



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

RAYARA CIBELLE RIBEIRO DA SILVA

**PRÁTICAS DE ENFERMAGEM DIRECIONADAS A GESTÃO DO CUIDADO À
PESSOA COM TUBERCULOSE NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE**

CAJAZEIRAS, PB

2018

RAYARA CIBELLE RIBEIRO DA SILVA

**PRÁTICAS DE ENFERMAGEM DIRECIONADAS A GESTÃO DO CUIDADO À
PESSOA COM TUBERCULOSE NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE**

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

2018

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

S586p Silva, Rayara Cibelle Ribeiro da.
Práticas de enfermagem direcionadas a gestão do cuidado à pessoa com tuberculose na perspectiva da integralidade / Rayara Cibelle Ribeiro da Silva. - Cajazeiras, 2018.
68f.:il.
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Dra. Kennia Sibelly Marques de Abrantes.
Monografia (Bacharelado em enfermagem) UFCG/CFP, 2018.

1. Tuberculose. 2. Cuidados de enfermagem. 3. Gestão do cuidado. 4. Atenção primária à saúde. I. Abrantes, Kennia Sibelly Marques de. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.


RAYARA CIBELLE RIBEIRO DA SILVA

Práticas de enfermagem direcionadas a gestão do cuidado à pessoa com tuberculose na perspectiva da integralidade

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

Aprovado em: 13/03/2018

Banca Examinadora:


Prof. Dr. Kennia Sibelly Marques de Abranches
(Orientadora – UAENF/CFP/UFCG)


Prof. Dr. Marcelo Costa Fernandes
(Membro examinador – UAENF/CFP/UFCG)


Prof. Rafaela Rolim de Oliveira
(Membro examinador – UAENF/CFP/UFCG)

Esse trabalho é dedicado primeiramente ao meu Deus criador, Altíssimo do Universo, autor do meu destino e tão generoso em minha vida. À Maria, minha Mãe Santíssima, a qual tenho certeza que me carregou em seus braços muitas vezes em que precisei. Aos meus pais Ana e Adalberto, que foram meu maior sustento nessa jornada, a quem sempre pude recorrer, me incentivando e apoiando. Essa vitória é graças a vocês e para vocês.

AGRADECIMENTOS

À Deus, toda honra e toda glória! Gratidão por me dar a chance de acordar todos os dias, com saúde e força para lutar pelos meus objetivos, por me abençoar mais do que mereço, pelas oportunidades confiadas, por sempre me amar e me presentear todos os dias com riquezas incalculáveis. Obrigada Pai, pelo amparo e discernimento para a realização desse trabalho. Tu és o Reino, o Poder e a Glória para sempre!

Aos meus pais, Ana Beta e Francisco Adalberto, os maiores realizadores desse sonho, aqueles que nunca me desampararam, que cuidaram de mim durante essa jornada, amando-me, apoiando minhas escolhas e tornando-as possíveis com segurança. Minha eterna gratidão por me proporcionarem o ingresso e o término nesse curso conforme a vontade de Deus. Sem vocês esse sonho não seria possível. Os amo infinito e universo.

A minha avó Francisca Ana e minha tia Nida, que sempre expuseram palavras de apoio e acreditaram em mim mais que eu mesma. Me incentivaram com todo carinho e ternura, mostrando que eu estava no caminho certo e que sempre podia contar com elas. Vocês me fazem ser melhor.

A minha avó Maria (*in memoriam*), que sempre soube que eu chegaria onde estou. Sempre confiou e cuidou de mim, incentivando a lutar pelos meus sonhos. Foi a primeira pessoa que acreditou na minha escolha pelo curso de Enfermagem, à qual tive a oportunidade de cuidar conforme o código de ética da profissão e de Deus. Me aproximei da real prática do enfermeiro quando do período de sua doença. Naquele momento de fragilidade pude ajudá-la e cuidá-la. E cuidaria, quantas vezes fosse preciso, com todo amor e atenção. Graças a ela soube o que eu seria e o que faria enquanto profissional. Estará sempre no meu coração e memória.

Ao meu único irmão de sangue, Jonathan, que teve paciência comigo durante esse tempo, me ajudando nos momentos difíceis, sendo amigo, fazendo com que essa jornada ficasse mais leve, me ouvindo, seguindo meus conselhos e sendo sempre por mim. Te desejo o mundo. Deus te guie.

Ao meu namorado César Filho, pela paciência e respeito ao meu cronograma acadêmico. Obrigada pelas palavras de apoio, conforto e ajuda sempre que possível, sendo delicado, cuidadoso, atencioso e carinhoso, me levando a qualquer hora onde eu precisasse ir para cumprir obrigações da faculdade. Obrigada, meu amor!

A minha orientadora querida, a professora Dr^a. Kennia Sibelly, que aceitou essa empreitada junto comigo, que me motiva cada vez mais, me ensinando muito com seus conselhos indispensáveis. A realização desse e de outros trabalhos, bem como, todo meu aprendizado colhido ao longo desses anos devo a você professora Kennia. Gratidão pela generosidade de sempre e apreço em ser minha orientadora. Que Deus abençoe seu lar e sua família linda!

Ao professor Dr. Marcelo Costa, orientador do Grupo de Pesquisa Laboratório de Tecnologia de Informação e Comunicação em Saúde (LATICS), a qual fui membro, exercendo atividades de monitoria por duas vezes. Obrigada pelas incontáveis orientações. Firmamos uma parceria que dura até hoje e sei que durará para sempre. Será meu eterno orientador. Fostes um dos responsáveis pelo meu aprendizado extra sala, sempre muito acessível, muito mesmo. Disposto a ensinar com prazer e instigando sempre o nosso melhor, aconselhando e elogiando. De você, recebi as melhores motivações e elogios. Sei que acredito em mim e isso me faz acreditar também. Obrigada por me apresentar e me fazer amar o Sistema Único de Saúde SUS que temos, por me ensinar tudo que ensinou, sendo impossível mensurar o tamanho real desse ensinamento. Muito do que sei devo a você. E, como mesmo diz: "... a gente gosta e demonstra apreço a quem a gente quer bem". Obrigada por tudo, que Deus o abençoe grandemente.

A banca examinadora, na pessoa da professora Rafaela Rolim, pela atenção, disponibilidade e zelo ao dispor de um novo olhar para com esse trabalho. As contribuições tecidas contribuirão para o enriquecimento do mesmo, o qual não exprime perfeição.

A professora doutoranda Arieli Rodrigues, a qual tive o prazer de tê-la como orientadora junto ao Programa Institucional de Voluntários de Iniciação Científica (PIVIC) e ao projeto guarda-chuva desse trabalho desenvolvido por ela e professora Kennia. Gratidão por me escolher, disponibilizar essa oportunidade, por me apresentar a tuberculose com outros olhos, proporcionando-me maior conhecimento e experiência na temática. Grata por me aproximar da pesquisa e suas nuances, por confiar e acreditar em mim, pela paciência, pelos momentos de orientação e dedicação que não foram poucos. Obrigada pelos ensinamentos valiosos. Desejo luz, bênçãos e graças a você e toda sua família.

As minhas amigas Paloma Karen e Fabrícia Vidal, que foram ouro nessa caminhada, me dando os melhores conselhos, cuidando de mim como família, me proporcionando grandes momentos. Espero ter sido tão importante para vocês quanto foram para mim. Obrigada Paloma, por me considerar praticamente sua irmã, por ceder seu apartamento sempre que

precisei, sem titubear, pelos conselhos, palavras de conforto, carinho, ajuda em todo o curso e pela dupla de hoje e sempre. Obrigada Fá, pelas mais sábias palavras, por todo cuidado e preocupação comigo; aprendi muito com o seu jeito de ser. Desejo sucesso e luz à vocês habitam em meu coração!

A Crys, Sara e Lana que sempre me acolheram em suas casas de abraços abertos nos momentos em que precisei de abrigo e de noites de estudos em Cajazeiras. Não poderia esquecer de vocês, que me deram a mão quando mais precisei.

A Júlia e Mario Hélio, pela valiosa contribuição durante a fase de coleta de dados, guiando-me durante dias para as Unidades de Saúde da Família do município de Sousa, sem medir esforços. Não sei se teria conseguido sem vocês.

Aos meus amigos que participaram também desse caminhar, entendendo minhas ausências em alguns momentos, me motivando sempre mais, acreditando em mim e mostrando que sou capaz. Vocês são indispensáveis, em especial Layane e Carol. Deus abençoe cada um!

A Secretária Municipal de Saúde de Sousa, e os enfermeiros que compõem as equipes de Saúde da Família por acreditarem na possibilidade de mudança da gestão de cuidados dispensada a pessoa com tuberculose a partir dos resultados dessa pesquisa.

A todos que ajudaram direta ou indiretamente para realização dessa pesquisa, mais um passo, tão importante e sublime para minha vida.

“Ao cuidar de homens e mulheres, crianças e pessoas idosas, – em qualquer fase da sua vida, desde o nascimento até à morte – vocês estão em contínua escuta e compreensão das exigências de um enfermo, cuja situação requer um árduo esforço de discernimento e atenção. Desta forma, sua profissão se torna uma verdadeira missão”.

(Papa Francisco)

SILVA, Rayara Cibelle Ribeiro. **Práticas de enfermagem direcionadas a gestão do cuidado à pessoa com tuberculose na perspectiva da integralidade.** 2018. 68p. Monografia (Curso Bacharelado em Enfermagem) – Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras-PB, 2018.

RESUMO

A trajetória política de ações de controle da tuberculose apresenta um percurso satisfatório, muito embora, estudos assinalam fragilidades no modo de gerenciar, organizar e disponibilizar recursos que facilitem o diagnóstico precoce e produção do cuidado a pessoa com Tuberculose no cenário da Atenção Básica, principalmente sob o enfoque da integralidade. O Programa Nacional de Controle da Tuberculose tem se articulado e estruturado para promover estratégias que visem a descentralização e horizontalização das ações de prevenção, vigilância e controle da tuberculose no âmbito da Atenção Primária com parceria entre outros setores de saúde, fortalecendo o modelo de atenção hegemônico do Sistema Único de Saúde. Descrever, na perspectiva da integralidade, como se efetivam as práticas de enfermagem direcionadas a gestão do cuidado a pessoa com tuberculose na Atenção Básica. Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, desenvolvida nas Unidades de Saúde da Família de um município do sertão Paraibano, prioritário no desenvolvimento de ações de controle da tuberculose. Participaram 15 enfermeiros atuantes nas equipes da Estratégia Saúde da Família desse município, nos quais possuem ou já acompanharam casos da doença na área. A coleta de dados foi realizada nos meses de novembro de 2017 a fevereiro de 2018 por meio de um questionário estruturado. O material empírico foi analisado e fundamentado pela técnica de Análise de Conteúdo, modalidade temática. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria (nº 1.502.733) em atendimento a Resolução 466/2012. As enfermeiras conceituam e reconhecem a importância da integralidade na prática diária do enfermeiro para satisfazer as necessidades do usuário. Apresentam dificuldades em contextualizar a situação atual da tuberculose no município alegando falta de informação e/ou mesmo subnotificação de casos, após a centralização das ações de controle da doença para a Policlínica municipal, serviço secundário de referência. As ações de enfermagem direcionadas à gestão do cuidado integral à tuberculose, desenvolvidas por meio de tecnologias leveduras, resumem-se na busca ativa dos sintomáticos respiratórios suspeitos de forma isolada e descontinuada, retratando uma linha de coordenação e gestão vertical que induzem à fragmentação do cuidado e do processo de trabalho em saúde; registro e notificação dos casos; visitas domiciliares e

orientações gerais sobre a doença. A ausência de um serviço de referência/ contra referência e de ferramentas/dispositivos de gestão do cuidado foram apontados como causa e consequência de um modelo desestruturado de atenção que não prevê uma Atenção Básica à Saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada preferencial do sistema. Necessita-se (re) pensar o modelo de atenção vigente no município a partir da descentralização e planejamento das ações de controle da tuberculose para as equipes de Saúde da Família, concomitante, à implantação de uma Rede de Atenção à Saúde que possibilite a organização estrutural do sistema e uma relação horizontal, contínua e integrada entre os níveis de atenção, com o objetivo de produzir uma gestão compartilhada do cuidado integral.

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

SILVA, Rayara Cibelle Ribeiro. **Nursing practices directed to the management of the care of the person with tuberculosis from the integrality perspective.** 2018. 68p. Monography (Bachelor's Degree in Nursing) - Center for Teacher Training, Federal University of Campina Grande, Cajazeiras-PB, 2018.

ABSTRACT

The political trajectory of actions to control tuberculosis presents a satisfactory path, although, studies indicate weaknesses in the way to manage, organize and make available resources that facilitate the early diagnosis and production of care for people with TB in the scenario of Primary Care, mainly under the focus of integrality. The National Tuberculosis Control Program has been articulated and structured to promote strategies aimed at the decentralization and horizontalization of tuberculosis prevention, surveillance, and control actions in Primary Health Care with a partnership among other health sectors, strengthening the model of hegemonic care of the Unified Health System. To describe, from the integrality perspective, how the nursing practices directed to the management of care of the person with tuberculosis in Primary Care are effective. This is a descriptive research, with a qualitative approach, developed in the Family Health Units of a municipality in the Sertão Paraibano, a priority in the development of tuberculosis control actions. Fifteen nurses working in the Family Health Strategy teams of this municipality participated, in which they have or have followed cases of the disease in the area. Data collection was performed from November 2017 to February 2018 by means of a structured questionnaire. The empirical material was analyzed and based on the technique of Content Analysis, thematic modality. The study was approved by the Research Ethics Committee of Faculdade Santa Maria (nº 1,502,733) in compliance with Resolution 466/2012. Nurses conceptualize and recognize the importance of integrality in the nurses daily practice to satisfy the needs of the user. They present difficulties in contextualizing the current situation of tuberculosis in the municipality, alleging lack of information and / or even underreporting of cases, after centralization of the disease control actions to the municipal polyclinic, secondary referral service. The nursing actions directed to the management of integral care for tuberculosis, developed through yeast technologies, are summarized in the active search of the suspected respiratory symptoms in an isolated and discontinued way, depicting a line of coordination and vertical management that induce the fragmentation of care and the work process in health; registration and notification of cases; home visits and general guidelines on the disease. The absence of a referral / reference service

and of care management tools / devices were pointed out as the cause and consequence of a unstructured model of care that does not provide for a Basic Health Care structured as a first level of attention and a preferential entrance door of the system. It is necessary to (re) think the current model of care in the municipality from the decentralization and planning of tuberculosis control actions to the Family Health teams, concomitant, to the implementation of a Health Care Network that allows the structural organization of the system and a horizontal, continuous and integrated relationship between the levels of care, aiming to produce a shared management of integral care.

Keywords: Nursing. Tuberculosis. Primary Health Care. Integrality in Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
BK	Bacilo de Koch
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CN BK+	Número de casos novos com baciloscopia positiva
CNCT	Campanha Nacional Contra a Tuberculose
CN TF	Número de casos novos por todas as formas de TB
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
DOTS	Directly Observed Treatment-short course
ESF	Estratégia Saúde da Família
LATICS	Laboratório de Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NS	Núcleos de Sentido
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PIVIC	Programa Institucional de Voluntários de Iniciação Científica
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TP	Transferência de Política
TS	Tratamento supervisionado
USF	Unidade Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
UR	Unidades de Registro
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – A integralidade como ferramenta laboral do enfermeiro na gestão do cuidado.

Quadro 2 – Gestão do cuidado e organização dos serviços de controle da tuberculose no município de Sousa-PB

Quadro 3 – Práticas de enfermagem na gestão do cuidado direcionada a pessoa com tuberculose.

Tabela 1 – Distribuição da situação epidemiológica dos casos novos de tuberculose pulmonar, notificados no período de 2012 a 2016 em Sousa/PB.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	20
2.1 PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NAS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE	20
2.2 A INTEGRALIDADE COMO FERRAMENTA DA GESTÃO DE CUIDADO	25
3 PERCURSO METODOLÓGICO	28
3.1 DESENHO DE PESQUISA.....	28
3.2 CAMPO DE PESQUISA	28
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	30
3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	30
3.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	31
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	32
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
6 REFERÊNCIAS	52
APÊNDICES.....	59
ANEXOS	63

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo integra o projeto de pesquisa “Discursos de familiares e enfermeiros relacionados ao cuidado à pessoa idosa doente de tuberculose” de autoria e coordenação das professoras Dra. Kennia Sibelly Marques de Abrantes e Me. Arieli Rodrigues Nóbrega Videres.

Minha aproximação pela temática ‘Tuberculose’ (TB) adveio no ano de 2015, quando participei como voluntária do Programa Institucional de Voluntários de Iniciação Científica (PIVIC), no qual pude conhecer rasteiramente o processo de trabalho do enfermeiro no controle da tuberculose. Concomitante, a experiência vivenciada no Estágio Curricular Supervisionado I na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Sousa me possibilitou conhecer o real trabalho de enfermagem direcionado a pessoa com tuberculose, permitindo identificar as atividades que são realmente desenvolvidas a nível de Atenção Básica pelo enfermeiro nesse cenário. A experiência oferecida nesses momentos contribuiu para a estruturação de uma reflexão crítica relacionada a realidade, resultando na inquietação de compreender melhor as nuances que envolvem a gestão do cuidado na TB tendo em vista a integralidade.

A tuberculose (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 (SANTOS et al., 2014).

Foi a primeira doença declarada de prioridade a Saúde Pública mundial pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1993. Contudo, no atual contexto da história da saúde, a TB 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).

De acordo com Brasil (2015), estima-se que um terço da população mundial esteja infectado pelo *Mycobacterium tuberculosis*. O Brasil ocupa atualmente a 16ª posição em número absoluto de casos dentre os 22 países com alta carga da doença priorizados pela OMS que concentram cerca de 80% dos casos de TB do mundo. Em 2016 foram registrados 66.796 casos novos e 12.809 retratamentos da doença. No período compreendido entre os anos de 2007 a 2016 a incidência variou anualmente em média de 1,7%, passando de 37,9/100.000

habitantes em 2007 para 32,4/100.000 habitantes em 2016. Apesar dessa redução, o país está distante de atingir a meta de controle da doença e registrar 10 casos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2016).

Tendo sido a TB reconhecida pela OMS, a partir de 1993, como uma emergência mundial, a estratégia *Directly Observed Treatment-short course* (DOTS) foi adotada como resposta global para o controle da doença. No Brasil, o DOTS foi lançado em 1996 pelo Ministério da Saúde (MS) para melhoria de alguns indicadores relacionados à TB. O Tratamento Diretamente Observado (TDO) compõe um dos cinco pilares da estratégia DOTS. Consiste na observação da ingestão dos medicamentos, preferencialmente todos os dias, visando o fortalecimento da adesão do doente ao tratamento e à prevenção do aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos (LOPES; VIEIRA; LANA, 2015; BRASIL, 2011A;B).

Pesquisas realizadas sobre a implantação e a sustentabilidade do DOTS, especialmente do TDO, identificaram que a implantação desta estratégia causou impacto positivo nos índices de cura e abandono. Entretanto, alguns fatores operacionais e o contexto geopolítico funcionaram como barreiras ao oferecimento desta modalidade de tratamento. Em vista disso, observa-se que as especificidades locais e regionais merecem uma atenção singular por ocasião da pactuação das ações de saúde feitas entre as instâncias (estadual, municipal) gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que o TDO é o protagonista da política de descentralização da TB para a Atenção Básica (AB) (PALHA et al., 2009; MACIEL et al., 2008; GAZETA et al., 2007).

No estado da Paraíba, o DOTS foi implantado a partir de 1999 (SÁ et al., 2006). Já a transferência de política (TP) do TDO transcorreu no ano de 2007 para os serviços da AB. Embora algumas equipes já realizassem o TDO nas Unidades de Saúde da Família (USF), foi neste ano que a gestão local deu passos em favor da TP das ações do controle da TB, dentre elas, o TDO para ESF (SÁ et al., 2011). Esse processo de transferência constitui-se em um significativo avanço, muito embora venha impondo vários desafios, como o de articulação das ações entre os diversos níveis técnico-administrativo-gerenciais do sistema de saúde.

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

O enfermeiro desenvolve o trabalho gerencial na atuação contra a tuberculose, com ações de cunho preventivas e curativas, que se associam juntamente ao planejamento, estruturação, avaliações das tarefas e intervenções do cuidado propriamente incluídas no tratamento e controle da TB. Assim, cabe ao enfermeiro realizar consulta de enfermagem, solicitação de exames, buscar e identificar os sintomáticos respiratórios, notificar casos positivos, envolver-se e capacitar-se em ações de educação permanente e continuada em saúde, entre outras atividades, proporcionando-o melhor desenvoltura nas intervenções com relação à doença (RÊGO et al., 2015).

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

A prevenção, identificação precoce e tratamento adequado dos casos são as principais metas do cuidado em tuberculose. Para a efetivação desses pilares é importante o sucesso das condutas incrementadas, assim como, profissionais que operem de forma eficaz (SILVA, 2014; SOBRINHO et al., 2014). Logo, conforme a Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), a integralidade é um dos mais significativos e valorosos princípios que contribui a efetivação do cuidado ao doente de TB, proporcionando ações que visualizem o sujeito de forma plena (RÊGO et al., 2015).

De acordo com Farias et al. (2013), a integralidade consiste em uma atenção totalitária, que não admite divisão, que considera os usuários em uma visão irrestrita e extensa. Visa a integralização de todas as dimensões do sujeito assim como dos níveis de complexidade dos serviços. Pode ser definida pela articulação entre promoção e recuperação da saúde, prevenção de agravos, construindo saberes integrais e intersetoriais, valorizando os desejos, aflições, sentimentos e relacionamentos humanos em uma perspectiva abrangente do ser humano.

Nesse sentido as práticas de enfermagem direcionadas a pessoa com tuberculose se destacam como elementares na equipe da ESF e merecem atenção reforçada, uma vez que, o seu processo de trabalho busca desenvolver ações que valorizem a autonomia do sujeito e assegurem um cuidado continuado. A gestão do cuidado de enfermagem promove melhor

articulação entre a equipe, executando melhor a ênfase no cuidado integral, proporcionando ao indivíduo uma assistência mais eficaz e eficiente (BALLESTERO et al., 2014).

Visando contribuir com a melhoria e/ou inovação do fazer profissional da enfermagem no contexto da AB, quiçá de outros níveis de atenção, credita-se a necessidade de desenvolvimento de estudos dessa natureza que promovam reflexões e, consequentes transformações paradigmáticas no campo da Enfermagem.

De acordo com Nunes (2010), é importante destacar que as práticas de cuidado integral e 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.

Os atores envolvidos no cuidado a pessoa com TB, quer seja, familiares, cuidadores, enfermeiros e demais profissionais da ESF estão inseridos em dimensões éticas, políticas, sociais e humanas, sendo capazes de planejar, propor, refletir e controlar as formas de atenção e gestão. Nessa perspectiva, ao primar pela participação e discussão dos modelos de atenção em saúde entre esses atores e proscrição da reprodução de práticas de cuidado integral questiona-se: considerando a integralidade como um componente elementar da Atenção Primária em Saúde, como se caracterizam as práticas dos enfermeiros da Atenção Básica desenvolvidas para gerir o cuidado à pessoa com tuberculose durante o Tratamento Diretamente Observado?

Busca-se, pelos questionamentos, contribuir para o desenho de planejamento de ações de cuidado que levem em consideração o cenário epidemiológico da TB com vistas a redução da taxa de incidência, prevalência, mortalidade e subnotificação da doença, responsabilização pelo tratamento e melhoria da qualidade do acesso aos serviços de saúde.

Deseja-se, também, colaborar com os serviços de saúde e gestores locais, quiçá de todo o Brasil, no fortalecimento do trabalho em rede por meio de reflexões filosóficas e ontológicas que levem a inovação de ações voltadas para a melhoria e garantia da acessibilidade aos serviços e, colaborar com a qualificação dos profissionais enfermeiros, nos quais devem incorporar em seu processo de trabalho em ato (vivo) elementos necessários para organizar a prestação de cuidados integrais, quais sejam, conhecimentos científicos, habilidades técnicas e aspectos humanísticos na relação profissional-família-usuário.

Nessa perspectiva, o presente estudo objetiva descrever, na perspectiva da integralidade, as ações desenvolvidas pelos enfermeiros da Atenção Básica na gestão do cuidado à pessoa com tuberculose durante o Tratamento Diretamente Observado.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NAS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa, endêmica e progressiva, que atinge vários tecidos do corpo, principalmente os pulmões. É causada por um agente bacteriano denominado *Mycobacterium tuberculosis*, conhecido popularmente como bacilo de Koch (CHAVES, 2017).

Diante de informações fundamentadas em pesquisas e evidências arqueológicas, constata-se que os primeiros casos de TB humana tenham sido em múmias egípcias, há mais de 5000 anos a. C., apontando anormalidades peculiares da coluna vertebral pela doença, como também a contaminação dos tecidos pelo Ácido Desoxirribonucleico (DNA) do *Mycobacterium tuberculosis*. Nacionalmente, apenas na colonização européia a TB surge de forma endêmica causando sequelas econômicas e sociais no país até a atualidade (MACIEL, 2012).

A contaminação da TB acontece em sua maioria pelas vias aéreas, principalmente em locais com pouca ventilação e fechados que permitem maior e melhor circulação do agente. A sua principal origem de infecção é o doente de tuberculose pulmonar e bacilífero, aqueles que possuem positividade na baciloscopia de escarro (BRASIL, 2008).

A principal via da infecção por tuberculose é a inalatória, na qual o indivíduo entra em contato com uma carga de bacilos pelo ar do ambiente onde esteja um outro indivíduo bacilífero (doente de tuberculose). Após a inalação e infecção dos bacilos, eles tendem a fixar-se na bifurcação traqueobrônquica onde acarretara a resposta imunológica inicial, podendo resultar na eliminação dos bacilos ou não (COSTA et al., 2013).

Vale ressaltar que, o bacilo de Koch é capaz de desenvolver recursos para escapar da proteção gerada pelo ser humano, inibindo o mecanismo de defesa do corpo e ocasionando o adoecimento. Dessa forma, pode existir o bloqueio oferecido pelo corpo, onde os bacilos não se multiplicarão e não evoluirão para a doença, ou acontecer o contrário, os bacilos se proliferarão e/ou irão migrar para outras áreas do corpo (pleura, rins, ossos, cérebro e gânglios), resultando na tuberculose extrapulmonar (COSTA et al., 2013).

A TB em sua forma pulmonar é a mais comum e abrangente, além de ser a mais contagiosa. Aqueles doentes bacilíferos sem tratamentos chegam a infectar cerca de 10 a 15 pessoas por ano, aumentando a sua relevância para a saúde pública em decorrência da sua

cadeia de transmissão. Com isso, ressalta-se a importância da propagação de conhecimentos sobre os seus principais sinais e sintomas, são eles: tosse seca e contínua subsequentemente com existência de secreção por no mínimo três semanas, sudorese noturna, cansaço excessivo, febre vespertina em geral baixa e falta de apetite causando por sua vez o emagrecimento (BERTOLOZZI et al., 2013).

O diagnóstico da TB é realizado mediante a história clínica apresentada pelo indivíduo em conjunto com os exames de avaliação a nível molecular, quais sejam, o exame de baciloscopia do escarro e a cultura do bacilo de Koch. Soma-se a isso os exames de imagem (radiografia), a prova tuberculínica e exames histopatológicos (FERRI et al., 2014). Segundo o mesmo autor, as amostras utilizadas nas pesquisas dos bacilos incluem lavado brônquico e broncoalveolar e mais comumente o escarro. Ressaltando a importância de exames radiológicos, bioquímicos e hemograma como auxiliares para o diagnóstico, conduzindo a equipe para a conduta mais coerente.

De acordo com Loureiro et al. (2014), a história clínica é realizada diante da escuta e investigação com o paciente, verificando sinais e sintomas, levando em consideração sua história familiar, contatos com pessoas doentes de TB, doenças que proporcionam suscetibilidade como AIDS e diabetes, entre outros.

A nível nacional, cada esquema terapêutico é padronizado e organizado de acordo com as singularidades clínicas de cada doente. O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) preconiza como esquema básico de quimioprevenção realizado durante seis meses em jovens e adultos, e utiliza: Rifampicina (R), Isoniazida (H), Pirazinamida (Z) e Etambutol (E). São drogas utilizadas nos dois primeiros meses. Nos últimos quatro meses segue-se o tratamento com as doses fixas combinadas de rifampicina e isoniazida (COSTA et al., 2013; FERRI et al., 2014).

As medicações usadas no tratamento de TB, também chamadas de drogas anti-TB, ainda incluem a Estreptomicina e Etionamida. A escolha do esquema a ser utilizado irá variar de acordo com algumas ressalvas, como por exemplo a idade do paciente, classificação de resistência, a adesão correta ao tratamento, o não abandono do tratamento, entre outros. Todos os casos devem ser avaliados especificamente para que a escolha do tratamento seja satisfatória. Deve-se realizar a cultura e testes de sensibilidade antimicrobianos para a confirmação do tratamento escolhido (FERRI et al., 2014).

É importante salientar que o tratamento não se resume apenas ao esquema medicamentoso, mas também deve haver o acompanhamento quanto a alimentação, que deve ser hipercalórica, tendo em vista a tendência para perda de peso do doente. Seguir realizando

exames de baciloscopia para a avaliação de sua evolução clínica, reações adversas das drogas e atentar para o sono e repouso preservado.

A fim de reduzir os casos de abandono e a mortalidade causada pela TB, a OMS criou a estratégia *Directly Observed Treatment-short course* (DOTS), implantado no Brasil pelo PNCT (BRASIL, 2011). Essa estratégia baseia-se em cinco principais fundamentos: sistema de gestão eficaz para o fornecimento da medicação; sistema de informação que permita o monitoramento, a avaliação das ações e os respectivos impactos; compromisso político e financeiro crescente e sustentável, detecção dos casos por bacteriologia com qualidade; tratamento padronização com a supervisão na tomada de medicação e, apoio ao doente (LAVÔ, PINHEIRO; GONÇALVES, 2016).

O DOTS faz parte de uma assistência humanizada, integral e descentralizada, que busca o sujeito em sua singularidade, de forma holística e completa, em uma rede de serviços interdisciplinar, atendendo a todas as necessidades do paciente. Nesse contexto, visa controlar a progressão da doença e evitar sua propagação a nível de Atenção Primária a Saúde (APS), por intermédio principalmente das Estratégias de Saúde da Família (ESF), onde suas principais ações de controle consistem em compartilhar conhecimentos junto a comunidade por meio de ações educativas, a busca ativa dos sintomáticos respiratórios, assim como o acompanhamento direto desse paciente através da supervisão da medicação tomada e do quadro clínico, notificação dos casos, busca ativa dos faltosos e dos comunicantes através de visitas domiciliares (BERTOLOZZI et al., 2014).

Na realização da operacionalização do DOTS de forma adequada, as práticas do cuidado devem ser reorganizadas de forma a estarem inseridas diante das atualizações tecnológicas, capacitação dos profissionais e o compromisso da gestão em cumprir com as metas estabelecidas, proporcionando materiais, equipamentos, especializações, espaço físico e tratamento supervisionado aos doentes, principalmente na Atenção Básica.

O enfermeiro é o responsável por conduzir o Programa de Controle da Tuberculose. Através da consulta de enfermagem são colhidas as informações importantes e necessárias para prosseguir como o cuidado adequado aquele determinado cliente. Diante do Protocolo de Enfermagem no TDO, esse cuidado deve ser organizado em primeiro identificar os problemas de saúde do usuário, adquirindo a maior quantidade de informações possíveis usando de instrumentos como anamnese e exame físico, estruturando os Diagnósticos de Enfermagem (DE), planejamento das ações para atender as demandas, de maneira que seja possível realizá-las e que possam levar a bons resultados, implementação das ações planejadas e por fim,

avaliação das ações desenvolvidas, verificando sua eficácia e grau de funcionamento (OLIVEIRA et al., 2016).

Após a identificação e diagnóstico do doente de TB, o seu acompanhamento é pautado no cuidado. O cuidado por sua vez é o instrumento principal do processo de trabalho do enfermeiro, no qual deve ser desfragmentado e integrado, proativo, visando o indivíduo, sua família, comunidade e demais condições influenciadoras, potencializando assim as articulações a um acesso contínuo e os demais serviços de saúde. Nesse contexto, o cuidado na TB requer um *feedback* organizado e complementar diante do seu curso prolongado no período de tratamento, sendo planejado individualmente um plano de cuidado envolvendo os pacientes, suas famílias e a comunidade (SILVA, et al., 2016).

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, 1997). 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.

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

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

Nos dias atuais, o enfermeiro também marca a história da saúde e da TB, quando se observa que é o trabalhador da ESF que, juntamente com o ACS, mais se envolve nas ações do controle da doença e no cuidado ao doente (GOMES; SÁ, 2009).

Os cuidados específicos ao doente de TB devem ser produzidos pelos enfermeiros conforme a Portaria 648 de 28 de março de 2006 na Atenção Básica. No referido documento

compete ao enfermeiro integrante da equipe da ESF, realizar a assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF; realizar assistência no domicílio, nas escolas, associações; produzir o cuidado em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade e, realizar consulta de enfermagem.

Também é de competência do enfermeiro da ESF solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão; planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS; supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem; contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem e, participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2006).

O enfermeiro é o responsável por conduzir o Programa de Controle da Tuberculose. Através da consulta de enfermagem são colhidas as informações importantes e necessárias para prosseguir com o cuidado adequado aquele determinado cliente. Diante do Protocolo de Enfermagem no TDO, esse cuidado deve ser organizado em primeiro identificar os problemas de saúde do usuário, adquirindo a maior quantidade de informações possíveis usando de instrumentos como anamnese e exame físico, estruturando os Diagnósticos de Enfermagem (DE), planejamento das ações para atender as demandas, de maneira que seja possível realizá-las e que possam levar a bons resultados, implementação das ações planejadas e por fim, avaliação das ações desenvolvidas, verificando sua eficácia e grau de funcionamento (OLIVEIRA et al., 2016).

Após a identificação e diagnóstico do doente de TB, o seu acompanhamento é pautado no cuidado. O cuidado por sua vez é o instrumento principal do processo de trabalho do enfermeiro, no qual deve ser desfragmentado e integrado, proativo, visando o indivíduo, sua família, comunidade e demais condições influenciadoras, potencializando assim as articulações a um acesso contínuo e os demais serviços de saúde. Nesse contexto, o cuidado na TB requer um *feedback* organizado e complementar diante do seu curso prolongado no período de tratamento, sendo planejado individualmente um plano de cuidado envolvendo os pacientes, suas famílias e a comunidade (SILVA, et al., 2016).

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 unidades básicas de saúde (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.

2.2 A INTEGRALIDADE COMO FERRAMENTA DA GESTÃO DE CUIDADO

O processo de cuidar envolve uma relação entre a pessoa que cuida e o sujeito, na qual o contexto socioeconômico e as singularidades políticas e culturais estão intimamente presentes. Com isso, pode-se inferir que as práticas de cuidado do enfermeiro na atenção básica ganham significado importante, pois é neste campo que muitos contextos se expressam claramente, refletidos através da aproximação social e cultural com a população. Consequentemente, as necessidades de saúde são identificadas in loco, o que pode proporcionar o desenvolvimento de práticas de cuidado mais integrais (ACIOLI et al., 2014).

De acordo com Cecílio e Merhy (2003), o processo do cuidado em saúde dar-se pelo conjunto de ações complexas, procedimentos de alto e baixo fluxo, conjuntura de conhecimentos, rotinas e método dialético de continuidade. Deve atender o sujeito diante de suas necessidades, de maneira que cure ou preserve sua saúde o máximo possível, trata-se de ações norteadoras em todo processo saúde-doença, que são realizadas em qualquer situação que o sujeito esteja inserido.

Para que o cuidado seja eficaz, deve-se ter em prática uma assistência integral, começando pela reestruturação dos serviços, abandonando todo e qualquer modelo fragmentado de atenção à saúde, somando as ações e visualizando todas as dimensões que envolvem o sujeito (MERHY; CECÍLIO, 2003).

A TB, ainda traz atrelada ao seu contexto, percalços relacionado ao estigma historicamente anexado a ela, a discriminação ou falha na gestão levando o abandono ao tratamento, esse fator potencializa a doença e dificultam seu tratamento. Dessa forma o sistema de saúde é responsável por articular formas que mantenham os usuários captados e assistidos de maneira integral, principalmente no que pode ser feito a respeito da criação de um vínculo entre a equipe de saúde e o doente. Assim destaca-se a importância que o usuário seja atendido na perspectiva da integralidade, considerando todas as dimensões em que ele está inserido, formulando assim uma tríade entre o sujeito, o serviço de saúde e o profissional (BALLESTERO et al., 2014).

A integralidade surge como aliada no cuidado, desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), estruturada na Lei Orgânica da Saúde (8.080) como um dos princípios, em um momento de reestruturação dos serviços, rompendo paradigmas e construindo novos modelos de atenção em saúde. Buscando a descentralização e por fim no modelo biomédico, onde o indivíduo era visto apenas pela doença, o cuidado integral visa ação contínua e articulada baseada nas necessidades subjetivas de cada usuário, levando em conta assistência individual e coletiva, curativas e preventivas, fazendo uso de todos os níveis de complexidade da atenção à saúde (BRASIL, 1990).

Assim, a integralidade tem início pela estruturação no processo de trabalho na atenção básica, onde o cuidado prestado deve ser holístico e multidisciplinar, configurado inicialmente pelos princípios de um acolhimento feito através de escuta ativa, inclusivo e sensibilizado, criando um vínculo bem estruturado entre o indivíduo e a equipe responsável pela sua assistência. Por sua vez, esse cuidado é operacionado diante de diversos campos de conhecimentos e práticas, incorporadas a vigilância a saúde, comunidade e sujeito (FRANCO, JÚNIOR, 2014).

A assistência integral continua em todo o transcurso do paciente pelo serviço de saúde, a fim de que o paciente receba todos os tipos de serviços disponíveis e necessários para os momentos distintos de sua recuperação, desde informações acerca das ações fundamentais ao paciente até o reconhecimento das peculiaridades de cada usuário para que cada atendimento seja conivente com a realidade encontrada. De acordo com os autores, ainda existem três eixos formulados na integralidade, são esses: a orientação familiar, onde o indivíduo está ligado e seu contexto familiar influenciando diretamente no processo saúde-doença; a orientação comunitária, na qual provém do reconhecimento das necessidades populacional; e a competência cultural, que se configura diante das características culturais diferentes de cada comunidade influenciando em suas condutas (SILVA et al., 2014).

De acordo com Starfield (2002), a integralidade do cuidado é compreendida como um serviço prestado pela equipe de saúde em consonância com as respectivas necessidades da comunidade em questão, promovendo saúde, prevenindo doenças, buscando a cura e reabilitação, integrando na assistência serviços que incluam aspectos biológicos, psicológicos e sociais na gerência da AB.

Já Mendes (2011) resguarda o pensamento de que para se obter a integralidade é importante a estruturação dos serviços de saúde de forma articulada em redes. Organizando assim, pelas relações hierárquicas na orientação dos sistemas, projetando metas semelhantes referente a saúde dos atores sociais. Essa configuração proporciona uma rede de atenção a saúde horizontal, possibilitando que o usuário perpassasse por diferentes tipos de tecnologias e apoio, sem distinção de importância ou ordem entre eles (BALLESTERO et al., 2014).

Dessa forma, a integralidade na atenção é saúde é obtida de modo eficaz, quando se pode dizer que as ações desenvolvidas foram construídas diante da compreensão do indivíduo como um todo, plural e complexo, passando pela rede de saúde podendo atender assim, todas as demandas que o cercam e suas necessidades singulares (OLIVÉRIO, et al., 2016).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 DESENHO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo descritivo, ancorado nos pressupostos da abordagem qualitativa que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos de interpretações que as pessoas fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2014).

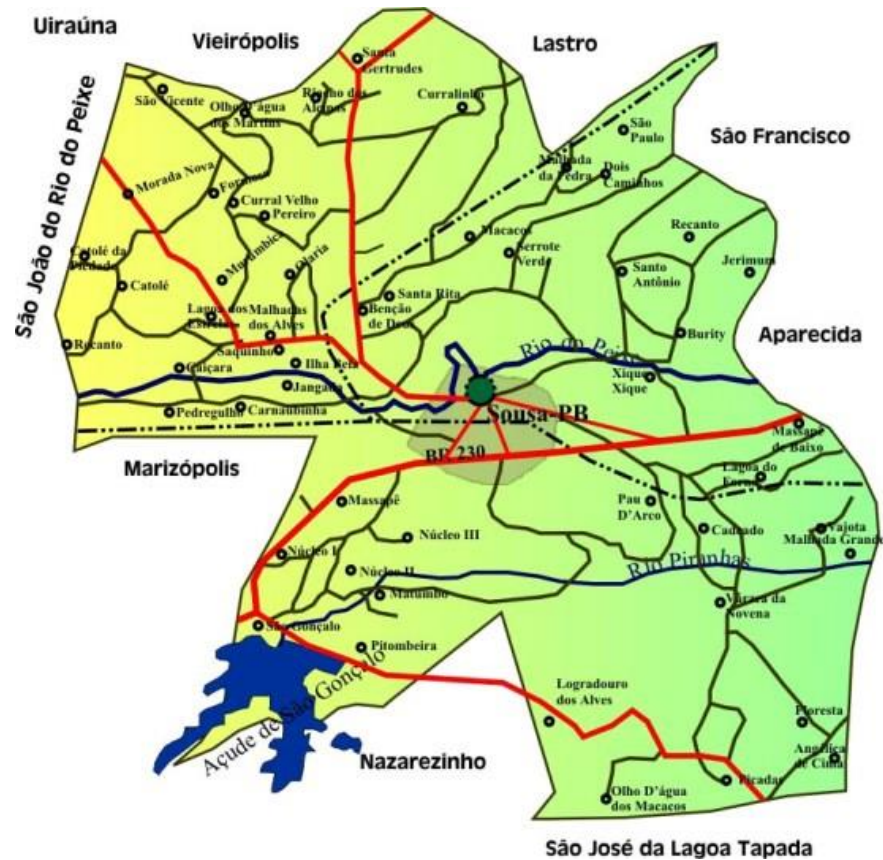
A escolha dessa abordagem é apropriada ao objeto de estudo, uma vez que, o fenômeno no qual se pretende estudar – as práticas de cuidado a pessoa com TB - apresenta cunho social e não exibe tendência à quantificação e/ou generalizações estatísticas. Pelo contrário, possui caráter intersubjetivo, enfatizando opiniões, sentimentos, crenças e outros aspectos que envolvem a convivência com as pessoas acometidas pela doença e as consequências advindas do processo de adoecimento. Logo, o objetivo desse estudo justifica a escolha da abordagem metodológica selecionada.

3.2 CAMPO DE PESQUISA

Foram considerados campos de pesquisa as Unidades de Saúde da Família (USF) de Sousa, município brasileiro localizado no interior do estado da Paraíba, considerado pela Secretaria Estadual de Saúde como prioritário nas ações de controle da tuberculose. Soma-se ainda o fato das pesquisadoras envolvidas na pesquisa residirem no referido município, justificando a escolha do mesmo.

Sousa pertence à mesorregião do Sertão Paraibano e à microrregião de Sousa, distante 438 quilômetros a oeste de João Pessoa, capital estadual. Ocupa uma área de 738,547 km², dos quais 3,0220 km² estão em perímetro urbano. Sua população em 2016, estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016) foi de 69.196 habitantes, sendo o sexto mais populoso do estado, o primeiro de sua microrregião e o segundo da mesorregião.

Figura 1 – Mapa do município de Sousa e cidades circunvizinhas



* Fonte: Prefeitura Municipal de Sousa (2014)

A cidade de Sousa faz parte da 10ª Gerência Regional de Saúde do Estado e corresponde à quarta Macrorregião de Saúde. Sobre a rede de AB, a Estratégia de Saúde da Família conta com 26 Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal, das quais 19 encontram-se localizadas na zona urbana e as demais na zona rural. Conta com 154 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), perfazendo 100% de cobertura da Estratégia. Como apoio matricial, dispõe de cinco Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) – tipo I.

Cada unidade é composta por uma equipe multidisciplinar generalista (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS, odontólogo e técnico de saúde bucal que assiste uma área adstrita variando de 756 até 4.007 pessoas. As ESF são caracterizadas pelo atendimento com demanda espontânea e agendamento, com disponibilidade de recursos de baixa tecnologia e funcionando 40 horas semanais, de segunda a sexta-feira em horário integral.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A população da pesquisa foi composta por todos os enfermeiros que compõem as equipes das EFS somando um universo de 26 profissionais. A amostra, por sua vez, foi constituída intencionalmente pelos enfermeiros que estavam ou já estiveram envolvidos no acompanhamento de casos de TB em sua área adstrita, totalizando 20 profissionais. Desses, apenas 15 participaram da pesquisa por atender os critérios de inclusão.

Foram selecionados a participar do estudo enfermeiros que atuam nas equipes das ESF do referido município desenvolvendo ações de controle da TB, que acompanharam nos últimos dois anos ou acompanham pessoas diagnosticadas com a doença. Tais profissionais aceitaram participar voluntariamente do estudo e, em concordância com sua operacionalização, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após esclarecimentos éticos sobre o mesmo.

Foram excluídas da pesquisa duas unidades de saúde por não possuírem enfermeiros no momento da coleta de dados, bem como, aqueles enfermeiros que estavam afastados de suas atividades laborais por motivo de férias e licença para tratamento de saúde.

Os participantes caracterizam-se como predominantemente do sexo feminino, com idades entre 29 a 44 anos, sendo a maioria casada, atuando na ESF entre 1 ano/6 meses à 4 anos/2 meses, apresentando a Especialização Lato Sensu em Saúde Pública como maior titulação acadêmica. Oito enfermeiras relataram casos de TB em tratamento em sua unidade, enquanto outras sete já acompanharam casos nos últimos dois anos a contar o período da coleta de dados. A maioria informou ter participado recentemente (2º semestre de 2017) de uma capacitação em TB promovida pela Secretaria Municipal de Saúde.

3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no período de novembro de 2017 a fevereiro de 2018 por meio de um questionário estruturado contendo seis perguntas subjetivas (APÊNDICE A) voltadas a gestão do cuidado às pessoas com TB atendidas nas unidades de saúde do município de Sousa. Os participantes discorreram sobre integralidade do cuidado, situação epidemiológica atual da doença nesse município, práticas de enfermagem desenvolvidas durante o acompanhamento das pessoas com TB em tratamento, bem como, sobre a

organização dos serviços de controle da doença. Ressalta que o estudo não possui caráter avaliativo, contudo, os discursos dos participantes refletem uma avaliação do modelo de atenção à saúde vigente.

No mês de novembro de 2017, a pesquisadora participante dirigiu-se ao setor de Vigilância Epidemiológica do município com vistas a identificar o número de casos da doença no período de 2012 a 2016 por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Posteriori, foi realizado um teste piloto com cinco enfermeiras que nunca acompanharam casos de TB para observar a viabilidade do questionário, por meio da verificação dos termos, da clareza das questões e do tempo dispensado para realização da mesma, sendo realizados os ajustes necessários para se proceder a etapa da coleta de dados.

Esses foram abordados individualmente em cada unidade de saúde e convidados a assinarem o TCLE. Em seguida, lhes foram entregues o questionário, e possibilitada a oportunidade de seu preenchimento em ambiente doméstico devido a elevada demanda de atendimentos na unidade. Tais instrumentos foram recolhidos até 48 horas após a sua entrega. Três enfermeiras não o devolveram, enquanto outras quatro responderam-no na unidade quando da visita da pesquisadora participante.

Primando pelo sigilo e anonimato de suas identidades, os participantes foram identificados pela letra alfabética E (enfermeiro) em maiúsculo seguido da numeração conforme a ordem das entrevistas, exemplo, E1, E2, e assim sucessivamente.

Ao término da coleta de dados, a pesquisadora responsável comprometeu-se em reunir todas as participantes do estudo, concomitante a Secretária de Saúde, para apresentar o relatório final que contém o produto final desse estudo.

3.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

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

A pré-análise corresponde à fase de organização propriamente dita através da sistematização de idéias (BARDIN, 2011). Neste momento foram realizadas sucessivas leituras do material coletado para conhecer todos os textos e identificar os pontos

convergentes e significativos ao tema. Os textos passaram por pequenas adequações linguísticas, não eliminando, porém, o caráter espontâneo das falas.

A exploração do material corresponde à transformação dos dados em conteúdos temáticos por meio da codificação das entrevistas, determinando as temáticas a serem discutidas (BARDIN, 2011). Este foi o período mais duradouro da análise, no qual foi realizado o inventário de todas as falas, isolando, codificando e recortando as unidades de registro (UR), entendidas como segmento ou trecho do discurso bem característico. Foram destacadas as seguintes UR: visão holística, interações, princípio, níveis de atenção, garantia à assistência integral, necessidades humanas, ambiente, atividades de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, serviço centralizado, encaminhamento, descentralização, equipe de apoio, campanha, não acompanhamento, solicitação de exames, TDO, registro, referência e contra referência, visitas domiciliares, busca ativa, incentivo ao tratamento, dose supervisionada, Policlínica, orientações, prontuário.

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, 2011). As UR conformaram os seguintes núcleos de sentido: A integralidade como ferramenta laboral do enfermeiro na gestão do cuidado (Quadro 1); Gestão do cuidado e organização dos serviços de controle da tuberculose no município de Sousa-PB (Quadro 2) e; Práticas de enfermagem na gestão do cuidado direcionada a pessoa com tuberculose (Quadro 3).

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: *Gestão do cuidado à pessoa com tuberculose no cenário da Atenção Básica no município de Sousa-PB*.

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

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo considerou os aspectos éticos da pesquisa que envolve seres humanos contemplados na Resolução N° 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde/CNS em

conformidade com os princípios que implicam na eticidade da pesquisa envolvendo seres humanos: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade (BRASIL, 2012).

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

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

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A presente seção trata da apresentação e concomitante discussão dos resultados do estudo a partir do diálogo entre os diversos autores que já contribuíram para a melhoria da gestão do cuidado à pessoa com tuberculose no cenário da Atenção Básica.

Após leituras flutuantes e exaustivas dos relatos das participantes, foram extraídos três Núcleos de Sentido (NS): A integralidade como ferramenta laboral do enfermeiro na gestão do cuidado (Quadro 1); Gestão do cuidado e organização dos serviços de controle da tuberculose no município de Sousa-PB (Quadro 2) e; Práticas de enfermagem na gestão do cuidado direcionada a pessoa com tuberculose (Quadro 3). Tais NS possibilitaram maior reflexão sobre o objeto de estudo expresso pela Unidade Temática Central, qual seja: Gestão do cuidado à pessoa com tuberculose no cenário da Atenção Básica no município de Sousa-PB.

A gestão e a prática de saúde desenvolvem-se em diversos níveis de complexidade, que vão desde o cuidado individual, que envolve a relação profissional/usuário, até a organização e coordenação de sistemas municipais, estaduais e nacionais de saúde.

Falar em gestão do cuidado no cenário da Atenção Básica requer do profissional conhecimento amplo sobre os princípios e diretrizes que regem a política do Estado brasileiro para a saúde - o Sistema Único de Saúde. Dentre esses, destaca-se a integralidade, como modo de organizar as práticas em saúde.

De acordo com Viegas e Penna (2015) o termo integralidade é oriundo do Movimento de Reforma Sanitária datado de 1988. Não consta em dicionários, sendo inserido como descritor em Ciências da Saúde somente em 2014. Na Constituição da República de 1988 não há referência à palavra integralidade, e sim, ao atendimento integral no art. 198, inciso II, que prescreve que, no campo da saúde, haja “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”.

Para as enfermeiras participantes do estudo, a integralidade é percebida e elucidada como uma ferramenta indispensável ao trabalho diário; uma prática social difícil que tenta satisfazer as necessidades individuais e coletivas do sujeito/família para além de ações curativas. Definiram-na ainda como a garantia de uma assistência integral por meio do desenvolvimento de atividades de prevenção, promoção, diagnóstico, recuperação, reabilitação e manutenção da saúde em todos os contextos que o usuário está inserido.

Quadro 1 - A integralidade como ferramenta laboral do enfermeiro na gestão do cuidado

Unidade Temática Central: Gestão do cuidado à pessoa com tuberculose no cenário da Atenção Básica no município de Sousa-PB	
Núcleo de Sentido (NS)	A integralidade como ferramenta laboral do enfermeiro na gestão do cuidado
Unidades de Registro (UR)	Visão holística, interações, princípio, níveis de atenção, garantia à assistência integral, necessidades humanas, ambiente, atividades de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.
Falas	<p><i>“A integralidade da Atenção Primária à Saúde constitui-se no cotidiano do trabalho por meio das interações que acontecem entre o usuário e os profissionais.”(E3)</i></p> <p><i>“A integralidade constitui um princípio do SUS que busca garantir uma assistência a saúde, não apenas curativa, que atenda o indivíduo em seu contexto social, familiar e cultural em todos os níveis de atenção.”(E4)</i></p> <p><i>“A atenção integral é um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde.”(E6)</i></p> <p><i>“A Atenção Primária é a porta de entrada para o usuário. Nas UBSs procuramos fazer uma avaliação integral do paciente no sentido físico e mental, e também avaliamos as questões do local físico e ambiental onde a pessoa está inserida para tentar promover uma assistência mais adequada. De acordo com cada diagnóstico encaminhamos o usuário para outros serviços para garantir que ele tenha uma assistência integral.”(E7)</i></p>

A integralidade pauta-se em uma atenção completa e complexa aos usuários, sendo a configuração para as mudanças das práticas em saúde e formulação de um serviço melhor. Visa principalmente um trabalho ampliado, holístico, subjetivo, que inspire e transforme, voltado para o ser humano diante de todas as suas complexidades. O atendimento integral prioriza o cuidado e desaprova qualquer ação centrada apenas na doença de caráter biológico ou único, valorizando a articulação entre os setores da saúde em forma de rede integrada, para que o indivíduo seja visto em todas as suas dimensões (FOUNTORA; MAYER, 2006).

Considerando os princípios doutrinários do SUS como eixos dessas mudanças na construção de novos modos de produzir saúde, o da universalidade nos impulsiona a construir o acesso para todos, o da equidade nos exige pactuar com todos o que cada um necessita, mas

a integralidade nos desafia a saber e fazer o ‘quê’ e ‘como’ pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um (AYRES, 2009).

Ao tempo em que se observa nas falas de E3, E4, E6 e E7 um conhecimento satisfatório, porém limitado, acerca da integralidade, sente-se uma preocupação pela impossibilidade de utilizá-la como eixo norteador do cuidado a pessoa com TB, bem como de outros usuários. Para Viegas e Penna (2015) não há como falar de cuidado sem considerar a relação que se estabelece no ato de cuidar, nem se pode cuidar de uma pessoa sem considerá-la integral em suas dimensões.

Identificam fatores que dificultam o atendimento integral, como escassez de recursos materiais e humano, demanda elevada de atendimento semanal, falta de vínculo e, no caso da tuberculose, o não acompanhamento das pessoas notificadas. Algumas exprimem o desejo reprimido de atender integralmente o indivíduo em todas suas dimensões, eliminando o caráter curativista das consultas de enfermagem.

Para as enfermeiras E4, E11 e E15, para se oferecer saúde, é preciso trabalhar a área social, já que as situações de vida e saúde divergem em cada caso e para cada ser, ao se considerar, além das condições de vida, a subjetividade. O distanciamento do social indica uma via de desumanização das práticas de saúde (VIEGAS; PENNA, 2015).

De acordo com Chaves et al. (2017) os enfermeiros ainda estão ancorados em ações biologicistas que valorizam o conhecimento específico, fragmentam o cuidado e visualizam apenas a doença, priorizando a utilização de tecnologias de alta densidade que concomitantemente desvaloriza o usuário e aumenta os custos para o setor da saúde.

Contudo, um novo paradigma da construção social da saúde nasce apoiado no fortalecimento do cuidado e da promoção à saúde, na ação intersetorial e na crescente autonomia das pessoas e populações em relação à saúde, visando à reorientação das relações entre profissionais de saúde e população (RANGEL et al., 2017; GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

Cabe aos participantes do estudo, bem como aos demais enfermeiros atuantes na Atenção Básica, o papel de protagonistas na transformação dos conceitos e práticas em saúde que orientam o processo de cuidar do indivíduo e comunidade na perspectiva dos princípios do SUS.

No tangente a pessoa com tuberculose, o cuidado integral está diretamente relacionado ao modo como os serviços de saúde se organizam para efetivar as ações de controle da doença. O monitoramento e a avaliação em saúde são ferramentas da gestão e de gerenciamento de sistemas e serviços de saúde. Devem ser realizados periodicamente e

precedidos de orientação local ou regional com cronograma regularmente preestabelecido. São atividades obrigatórias do enfermeiro, que irão auxiliar os profissionais na (re) organização do processo de trabalho, objetivando a melhoria na qualidade da assistência dos serviços ofertados à população afetada pela tuberculose (BRASIL, 2011A).

De acordo com Brasil (2011A), primeiramente, a organização da equipe garante que as ações sejam sistematizadas, contínuas e resolutivas. Deve ser realizada por meio da elaboração de protocolos de atendimento que partam das diretrizes definidas pelo Ministério da Saúde, mas que contemplem as especificidades locais e, principalmente, a dinâmica de trabalho da unidade de saúde e da equipe do Programa de Controle da Tuberculose local.

No município sede do estudo, percebe-se que as funções de gerenciamento, monitorização e avaliação dos serviços de controle da tuberculose não são prioritárias dos enfermeiros das equipes de Saúde da Família, ficando essa responsabilidade para os profissionais técnicos do serviço de referência do município, a Policlínica Miriam Gadelha.

Quadro 2 – Gestão do cuidado e organização dos serviços de controle da tuberculose no município de Sousa-PB

Unidade Temática Central: Gestão do cuidado à pessoa com tuberculose no cenário da Atenção Básica no município de Sousa-PB	
Núcleo de Sentido (NS)	Gestão do cuidado e organização dos serviços de controle da tuberculose no município de Sousa-PB
Unidades de Registro (UR)	Serviço centralizado, encaminhamento, descentralização, equipe de apoio, contra referência,
Falas	<p><i>“Serviço centralizado na Policlínica. Não sei como funciona.” (E1)</i></p> <p><i>“As equipes de Saúde da Família, juntamente com o ACS, fazem a busca ativa e o cadastro desse paciente, que posteriormente são encaminhados à Policlínica do município.” (E3)</i></p> <p><i>“A organização dos serviços de controle da TB não condiz com a descentralização do cuidado preconizado pelo MS. Desde a gestão anterior os serviços de diagnóstico, controle e acompanhamento dos pacientes foram centralizados no serviço de referência na Policlínica municipal. E na atual gestão ainda não foi resolvida a situação.”(E4)</i></p> <p><i>“Os serviços de saúde voltados para a TB são centralizados,</i></p>

	<p><i>com sede na Policlínica do município. Existe uma equipe de apoio que recebe o paciente já diagnosticado e que dali são orientados e ‘acompanhados’. Muitas vezes a contra-referência não existe”(E5)</i></p> <p><i>“Os serviços disponíveis são a UBS e a Policlínica. Na UBS realiza busca ativa através das visitas ou consultas, realiza a notificação, solicita os exames de baciloscopia e encaminha ao serviço especializado na Policlínica.”(E7)</i></p> <p><i>“Os serviços nas unidades no momento limitam-se a busca ativa de suspeitos, consulta clínica com médico da unidade, encaminhamento para atendimento especializado e solicitações de exames. O diagnóstico é obtido através de especialista. Medicação é dispensada pela Policlínica, dose supervisionada também é administrada por profissional em serviço centralizado na Policlínica Municipal. Visitas e acompanhamento também são ações rotineiras a pacientes em tratamento pelas UBS de Sousa-PB.”(E8)</i></p> <p><i>“As USF devem estar aptas a realizar busca ativa dos possíveis pacientes de TB, com equipe capacitada para identificar sintomas e riscos e encaminhar ao centro de referência, no caso policlínica. Particularmente discordo desse encaminhamento sem serviço de contra-referência, pois é muito mais fácil perder esses pacientes já que o DOTs e o controle não é feito na UBS. Em Sousa não tem coordenador do programa e nem o contato acontece em forma de rede como já aconteceu antes no início, onde os pacientes eram acompanhados pela equipe na sua UBS de referência. Acredito que poderia haver um controle melhor e busca ativa mais intensa se esse acompanhamento faltasse para UBS.” (E14)</i></p>
--	--

O acompanhamento desses casos (investigação, diagnóstico e tratamento) é uma das prioridades da APS, sendo de fundamental importância na articulação dos procedimentos de acesso das pessoas com TB aos serviços de saúde. As ações articuladas entre o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) e as gerências da APS devem ser parte da rotina dos gestores causando impacto nos territórios, visto que, possuem uma visão geral do processo de saúde-doença determinante no enfrentamento da TB (BRASIL, 2015). Notadamente, deve-se ser vigilante em relação aos entraves que dificultam a gestão do cuidado em cada dimensão e entre as dimensões, de modo a fazer fluir a atenção ao usuário.

Estruturalmente, a APS é referência para a investigação, notificação e acompanhamento dos casos de TB no Brasil, além de outros agravos, e por isso as políticas

públicas de saúde se voltam para ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF). Apesar do diagnóstico precoce e tratamento específico serem prioridades no controle da doença, acredita-se que muitos casos de TB não estejam sendo diagnosticados mais rápido em decorrência da falta de acesso aos serviços de saúde ou da inexistência de busca de sintomáticos respiratórios (CALIARI; FIGUEIREDO, 2012).

Dados mostram que apenas 60% dos casos de TB pulmonar bacilífera são identificados pela APS, fato que deixa clara a fragilidade do sistema, dificultando o controle dos casos e aumentando os índices de subnotificação o que desfavorece a caracterização do quadro de TB no país (BRASIL, 2013).

Nesse contexto, Starfield (2009) ressalta que é na AB, proposta como o ponto de primeiro contato com o usuário, que deve se identificar as reais necessidades de cuidados apresentadas pelo mesmo, a fim de maximizar a eficácia dos cuidados primários e serviços especializados, diminuindo a ocorrência de intervenções especializadas desnecessárias e excessivas, que geram gastos elevados para o sistema de saúde, e desta forma, fortalecer a equidade.

Os resultados do presente estudo convergem para a porcentagem apresentada por Brasil (2013) quando se percebe nos relatos de E1, E3, E8, E14 que a ESF não funciona como referência para as pessoas com TB, ficando sob responsabilidade dos funcionários da Policlínica atividades de investigação e acompanhamento dos casos. Ressalta-se, porém, que tais atividades não são supervisionadas por um enfermeiro, o que contraria as orientações do MS.

Os casos suspeitos identificados na ESF são encaminhados/referenciados ao serviço de referência para testes diagnósticos, que por sua vez, não realiza a contra referência para aquela unidade em virtude da organização verticalizada dos serviços de controle da TB. Em alguns casos, quando da descoberta do diagnóstico no setor terciário por motivo de hospitalização, a equipe da ESF nem ao menos toma ciência do caso notificado em sua área. Conseqüentemente, o vínculo entre profissional e usuário, enquanto dimensão avaliativa da APS, não é construído e consolidado.

Os serviços de referência devem se integrar aos demais níveis do sistema de saúde, estabelecendo fluxo organizado de atenção, que não se limite apenas ao ato de receber o doente na unidade, mas que dê suporte a uma sequência de atos e modos que fazem parte do processo de trabalho, incluindo a definição para onde o usuário será referenciado, ou seja, a contra referência. É fundamental mapear a rede de serviços de tuberculose próxima da unidade de saúde, estabelecer as relações formais, definir os fluxos de atendimento e os

mecanismos de encaminhamento, retorno e acompanhamento do doente (POSSUELO et al., 2012).

Todavia, a falta de poder e responsabilização dos enfermeiros sobre as ações de controle da tuberculose culmina para um menor envolvimento e/ou afastamento frente a problemática. Tal fato é comprovado quando as participantes do estudo demonstram desconhecimento da situação epidemiológica da doença no referido município alegando falta de informação pelo setor de Vigilância Epidemiológica e não acompanhamento dos casos diagnosticados.

“Em Sousa ainda há casos de tuberculose, porém são poucos e o acompanhamento é centralizado na Policlínica Municipal.” (E3)

“Ao meu ver, o índice de pacientes com TB no município de Sousa encontra-se em controle. De acordo com o meu tempo de experiência em minha unidade os índices diminuíram ao longo dos anos.”(E4)

“Não temos essa informação geral, mas na minha unidade não temos casos de TB já faz um tempo.”(E5)

“Na unidade em que atuo no momento só existe um caso confirmado de TB em tratamento. Mas no geral não sei informar a situação do município.”(E6)

“Acredito que exista alguns casos novos, não estou bem informada, foi um comentário que a Vigilância fez ano passado durante uma reunião. Na minha opinião acho que está tendo pouca divulgação e notificação de casos tanto pelos profissionais como pelo setor da Vigilância.”(E07)

“Em reunião com coordenadores da Vigilância de Sousa-PB, perguntei dados sobre incidência e prevalência da TB no município. Os mesmos não souberam responder.” (E8)

Infelizmente a verticalização da organização dos serviços de controle da TB expõe os enfermeiros a uma falsa percepção da situação epidemiológica da doença no município de Sousa, que por sua vez não está controlada como afirma E4, nem tampouco, apresentou poucos casos no período de 2012-2016, contrariando o depoimento de E1 e E07.

Contudo, concorda-se com essa última (E07) quando ela ressalta a pouca divulgação dos dados epidemiológicos para toda a comunidade civil. A falta de informação, o baixo número de campanhas e mobilizações em favor do controle da doença mascaram um problema de saúde pública que assola o município de Sousa trazendo prejuízos econômicos aos cofres públicos e danos sociais, biológicos e emocionais ao paciente e sua família.

Dos 223 municípios que compõe o estado da Paraíba, 12 são considerados prioritários para a operacionalização do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) elaborado pelo MS, são eles: João Pessoa, Bayeux, Cabedelo, Campina Grande, Cajazeiras, Guarabira, Marcação,

Patos, Rio Tinto, Santa Rita, Sapé e Sousa. Segundo dados do SINAN/SES/JP, o município de Sousa apresenta o seguinte contexto epidemiológico de TB pulmonar no período de 2012 a 2016 (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DA PARAÍBA, 2015).

Tabela 1 – Distribuição da situação epidemiológica dos casos novos de tuberculose pulmonar, notificados no período de 2012 a 2016 em Sousa/PB.

Ano/diagnóstico	Incidência	CN TF	Incidência CNP BK+	CN BK+	Cura %	Abandono %	Óbito por TB %
2012	43,6	29	24,1	16	75	6,3	6,3
2013	46,6	31	25,6	17	82,4	5,9	5,9
2014	36,5	25	17,5	12	66,7	25	0
2015	45,3	31	32,1	22	68,2	4,5	0
2016	23,4	16	10,2	7	83,3	0	0

Fonte: SINAN/NET/SMS/JP. Dados fornecidos pela VE em novembro de 2017.

Vê-se que o número de casos novos por todas as formas de TB (CN TF) e o número de casos novos com baciloscopia positiva (CN BK+) ainda é elevado; as taxas de cura não são satisfatórias uma vez que não ultrapassam 85% dos casos, necessitando dos gestores e profissionais envolvidos com o PCT sensibilidade para reconhecerem o fracasso desse modelo centralizado de atenção e pensar em novos caminhos convergentes a horizontalização do controle da TB por meio da descentralização das ações de rastreamento, acompanhamento e tratamento por meio do TDO para a ESF.

Os discursos de todas as enfermeiras apontam a descentralização da assistência para as unidades de saúde e estruturação física e material da mesma como estratégia primeira para organizar os serviços de controle da TB e melhorar o fluxo de acompanhamento da pessoa doente por meio do DOTS/TDO. Outras estratégias são apresentadas como: realizar busca ativa contínua dos sintomáticos respiratórios; intensificar campanhas educativas que mobilizem a população a procurar os serviços de saúde; promover capacitação profissional; rever o sistema de referência e contra referência; seguir protocolo ministerial e/ou mesmo adotar protocolos municipais acompanhamento de TB nas unidade de saúde; adotar prontuário eletrônico.

Estudo desenvolvido por Sá et al. (2011B) aponta que, apesar da ESF ter potencial para organizar e desenvolver as ações de prevenção, controle, diagnóstico e tratamento da TB, ela não está sendo procurada pelos doentes acometidos pela doença para o seu diagnóstico e tratamento, sendo necessário o “encaminhamento inverso” do serviço especializado para a USF próxima da sua residência, refletindo uma desorganização do fluxo dos doentes na rede dos serviços de saúde.

Entretanto, convém lembrar que, a fragilidade da APS nesse e noutros municípios brasileiros reflete as condições fragmentadas do próprio modelo hegemônico de atenção à saúde, no qual culmina em práticas de cuidado descontinuadas, não dialógicas e atemporais. Pensar em reorganizar os serviços de controle da TB em Sousa requer primeiramente pensar no funcionamento do PCT, o qual, encontra-se sem coordenador conforme o relato de E14: *“Em Sousa não tem coordenador do programa e nem o contato acontece em forma de rede.”* Se tal situação ainda permanece, cabe aqui um questionamento: como dirigir ações de controle da TB sem uma coordenação nomeada e atuante?

Por consequência, é indispensável que o controle da tuberculose nos municípios, funcione a partir de um modelo assistencial que busque a união com a comunidade, longe de qualquer segregação, sendo assistida por equipes multiprofissionais, trabalhando horizontalmente, objetivando sempre o máximo contato possível entre a comunidade e equipe, estendendo o trabalho para além das fronteiras das Unidades de Saúde, e essas características são encontradas vinculadas a ESF (CUNHA; CALVACANTE; COSTA, 2012).

Destarte, necessário se faz reorganizar o sistema segundo a lógica das Redes de Atenção à Saúde (RAS) proposta por Mendes (2010). O conceito de rede tem sido desenvolvido em vários campos como a sociologia, a psicologia social, a administração e a tecnologia de informação. As redes se configuram como um sistema que busca, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações (MENDES, 2011).

Segundo Poldony e Page (1998) as principais vantagens das redes são: a capacidade de aprendizagem, o funcionamento como canais de difusão de conhecimentos e a utilização das informações existentes para produzir novos conhecimentos; a legitimação e status, a criação de vínculos diversificados entre atores e organizações permite reduzir as incertezas nas políticas e nos programas; e benefícios econômicos porque relações de intercâmbio possibilitam redução de custos e melhoria da qualidade.

As redes têm sido propostas como suporte às políticas públicas e projetos em que os recursos são escassos e os problemas complexos. Tem sido crescentemente adotadas, para

superar o modelo burocrático e hierárquico hegemônico, num contexto das questões sociais, na descentralização, globalização e na TP (MENDES, 2011).

Para Brasil (2010) a solução está em inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços no desenvolvimento das RAS para produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população. Nos últimos anos, as experiências de RAS têm acontecido em diversos estados brasileiros (Bahia, Ceará, Espírito Santo, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Sul, São Paulo, Santa Catarina e outros), em geral sob a coordenação das SES e sob a forma de redes temáticas. Nos municípios de (Aracaju, Belo Horizonte, Curitiba, Diadema, Florianópolis, Guarulhos, Joinville, Rio de Janeiro, São Paulo, municípios da Região de Campinas e muitos outros) têm acontecido sob a coordenação das SMS.

Nesse panorama, pode-se qualificar as redes como um arranjo institucional favorável à difusão de conhecimentos e informações sobre a política do TDO nas instâncias gestoras do SUS. Podem se constituir em potências para o estabelecimento de vínculo e corresponsabilização entre os gestores, coordenadores do PCT, equipes da AB, doentes de TB e seus familiares para o efetivo controle da TB. Para tanto, urge a necessária *“compreensão do SUS como uma rede de políticas, talvez a mais ampla e capilar do país, uma verdadeira rede de redes”* (TEIXEIRA, 2014, p. 180).

Uma vez organizada a rede, os gestores locais devem voltar os olhares para aqueles que são os principais atores no desenvolvimento de ações eficazes no controle da TB – os profissionais da equipe da ESF. Esses devem ser capacitados periodicamente e disponibilizar de um arsenal satisfatório de material e infraestrutura que lhes permitam acompanhar o TDO de um caso diagnosticado com segurança sem necessitar referenciá-lo.

Inseridos nesse contexto, os enfermeiros, profissionais de saúde protagonistas na história das ações de controle da TB no país, devem conhecer e entender suas atribuições nos serviços, assim como as dos demais profissionais que estão sob sua supervisão. Com a portaria 648/GM, de 28 de março de 2006, foram assinaladas as contribuições específicas de cada profissional no controle da Tb, tanto para a organização da Atenção Básica junto à ESF e ao Programa Agente Comunitários de Saúde (PACS). Ao identificar as atribuições específicas da equipe sob sua supervisão, o enfermeiro tem maior aptidão para conduzi-la e desenvolver ações mais seguras (BRASIL, 2011A).

Dentre as atribuições do enfermeiro nas ações de controle da TB, na AB, destacam-se: a identificação de sintomáticos respiratórios durante a visita domiciliar, na própria unidade de saúde ou mediante os relatos dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); solicitação de

baciloscopia para diagnóstico; notificação do caso de tuberculose; convocação dos comunicantes para investigação; supervisionamento do tratamento; acompanhamento da ficha de supervisão do tratamento quando realizada pelo ACS; orientação quanto o uso da medicação e esclarecimento sobre as dúvidas dos doentes desmistificando os tabus e estigmas; realização das ações educativas junto ao pessoal que frequenta a unidade e no domicílio; encaminhamento do doente para uma unidade de referência, quando necessário; solicitação da baciloscopia de controle mensal; além do planejamento, juntamente com a equipe e coordenação municipal, de estratégias de controle da tuberculose na comunidade (SÁ et al., 2012; BRASIL, 2002).

Os achados do presente estudo divergem das afirmativas acima, uma vez que, aos enfermeiros da ESF do município de Sousa compete-lhes o desenvolvimento de ações pontuais como a busca dos sintomáticos respiratórios, registro dos casos quando são notificadas pelo setor de referência, visitas domiciliares e orientações. Os mesmos não realizam e acompanham o TDO em virtude da centralização do controle da TB no serviço de referência.

Quadro 3 - Práticas de enfermagem na gestão do cuidado direcionada a pessoa com tuberculose

Unidade Temática Central: Gestão do cuidado à pessoa com tuberculose no cenário da Atenção Básica no município de Sousa-PB	
Núcleo de Sentido (NS)	Práticas de enfermagem na gestão do cuidado direcionada a pessoa com tuberculose
Unidades de Registro (UR)	Campanha, não acompanhamento, solicitação de exames, encaminhamento, TDO, centralização, registro, referência e contra referência, visitas domiciliares, busca ativa, incentivo ao tratamento, dose supervisionada, Policlínica, orientações, prontuário.
	<p><i>“Hoje não tenho nenhum caso na unidade, sei que na Policlínica tem recurso para diagnóstico. Estou tentando fazer uma campanha na área. No TDO, procuramos fazer a visita durante a semana, e no fim de semana pedia ao ACS.” (E2)</i></p> <p><i>“Não acompanhamos o paciente com TB. São acompanhados na Policlínica municipal por uma equipe multidisciplinar.” (E3)</i></p> <p><i>“Quando através dos próprios pacientes, de comunicantes e dos ACS verificamos um sintomático respiratório é solicitado prontamente os exames de escarro e encaminhado o paciente para</i></p>

Falas

a policlínica. É avaliado cada comunicante e solicitado RX de tórax. Se necessário, coleta para BAAR e/ou vacinação com BCG. Porém, temos dificuldades com a realização do RX pelo SUS do município. Dependendo da condição de saúde do paciente, o TDO pode ser realizado na unidade de saúde ou até no próprio domicílio. A equipe de enfermagem orienta o paciente e os familiares quanto a importância do uso da medicação de forma correta e contínua, quando possível em jejum, observando a tomada da medicação”(E4)

“Atualmente não tenho nenhum caso de TB, mas a um tempo atrás já tivemos um número significativo de casos que eram acompanhados diretamente pela equipe. Apesar do serviço de saúde à TB ser centralizado, eu, como enfermeira da unidade, notificava esse caso e ia na sede com o cartão controle desse indivíduo buscar a medicação. A partir daí evitava ‘perder’ a continuação da assistência a esse indivíduo e estava à frente do seu atendimento. A dose era supervisionada por mim durante a semana e pelo ACS nos fins de semana. Na oportunidade, eram feitos exames de controle da doença e muitas vezes feitas visitas médicas a este paciente quando era necessário.”(E5)

“No município de Sousa-PB esse cuidado ao paciente com TB de forma integral foi descentralizado da unidade desde 2014 e centralizado na Policlínica do Município, restando para a unidade apenas o controle em termo de registro e a captação através do ACS, porque infelizmente não existe a referência e contra-referência, o que dificulta o nosso cuidado, aumentando assim a subnotificação de casos.”(E6)

“No momento não tenho usuários com TB. Tive em 2016. Nós realizamos visitas mensais e encaminhamos o usuário a Policlínica. Se o usuário tiver alguém na casa que possa acompanhar o tratamento, nós orientamos a cuidadora o horário e a quantidade da medicação. Se o usuário morar sozinho ou tiver algum outro problema associado a TB, a equipe faz a observação da medicação diária. Quando for a data da realização da baciloscopia de controle encaminhamos para a Policlínica, assim como se precisar da avaliação de outros profissionais. Se precisar dos profissionais do NASF, eles vão até a casa do paciente, se for o especialista, como por exemplo, o pneumologista, o usuário terá que ir fazer a consulta na Policlínica.”(E7)

“Já atuo nessa UBS há três anos. Tivemos um caso de TB que foi diagnosticado através de busca ativa. As UBS não acompanham o TDO, visto que, o município possui serviço de atendimento a TB na Policlínica Miriam Gadelha. Às unidades, cabem a visita domiciliar; a confirmação em domicílio que o paciente está indo receber a dose supervisionada e se está tomando a medicação diária em domicílio; a solicitação de exames complementares; verificar se o paciente está realizando as baciloscopias mensais de controle; estimular e diminuir os estigmas; registrar as ações em prontuário e cartão de acompanhamento.”(E8)

Utilizar o TDO como ferramenta nas ações contra a TB, aproxima a equipe de saúde da ESF com a realidade social dos usuários dos serviços, ao mesmo tempo em que minimiza os efeitos estigmatizantes da doença, facilitando na identificação de grupos de riscos para que haja maior adesão ao tratamento, formando-se assim, uma ligação entre a equipe, o processo saúde/doença, indivíduo e família. Essa ligação é valiosa, pelo fato de os profissionais de saúde poderem proporcionar o empoderamento do sujeito, que por sua vez tem a oportunidade de conhecer sobre sua doença e participar diretamente da construção do cuidado, por meio de uma educação dialogada e peculiar (BRASIL, 2011A).

Nesse sentido, Brasil (2011A) retrata que a performance do enfermeiro no TDO deve abranger o âmbito gerencial e assistencial, organizando os serviços, planejando as ações e também participando do cuidado direto no tratamento. O enfermeiro tem papel de integrar o doente de tuberculose nos distintos níveis de complexidade existentes no serviço de saúde, desde consultas básicas até consultas especializadas, ou seja, está diretamente ligado a resolutividade dos casos. Com isso, os serviços de referência devem compor os demais serviços de saúde, de forma linear, organizando o fluxo da assistência e não limitando suas ações em apenas receber o paciente, mas que favoreça a continuidade da assistência, corroborando no retorno do paciente a sua unidade de partida, ou seja, fazendo uso da contra referência.

No estudo desenvolvido por Souza et al. (2014) enfermeiros inseridos na ESF destacaram que, nas suas experiências assistenciais, o TDO configura-se como uma modalidade de tratamento exitosa, no tocante ao objetivo de tratar e curar o indivíduo acometido por TB. Neste cenário de cuidado, destacou-se o estabelecimento de vínculo entre usuários e profissionais de saúde, fazendo emergir um ambiente de confiança e corresponsabilidade, visando o sucesso do projeto terapêutico. Assim, os requisitos subjetivos do doente devem ser visualizados na transferência de política do TDO, com o intuito de ultrapassar a valorização dos requisitos técnicos e normativos.

Sugere-se a curto prazo que os gestores locais (re) pensem as práticas em saúde disponibilizadas nos serviços e elaborem uma Política de Transferência, principalmente do TDO para as unidades visando empoderamento dos profissionais enfermeiros; melhores índices epidemiológicos e melhor coordenação quantos os serviços de referência e contra referência.

Uma vez que as participantes do estudo não acompanham o TDO, ações importantes para o diagnóstico precoce da doença e controle do número de casos novos, como a realização da busca ativa dos sintomáticos respiratórios suspeitos, acontece de forma isolada e

descontinuada, retratando uma linha de coordenação e gestão vertical que induzem à fragmentação do cuidado e do processo de trabalho em saúde. Tal fato pode ser exemplificado na fala de E3 quando a mesma diz ‘estar tentando fazer uma campanha’.

Tal achado converge com os estudos de Silva e D’amaral (2012) quando elucidam que a literatura apresenta um cenário onde há fragilidade na realização desta ação que, ao ser negligenciada e em conjunto com as demais dificuldades dos serviços de saúde do país, deixa a população em situação de vulnerabilidade no tocante à exposição ao bacilo por meio do contato com o doente que não está em tratamento.

Pinheiro et al. (2012) complementam ao afirmar que a ação de investigação e busca dos sintomáticos é permanente, ou seja, profissionais que não mantêm a rotina da implementação da busca ativa dão espaço para aumento do número das subnotificações e também do retardo no diagnóstico, além de demonstrar a fragilidade do serviço e falta de planejamento das ações por parte da equipe.

A busca ativa é considerada como um mecanismo eficiente nas ações de controle da TB, porém, os profissionais de saúde, assim como os gestores públicos, precisam estar capacitados e conscientes da importância desta ação, dando prioridade a sua realização no contexto de promoção da saúde e prevenção de doenças (SILVA; D’AMARAL, 2012).

Nesse âmbito, é fundamental o investimento na capacitação de recursos humanos, a partir da proposta da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), envolvendo o quadrilátero: Formação, Gestão, Atenção e Controle Social adotando como metodologia a problematização do processo de trabalho na rede do SUS (BRASIL, 2009).

De acordo com Ceccim e Ferla (2009) a PNEPS parte da aprendizagem significativa que promove e produz sentidos e propõe que a transformação das práticas deve estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais em ação na rede de serviços. A ressignificação desse processo de trabalho exige uma reflexão sobre o trabalho dos profissionais, da articulação dos gestores e coordenadores do PCT com os demais serviços na AB, que possibilite mudanças na sua prática e qualifique a todos os envolvidos para fortalecimento da política do TDO no município.

Para além do uso de recursos tecnológicos disponíveis no município para controle da TB, como exames laboratoriais e de imagem, teste rápido molecular (TRM-TB), as participantes do estudo, e quizá de outros municípios, precisam fortalecer a política do TDO inserindo em seu processo de trabalho tecnologias leves que possibilitem um cuidado mais humano e integral ao usuário, seja ele portador ou não de TB.

Pode-se inferir que, no município em estudo, o cuidado a pessoa com TB em sua dimensão mais filosófica e ontológica, não tem sido desenvolvido pelo enfermeiro da ESF, pois ao mesmo não lhe é facultada essa possibilidade. E quando o é, os cuidados protocolados de enfermagem ecoam em suas práticas a fim de cumprir exigências ministeriais.

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).

Por se caracterizar como um conceito polissêmico, o cuidado adquire múltiplas significações. Waldow (2015), sob a perspectiva filosófica, o reconhece como um modo de estar presente, ser solícito, preocupar-se e responsabilizar-se com o outro e o meio onde está inserido. Reafirma que todo o ser humano nasce com o potencial de cuidar, contudo, nem todas as pessoas, profissionais ou não, cuidam em seu sentido ético e estético, revelando práticas de não cuidado.

Infelizmente, essa situação se concretiza, cada dia mais, como uma realidade no campo da Enfermagem devido à sobrecarga de responsabilidade deferidas aos profissionais, que acabam por simplesmente executarem os cuidados de enfermagem, definidos por Waldow (2015) como ações terapêuticas, intervenções, procedimentos, técnicas, tarefas rotineiras que, muitas vezes, excluem ou mascaram o real sentido do cuidado.

Acioli et al. (2014) complementa enfatizando que o enfermeiro tem na prática desenvolvida em unidades básicas de saúde (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.

O processo de cuidar pressupõe uma dimensão ética e estética porque envolve uma ação humana a qual inclui beleza e bondade. É um processo estético porque integra técnica, intuição e sensibilidade. É ético porque agrega a responsabilidade ao ser cuidador de promover o bem-estar, desenvolvimento e plenitude humana ao ser cuidado (Waldow, 2015).

O cuidado é a expressão da humanidade. É uma maneira humana de viver, de ser, de estar e se relacionar com o outro dentro do mundo, colaborando '*com o bem-estar geral, com a preservação da natureza, com a promoção das potencialidades, suas e dos outros e na dignidade e espiritualidade humanas*' (WALDOW, 2015, p. 21). Envolve valores morais,

atitudes e comportamentos, que por sua vez, *‘compreendem uma vasta lista, onde se destacam: respeito, gentileza, compaixão, responsabilidade, disponibilidade, oferecimento de segurança, apoio, conforto, consideração e carinho’* (WALDOW, 2015, p. 22).

Waldow (2015) acrescenta que o cuidado humano compõe a linguagem da enfermagem, sua única ação verdadeiramente independente que não pode ser prescrita. Não há como prescrever um modo de ser e se comportar, nem ao menos criar regras de cuidar. Essas podem ser sugeridas, recomendadas e aconselhadas. Contudo, o cuidado deve ser sentido, vivido e transformado em estilo de vida.

Acompanhando a evolução histórica que a Enfermagem vem enfrentando, especialmente nas últimas três décadas, para firmar-se como ciência, disciplina e profissão, é oportuno considerar que a assistência desenvolvida pelo enfermeiro, não somente à pessoa com TB, mas a todos os usuários, necessita de embasamento teórico à luz de uma base humanista de atenção que melhor se articule à realidade individual e coletiva do sujeito e da comunidade, garantindo assim, um cuidado de qualidade pautado na delicadeza, sensibilidade e atenção integral para com o outro (CARVALHO et al., 2011; FAVERO et al., 2009).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A integralidade e o cuidado em saúde são tarefas intersetoriais e só podem ser pensadas quando o nível primário consegue se articular adequadamente, em forma de rede, com os outros níveis de atenção à saúde e com os demais setores governamentais e não governamentais, para garantir e proteger a saúde como direito social instituído.

Assim sendo, a integralidade constitui um elemento central para a consolidação de um modelo de saúde que incorpore, de forma mais efetiva, a universalidade, a equidade no atendimento às pessoas para alcançar ações resolutivas em saúde.

Ao buscar descrever as práticas de enfermagem voltadas a gestão do cuidado à pessoa com tuberculose, considerando, a integralidade à saúde como eixo norteador para o fortalecimento da Atenção Básica, percebe-se a fragilidade de um modelo hegemônico de saúde devido à falta de planejamento e sensibilidade dos órgãos competentes em perceber que a centralização e verticalização como forma de organizar os serviços de controle da TB não mais conseguem atender as demandas do próprio sistema, dos usuários e profissionais.

A responsabilidade pela operacionalização das ações de controle da doença deve ser transferida para o enfermeiro da ESF, concomitante, a estruturação física e material dessa unidade para acolher o usuário, desde a suspeição da doença até o encerramento do caso por cura. Para lograr a referida meta, a gestão municipal deve planejar e elaborar um mapa estratégico que objective: fortalecer o Programa de Controle da Tuberculose; efetivar a transferência de política do TDO para a ESF e, capacitar os enfermeiros com vistas a melhoria da qualidade do cuidado prestado.

A Enfermagem deve voltar seu olhar para as possibilidades de compreensão de um modelo de atenção que ultrapasse os limites construídos pela corrente de pensamento positivista, que já não responde às necessidades mais profundas do ser humano nem os agravos de natureza psico-sócio-espiritual. Pensar em um atendimento mais humano, dialógico, valorativo e que preserve a dignidade, as crenças e costumes do indivíduo deve ser um dos enfoques da prática assistencial do enfermeiro da ESF do município de Sousa.

Espera, de fato, que a história do enfermeiro na tuberculose seja vista pelo protagonismo da mudança de prática e, não, pela permanência de ações engessadas que pouco contribuem para dar respostas às necessidades das pessoas com a doença 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 escanha os planos da lógica, propondo-nos a realidade superior e dimensões para*

mágicos novos sistema de pensamento” (ROSA, 1979). Acrescentaria: de novos sistemas de pensamentos e de práticas de cuidar que valorizem a multidimensionalidade da vida do ser humano.

6 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. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2014.12338>>. Acesso em: 03 nov 2017.
- AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde Soc.**, v. 18, n. 2, p. 11-23, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s2/03.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2017.
- BALLESTERO, J. G. A. Tuberculose multirresistente: integralidade da atenção à saúde na perspectiva discursiva. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 515-521, jul/set 2014.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Reto LA, Pinheiro A, Tradutores. São Paulo: Edições 70; 2011.
- 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.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000400015. Acesso em: 20 set. 2017.
- BARREIRA, I. de A. **A enfermeira Ana Néri no país do futuro: a aventura da luta contra a tuberculose (1947-1977)**. 1992. 335p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1992.
- BERTOLOZZI, M. R. et al. O controle da tuberculose: um desafio para a saúde pública. **Rev Med**, São Paulo, v. 93, n. 2, p. 83-89, 2014.
- BRASIL. **Lei No. 8080/90, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: DF. 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm>. Acesso em: 02 dez 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico: Perspectivas brasileiras para o fim da tuberculose como problema de saúde pública**, v. 47, n. 13, p. 1-15, Brasília: MS, 2016. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/24/2016-009-Tuberculose-001.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico: Secretaria de Vigilância em Saúde. Perspectivas brasileiras para o fim da tuberculose como problema de saúde pública**. Brasília, 2016.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 648, de 28 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html>. Acesso em: 03 dez 2017.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico: Detectar, tratar e curar: desafios e estratégias brasileiras frente à tuberculose**, v. 46, n. 9, p. 1-9, Brasília: MS, 2015. Disponível em:

<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/25/Boletim-tuberculose-2015.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico: Especial tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/23/BE-2012-43-Mar--o---Especial-Tuberculose.pdf>>. Acesso em: 03 nov 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico: O controle da tuberculose no Brasil: avanços, inovações e desafios**, v. 44, n. 2, p. 1-13, 2013. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/10/Boletim-Tuberculose-2014.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual nacional de vigilância laboratorial da tuberculose e outras microbactérias**. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011A. 197 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.3.pdf. Acesso em: 06 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica**: protocolo de enfermagem. Brasília: MS, 2011B. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento_diretamente_observado_tuberculose.pdf. Acesso em: 18 mai. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html> Acesso em: 03 nov 2017.

_____. 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: Ministério da Saúde, 2002.

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. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000100008. Acesso em: 18 mai. 2017.

CARVALHO, N. V. et al. O processo Clinical Caritas de Jean Watson na assistência de enfermagem brasileira: uma revisão sistemática. **Rev Enfermería y Humanidades**, v. 15, n.

29, p. 82-88, 2011. Disponível

em:<<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3661960>>. Acesso em: 08 out. 2017.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. **Educação Permanente em Saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A, organizadores. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, p. 197-210, 2003.

CHAVES, E. C. et al. Aspectos epidemiológicos, clínicos e evolutivos da tuberculose em idosos de um hospital universitário em Belém – **Pará**. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 47-58, 2017.

COSTA, M. et al. Tuberculose: uma revisão de literatura. **REFACER - Revista Eletrônica da Faculdade de Ceres**, v.2, n. 1, 2 out. 2013. Disponível em: <<http://ceres.facer.edu.br/revista/index.php/refacer/article/view/43/30>>. Acesso em: 2 fer, 2018.

CUNHA, V. N.; CAVALCANTI, M. L. T.; COSTA, A. J. L. Diagnóstico situacional da descentralização do controle da tuberculose para a Estratégia Saúde da Família em Jardim Catarina – São Gonçalo (RJ), 2010. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 177-87, 2012.

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

FERRI, A. O. et al. Diagnóstico da tuberculose: uma revisão. **Revista Liberato**, Novo Hamburgo, v. 15, n. 24, p. 105-212, jul./dez 2014.

FAVERO, L. et al. Aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: uma década de produção brasileira. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 2, p. 213-218, 2009. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002009000200016&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 28 out. 2017.

FOUNTORA, R. T.; MAYER, C. N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Rev Bras Enferm**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 4, p. 532-7, jul/ago 2006.

FRANCO, T. B.; JUNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**; HUCITEC, São Paulo, 2014.

GAZETA, C. E. et al. Estudo descritivo sobre a implantação da estratégia de tratamento de curta duração diretamente observado no controle da tuberculose em São José do Rio Preto e seus impactos (1998-2003). **J. Bras Pneumol.**, v. 33, n. 2, p. 192-198, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132007000200014>>. Acesso em: 03 nov 2017.

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/pdf/reecusp/v43n2/a16v43n2.pdf>>. Acesso em: 03 nov 2016.

GONZALEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. de. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciênc. saúde coletiva.**, v.15, n.3, pp.757-762, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000300018>>. Acesso em: 02 nov 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estimativas da população residente nos municípios e para as unidades da federação brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2016. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=297868>. Acesso em: 20 set. 2017.

LAVÔR, D. C. B. S.; PINHEIRO, J. S.; GONÇALVES, M. J. F. Evaluation of the implementation of the directly observed treatment strategy for tuberculosis in a large city. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 2, p. 245-252, 2016. Available from: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000200010>>. Acesso em: 20 fev, 2018.

LOPES, L. M. G.; VIEIRA, N. F.; LANA, F. C. F. Análise dos atributos da atenção primária à saúde na atenção à tuberculose no brasil: uma revisão integrativa. **R. Enferm. Cent. O. Min**, Minas Gerais, v. 5, n. 2, p. 1684-1703, mai/ago 2015.

LOUREIRO, R. B. et al. Acesso ao diagnóstico da tuberculose em serviços de saúde do município de Vitória, ES, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p.1233-1244, 2014.

MACIEL, E. L. N. et al. Tratamento supervisionado em pacientes portadores de tuberculose utilizando supervisores domiciliares em Vitória, Brasil. **J. Bras Pneumol.**, v. 34, n. 7, p.506-513, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132008000700011>>. Acesso em: 06 jul. 2017.

MACIEL, M. S. et al. A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da miséria. **Rev Bras Clin Med**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 226-30, mai-jun, 2012.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, p. 1-549.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

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

NUNES, E. C. D. A. Refletindo o ‘Transpessoal’ humano – uma compreensão multidisciplinar em transversalidade com o estado da arte de ser. **Rev Enferm Referência**, série III, n. 2, p. 173-180, dez. 2010. Disponível em:<http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832010000400018>. Acesso em: 06 out. 2017.

OBLITAS, F. Y. M. et al. O papel da enfermagem no controle da tuberculose: uma discussão sob a perspectiva da equidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 1-9, fev. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_20.pdf>. Acesso em: 06 out 2017.

OLIVEIRA, R. C. C. et al. Nogueira JA. Speeches of managers about the policy of the directly observed treatment for tuberculosis. **Rev Bras Enferm.** v. 68, n. 6, p. 761-8, 2016. Available from:<<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680611i>>. Acesso em: 20 fev 2018.

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: <[10.1111/j.1365-2834.2010.01072.x](http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01072.x)>. Acesso em: 05 fev 2018.

PALHA, P. F. et al. Tratamento Diretamente Observado (DOT): sustentabilidade no controle da tuberculose em municípios prioritários do Estado de São Paulo, 1998-2004. In: VILLA, T. C. S.; RUFFINO NETTO, A. **Tuberculose: pesquisas operacionais**. Ribeirão Preto: FUNPEC, 2009. p.194-206.

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://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000300015>>. Acesso em: 06 out 2017.

PINHEIRO, P. G. O. D. et al. Busca ativa de sintomáticos respiratórios e o diagnóstico tardio da tuberculose. **Rev Rene**, v. 13, n. 3, p. 572-584, 2012.

POSSUELO, L. et al. Tuberculose: um estudo sobre referência em serviços de saúde. **Rev Epidemiol Control Infect.**, v. 2, n. 3, p. 89-93, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.17058/reci.v2i3.2723>>. Acesso em: 03 dez 2017.

POLDONY, J. M.; PAGE, K. L. Network forms of organization. **Annual Review of Sociology.**, v. 24, p. 57-76, 1998. Disponível em: <<https://doi.org/10.1146/annurev.soc.24.1.57>>. Acesso em: 06 out 2017.

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: <[10.1177/1049732309355289](http://dx.doi.org/10.1177/1049732309355289)>. Acesso em: 06 fev 2018.

RANGEL, R. F. et al. Training for integral care: perception of Nursing teachers and students. **Rev Fund Care Online**, v. 9, n. 2, p. 488-494, abr/jun 2017. Available from: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.488-494>>. Acesso em: 20 fev 2018.

RÊGO, C. C. D. et al. Processo de trabalho da enfermeira junto à pessoa com tuberculose na atenção primária à saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 3, p. 218-228, jul./set. 2015.

ROSA, J. G. **Tutaméia – terceiras estórias**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1979, p. 3-4.

SÁ, L. D. et al. Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 2, p. 356-63, 2012.

SÁ, L. D. et al. Implantação da estratégia DOTS no controle da Tuberculose na Paraíba: entre o compromisso político e o envolvimento das equipes do programa saúde da família (1999-2004). **Ciênc. saúde coletiva.**, v. 16, n. 9, p. 3917-394, 2011A. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001000028>>. Acesso em: 06 out 2017.

SÁ, L. D. et al. Intersetorialidade e vínculo no controle da tuberculose na Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 01-09, abr. 2011B. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_22.pdf>. Acesso em: 03 dez 2017.

SÁ, L. D. et al. A experiência da implantação do DOTS em seis municípios paraibanos. In: RUFFINO NETTO, A.; VILLA, T. C. S. Tuberculose: **Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil**: histórico e peculiaridades regionais. Ribeirão Preto: REDE-TB, 2006, p.210.

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: <<http://dx.doi.org/10.15600/2238-1236/fol.v24n1p41-50>>. Acesso em: 03 dez 2017.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DA PARAÍBA. **Casos notificados de tuberculose**. Base de dados do SINAN/NET. Paraíba, 2015.

SILVA, C. O. G., D'AMARAL, R. K. K. Tuberculose: casos novos e Estratégia de Saúde da Família. **Rev Enferm UNISA**, v. 12, n. 1, p. 64-67, 2012. Disponível em: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2012-1-10.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2017.

SILVA, C. S. O. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4407-4415, nov 2014. Disponível em <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63032416013>> ISSN 1413-8123. Acesso em: 6 mar. 2018.

SILVA, D. M. et al. Care production for tuberculosis cases: analysis according to the elements of the Chronic Care Model. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 2, p.237-244, 2016. Available from: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000200009>>. Acesso em: 03 fev 2018.

SOBRINHO, R. A. S. et al. Conhecimento de enfermeiros de unidades de atenção básica acerca da tuberculose. **Cogitare Enferm**, v. 19, n.1, p.34-40, jan/mar 2014.

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

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.pdf>>. Acesso em: 05 fev 2018.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde /Unesco Gulliford, 2009.

TEIXEIRA, S. M. F. As redes e a difusão de inovações. In: CUNHA, F. J. A. P.; LÁZARO, C. P.; PEREIRA, H. B. B. **Conhecimento, inovação e comunicação em serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p.155-184.

VILLA, T. C. S. et al. Os agentes de enfermagem nas práticas sanitárias paulistas: do modelo bacteriológico à programação em saúde (1889-1983). **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 2, n. 2, p. 73-85, 1994. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000100017>>. Acesso em: 06 out 2017.

WALDOW, V. R. Enfermagem: a prática do cuidado sob o ponto de vista filosófico. **Investig Enferm. Imagen Desarr.**, v. 17, n. 1, p. 13-25, jan-jun. 2015. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145233516002>>. Acesso em: 25 nov. 2017.

APÊNDICES

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

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

QUESTIONÁRIO

Informações Gerais:

Data: _____ Local: _____

Sexo: _____ Idade: _____

Estado civil: _____

Função: _____ Tempo de atuação na unidade: _____

Especialidade: _____ N° pessoas com TB na área: _____

Cursos sobre TB (ano): _____

- 1- Fale sobre a integralidade enquanto eixo norteador da Atenção Primária à Saúde.
- 2- Comente a respeito da situação da tuberculose (TB) no município de Sousa.
- 3- Comente sobre a organização dos serviços de controle da TB nesse município.
- 4- Conte para mim como se efetiva a gestão do cuidado a pessoa com TB na unidade em que atua.
- 5- Narre como ocorre o acompanhamento da pessoa com TB durante o Tratamento Diretamente Observado (incluindo as ações de enfermagem).
- 6- Conte para mim sobre as tecnologias utilizadas por você durante a gestão do cuidado a pessoa com TB.

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Cordiais saudações a vossa senhoria!

Eu Rayara Cibelle Ribeiro da Silva, aluna do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da Dr^a. Kennia Sibelly Marques de Abrantes, docente dessa instituição, vimos convidá-la (o) a participar voluntariamente da pesquisa intitulada “Práticas de enfermagem direcionadas a gestão do cuidado à pessoa com tuberculose na perspectiva da integralidade”.

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS

A pesquisa se justifica pela escassez de estudos sobre a gestão do cuidado à pessoa com tuberculose (mesmo sob o enfoque quantitativo) e praticamente a inexistência de estudos qualitativos que enfatizem o tema na perspectiva da integralidade do cuidado. Isso foi determinante para elaborar e apresentar um projeto de investigação tendo como sujeitos os enfermeiros das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) que lidam com o controle da doença uma vez que esses se destacam como instrumentos facilitadores de acesso do doente ao serviço, na melhoria da adesão terapêutica e diminuição do número de óbitos por meio de um cuidado mais humano, digno, ético, participativo, acolhedor e sensível.

Objetiva-se descrever, na perspectiva da integralidade, as ações desenvolvidas pelos enfermeiros da Atenção Básica na gestão do cuidado à pessoa com tuberculose durante o Tratamento Diretamente Observado.

Para lograr o objetivo proposto, será utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário estruturado contendo perguntas subjetivas.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS

A pesquisa oferecerá risco mínimo a integridade física, psicológica e social dos enfermeiros 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 tuberculose por meio de reflexões voltadas à melhoria e garantia da acessibilidade aos serviços, e para a qualificação de profissionais, nos quais devem incorporar em seu processo de trabalho elementos necessários para organizar a prestação de cuidados, quais sejam, conhecimentos científicos, habilidades técnicas e aspectos humanísticos da relação profissional-família-doente.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSINTÊNCIA

A participação do (a) Sr.(a) nessa pesquisa não implica necessidade de acompanhamento e/ou assistência posterior, tendo em vista que a presente pesquisa não tem a finalidade de intervir, e sim, apenas descrever as ações desenvolvidas pelos enfermeiros da Atenção Básica na gestão do cuidado à pessoa com tuberculose durante o Tratamento Diretamente Observado. Além disso, como no questionário 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 poderão ser utilizados para a execução dessa pesquisa e publicações em periódicos científicos. 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 participante Rayara Cibelle Ribeiro certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, no que se refere a minha identificação individualizada, e deverão ser tornados públicos por meio de algum meio. Ela e sua orientadora se comprometem, também, seguir os padrões éticos definidos na Resolução CNS 466/12. Também sei que em caso de dúvidas poderei contatá-la pelo telefone (83) 991897466. 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

Eu, Kennia Sibelly Marques de Abrantes Sucupira, professora da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me pela orientação de Rayara Cibelle Ribeiro da Silva, discente do curso de graduação em enfermagem, declaro estar ciente e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previsto na **Resolução 466\12** 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, pelo resultado obtido e posterior divulgação no meio acadêmico e científico, pela comunicação ao comitê de ética sobre qualquer alteração no projeto ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento da pesquisa, bem com 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, 13 de novembro de 2018.

KENNIA SIBELLY MARQUES DE ABRANTES

Pesquisador Responsável

SIAPE nº: 2563316

ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR
PARTICIPANTE


Eu, Rayara Cibelle Ribeiro da Silva, aluna do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me junto com minha orientadora, Kennia Sibelly Marques de Abrantes Sucupira, a desenvolver o projeto de pesquisa, comprometo-me ainda ciente e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previsto na **Resolução 466\12 do Conselho Nacional de Saúde** e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pelo meu orientador, nas atividades de pesquisa, e, junto com ele, pelos resultados da pesquisa, para posterior divulgação no meio acadêmico ou científico.

Cajazeiras-PB, 13 de Novembro de 2018.

NOME DO ALUNO

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

FACULDADE SANTA MARIA/PB **PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: DISCURSOS DE FAMILIARES E ENFERMEIROS RELACIONADOS AO CUIDADO A 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.

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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

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

Recomendações:

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


Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências e/ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer emitido para o projeto intitulado DISCURSOS DE FAMILIARES E ENFERMEIROS RELACIONADOS AO CUIDADO À PESSOA IDOSA DOENTE DE TUBERCULOSE e com número do CAAE 55090016.7.0000.5180, conforme Resolução 466/12, estando o pesquisador responsável, ARIELI RODRIGUES NOBREGA 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:

FACULDADE SANTA MARIA/PB 

Continuação do Parecer: 1.902.733

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

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAJAZEIRAS, 15 de Abril de 2016

Assinado por:
Jose Valdilanio Virgílnio Procopio
(Coordenador)