matriculado no curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, e juntamente com as professoras Dr^a. Kennia Sibelly Marques de Abrantes e Ms. Arieli Rodrigues Nóbrega Videres, estamos convidando-lhe à participar como voluntário da pesquisa intitulada “Cuidado à saúde da pessoa idosa doente de tuberculose na perspectiva dos familiares”.

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS: A pesquisa se justifica pela escassez de estudos sobre o cuidado à pessoa idosa doente de TB (mesmo sob o enfoque quantitativo) e praticamente a inexistência de estudos qualitativos sobre o tema, foram determinantes para elaborar e apresentar um projeto de investigação tendo como sujeitos os familiares desses idosos que lidam com o controle da doença, pois se destacam como instrumentos facilitadores de acesso do doente ao serviço, na melhoria da adesão terapêutica e diminuição do número de óbitos através de um cuidado mais humano, digno, ético, participativo, acolhedor e sensível.

Tem como objetivo principal descrever o cuidado dispensado pelos enfermeiros das equipes das Estratégias Saúde da Família ao idoso doente de tuberculose a partir da ótica de seus familiares..

Para atingir o objetivo proposto, será utilizado como instrumento de coleta de dados uma entrevista estruturada.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: A pesquisa oferecerá risco mínimo a integridade física, psicológica e social dos familiares podendo causar apenas ansiedade nos participantes no momento da entrevista.

Deste modo, espera-se contribuir com os serviços de saúde e gestores locais, quiçá de todo o Brasil, no fortalecimento do trabalho em rede e na redução do número de casos e mortes por TB através de reflexões voltadas para a melhoria e garantia da acessibilidade aos serviços, e para a qualificação de profissionais, nos quais devem incorporar em seu processo de trabalho elementos necessários para organizar a prestação de cuidados, quais sejam, conhecimentos científicos, habilidades técnicas e aspectos humanísticos da relação profissional-família-doente.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSINTÊNCIA: A participação do (a) Sr.(a) nessa pesquisa não implica necessidade de acompanhamento e/ou assistência posterior, tendo em vista que a presente pesquisa não tem a finalidade de intervir, e sim, apenas descrever o cuidado dispensado pelos enfermeiros das equipes das Estratégias Saúde da Família ao idoso doente de tuberculose a partir da ótica de seus familiares. Além disso, como na entrevista não há dados específicos de identificação do (a) Sr. (a), a exemplo de nome, CPF, RG, etc., não será possível identificá-lo (a) posteriormente de forma individualizada.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: O (a) Sr. (a) será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O (a) Sr. (a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de prestação de serviços aqui no estabelecimento. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa permanecerão confidenciais podendo ser utilizados apenas para a

execução dessa pesquisa. Você não será citado (a) nominalmente ou por qualquer outro meio, que o identifique individualmente, em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado, assinada pelo (a) Sr. (a) na última folha e rubricado nas demais, ficará sob a responsabilidade do pesquisador responsável e outra lhe será fornecida.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para o (a) Sr. (a) e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. É previsto um desconforto mínimo decorrente dessa pesquisa ao (a) Sr. (a), e caso haja algum, não há nenhum tipo de indenização prevista.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE: Eu, _____, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima, de maneira clara e detalhada e esclareci todas as minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e desistir de participar da pesquisa se assim o desejar. A pesquisadora Kennia Sibelly Marques de Abrantes certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, no que se refere a minha identificação individualizada, e deverão ser tornados públicos através de algum meio. Ela compromete-se, também, seguir os padrões éticos definidos na Resolução CNS 466/12. Também sei que em caso de dúvidas poderei contatá-la através do telefone (83) 99826-0484 e e-mail: kenniaabrantess@bol.com.br Além disso, fui informado (a) que em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo poderei consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, situado na BR 230, Km 504, Cristo Rei, Cajazeiras - Paraíba, CEP: 58.900-000 ou através do Telefone: (83) 3531-2722.

_____/_____/_____
Nome Assinatura do Participante da Pesquisa Data

_____/_____/_____
Nome Assinatura do Pesquisador Data

**APÊNDICE C - TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO
PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

35

ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR
RESPONSÁVEL

Eu, **ARIELI RODRIGUES NÓBREGA VIDERES**, professora da UFCG, responsabilizo-me pelo desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulada "Discursos de familiares e enfermeiros relacionados ao cuidado à pessoa idosa doente de tuberculose". Declaro estar ciente e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o projeto de pesquisa, no sentido de manutenção da privacidade e sigilo das informações, resguardo da segurança e bem-estar dos participantes nela recrutados, pelos resultados obtidos e posterior divulgação no meio acadêmico e científico, pela comunicação ao Comitê de Ética em Pesquisa sobre qualquer alteração no projeto e /ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento, pelo como pelo arquivamento durante 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, de uma das vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por cada participante recrutado durante a execução da mesma.

Cajazeiras - PB, 12 de abril de 2016.

Arieli Rodrigues Nóbrega Videres

ARIELI RODRIGUES NÓBREGA VIDERES

Pesquisador Responsável

SIAPE nº: 2798507

APÊNDICE D – DECLARAÇÃO INSTITUCIONAL

31

APENDICE D – DECLARAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Myrelles F. do Nascimento, Coordenadora/Diretora da Atenção Básica do município de Sousa (PB), autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: **Discursos de familiares e enfermeiros relacionados ao cuidado à pessoa idosa doente de tuberculose**, a ser desenvolvida nas unidades de Saúde da Família e nas residências de familiares de idosos doentes de tuberculose, no período de maio a julho de 2016, tendo como pesquisadora responsável, a prof^ª. Ms. Arieli Rodrigues Nóbrega Videres, lotada na Unidade Acadêmica de Enfermagem, do Centro de Formação de Professores, da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cajazeiras-PB, com matrícula SIAPE nº 2798507.

Estou ciente que os resultados obtidos deverão contribuir para o planejamento de ações e intervenções calcadas em aprendizado significativo, consoante a concepção de Educação Permanente em Saúde e na concepção de cuidado na perspectiva levinasiana, voltadas aos enfermeiros, com o propósito de qualificar a sua prática de trabalho, de modo a oferecer ao doente de tuberculose pulmonar uma assistência ainda mais qualificada, na perspectiva do cuidado integral.

Sousa-PB, 12 de abril de 2016.

Myrelles F. do Nascimento
Coord. da Atenção Básica
Sec. de Saúde - Sousa-PB

Myrelles F. do Nascimento
Coordenadora/Diretora da Atenção Básica

Sousa – PB

ANEXO

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

FACULDADE SANTA MARIA/PB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DISCURSOS DE FAMILIARES E ENFERMEIROS RELACIONADOS AO CUIDADO À PESSOA IDOSA DOENTE DE TUBERCULOSE

Pesquisador: ARIELI RODRIGUES NÓBREGA VIDERES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55090016.7.0000.5180

Instituição Proponente: Faculdade Santa Maria/ FSM /PB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.502.733

Apresentação do Projeto:

O presente estudo configura-se do tipo descritivo, de natureza qualitativa e abordagem discursiva por permitir a compreensão do universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes atribuídas pelos familiares e enfermeiros ao cuidado a pessoas idosas doentes de TB, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2014). Nesse estudo, a escolha pelo método qualitativo é apropriado, uma vez o fenômeno que se pretende estudar apresenta cunho social, e não apresenta tendência à quantificação, pelo contrário, enfatiza valores, opiniões, sentimentos, crenças e outros aspectos que envolvem a convivência com a doença tuberculose. Assim sendo, os objetivos deste estudo justificam a escolha da metodologia qualitativa.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar os efeitos de sentidos nos discursos familiares e enfermeiros da Atenção Básica relacionados ao cuidado à pessoa idosa doente de tuberculose.

Endereço: BR 230, Km 504

Bairro: Cristo Rei

CEP: 58.900-000

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

Telefone: (83)3531-1346

Fax: (83)3531-1365

E-mail: cepfsm@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.502.733

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e os benefícios foram adequadamente descritos, conforme preconizado na Resolução 466/12, no TCLE e no arquivo gerado na Plataforma Brasil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está bem delineada e observa os preceitos éticos exigidos pela legislação, em especial a Resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos de apresentação obrigatória foram apresentados adequadamente: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); - Folha de rosto (datada e assinada); - Termo de Compromisso e responsabilidade do pesquisador responsável (datado e assinado); Termo de Compromisso e responsabilidade do pesquisador participante (datado e assinado); - Projeto completo e Instrumento de coleta de dados.

Recomendações:

Atentar para envio do relatório final ao CEP, conforme descrito na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências e/ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer emitido para o projeto intitulado DISCURSOS DE FAMILIARES E ENFERMEIROS RELACIONADOS AO CUIDADO À PESSOA IDOSA DOENTE DE TUBERCULOSE e com número do CAAE 55090016.7.0000.5180, conforme Resolução 466/12, estando o pesquisador responsável, ARIELI RODRIGUES NÓBREGA VIDERES, comprometido com o cumprimento dos padrões éticos e legais, onde a execução da pesquisa será realizada conforme delineado no protocolo apresentado e a coleta de dados tem de ser posterior a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|--------------------------------|--|------------------------|-------------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_696554.pdf | 12/04/2016 14:12:43 | | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | scan0002.pdf | 12/04/2016 14:12:22 | ANKILMA DO NASCIMENTO ANDRADE | Aceito |

Endereço: BR 230, Km 504

Bairro: Cristo Rei

CEP: 58.900-000

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

Telefone: (83)3531-1346

Fax: (83)3531-1365

E-mail: cepfsm@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.502.733

| | | | | |
|---|----------------|------------------------|-------------------------------------|--------|
| Outros | Entrevista.doc | 12/04/2016 13:00:24 | ARIELI RODRIGUES NÓBREGA VIDERES | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.doc | 12/04/2016 12:59:39 | ARIELI RODRIGUES NÓBREGA VIDERES | Aceito |
| Outros | Termo.jpg | 12/04/2016 12:53:20 | ARIELI RODRIGUES NÓBREGA VIDERES | Aceito |
| Outros | Declaracao.jpg | 12/04/2016 12:52:05 | ARIELI RODRIGUES NÓBREGA VIDERES | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto.doc | 12/04/2016 12:49:02 | ARIELI RODRIGUES NÓBREGA VIDERES | Aceito |
| Folha de Rosto | folha.pdf | 12/04/2016 12:46:57 | ARIELI RODRIGUES NÓBREGA VIDERES | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAJAZEIRAS, 15 de Abril de 2016

Assinado por:
Jose Valdilanio Virgulino Procopio
(Coordenador)

Endereço: BR 230, Km 504**Bairro:** Cristo Rei**CEP:** 58.900-000**UF:** PB**Município:** CAJAZEIRAS**Telefone:** (83)3531-1346**Fax:** (83)3531-1365**E-mail:** cepfsm@gmail.com