



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

FRANCISCO KLEBER SOARES CESÁRIO

O CUIDADO À SAÚDE DO IDOSO COM TUBERCULOSE

CAJAZEIRAS – PB
2016

FRANCISCO KLEBER SOARES CESÁRIO

O CUIDADO À SAÚDE DO IDOSO COM TUBERCULOSE

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

C422c Cesário, Francisco Kleber Soares
O cuidado à saúde do idoso doente de tuberculose / Francisco Kleber
Soares Cesário. - Cajazeiras, 2016.
51f.
Bibliografia.

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

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

UFCG/CFP/BS

CDU - 616-002.5

FRANCISCO KLEBER SOARES CESÁRIO

O Cuidado à Saúde do Idoso Com Tuberculose

Aprovado em: __/__/_____.

Banca Examinadora:

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

**Prof^ª. Ms^ª. Cecília Danielle Bezerra Oliveira
(Membro examinador – ETSC/CFP/UFCG)**

**Prof^ª Dra. Ilana Sanamaika Queiroga
(Membro examinador – ETSC/CFP/UFCG)**

**CAJAZEIRAS – PB
2016**

*A minha família e amigos,
pelo incentivo e pelo apoio
constante, responsáveis por
tudo que alcancei até hoje.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me permitir estar aqui e vivenciar essa experiência, em segundo a minha família por ser meu alicerce, meu porto seguro em todas as horas, especialmente minha mãe, meu amor mais louco.

As minhas grandes amigas Elânia Cristina, Suêly e Raquel Yuska, Dayse Talyane, por estarem sempre ao meu lado, já passamos por momentos bons e outros nem tanto, e no momento mais difícil da minha vida foram meu chão, obrigado por cuidarem de mim, não encontrei palavras capazes de descrever o tamanho do carinho que tenho por vocês.

Aos meus colegas de trabalho da UTI do HRC, por entenderem os momentos de cansaço e me ajudarem sempre, em especial a minha equipe do sábado: Pedro Juliano, Carla Rossana, Emilia e Jussara.

Aos meus colegas de trabalho de Cachoeira dos Índios, pelos mesmos motivos citados acima, em especial a amiga que Deus colocou em meu caminho Cicera Belém, pois sem sua ajuda não teria sido possível ter chegado até aqui, o meu muito obrigado.

Aos meus amigos, Alysson, Macarrão, Kerlison, Domingos, Denis, Marcos Pedro, Delânio, Joseph, Michel, Netyinha, Kathyanne, Anderson, Gleycinho e Getúlio, por simplesmente estarem presentes em momentos tão bons da minha vida, as palavras podem ser poucas para expressar todos os sentimentos, mas saibam que vocês foram e são significantes para mim. Agradeço pelos momentos de descontração e pela amizade que me dedicam, é recíproco.

A minha professora Arieli Nobrega, docente da disciplina Semiologia e Semiotécnica II, a qual fui monitor por quatro semestres, pela paciência, compreensão, conhecimento transmitido e pela amizade, é detentora da minha total admiração e carinho.

A minha orientadora Kennia Abrantes, por compartilhar seus vastos conhecimentos, por ter depositado confiança e acreditado em mim, obrigada por tudo. Posso dizer que tive o privilégio de adquirir conhecimentos que levarei pelo resto da vida.

Aos meus colegas de sala, que junto comigo percorreram esse caminho, em especial minhas companheiras de estágio na atenção básica, Thais, Nathana e Luma, rede hospitalar, Mariane, Talyta, Layse, Carla, Graziela e Simone, vocês tiveram papel fundamental na minha formação profissional e pessoal.

*“O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.”
(Leonardo Boff).*

CESÁRIO, Francisco Kleber Soares. 2016. 51 f. **O cuidado à saúde do idoso com tuberculose**. Monografia (Curso Bacharelado em Enfermagem) – Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras-PB, 2016.

RESUMO

Introdução: Cuidar envolve olhar o outro, estabelecer condições para que o outro cresça, estar disponível para vê-lo e ouvi-lo, com a finalidade de confortar, aliviar, proteger. O cuidar em enfermagem é objeto de atenção dos enfermeiros em seu cotidiano assistencial, em seus estudos e pesquisas. **Objetivo:** O presente estudo objetivou caracterizar o cuidado e as práticas de cuidado de enfermeiros da Atenção Básica desenvolvidas à pessoa idosa com tuberculose. **Metodologia:** Pesquisa de natureza descritiva e delineamento qualitativo que foi desenvolvida nas Unidades de Saúde da Família do município de Sousa-PB. Participaram da pesquisa os enfermeiros que atuam nas equipes da Estratégia de Saúde da Família desse município e que lidam com o controle da tuberculose, sobretudo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, em tratamento para a doença ou que tenham concluído nos últimos dois anos, tendo como referência o início das entrevistas. O material coletado no mês de maio de 2016 por meio da entrevista semi-dirigida com o auxílio de MP4 e gravador de áudio portátil foi analisado através da técnica de Análise de Conteúdo Categórica. Todos os aspectos éticos envolvendo pesquisas com seres humanos foram obedecidos em conformidade à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, sob número 1.502.733 **Resultados:** Através da leitura analítica da fala das enfermeiras foram extraídos dois núcleos de sentido que caracterizam o objeto de estudo: o cuidado como instrumento da assistência de enfermagem e o cuidado enquanto via de acesso ao vínculo e enfoque familiar. As participantes exprimem uma dificuldade ao falar sobre o cuidado ao idoso doente e ao diferenciá-lo da assistência de enfermagem. As práticas de cuidado em saúde encontram-se fortemente guiadas pelo modelo biomédico, refletidas por competências e tarefas técnicas. Concomitantemente, observou-se que há ausência de um vínculo solidamente construído entre profissional, doente e familiar; e o pouco envolvimento do familiar no cuidado à pessoa idosa doente de tuberculose fragilizam as práticas de cuidado do enfermeiro na Atenção Básica podendo agravar o sofrimento dessa pessoa e aumentar o isolamento social causado pelo adoecimento. Promover saúde é, antes, pensar no cuidado e sua aplicabilidade com qualidade visando a resolutividade dos problemas do outro. **Conclusão:** O enfermeiro da Atenção Básica deve (re) pensar sua prática (re) alocando o sentido de cuidado, considerando o outro como o lugar do cuidado, no qual deverá ser compreendido como uma dimensão da integralidade em saúde capaz de permear práticas de saúde voltadas ao acolhimento, vínculos de intersubjetividade e escuta dos sujeitos.

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

CESÁRIO, Francisco Kleber Soares. 2016. 51 P. **The care to the health of the elderly with tuberculosis**. Monograph. (Bachelor of Nursing Course) – Center for Teacher Education, Federal University of Campina Grande, Cajazeiras-PB, 2016.

ABSTRACT

Introduction: Taking care involves looking at the other, establishing conditions for the other grow, be available to see him and hear him, in order to comfort, soothe, protect. The nursing care nurses have been the object of attention in your daily care routine in their studies and research. **Objective:** This study aimed to characterize care and attention of nurses care practices Basic developed the sick elderly tuberculosis. **Methodology:** Research descriptive and qualitative design that was developed in Health Units Sousa-PB county family. The participants were nurses working in teams of the Family Health Strategy that municipality and dealing with the control of tuberculosis, especially in people aged over 60 years in treatment for the disease or have completed in the last two years, with reference to the beginning of the interviews. The material collected in May 2016 through semi-structured interview with the help of MP4 and portable audio recorder was analyzed by Categorical content analysis technique. All ethical aspects involving human research were followed in accordance with Resolution No. 466/2012 of the National Health Council and the research project was approved by the Research Ethics Committee of the School Santa Maria, under 1.502.733 number. **Results:** Through the analytical reading speech of the nurses were extracted two cores of meaning that characterize the object of study: care as an instrument of nursing care and care as access road to link, accessibility and family focus. The participants expressed a difficulty when talking about the care of elderly patients and differentiate it from the nursing care. health care practices are strongly guided by the biomedical model, reflected by skills and technical tasks. Concomitantly, it was observed that there is an absence of a connection between solidly constructed professional, patient and family; the poor condition or lack of accessibility and little involvement of the family in the care of sick elderly tuberculosis undermine the nursing care practices in Primary may aggravate the suffering of that person and increase the social isolation caused by illness. Promoting health is before thinking about care and its applicability to quality aimed at solving the problems of the other. **Conclusion:** Nurses Primary Care should (re) think their practice (re) allocating the sense of care, considering the other as the place of care, which should be understood as a dimension of comprehensiveness in health can pervade health practices geared to host inter linkages and listening to the subject.

Keywords: Nursing Care. Elderly Health. Tuberculosis.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

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
OMS - Organização Mundial da Saúde
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PSF - Programa Saúde da Família
TB - Tuberculose
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDS - Tratamento Diretamente Supervisionado
THD - Técnico em Higiene Dental
TS - Tratamento supervisionado
UBS - Unidade Básica de Saúde
USF - Unidade Saúde da Família
SF - Saúde da Família
SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 ENVELHECIMENTO E A TUBERCULOSE	15
2.2 O ENFERMEIRO COMO MEDIADOR DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE .	17
3 METODOLOGIA	22
3.1 TIPO DE ESTUDO	22
3.2 LOCAL DA PESQUISA	23
3.3 POPULAÇÃO/AMOSTRA	23
3.4 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	24
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	25
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	26
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
4.1 O CUIDADO COMO INSTRUMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	27
4.2 O CUIDADO ENQUANTO VIA DE ACESSO AO VÍNCULO E ENFOQUE FAMILIAR.....	32
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	35
APÊNDICES	42
ANEXOS	47

1 INTRODUÇÃO

A atual proposta de investigação integra o projeto de pesquisa intitulado '**Discursos de familiares e enfermeiros relacionados ao cuidado à pessoa idosa doente de tuberculose**' de autoria e coordenação das professoras Ms. Arieli Rodrigues Nóbrega Videres e Dr^a. Kennia Sibelly Marques de Abrantes.

A tuberculose (TB) insere-se em um contexto epidemiológico mundial de transição demográfica de franco envelhecimento populacional, podendo ser observado no Brasil através da incidência que começa a se deslocar para a faixa etária dos idosos. De acordo com as projeções estatísticas da Organização Mundial da Saúde (OMS), o grupo de idosos no país deverá ter aumentado em quinze vezes no período de 1950 a 2025 (COÊLHO, MOITA NETO, CAMPELO, 2014).

O Brasil ocupa atualmente a 16^a posição em número absoluto de casos dentre os 22 países de alta carga priorizados pela 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, que registraram no ano de 2013, 1.143 casos novos de TB, correspondendo a um coeficiente de incidência de 29,96/100.000 hab. Deste total, 179 casos foram notificados em pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (PARAÍBA, 2015).

De acordo com Cruz-Ortiz et al (2011), ao analisar de forma mais específica as cifras implícitas na nova pirâmide populacional é evidente que se trata não somente do fenômeno do envelhecimento, relacionado ao incremento na esperança de vida e à diminuição da mortalidade, mas, a silhueta cada vez mais extensa desses gráficos de população mostra o reflexo da queda na taxa de natalidade e, com isso, a diminuição no tamanho da população e das famílias.

Os fenômenos populacionais assinalados acima multiplicam e aumentam a complexidade das atividades que formam parte do cuidado atual, que procura garantir a vida do sujeito e melhorar sua autonomia. No entanto, esse cuidado tem sido entendido, muitas vezes, somente como enfoque clínico, voltado, fundamentalmente, ao controle da doença. Entendido em sua acepção mais básica, o objetivo do cuidado se centra na garantia da sobrevivência através da satisfação das necessidades básicas (CRUZ-ORTIZ et al., 2011).

O cuidado significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção e se concretiza no contexto da vida em sociedade. Cuidar implica colocar-se no lugar do outro, geralmente em situações diversas, quer na dimensão pessoal, quer na social. É um modo de estar com o outro, no que se refere a questões especiais da vida dos cidadãos e de suas relações sociais, dentre estas o nascimento, a promoção e a recuperação da saúde e a própria morte (CRUZ et al., 2010).

Para Silva et al. (2009), o cuidado em enfermagem, nesta concepção de colocar-se no lugar do outro, aproxima-se das idéias do humanismo latino ao identificar os seres humanos pela sua capacidade de colaboração e de solidariedade para com o próximo. Deste modo, prestar cuidado quer na dimensão pessoal quer na social é uma virtude que integra os valores identificadores da profissão da enfermagem. Assim, compartilhar com as demais pessoas experiências e oportunidades, particularmente as que configuram o bem maior, a vida, constitui um dos fundamentos dos humanistas, que se apresenta na essência do cuidado de enfermagem.

O cuidado de enfermagem consiste na essência da profissão e pertence a duas esferas distintas: uma objetiva, que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos, e uma subjetiva, que se baseia em sensibilidade, criatividade e intuição para cuidar de outro ser. A forma, o jeito de cuidar, a sensibilidade, a intuição, o 'fazer com', a cooperação, a disponibilidade, a participação, o amor, a interação, a cientificidade, a autenticidade, o envolvimento, o vínculo compartilhado, a espontaneidade, o respeito, a presença, a empatia, o comprometimento, a compreensão, a confiança mútua, o estabelecimento de limites, a valorização das potencialidades, a visão do outro como único, a percepção da existência do outro, o toque delicado, o respeito ao silêncio, a receptividade, a observação, a comunicação, o calor humano e o sorriso, são os elementos essenciais que fazem a diferença no cuidado (SILVA et al., 2009).

Além do cuidado prestado a pessoa idosa, o enfermeiro deve ter o cuidado e a sensibilidade de proporcionar assistência ao familiar 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 Estratégia de Saúde da Família (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 e orientar sobre outros problemas de saúde, para que a família saiba o que está acontecendo com seu familiar e auxiliando-o com todo suporte necessário.

Destarte, a escassez de estudos sobre o cuidado à pessoa idosa doente de TB (mesmo sob o enfoque quantitativo) e praticamente a inexistência de estudos qualitativos sob o tema, foram determinantes para elaborar e apresentar um projeto de investigação tendo como sujeitos os enfermeiros da (ESF) que lidam com o controle da doença, pois se constituem 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.

Partindo-se do pressuposto que o processo de cuidar envolve uma relação entre a pessoa que cuida e o sujeito inserido no cenário familiar, onde o contexto socioeconômico e as singularidades políticas e culturais estão intimamente presentes, infere-se que as práticas de cuidado do enfermeiro na atenção básica ganham significado importante, pois é neste campo que muitos contextos expressam-se claramente refletidos através da aproximação social e cultural com a população. Conseqüentemente, as necessidades de saúde são identificadas *in loco*, o que pode proporcionar o desenvolvimento de práticas de cuidado mais coerentes e eficazes (ACIOLI et al., 2014).

Considerando esses atores, enfermeiros da Atenção Básica, a peça-chave, determinante no cuidado ao idoso doente de TB devido a proximidade de convivência, elaborou-se a questão de investigação: como se caracteriza o cuidado e as práticas de cuidado desenvolvidas pelos enfermeiros da Atenção Básica relacionadas à pessoa idosa doente de TB?

Espera-se contribuir com os profissionais de saúde envolvidos com a problemática, sobretudo com os enfermeiros, no sentido de favorecer reflexões sobre sua prática atual e produzir conhecimentos capazes de subsidiar uma reestruturação de novas ações em saúde pautadas em uma visão mais holística do processo saúde-doença e seus determinantes, considerando o acolhimento e o vínculo como os princípios fundamentais do trabalho interdisciplinar em Saúde da Família.

Busca-se também contribuir com os serviços de saúde e gestores locais, quiçá de todo o Brasil, no fortalecimento do trabalho em rede através de reflexões voltadas para a melhoria e garantia da acessibilidade aos serviços, e para a qualificação de profissionais, que 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.

Assim, o presente estudo objetivou caracterizar o cuidado e as práticas de cuidado de enfermeiros da Atenção Básica desenvolvidas à pessoa idosa doente com tuberculose.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ENVELHECIMENTO E A TUBERCULOSE

A TB é uma doença infectocontagiosa causada por micobactérias pertencentes ao gênero *Mycobacterium* da espécie *Mycobacterium tuberculosis* que promovem reações inflamatórias intensas nos tecidos à sua volta. O órgão mais afetado é o pulmão, em virtude da afinidade do microorganismo com o oxigênio. Sua distribuição está diretamente relacionada às características socioeconômicas apresentadas pelas comunidades sociais, às condições precárias de vida e ao descuido com a saúde (SANTOS et al., 2014).

A TB é primeira doença a ser declarada de prioridade da Saúde Pública mundial pela OMS em 1993, porém, segundo Duarte e Barreto (2012) ainda permanece como um desafio histórico global devido os determinantes relacionados ao estado de pobreza, às condições sanitárias precárias, o advento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (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 (BARBOSA et al., 2013; CALIARI, FIGUEIREDO, 2012).

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 em muitos países, resultado 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).

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 (VASCONCELOS, GOMES, 2012). 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, 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 (CRUZ, CAETANO, LEITE, 2010).

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, cuidado e no modo como se gerencia o cuidado.

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 (VERAS, 2009).

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 se apresenta com modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas ocasionando a maior vulnerabilidade aos processos patológicos desta população vulnerável, portanto tem-se elevado o número de casos de TB.

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.

A população, por apresentar características bastante peculiares das demais faixas etárias, requer 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, e 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).

Assim, as demandas da população diante das mudanças demográficas e epidemiológicas exigem resposta da rede de atenção à saúde e a superação do enfoque fragmentado e especializado do cuidado (SÁ et al., 2015).

Buscando uma melhor compreensão da dimensão do cuidar na prática do enfermeiro, faz-se necessário percorrer o contexto histórico pelo qual o enfermeiro se inseriu no processo de trabalho em saúde, tendo como *locus*, a Atenção Básica à Saúde. A leitura do capítulo a seguir permite uma aproximação dessa problemática, mesmo que de forma simplificada.

2.2 O ENFERMEIRO COMO MEDIADOR DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A Atenção Básica à Saúde (ABS), internacionalmente conhecida como Atenção Primária à Saúde, ganhou destaque na política nacional de saúde no Brasil a partir da edição da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde NOB SUS 01/96.

Em termos históricos, as primeiras iniciativas do Ministério da Saúde dedicadas à alteração na organização da atenção à saúde com ênfase na atenção básica surgiram no momento em que foram estabelecidos o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994. O PACS e posteriormente o PSF surgem com o intuito de estimular os municípios a assumirem alternativas de organização da atenção em âmbito local, especialmente aqueles municípios pequenos, sem nenhuma ou com exígua rede de serviços de saúde conformada (BRASIL, 1994; 2004; 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 adscrita, localizada em uma área delimitada, através de ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes (BRASIL, 2008; SILVA et al., 2015).

A partir de 2006, o Ministério da Saúde passou a denominar o PSF como ESF, por meio da Portaria nº 648/06. A alteração deu-se, a fim de fortalecer a ideia da Saúde da Família como o eixo estruturante da atenção básica, e não apenas como sendo mais um programa entre outros propostos pelo Ministério da Saúde. A universalização da atenção à saúde, garantida pelo SUS e, conseqüentemente, pela ESF, vem proporcionando a milhões de brasileiros uma acessibilidade e acesso a ações e serviços de saúde, e é este modelo de atenção à saúde que vem permitindo a maior inclusão social, política e econômica a uma nova política sanitária (BRASIL, 2006; SILVA et al., 2015).

A ESF vem provocando um importante movimento na reordenação do modelo de atenção no SUS. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes de Saúde da Família (SF). A ESF trabalha com a definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento de famílias e acompanhamento da população da área (BRASIL, 2008; SILVA et al., 2015).

Sob o enfoque da equipe multiprofissional, a ESF busca a complexa integração de ações individuais e coletivas, na manutenção da saúde desta comunidade, promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, com o firme

propósito de propiciar o enfrentamento e a resolução dos problemas de saúde identificados na população adscrita (BRASIL, 2004, 2008).

A priori, deve considerar que o trabalho em equipe multiprofissional para se integrar deve preservar as diferentes técnicas ou especificidades de cada trabalhador, mas deve-se considerar a complementaridade e a interdependência das ações realizadas pelos componentes da equipe, pois os trabalhos especializados guardam conexões entre si (PEDUZZI, 2007).

Nesse cenário, Campos (1997), traz a ideia de campo de competência e responsabilidade e núcleo de competência e responsabilidade específica a cada profissional. Na equipe de saúde os profissionais têm um mesmo campo de competência e responsabilidade que se refere a conhecimentos comuns a área da saúde e têm núcleos de competência diferentes, que são os conhecimentos específicos de cada área.

O enfermeiro, como um profissional que integra o campo da saúde, tem como núcleo de competência o cuidado de enfermagem, o monitoramento das condições de saúde individual e coletiva e ações gerenciais voltadas ao cuidado (PEDUZZI, 2007). Contudo, a construção histórica e política da enfermagem nem sempre possibilitou a implementação de seu processo de trabalho com foco no cuidado no indivíduo, família e sociedade.

Retomando-se a história, sabe-se que a enfermagem moderna iniciou-se no século XX na Europa com Florence Nightingale, que estabeleceu para os cuidados prestados por mulheres nos hospitais um conjunto de técnicas baseadas no princípio da assepsia visando o controle e à organização do ambiente terapêutico e dos agentes de enfermagem (LOPES, 2001). O trabalho de enfermagem teve origem dentro do hospital e por isso organizou suas práticas e saberes para atender as necessidades que tinham origem serviço.

No Brasil, na segunda metade do século XIX, conhecido como “Era Bacteriológica”, além das ações realizadas no hospital, visando o cuidado e à cura individual, havia também outras ações de âmbito coletivo, como a desinfecção de domicílios, remoção de doentes de seus lares para isolamento, a fim de impedir a disseminação de doenças. Estas ações tinham como sujeitos os “médicos, os mata-mosquitos, os engenheiros sanitários e os guardas”, não havendo presença do enfermeiro (VILLA, MISHIMA, ROCHA, 1997).

Essas práticas de saúde perduraram até o início do século XX, quando foi implementado um novo modelo sanitário no qual a educação sanitária é adotada como instrumento principal de trabalho, visando formar a consciência sanitária da população. Nessa nova organização, observa-se a presença de algumas atividades consideradas de enfermagem. Porém, ainda não havia a presença do enfermeiro nesse trabalho (VILLA, MISHIMA, ROCHA, 1997).

Após 44 anos do modelo médico-sanitário e do Centro de Saúde, ocorre uma reforma administrativa, em que um novo modelo é proposto como organizador da Saúde Pública, a “Programação em Saúde”. Nesta há uma ampliação e diversificação da assistência médica individual e o Centro de Saúde é mantido como o lugar para realizar assistência. Nesse novo modelo a inserção do enfermeiro dá-se preferencialmente nas ações voltadas para gerenciamento, supervisão, treinamento, controle e coordenação dos profissionais de enfermagem (VILLA, MISHIMA, ROCHA, 1997; MATUMOTO et al., 2012).

Vê-se assim o enfermeiro como um profissional novo no centro de saúde, tendo seu processo de trabalho não muito bem esclarecido, uma vez que, sua prática volta-se para a dimensão gerencial do trabalho, para a manutenção da infraestrutura de serviços necessários ao atendimento médico, enquanto sua prática assistencial não é requisitada.

Esse modelo, manteve-se após a implementação do SUS em 1990. No entanto, com a proposta do PSF pelo MS em 1994, se observam importantes mudanças tanto na inserção dos enfermeiros na ABS, como no reconhecimento de seu trabalho (FELLI, PEDUZZI, 2005).

As múltiplas realidades, todavia, em que a enfermagem se desenvolve, convida esses profissionais a não apenas voltar-se para os problemas com o fim de diagnosticá-los, como também de compreendê-los sob o prisma das pessoas que os vivenciam, ajudando-as a identificar o que precisam mudar no ambiente de vida, a proceder a escolhas e agir no sentido de resultados desejados (SILVA, LANDIM, 2012).

O trabalho de enfermagem como instrumento do processo de trabalho em saúde subdivide-se em vários processos de trabalho como cuidar/assistir, administrar/gerenciar, pesquisar e ensinar. Dentre esses, o cuidar e o gerenciar são os processos mais evidenciados no trabalho do enfermeiro na ABS (SILVA, LANDIM, 2012).

O trabalho gerencial do enfermeiro é definido nas Diretrizes Curriculares Nacionais como uma ferramenta indispensável que o ajuda em seu cotidiano, nas expectativas do mercado de trabalho na perspectiva de consolidação do SUS (WEIRICH et al., 2009).

O gerenciamento realizado pelo enfermeiro resulta da composição histórica da força de trabalho em enfermagem que sempre promoveu sua divisão técnica e social. Seja pelas vantagens obtidas ao ocupar espaços de poder mais elevados nessa cadeia hierárquica ou pela cisão provocada entre gerenciamento e execução desde os primórdios da Enfermagem Moderna, o processo de trabalho gerencial foi mantido como privativo do enfermeiro, reforçando o status que dessa categoria profissional aliado à garantia de sua responsabilidade legal sobre a equipe (PERES, CIMPIONE, 2006).

O Enfermeiro é um profissional capaz de articular processos de trabalho, pois interage com todos os profissionais da saúde, e coordena a organização desses processos. Em função disso, participa intensamente de processos comunicativos e podem influenciar a prestação de cuidados à saúde do usuário do serviço, bem como, facilitar as interações com os demais profissionais, de modo a atingir melhores resultados na prática interprofissional de cuidado ao paciente (PROPP et al., 2010).

O enfermeiro, ao desempenhar seu papel social de cuidador, vive as tensões próprias da produção dos atos de saúde — a produção de procedimentos versus a produção de cuidado. Estabelece relações intercessoras com o usuário, necessitando incorporar, em sua caixa de ferramentas, tecnologias leves como a escuta, o acolhimento, o vínculo, a responsabilização, e habilidades para lidar com os altos graus de incerteza intrínseca desse trabalho (PERES, CIMPIONE, 2006).

Além de que, no papel de gestor do projeto terapêutico, o enfermeiro vive as tensões características da articulação dos diversos núcleos de saberes e responsabilidades dos diferentes profissionais envolvidos no projeto terapêutico. Isso é, vive a tensão entre o trabalho em equipe versus o trabalho especializado mais individualizado (PERES, CIMPIONE, 2006).

Assim, sintetiza-se, aqui, o trabalho do enfermeiro na atenção básica, na dupla dimensão assistencial e gerencial: voltado para o indivíduo — produção do cuidado de enfermagem e gestão de projetos terapêuticos — e para o coletivo — monitoramento da situação de saúde da população, gerenciamento da equipe de enfermagem e do serviço de saúde para a produção do cuidado. As ações gerenciais são predominantes dentre as práticas do enfermeiro em Unidades básicas de saúde (UBS); já na dimensão assistencial, a consulta de enfermagem, como prática clínica, é reconhecida como importante pelo próprio enfermeiro, mas permanece, principalmente na lógica da atenção clínica individual, curativa, sem ampliar a compreensão do processo saúde/doença como prática social (PERES, CIMPIONE, 2006).

Seja qual for a dimensão, o trabalho do enfermeiro centra-se basicamente no cuidado do ser humano, individualmente, na família ou na coletividade. O enfermeiro é responsável por promover o conforto, o acolhimento e o bem-estar do paciente, seja prestando o cuidado, seja coordenando outros setores para a prestação da assistência, ou ainda promovendo a autonomia dos pacientes através da educação em saúde (ROCHA, ALMEIDA, 2000).

O cuidado é um conceito amplo que pode incorporar diversos significados, tanto no sentido de se solidarizar, envolvendo relacionamentos compartilhados entre os indivíduos e

coletividades ou, em dadas circunstâncias, transmitir uma idéia de obrigação e compromisso social (SOUZA et al., 2005). Contudo, o cuidado terá sempre um denominador comum que é a interação, pois tanto o cuidado de enfermagem como o cuidado em saúde é concebido como prática interativa, que envolve uma rede de relações entre usuários e profissionais e entre profissionais.

O cuidado em saúde é representado pelos valores do toque, do olhar e da escuta, ultrapassando as dimensões das práticas técnicas. Nesse momento, o profissional de saúde oportuniza espaço para o diálogo, valorizando a história de vida, a crença e a cultura de cada indivíduo (ACIOLI et al., 2014).

Outra característica que usualmente se atribui ao cuidado é estar centrado na pessoa. Orchard (2010) analisa a integração dos enfermeiros no trabalho colaborativo em equipe e centrado no paciente e destaca que para que isso ocorra é necessário um empenho das instituições e dos profissionais para implementar e consolidar equipes que atuem de fato com colaboração entre os diferentes profissionais de educação permanente.

Como membros centrais da equipe de saúde, os enfermeiros estão em uma posição importante para influenciar a prestação de cuidado de saúde ao usuário do serviço, bem como facilitar as interações com os profissionais de saúde, de modo a alcançar os melhores resultados na prática interprofissional de cuidado ao paciente (PROPP et al., 2010).

Acioli et al. (2014) complementa enfatizando que o enfermeiro tem na prática desenvolvida em UBS o desafio de implementar o cuidado em enfermagem na construção de relações interpessoais de diálogo, escuta, humanização e respeito. Esta prática perpassa, portanto, pela compreensão do enfermeiro sobre o significado do seu fazer profissional, ou seja, do praticar o cuidado de enfermagem na ABS.

Retoma também a discussão de que existe uma tendência das práticas de enfermagem focarem-se na doença, nos procedimentos técnicos e nas ações curativas, pouco destacando o processo de cuidar que aborda o indivíduo como centro de atenção, sendo que tal situação tem se refletido também no cuidado desenvolvido na ABS. Dessa forma, ainda que os estudos reconheçam a atuação do enfermeiro para além da dimensão técnica, percebe-se que o núcleo de competência e responsabilidade do enfermeiro, que é o cuidado, não é usualmente abordado (ACIOLI et al., 2014).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo configura-se do tipo descritivo, de natureza qualitativa por permitir a compreensão do universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 2010) atribuídas pelos 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.

Nesse estudo, a escolha pelo método qualitativo é apropriada, 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.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

Foram considerados como cenários de desenvolvimento do presente estudo as unidades de Saúde da Família onde atuam os enfermeiros da ESF do município de Sousa, considerado prioritário nas ações de controle da doença.

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

A cidade de Sousa faz parte da 10^a 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 adscrita variando de 800 até 3.120 pessoas. As ESF são caracterizadas pelo atendimento com demanda espontânea e programada, com disponibilidade de recursos de baixa tecnologia e funcionando 40 horas semanais, de segunda a sexta-feira (7 às 11 horas e 13 às 17 horas), tendo o enfermeiro um dia de folga durante a semana.

Foi responsável no ano de 2013 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 POPULAÇÃO/AMOSTRA

O universo da pesquisa compreendeu todos os enfermeiros que integram as equipes das ESF do município de Sousa, perfazendo um universo de 26 profissionais. A amostra, por sua vez, foi constituída por oito profissionais que atenderam os critérios de inclusão.

Foram selecionados a participar do estudo enfermeiros que atuam nas equipes das ESF do referido município e que lidam com o controle da TB, sobretudo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, em tratamento para a doença ou que tenha concluído nos últimos dois anos, tendo como referência o início das entrevistas. Foram excluídos os enfermeiros que, quando da coleta de dados, encontraram-se afastados temporariamente do serviço por motivos pessoais e/ou trabalhistas.

3.4 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no mês de maio de 2016. Após autorização institucional e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa, o pesquisador dirigiu-se a cada unidade de Saúde da Família, apresentou a proposta de pesquisa elucidando o objetivo, a justificativa, a necessidade da contribuição do enfermeiro nesse processo e a relevância do estudo para o município. Posteriormente, foram agendados o local, dia e hora conforme a disponibilidade individual do participante. Na oportunidade, os TCLE's foram assinados, e os contatos, como telefone e e-mail, foram socializados.

No dia anterior a entrevista, o pesquisador manteve contato por telefone com o profissional para confirmar a realização da mesma.

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado à técnica de entrevista semi-dirigida, que contemplou os dados sociais e demográficos dos participantes, bem como, questões relacionadas ao cuidado à pessoa idosa doente de TB, controle da doença e da organização dos serviços para atender esse idoso (APÊNDICES A).

As entrevistas foram feitas individualmente e registradas na íntegra, com o auxílio de MP4 e gravador de áudio portátil. Recorreu-se ao caderno de campo para realizar o registro das 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.

Considerando o ambiente escolhido pelo enfermeiro, as unidades de Saúde da Família, em alguns momentos as entrevistas tiveram de ser pausadas para que o profissional atendesse a demanda dos usuários e até mesmo dos próprios ACS's. As perguntas tiveram de ser repetidas para o entendimento de seu real sentido devido as interrupções na fala dos participantes e não por falta de clareza textual.

Outras dificuldades enfrentadas durante o período da coleta foram: algumas entrevistas foram canceladas, pois o enfermeiro alegou falta de tempo; outros profissionais não foram encontrados nas unidades, outros marcaram e remarcaram inúmeras vezes dando a perceber a falta de interesse ou mesmo de tempo.

Ao chegar nas unidades, após abordar os enfermeiros e apresentar a proposta de investigação, percebeu-se um certo espanto, um sentimento de apreensão quando se falou de CUIDADO. Uns responderam tranquilamente as perguntas e outros, pensativos, demoraram um pouco mais a falar. O que se observa é que, apesar do cuidado ser algo intrínseco ao ser humano, reportar-se à ele nos discursos dos sujeitos parece algo cada vez mais difícil.

Após o término da entrevista, foram feitos os devidos agradecimentos. Primando pelo sigilo e anonimato de suas identidades, os participantes foram identificados por letras alfabéticas em maiúsculo seguido da numeração conforme a ordem das entrevistas, tal como E1, E2, e assim sucessivamente.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

O material coletado foi analisado através da técnica de Análise de Conteúdo Temática Categorical proposta por Bardin (2009), 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, 2009).

A pré-análise corresponde à fase de organização propriamente dita através da sistematização de idéias (BARDIN, 2009). 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 lingüísticas, 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, 2009). 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, assistência de enfermagem, vínculo e participação familiar.

Após, ocorreu o processo de categorização, em que as categorias emergidas dos depoimentos escritos, também denominadas núcleos de sentido, foram constituídas por uma palavra-chave que indicava o significado central do conceito que se desejou apreender (BARDIN, 2009). As UR conformaram os seguintes núcleos de sentido: como instrumento da assistência de enfermagem e o cuidado enquanto via de acesso ao vínculo e enfoque familiar.

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 à saúde do idoso com tuberculose na perspectiva do vínculo e do enfoque familiar*.

No tratamento dos resultados, utilizaram-se inferências e interpretações a partir da fundamentação teórica e dos pressupostos que conduziram a investigação (BARDIN, 2009).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Em consideração à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Santa Maria (Cajazeiras-PB) e aprovado sob parecer número: 1.502.733.

A pesquisa ofereceu risco mínimo à integridade psicossocial dos participantes uma vez que ao falar de cuidado, os mesmos se reportaram ao seu processo de trabalho assim como à um contexto de cunho social, marcado de significações, valores, comportamentos, atitudes, crenças, que de alguma forma poderiam ter lhes sensibilizado e vir a despertar sentimentos agradáveis ou não.

Convém ressaltar que a liberdade de participação ou desistência em qualquer momento da pesquisa, o sigilo e o anonimato de suas identidades lhes foram assegurados.

As entrevistas foram transcritas e guardadas em lugar seguro e confidencial de acesso somente dos pesquisadores, em conformidade com os princípios que implicam na eticidade da pesquisa envolvendo seres humanos: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes do estudo foram caracterizados em relação às variáveis sexo, estado civil, idade, tempo de formação e maior titulação acadêmica, tempo de atuação na ESF, buscando uma maior aproximação do perfil de profissionais responsáveis pelo cuidado ao

idoso com tuberculose no município de Sousa. Vale ressaltar que tais variáveis não determinam nem influenciam as práticas de cuidado desenvolvidas, apenas caracterizam os sujeitos provedores desse cuidado.

Percebe-se então uma predominância de profissionais do sexo feminino, solteiras, com idades variando de 32 a 49 anos (média de 38 anos), sendo consideradas enfermeiras jovens que representam a força produtiva e econômica da profissão. Apresentam tempo médio de formação acadêmica de 13 anos, variando de 5 a 22 anos, e tempo médio de atuação na ESF de 10 anos, variando de 1 a 17 anos, conformando o pressuposto de que são enfermeiras experientes e envolvidas com o processo de trabalho em saúde na ESF e, por isso, são praticantes dos princípios doutrinários a atenção a saúde conforme previstos pela ABS. Possuem a Pós-Graduação Lato Sensu como maior nível de titulação acadêmica.

Das oito enfermeiras que constituíram a amostra do estudo, sete disseram não possuir nenhum caso de TB em pessoas idosas na unidade no momento da coleta de dados, muito embora, tenham manifestado em suas falas a experiência remota do cuidado à essas pessoas, mesmo que em outras ESF.

A seguir, discute-se a unidade temática central do estudo intitulada ‘O cuidado à saúde da pessoa idosa com TB na perspectiva do vínculo e do enfoque familiar’. Tal unidade é composta pelos núcleos de sentido: o cuidado como instrumento da assistência de enfermagem e o cuidado enquanto via de acesso ao vínculo, acessibilidade e enfoque familiar.

4.1 O CUIDADO COMO INSTRUMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

O cuidado é um tema invisível na sociedade moderna de consumo. O atual contexto sócio-político-cultural, educacional e de saúde que o mundo vivencia implica na modificação das relações sociais, no qual o sujeito homem afasta-se cada vez mais da natureza, do contato de si e do corpo a corpo com o próximo, dos valores éticos que permeiam uma relação, desconstruindo muitas vezes o sentido do seu ser em virtude do ter, desconstruindo algo que é inerente à sua sobrevivência, o cuidado.

Cuidar compreende mais que uma prática social compassiva, ou um trabalho institucionalizado no âmbito dos cuidados da saúde. O termo cuidado poderia entender-se a partir da contraposição de seu oposto, a saber, a negligência. O agente do cuidado é um sujeito de afeto, tomado pela responsabilidade de “responder” ao apelo do outro, enquanto pode ser afetado pelo outro; é partícipe – tem parte e toma parte – de um mundo de relações, constrói uma forma de vida. É atento ao outro, disponível ao face-a-face e compreende que certas coisas a ele relatadas pelo outro são relevantes (ZUBEN, 2012).

Na perspectiva da enfermagem, cuidado/cuidar do 'outro' significa atender às suas necessidades com sensibilidade, presteza e solidariedade, mediante ações e atitudes de cuidado realizadas para promover o conforto e o bem-estar. O cuidado manifestado conjuga a integridade física e emocional num processo de troca entre cuidador e ser cuidado (BAGGIO, 2006).

Segundo COSTA (1998), priorizar o cuidado do outro como cuidar de si mesmo implica sentir-se cuidado enquanto cuida, entendendo e compreendendo o outro com empatia; priorizar o outro é um ato de dedicação afetiva. Cuidar com empatia é entender a situação do outro, ver-se no lugar dele e sentir-se em proximidade e igualdade; envolve também atenção às necessidades físicas e psíquicas do ser cuidado.

Assim, o sentido revelado nas falas das participantes traduz uma aproximação do real sentido de cuidado quando dizem que:

“Para mim, cuidado é atender as necessidades do paciente, promovendo conforto e bem-estar (E7)”. “É tudo aquilo desenvolvido para atender a necessidade de uma pessoa na sua integridade com sensibilidade, mediante assistência de forma física e emocional (E2)”. “Cuidado o nome já diz tudo, é a arte de se doar, de você cuidar, dar atenção, de dar até mesmo ouvido, de escutar. Acho que só em você escutar você já está cuidando (E6)”. “Cuidado é atenção, responsabilidade e tratado (E3).”

Segundo Vale e Pagliuca (2011), o cuidado de enfermagem é um ato de amor, zelo e solidariedade, compartilhado entre seres humanos através da interação de maneira voluntária, utilizando-se de conhecimentos, da ética, estética e arte.

O tipo de cuidado que será prestado e a forma que será exercido depende da formação do profissional como pessoa, dos sentimentos que fazem parte dele, da personalidade criada no decorrer da vida. Sendo o cuidado considerado um instrumento, este é adquirido de acordo com a cultura, com as crenças, e com saber obtido no decorrer da vida do cuidador (MENDES et al., 2003).

De acordo com Boff (1999); Elia (2004) o cuidar é mais que um ato: é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de desenvolvimento afetivo com o outro.

A atitude de cuidado de enfermagem demonstra solidariedade e sensibilidade ao outro; denota preocupação com a integridade moral e dignidade do paciente como ser humano que é; demonstra consideração pelos aspectos não somente físicos, mas também os aspectos psíquicos do ser humano. O profissional de enfermagem, durante a realização do cuidado, busca um atendimento mais humano, considerando, igualmente, que o outro é um ser individual e único (BAGGIO, 2006).

Assim, para Barros; Oliveira; Silva (2007) o enfermeiro precisa desenvolver: uma atitude solidária afetiva que se traduz em respeito para com a experiência diferente do paciente; devolução da dignidade ao paciente; consciência da falta de poder do paciente; ruptura da hierarquização entre o poder da organização institucional e as necessidades do paciente; uma atitude psicoterapêutica, que compreenda o paciente; aceitar o que o paciente diz e vive; envolvimento emocional com limites e escutar o paciente; uma atitude reabilitatória para que o paciente possa restabelecer suas relações afetivas e sociais; reconquistar seus direitos na comunidade e reconquistar seu poder social.

Quando as enfermeiras se propõem a atender as necessidades, promover conforto e bem-estar, se doar, planejar um cuidado, escutar, elas na verdade estão se responsabilizando por alguma ação, e o ato de responsabilizar-se por algo e alguém consiste em cuidado.

Para Baggio (2006) cuidar é uma atitude de responsabilização. Responsabilizar-se é ser capaz de responder, é trazer para si a função da resposta por determinada situação ou ato. É, portanto, assumir um ato como seu. Dessa forma, é fundamental que os profissionais da saúde, particularmente os enfermeiros, considerem que a atitude em relação ao paciente fundamenta o projeto terapêutico, não importando a técnica que instrumentaliza uma intervenção.

Portanto, o cuidado é algo subjetivo imbricado na Ontologia do ser que se torna indispensável à subsistência humana, pois este é condição *sine qua non* entre as relações sociais. Partindo dessa premissa, o enfermeiro não pode considerá-lo como a assistência de enfermagem propriamente dita conforme visto na fala de uma participante:

“Cuidado é o planejamento da assistência ao paciente, visando o seu melhor bem-estar (E4)”.

O cuidar é um ato nobre de doação, paciência, amor e dedicação que as pessoas têm para com as outras, onde se expressam sentimentos que remetem a humanização. O cuidado é liberdade! A assistência é preconização de protocolos instituídos por instâncias de saúde.

Contudo, por mais que as participantes demonstrem uma certa apropriação com o cuidar, as práticas de cuidado por elas desenvolvidas confundem-se com a assistência de enfermagem. As falas evidenciam o sentido de tais práticas:

“Bom, no caso do idoso com TB as visitas são periódicas. O tratamento, digo a medicação, não é mais entregue nas unidades de saúde, é pego na policlínica. Tem a visita mensal, caso precise de alguma visita, iremos até o paciente, quando precisa de outros exames a família também vem e a gente tenta antecipá-los, fazer o mais breve possível (E5)”. “Através da visita domiciliar oriento e realizo os cuidados, prescrevendo as ações de enfermagem para posteriormente serem realizadas (E2)”. “Consulta inicial com orientações ao paciente e sua família. Após essa consulta o

paciente e sua família têm acompanhamento semanal do agente de saúde e mensal do enfermeiro e médico (E1)".

Ao destacar essas expressões “visitas periódicas”, “a família vem”, “prescrevendo ações”, “acompanhamento do agente”, observa-se uma contradição entre o pensar e o fazer das enfermeiras. O cuidado se desenvolve dia-a-dia e não periodicamente. O enfermeiro deve estar atento para não perder de vista o idoso doente, principalmente os homens que são mais resistentes a procurar os serviços de saúde. Sendo assim, deve ir ao encontro do mesmo, envolvê-lo no processo mútuo de cuidar e não esperar que a família venha até o serviço na busca por um atendimento clínico ou mesmo que esse idoso seja tão somente acompanhado por um agente de saúde. Como serão construídas as relações sociais, as relações de vínculo? Se não há relação consistente e confiante também não haverá cuidado nem ao menos práticas de cuidado.

Para Acioli et al. (2014) o cuidar em saúde é representado pelos valores do toque, do olhar e da escuta, ultrapassando as dimensões das práticas técnicas. Nesse momento, o profissional de saúde oportuniza espaço para o diálogo, valorizando a história de vida, a crença e a cultura de cada indivíduo.

Quando a enfermeira fala em prescrever ações, não há evidências de cuidado nessa relação, considerando o fato da possível dificuldade de entendimento do idoso a respeito da doença, pois no momento em que se prescreve algo, o cuidador deixa de ser responsável pelo cuidado, transferindo essa responsabilidade para quem é cuidado. Ao pensar no sentido primeiro de cuidado, o enfermeiro deve junto com o idoso construir práticas humanizadas de auto-cuidado.

De acordo com Almeida (2013), é importante destacar que as práticas de cuidado humanizadas exigem que o profissional, o eu enfermeiro, compreenda o Outro como sujeito da sua própria história bem como o seu significado como ser humano, valorizando suas particularidades e potencialidades.

Concomitantemente as práticas de cuidado, a assistência de enfermagem desenvolvida pelo enfermeiro da equipe da ESF é de fundamental importância no processo de trabalho e vigilância em saúde.

Em relação à assistência ao idoso doente de TB, as enfermeiras a desenvolvem da seguinte maneira:

“No geral, a gente faz a anamnese, aquela parte da entrevista, e depois a gente parte pro exame físico em si, verificação de pressão, o peso, a glicemia. Vai avaliar, ouvir o paciente, suas queixas e trabalhar em cima disso (E8)”. “Bom, geralmente o idoso só vem ao posto se ele tiver alguma doença, então dependendo do que for, se é um

hipertenso, a gente senta, conversa, verifica a pressão, se há alguma dúvida com relação a depressão, vai depender do que ele quer (E7)”. “Os idosos são cuidados dentro do grupo de doenças crônicas com avaliação do estado geral, avaliação das intercorrências, procedimentos técnicos (afecção da pressão arterial; glicemia; avaliação de peso e medida de cintura), encaminhamentos e solicitações de exames laboratoriais quando necessários (E3)”.

De acordo com as atribuições dos profissionais de saúde em relação às atividades de controle da TB na Rede Básica e no Programa Saúde da Família, algumas das principais atribuições do enfermeiro (a) são: identificar os sintomáticos respiratórios entre as pessoas que procuram as UBS, nas visitas domiciliares ou mediante os relatos dos ACS e solicitar baciloscopia, realizar consulta de enfermagem mensal e notificar o caso de TB, convocar os comunicantes para investigação, entre outros (BRASIL, 2002).

Nas consultas o enfermeiro deve identificar as queixas e os sintomas que permitam avaliar a evolução da TB com a introdução dos medicamentos, avaliar as reações adversas causadas pelo uso dos mesmos e avaliar o peso do doente já que este é um bom parâmetro de resposta ao tratamento para os pacientes com TB pulmonar e baciloscopias negativas e para os portadores de TB extrapulmonar (BRASIL, 2002).

As principais ações de vigilância epidemiológica consistem: na definição, investigação do caso e notificação; na visita domiciliar a caso novo e convocação dos faltosos; realização de exames nos comunicantes; vigilância em hospitais e em outras instituições; vigilância de infecção tuberculosa em populações de alto risco de infecção; e acompanhamento e encerramento dos casos (BRASIL, 2011).

Como ação de controle da TB é importante que o enfermeiro e a equipe realizem práticas de educação em saúde com o intuito de promover o diálogo entre profissionais de saúde e usuários, a autonomia cidadã e o incentivo a uma postura ativa desses indivíduos em seus ambientes políticos e sociais. Entretanto, entende-se que preocupações relacionadas ao trabalho em equipe, à falta de qualificação profissional permanente, à insuficiência de recursos humanos e à frágil articulação entre comunidade, profissionais de saúde e gestão pública do sistema de saúde dificultam a realização da educação em saúde (SÁ et al., 2013).

Desse modo, percebe-se que a assistência à pessoa idosa doente de TB descrita pelas participantes do estudo está aquém da preconizada pelo Ministério da Saúde. Não é possível que um idoso infectado pelo *Mycobacterium Tuberculosis* seja tratado igualmente à um paciente diabético ou hipertenso. Há uma necessidade premente de revisão das práticas de

cuidado e da assistência de enfermagem no município de Sousa com vistas à atenção integral à saúde do idoso.

4.2 O CUIDADO ENQUANTO VIA DE ACESSO AO VÍNCULO E ENFOQUE FAMILIAR

A ABS envolve dimensões que devem nortear a atenção em saúde, quais sejam: acesso, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar, orientação para a comunidade e formação profissional (STARFIELD, 2002).

O cuidado a pessoa idosa doente de TB deve constituir-se em uma via de acesso principal à construção da relação de vínculo entre profissionais, doentes e familiares; à possibilidades de ampliar o acesso dos idosos aos serviços de saúde, como também, propiciar um maior envolvimento da família no projeto terapêutico do ente adoecido. Contudo, nesse caso em particular, percebeu-se que essa via não foi suficiente para oportunizar efetivas práticas de saúde com enfoque nas dimensões de vínculo e enfoque familiar visto que há uma fragilização nas práticas de cuidados revelados pelas participantes do estudo.

A proximidade e o vínculo que o enfermeiro cria com o paciente, tem grande importância por que há uma chance maior do paciente aderir ao tratamento, por sentir-se bem cuidado, estimulado, confiante e esclarecido sobre qualquer dúvida que tenha sobre seu problema. O enfermeiro também é responsável por incentivar a família a participar do cuidado ao familiar doente, mostrando a importância do apoio familiar para o bem-estar e a recuperação do paciente.

“Do mesmo modo como a gente trata o idoso, a gente trata a família, o mesmo acesso, a mesma relação, a mesma conversa. Quando a gente visita o idoso visita também a família, esclarecendo tudo (E2)”. “No decorrer das visitas foi sendo estabelecida uma relação de confiança (E5)”. “Temos uma boa relação (E4)”.

Ao discorrer sobre a relação, o vínculo estabelecido entre o profissional e os familiares de pessoas idosas adoecidas de TB, as participantes enfatizaram que tal relação advém quando das visitas domiciliares através de esclarecimentos sobre a doença, o tratamento, demonstrando uma fragilização nesse processo, algo deveras negativo para adesão do doente ao tratamento e positivo para o aumento do número de casos de abandono do tratamento. Algumas a consideraram-na como boa, adquirida através da confiança, fato este não observado nas demais falas.

Starfield (2002) considera que o vínculo enquanto ferramenta tem contribuído para garantir a adesão dos doentes e a continuidade do tratamento, uma vez que favorece o

desenvolvimento de uma relação de confiança entre os sujeitos envolvidos no processo terapêutico. O vínculo entre a população e a unidade de saúde requer o estabelecimento de fortes laços interpessoais que reflitam a cooperação mútua entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde.

No Brasil, é crescente o número de estudos que tratam da avaliação do desempenho da Atenção Básica à Saúde (ABS) nas ações de controle da TB. Dentre esses, são encontrados aqueles estudos que apontam o enfermeiro como o profissional que mais estabelece vínculo com o doente de TB (BRUNELLO et al., 2009; GOMES, SÁ, 2009).

Um estudo qualitativo que objetivou analisar os motivos que levam o doente de TB a abandonar o tratamento, realizado em João Pessoa-PB, identificou que os elementos relacionados ao abandono do tratamento da TB estão diretamente associados à maneira como os profissionais da ESF têm prestado assistência ao doente e a sua família, bem como, ao modo como esses serviços de saúde são coordenados e a forma que eles têm acompanhado o paciente, durante do tratamento (ALVES et al., 2012).

No controle da TB, a interação entre profissionais de saúde e a comunidade, bem como diretamente com a família, durante o processo de tratamento, deve ser enfatizada para assegurar assistência integral e resolutiva. Portanto, a inclusão do familiar no tratamento é ação extremamente importante e que deve ser considerada em todos os casos. É necessária articulação da equipe do Programa de Controle da Tuberculose com as equipes das USF, e das USF com os familiares da pessoa doente.

Nessa perspectiva, sobre o envolvimento do familiar com o ente adoecido desde o diagnóstico até tratamento e alta por cura, uma participante alegou o total envolvimento da família com o doente no sentido de companheirismo. Duas disseram não lembrar dessa relação, enquanto as demais apontaram o envolvimento parcial da família, uma vez que atitudes de preconceito e exclusão ainda marcam o comportamento de alguns familiares.

“Olhe tem vários casos, vários, vários casos. Já teve varias situações, já teve situações do paciente se envolver, também dos familiares se envolverem, também de se afastar, até pelo próprio medo da doença, até pela própria rejeição e o medo de se contaminar, ai vem a questão do abandono, não do total abandono, mas assim, ainda daquele de separar tudo, de isolar o paciente, dele ficar lá isolado, não chegar perto das crianças, não poderem brincar com o idoso, pelo medo da contaminação entendeu (E1)”.

Vergonha e preconceito são barreiras que devem ser consideradas em se tratando de TB. Tais sentimentos invadem o paciente e o distancia da sociedade e do serviço de saúde, deixando-o marcado socialmente. O medo de ser estigmatizado pela comunidade e profissionais causa no paciente resistência em aceitar a doença e buscar o serviço.

Segundo Souza, Silva e Meireles (2010), o preconceito não é expresso apenas por aqueles que rodeiam o portador, mas pelo próprio portador, agregado a compreensão que este tem da doença.

Observa-se a importância da família para o êxito terapêutico. Para tal, é necessário que haja uma partilha de compromissos, envolvendo os serviços de saúde, a mulher e seus familiares através da criação de pactos que contemplem as necessidades de todas as partes e que os tornem protagonistas e sujeitos ativos de seus papéis.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inseridos no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF), os enfermeiros destacam-se como os profissionais de saúde protagonistas na história das ações de controle da TB no país. No entanto, apesar da experiência que atravessa a história da saúde no Brasil, a prática de enfermagem, inserida no campo das políticas públicas de saúde, enfrenta o desafio cotidiano de imprimir uma nova lógica à organização do processo de trabalho, de modo a configurar um cuidado construído na perspectiva da integralidade.

Ao objetivar caracterizar o cuidado e as práticas de cuidado de enfermeiros da Atenção Básica desenvolvidas à pessoa idosa doente de tuberculose o presente estudo possibilitou uma aproximação com a realidade vivenciada pelos profissionais enfermeiros do município de Sousa-PB, no qual o cuidado e a assistência de enfermagem são considerados sinônimos. Vê-se que as práticas de cuidado encontram-se fortemente associadas ao modelo clínico medicalizado e neutro, sob influência do paradigma newtoniano-cartesiano. Neste caso, tais profissionais exercem meramente a função de reprodutores/multiplicadores de práticas curativas preconizadas via protocolo pelo Ministério da Saúde.

Ademais, elementos como a ausência de um vínculo solidamente construído entre profissional, doente e familiar; e o pouco envolvimento do familiar no cuidado a pessoa idosa doente de tuberculose são elementos que fragilizam as práticas de cuidado do enfermeiro na Atenção Básica podendo agravar o sofrimento dessa pessoa e aumentar o isolamento social causado pelo adoecimento, bem como, contribuir para a não adesão e/ou abandono do tratamento elevando os índices de incidência e mortalidade da doença.

A partir dos resultados apresentados, se espera, de fato, que a história do enfermeiro na tuberculose na cidade de Sousa seja vista pelo protagonismo da mudança de prática e não pela permanência de ações que pouco contribuem para a 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.

Nessa perspectiva, primando pela participação e discussão dos modelos de atenção em saúde entre esses atores e proscricção da reprodução de práticas de cuidado e formas de pensar individuais engessadas, tem-se a EPS, como um instrumento impulsionador da construção de espaços de aprendizagem, em que os atores trazem as suas experiências, os problemas dos processos de trabalho, assim como as reais necessidades de saúde da população, construindo coletivamente os saberes.

Destarte, os resultados obtidos deverão contribuir para o planejamento de ações e intervenções calcadas em aprendizado significativo, consoante a concepção de EPS 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 TB pulmonar uma assistência de qualidade, na perspectiva do cuidado integral.

Torna-se mister ressaltar que para o alcance de uma atenção integral e resolutiva para o controle da TB, é primordial que as equipes de saúde da família estejam preparadas tecnicamente, bem como, utilizem as tecnologias leves do tipo relacionais, centradas nas necessidades dos usuários, com vistas a beneficiar o processo terapêutico através do fortalecimento da construção do vínculo.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. et al. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 637-642, set/out. 2014.

ALMEIDA, D. V. de. A filosofia levinasiana numa experiência de cuidar em enfermagem: a humanização decorrente da alteridade. **Rev Enfermagem Referência**, v. 3, n. 9, p. 171-179, mar. 2013. Disponível em: <
http://ui.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2366&id_revista=9&id_edicao=51>. Acesso em: 14 mar. 2016.

ALVES, R. S. et al. Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 650-657,

jul-set. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a21.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2014.

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. 2015.

BAGGIO, M. A. O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 01, p. 09 – 16, 2006. Disponível em <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen.>> Acesso em: 19 mai. 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. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n4/v22n4a15.pdf>> Acesso em: 20 fev. 2016.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009. 281 p.

BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F.; SILVA, A. L. A. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. esp., p. 815-819, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea12.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2016.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999. Disponível em: <<http://www.smeduquedecaxias.rj.gov.br/nead/Biblioteca/Forma%C3%A7%C3%A3o%20Continuada/Educa%C3%A7%C3%A3o%20Ambiental/SABER%20CUIDAR-%C3%A9tica%20do%20humano.pdf>> Acesso em: 18 mai. 2016

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

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. 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. 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. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério Da Saúde. Fundação Nacional De Saúde. **Programa de agentes comunitários de saúde: normas e diretrizes**. Brasília: FUNASA; 1994.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 648, de 28 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. 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, 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_0327_M.pdf> Acesso em: 17 de maio de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília, 2011.

_____. **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_pnspi.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2015.

BRAZ, E. de A.; ANDRADE, A. C. de. A ética da alteridade em Levinás: a lição do rosto do outro que clama por responsabilidade. **Rev Filosofia Teologia**, v. 15, n. 48/49/50, p. 29-40, jan/dez. 2011. Disponível em: <http://seer.cesjf.br/index.php/RHEMA/article/view/142/pdf_11>. Acesso em: 14 mar. 2016.

BRUNELLO, M. E. F. et al. Vínculo doente-profissional de saúde na atenção a pacientes com tuberculose. **Acta Paul Enferm.**, v. 22, n. 2, p. 176-182, 2009. Disponível em: http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/2948/art_BRUNELLO_Vinculo_doente-profissional_de_saude_na_atencao_a_2009.pdf?sequence=1. Acesso em 19 abr. 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.; Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. IN: MERHY, E. E; ONOCKO, R. **Agir em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997. Disponível em: <http://dspace.unm.edu/bitstream/handle/1928/4324/structured_abstract.html?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 19 abr. 2016.

COELHO, D. M. M.; MOITA NETO, J. M.; CAMPELO, V. Comorbidades e estilo de vida de idosos com Tuberculose. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 27, n. 3, p. 327-332, jul/set. 2014. Disponível em: http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/2014_v27_n3_artigo5.pdf. Acesso em: 14 jan. 2016.

COSTA, A.L.R.C. **O cuidado como trabalho e o cuidado de si no trabalho de enfermagem**. 1998. 150p. Dissertação (Mestrado). Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina / Universidade Federal do Mato Grosso. Florianópolis (SC).

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, M. et al. Necesidad social de formación de recursos informales para el cuidado: Una disyuntiva para la enfermería profesional. **Index de Enfermería**, v. 19, n. 4, p. 269-273, 2010. Disponível em: <<http://www.index-f.com/ciberindex.php?l=3&url=/index-enfermeria/v19n4/7241.php>>. Acesso em: 11 mai. 2016

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. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 10 abr. 2016.

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. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400001> Acesso em: 21 nov. 2015.

ELIA, L. **Responsabilidade do sujeito e responsabilidade do cuidado no campo da saúde mental.** Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2004. Disponível em: http://www.saude.rio.rj.gov.br/saude/pubsms/media/responsabilidade_do_sujeito.pdf. Acesso em: 09 de jan. 2016.

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerência em enfermagem. IN: KURCGANT, P. **Gerenciamento de enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
FERNANDES, L. L. R. A.; SILVA, J. da. Aids e idosos: contribuições para o planejamento do cuidado de enfermagem. **Rev Pesq Cuid Fundam**, v. 2, p. 369-372, out/dez. 2010. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/SuppFile/935/156>> Acesso em: 10 jan. 2016.

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. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200016>. Acesso em: 22 mar. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Populacional 2010.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 02 mai. 2016.

LOPES, N. M. **Recomposição profissional da enfermagem.** Coimbra: Quarteto editora, 2001.

MATUMOTO, S. et al. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 19, n. 1, 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

OLIVEIRA, A. A. V. de 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. Disponível em <<http://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/117/200>>. Acesso em: 19 fev. 2016.

ORCHARD, C. A. Persistent isolationist or collaborator? The nurse's role in interprofessional collaborative practice. **J Nurs Mang.**, v. 18, p. 248-257, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20546464>>. Acesso em: 19 fev. 2016.

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.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo de integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. IN: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MATOS, R. A. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007.

PERES, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 492-499, jul-set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a15>>. Acesso em: 18 dez 2015.

PROPP, K. M. et al. Meeting the complex needs of the health care team: identification of nurse-team communication practices perceived to enhance patient outcomes. **Qualitative Health Research.**, v. 20, n. 1, p. 15-18, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20019348>>. Acesso em: 14 fev. 2016.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. O processo de trabalho da enfermagem em Saúde Coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 8, n. 6, p. 96-101, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000600014>. Acesso em: 14 fev. 2016.

SÁ, L. D. et al. A discursividade de gestores sobre aspectos relacionados ao retardo do diagnóstico de tuberculose. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 5, p. 1170-1173, 2013a.

SÁ, L. D. et al. Educação em saúde no controle da tuberculose: perspectiva de profissionais da estratégia Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 15, n. 1, p. 103-111, jan-mar. 2013b. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n1/pdf/v15n1a12.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2014

SÁ, L. D. et al. Gateway to the diagnosis of tuberculosis among elders in Brazilian municipalities. **Rev Bras Enferm.**, v. 68, n. 3, p. 408-414, 2015.

SANTOS, É. F. da S. et al. Caráter estigmatizante da tuberculose, natureza biológica e impacto social da doença. **Rev. Fac. Odontol. Lins**, v. 24, n. 1, p. 41-50, jan/jun. 2014. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/FOL/article/view/1934/1335>>. Acesso em: 15 mar. 2016.

SILVA, E. A. et al. Estimação do tempo de abandono de pacientes em tratamento da tuberculose. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, v. 8, n. 12, p. 4206-4213, dez. 2014. Disponível em: < <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/6740/10976>>. Acesso em: 22 abr. 2016.

SILVA, I. de J. et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. 3, p. 697-703, 2009. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/viewFile/40411/43389>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

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: 29 abr. 2016.

SILVA, R. M.; LANDIM, F. L. P. Atenção básica em saúde – sistema para a enfermagem prevenir e/ou minimizar problemas de saúde. **Rev Rene**, v. 13, n. 3, p. 492-493, 2012.

SILVA, V. G.; MOTTA, M. C. S.; ZEITOUNE, R. C. G. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 3, p. 441-418, 2010. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/v12n3a04.htm>. Acesso em: 21 mar. 2016.

SOUZA, M. L. et al. O cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto Cont Enferm.**, v. 14, n. 2, p. 266-270, 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a15v14n2>>. Acesso em: 19 fev. 2016.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

VALE, E. G.; PAGLIUCA, L. M. F. **Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação**. Rev. bras. enferm. Vol. 64 nº 1 Brasília Jan./Feb. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100016#nota1>. Acesso em: 06 mai. 2016.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012. Disponível em: < http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400003>. Acesso em: 19 mar. 2016.

VERAS, R. S. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Públ.**, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v43n3/224.pdf?>>. Acesso em: 08 mar. 2016.

VILLA, T. C. S.; MISHIMA, S. M.; ROCHA, S. M. M. A enfermagem nos serviços de saúde pública do estado de São Paulo. IN: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. **O trabalho e enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

WEIRICH, C. F. O trabalho gerencial do enfermeiro na rede básica de saúde. **Texto Cont Enferm.**, v. 18, n. 2, p. 249-257, 2009.

ZUBEN, N. A. V. Vulnerabilidade e finitude: a ética do cuidado do outro. **Rev. Filosofia.**, v. 39, n. 125, 2012. Disponivem em:

<<http://www.faje.edu.br/periodicos2/index.php/Sintese/article/download/1857/2163>>. Acesso em: 05 mai. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O ENFERMEIRO

Dados sociais e demográficos

Data: _____ Horário: _____ Local: _____

Código de identificação: _____

Sexo: () M () F Idade: _____ anos Estado civil: _____

Titulação: _____ Especialidade: _____

Tempo de formação acadêmica: _____

Tempo de atuação na ESF: _____

ESF em que atua: () Zona urbana () Zona rural

Outras atividades profissionais: _____

Renda familiar: _____ Entrevistador: _____

Casos de TB em pessoas idosas na unidade: _____

Questões voltadas à discursividade do enfermeiro

1. Conte para mim o que você entende por cuidado.
2. Fale para mim como você realiza o cuidado ao doente idoso de TB e à sua família.
3. Fale sobre a acessibilidade do doente e de seu parente aos serviços de saúde.
4. Conte para mim a relação existente entre você e o familiar do idoso doente de TB.
5. Descreva a consulta de enfermagem ao usuário (a) idoso (a).
6. Fale sobre o percurso que o doente idoso faz para obter o diagnóstico da TB.
7. Descreva o envolvimento/participação do familiar com o idoso doente de TB desde a suspeição da doença até o início do tratamento.

APÊNDICE B – 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 Vidres, 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

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Bom dia (boa tarde ou noite), meu nome é Francisco Kleber Soares Cesário, aluno 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 “Discursos de familiares e enfermeiros relacionados ao cuidado à pessoa idosa doente de tuberculose”.

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 sob o tema, foram determinantes para elaborar e apresentar um projeto de investigação tendo como sujeitos os familiares desses idosos e os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) que lidam com o controle da doença, pois ambos 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 analisar os efeitos de sentidos nos discursos familiares e enfermeiros da Atenção Básica relacionados ao cuidado à pessoa idosa doente de tuberculose.

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

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: A pesquisa oferecerá risco mínimo a integridade física, psicológica e social dos enfermeiros e 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 analisar os efeitos de sentidos nos discursos familiares e enfermeiros da Atenção Básica relacionados ao cuidado à pessoa idosa doente de tuberculose. 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 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

ANEXOS

ANEXO A - 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

ANEXO B – 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

FACULDADE SANTA MARIA/PB



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 delimitada 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

FACULDADE SANTA MARIA/PB



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