

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM  
MODALIDADE INTERINSTITUCIONAL UFSC/UFRN**

**ELISÂNGELA FRANCO DE OLIVEIRA CAVALCANTE**

**O CUIDADO DO ENFERMEIRO À PESSOA COM  
TUBERCULOSE NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

**FLORIANÓPOLIS  
2014**



Elisângela Franco de Oliveira Cavalcante

**O CUIDADO DO ENFERMEIRO À PESSOA COM  
TUBERCULOSE NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

Tese de Doutorado em Enfermagem apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Enfermagem e Saúde, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.  
Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.  
Orientadora: Prof. Dr. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva.

Florianópolis  
2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Cavalcante, Elisângela Franco de Oliveira

O cuidado do enfermeiro à pessoa com tuberculose na  
atenção básica de saúde / Elisângela Franco de Oliveira  
Cavalcante ; orientadora, Denise Maria Guerreiro Vieira da  
Silva - Florianópolis, SC, 2014.

222 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Cuidados de Enfermagem. 3.  
Tuberculose. 4. Atenção Primária a Saúde. I. Silva, Denise  
Maria Guerreiro Vieira da. II. Universidade Federal de  
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.  
III. Título.


ELISÂNGELA FRANCO DE OLIVEIRA CAVALCANTE

**O CUIDADO DO ENFERMEIRO À PESSOA COM  
TUBERCULOSE NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

Esta Tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:



**DOUTOR EM ENFERMAGEM**

E aprovada em sua versão final em 05 de dezembro de 2014, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de concentração: Filosofia e Cuidado em Enfermagem e Saúde.



Dra. Vânia Marli Schubert Backes  
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:

  
Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva – Presidente  
Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles - Membro  
Dra. Bertha Cruz Enders - Membro  
Dra. Roxana Isabel Cardozo Gonzales - Membro  
Dra. Ivonete T. Schüller Buss Heidemann - Membro  
Dra. Sabrina da Silva de Souza - Membro



A Deus, minha fonte de força, fé e resiliência.

Aos meus pais, meu esposo, meus filhos e toda a minha família, os alicerces da minha pessoa.

À Escola de Enfermagem de Natal da UFRN, meu motivo de sempre almejar uma melhor qualificação.

À minha orientadora, mulher que inspira sabedoria, comprometimento e elegância.





## AGRADECIMENTOS

A gratidão é a memória do coração.  
Antístenes de Atenas

A Deus, pela vida, por ter-me dado saúde e força para superar todos os obstáculos que apareceram nesta caminhada, por sua presença em todos momentos, e pelas oportunidades a mim concedidas. Por ter feito pessoas falarem por Ti a mim, nos momentos mais sofridos!

Ao meu esposo Paulo, amigo e companheiro, pelo amor demonstrado, por ter-me escolhido para viver junto com você, pelo incentivo em tudo que faço e por acreditar no meu potencial. Pelo cuidado junto a nossos filhos. Você foi fundamental para a realização deste doutorado!

À minha Mãe, Maria do Céu, e ao meu Pai, Manoel Franco, por terem-me educado com princípios morais, éticos e religiosos e pelo esforço em propiciar minha educação formal. Devo a vocês todo o meu caráter e respeito às pessoas!

Aos meus filhos, Pedro Arthur e Luiz Felipe, por encherem minha vida de amor e felicidades. Por viverem o doutorado junto comigo e ajudarem a mamãe a concluir suas atividades. Vocês são meu tudo!

À Professora Doutora Denise Guerreiro, por ter-me acolhido carinhosamente; por me conduzir durante todo o doutorado, com sua competência e carinho; por ter mostrando as oportunidades de ampliar meu universo de conhecimentos; por ter acompanhado, neste período, todos os acontecimentos da minha vida; pelas palavras nos momentos difíceis; por respeitar minhas ideias e limitações; pela contribuição efetiva para que este trabalho fosse realizado; por todos os ensinamentos e orientações. Minha vida profissional não será mais a mesma devido à sua repercussão positiva nela. Sempre me lembrarei de você, pelos ensinamentos, pelo exemplo de professora e orientadora e pela linda mulher que você é. Com carinho, agradeço a você por tudo.

A toda a minha família, que esteve sempre presente, apoiando-me nas conquistas diárias, incentivando-me a batalhar para alcançar meus ideais.

À minha irmã Eunice e seu esposo Ezequias pelo apoio incondicional na realização do Dinter e do estágio em Florianópolis.

Aos meus cunhados Ezequias, Ewerton e José Ferreira e aos meus pais, por cuidarem da minha casa em Natal/RN e, assim, possibilitarem uma estada mais tranquila em Florianópolis.

À Escola de Enfermagem de Natal da UFRN, em especial às diretoras Edilene Rodrigues e Gilvânia Magda, pelo apoio incondicional, por acreditaram e confiarem em mim, e pelo carinho e cuidados a mim e à minha família.

Às amigas de trabalho da Escola de Enfermagem de Natal da UFRN, pela convivência amigável, por proporcionarem um ambiente de trabalho saudável e prazeroso, pelo cuidado umas com as outras, pelo apoio no doutoramento, e pela torcida para que tudo desse certo em meu doutorado. Em especial à Cleonice Alves Cavalcante, Maria Lucia Macedo, Jovanka Bitencourt Leite, Lygia Maria Figueredo, Rayssa Horácio, Maria Jalila Leite, Francisca Idanésia, Simone Pedrosa, Ana Cristina Araújo, Laureana Medeiros, Edilene Rodrigues e Gilvânia Magda.

Aos meus amigos e amigas de vida, por me desejarem de coração tudo de bom e por estarem sempre comigo nas horas felizes e difíceis, e presentes, também, junto à minha família.

Aos professores da Pós-Graduação de Enfermagem da UFSC pela dedicação e contribuições para a qualidade do aprendizado construído nestes anos de doutoramento.

À Coordenação do Dinter, em especial às professoras coordenadoras Francis Tourinho, Jovanka Bittencourt, Vânia Backes e Flávia Ramos, pelo estimado trabalho junto aos discentes e aos docentes para concretização do doutorado.

A todas as colegas de turma do Dinter, pelo convívio, amizade, companheirismo, pela solidariedade, pelas palavras de otimismo e pelos momentos de aprendizagem compartilhados.

À Professora Betina Hörner Schlindwein Meirelles e à enfermeira Sabrina da Silva de Souza, por terem participado da minha Banca de Qualificação, e pelas contribuições e sugestões que permitiram o aprimoramento deste trabalho.

À minha ex-aluna Nagila Mafra, por ter ajudado com as transcrições das entrevistas, durante todo o tempo de coleta e análise dos dados.

Aos participantes do estudo, enfermeiras, médicas, técnicas de enfermagem, profissionais da vigilância epidemiológica e pessoas com tuberculose, pela contribuição na concretização deste estudo, falando-me de suas experiências sobre o objeto de estudo, com bom grado e respeito às atividades de pesquisa.

À Jaira Montelo, por sua colaboração no contato das enfermeiras, por seu apoio e acolhimento a mim dispensados, e por acreditar e contribuir com os trabalhos acadêmicos.

À amiga de trabalho, Lygia Maria de Figueredo Melo, pelas valiosas discussões, por acreditar em mim e pelo incentivo à pesquisa na atenção básica de saúde.

Ao Secretário Municipal de Saúde, Cipriano Maia de Vasconcelos, pela autorização na realização da pesquisa de campo nas unidades básicas de saúde do município.

Às funcionárias e funcionários da Escola de Enfermagem de Natal da UFRN, do Departamento de Enfermagem e da Pós-Graduação de Enfermagem da UFRN, pelo trabalho realizado na disponibilização e arrumação das salas, lanches e recursos tecnológicos para as aulas do Dinter ocorrerem satisfatoriamente.

Às amigas do NUCRON, pela amizade, carinho e acolhimento que tiveram comigo; por terem cuidado de mim nas horas mais difíceis; por compartilharem comigo momentos de aprendizagem, de lutas, para concluir a pós-graduação, e de descontração e lazer. Em especial, a Thais Silva, Soraia Rozza, Julia Boell, Maria Aparecida Salci, Priscila Romanoski, Juliana Lessmann, Veridiana Costa, Cecília Arruda, Micheline Koerich e Juliana Zillmer.

À gestão da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, representada pela Reitora Professora Ângela Maria Paiva Cruz, e às Pró-Reitorias de Pós-Graduação e de Gestão de Pessoas, pela contribuição fundamental para que o Dinter fosse realizado, com todas as peculiaridades que envolvem o mesmo.

Às Professoras Betina Hörner Schindwein Meirelles, Bertha Cruz Enders, Roxana Isabel Cardozo Gonzales, Ivonete T. Schulter Buss Heidemann e Sabrina da Silva de Souza pela participação na banca examinadora desta tese e pelas valiosas contribuições.

Àqueles que, por acaso, eu tenha esquecido de citar o nome, minhas desculpas e meus sinceros agradecimentos.



O Senhor mire, veja... O mais importante e bonito do mundo é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas, mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam. Verdade maior.  
(GUIMARÃES ROSA)



CAVALCANTE, Elisângela Franco de Oliveira. **O cuidado do enfermeiro à pessoa com tuberculose na atenção básica de saúde.** 2014. 222p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

## RESUMO

Este estudo teve como objetivos compreender o processo de cuidar da pessoa com tuberculose por enfermeiros na atenção básica de saúde de uma capital da Região Nordeste brasileira; e construir um modelo teórico a partir da compreensão do processo de cuidar da pessoa com tuberculose sob a perspectiva dos enfermeiros da atenção básica de saúde, considerando as dimensões causais, interventoras, contextuais, das ações/interações e das consequências do fenômeno representativo desse cuidar. Delineou-se uma pesquisa qualitativa que seguiu os pressupostos metodológicos da Teoria Fundamentada nos Dados, orientada segundo Anselm Strauss e Juliet Corbin (1990, 2008), cujo cenário foi composto por oito unidades básicas de saúde, localizadas em um distrito de alta incidência de tuberculose em uma capital do Nordeste brasileiro. O estudo contou com 28 participantes, divididos em quatro grupos amostrais. O primeiro grupo amostral reuniu 19 enfermeiras que possuíam experiência no cuidado às pessoas com tuberculose. O segundo grupo amostral foi composto por duas técnicas de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem e duas médicas, incluídas por também participarem do cuidado à pessoa com TB junto com às enfermeiras. O terceiro grupo contou com duas profissionais da vigilância epidemiológica, responsáveis pelo programa da tuberculose no distrito. O quarto, e último grupo amostral, foi formado por duas pessoas com tuberculose na fase final do tratamento. A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro de 2013 a fevereiro de 2014, por meio de entrevistas em profundidade, a partir da pergunta norteadora: Fale sobre o cuidado à pessoa com tuberculose. A análise dos dados foi concomitante à coleta dos mesmos, utilizando como eixo norteador a análise comparativa e o levantamento de questionamentos. Para organização e categorização dos dados, construção de diagramas e memorandos, foi utilizado, como ferramenta tecnológica, o *software* Atlas ti, versão 7.1.8. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, com o Parecer nº. 20637113.9.0000.0121. A análise dos dados evidenciou a categoria central representada pelo fenômeno “Cuidando da pessoa com tuberculose na atenção básica de saúde”. Os resultados permitiram a

construção do modelo teórico representativo desse fenômeno, o qual foi apresentado em um diagrama final integrador, que estabelece as relações existentes entre todas as categorias que permitiram a elucidação da categoria central. Neste modelo, as categorias referentes às condições causais, interventoras, contextuais, as ações/interações e as consequências deste fenômeno foram respectivamente: “Tendo compromisso com a recuperação da pessoa com tuberculose”, “Revelando dificuldades no cuidado da pessoa com tuberculose”, “Trabalhando com pessoas e cenários no contexto da tuberculose”, “Preocupando-se com pessoas com TB e as situações advindas do processo de cuidar”, “Lidando com pessoas e situações no processo de cuidar da pessoa com tuberculose”, “Revelando os efeitos da adesão da pessoa com tuberculose ao cuidado e tratamento” e “Revelando as implicações do abandono da pessoa com tuberculose ao cuidado e tratamento”. A partir desses resultados elaboraram-se três manuscritos que abordaram: O compromisso dos enfermeiros com o cuidado à pessoa com tuberculose; As dificuldades existentes no contexto do cuidado da pessoa com tuberculose na perspectiva dos enfermeiros na atenção básica de saúde; e As ações e interações dos enfermeiros no cuidado à pessoa com tuberculose na atenção básica. O primeiro manuscrito, cuja categoria representa a condição causal do fenômeno em estudo, destacou que as peculiaridades do cuidado demandaram um compromisso dos enfermeiros para com a pessoa com tuberculose, o qual perpassou por três componentes: o ético/profissional, o institucional/político e o social. O segundo manuscrito revelou o contexto e as condições interventoras do fenômeno, e apontou que esse contexto cria as circunstâncias para o aparecimento das dificuldades a serem trabalhadas. O terceiro manuscrito apresentou as categorias referentes às ações/interações relativas ao fenômeno, e evidenciou que, para obter efetividade no cuidado e tratamento, as ações dos enfermeiros e as maneiras de lidar com as situações decorrem de sua preocupação com a pessoa com tuberculose e com as situações que permeiam a vida dessas pessoas e o processo de cuidar, de modo que possam alcançar a cura e o restabelecimento de sua saúde. Os resultados, então, sustentam a tese de que o cuidado à pessoa com tuberculose demanda do enfermeiro um comprometimento e um envolvimento que considere, em suas práticas, o contexto de vida dessa pessoa e sua família, e que tem como limitação os cenários dos serviços de saúde, que envolvem a forma de organização da rede de atenção à saúde e as condições de trabalho onde ocorre o cuidado. Destacamos, então, que conhecer e refletir sobre a forma como vem ocorrendo o cuidado permite aos



profissionais da saúde e da enfermagem planejar e praticar modelos de cuidado que considerem aspectos relevantes para alcançar o restabelecimento da saúde e a cura da doença; permite, também, aos gestores repensar as formas como a política de saúde vem sendo elaborada e implementada.

**Palavras-chave:** Cuidados de Enfermagem. Tuberculose. Atenção Primária a Saúde.



CAVALCANTE, Elisângela Franco de Oliveira. **Nursing care for people with tuberculosis in primary health care**. 2014. 222p. Thesis (PhD in Nursing) – Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

## **ABSTRACT**

The objectives of this study were to understand the nursing process of caring for people with tuberculosis (TB) in the primary health care network, in a capital city in the Brazilian Northeast region; and to build a theoretical model based on this understanding from the perspective of primary health care nurses, considering the causal, intervening and contextual dimensions, as well as those related to actions/interactions and the consequences of the representative phenomenon of this care. A qualitative study was designed following the methodological principles of the Grounded Theory, oriented by Anselm Strauss and Juliet Corbin (1990, 2008), and whose setting consisted of eight basic health care units located in a district with a high incidence of tuberculosis, in a capital city in the Brazilian Northeast. Study participants were 28 individuals, divided into four sample groups. The first sample group comprised 19 nurses with experience in caring for people with tuberculosis. The second sample group consisted of two nursing technicians, a nursing aide and two physicians, who were included because they also participate in the care for people with TB along with the nurses. The third group had two epidemiological surveillance professionals, who are responsible for the TB program in the district. The fourth and last sample group comprised two individuals with TB in the final stage of treatment. Data were collected between September 2013 and February 2014 by means of in-depth interviews, based on the guiding question: Tell me about the care for people with tuberculosis. Data were analyzed concomitantly to their collection, using the comparative analysis and a collection of questions as the guiding axis. The technological tool Atlas ti software, version 7.1.8, was used to organize and categorize data and to build diagrams and memos. The research proposal was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Santa Catarina, under protocol no. 20637113.9.0000.0121. The analysis of the collected data evidenced the central category represented by the phenomenon “Caring for people with tuberculosis in primary health care”. The results allowed for the construction of a theoretical model representative of this phenomenon, which was presented in an integrating final diagram establishing the

relationships existing among all the categories that enabled the elucidation of the central category. In this model, the categories regarding the causal, intervening and contextual conditions, and those related to actions/interactions and the consequences of this phenomenon were respectively: “Being committed to the recovery of people with tuberculosis”, “Revealing the difficulties in the care for people with tuberculosis”, “Working with people and settings in the context of tuberculosis”, “Worrying about people with tuberculosis and situations resulting from the care process”, “Dealing with individuals and situations in the process of caring for people with tuberculosis”, “Revealing the effects of the compliance with care and treatment by people with tuberculosis” and “Revealing the implications of the abandonment of care and treatment by people with tuberculosis”. Three manuscripts were developed based on these results, which approached: The commitment of nurses to the care for people with tuberculosis; The difficulties existing in the context of the care for people with tuberculosis from the perspective of primary health care nurses; and The actions and interactions of nurses in the care for people with tuberculosis in primary health care. The first manuscript, whose category represents the causal condition of the studied phenomenon, highlighted that the singularities of care demanded commitment from the nurses to people with tuberculosis, which included three components: the ethical/professional, the institutional/political and the social. The second manuscript revealed the context and the intervening conditions of the phenomenon, and pointed out that this context creates the circumstances for the emergence of the difficulties to be overcome. The third manuscript presented the categories for the actions/interactions regarding the phenomenon, and evidenced that, in order to achieve effectiveness in care and in treatment, the nurses’ actions and ways of dealing with the situations result from their concern with the people with TB and the situations that permeate the life of these people and the care process, so that they can achieve cure and reestablish their health. The results, thus, support the thesis that the care for people with tuberculosis demands from nurses commitment and an involvement that considers, in their practices, the life context of these people and their families, being limited by the setting of the health services, which involves the form of organization of the health care network and the work conditions where this care is provided. It is worth highlighting, thus, that learning and reflecting on the way care has been provided allows health and nursing professionals to plan and practice care models that consider relevant aspects to achieve the reestablishment

of health and the cure of the disease. In addition, it allows administrators to rethink the way health policies have been elaborated and implemented.

**Keywords:** Nursing care. Tuberculosis. Primary Health Care.



CAVALCANTE, Elisângela Franco de Oliveira. **Cuidado del enfermero a la persona con tuberculosis en atención primaria de salud.** 2014. 222p. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

## RESUMEN

Este estudio objetivó comprender el proceso de cuidado de la persona con tuberculosis por enfermeros en atención primaria de salud en una capital del Nordeste brasileño; y construir un modelo teórico a partir de la comprensión de cuidar de la persona con tuberculosis en la perspectiva de los enfermeros de atención básica de salud, considerando las dimensiones causales, de intervención, contextuales, de las acciones/interacciones y de las consecuencias del fenómeno representativo de dicho cuidar. Se delineó una investigación cualitativa, siguiendo los presupuestos metodológicos de la Teoría Fundamentada en los Datos, orientada según Anselm Strauss y Juliet Corbin (1990, 2008), con un escenario compuesto por ocho unidades básicas de salud ubicadas en un distrito con alta incidencia de tuberculosis en una Capital del Noreste brasileño. El estudio incluyó a 28 participantes, divididos en cuatro grupos muestrales. El primer grupo reunió a 19 enfermeras con experiencia en cuidado de personas con tuberculosis. El segundo incluyó a dos técnicas en enfermería, una auxiliar de enfermería y dos médicas, convocadas por participar del cuidado a la personas con TB conjuntamente con las enfermeras. El tercero contó con dos profesionales de vigilancia epidemiológica, responsables del programa de tuberculosis distrital. El cuarto y último grupo se conformó con dos personas con tuberculosis en fase final del tratamiento. Datos recolectados entre setiembre de 2013 y febrero de 2014, mediante entrevistas en profundidad, partiendo de la frase orientadora: Hable sobre el cuidado a la persona con tuberculosis. El análisis de datos fue concomitante con la recolección de los mismos, utilizándose como eje orientador el análisis comparativo y el relevamiento de cuestionamientos. Para organizar y categorizar los datos, construir diagramas y memorándums, se utilizó como herramienta el software Atlas ti, versión 7.1.8. Proyecto aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Santa Catarina, protocolo n° 20637113.9.0000.0121. El análisis de datos evidenció la categoría centra, representada por el fenómeno “Cuidando de la persona con tuberculosis en atención básica de salud”. Los resultados permitieron construir el modelo teórico representativo del fenómeno, el cual fue

presentado en un diagrama integrador final, estableciendo las relaciones existentes entre todas las categorías que permitieron elucidar la categoría central. En este modelo, las categorías referidas a condiciones causales, de intervención, contextuales, de acción/interacción y consecuencias del fenómeno, fueron, respectivamente: “Comprometiéndose con la recuperación de la persona con tuberculosis”, “Develando dificultades del cuidado de la persona con tuberculosis”, “Trabajando con personas y escenarios en el contexto de la tuberculosis”, Preocupándose por personas con TB y situaciones derivadas del proceso de cuidar”, “Lidiando con personas y situaciones en el proceso de cuidar de la persona con tuberculosis”, “Revelando los efectos de la adhesión de la persona con tuberculosis al cuidado y tratamiento” y “Revelando las implicaciones del abandono de la persona con tuberculosis al cuidado y tratamiento”. Partiendo de tales resultados, se elaboraron tres manuscritos que abordaron: El compromiso de los enfermeros con el cuidado a la persona con tuberculosis; Las dificultades existentes en el contexto del cuidado de la persona con tuberculosis en la perspectiva de los enfermeros de atención básica de salud; y Acciones e interacciones de enfermeros en el cuidado a la persona con tuberculosis en la atención básica. El primero, cuya categoría representa la condición causal del fenómeno estudiado, destacó que las particularidades del cuidado demandaron un compromiso de los enfermeros para con la persona con tuberculosis, lo cual vinculó a tres componentes: el ético/profesional, el institucional/político y el social. El segundo reveló el contexto y las condiciones de intervención del fenómeno, y resaltó que dicho contexto crea las circunstancias para la aparición de las dificultades a trabajarse. El tercero presentó las categorías referentes a acciones/interacciones relativas al fenómeno, evidenciando que, para obtener efectividad en el cuidado y tratamiento, las acciones de los enfermeros y los modos de lidiaron con las situaciones derivan de su preocupación por la persona con tuberculosis y con las situaciones que caracterizan la vida de tales personas y el proceso de cuidar, de manera de que puedan alcanzar la cura y el restablecimiento de su salud. Los resultados sustentan la tesis de que el cuidado a la persona con tuberculosis demanda compromiso del enfermero y una involucración considerando, en sus prácticas, el contexto vital de la persona y su familia, con la limitación escénica de los servicios de salud, que involucran la forma de organización de la red de atención sanitaria y las condiciones laborales de donde se practica el cuidado. Destacamos, entonces, que conocer y reflexionar sobre el modo en que se practica el cuidado, permite al profesional de salud y de



enfermería planificar y practicar modelos de cuidado considerando aspectos relevantes para conseguir el restablecimiento de la salud y la cura de la enfermedad; permitiendo también que los gestores reconsideren las formas de implementación y elaboración de las políticas de salud.

**Palabras clave:** Atención de Enfermería. Tuberculosis. Atención Primaria de Salud.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Tela do Atlas ti apresentando a entrevista transcrita e os códigos redigidos a partir da conceituação dos incidentes, 2014.....	71
Figura 2 -	Comentários redigidos durante o processo analítico sobre determinado código, 2014.....	72
Figura 3 -	Tela do Atlas ti apresentando a família de códigos, 2014.....	73
Figura 4 -	Diagrama representando graficamente uma categoria e suas subcategorias, 2014.....	74
Figura 5 -	Tela do Atlas ti apresentado os memorandos escritos durante o processo de análise, 2014.....	74
Figura 6 -	Tela do Atlas ti com uma categoria e suas subcategorias, 2014.....	76
Figura 7 -	Diagrama final integrador representativo do modelo teórico elaborado para compor o fenômeno: Cuidando da pessoa com tuberculose na atenção básica de saúde, 2014.....	87
Figura 8 -	Categoria “Revelando os efeitos da adesão da pessoa com tuberculose ao cuidado e tratamento” e suas subcategorias, 2014.....	169
Figura 9 -	Categoria “Revelando as implicações do abandono da pessoa com tuberculose ao cuidado e tratamento instituído” e suas subcategorias, 2014.....	172

### MANUSCRITO 2

Figura 1 -	Dimensões envolvidas no contexto do cuidar da pessoa com TB, 2014.....	118
Figura 2 -	Dificuldades no cuidado da pessoa com TB na atenção básica de saúde, 2014.....	122

### MANUSCRITO 3

Figura 1 -	O cuidado à pessoa com TB impulsiona ações diferenciadas. 2014.....	149
Figura 2 -	Preocupações advindas do cuidar da pessoa com TB, 2014.....	150
Figura 3 -	Estratégias advindas do lidar com situações no processo de cuidar da pessoa com TB, 2014.....	155



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Diário de campo redigido após coleta de dados nos cenários do estudo, 2014.....	69
Quadro 2 -	Caracterização dos participantes da pesquisa, 2014.....	80
Quadro 3 -	Esquema paradigmático representativo do fenômeno “Cuidando da pessoa com tuberculose na atenção básica de saúde”, suas categorias e subcategorias, 2014.....	88



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BDEnf	Base de Dados em Enfermagem
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEPEn	Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CINAHL	The Cumulative Index to Nursing & Allied Health
CNCT	Campanha Nacional de Controle da Tuberculose
CNPS	Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária
DINTER	Modalidade de Doutorado Interinstitucional
DNT	Divisão Nacional de Tuberculose
DOTS	Directly Observed Therapy – Short-Course
ESF	Estratégia Saúde da Família
FUNASA	Fundação Nacional da Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	National Library of Medicine
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NUCRON	Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde às Pessoas em Condição Crônica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEN	Pós-Graduação em Enfermagem
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
RAS	Redes de Atenção à Saúde
Scielo	Scientific Electronic Library Online
Sinan	Sistema de Informação de Agravos Notificáveis
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
UICTER	União Internacional Contra a Tuberculose e Enfermidades Respiratórias

USAID      Agência Americana para o Desenvolvimento  
Internacional  
UFSC      Universidade Federal de Santa Catarina  
WHO      World Health Organization  
ONGs      Organizações Não Governamentais



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>33</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>39</b>
<b>2.1</b>	<b>Considerando a magnitude da doença, seu contexto histórico e de enfrentamento.....</b>	<b>39</b>
<b>2.2</b>	<b>O cuidado de enfermagem.....</b>	<b>43</b>
<b>2.3</b>	<b>A pesquisa de enfermagem sobre o cuidado e atenção à pessoa com tuberculose.....</b>	<b>45</b>
<b>2.4</b>	<b>A atenção básica de saúde e a tuberculose.....</b>	<b>55</b>
<b>3</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>61</b>
<b>3.1</b>	<b>Tipo de estudo.....</b>	<b>61</b>
<b>3.2</b>	<b>Cenário do estudo.....</b>	<b>64</b>
<b>3.3</b>	<b>Participantes do estudo.....</b>	<b>66</b>
<b>3.4</b>	<b>Coleta de dados.....</b>	<b>68</b>
<b>3.5</b>	<b>Análise dos dados.....</b>	<b>70</b>
<b>3.6</b>	<b>Aspectos éticos.....</b>	<b>76</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>79</b>
<b>4.1</b>	<b>Caracterização dos participantes do estudo.....</b>	<b>79</b>
<b>4.2</b>	<b>O modelo teórico.....</b>	<b>86</b>
4.2.1	<b>Categorias integrantes do modelo teórico.....</b>	<b>88</b>
<b>4.3</b>	<b>Manuscritos.....</b>	<b>90</b>
4.3.1	<b>Manuscrito 1: o compromisso do enfermeiro com o cuidado à pessoa com tuberculose.....</b>	<b>90</b>
4.3.2	<b>Manuscrito 2: Dificuldades no cuidado à pessoa com tuberculose na atenção básica de saúde.....</b>	<b>111</b>
4.3.3	<b>Manuscrito 3: Cuidando de pessoas com tuberculose: ações e interações do enfermeiro na atenção básica de saúde.....</b>	<b>142</b>
<b>4.4</b>	<b>Categorias referentes às consequências do fenômeno.....</b>	<b>169</b>
4.4.1	<b>Revelando os efeitos da adesão da pessoa com tuberculose ao cuidado e ao tratamento.....</b>	<b>169</b>
4.4.2	<b>Revelando as implicações do abandono da pessoa com tuberculose ao cuidado e ao tratamento.....</b>	<b>172</b>
<b>4.5</b>	<b>Síntese dos achados dos integrantes do segundo, terceiro e quarto grupos amostrais.....</b>	<b>175</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>177</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>183</b>
	<b>APÊNDICE A – Relatório de famílias e seus respectivos códigos, extraído do Atlas ti.....</b>	<b>193</b>

<b>APÊNDICE B – INFORMAÇÕES AO PARTICIPANTE.....</b>	<b>207</b>
<b>APENDICE C – ROTEIROS QUE DIRECIONARAM AS ENTREVISTAS.....</b>	<b>211</b>
<b>ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA....</b>	<b>219</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa crônica, que atinge, principalmente, o pulmão, causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, presente nas populações humanas desde épocas remotas da história, e que continua merecendo atenção dos profissionais de saúde e da sociedade, em todas suas instâncias. Permanece demandando todos os critérios de priorização de uma doença considerada problema de saúde pública, que envolve grande magnitude, transcendência e vulnerabilidade, demonstrando relação direta com a pobreza. As últimas estimativas são de que houve 8,6 milhões de novos casos de tuberculose em 2012 e 1,3 milhões de mortes por tuberculose, e que, aproximadamente, um terço da população no mundo esteja infectada, o que a coloca em risco de desenvolver a doença (BRASIL, 2010; BRASIL, 2013; WHO, 2013).

A doença está relacionada à exclusão social e às más condições de vida, como a moradia precária, a desnutrição e a dificuldade de acesso aos bens e serviços públicos, demonstrando relação com os determinantes sociais. Associado a este quadro, o advento da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) torna o contexto um desafio adicional mundialmente, devido ao aumento significativo da morbidade e mortalidade. Somam-se a esse quadro as condições propícias ao surgimento e disseminação de cepas de *M. tuberculosis* resistentes, o que dificulta o tratamento e o controle da doença. Dessa forma, a TB está entre as principais doenças a serem enfrentadas no mundo e no Brasil (BRASIL, 2010; BRASIL, 2013; ANTUNES; WALDMAN; MORAES, 2000).

No Brasil, a TB constitui um problema de saúde prioritário, junto com outros 22 países em desenvolvimento, que contêm 80% dos casos distribuídos mundialmente. No ano de 2013, verificou-se que o Norte, o Sudeste e o Nordeste brasileiros possuem os mais altos coeficientes de incidência: 45,2, 37,1 e 34,7/100.000 hab., respectivamente. Dados nacionais evidenciam que os homens adoecem duas vezes mais do que as mulheres, e que mais de 50 milhões de pessoas estão infectadas pelo *M. tuberculosis*, com aproximadamente 80 mil casos novos e quatro a cinco mil mortes a cada ano. Atinge a todas as faixas etárias, prevalecendo entre indivíduos economicamente ativos, de 15 a 54 anos (BRASIL, 2009; BRASIL, 2010; BRASIL, 2013).

Um grande problema na área da saúde a ser enfrentado, que repercute no controle da TB, é a continuidade dos programas e a adequação das propostas às realidades vividas nos diversos contextos

populacionais. O problema da TB não pode ser resumido ao somatório dos casos existentes e tratamento das pessoas acometidas, pois emergem, fundamentalmente, nesta questão os aspectos sociais de desigualdades em que a doença se insere. A solução exige programas com estratégias intersetoriais que promovam qualidade de vida às pessoas acometidas e não somente a garantia de fornecimento de esquemas terapêuticos eficazes (RUFFINO-NETTO, 2002; HINO et al., 2011).

A falta de estrutura adequada de apoio a essas pessoas contribui para a dificuldade de controle da TB. Também contribuem, para não se avançar nesse controle, a falta de autonomia técnico-gerencial, a carência de recursos humanos, financeiros e materiais e a deficiência na integração entre programas para um desenvolvimento efetivo das ações de controle (OLIVEIRA et al., 2010).

Outro agravante no contexto do controle da TB e da garantia de promoção à saúde da pessoa acometida e da população é que, embora esta tenha atendimento necessário à sua demanda, o serviço de saúde, muitas vezes, não a identifica precocemente. Tem-se evidenciado, também, que os profissionais de saúde possuem conhecimento para cuidar das pessoas com TB, embora seja necessário desenvolver, periodicamente, capacitações que mantenham esses profissionais atualizados e preparados para contribuir com a qualidade do atendimento à saúde da população (MACIEL, 2009).

As dificuldades no controle da TB vêm mostrando a importância das práticas de saúde irem além dos limites do conhecimento biomédico, incluindo um olhar integrativo, direcionado à pessoa a quem o cuidado em saúde destina-se, considerando as múltiplas relações em que a mesma se encontra, uma vez que a pessoa não se restringe às expressões da doença que carrega (SOUZA, 2010).

Na perspectiva de garantir práticas de saúde, faz-se importante destacar que a Lei orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS), Lei n° 8080 de 1990, Art. 2, garante que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990, p. 1). Estabelece que são objetivos desse sistema, dentre outros, a assistência às pessoas por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, devendo realizar a integralidade das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990).

O direito à saúde, como um direito humano, implica tanto no acesso universal aos serviços de saúde e a uma educação libertadora, como a garantia de direitos sobre os determinantes sociais, como a

habitação, comida, trabalho decente, participação cidadã, entre outros, destacando que os direitos humanos e os determinantes sociais são indivisíveis e interdependentes (VILLAR, 2007).

Considerando o SUS, a atenção básica de saúde, orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, tem como premissa considerar a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, almejando produzir a atenção integral (BRASIL, 2012a).

Para o cuidado integral e voltado às necessidades de saúde da população, e considerando os determinantes sociais da saúde, o SUS, por meio da Política Nacional de Atenção Básica, define que a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) possui diversas características; dentre elas, destaca-se a atenção básica de saúde, que deve ser considerada o primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, sendo constituída por equipe multidisciplinar que atende toda a população, integrando e coordenando o cuidado, satisfazendo seus direitos à saúde (BRASIL, 2012a).

No Brasil, a Política Nacional de Atenção à pessoa com TB tem sua representatividade por meio do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), que desenvolve estratégias para: ampliar e fortalecer o DOTS (Directly Observed Treatment, Short-course); gerar articulação com outros programas de saúde; e promover descentralização das medidas de controle para a atenção básica, o que inclui o fortalecimento do acesso aos serviços de saúde, o controle social e a sustentabilidade das ações de controle, atendendo, prioritariamente, às populações mais vulneráveis a desenvolver a doença (BRASIL, 2011a).

Em 2004, com a descentralização das ações de controle da TB para a atenção básica, foi adotada a estratégia DOTS, buscando a integração do controle da TB com a atenção básica, o que inclui a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a fim de tornar efetiva a ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento da doença. Vale salientar que o MS adota um protocolo específico acerca do papel da enfermagem no cuidado à pessoa com TB, para fortalecimento dessa estratégia, no componente do tratamento diretamente observado (TDO) (FIGUEIREDO et al., 2009; BRASIL, 2011b).

Para desenvolver a estratégia DOTS, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece e recomenda boas práticas para o controle da TB; dentre elas, temos o compromisso político para fortalecimento de

recursos humanos, o que inclui participação ativa nos esforços para melhorar as políticas de saúde, de recursos humanos, dentre outras, e ainda políticas para controle da infecção tuberculosa em serviços de saúde. Para os recursos humanos, recomenda-se, também, a preparação e formação permanente com a integração ensino-serviço (BRASIL, 2011a).

Importante destacar que o fato de a tuberculose permanecer como problema de saúde pública traz a necessidade de se pensar em novas estratégias no sentido de fazer acontecer a equidade, o acesso aos serviços e a resolutividade das ações, visando a uma perspectiva mais ampla a consolidação do SUS em suas diretrizes (BRASIL, 2011a).

Dessa forma, para o fortalecimento e consolidação do SUS, torna-se fundamental o envolvimento de todos os profissionais de saúde. Nesse contexto, a enfermagem, pela historicidade da profissão, características de suas ações de cuidado nos diferentes cenários e atuação na saúde pública do país, possui uma importância ímpar na execução das ações de controle da TB e na promoção da saúde da população (BRASIL, 2010).

A enfermagem tem contribuído, significativamente, para as ações de prevenção e controle da TB em nosso país em diferentes níveis de atenção à saúde. Também é responsável pelo desenvolvimento e publicação de pesquisas voltadas para o cuidado à pessoa com TB. Nos estudos epidemiológicos, a enfermagem contempla os profissionais mais expostos ao bacilo da TB e, conseqüentemente, são os mais acometidos pela doença. Sabe-se, também, que o cuidado contínuo permite que esses profissionais sejam, dentre os profissionais da saúde, os que mantêm relação mais direta com a população exposta ou adoecida pela doença. Soma-se, ainda, o caráter gerencial, organizacional e educativo da profissão, o que permite, muitas vezes, assumir papéis com potencial para desenvolver atividades, dentro dos serviços de saúde, que controlam e previnem a TB. Além de desenvolver atividades permanentes com os agentes comunitários de saúde e demais profissionais de saúde, frequentemente é o primeiro profissional a diagnosticar o sintomático respiratório (BRASIL, 2010; SANTOS; NOGUEIRA; ARCÊNCIO, 2012; OBLITAS et al., 2010; CASTRO et al., 2011; BERTAZONE; GIR; HAYASHIDA, 2005).

Os enfermeiros, que, historicamente, são os profissionais mais envolvidos no cuidado às pessoas com TB, têm se deparado com situações complexas e diversificadas e desenvolvido variadas formas de superar essas situações, que nem sempre constam nos manuais e textos sobre a atenção às pessoas com TB. Nesse sentido, estudos que buscam

aprender como o cuidado vem sendo realizado, na perspectiva desses profissionais, passam a ter uma importância especial pela possibilidade de sistematizar esses saberes e práticas, construindo um novo conhecimento em saúde.

No contexto da atuação da enfermagem no cuidado à pessoa com TB, faz-se importante compreender as relações que se estabelecem em torno do processo de cuidar na perspectiva do profissional de enfermagem. Isto pode possibilitar reflexões e mudanças nas práticas do cuidado e revisão das práticas de saúde na perspectiva da promoção da saúde de pessoas com TB no viver mais saudável.

Destacamos ainda que a atenção às pessoas com TB demanda um cuidado prolongado e que é influenciado por diferentes aspectos, tanto relacionados à pessoa com TB, e sua condição de vida, muitas vezes em situações de vulnerabilidade social, quanto aos relacionados aos serviços de saúde (BRASIL, 2011a; WHO, 2014). Desse modo, percebemos que o processo de cuidar da pessoa com TB envolve mais do que a entrega de medicamentos e a realização de exames. Há necessidade de um envolvimento efetivo dos profissionais da saúde no cuidado, de forma a compreender as repercussões da doença em suas vidas e dos fatores que podem interferir no tratamento, contribuindo para a realização de um cuidado contextualizado à realidade de cada um.

Considerando este cenário de cuidado da pessoa com TB na atenção básica de saúde, temos nos questionado sobre vários aspectos: Como tem sido a interação entre os enfermeiros e as pessoas com TB? Essa interação tem permitido prevenir e controlar a doença? A atuação dos enfermeiros tem contribuído para a promoção da saúde ou para um viver mais saudável das pessoas envolvidas no contexto da TB? A enfermagem está preparada para atuar na complexidade que envolve o cuidado às pessoas com TB? As condições de trabalho têm permitido uma atuação eficaz? Quais são os principais medos e estigmas destes profissionais? Eles se consideram preparados para atuar dentro dos princípios que regem o SUS? Como se concretiza o cuidar de pessoas em condição crônica de saúde quando esta se revela como uma doença infecciosa e contagiosa? Os enfermeiros têm obtido sucesso ao lidar com pessoas com TB?

Para responder essas questões, acreditamos que a melhor abordagem seria uma pesquisa qualitativa, que permitisse não somente responder a essas questões, mas que também possibilitasse uma construção teórica mais sistemática, envolvendo toda a complexidade do cuidado que o enfermeiro realiza na atenção básica, mais especificamente, o cuidado à pessoa com TB. Portanto, a opção pela

abordagem metodológica da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) foi uma consequência desses questionamentos, pois observamos que os estudos publicados ainda são insipientes e não contemplam o processo de cuidar da pessoa com TB de uma maneira mais ampliada, incluindo as circunstâncias que favorecem ou dificultam esse processo, as estratégias de atuação frente à pessoa acometida e as consequências de toda atuação por parte dos enfermeiros.

Logo, visando colaborar no desenvolvimento do conhecimento em enfermagem e saúde para melhorar os indicadores da doença, que envolvem a incidência, a mortalidade e a cura, desenvolvemos um estudo que teve como questão norteadora: Como tem ocorrido o cuidado dos enfermeiros, na atenção básica de saúde, junto às pessoas com tuberculose em seu contexto de adoecimento e tratamento?

O estudo teve, então, os seguintes objetivos:

- Compreender o processo de cuidar da pessoa com tuberculose por enfermeiros na atenção básica de saúde de uma capital da Região Nordeste brasileira.
- Construir um modelo teórico a partir da compreensão do processo de cuidar da pessoa com tuberculose sob a perspectiva dos enfermeiros da atenção básica de saúde, considerando as dimensões causais, interventoras, contextuais, das ações/interações e das consequências do fenômeno representativo desse cuidar.

**A TESE defendida neste estudo é de que o cuidado à pessoa com Tuberculose, na atenção básica de saúde, demanda do enfermeiro um comprometimento e um envolvimento que considerem em suas práticas o contexto de vida dessa pessoa e sua família, e que têm como limitação os cenários dos serviços de saúde, que envolvem a forma de organização da rede de atenção à saúde e as condições de trabalho onde ocorre o cuidado.**



## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

O uso da literatura neste estudo foi intensificado após análise dos dados, para que não houvesse influência direta na percepção da pesquisadora sobre os dados e, assim, permitisse a descoberta de dimensões inéditas acerca do fenômeno.

Dessa forma, a revisão da literatura procurou apresentar informações que esclarecessem melhor os achados oriundos dos dados e os confrontassem diante das publicações científicas e recomendações nacionais e internacionais. Estas últimas, disponíveis nas páginas da Internet do MS, no Brasil, e da OMS. Procurou-se apresentar, inicialmente, o que vem a ser a TB, qual sua magnitude e como tem sido o enfrentamento da mesma. Em seguida, uma breve explanação sobre o cuidado de enfermagem, e, logo após, é apresentada uma revisão das pesquisas que a enfermagem tem realizado sobre o cuidado e a atenção à pessoa com TB. O recorte sobre os estudos realizados apenas pela enfermagem ocorreu para conhecer o que os enfermeiros têm produzido sobre a temática, uma vez que o objeto de pesquisa desta tese encontra-se na dimensão científica da enfermagem.

### **2.1 Considerando a magnitude da doença, seu contexto histórico e de enfrentamento**

A TB é uma doença infectocontagiosa, considerada uma das enfermidades mais antigas e conhecidas do mundo, e que continua sendo considerada um grande problema de saúde pública. A TB é a segunda maior causa de morte causada por um agente infeccioso, após a AIDS. Em 2012, em todo mundo, 8,6 milhões de pessoas ficaram doentes com tuberculose e 1,3 milhões morreram devido à doença, e, ainda, estima-se, que nesse ano, 530.000 crianças ficaram doentes com tuberculose. Mais de 95% das mortes por TB ocorrem em países de baixa e média renda. A doença ainda é uma das três principais causas de morte entre mulheres de 15 a 44 anos. É, também, a principal causa de morte entre as pessoas infectadas com o HIV, acarretando um quinto das mortes neste grupo (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011a; WHO, 2012; WHO, 2014).

Diante dos números e da repercussão da doença em todo o mundo faz-se importante destacar, brevemente, alguns aspectos históricos que, muitas vezes, esclarecem algumas situações vivenciadas hoje, na concretude do cuidado junto às pessoas acometidas. Considera-se, então, que um importante marco na história da TB foi a identificação de seu

agente etiológico, o *Mycobacterium tuberculosis*, em 1882, o que contribuiu para o fortalecimento da teoria da transmissibilidade da doença, o controle e o tratamento específico da TB, porém, sem avanços terapêuticos significativos naquele momento da história (HIJJAR et al., 2007).

A doença carrega o fardo do grande impacto que gerou na vida das pessoas acometidas. No final do século XIX e início do XX, morria a metade dos indivíduos acometidos, evidenciando a relação da TB com as precárias condições de vida e pobreza. Diversos países alcançaram seu controle, bem antes da quimioterapia, apenas com a melhoria dos padrões de vida dos acometidos. Atualmente, a tecnologia disponível permite curar a quase totalidade das pessoas com a doença, porém os indicadores, em vários países, são preocupantes, como já destacado (HIJJAR et al., 2007; WHO, 2013).

No Brasil, acredita-se que a doença tenha sido trazida pelos colonizadores europeus, o que inclui, por exemplo, os padres jesuítas, enviados ao país para catequizar índios, mantendo contato direto com muitas pessoas e, assim, propagando o bacilo em muitas aldeias (HIJJAR et al., 2007). A doença propagou-se, rapidamente, às classes menos favorecidas devido às mínimas condições de saúde, alimentares, higiênicas e de trabalho. No final do século XVIII, a tuberculose passou a ser vista como “uma doença romântica”, posto que era característica de muitos poetas e intelectuais, percebidos por seus contemporâneos em uma posição de refinamento. Já, ao final do século XIX e durante o século XX, a doença tomou a representação de “mal social”. Ambas as representações contribuíram para uma concepção estigmatizante no imaginário social. A doença constituía a maior causa de morte no Rio de Janeiro. As pessoas mais acometidas advinham da massa de trabalhadores que, em geral, recebiam salários insuficientes para a moradia e alimentação adequada (MACIEL et al., 2012; BASTA, 2006).

Ainda, durante o século XX, a formulação e implementação das políticas de controle da tuberculose foram sendo assumidas por instituições estatais e filantrópicas. A Reforma Carlos Chagas, em 1920, que deu origem ao Departamento Nacional de Saúde Pública, inaugurou uma fase de maior intervenção do Estado no combate à tuberculose, criando a Inspeção de Profilaxia da Tuberculose. No Distrito Federal, sediado, na época, no Rio de Janeiro, tanto o poder público como as entidades filantrópicas ampliavam a disponibilidade de atendimento, organizando dispensários e enfermarias exclusivas para pessoas com TB. Nesse tempo, houve a participação das primeiras enfermeiras de saúde pública que se ocupavam com visita domiciliar e entrevistas

nos dispensários. O Serviço Nacional de Tuberculose, em 1940, e a Campanha Nacional Contra a Tuberculose, em 1946, coordenaram políticas nacionais como a da quimioterapia, iniciada com a descoberta da estreptomocina, em 1944 (HIJJAR et al., 2007; BASTA, 2006).

No Brasil, a partir dos anos de 1940, o serviço de combate à TB contou com a enfermagem de saúde pública, antecedida pelas visitadoras sanitárias, que passou a ter papel de destaque na Campanha Nacional contra a TB (FARIA, 2006). Por ser uma doença crônica, que envolvia longos períodos de internação, a TB propiciou a projeção social do valor da enfermagem no Brasil (ANTUNES; WALDMAN; MORAES, 2000).

Vale destacar que, embora a OMS apresente o tratamento supervisionado como uma proposta inovadora, no Brasil a Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública já utilizava o tratamento segundo esta estratégia desde 1962, em unidades de todos os níveis de complexidade, sendo a enfermagem responsável por esse tratamento supervisionado (RUFFINO-NETO, 2002).

Ao longo dos anos de 1950 e 1960, o tratamento para a tuberculose passou a ser ambulatorial e fez com que, em 1961, fossem treinadas enfermeiras para os dispensários das capitais, e, nesse processo, a rede dispensarial atingiu o mais alto grau de desenvolvimento (GONÇALVES, 2000). Em 1976, foi criada a Divisão Nacional de Tuberculose, que se transformou em Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária. O surgimento da resistência bacteriana levou ao desenvolvimento de vários esquemas terapêuticos. Em 1979, o esquema I (*rifampicina*, *hidrazida* e *pirazinamida*), o principal na época, teve grande impacto epidemiológico (RUFFINO-NETO, 2002; HIJJAR et al., 2007).

A TB foi considerada em 1993 como uma emergência global pela Organização Mundial da Saúde (OMS), quando foi instituída a estratégia DOTS, como medida eficaz e de melhor custo-benefício de controle da doença mundialmente. Por sua vez, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em parceria com os países da região, resolveu fortalecer o controle da TB, por meio da estratégia DOTS e da implementação de iniciativas para combatê-la, a fim de superar os problemas que permeiam a doença, como a propagação do HIV/AIDS, o surgimento da TB multirresistente, e as condições de vida da população. Essas medidas visaram responder a metas de médio e longo prazo, objetivando reduzir a carga da doença e responder, satisfatoriamente, aos “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio” (BRASIL, 2006).

O Brasil, como resposta, elaborou estratégias como o Plano

Emergencial para Controle da Tuberculose (1994), com priorização de 230 municípios, e assumiu tornar efetiva a municipalização das ações e sua maior integração aos Programas de Agentes Comunitários e Saúde da Família (RUFFINO-NETO, 2002; HIJJAR et al., 2007).

Dessa forma, desde 2003, o Brasil tem considerado a TB como prioridade para o Ministério da Saúde (MS). Está, atualmente, entre as cinco doenças mais evidentes. O Brasil diagnosticou, em 2013, um total de 71.123 de pessoas com tuberculose, consideradas casos novos, produzindo um coeficiente de incidência de 35,4/100.000 habitantes. Esse coeficiente vem apresentando redução ao longo dos anos. Em 2003, esse valor foi de 44,4/100.000 habitantes, uma redução de 20,4% em comparação a 2013. Desse total de pessoas com TB diagnosticadas em 2013, 85,7% apresentaram a forma clínica pulmonar e, destas, 65,2% eram bacilíferas. Essas pessoas são as principais fontes de transmissão da doença quando não tratadas adequadamente até a cura. Em 2012, 70,6% das pessoas com TB pulmonar bacilífera alcançaram a cura e 10,5% abandonaram o tratamento. A OMS recomenda a cura de pelo menos 85,0% das pessoas com TB pulmonar bacilífera (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b; BRASIL, 2014a).

Atualmente, considera-se o efetivo controle da TB um indicativo de qualidade da atenção à saúde, remetendo, também, às questões de justiça social. Na luta de combate à doença, permanecem os desafios de promover o acesso ao diagnóstico e tratamento, e a qualidade que a assistência demanda, para alcançar a cura e a saúde das pessoas acometidas. O número de mortes por TB ainda se apresenta expressivo, uma vez que a maioria dessas mortes seria evitável. Existe, ainda, a preocupação com a resistência bacteriana, a incidência e a mortalidade entre as pessoas com HIV, a necessidade de garantir um tratamento diretamente observado, a melhoria do cuidado à saúde, e o enfrentamento das condições precárias de vida das pessoas acometidas (RODRIGUES et al., 2007; WHO, 2014; WHO, 2013; WHO, 2010).

O TDO, reconhecido mundialmente e recomendado pelo PNCT, constitui uma estratégia para a adesão ao tratamento, reduzindo as chances de abandono e aumentando as possibilidades de cura, que orienta a observação diária da ingestão dos medicamentos por um profissional de saúde, e, excepcionalmente, por uma pessoa que tenha vínculo com as pessoas em tratamento, onde, nessas situações, o profissional de saúde deve semanalmente acompanhar o andamento e suporte do tratamento. O TDO está relacionado ao componente da observação da tomada dos medicamentos, parte da estratégia DOTS (BRASIL, 2013. BRASIL, 2011a).

O MS aponta que a enfermagem revela-se como categoria fundamental para a condução das atividades de saúde pública no País, adquirindo especial importância na execução das ações de controle da TB. Dessa forma, a enfermagem assume destaque nas ações de garantir a supervisão do tratamento, evitando as intercorrências, que favorecem o abandono, a recidiva e a TB resistente, promovendo a adesão das pessoas acometidas e um tratamento bem-sucedido (BRASIL, 2011b).

## **2.2 O cuidado de enfermagem**

O cuidar é uma atitude, e vai além de ser um simples ato. Compreende mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo, e representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 2011).

Por sua vez, o cuidado é um processo, uma maneira de se relacionar com alguém, que abrange desenvolvimento e gera confiança mútua, provocando uma intensa e qualitativa transformação no relacionamento. O processo de cuidar não ocorre isoladamente; constitui-se uma ação e um processo interativo entre o ser que cuida e o ser que é cuidado. Entre as condições necessárias para que o processo de cuidar aconteça, ressaltam-se a disponibilidade, a receptividade, a intencionalidade, a confiança, ocasionando, conseqüentemente, o crescimento de ambos os envolvidos no cuidado (WALDOW, 2005).

Na saúde, o processo de cuidar envolve, além de procedimentos e atividades técnicas, ações e comportamentos que valorizam não só o estar com, mas o ser com. Acredita-se que procedimentos, intervenções e técnicas realizadas com a pessoa sob cuidados apenas são consideradas como sendo cuidado a partir do momento em que comportamentos de cuidar ocorram, como: respeito, consideração, gentileza, atenção, carinho, solidariedade, interesse, compaixão, etc. Portanto, o cuidar constitui-se um processo interativo, que só ocorre em relação ao outro (WALDOW, 2005).

Ressalta-se que o modo de ser do cuidado abrange relação não de sujeito-objeto, mas de sujeito-sujeito. Essa relação, no contexto do processo de cuidar, caracteriza-se por ser de âmbito profissional, sujeito-outro, alicerçada no respeito e, caso incida em objetificação, a relação seria de não cuidado (WALDOW, 2005).

O cuidado revela-se na preservação do potencial saudável das pessoas, e está relacionado a uma concepção ética que contemple a vida como um bem valioso em si. Por ter um conceito amplo, pode abranger diversos significados, como solidarizar-se, evocando relacionamentos

compartilhados entre cidadãos em comunidades; também, a depender das circunstâncias e da doutrina adotada, pode gerar uma noção de obrigação, dever e compromisso social (SOUZA et al., 2005).

A Enfermagem, ao considerar o cuidado no contexto do agir solidário na vida e na morte, respeita as razões morais de cada pessoa, ao mesmo tempo em que convive com dores e alegrias oriundas da relação interpessoal. Ao trabalhar nesta dimensão, por muitas vezes, extrema, o cuidado orientado pela solidariedade procura a simetria e o equilíbrio nas suas diversas atividades, na condição de função cuidadora (SOUZA et al., 2005).

O sentido e a existência do cuidado são próprios da prática profissional da enfermagem. O cuidado de enfermagem é orientado para promover e restaurar o bem-estar físico, psíquico e social, e ainda expandir as possibilidades de viver e prosperar. Possui, na sua magnitude, o componente humanístico, ao promover a continuidade da espécie humana, saudavelmente humanizada. Além do aspecto humanístico, contempla o contexto da liberdade e da autonomia, tanto individualmente, como universalmente, uma vez que o cuidado de enfermagem deve constituir-se um suporte para viver bem, garantindo condições para uma vida saudável, em benefício do bem comum (SOUZA et al., 2005).

O cuidado é considerado como uma característica do ser humano, o qual foi adotado pela enfermagem, e tornou-se sua essência. O cuidado está inserido na humanidade desde o início da história do ser humano, acompanhando a evolução dos tempos, e por isso conviveu com as mais diversas formas de sociedade, fazendo-se presente no interior das discussões nos vários contextos coletivos (SILVA et al., 2009). Como ocupação essencial da enfermagem, o cuidado possui virtudes intrínsecas, como a convivência, o respeito e a tolerância. Essas virtudes concretizam-se nas atitudes de cuidado em qualquer situação vivenciada pelos cuidadores e pelos que são cuidados (MANFRINI et al., 2011).

Portanto, o processo de cuidar é compreendido como a forma como ocorre o cuidado ou deveria ocorrer, envolvendo um encontro entre quem cuida e quem é cuidado, onde se concretizam as relações e se estabelece um laço entre os protagonistas desse cuidado. O momento de cuidar é considerado de caráter transformador, onde ambos, ser que cuida e ser cuidado, crescem numa tranquila e amistosa relação de confiança (WALDOW, 2008).

Vale salientar que o cuidado, embora necessário em todas as fases da vida e em todos os tipos de vida no planeta, é primordial

quando existe a vulnerabilidade. Quando o outro ser encontra-se em estado de vulnerabilidade, é acionada a propulsão para o cuidar. A pessoa, diante de sua condição de estar doente, apresenta-se como um ser vulnerável. O encontro entre ser que cuida e ser cuidado é de máxima relevância, uma vez que, dependendo de como a relação inicia-se, a situação de modificar o estado de adoecimento pode se tornar menos traumática (WALDOW, 2008).

Diante do exposto, considera-se que o cuidado de enfermagem requer escolher e adotar uma atitude empática de colocar-se no lugar daquele que é cuidado, com a finalidade de levantar e compreender, pelo sentir, suas reais necessidades. A atitude de empatia abre espaço para o diálogo, compartilha responsabilidades e reconstrói as identidades. Valoriza-se, assim, não perder de vista o conjunto familiar e/ou institucional, promovendo a satisfação das necessidades dos envolvidos no processo do cuidado (BORGES; SILVA, 2010)

### **2.3 A pesquisa de enfermagem sobre o cuidado e atenção à pessoa com tuberculose**

Levantamento feito sobre a produção científica da enfermagem, no Brasil, acerca da TB, a partir das Teses e Dissertações produzidas no período de 2000 a 2010, disponível *on line*, entre os meses de novembro e dezembro de 2012, no Banco de Teses e Dissertações do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEEn) da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), apresentou 66 produções, sendo 23 teses e 43 dissertações (CEPEEn, 2012).

As Teses e Dissertações não divergiram muito entre o número de trabalhos de abordagem qualitativa e quantitativa. Os referenciais teórico-metodológicos foram diversos, e o ano de 2009 concentrou mais estudos, com 13 publicações, com predominância para a Região Sudeste. Os objetos de investigação mais frequentes foram o TDO, a avaliação e o acesso aos serviços de saúde, e o conhecimento, percepção e significado da doença. Houve destaque para as categorias: fragilidades na atenção à pessoa com TB; elementos que favorecem a recuperação e cura da doença; propostas de enfrentamento; representação do viver com TB e o risco de adoecer (CEPEEn, 2012).

As publicações de artigos científicos sobre a TB produzidas pela enfermagem abrangem diversas temáticas de estudos. Para construirmos a revisão de literatura sobre o cuidado da enfermagem à pessoa com tuberculose na atenção básica de saúde, realizamos uma busca da produção científica publicada em forma de artigos, no período de 2009 a

2013. Para tanto, utilizamos os descritores tuberculose, enfermagem e atenção primária à saúde, como sinônimo de atenção básica à saúde, nas bases de dados National Library of Medicine (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Base de Dados em Enfermagem (BDeF). Com a finalidade de discutir os resultados nos manuscritos, também, utilizamos a base de dados The Cumulative Index to Nursing & Allied Health (CINAHL). Dessa forma, apresentamos a seguir o resultado da revisão, que foi direcionada para apresentar o que a enfermagem tem discutido e quais suas intervenções no contexto do cuidado à pessoa com TB na atenção básica.

O conhecimento de enfermeiros que atuavam na Atenção Básica de Saúde acerca da TB foi analisado em um estudo quantitativo de corte transversal, realizado no Município de Foz do Iguaçu/PR. O estudo contou com uma participação de 30 enfermeiros e evidenciou que a maioria dos enfermeiros era do sexo feminino, atuava em Unidade de Saúde da Família, não tinha participado de capacitações sobre TB e possuía pouco tempo de atuação nesse cenário. Verificou-se, então, que o conhecimento em relação à prevenção, transmissão, diagnóstico e tratamento da TB eram superficiais, e apontou-se, portanto, a necessidade de capacitações na área (SILVA SOBRINHO et al., 2014).

Outro estudo que abordou, também, a dimensão do conhecimento, que objetivou identificar o estado da arte em artigos científicos publicados no período de 2002 a 2011 no Brasil, sobre a abordagem dada pelos enfermeiros no controle da TB, revelou que os artigos selecionados mostram o interesse em compreender o papel da assistência de enfermagem às pessoas com TB. Foram levantadas questões relevantes no que diz respeito a aumentar o conhecimento e habilidades dos profissionais para cumprirem, efetivamente, suas atividades, e sobre as preocupações dos profissionais e estudantes acerca dos riscos ocupacionais advindos da exposição biológica ao *Mycobacterium tuberculosis*. Revelou-se, ainda, um déficit na educação para a saúde e prevenção de doenças entre os futuros profissionais de saúde, levando a barreiras na identificação de pessoas sintomáticas, uma vez que alguns estudantes deixam o ensino despreparados para assumir as ações necessárias frente à TB. Foi demonstrado que a pesquisa em enfermagem tem contribuído, significativamente, no campo da TB, especialmente em estudos operacionais (BRUNELLO et al., 2012).

Nas questões que abordam o conhecimento dos enfermeiros, discutindo sobre o cuidado de enfermagem na atenção primária à saúde, uma pesquisa exploratória e descritiva, de abordagem qualitativa,



realizada no Município de Juiz de Fora/MG, que objetivou identificar os saberes dos enfermeiros de atenção primária sobre o conceito de cuidar, concluiu que os enfermeiros apresentaram inibição ao discutirem o tema, considerando-o de difícil definição. Assim, evidenciou-se que existe a necessidade de integrar ao processo de trabalho práticas para melhorar a formação permanente dos profissionais. Foi proposto ainda que se realizem estudos sobre assistência do enfermeiro na atenção básica à saúde, uma vez que é importante analisar se os saberes e valores destes interferem na qualidade do cuidado prestado (FABRI et al., 2013).

Demonstrou-se que, além da carência de conhecimentos científicos, os enfermeiros lidavam, diariamente, com a escassez de recursos humanos e materiais e, conseqüentemente, com a sobrecarga de atividades, o que comprometia a qualidade do cuidado oferecido, além de dedicarem muito tempo à administração do serviço de saúde (FABRI et al., 2013).

Na dimensão do diagnóstico, estudo de corte transversal, que analisou, a partir de fontes secundárias e entrevistas com pessoas com TB, o primeiro contato dessa pessoa com os serviços de saúde para o diagnóstico oportuno da TB, em diferentes regiões do Brasil, revelou que a Atenção Primária à Saúde apresentou maior tempo e menor proporção de diagnósticos, e que os serviços associados ao diagnóstico, na primeira consulta, foram os serviços especializados, e que era preciso conformação da rede de atenção à saúde nos distintos cenários, possibilitando a organização do trabalho de forma integrada entre os serviços para o diagnóstico oportuno da TB (VILLA et al., 2013).

Também abordou o diagnóstico estudo qualitativo realizado em município da região metropolitana de João Pessoa/PB, Brasil, que objetivou analisar as ações de controle da TB no contexto de Equipes de Saúde da Família, na perspectiva das pessoas com TB em tratamento, evidenciando que, para obtenção do diagnóstico da TB, predominou a busca por serviços especializados. Nas unidades de saúde da família onde o acesso foi facilitado notou-se uma atitude promotora de vínculo com as pessoas com TB e seus familiares, com destaque para os profissionais enfermeiros e agentes comunitários de saúde. O estudo ressaltou a necessidade de mudanças no planejamento e/ou organização local para que o acesso fosse facilitado e fortalecesse a relação equipe/pessoa acometida, e, assim, concretizasse um cuidado integralizado (NOGUEIRA et al., 2012).

Estudos também abordaram a questão da coordenação da atenção à pessoa com TB. Em Ribeirão Preto/São Paulo, foi demonstrado, por

meio de um estudo epidemiológico descritivo, que analisou a coordenação da assistência à pessoa com TB em Serviços de Atenção Primária, segundo 23 pessoas com TB, 16 profissionais e 17 gestores, que a forma como as equipes dos Programas de Controle de TB estabelecem a atenção não garante meios para a participação efetiva da pessoa com TB na escolha ou decisão do serviço a ser referenciado. Isso comprova forte predomínio do modelo curativista, voltado para a técnica e a doença, e não para o indivíduo, sugerindo precariedade e insipiência da corresponsabilização. Revelou, ainda, que a coordenação da assistência à pessoa em tratamento pela equipe do programa de controle da TB foi considerada satisfatória. Porém, quando ocorreu necessidade de encaminhar a pessoa acometida a outros serviços de atenção, essa coordenação apresentou pontos deficientes, tais como descontinuidade do fluxo de comunicação e participação insatisfatória da pessoa com TB no processo de atenção. Foi, então, sugerido que a coordenação da assistência da TB construísse um modelo flexível, centrado na integração do cuidado, com profissionais detentores de conhecimento, capazes de escutar e exercer o papel de educadores para, assim, poder potencializar a autonomia da pessoa acometida e instigar a corresponsabilização no cuidado (ASSIS et al., 2012).

Neste contexto da coordenação e gestão do cuidado às pessoas com TB, na perspectiva dos gestores do PCT em um município da região metropolitana de João Pessoa/PB, foram evidenciados, com um estudo qualitativo, que objetivou analisar o discurso de gestores sobre a relação entre a organização dos serviços de saúde e a gestão do cuidado à TB, fragmentação das ações e controle da tuberculose, falta de articulação entre os serviços e os setores, descumprimento de atividades específicas para o controle da TB e ausência de planejamento estratégico para gestão do cuidado da doença. Concluiu-se que, para que a organização dos serviços de saúde torne-se efetiva no controle da doença, a TB deve ser prioridade na agenda da gestão e considerada como um problema social a ser enfrentado nos aspectos de vulnerabilidade social, do estigma, da subjetividade e de singularidade dos sujeitos envolvidos. Além disso, há necessidade de fortalecimento da gestão do cuidado à TB, considerando o compromisso político dos gestores na política local, assegurando a atenção de qualidade nos serviços de saúde, e implementando ações que possibilitem a participação das pessoas acometidas no planejamento de ações voltadas ao controle da doença e nas rodas de discussões sobre o cuidado, na perspectiva da gestão (BARRETO et al., 2012).

Pesquisas abordaram, também, o DOTS, a construção do vínculo e o acesso aos serviços de saúde (SÁ et al., 2012; FIGUEIREDO et al., 2009; QUEIROZ; BERTOLOZZI, 2010).

Estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, que objetivou analisar percepções de enfermeiras sobre o controle da TB, segundo o eixo teórico da integralidade em saúde e os conceitos de vínculo e trabalho em equipe, realizado com 13 enfermeiras, responsáveis pela operacionalização do DOTS, num município localizado na região metropolitana da Grande João Pessoa, considerado prioritário pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) junto às equipes de Saúde da Família locais, demonstrou que as enfermeiras têm desenvolvido atividades ainda centradas em ações como monitoramento da busca ativa de sintomáticos respiratórios, acompanhamento do tratamento e pedido de medicamentos (SÁ et al., 2012).

Foi demonstrado ainda que é notória a falta de articulação entre os profissionais de saúde e os gestores em seus processos de trabalho, e que isso prejudica a atenção à saúde pautada na integralidade e a construção de vínculos e responsabilizações advindos da escuta qualificada e do diálogo, consideradas ferramentas importantes no cuidado em saúde (SÁ et al., 2012).

Alguns fatores que enfraquecem o processo de trabalho dos profissionais da ESF no controle da TB foram apontados pelas enfermeiras, destacando, principalmente, as ações de cuidado fragmentadas e voltadas para as atividades técnicas de cada profissional da equipe individualmente. Destacaram como fragilidade a ausência de incentivos e benefícios para as pessoas acometidas pela doença (SÁ et al., 2012).

As enfermeiras ainda declararam que questões políticas e de rotatividade de profissionais minimizam a autonomia das mesmas e afetam a formação e fortalecimento de vínculos entre os profissionais, usuários e gestores. Elas ressaltaram que a operacionalização da estratégia DOTS pelas equipes não é desenvolvida em coerência com a política de Atenção Básica de Saúde. Foi destacado que as enfermeiras são profissionais de reconhecida expressão na ESF e que suas percepções sobre o cuidado à pessoa com TB devem ser refletidas por gestores, profissionais, usuários e educadores, almejando o fortalecimento de vínculos e corresponsabilizações para garantir a integralidade e o trabalho em equipe (SÁ et al., 2012).

Considerando, ainda, a estratégia DOTS, um estudo, do tipo inquérito descritivo, cujo objetivo foi analisar o acesso ao tratamento

para TB em serviços de saúde vinculados ao Programa Saúde da Família e em ambulatório de referência, com 106 pessoas que receberam tratamento para TB no Município de Campina Grande/Paraíba, retratou que a mesma, no contexto estudado, foi incorporada ao serviço como uma estratégia de tratamento. Demonstrou ainda que, embora o tratamento da TB seja oferecido pelo serviço de saúde, ocorre um desprendimento financeiro da pessoa acometida para deslocamento até o serviço e ausência no ambiente de trabalho, até porque essa pessoa prefere realizar o tratamento em uma unidade de saúde distante de sua residência. Foi declarado que, mesmo com a ampliação da ESF, as equipes não assumiram o tratamento da pessoa com TB em seu todo (FIGUEIREDO et al., 2009).

Já, no Município de São Paulo, um estudo qualitativo, que objetivou analisar potencialidades e limites da estratégia DOTS, sob o ponto de vista de 11 pacientes e 12 profissionais de saúde de Unidades Básicas de Saúde das Coordenadorias Norte, Oeste e Leste, do Município de São Paulo, cuja análise foi fundamentada na Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, evidenciou que a estratégia DOTS é aprovada por profissionais e pessoas com TB e, mesmo se constituindo um caminho difícil, pode garantir a cura, que representa o retorno à produtividade e à sobrevivência. A supervisão no tratamento não comprometeu a autonomia das pessoas acometidas pela doença e ainda possibilitou um maior vínculo com os profissionais, fazendo surgir sentimentos significativos, como o sentir-se cuidado e a segurança na assistência, os quais colaboraram para a adesão e sucesso do tratamento. Foi estimulada a autonomia da pessoa com TB por meio da decisão conjunta quanto à flexibilização do tratamento, diante dos diversos papéis sociais que essa pessoa pode estar assumindo durante esse período. Foi discutido que a falta de preparo dos profissionais para lidar com as necessidades e demandas da pessoa acometida pode limitar a estratégia, uma vez que essa não se limita à simples tomada de medicamento e cura da doença. Destacou-se, então, a importância de incentivos em virtude da situação de exclusão em que se encontra a pessoa acometida, não substituindo a efetivação das políticas de inclusão social (QUEIROZ; BERTOLOZZI, 2010).

Enfatizou-se, dessa forma, a importância da comunicação e divulgação continuada do conhecimento sobre a doença para a pessoa acometida, sua família e a comunidade, visando contribuir para a diminuição do estigma que acompanha a doença. Para tanto, fazem-se necessários a sensibilização e o reconhecimento dos profissionais de que a sociedade tem influência na saúde da população, e, assim, promover a

articulação entre os diversos equipamentos sociais locais para favorecer o controle da doença (QUEIROZ; BERTOLOZZI, 2010).

É importante destacar que a doença ainda se constitui um estigma social, vitimando duplamente a pessoa acometida, que, além de ter a preocupação com a obtenção da cura, ainda tem que suportar o sofrimento advindo do preconceito dos outros (QUEIROZ; BERTOLOZZI, 2010).

Na dimensão do vínculo, pesquisadores realizaram um estudo avaliativo de natureza qualitativa, utilizando a História Oral Temática, em dois municípios da região metropolitana de João Pessoa/Paraíba, com nove usuários de áreas de abrangência das unidades de saúde da família, para analisar a relação entre as singularidades da pessoa com TB, com história de abandono do tratamento, e a atenção oferecida pela equipe de saúde da família, considerando o vínculo estabelecido nas relações de cuidado. Eles evidenciaram que o vínculo beneficia a continuidade do cuidado e que o conhecimento pela equipe de saúde da questão social, econômica e cultural da pessoa acometida e de sua família fortalece a relação terapêutica, favorecendo o cuidado na perspectiva da cogestão. Os autores afirmaram que o vínculo está intimamente relacionado à prática de cuidados efetiva, onde ocorrem troca de afetos e convivência potencialmente reconstrutora de autonomias. Observou-se ainda que o agente comunitário de saúde foi o membro da equipe de saúde que mais se destacou quando se trata de maior vinculação com a pessoa com TB (SOUZA et al., 2010).

Na abordagem do acesso aos serviços de saúde, pesquisa do tipo transversal, que entrevistou 514 pessoas com TB em tratamento, e avaliou o desempenho dos serviços de saúde na atenção primária à saúde no controle da TB em várias cidades de diferentes regiões brasileiras, evidenciou que, principalmente no Nordeste brasileiro, uma barreira a ser vencida para o sucesso no controle da doença é a questão estrutural do programa no tocante à dificuldade de acesso aos serviços e ações de saúde por parte da população, e, ainda, na maneira ineficaz como as tecnologias e serviços de saúde são distribuídos e integrados (VILLA et al., 2011).

Pesquisas tiveram, também, como foco o uso do álcool e a educação em saúde. Em um centro municipal de saúde, no Município do Rio de Janeiro, foi realizado um estudo que teve o objetivo de descrever e analisar a percepção das pessoas acometidas pela doença, sobre o consumo de álcool no tratamento da TB, e discutir as intervenções da equipe de saúde e da enfermagem. Foi evidenciado que os profissionais da enfermagem e os médicos não estavam orientando, adequadamente,

essas pessoas quanto à exposição a fatores de risco que prejudicam o tratamento. Sobre a enfermagem, algumas pessoas com TB relataram que receberam orientações dessa equipe e que foram estimuladas a seguirem corretamente o tratamento, não se expondo a fatores de risco como o alcoolismo. O estudo atenta para a importância da atuação da enfermagem, e que essa deve se inserir de forma ativa no contexto de saúde e doença em que se encontram as pessoas acometidas. A atuação pode ser por meio de orientações individuais ou coletivas, demonstrando postura de compreensão e de parceria durante todo o relacionamento que vai se construindo durante o tratamento (SILVA; LAFAIETE; DONATO, 2011).

Ao analisar as práticas de educação em saúde aplicadas ao controle da TB, na percepção dos enfermeiros, em unidades de Saúde da Família no Município de João Pessoa/Paraíba, por meio de uma pesquisa descritiva e exploratória de abordagem qualitativa, foram apresentados os seguintes fatores que prejudicam a realização satisfatória da educação em saúde: falta de planejamento, capacitação profissional insuficiente, espaço físico inapropriado do serviço de saúde e carência de material educativo. Os enfermeiros entrevistados reconheceram a importância da educação em saúde, todavia essa percepção era restrita, uma vez que suas ações se resumiam a palestras nas salas de espera. Para a pessoa com TB, essa educação era limitada às consultas individuais dentro dos consultórios, inexistindo a atenção e orientação à família. O estudo conclui que se faz indispensável o compromisso e apoio político dos gestores, para implementar a educação no serviço de saúde, promovendo a saúde e a cidadania junto à população. Sugere-se qualificar os profissionais, facilitar a participação da sociedade, garantir o apoio dos gestores, para que assim as práticas de construção da participação popular sejam efetivadas, seguindo proposta do SUS (TRIGUEIRO et al., 2009).

Os estudos realizados em outros países também abordam diversas temáticas sobre o cuidado e a atenção à pessoa com TB.

Uma revisão literária, que discutiu o papel do profissional da enfermagem no controle da TB, na perspectiva da equidade, nos países da América Latina, por meio da análise de artigos publicados em base de dados e de informes publicados nas agências internacionais intergovernamentais, revelou que a intervenção da enfermagem está focada nas recomendações das políticas públicas, tendo como base estudos epidemiológicos, mediante a implementação de programas multissetoriais, e na atenção direta, que inclui a educação das pessoas acometidas pela TB (OBLITAS et al., 2010).

Foi abordado que a atenção à pessoa com TB deve ir além da assistência clínica e farmacológica, abrangendo o enfoque do cuidado integral, social e cultural. Nessa perspectiva, considerar as iniquidades sociais é de bastante importância para atuar no complexo contexto que envolve a TB. Dessa forma, diante do cenário que permeia a pessoa com TB, o qual envolve pobreza e desvantagem social, as intervenções em saúde devem ser as mais efetivas e pertinentes. A enfermagem, então, deveria assumir o papel de protagonista na prevenção e controle da doença, por meio de planejamento e cuidados integrais, que envolvam questões políticas, econômicas e sanitárias. As organizações e instituições de enfermagem, responsáveis pela opinião dos profissionais dessa categoria, deveriam assumir o desafio do papel supracitado e compromissar os enfermeiros para com esse cuidado, em todo mundo (OBLITAS et al., 2010).

Na região noroeste de Camarões, país africano, foram entrevistadas enfermeiras que atuavam nos programas de controle da TB e HIV/AIDS, com o objetivo de explorar as suas experiências no aconselhamento, e verificar as restrições para a colaboração efetiva entre os programas de TB e HIV/AIDS; demonstrou-se, em um estudo qualitativo, que, para construir a confiança das pessoas acompanhadas pelos programas no sistema de saúde, foi de grande importância o vínculo existente com os profissionais que tiveram formação para aconselhamento e supervisão para o tratamento associado ao trabalho em equipe entre os trabalhadores da saúde e outros membros da comunidade, envolvidos na prevenção e controle da TB/HIV (NJOZIN et al., 2011)

Foram evidenciados, também, os obstáculos existentes para a efetiva atuação dos programas, como a escassez de recursos materiais, infraestrutura deficiente, problemas com o fornecimento de medicamentos e adesão das pessoas ao tratamento, além da influência de curandeiros tradicionais que afastam as pessoas da terapêutica médica convencional (NJOZIN et al., 2011)

Um estudo de revisão, desenvolvido na Europa, demonstrou que a proporção de uma enfermeira exclusiva, para cada quarenta casos de notificações de TB, repercute na diminuição desses casos e em um controle satisfatório da doença. O baixo número de enfermeiros promove menos oportunidade para a estratégia DOTS, dificulta a assistência a pessoas com necessidades complexas, impede as atividades educativas junto à população e prejudica a busca ativa de sintomáticos respiratórios. A proporção adequada de enfermeiros para o número de casos de TB é um método eficaz de reduzir as elevadas incidências de

TB, observadas em Londres e em outras cidades dos países desenvolvidos, ou para manter em declínio a incidência em cidades com menores incidências. Outra medida eficaz para reduzir a incidência de casos de TB é a avaliação anual do PCT a fim de detectar, precocemente, falhas no sistema de atenção à saúde das pessoas acometidas e monitorar a situação epidemiológica local (CAYLÀ; ORCAU, 2011).

O uso das palavras “inadimplente”, “suspeito” e “controle” no contexto da atenção à saúde das pessoas com TB foi discutido, em um estudo de revisão, a partir de autores e instituições da África, Ásia, América Latina, Europa e Pacífico, considerando sua utilização internacional por muitas décadas. Foi demonstrado que, na perspectiva do paciente, essa terminologia é inadequada, coercitiva e incapacitante, podendo até mesmo ser percebida como meio de julgamento e condenação, uma vez que tende a colocar a culpa da doença ou responsabilidade por resultados adversos do tratamento nas pessoas acometidas. O estudo propõe que o termo "inadimplente" seja substituído por "pessoa perdida para seguimento", que o termo “suspeito” seja substituído por “pessoa com TB presumido” ou “pessoa a ser avaliada para TB”; já o termo “controle” ser substituído por “prevenção e cuidado”, e chama a atenção para parceria com a Estratégia Global Stop TB da Organização Mundial da Saúde para modificar a terminologia em uso, pois a mesma pode fazer prevalecer paradigmas, centrados apenas na doença e no tratamento (ZACHARIAH et al., 2012).

A incidência e mortalidade mundial da doença ainda são elevadas, o que pode ser retrato das falhas dos sistemas de saúde, falhas essas advindas da maneira de prevenir e tratar a doença. Na condição de pessoa com TB, marcada pela pobreza, vulnerabilidade, exclusão e estigma social, e ainda, atualmente, carregando os encargos do HIV/AIDS e da TB multiresistente, o que esta pessoa menos precisa é ser referenciada pelo sistema de saúde como algo que a torne mais incapacitante e menos aceita pela sociedade, pela utilização de uma terminologia com conotação negativa (ZACHARIAH et al., 2012).

Nos estudos realizados fora do Brasil apresentados acima, observa-se que, em Camarões, a questão do estabelecimento do vínculo na relação profissional junto à pessoa com TB também é uma preocupação, assim como nos estudos brasileiros (SOUZA et al., 2010; SÁ et al., 2012). Com as estratégias de busca aqui realizadas, não foi encontrada, nos estudos brasileiros, a preocupação com a proporção



exclusiva de enfermeiros para cuidar de pessoas com TB, como foi apresentado no estudo europeu (CAYLÀ; ORCAU, 2011).

Assim como na revisão literária em países latino-americanos, a importância da atuação da enfermagem e a necessidade de instituir o cuidado integral também são questões retratadas em pesquisas brasileiras (SILVA; LAFAIETE; DONATO, 2011; SÁ et al., 2012).

## **2.4 A atenção básica de saúde e a tuberculose**

“Atenção básica à saúde” foi o termo utilizado neste estudo como sinônimo de “atenção primária à saúde”, sabendo que isto não constitui um problema conceitual, mesmo diante das discussões conceituais e referenciais que em alguns contextos as consideram conceitualmente e ideologicamente opostas (MELLO; FONTANELLA; DERMAZO, 2009).

A integração do controle da TB com a atenção básica de saúde direciona as ações de atenção à pessoa acometida, seus familiares e à comunidade como um todo. Isso inclui a participação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a fim de tornar efetiva a ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento da doença, e todo o conjunto de práticas voltadas à prevenção da doença e à recuperação da saúde da pessoa com TB (FIGUEIREDO et al., 2009).

Nos anos 90, no Brasil, a concepção e entendimento da atenção primária à saúde foi renovada. Com a regulamentação do SUS alicerçada na universalidade, equidade e integralidade e nas diretrizes organizacionais de descentralização e participação social, para diferenciar-se da concepção seletiva da atenção primária à saúde, passou-se a usar o termo “atenção básica em saúde”. Esse termo foi definido como um conjunto de ações individuais e coletivas instituídas no primeiro nível, direcionado à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação (GIOVANELLA et al., 2009).

Com os princípios que fundamentam a atenção básica de saúde no Brasil e mediante o vínculo estabelecido entre as equipes de Saúde da Família e a população, ocorrem o compromisso e a corresponsabilidade dos profissionais da ESF com as pessoas sob seus cuidados e com toda a comunidade. A forma de organização recomendada visa a uma resolubilidade maior da atenção, na qual a ESF tem sido a principal estratégia de reorientação do modelo assistencial para provocar mudanças, devendo, continuamente, integrar-se ao contexto de reorganização do sistema de saúde (BRASIL, 2014c).

Esse modelo institui uma equipe de saúde da família na

perspectiva multiprofissional (médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde) que tem seu trabalho orientado de acordo com a definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área. A unidade de saúde da família deve constituir a porta de entrada ao sistema local, e o primeiro nível de atenção, o que a coloca numa condição de integração à rede de serviços mais complexos (SCOREL et al., 2007).

Preconiza-se que a equipe de saúde da família conheça as famílias do seu território de abrangência, identifique os problemas de saúde e as situações de risco que existem na comunidade, elabore um programa de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolva ações de educação em saúde e práticas intersetoriais pertinentes aos problemas de saúde levantados e ofereça uma assistência integral às famílias sob sua responsabilidade (SCOREL et al., 2007).

Para promover o acesso às populações mais vulneráveis aos serviços de saúde, na perspectiva da descentralização das ações de controle da TB, o MS adota ênfase absoluta na atenção básica (BRASIL, 2011c). A atenção básica de saúde é caracterizada por:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento

devem ser acolhidos (BRASIL, 2011c<sup>1</sup>).

A condição da atuação intersetorial permite que a atenção básica de saúde não se restrinja ao primeiro nível, contudo, que seja a base a toda a atenção, considerando aspectos biológicos, psicológicos e sociais, incidindo sobre problemas coletivos nos diversos níveis de determinação dos processos saúde/enfermidade, e promovendo a saúde da população (GIOVANELLA et al., 2009).

Neste aspecto, os determinantes sociais de saúde têm em seu conceito a expressão de que as condições de vida e trabalho das pessoas e dos grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. Esses determinantes são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Os determinantes sociais de saúde são representados ainda pelas circunstâncias em que nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem as pessoas, incluindo a participação do sistema de saúde. Essas circunstâncias são produto da distribuição de dinheiro, do poder e dos recursos em todas as localidades, mundial, nacional e localmente, e apresentam relação estreita com as políticas públicas. Esses determinantes explicam a maior parte das iniquidades em saúde, representadas pelas diferenças injustas e evitáveis existentes nos países, e, entre eles, em relação à situação de saúde da população (WHO, 2014).

Para o enfrentamento e resolução das situações de saúde da população, faz-se necessária a construção de um sistema integrado, que respeite a autonomia de gestão de cada município, e que consiga articular suas práticas em âmbito regional, visando garantir uma atenção de qualidade e a observância de boas práticas administrativas. A estruturação de redes de atenção à saúde, objetivando à consolidação de sistemas de saúde integrados que propiciem o acesso com continuidade assistencial, a integralidade da atenção e o uso racional dos recursos existentes, apresenta-se como um caminho possível (LAVRAS, 2011).

Essas redes de atenção à saúde são compreendidas como arranjos organizativos de unidades funcionais de saúde, pontos de atenção e apoio diagnóstico e terapêutico, nos quais são desenvolvidos procedimentos de distintas densidades tecnológicas, que, integrados

---

<sup>1</sup> Anexo I da Portaria 2.488/2011: dos princípios e diretrizes gerais da atenção básica

através de sistemas de apoio e de gestão, procuram garantir a integralidade do cuidado. Importante ressaltar a importância de esses arranjos organizativos serem alicerçados na valorização e no reconhecimento de a atenção primária à saúde ser colocada como instância responsável pelo ordenamento do sistema, e pela coordenação do cuidado (LAVRAS, 2011).

No Brasil, a atenção básica de saúde vem sendo desenvolvida com um alto grau de descentralização e capilaridade, acontecendo no local mais perto da vida das pessoas. Ela tem sido orientada para ser o contato preferencial dessas pessoas, por isso constitui a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Dessa forma, ela se orienta pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012a).

Nessa conjuntura, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) resulta da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do SUS, como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo (BRASIL, 2012a).

Para a PNAB, as Unidades Básicas de Saúde, instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, exercem uma função central para garantir à população acesso a uma atenção à saúde de qualidade. Para tanto, a ESF aponta para a reorganização da atenção básica no País, seguindo os preceitos do SUS, e considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, uma vez que promove uma reorientação do processo de trabalho, com potencial para aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, ampliando a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e das coletividades (BRASIL, 2012a).

Diante dos princípios que permeiam a atenção básica de saúde e com vistas à consolidação do SUS, o cuidar das pessoas com TB requer atenção para além das dimensões clínica e farmacológica, e da perspectiva exclusivamente biológica; faz-se importante um enfoque integral, social e cultural, com análise das iniquidades sociais para garantir a saúde das pessoas acometidas, sua família e a comunidade (OBLITAS et al., 2010).

Finalmente, para a viabilização, na atenção básica de saúde, das ações de controle da TB e da garantia da saúde da população, tornam-se essenciais a conscientização, o envolvimento, a integração e a articulação permanente dos responsáveis pelo controle da doença nos

distintos níveis do sistema de saúde. E, ainda, ocorrer a efetivação das políticas, do planejamento, da avaliação e da adequação das estratégias e tecnologias, adotadas, sobretudo no nível municipal, onde ocorre de fato a implementação das políticas (MONROE et al., 2008). Dessa forma, a atenção básica de saúde assume um papel de destaque em todo o cenário de controle e prevenção da TB com vistas à garantia da saúde da população.



## 3 MÉTODO

### 3.1 Tipo de estudo

Foi realizada uma pesquisa qualitativa que seguiu os pressupostos metodológicos da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), do inglês *Grounded Theory*, orientada segundo a perspectiva de Anselm Strauss e Juliet Corbin (1990, 2008).

A TFD foi a abordagem metodológica escolhida por permitir, por meio de um estudo qualitativo, a compreensão do fenômeno a partir das experiências e percepções dos participantes do estudo usando um método rigoroso de coleta e análise dos dados, o qual respondeu, adequadamente, aos questionamentos que originaram este estudo. Este método possibilita explicar o fenômeno com base na percepção de que as pessoas agem de acordo com significados e que esse é definido por meio da interação (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Assim, consideramos que a TFD seria o método apropriado para o estudo que objetivava compreender o cuidado de enfermagem à pessoa com TB na atenção básica de saúde. A TFD, diante de seu rigor metodológico para construção de conhecimentos de abordagem qualitativa, mostra-se adequada para os estudos que envolvem interações humanas e que buscam estudar fenômenos da prática da profissão que necessitam de maior compreensão. No nosso caso, a abordagem qualitativa do cuidado de enfermagem à pessoa com TB, permitiu uma colaboração concreta, a partir das falas das enfermeiras, para melhorar a atuação da enfermagem no cuidado a essas pessoas e propor recomendações para uma implementação mais efetiva da política nacional de controle da TB.

O termo “teoria fundamentada” significa que a teoria foi derivada de dados, os quais foram sistematicamente coletados e analisados pelo processo de pesquisa. Por ser baseada em dados, ela tende a proporcionar mais discernimento, aprimorar o entendimento e apresentar uma orientação importante para a ação (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Dessa forma, a teoria aqui mencionada trata-se de “um conjunto de conceitos bem desenvolvidos, relacionados por meio de declarações que, juntas, constituem uma estrutura integrada, a qual pode ser usada para explicar ou prever fenômenos” (STRAUSS; CORBIN, 2008. p. 29).

A metodologia da TFD foi desenvolvida, originalmente, pelos sociólogos Barney Glaser e Anselm Strauss (Glaser, 1978, 1992;

Strauss, 1987). Advindos de tradições filosóficas e de pesquisa diferentes, as contribuições dos dois foram de importância similar para esse método (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A formação de Anselm Strauss permitiu que esse método fosse desenvolvido com as seguintes tendências:

(a) a necessidade de sair a campo para descobrir o que está realmente acontecendo; (b) a relevância da teoria, baseada em dados, para o desenvolvimento de uma disciplina e como base para ação social; (c) a complexidade e a variabilidade dos fenômenos e das ações humanas; (d) a crença de que as pessoas são atores que assumem um papel ativo para responder a situações problemáticas; (e) a percepção de que as pessoas agem com base em significados; (f) o entendimento de que o significado é definido e redefinido através da interação; (g) sensibilidade para a natureza evolutiva e reveladora dos fatos (processo); e (h) consciência das inter-relações entre condições (estrutura), ação (processo) e consequências. (STRAUSS; CORBIN, 2008, p.22)

Desenvolver uma teoria constitui-se um processo longo. Os autores usam o termo “teorização” para nomear esse processo e afirmam que se trata de um trabalho não apenas de conceber ou intuir ideias ou conceitos, mas de estabelecer um esquema lógico, sistemático e exploratório para esses conceitos. Assim, espera-se que o pesquisador alcance, sistematicamente, transformar os produtos da análise em uma teoria (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A teoria, na maioria das vezes, constitui-se mais do que um conjunto de resultados, permitindo uma explicação de um fenômeno. Ela tem como significado um conjunto de categorias desenvolvidas apropriadamente, que foram, sistematicamente, inter-relacionadas por meio de declarações de relação para desenvolver uma estrutura teórica que elucida fenômenos relevantes (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A TFD possibilita, então, a construção de uma teoria substantiva, que tem atributos de abstrair dados de muitos casos a conceitos, convertendo-os num conjunto de afirmações que elucidam, em sentido geral, o que está acontecendo. A teoria substantiva permite explicar um determinado fenômeno localizado em certo contexto, derivada, assim,



de uma área substancial, o que a distingue de uma teoria formal. Nessa perspectiva, teorizar, então, significa construir, por meio dos dados, um desenho explanatório que integre, sistematicamente, diversos conceitos oriundos de declaração de relações. Essas declarações explicam quem, o que, onde, quando, por que, como e com que consequências um fenômeno ocorre (STRAUSS; CORBIN, 1990, 2008).

A TFD utiliza diferentes estratégias analíticas, a que o torna um método de expressiva validade. As estratégias são: amostragem teórica, construção do esquema organizacional paradigmático, elaboração de memos ou memorandos, e representação por diagramas.

A amostragem teórica conduz a coleta de dados por meio de conceitos derivados da teoria evolutiva e baseada no levantar questionamentos e fazer comparações durante o processo analítico dos dados. O objetivo é ampliar as oportunidades de desvendar variações entre os conceitos, e de tornar densas as categorias, em propriedades e dimensões (STRAUSS; CORBIN, 2008).

O esquema organizacional paradigmático permite descrever as condições, situações ou circunstâncias que determinam a composição dos fenômenos estudados, dentro de um conjunto de relações. Dentre as circunstâncias que explicam o fenômeno, encontram-se condições causais, condições contextuais, condições interventoras, ações e interações e consequências desse fenômeno (STRAUSS; CORBIN, 2008).

As condições causais referem-se aos eventos ou incidentes que levam à ocorrência ou desenvolvimento de um fenômeno. Já as condições interventoras possuem capacidade de alterar o impacto das condições causais no fenômeno. Essas condições são capazes de facilitar ou restringir as estratégias de ações/interações tomadas dentro de um contexto específico. Neste aspecto, as condições contextuais representam um conjunto específico de propriedades, as quais se referem a um fenômeno, dando estrutura para que as circunstâncias do fenômeno ocorram e, com isso, haja respostas por meio das ações/interações. De forma processual, as ações/interações compõem os procedimentos em resposta a certos problemas elucidados, apresentando a rotina dos participantes ou suas respostas estratégicas aos problemas ou situações. Por sua vez, as consequências revelam os efeitos das ações e interações (STRAUSS; CORBIN, 1990; STRAUSS; CORBIN, 2008).

Memorandos são registros escritos de análise relacionados com a formulação da teoria. Já os diagramas são mecanismos visuais, que apresentam as relações entre os conceitos, constituindo um memorando

visual e não escrito (STRAUSS; CORBIN, 1990; STRAUSS; CORBIN, 2008).

### 3.2 Cenário do estudo

O cenário de estudo foi composto por oito unidades básicas de saúde, localizadas em um distrito de alta incidência de tuberculose, em uma capital do Nordeste brasileiro, considerada como município prioritário no controle da doença. Destas, apenas uma unidade de saúde não possuía ESF, mas possuía programa de agente comunitário de saúde (PACS) (BRASIL, 2011d).

Essa capital possui 803.739 habitantes, de acordo com o censo 2010, e ocupa uma área de 167 km<sup>2</sup> (IBGE, 2010).

A cidade seguiu as diretrizes do SUS quanto à regionalização para reorganização da rede de atenção e desencadeou o processo de distritalização. Com a territorialização, em 1990, o município foi dividido em quatro distritos sanitários, respeitando a mesma conformação das Regiões Administrativas, que atuavam sob regime de organização em subprefeituras. Desde 2005, quando a cidade passou por mais uma delimitação, criaram-se cinco distritos sanitários: oeste, leste, sul, norte I e norte II.

A rede de atenção básica do município possuía, em setembro de 2013, 107 equipes de saúde da família implantadas, com uma estimativa da população coberta de 369.150 habitantes, o que representa uma proporção de cobertura populacional estimada de 45,15. O município conta ainda com três Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) e cinco Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O número de equipes de saúde da família tem crescido, após ter passado por declínio nos últimos anos da gestão política municipal anterior. A implantação das primeiras unidades da ESF ocorreu em 1998 (BRASIL, 2014c).

Nesse contexto, o distrito sanitário oeste foi o cenário deste estudo, o qual é formado por 10 bairros, possui a seguinte rede de serviços de saúde: 14 unidades de saúde, das quais, 10 são unidades de saúde da família e duas são unidades mistas com maternidade; uma policlínica; uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA); dois CAPS, sendo um infantil e um adulto; um NASF; uma unidade móvel de nível pré-hospitalar; três hospitais, sendo um referência em doenças infecciosas e dois, referência em oncologia; um pronto atendimento infantil; e um laboratório central do estado. Possui ainda serviços da rede de saúde suplementar, incluindo consultórios médicos, clínicas especializadas e laboratórios de análises clínicas.

O distrito sanitário oeste é caracterizado por apresentar uma alta incidência da TB. Segundo Cavalcante e Silva (2013), no período de 2006 a 2010, foram notificados, em todo o município, 2.632 casos novos de TB e, destes, 773 ocorreram neste distrito. Vale destacar que o município apresentou um coeficiente de incidência de 66,1 e 62,5, respectivamente em 2006 e 2010, destacando o ano de 2008, com incidência de 68,9 (CAVALCANTE; SILVA, 2013).

Quanto à população, a região do distrito sanitário oeste representa 27,10% dos habitantes do município, possuindo uma população estimada de 217.863, considerada assim a segunda região em número de habitantes. A região também caracteriza-se por apresentar a renda nominal média mensal do responsável pelo domicílio como uma das menores da cidade, não chegando a três salários mínimos mensais. Apresenta ainda a taxa mais alta de analfabetismo na cidade, com uma representação de 18,2% da população.

### **3.3 Participantes do estudo**

Os participantes do estudo foram definidos por meio da amostragem teórica. A amostragem teórica surgiu com base nos conceitos que emergiram dos dados, objetivando explorar o escopo dimensional ou as condições diversas ao longo das quais as propriedades de conceitos variaram (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Com o início da coleta de dados, deu-se início também ao processo de análise comparativa desses dados. Esse processo permitiu a formulação de novas perguntas que suscitaram na necessidade de maiores esclarecimentos acerca dos depoimentos das enfermeiras. Culminando, então, na utilização da amostragem teórica para melhor compreensão do fenômeno em estudo. Decorrente desse processo de amostragem para compreender o cuidado do enfermeiro à pessoa com TB na atenção básica de saúde, foram incluídos quatro grupos amostrais.

O primeiro grupo amostral foi composto por enfermeiras da atenção básica de saúde do distrito sanitário que possuía a maior incidência da doença no município, selecionadas por suas experiências no cuidado às pessoas com TB e por aceitarem participar do estudo. Ao total participaram 19 enfermeiras que trabalhavam nas oito unidades de saúde que compuseram o cenário deste estudo. Esse número foi determinado pela saturação dos dados.

Para conseguir acesso às enfermeiras, foi necessário o contato telefônico das mesmas. A pesquisadora, então, foi ao distrito sanitário,

no setor de vigilância epidemiológica, e solicitou os contatos, como acordado no termo de autorização do estudo assinado pelo Secretário Municipal de Saúde. O distrito sanitário levantou, e apresentou, um total de 29 enfermeiras que estavam lotadas nas oito unidades de saúde onde havia um maior acompanhamento de pessoas com TB. Os demais participantes foram indicados pelas enfermeiras, após realização das entrevistas.

Assim, o critério de inclusão do primeiro grupo amostral, composto pelas 19 enfermeiras que tivessem experiência na atenção à pessoa com TB, independente do sexo, foi facilmente atendido, uma vez que a maioria das enfermeiras das unidades básicas do distrito sanitário escolhido tinha longo tempo de atuação na Secretaria Municipal de Saúde, e na ESF, nesse município, desde sua implantação. Não tivemos acesso a nenhum profissional de enfermagem do sexo masculino, sendo que a informação que obtivemos era de que existia apenas um, mas estava afastado.

O segundo grupo amostral foi composto por duas técnicas de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem e duas médicas, sendo uma infectologista e uma sanitarista. A inclusão dessas profissionais foi em decorrência de nossos questionamentos acerca do que vinha sendo dito pelas enfermeiras, principalmente sobre sua centralidade na atenção às pessoas com TB. Foram então levantados alguns questionamentos: Como os demais profissionais percebiam o cuidado à pessoa com TB? Será que eles também percebiam que a enfermeira é o profissional que tem papel de destaque nesse cuidado?

Também se considerou o fato de que esses profissionais geraram a expectativa de falar sobre o que estava acontecendo em outra posição que não a de ser enfermeiro, e por participarem, também, do cuidado à pessoa com TB junto às enfermeiras. Os profissionais então foram abordados sobre a forma como ocorria o cuidado com a pessoa com TB na atenção básica, principalmente, como ocorria esse cuidado naquela unidade e sua relação com a rede de serviços, verificando como ocorria o cuidado de enfermagem a essa pessoa, qual o papel do enfermeiro nesse cuidado e a interação deste com os demais profissionais da unidade e com a pessoa com TB.

O terceiro grupo foi formado por duas profissionais da vigilância epidemiológica, responsáveis pela TB no distrito, uma enfermeira e uma nutricionista sanitarista, incluídas após verificação, entre as enfermeiras, de que algo as incentivava a desempenhar o cuidado de enfermagem com pessoa com TB de forma bastante responsável, e que isso estava ligado, também, à gestão exercida pelo distrito. As duas profissionais

esclareceram melhor toda a relação das enfermeiras com as instâncias superiores de gestão, as quais monitoram todo o processo de controle da doença e de tratamento das pessoas acometidas. Essas profissionais falaram sobre o cuidado desempenhado por todas as enfermeiras do distrito sanitário e como eram exigidos o retorno satisfatório do cuidado e o alcance da cura, além de comentarem toda a assistência oferecida pela rede de atenção à saúde daquele distrito.

O quarto e último grupo amostral, formado por duas pessoas com tuberculose na etapa final do tratamento, incluídas por terem o potencial de falar sobre os cuidados que a enfermeira desenvolvia e orientava, e por estarem em contato com a mesma havia pelo menos seis meses. Foi abordado, nesse grupo, como tinha sido o acesso ao serviço por ocasião da doença, como tinha ocorrido todo o processo de cuidar por parte dos profissionais e da enfermeira e as expectativas, geradas por motivo de todo o tratamento.

Assim, todos os participantes integrantes do segundo, terceiro e quarto grupos amostrais foram incluídos para auxiliar a compreender alguns aspectos destacados pelas enfermeiras em sua prática de atenção às pessoas com TB, especialmente, por integrarem a equipe de saúde, e também a gestão epidemiológica, cujo vínculo era reconhecido por ambos, corroborando com a perspectiva dos enfermeiros. A inclusão das pessoas com TB foi decorrente da necessidade de analisar a convergência entre a perspectiva dessas pessoas e a das enfermeiras, também, com a intenção de esclarecer se o envolvimento que os enfermeiros ressaltavam ter com as pessoas com TB era percebido também por essas pessoas. Todas as abordagens temáticas das entrevistas estão detalhadas nos roteiros que orientaram a realização das mesmas. Esses roteiros foram dinâmicos, uma vez que eram originados no processo de análise dos dados (APÊNDICE C).

Destacamos, ainda, que os três grupos amostrais foram constituídos durante a coleta de dados com as enfermeiras. Ao longo desse processo de coleta de dados, íamos nos questionando sobre alguns aspectos do cuidado desenvolvido pelas enfermeiras e sua articulação com outras pessoas que participavam, de alguma forma, do cuidado à saúde das pessoas com TB. As entrevistas com as enfermeiras se encerraram somente quando houve saturação dos dados, como já destacado anteriormente.

Portanto, participaram do estudo 28 pessoas. Ressalta-se que, com o número de participantes aqui apresentado, observou-se regularidade nos dados coletados e reincidência dos conceitos oriundos da análise concomitante, o que representou o ponto de saturação ou

saturação teórica, proposto na TFD. Essa saturação foi confirmada com a realização das últimas entrevistas, à medida que ocorriam convergências e reincidências temáticas, não surgindo novos dados, novas propriedades e dimensões (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Destaca-se, ainda, que as enfermeiras não conheciam, pessoalmente, a pesquisadora do estudo, assim como os demais participantes da pesquisa.

### **3.4 Coleta de dados**

A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro de 2013 e fevereiro de 2014, por meio de entrevistas em profundidade, a partir da pergunta norteadora: Fale sobre o cuidado à pessoa com tuberculose. A partir dessa pergunta inicial, eram explorados os conceitos que iam surgindo, no sentido de ampliar a compreensão acerca do que vinha sendo relatado. A partir das afirmações dos participantes, eram levantados novos questionamentos. O objetivo era alcançar informações de forma a obter descrição das situações e elucidar detalhes sobre o fenômeno estudado. Para o grupo das médicas e das pessoas com TB, a pergunta inicial foi apenas reformulada, porém mantendo o mesmo sentido de falar sobre esse cuidado. Com a realização das primeiras entrevistas, e suas análises, foram sendo construídos roteiros de entrevista, para cada grupo amostral que colaborou com a realização das entrevistas seguintes. Os questionamentos foram oriundos do processo de análise concomitante à coleta de dados. O segundo grupo amostral teve dois roteiros por se tratar de profissionais diferentes (APÊNDICE C).

As entrevistas foram conduzidas por uma pesquisadora, doutoranda, em seu papel discente de construir novos conhecimentos para defender uma tese de doutorado. A pesquisadora trabalha como docente de enfermagem de uma universidade federal, onde atua na área de saúde coletiva.

As entrevistas se realizaram nas unidades de saúde onde atuavam as enfermeiras, no horário mais conveniente para elas, com exceção de uma enfermeira que preferiu fazer sua entrevista na universidade federal, devido à greve dos servidores do município. Todas as entrevistas ocorreram em sala fechada, respeitando-se a privacidade das enfermeiras, assim como dos demais participantes.

Para conseguir o contato telefônico das enfermeiras, a pesquisadora foi ao distrito sanitário, no setor de vigilância epidemiológica, e solicitou estes contatos, como acordado no termo de

autorização do estudo assinado pelo Secretário Municipal de Saúde. As entrevistas com os participantes do segundo grupo amostral foram realizadas nas unidades de saúde onde eles trabalhavam. As entrevistas com as profissionais do distrito sanitário foram realizadas no próprio distrito, no horário vespertino, por ser um horário mais tranquilo. Quanto às pessoas com TB, uma entrevista foi realizada na unidade de saúde e a outra, na residência da pessoa. Para chegar a essa residência, a pesquisadora contou com a ajuda da agente comunitária de saúde responsável pelo tratamento supervisionado dessa pessoa em sua residência.

Outras enfermeiras foram abordadas por telefone para participar do estudo, mas, por motivos de férias, licença-gestante, greve dos servidores ou por não quererem participar do estudo, não entraram na pesquisa. A entrevista mais curta durou 31 minutos, e a entrevista mais longa durou uma hora e 12 minutos. A média de duração das entrevistas foi de 43 minutos.

As entrevistas foram gravadas em áudio digital e, imediatamente após transcrição, iniciou-se a análise comparativa. Para a transcrição, a pesquisadora contou com a colaboração de uma pessoa prestadora desse serviço. Após essa transcrição, a pesquisadora revia toda a entrevista, corrigia possíveis erros de terminologia e inseria as entrevistas no *software* utilizado no estudo. Foram redigidas, imediatamente, após as entrevistas, notas de campo que descreviam todo o cenário do estudo e a interação do pesquisador com as participantes. O Quadro 1 apresenta um exemplo de registro do diário de campo sobre um relato acerca da coleta de dados realizada.

Quadro 1 - Diário de campo redigido após coleta de dados nos cenários do estudo, 2014

<b>Diário de campo: entrevista realizada em 24 de outubro de 2013</b>
---

Às 14 h do dia 24 de outubro fui à Unidade de Saúde da Família XX entrevistar a enfermeira XX. Eu já havia marcado por telefone a entrevista. Assim que eu cheguei, fui até a sala da enfermeira e ela, prontamente, recebeu-me e pediu para eu entrar em sua sala, sentar e esperar um pouco, pois ela estava conversando com uma agente comunitária de saúde sobre um caso suspeito de violência sexual doméstica, praticado por um pai contra uma filha. Assim que terminou a conversa com a agente, ela fechou a porta e eu fiz as apresentações necessárias, explicando a pesquisa, seu objeto de estudo, o TCLE, o termo de anuência da pesquisa e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. A enfermeira foi muito cordial e aceitou participar da pesquisa com agrado. Ela
--

está há vinte e cinco anos na atenção básica e no cuidado com pessoa com TB. Durante a entrevista, fomos interrompidas umas três vezes, apenas com batidas na porta, quando ela explicava que estava fazendo entrevista e não podia conversar. Após uns quarenta minutos de entrevista, ela teve que consultar um senhor com diabetes, que estava esperando e ficou impaciente e eu participei da consulta. A consulta não estava marcada, foi por necessidade demandada pelo senhor, que queria conversar com a enfermeira sobre a administração da insulina e verificar pressão arterial. Voltamos para a entrevista, quando eu questionei sobre o que marcou a vida profissional dela em todo o contexto de cuidado à pessoa com tuberculose, ela parou, ficou pensando e começou a falar de um rapaz que faleceu com TB e Aids, então ela encheu os olhos de lágrima, ficou segurando o choro, mas o tempo todo secando as lágrimas que não continham em descer quando ela ia falando sobre o caso do rapaz. Nós conversamos mais um pouco e a entrevista encerrou com uma hora e onze minutos de gravação. Os olhos dela não pararam mais de encher de lágrimas. Eu agradei a participação dela, conversamos um pouco e fui embora. Ela ficou lá na sua sala, com um semblante bem pensativo. Durante toda a entrevista, gesticulava para enfatizar algumas palavras e situações que achava importante, dando para entender que se preocupa bastante com a qualidade do cuidado que oferece às pessoas com tuberculose e sua família. Algumas vezes, hesitou em falar dos demais profissionais, pois estava sendo gravado, mas, mesmo assim, houve um momento, em que falou da conduta de um profissional e disse: “Mas é uma pesquisa e tem a questão da ética, então vou falar.”. A unidade dela fica em bairro mais favorecido do que os outros bairros, onde eu já havia feito entrevistas, e a unidade está bem organizada. Ela é bem feliz com o que faz na atenção básica e sente-se realizada com as atividades que desenvolve junto à população adscrita em sua área. Eu me senti bem, nessa tarde e nessa coleta de dados, fui bem recebida e a enfermeira não estava apressada, se não fosse a aula de inglês que ela tinha que ir, acho que tínhamos conversado mais. A unidade tem duas enfermeiras a serem entrevistadas mais na frente. Parece interessante entrevistar outros profissionais dessa unidade de saúde, médicos e técnicos de enfermagem. Ver questionamentos da análise aberta. As enfermeiras da ESF trabalham todos os dias na unidade por oito horas, então elas preferem fazer a entrevista na unidade, em um horário que tenha menos atividades programadas.

Fonte: Pesquisa de campo, 2013.

### 3.5 Análise dos dados

A análise dos dados foi efetuada concomitante à coleta de dados, utilizando como eixo norteador a análise comparativa e o levantamento de questionamentos. Para organização e categorização dos dados e construção de diagramas e memorandos, foi utilizado como ferramenta



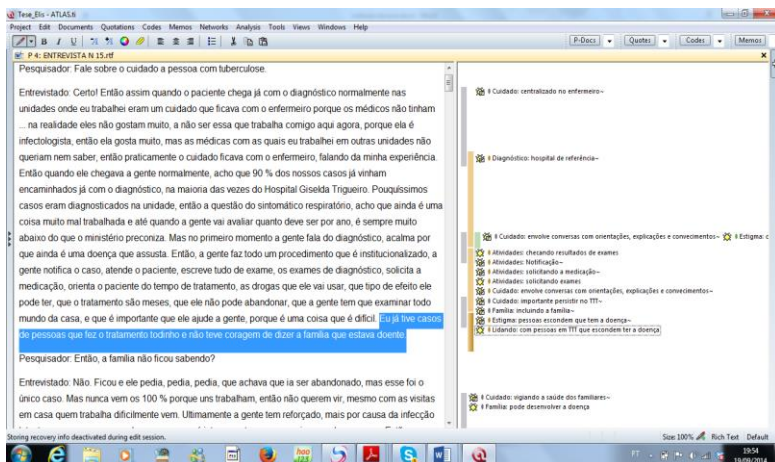
tecnológica o *software* Atlas ti, versão 7.1.8, com a licença 710CF-CAB84-3697E-8CQ81-002JY.

Strauss e Corbin (2008) indicam que, durante o processo de análise dos dados, a sistematização dessa análise passe por três procedimentos para a codificação, a codificação aberta, a axial e a seletiva.

A codificação aberta é um processo analítico, onde os conceitos são identificados e suas propriedades e dimensões são elucidadas a partir dos dados. O termo “aberta” remete ao ato de revelar, nomear e desenvolver conceitos, onde se abre o texto e se expõem pensamentos, ideias e significados contidos no mesmo. É durante a codificação aberta que os dados são separados em partes distintas, rigorosamente examinados e comparados em busca de similaridades e diferenças, sendo agrupados em conceitos mais abstratos, conhecidos por categorias (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Sendo assim, por meio do Atlas ti, todas as entrevistas foram organizadas e codificadas linha a linha, seguindo a codificação aberta, o que permitiu originar os códigos, que conceituavam o incidente daquela fala, como demonstrado na Figura 1.

Figura 1 - Tela do Atlas ti apresentando a entrevista transcrita e os códigos redigidos a partir da conceituação dos incidentes, 2014



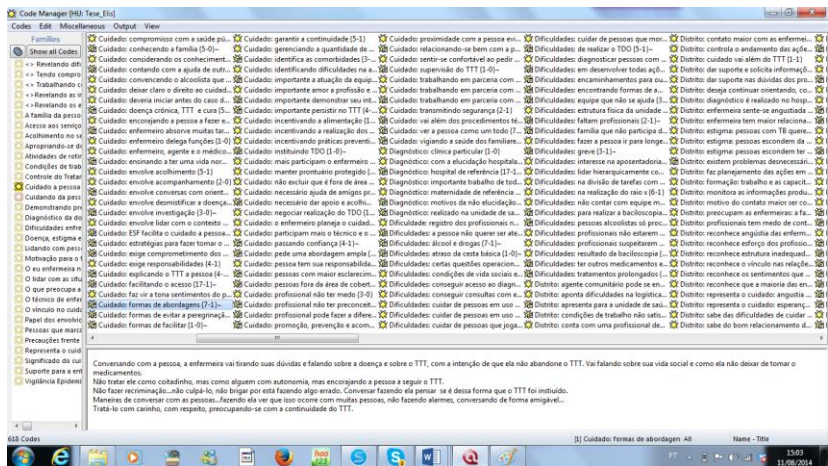
Fonte: Elaborada pela autora, 2014

Para demonstrar, nas falas, os códigos e famílias que as mesmas geraram nos resultados, o texto das falas vem acompanhado, no final,

dos códigos e das famílias. Códigos e famílias são ferramentas de análise dentro do *software* Atlas ti, como também os memorandos, que foram usados para apresentar e comentar os dados deste estudo.

Durante o processo de codificação, foram escritos comentários sobre códigos, que indicavam as interpretações dos mesmos e o direcionamento para novos questionamentos para as próximas entrevistas e análises comparativas. A Figura 2 apresenta esse esquema de codificar e comentar esses códigos.

Figura 2 - Comentários redigidos durante o processo analítico sobre determinado código, 2014



Fonte: Elaborada pela autora, 2014

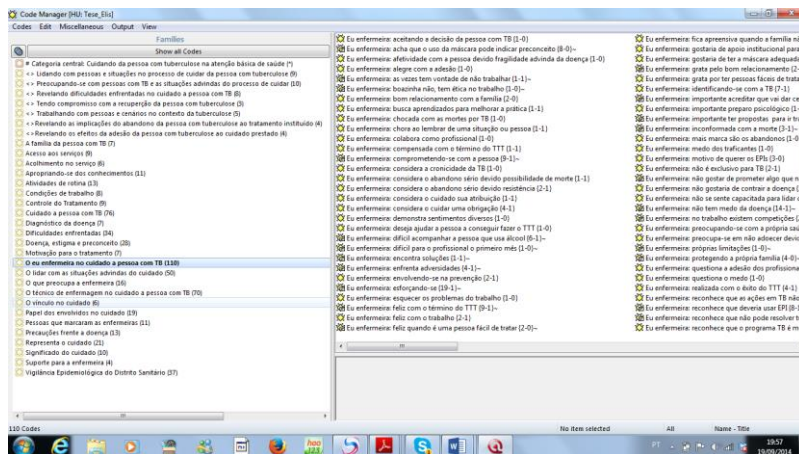
Logo após o processo de codificação linha a linha, iniciou-se uma comparação em torno de assunto em comum, relacionando as categorias emergentes, o que permitiu iniciar a codificação axial, com a construção das famílias. Para tanto, diagramas compostos pelos eixos temáticos representavam famílias de códigos, por apresentarem componentes analíticos semelhantes. À medida que as famílias de códigos surgiam, eram evidenciadas as categorias da análise axial, resultado da análise axial, que se iniciava com o processo de reagrupamento dos dados, divididos durante a codificação aberta. Assim, as categorias eram relacionadas às suas subcategorias para levantar explicações mais precisas e completas sobre o fenômeno (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Na codificação axial, ocorre o processo de relacionar categorias. É axial porque ocorre em torno do eixo de uma categoria. Na

codificação axial, inicia-se o processo de reagrupamento dos dados, divididos durante a codificação aberta. Assim, as categorias são relacionadas às suas subcategorias para levantar explicações mais precisas e completas sobre o fenômeno. Uma categoria representa um fenômeno, um problema, uma questão, um fato ou um acontecimento, que foi considerado como importante pelos participantes do estudo (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A Figura 3 apresenta a construção das famílias de códigos, o que possibilitava iniciar a comparação entre as famílias e a construção das categorias, as quais começavam a elucidar o esquema paradigmático proposto por Strauss e Corbin (1990; 2008). Do lado esquerdo da tela temos, de cima para baixo: a categoria central, as sete categorias do esquema paradigmático e logo abaixo as 24 famílias que originaram as categorias.

Figura 3 - Tela do Atlas ti apresentando a família de códigos, 2014

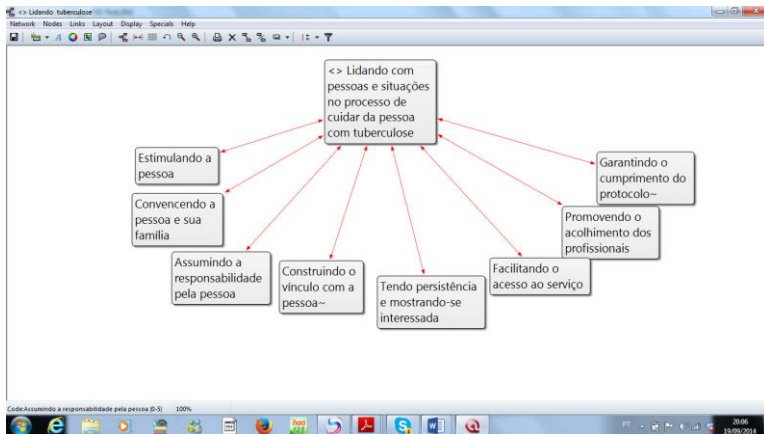


Fonte: Elaborada pela autora, 2014

Encontra-se, no apêndice A, o relatório referente a todos os códigos e famílias construídos durante o processo analítico dos dados.

Durante todo esse processo analítico, foram construídos diagramas que representavam as categorias e que demonstravam a ligação entre os códigos, as subcategorias e as categorias. Nele, também foi possível construir os memorandos e relacioná-los às subcategorias. Diagramas e memorandos estão apresentados nas Figuras 4 e 5 respectivamente.

Figura 4 - Diagrama representando graficamente uma categoria e suas subcategorias, 2014



Fonte: Elaborada pela autora, 2014

Figura 5 - Tela do Altas ti apresentado os memorandos escritos durante o processo de análise, 2014



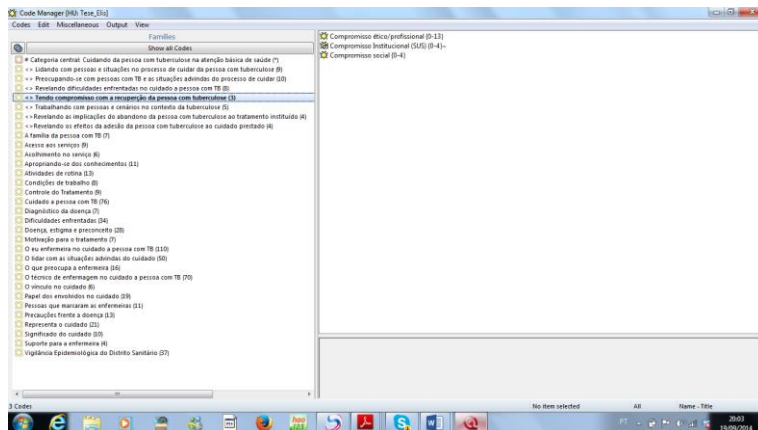
Fonte: Elaborada pela autora, 2014

Com o avanço da codificação axial e o refinamento das categorias, chegamos à codificação seletiva, que resultou na consolidação das categorias, com a confirmação da categoria central do estudo.

Durante a codificação seletiva, ocorre o processo de integrar e refinar a teoria. Na integração, as categorias são arranjadas em volta de um conceito explanatório central. A integração ocorre com o tempo, iniciando nos primeiros passos da análise, e, na maioria das vezes, não finaliza até a redação final. Na ocasião em que o esquema teórico seja destacado, o pesquisador está pronto para refinar a teoria, enxugando os excessos e completando as categorias mal desenvolvidas, por meio da amostragem teórica adicional. (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Todo esse processo de análise dos dados permitiu, então, evidenciar as categorias que compuseram a teoria substantiva, emergindo sete categorias: “Tendo comprometimento com a recuperação da pessoa com tuberculose”, a qual foi evidenciada como condição causal do fenômeno em estudo; “Trabalhando com pessoas e cenários no contexto da tuberculose”, que representava as condições contextuais em que ocorria o fenômeno; “Revelando dificuldades no cuidado da pessoa com tuberculose”, que foi considerada como a condição interventora; “Preocupando-se com a pessoa com TB e as situações advindas do processo de cuida” e “Lidando com pessoas e situações no processo de cuidar da pessoa com tuberculose”, compuseram as ações e interações que ocorriam no processo de acontecimento do fenômeno, e as categorias que representavam as consequências desse fenômeno, “Revelando as implicações do abandono da pessoa com tuberculose ao tratamento instituído” e “Revelando os efeitos da adesão da pessoa com tuberculose ao cuidado prestado”. A Figura 6 apresenta a tela do Atlas ti com uma categoria e suas subcategorias.

Figura 6 - Tela do Atlas ti com uma categoria e suas subcategorias, 2014



Fonte: Elaborada pela autora, 2014

Ao chegar nesse momento da análise, constatou-se que a categoria central do estudo era: Cuidando da pessoa com tuberculose na atenção básica de saúde, a qual representou o tema central da pesquisa. A categoria central, então, tem o poder de reunir todas as categorias para compor um todo explanatório, onde todas as categorias podem ser relacionadas a ela (STRAUSS; CORBIN, 2008).

### 3.6 Aspectos éticos

Por se tratar de uma pesquisa, envolvendo seres humanos com manejo de seus dados e informações, a pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina, com o Parecer n°. 20637113.9.0000.0121 (ANEXO A).

Assim, atendendo à Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, foram respeitados: os fundamentos éticos e científicos relativos à pesquisa envolvendo seres humanos; todo o processo de consentimento livre e esclarecido dos participantes; a declaração de riscos e benefícios da pesquisa; a submissão do protocolo de pesquisa; a espera pelo procedimento de análise ética por parte do CEP; e o desenvolvimento das atividades pertinentes ao pesquisador (BRASIL, 2012b).

Atendendo ao processo de consentimento livre e esclarecido, as participantes, antes do início da coleta de dados, foram esclarecidas sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta pudesse lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitadas em suas singularidades (TCLE- APÊNDICE B).

Como a pesquisa foi realizada nas unidades de saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município cenário do estudo, o Secretário de Saúde emitiu carta favorável à realização da pesquisa, destacando as unidades onde seria realizado o estudo, e a forma como abordar as participantes do mesmo. Para a aprovação, a pesquisadora apresentou o projeto da pesquisa ao departamento da SMS responsável pela apreciação das pesquisas a serem realizadas nos serviços de saúde municipais.

A fim de garantir sigilo e anonimato, as participantes foram identificadas pelo número correspondente à sequência ordinária de realização das entrevistas e pela inserção no programa Atlas ti, onde a entrevista constituía um documento primário.





## **4 RESULTADOS**

Os resultados do estudo serão apresentados em cinco itens: o primeiro mostra a caracterização dos participantes; o segundo apresenta o modelo teórico desenvolvido; o terceiro, os três manuscritos indicados para a composição da tese, conforme definido pela Instrução Normativa n. 10, de 15 de junho de 2011, do PEN/UFSC; o quarto, as categorias referentes às consequências do fenômeno, que não constam nos manuscritos; e o quinto, uma síntese dos achados dos integrantes do segundo, terceiro e quarto grupos amostrais.

### **4.1 Caracterização dos participantes do estudo**

As profissionais enfermeiras participantes do estudo, todas servidoras municipais, estavam inseridas em um contexto da rede de atenção básica à saúde, onde se configura o cuidado às pessoas em seu contexto de saúde e de adoecimento. As enfermeiras participantes, com exceção de duas, entraram na ESF desde sua implantação, e, como não foram criadas novas equipes no município, não havia, nesse nível de atenção, enfermeiras com pouco tempo de formação. Quanto às duas enfermeiras que foram exceção no tempo de atuação na ESF, uma havia entrado apenas dois anos antes na ESF, mas já fazia parte do nível central da SMS, com o mesmo tempo de atuação das demais enfermeiras; a outra enfermeira estava na atenção básica, atuando com o PACS, e veio da antiga Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Segundo ela, o fato de ter sido da FUNASA tornou-a uma profissional diferenciada, devido à experiência construída e à efetivação do compromisso com a saúde da população.

A experiência trazida por todas as enfermeiras revela que estas, possivelmente, participaram de toda construção do SUS e implantação da ESF no município. A maioria das enfermeiras que entraram na SMS do município com formação mais recente foi lotada na atenção secundária à saúde. O município também passou por um longo período sem a realização de concurso público para a área da saúde. O quadro a seguir detalha o perfil das participantes do estudo.

Quadro 2 - Caracterização dos participantes da pesquisa, 2014

N	PROFISSÃO	SEXO	IDADE	UNIDADE	FORMAÇÃO	TEMPO DE ATUAÇÃO (anos)		
						Como enfermeira	Atenção Básica	No cuidado à pessoa com TB
01	Enfermeira	F	50 anos	Mista	Especialização em Saúde da Família, em Saúde Pública e PROFAE	25	20	25 (Também trabalha em um hospital público)
02	Enfermeira	F	48 anos	Saúde da Família	Especialização em Formação em Educação	22	21	21
03	Enfermeira	F	48 anos	Saúde da Família	Especialização em Saúde Pública	25	25	25
04	Enfermeira	F	54 anos	Saúde da Família	Especialização em Saúde da Família e em Saúde Mental	25	25	25
05	Enfermeira	F	41 anos	Básica com PACS	Especialização em Administração em Serviços de Saúde	19	19	19

11		10	09	08	07	06
Enfermeira	Enfermeira	Enfermeira	Enfermeira	Enfermeira	Enfermeira	Enfermeira
F	F	F	F	F	F	F
52 anos	49 anos	46 anos	50 anos	50 anos	50 anos	51 anos
Saúde da Família	Mista	Saúde da Família	Saúde da Família	Saúde da Família	Saúde da Família	Saúde da Família
Especialização em enfermagem obstétrica, em saúde da Família, PROFAE e mestrado em enfermagem	Especialização em enfermagem psiquiátrica e em educação ambiental e sustentabilidade.	Graduação	Especialização em Saúde Pública	Especialização em Auditoria em Saúde	Graduação	
28	25	24	24	27	23	
25	22	24	19	2	25 (02 com técnica de enfermagem)	
25 (Também trabalha em hospital público)	22	24	19	2	23	

16	15	14	13	12
Enfermeira	Enfermeira	Enfermeira	Enfermeira	Enfermeira
F	F	F	F	F
57 anos	51 anos	50 anos	42 anos	46 anos
Saúde da Família	Saúde da Família	Saúde da Família	Saúde da Família	Saúde da Família
Graduação	Especialização em Saúde Pública	Especialização em Saúde Pública	Em andamento: especialização em saúde Coletiva	Especialização em saúde da Criança, em obstetrícia, em Saúde sexual e Reprodutiva, PROFAE e licenciatura.
32	29	29	20	22
26	28	19	18	17
26	19	15 (também trabalha em hospital público)	18 (também trabalha em hospital privado)	09

01				20	19	18	17
	Auxiliar de enfermagem			Enfermeira	Enfermeira	Enfermeira	Enfermeira
	F	F	F	F	F	F	F
	62 anos	29 anos	53 anos	50 anos	50 anos	50 anos	50 anos
	Saúde da Família	Distrito Sanitário	Saúde da Família	Saúde da Família	Saúde da Família	Saúde da Família	Saúde da Família
	Superior incompleto	Especialização em Enfermagem Dermatológica	Graduação	Especialização em Materno Infantil, em Atividades de Mudança para formação de profissionais de nível superior e Mestrado em Enfermagem.	Especialização em Saúde Pública	Especialização em Saúde Pública	Especialização em Saúde Pública
36		6		28	29	27	27
38		Responsável pela tuberculose na vigilância epidemiológica do distrito.		27	25	25	25
33		4 anos e 9 meses na vigilância epidemiológica da tuberculose.		27	25	25	25
<b>Demais profissionais</b>							

05	04	03	02
Nutricionista	Médica	Técnica de enfermagem	Técnica de enfermagem
F	F	F	F
52 anos	53 anos	55 anos	54 anos
Distrito Sanitário	Saúde da Família	Saúde da Família	Saúde da Família
Graduação	Especialização em Saúde da Família, em epidemiologia, em saúde do trabalhador, em homeopatia e residência em medicina preventiva e social.	Ensino médio	Graduação em Pedagogia
31	28	37 como auxiliar de enfermagem e 8 como tec. enfermagem	23
10 anos na vigilância epidemiológica	22	27	10
08 anos que assumiu a tuberculose	22 (também trabalha na saúde da família em outro município).	27	10

06	Médica	F	48 anos	Saúde da Família	Especialização em medicina intensiva e residência em infectologia	25	20	25 (também trabalha em um hospital público)
<b>PESSOAS COM TUBERCULOSE</b>								
<b>N</b>	<b>PROFISSÃO</b>	<b>SEXO</b>	<b>IDADE</b>	<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>REALIZAM TRATAMENTO</b>	<b>TEMPO DE TRATAMENTO</b>	<b>ANTECEDENTES</b>	<b>COMORBIDADES</b>
01	Montador de som	M	29 anos	Hospital de referência em doenças infecciosas e realizam tratamento	Saúde da família	Encontrava-se no fim do tratamento (final do sexto mês)	Utilizava drogas antes do tratamento. Já frequentou presídio.	Nega
02	Dona de casa	F	65 anos	Hospital de referência em doenças infecciosas e realizam tratamento	Saúde da família	Encontrava-se no sexto, dos nove meses prescritos de	Teve tuberculose há mais de dez anos. O esposo teve tuberculose antes dela.	Diabetes Mellitus

Fonte: Pesquisa de campo, 2013

O quadro apresenta, então, que os profissionais, todas mulheres, possuíam larga experiência no cuidado à pessoa com TB. A maioria possuía alguma pós-graduação e atuava na ESF. As pessoas com TB apresentavam um tempo relevante de cuidado e tratamento, vivenciado junto com os profissionais.

## 4.2 O modelo teórico

O modelo teórico apresentado neste estudo constitui uma representação do fenômeno “Cuidando da pessoa com tuberculose na atenção básica de saúde”. Configuram-se, neste modelo, as categorias referentes às condições causais, às interventoras, às contextuais, às ações/interações e às consequências deste fenômeno, que foram respectivamente: “Tendo compromisso com a recuperação da pessoa com tuberculose”, “Revelando dificuldades no cuidado da pessoa com tuberculose”, “Trabalhando com pessoas e cenários no contexto da tuberculose”, “Preocupando-se com pessoas com TB e as situações advindas do processo de cuidar”, “Lidando com pessoas e situações no processo de cuidar da pessoa com tuberculose”, “Revelando os efeitos da adesão da pessoa com tuberculose ao cuidado e tratamento” e “Revelando as implicações do abandono da pessoa com tuberculose ao cuidado e tratamento”.

Todas as categorias estão inter-relacionadas, constituindo um processo contínuo dentro de um contexto, onde a categoria central, ou fenômeno, integra todas as circunstâncias ou condições que explicam o cuidado à pessoa com TB na atenção básica de saúde pelos enfermeiros.

Dessa forma, a representação gráfica do modelo teórico elaborado a partir deste estudo, que resultou no diagrama final integrador proposto pela TFD, permite percebermos que o cuidado, por parte das enfermeiras, à pessoa com TB na atenção básica de saúde ocorre dentro de um contexto peculiar, a partir de um compromisso profissional, que sofre interferência das dificuldades existentes; ocorre por meio da interação entre a enfermeira e a pessoa com TB e sua família, e que, nessa interação, as enfermeiras desenvolvem estratégias de cuidado e de enfrentamento de situações adversas; e que tudo isso gera consequências, positivas, ligadas à adesão, e negativas, por motivo do abandono, que, por sua vez, voltam a demandar toda uma intervenção da enfermagem. A Figura 6 demonstra essa representação, que constitui o diagrama final integrador do fenômeno em estudo.

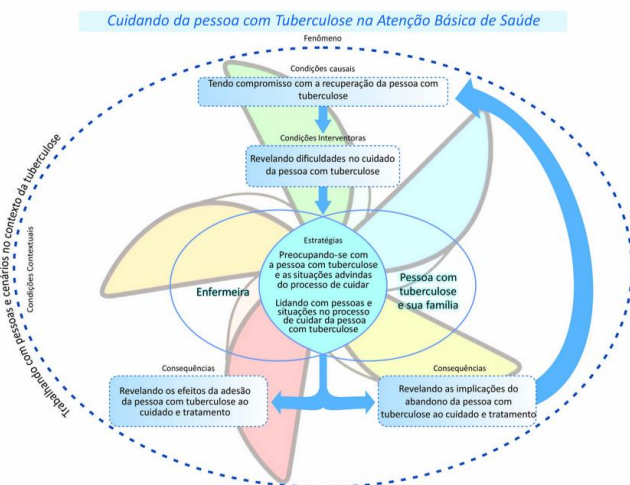
A Figura 6 apresenta, como cenário de fundo, um catavento. Tomamos essa figura que já foi usada como referência em campanhas de TB brasileiras, pois a mesma remete a duas situações associadas ao movimento. Primeiramente, associa-se à imagem da circulação do ar, o que impede a transmissão do bacilo. A intenção era fazer com que as pessoas no período de transmissão e os que estivessem ao seu redor atentassem para a necessidade de permitir a circulação do ar nas residências e nos locais de aglomeração, transformando um saber



científico em atitude, por meio da comunicação como mediador dessa situação. A segunda situação associada ao catavento remete ao incentivo ao movimento social para que, organizadamente, todos os envolvidos possam inserir-se e propor sugestões de enfrentamento da doença, nas ações de prevenção, de adesão ao tratamento e de apoio às pessoas afetadas contra ações de discriminação ou preconceito (LINDNER, 2012).

A representação gráfica que elaboramos indica que o cuidado com a pessoa acometida e a prevenção e controle da TB perpassam por um entendimento de que esse cuidado permite o alcance da cura, que por sua vez leva a “novos ares”. Esses “novos ares” significam o restabelecimento da saúde da pessoa e o controle da doença dentro de uma comunidade. Isso significa que a pessoa acometida passa a respirar com alívio, no sentido mais literal da expressão, devido à sensação de alcance da cura e ao retorno de sua saúde. Por sua vez, ocorre, também, com a movimentação, a troca do ar, levando ares contaminados e trazendo ares limpos, com ausência de bacilos, o que impede a transmissão da doença para outras pessoas. Essas duas situações são desfechos almejados pela enfermagem e por toda a política de controle da tuberculose, representados, assim, pelo catavento.

Figura 7 - Diagrama final integrador representativo do modelo teórico elaborado para compor o fenômeno: Cuidando da pessoa com tuberculose na atenção básica de saúde, 2014



Fonte: Elaborado pela autora, 2014

Dessa forma, o cuidado com a pessoa com TB ocorreu devido a um compromisso por parte das enfermeiras, que teve, como circunstâncias intervenientes, as dificuldades que ocorrem no contexto no qual se insere o cuidado, e concretizou-se por meio das estratégias de ações e interações entre enfermeira, pessoa com TB e sua família, tendo como consequências a adesão ao cuidado e tratamento com alta por cura ou o abandono, que demanda novas intervenções em saúde.

Consideramos que, neste estudo, o desenvolvimento do modelo teórico poderá subsidiar a construção de um modelo de cuidado de enfermagem à pessoa com TB, que considere mais efetivamente a realidade dos serviços de saúde e que seja voltado para as demandas, necessidades e direitos da pessoa com TB em seu contexto de vida.

#### 4.2.1 Categorias integrantes do modelo teórico

A categoria central do estudo foi representada pelo fenômeno “Cuidando da pessoa com tuberculose na atenção básica de saúde”. As categorias referentes às condições causais, às condições interventoras, às condições contextuais e às ações/interações desse fenômeno estão detalhadas nos manuscritos/artigos. Segue quadro com apresentação do esquema paradigmático e suas categorias.

Ressaltamos que as subcategorias, em sua maioria, não estão escritas com verbo no gerúndio. A característica processual dos achados, representada por essa modalidade verbal, foi apresentada em todas as categorias do estudo e na categoria central.

Quadro 3 - Esquema paradigmático representativo do fenômeno “Cuidando da pessoa com tuberculose na atenção básica de saúde”, suas categorias e subcategorias, 2014

<b>Categoria Central</b>		
Cuidando da pessoa com tuberculose na atenção básica de saúde		
<b>Circunstâncias ou condições</b>	<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
Condição Causal	Tendo compromisso com a recuperação da pessoa com tuberculose	[Compromisso ético/profissional] [Compromisso Institucional/político] [Compromisso social]
Condições Interventoras	Revelando dificuldades no cuidado da pessoa com tuberculose	[Condições de trabalho impróprias nas unidades básicas de saúde] [Falta de apoio e estrutura familiar] [Não efetivação da estratégia]

		DOTS] [Precárias condições de vida das pessoas com TB] [Relação demanda e oferta de serviços de saúde inadequada] [Uso de álcool e drogas pelas pessoas acometidas]
Condições Contextuais	Trabalhando com pessoas e cenários no contexto da tuberculose	[A pessoa com TB] [A profissional enfermeira] [A tuberculose] [As condições de trabalho] [O programa da TB] [A rede de atenção à saúde]
Ações/interações (estratégias)	Preocupando-se com pessoas com TB e as situações advindas do processo de cuidar	[Preocupando-se: com a compreensão da doença pela pessoa] [Preocupando-se: com a continuidade e regularidade do tratamento] [Preocupando-se: com a mudança no perfil da doença] [Preocupando-se: com a resistência bacteriana] [Preocupando-se: com a transmissibilidade da doença] [Preocupando-se: com os relacionamentos com família e amigos] [Preocupando-se: condições socioeconômicas] [Preocupando-se: cronicidade social] [Preocupando-se: pessoa retomar sua vida normal] [Preocupando-se: sentimentos da pessoa]
	Lidando com pessoas e situações no processo de cuidar da pessoa com tuberculose	[Assumindo a responsabilidade pela pessoa] [Construindo o vínculo com a pessoa] [Convencendo a pessoa e sua família] [Estimulando a pessoa] [Facilitando o acesso ao serviço] [Garantindo o cumprimento do protocolo] [Mostrando-se interessada] [Promovendo o acolhimento dos profissionais] [Tendo persistência e mostrando-se interessada]
Consequências	Revelando os efeitos da adesão da pessoa com tuberculose ao cuidado e tratamento	[Controle da doença] [Reconhecimento institucional] [Satisfação em curar e realização profissional] [Satisfação em mudar a vida de uma pessoa]
	Revelando as implicações do	[Aumento do número de pessoas com a doença] [Desfecho com

	abandono da pessoa com tuberculose ao cuidado e tratamento	morte] [Frustração profissional] [Resistência bacteriana]
--	--	---

Fonte: Pesquisa de campo, 2013

As categorias referentes às consequências do fenômeno “Revelando os efeitos da adesão da pessoa com tuberculose ao cuidado e ao tratamento” e “Revelando as implicações do abandono da pessoa com tuberculose ao cuidado e ao tratamento” seguem detalhadas após os manuscritos, uma vez que não constam nos mesmos.

### 4.3 Manuscritos

4.3.1 Manuscrito 1: o compromisso do enfermeiro com o cuidado à pessoa com tuberculose

#### **O COMPROMISSO DO ENFERMEIRO COM O CUIDADO À PESSOA COM TUBERCULOSE**

#### **THE COMMITMENT OF NURSES TO THE CARE FOR PEOPLE WITH TUBERCULOSIS**

#### **COMPROMISO DEL ENFERMERO CON EL CUIDADO A LA PERSONA CON TUBERCULOSIS**

### **RESUMO**

Trata-se de um estudo qualitativo que seguiu os pressupostos da Teoria Fundamentada nos Dados, e teve por objetivo compreender o compromisso que o enfermeiro tem no cuidado desenvolvido na atenção básica de saúde à pessoa com tuberculose. Seguiu-se a amostragem teórica com 28 participantes, dentre elas enfermeiras, médicas, técnicas de enfermagem, profissionais da vigilância epidemiológica e pessoas com tuberculose. Utilizou-se a entrevista em profundidade para coleta de dados. A análise contou com o *software* Atlas ti e foi realizada por meio da codificação aberta, axial e seletiva. As peculiaridades do cuidado demandaram um compromisso dos enfermeiros para com a pessoa com tuberculose, o qual perpassou por três componentes: o ético/profissional, o institucional/político e o social. Esse compromisso foi considerado um propulsor de um serviço que se esforça para garantir o acesso e a qualidade do cuidado às pessoas com tuberculose, a fim de

que a doença seja tratada e que a pessoa acometida restabeleça sua saúde, tenha um viver saudável e frequente satisfatoriamente seus espaços sociais.

**Descritores:** Tuberculose. Cuidados de Enfermagem. Atenção Primária à Saúde.

## **ABSTRACT**

This is a qualitative study that followed the principles of the Grounded Theory, with the aim to understand the commitment of nurses in the care developed in primary health care for people with tuberculosis. A theoretical sample was designed with 28 participants, including nurses, physicians, nursing technicians, epidemiological surveillance professionals and people with tuberculosis. In-depth interviews were used for data collection. Data were analyzed using the Atlas ti software, by means of open, axial and selective coding. The singularities of care demanded commitment from the nurses to people with tuberculosis, which included three components: the ethical/professional, the institutional/political and the social. This commitment was considered to be the driving force of a service that strives to guarantee care quality and access to people with tuberculosis, so that the disease is treated and patients can have their health reestablished, live healthily and visit their social settings satisfactorily.

**Descriptors:** Tuberculosis. Nursing care. Primary Health Care.

## **RESUMEN**

Se trata de un estudio cualitativo, siguiendo los presupuestos de la Teoría Fundamentada en los Datos, objetivando comprender el compromiso del enfermero con el cuidado desarrollado en atención básica de salud a la persona con tuberculosis. Se utilizó muestreo teórico, con 28 participantes, incluyendo enfermeras, médicas, técnicas de enfermería, profesionales de vigilancia epidemiológica y personas con tuberculosis. Datos recolectados mediante entrevista en profundidad, analizados mediante software Atlas ti, realizado por codificación abierta, axial y selectiva. Las particularidades del cuidado demandaron compromiso de los enfermeros para con las personas con tuberculosis, vinculando tres componentes: ético/profesional, institucional/político y social. Dicho compromiso fue considerado

propulsor de un servicio que se esfuerza para garantizar acceso y calidad del cuidado a personas con tuberculosis, con el fin de que la enfermedad sea tratada y que el paciente se restablezca, viva saludablemente y frecuente satisfactoriamente sus espacios sociales.

**Descriptor:** Tuberculosis; Atención de Enfermería; Atención Primaria de Salud.

## INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, a tuberculose (TB) continua configurando-se como um grande problema de saúde pública. As últimas estimativas são de que houve 8,6 milhões de casos novos de tuberculose em 2012, e 1,3 milhões de mortes por tuberculose nesse mesmo ano (WHO, 2013).

Embora esses números sejam expressivos, a taxa de mortalidade por TB caiu em 45%, desde 1990, e a taxa de incidência de tuberculose também está diminuindo na maior parte do mundo, como decorrência dos investimentos que vêm sendo realizados em vários países. No Brasil, embora tenha ocorrido uma diminuição na incidência da TB de 3,54% entre 2010 e 2011, o país ainda está entre os 22 países em todo o mundo com elevada carga da doença, possuindo taxa de cura abaixo do recomendado pela OMS, que é de 85% (WHO, 2013; BRASIL, 2012).

Um dos marcos para essa mudança foi a declaração da Organização Mundial da Saúde (OMS) considerando a TB como uma emergência de saúde pública global. Foram lançadas, desde então, várias estratégias para o controle da TB, dentre elas o DOTS (Directly Observed Treatment, Short-course), que é uma realidade no Brasil, apesar das dificuldades já detectadas em alguns estudos (FIGUEIREDO et al., 2009; DEL CASTILLO et al., 2009; SANTOS, NOGUEIRA, ARCÊNCIO, 2012).

Nesse contexto, a luta contra a tuberculose continua, e o desafio de melhorar ainda mais seus indicadores e de garantir um acesso digno ao seu tratamento tem sido um trabalho rotineiro de diversos profissionais de saúde. Alguns dos aspectos mais difíceis permanecem sendo a redução da doença em alguns segmentos da população, principalmente, entre os mais vulneráveis, e de garantir o acesso e a qualidade dos serviços de saúde (BRASIL, 2012; WHO, 2013; SANTOS, NOGUEIRA, ARCÊNCIO; 2012).

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) brasileiro reconhece a importância de expandir o combate à TB a todos os serviços de saúde, buscando prioritariamente a integração do controle da TB com a atenção básica, o que incluiu a Estratégia de Saúde da

Família (ESF), a fim de tornar efetiva a ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento da doença (FIGUEIREDO et al., 2009).

A participação da enfermagem no PNCT envolve um conjunto de ações previstas e recomendadas, o que determina para a mesma um papel fundamental no processo de combate à doença. Esta atuação da enfermagem foi influenciada, historicamente, devido à enfermagem ter desenvolvido papel marcante no controle da TB. Essa inserção histórica da enfermagem vem desde o reconhecimento da doença como problema de saúde pública no Brasil e a introdução da educação sanitária como ferramenta fundamental na construção de uma consciência sanitária individual e coletiva, no papel das enfermeiras visitadoras nos anos de 1920 (BRASIL, 2011; AYRES et al., 2012).

Numa perspectiva histórica de combate à doença no Brasil, a enfermagem mostrou-se como detentora de um discurso legítimo sobre as questões relativas à assistência às pessoas com TB, com ampla experiência de controle dessa doença, tanto no cenário hospitalar quanto na saúde pública, envolvendo a prevenção, o tratamento e a formação de recursos humanos para atuação frente à doença (MONTENEGRO et al., 2009; AYRES et al., 2012).

Atualmente, o papel da enfermagem no cuidado de pessoas com TB tem se ampliado com contribuições mais expressivas na atenção básica, mas também envolvida na produção de novos conhecimentos através de relevantes estudos na área (SANTOS; NOGUEIRA; ARCÊNCIO, 2012; CHIRINOS; MEIRELLES, 2011; SÁ et al., 2012). Soma-se, ainda, o caráter gerencial, organizacional e educativo da profissão, o que permite, muitas vezes, assumir papéis diversos no desenvolvimento de atividades dentro dos serviços de saúde, que controlam e previnem a TB. (BRASIL, 2011; SANTOS; NOGUEIRA; ARCÊNCIO, 2012; OBLITAS et al., 2010; CASTRO et al., 2011; BERTAZONE; GIR; HAYASHIDA, 2005).

Envolvida nesses diferentes âmbitos do cuidado de enfermagem está a humanização da atenção à saúde, que vem se constituindo um desafio para os enfermeiros, com a proposta de manter um olhar aos próprios valores e ao compromisso ético com as pessoas que cuida (BRASIL, 2011). Isso inclui pensar o comprometimento como um atributo do cuidado, atributo este definido como uma resposta afetiva e complexa envolvendo os desejos e as obrigações dos profissionais diante de uma escolha deliberada para agir de acordo com os mesmos (WALDOW, 2004).

Sua atuação próxima da população exposta ou adoecida pela doença tem um custo para os profissionais da enfermagem, como

mostram estudos epidemiológicos, nos quais estes profissionais são os mais expostos ao bacilo da TB e, conseqüentemente, os mais acometidos pela doença (COSTA et al., 2013; CAVALCANTE; SILVA, 2013).

Alguns estudos têm mostrado o impacto do PNCT e das estratégias que vêm sendo implementadas como parte da política brasileira para manter a TB nos níveis aceitáveis pela OMS. Porém, a maioria desses estudos utilizou abordagem quantitativa, nem sempre permitindo explorar a subjetividade da atenção à saúde e compreender os diferentes elementos que estão presentes na realidade brasileira de atenção às pessoas com TB (CECILIO et al., 2013; SANTOS, NOGUEIRA, ARCÊNCIO, 2012; FIGUEIREDO et al., 2009; MARCOLINO et al., 2009, DEL CASTILLO et al., 2009).

Dessa forma, torna-se necessário ampliar a compreensão dos avanços e dificuldades que os profissionais da saúde vivenciam na atenção à saúde das pessoas com TB, incluindo os diferentes âmbitos dessa atenção, especialmente, o lidar com seres humanos diante do adoecimento. Poucos estudos têm mostrado como, efetivamente, esses profissionais enfermeiros percebem sua atuação, seu compromisso com o cuidado que realizam, suas satisfações, insatisfações na atenção às pessoas com TB.

Essas considerações acerca do cuidado de enfermagem às pessoas com TB motivaram o estudo desenvolvido, focalizando a atuação do enfermeiro, tendo como objetivo: Compreender o compromisso que o enfermeiro tem no cuidado desenvolvido na atenção básica de saúde à pessoa com tuberculose.

## **MÉTOD**

Foi realizada uma pesquisa qualitativa que utilizou a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) como referencial metodológico, a fim de responder o que promove o cuidado de enfermagem à pessoa com tuberculose na atenção básica de saúde. A TFD tem como ferramenta analítica a construção de um paradigma que permite descrever as condições, situações ou circunstâncias que determinam a composição dos fenômenos estudados. Dentre as circunstâncias que explicam o fenômeno, encontra-se a condição causal para que esse ocorra, que por sua vez influencia a existência desse fenômeno (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A escolha pela TFD deu-se pelo fato de este método possibilitar formas de explicar o fenômeno com base na percepção de que as



pessoas agem de acordo com significados e que esse é definido por meio da interação. Considerando, também, que este método proporciona uma explicação do fenômeno por meio de diferentes estratégias analíticas, o que o torna um método de expressiva validade, a saber: amostragem teórica, construção do esquema organizacional paradigmático, elaboração de memos, e representação por diagramas (STRAUSS; CORBIN, 2008).

O estudo foi desenvolvido em oito unidades básicas de saúde, as quais pertencem ao distrito sanitário de maior incidência de pessoas com tuberculose em uma capital do Nordeste brasileiro.

A coleta de dados foi realizada no período de setembro de 2013 a fevereiro de 2014, por meio de entrevistas em profundidade, a partir da pergunta norteadora: Fale sobre o cuidado à pessoa com tuberculose. Os participantes foram definidos por amostragem teórica. Constituíram-se dois grupos amostrais: o primeiro grupo, composto por 19 enfermeiras da atenção básica de saúde; o segundo, por sete integrantes da equipe de saúde na qual essas enfermeiras atuavam, sendo duas médicas, duas técnicas de enfermagem e uma auxiliar de enfermagem, duas profissionais epidemiologistas responsáveis pela vigilância da TB, uma enfermeira e uma nutricionista, e ainda duas pessoas com TB em tratamento nessas unidades de saúde.

O critério de inclusão do primeiro grupo amostral composto pelas 19 (dezenove) enfermeiras foi o de que tivessem ampla experiência na atenção à pessoa com TB. Esse critério foi facilmente atendido, uma vez que a maioria das enfermeiras que atuava nas unidades básicas do distrito sanitário escolhido tinha longo tempo de atuação na Secretaria Municipal de Saúde, e na Estratégia Saúde da Família (ESF), neste município, desde sua implantação. As demais participantes, médicas e técnicas de enfermagem, foram incluídas para auxiliar a compreender alguns aspectos destacados pelas enfermeiras em sua prática de atenção às pessoas com TB, especialmente, por integrarem a equipe de saúde onde se encontravam as enfermeiras, e, também, duas profissionais da gestão epidemiológica, cujo vínculo era reconhecido por ambas, validando a perspectiva das enfermeiras. A inclusão das pessoas com TB foi decorrente da necessidade de analisar a convergência entre a perspectiva dessas pessoas e a das enfermeiras, também com a intenção de validação das nossas interpretações.

A análise dos dados foi concomitante à coleta de dados, utilizando como ferramenta o *software* Atlas ti, versão 7.1.8, com a licença 710CF-CAB84-3697E-8CQ81-002JY. Por meio desse programa, todas as entrevistas foram organizadas e codificadas linha a

linha, sendo construídos diagramas, que representavam as categorias e que demonstravam a ligação entre os códigos, as subcategorias e as categorias. Neles, também foi possível construir os memorandos e relacioná-los às subcategorias. Nesse processo analítico comparativo, foram realizadas as codificações aberta, axial e seletiva.

Seguindo a estratégia de análise da TDF, na análise aberta, toda a entrevista foi codificada linha a linha, o que permitiu originar os códigos que conceituavam o incidente daquela fala. Logo após, iniciou-se uma comparação em torno de assunto em comum, relacionando as categorias emergentes, o que permitiu iniciar a codificação axial. Com o avanço da codificação axial e o refinamento das categorias, chegamos à codificação seletiva, onde resultou o aparecimento das categorias.

Dessa análise, emergiu a categoria “Tendo comprometimento com a recuperação da pessoa com tuberculose”, a qual foi evidenciada como condição causal do fenômeno em estudo: o cuidado de enfermagem à pessoa com tuberculose na atenção básica de saúde. Foi compreendido que esse cuidado é realizado a partir do compromisso que as enfermeiras têm assumido em suas práticas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, com o Parecer nº. 20637113.9.0000.0121. As enfermeiras foram identificadas pela sequência ordinária de realização das entrevistas e pela inserção no programa Atlas ti, onde a entrevista constituía um documento primário.

## **RESULTADOS**

As 19 enfermeiras participantes do estudo, todas do sexo feminino, possuíam idade entre 41 e 57 anos. Estavam formadas em enfermagem havia mais de 20 anos, sendo o tempo maior de 32 anos. O tempo de atuação das enfermeiras participantes na atenção à pessoa com tuberculose do presente estudo foi de mais de 20 anos, e apenas duas tinham menos de 10. A análise dos dados permitiu evidenciar que no cuidado à pessoa com TB houve um efetivo comprometimento das enfermeiras que perpassou por três componentes analíticos, a saber: o ético/profissional, o institucional/político e o social. Esses três comprometimentos ocorreram de maneira simultânea, entrelaçando-se nas ações de saúde realizadas pelas enfermeiras.

## Comprometimento ético/profissional

O comprometimento ético/profissional englobou os princípios éticos e profissionais da saúde e da enfermagem como um elemento que motivou suas ações no cuidado às pessoas com TB.

**Os princípios éticos** referidos envolviam: fazer o bem; não prejudicar a pessoa com TB; responsabilizar-se pelo restabelecimento de saúde da pessoa; respeitar a pessoa e seu contexto de vida e suas decisões; preocupar-se com situações de risco em que se encontra a pessoa; e ajudar a pessoa a libertar-se do medo da doença, rompendo preconceitos e estigmas que, porventura, pudessem estar prejudicando o cuidado e impedindo ações autônomas.

Nas falas das enfermeiras pôde-se evidenciar a inquietação delas na procura de fazer o bem à pessoa com TB e não prejudicá-la diante das **demandas por serviços** de saúde. As enfermeiras marcavam consultas em outro serviço, iam atrás das pessoas que não compareciam para as consultas, ou para buscarem os medicamentos, deslocando-se até suas casas, ou faziam encaminhamentos de forma a encontrar uma solução para as demandas de saúde das pessoas.

Outra maneira de fazer o bem era não demonstrar qualquer **rejeição**, esforçando-se, por exemplo, para não deixar a pessoa perceber que tinham preocupação com a possibilidade de contrair a doença. Consideravam que a TB é uma doença que debilita a pessoa acometida, seja fisicamente ou emocionalmente. Nesse contexto, as enfermeiras precisavam assumir o compromisso de ajudar a pessoa a se recuperar de uma forma menos sofrida, como facilitar o acesso ao serviço de saúde, acolhendo-a de forma digna.

Outro aspecto observado nas falas foi o de que a pessoa com TB merecia ser respeitada, principalmente, diante das **condições de vida precárias**, e que, nisso, suas decisões deveriam ser discutidas e levadas em consideração. As enfermeiras, principalmente, as que lidavam com pessoas em situações de vulnerabilidade social, mostravam uma preocupação mais acentuada com os riscos que poderiam agravar a doença e prejudicar seu tratamento, como o uso de drogas, o abandono da família, ou a ausência de recursos para uma boa alimentação e moradia.

Um aspecto que chamava a atenção das enfermeiras e as preocupava era a questão do **estigma e preconceito** ainda existente em muitos contextos, tanto dentro das famílias, entre os amigos, como no trabalho das pessoas com TB. As pessoas traziam conceitos que foram passados ao longo dos tempos, que foram permanecendo nas famílias, e

que acabavam por discriminar essas pessoas, isolando-as do seu grupo social. As pessoas chegavam no serviço de saúde com afirmações sobre a doença, que a mesma era fatal, que iam transmitir sempre, que gerava incapacidade permanente para o trabalho, que quando os sintomas diminuíssem ou cessassem significava cura e não eram mais necessários medicamentos. Todo o esforço era para ajudar as pessoas a perceberem que eram conceitos sem fundamento. Quando as pessoas tinham vivenciado situações de preconceitos, tornavam-se mais refratárias ao tratamento e com maior risco de o abandonarem.

Envolvida nesse comprometimento profissional com as pessoas com TB, estava presente a necessidade de **manter um bom relacionamento** com essas pessoas, que ultrapassava a relação mais formal, passando a ser percebida como uma amizade, uma parceria, em que enfermeira, pessoa com TB e sua família estavam lutando juntas, em prol de um objetivo comum: o alcance da cura e o retorno da vida anterior à doença. Nesse sentido, estabeleciam um vínculo que iniciava com o acolhimento adequado, como ressaltado anteriormente. O **vínculo** foi considerado a forma mais efetiva de garantir a continuidade do tratamento, envolvendo, portanto, mais do que a disponibilização de medicamentos e as orientações sobre o tratamento, mas, também, o envolvimento com a vida das pessoas, acompanhando o que lhes acontecia no dia a dia. Este vínculo era iniciado por um acesso facilitado ao serviço, e era representado pela disponibilidade de consultas, sempre que solicitavam. Era permeado pela abertura ao diálogo dentro e fora da unidade; compartilhamento de sentimentos; disponibilidade de profissionais como referências na unidade de saúde; visitas no domicílio. Esses aspectos integravam um conjunto de ações, onde ressaltavam a importância de ter confiança nas enfermeiras. Nesse processo, destacava-se a empatia como um elemento sempre presente, facilitado por se tratar de pessoas que viviam em uma comunidade na qual a enfermeira tinha uma longa participação e inserção.

[...] a pessoa chega com o diagnóstico e ela (a recepcionista) já agenda. Na agenda dela, pronto, vai vir dia tal, vai chegar aqui às 7 h 30 min., você vai ser o primeiro a ser atendido, ou vai chegar aqui às 11 horas, você vai ser atendido. Eu já vi ligando do celular para o paciente dizendo o horário dele vir direitinho. Então, eu acho que a gente precisa ter o compromisso e a responsabilidade de acompanhamento desse

usuário e da família. Por isso que, às vezes, ele peregrina, viu? Peregrina, peregrina. “Ah, eu fui em tal canto disseram que não tinha esse remédio, não na farmácia.” [...] a questão do medo, porque o nome “tuberculose” ainda é tido para grande maioria das pessoas, até para os profissionais de saúde que eu escuto, como se fosse pessoas que são muito pobres, que são pobres, que não comem, que não têm comida. E assim, na medida em que eu vou acompanhando, eu vou observando que não é só isso, não é só isso [...] (P 2: ENTREVISTA N 04.rtf)

Eu acho que é porque gosto de tratar, entendeu? Acho que, no momento em que você tem a reponsabilidade, tem uma parte até de gostar também. Então, como eu gosto de acompanhar, eu acho que, eu procuro fazer o melhor, eu procuro dar o melhor de mim! Eu faço assim, eu acho que é por isso que eu não tenho restrição nenhuma. Eu fico numa boa, eu resolvo tudo, eu mesmo peço se não vier com HIV (teste), eu mesmo peço, eu resolvo tudo isso. Espera, que eu vou resolver sua vida! Eu resolvo tudo isso, eu não fico esperando que alguém faça isso. Vou fazer, não porque é administrativo, entendeu? Eu faço é logo tudo. [...] tem gente que se sente discriminado, mas eu digo assim que, às vezes, é porque as pessoas, também, não são muito esclarecidas não conhecem ao certo a doença, e que, atualmente, é o tratamento sempre é o mesmo, sempre é demorado, sempre são uns seis meses. Mas que o que mais era [...], o básico de tudo, o mais importante que eu digo, é o que eu já falei, é a persistência [...] eu vou dizer bem como é [...] assim, as pessoas ainda acham que a tuberculose pega só em você olhar para ela, está com tuberculose, "Ai, virgem Maria". (P 9: ENTREVISTA N 17.rtf)

**O comprometimento profissional** envolveu a necessidade de ter **conhecimentos específicos** para o cuidado da pessoa com TB. Esses conhecimentos, adquiridos ao longo de suas carreiras profissionais, foram resultado de investimento pessoal e profissional. Envolveram

questões técnicas da profissão e investimento em conhecimento que possibilitasse o atendimento às necessidades das pessoas com TB.

Reconheciam que o domínio técnico fundamentado em conhecimentos científicos capacitava-as para atuar de forma responsável e competente. Nessa perspectiva, as enfermeiras precisaram **investir em sua formação** por meio das capacitações e qualificações, disponibilizadas pelo sistema de saúde ou, muitas vezes, pelo investimento da própria enfermeira em buscar melhor qualificação de sua prática, por exemplo, com leituras de textos. Outro destaque importante é que, por terem sido formadas havia mais de duas décadas, a graduação não colaborou muito para o cuidado específico na atenção básica.

### **Comprometimento Institucional/Político**

O comprometimento institucional/político envolveu a responsabilidade e o empenho com o sistema de saúde vigente, no desenvolvimento das atividades propostas pelas políticas de saúde do país e, mais especificamente, de responder pelas ações programáticas estabelecidas pelo PNCT. As ações ocorriam de maneira responsável para o alcance dos resultados almejados, expressando, também, o compromisso com as diretrizes e princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde.

As enfermeiras elencavam, prontamente, as atividades indicadas no PNCT, demonstrando envolvimento para alcance do sucesso no tratamento, embora enfrentassem dificuldades relacionadas à sua execução plena. Percebiam que havia uma pressão do sistema de saúde que nem sempre levava em conta as condições de vida de algumas pessoas com TB, as quais inviabilizavam ou dificultavam o sucesso do tratamento, como, por exemplo, o uso de drogas e álcool. Esse contexto evidenciava que o cuidado à pessoa com TB ultrapassava a abrangência da prática de enfermagem dentro da área da saúde, e, nesse momento, as enfermeiras, muitas vezes, sentiam-se sem forças para atuarem. Nesse sentido, as condições sociais e econômicas das pessoas com TB, frequentemente, as limitavam para desenvolver suas ações de modo que o tratamento chegasse ao fim e alcançasse a cura.

Problemas estruturais e logísticos relacionados aos serviços de saúde, como a dificuldade enfrentada em alguns locais para a realização dos exames, o encaminhamento para especialistas e a falta de materiais ou equipamentos, tinham que ser superados de modo que o tratamento pudesse se efetivar, independente das dificuldades que elas tivessem.

Havia o compromisso com a vigilância epidemiológica do município, para onde eram repassadas todas as informações acerca do cuidado à pessoa com TB e lhes era cobrado um resultado efetivo. Tinham que responder por algum abandono ao tratamento, explicando como foi o acompanhamento dessa pessoa e os fatores que a fizeram abandonar. As informações registradas nos formulários do PNCT, que eram inseridos no Sistema de Informações de Agravos Notificáveis (Sinan), ficavam como uma marca em seu nome, ou seja, a pessoa que abandonava o tratamento estava vinculada à unidade de saúde onde trabalhava a enfermeira.

A gente está presente [...] tudo que a gente puder fazer para que incentive a ele a vir, para ele pensar: "Ah, não, os profissionais estão interessados" [...] (P 1: ENTREVISTA N 10.rtf)

É uma decepção, não ter êxito, fica ruim. Você fica também, pois você tem que mostrar ao programa de tuberculose, ele é bem amarrado. Então, você tem que estar a toda hora justificando porque o paciente não teve o êxito, então você se sente um pouco fracassada, também. Você não conseguiu fazer com que ele terminasse, você se sente, também responsável por aquela derrota, com certeza. (P18: ENTREVISTA N 19.rtf)

### **Comprometimento social**

O comprometimento social foi evidenciado em diferentes aspectos da prática das enfermeiras: o empenho para controlar a transmissão da doença na família e no trabalho da pessoa com TB, impedindo a disseminação da doença; o respeito ao direito da pessoa de ser assistida por um sistema de saúde; a preocupação com os indicadores epidemiológicos da doença e com mudanças que vêm ocorrendo no perfil das pessoas acometidas; e o empenho para reinserir a pessoa nos espaços sociais que a mesma frequentava antes de adoecer.

O esforço das enfermeiras era controlar a transmissão da doença, sem que isso, de certa forma, isolasse a pessoa com TB ou a fizesse sentir-se inferior por estar com uma doença transmissível. Nessas ações, eram realizadas orientações à pessoa e sua família do que, de fato,

deveria ser feito dentro de casa, afastando conceitos sem fundamentos, como isolar totalmente a pessoa acometida.

Outra forma de controle da transmissão era dar prioridade no atendimento às pessoas com TB bacilíferas, evitando expor os usuários da unidade, que podiam ser crianças, gestantes, idosos, pessoas com diabetes, assim como os profissionais. Havia, também, orientações quanto ao comportamento dentro da sala da enfermeira no sentido da tosse, uma vez que as enfermeiras não possuíam e não usavam a máscara adequada para proteção contra o bacilo. Recomendavam que, inicialmente, a pessoa não frequentasse o ambiente de trabalho, ficando afastada até liberação médica. Essas condutas eram tomadas no período de transmissibilidade da doença, uma vez que era necessária a conscientização racional dessa transmissibilidade, somando-se às orientações de não abandonar o tratamento.

No cuidado à pessoa com TB, as enfermeiras evidenciaram o direito da pessoa de ser atendida e acompanhada pelo serviço básico de saúde, sendo necessário, nesse cuidado, a construção do vínculo, do acolhimento, da humanização, da qualidade e integralidade dos serviços de saúde e da resolutividade das ações de saúde como algo legítimo, de direito, por estar dentro de uma legislação que garante saúde à população brasileira.

A preocupação com os indicadores epidemiológicos da doença foi revelada nas falas das enfermeiras pelo fato de as mesmas estarem impressionadas com a incidência da doença em pessoas que não eram consideradas vulneráveis à doença, atingindo mesmo aquelas que possuíam escolaridade superior e boas condições econômicas, divergindo do que, até então, caracterizava o perfil das pessoas com TB. Consideravam as mortes que ocorriam entre as pessoas com TB como evitáveis. Afligiam-se quando ocorriam o abandono e a reincidência da doença, muitas vezes, até se sentindo culpadas pela ocorrência, apesar de todos os seus esforços.

As enfermeiras mostraram-se empenhadas para que a pessoa com TB voltasse a ter a vida que tinha antes do adoecimento, retornando aos seus espaços domiciliar, de lazer e de trabalho. Para isso, elas conversavam e orientavam as famílias, esclareciam as escolas para receberem os estudantes acometidos pela doença; encaminhavam para o médico rever a situação de aptidão para o trabalho; além de orientar para o retorno à vida social, como a participação em eventos festivos e comemorativos.



Então, eu sabendo disso fui pessoalmente à escola e levei uma declaração do médico, assinada por ele, pedindo imediatamente o regresso da menina para a escola. Expliquei para a mãe dela, expliquei para a coordenadora, expliquei para os professores que estavam lá, que a doença não se transmitia mais, à medida que o tratamento tinha sido instituído e que havia sinais comprobatórios já de que o tratamento dela estava sendo eficaz e que ela não estava transmitindo a doença. (P16: ENTREVISTA N 02.rtf)

O cuidado para mim significa principalmente... o que tenho em mente é quebrar a cadeia de transmissão, essa é a principal [...] chamando os comunicantes, que eu sempre pergunto: Você acha que você pegou isso de quem? Você conhece alguém que tenha essa tosse? Às vezes, eles chegam com tuberculose, mas há outras pessoas que transmitiram para ele, que ainda estão doentes. (P14: ENTREVISTA N 16. rtf)

## **DISCUSSÃO**

Por se tratar de um cuidado voltado para uma pessoa com doença infecciosa crônica que tem um contexto difícil de ser enfrentado, devido a questões sociais, econômicas, e, até mesmo, históricas, as enfermeiras ressaltaram constantemente que o comprometimento do profissional era fundamental para que o cuidado tivesse êxito, com o restabelecimento da saúde da pessoa, e conseqüentemente ocorresse a diminuição de pessoas com TB.

A forma como o cuidado foi vivenciado pelas enfermeiras participantes deste estudo é convergente com a concepção do cuidado revelado na preservação do viver saudável dos cidadãos, e sujeita a uma concepção ética, que considere a vida como um bem valioso em si. O cuidado pode significar solidarizar-se, demonstrando compartilhamento nos relacionamentos entre pessoas em comunidades, como também transmitir uma noção de obrigação, dever e compromisso social. Nesse sentido, o cuidado apresenta-se como uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. Geralmente, a pessoa que oferece cuidado sente-se envolvida e afetivamente ligada à pessoa a quem o cuidado se dirige (SOUZA; SARTOR; PRADO, 2005; BOFF, 2011).

O compromisso ético revelado pelas enfermeiras deste estudo teve como fundamento os princípios da benevolência, não maleficência, autonomia e justiça na realização do cuidado em si (BUB, 2005). As enfermeiras relataram práticas que envolviam a conduta moral e profissional, que remetiam ao respeito à vida humana, às obrigações e aos deveres cabíveis à enfermagem, demonstrando posicionamentos acerca do bem e do mal. Diante da necessidade de controlar uma doença como a TB, elas revelaram um forte compromisso em manter um forte relacionamento com as pessoas acometidas e suas famílias, no sentido de manter uma relação em que fosse possível o diálogo, para uma compreensão mútua e decisão compartilhada.

O compromisso profissional das enfermeiras perpassou por questões inerentes à sua categoria. A enfermagem contempla valores que envolvem prestar cuidados na dimensão pessoal dos indivíduos, saudáveis ou não, e no contexto social em que vivem esses indivíduos, respeitando a liberdade e a autonomia que lhes são de direito. Nesse cuidado, configurou-se o bem maior da humanidade, que é a vida, onde se manifestava a essência do cuidado de enfermagem. A enfermagem tem como fundamento ajudar as pessoas na solução de problemas, integrando-as em um bem comum e mantendo um elo social. Dessa forma, cuidar e solidarizar-se remeteram a um comprometimento e engajamento político-cultural, promovendo a proteção, saudável e humanizada, da espécie humana, dessa geração e das seguintes (SOUZA; SARTOR; PRADO, 2005).

Dentro das responsabilidades da enfermagem, configuram-se características de comprometimento com o processo de recuperação da saúde das pessoas, sendo motivada pelo interesse recíproco. Esse comprometimento considera a saúde como um bem, e compreende as políticas sociais e no que elas interferem na vida coletiva (SOUZA; SARTOR; PRADO, 2005).

Diante da evidência do compromisso institucional, a enfermagem apresentou-se com uma forte relação de responsabilidade com a TB na atenção básica. A enfermagem tem desempenhado papel fundamental para a condução das ações de controle da TB. Convergente aos resultados aqui apresentados está o estudo realizado com enfermeiras na Estratégia Saúde da Família, no Nordeste brasileiro, que revelou que estas estavam comprometidas com o cuidado à pessoa com TB e desenvolviam as atividades recomendadas pela política de controle da TB (BRASIL, 2011; SÁ et al., 2012). O estudo desenvolvido por Santos, Nogueira e Arcêncio (2012) ressalta que os enfermeiros são os profissionais que mais desenvolvem as ações de controle da TB, apesar

de nem sempre desenvolverem ações educativas, o que é imprescindível no atendimento dessas pessoas.

Mesmo as enfermeiras reconhecendo terem conhecimento técnico para o desenvolvimento do cuidado à pessoa com TB, este, muitas vezes, decorria de seu próprio investimento, e não garantido pelo sistema de saúde, como está proposto no PNCT. Essa situação é convergente ao que outro estudo mostrou, em que a capacitação para o controle da TB não atinge todos os profissionais, sendo considerada como insuficiente por 30% deles (SANTOS; NOGUEIRA; ARCÊNCIO, 2012).

O contexto vivenciado pela enfermagem na luta contra a TB no país, especialmente, pelo modelo de cuidado inicialmente instituído, alicerçado na internação hospitalar, demonstra que o fato de as enfermeiras terem sido treinadas para lidar com o tratamento da doença, de certa forma, colocou-as numa posição de responsabilidade diante da doença, e o tratamento não hospitalizado reforçou a necessidade da sua atuação, uma vez que estas já possuíam certa experiência nas demandas de cuidados das pessoas com TB. Soma-se a essa conjuntura o fato de que, historicamente, a enfermagem teve seu trabalho reconhecido no cuidado à pessoa com TB, desde o período em que o tratamento era realizado no espaço hospitalar (MONTENEGRO et al., 2009).

Estudo recente revelou que a intervenção da enfermagem está focada nas recomendações das políticas públicas, tendo como base estudos epidemiológicos, mediante a implementação de programas multissetoriais, e na atenção direta, que inclui a educação das pessoas acometidas pela TB (OBLITAS et al., 2010).

O êxito no tratamento da TB exige uma partilha de compromissos entre os profissionais dos serviços de saúde e as pessoas acometidas pela TB, com construção de pactos que atendam às necessidades de todas as partes envolvidas. A maneira como os profissionais de saúde organizam-se, para desenvolver o seu trabalho, é determinante para a adesão da pessoa com TB, o que leva à alta por cura. Em muitos casos, a pessoa abandona o tratamento, pois foi abandonada pelo serviço de saúde, demonstrando que o comprometimento perante essa pessoa não ocorreu. Assim, os fatores relacionados ao abandono do tratamento podem estar intimamente ligados à humanização nos serviços de saúde e, por sua vez, faltam interação e comunicação entre profissionais e pessoas com TB, revelando a falta de comprometimento dos profissionais, tornando essa situação uma experiência negativa para as pessoas (SÁ et al., 2007; CHIRINOS; MEIRELLES, 2011).

Nesse aspecto, é importante ressaltar que a experiência de abertura para o outro se constitui como contribuição de melhoramento da conduta moral nos relacionamentos profissionais, considerando, ainda, a inclusão do profissional como um igual ao outro, em dignidade, garantindo simetria à conversação e ao diálogo (BUB, 2005). Dessa forma, neste estudo existia uma grande preocupação das enfermeiras em manterem um vínculo entre as pessoas com TB e sua família, para que não houvesse o risco do abandono ou não comparecimento.

O estabelecimento do vínculo entre pessoas com TB e profissionais gera uma confiança maior, e, como resultado, um adequado nível de resolutividade das ações de saúde. Esse vínculo, construído com base no acolhimento, e como resultado de uma responsabilização de todos envolvidos, tem potencial para garantir um cuidado qualitativo e humanizado, promovendo uma assistência integral à saúde (SILVA; ALVES, 2008).

No comprometimento social apontado pelas enfermeiras, a reinserção da pessoa com TB em seus espaços sociais causou grande preocupação e demandava condutas das enfermeiras. O sofrimento das pessoas acometidas compreende o fato de a TB não ser apenas uma doença do corpo, mas que tem repercussões em várias esferas do viver, em especial nos relacionamentos sociais, onde pode ocorrer o isolamento das pessoas devido à transmissibilidade da doença e às compreensões equivocadas acerca dessa transmissibilidade (SOUZA; SILVA; MEIRELLES, 2010)

O profissional da enfermagem tem uma responsabilidade diante da prevenção e controle da TB (OBLITAS et al., 2010). Dessa forma, as enfermeiras relataram inquietações diante da incidência da doença, no perfil das pessoas acometidas e, principalmente, no abandono e na alta por cura, esta última apontada com destaque quando elas falavam em meta, objetivo e responsabilidade.

A TB tem destaque no contexto social e econômico nas cidades com alta incidência da doença e baixas taxas de cura, apresentando-se como problema de saúde a ser enfrentado por profissionais de saúde, gestores e população (CAVALCANTE, SILVA, 2013). Assim, a enfermagem, como detentora de um papel de destaque no controle da doença, revelou, neste estudo, comprometimentos diante da ocorrência da doença.

Estudo que escutou as pessoas com TB evidenciou que, embora tenha ocorrido a ampliação do Programa Saúde da Família no município estudado, percebeu-se que os profissionais, membros das equipes de saúde da família, ainda não tinham assumido o tratamento da pessoa de

TB totalmente, e que se faziam necessários profissionais conscientizados e capacitados para que se efetivassem as ações de saúde às pessoas com TB (FIGUEIREDO et al., 2009). Os resultados não corroboram os nossos, uma vez que, ao escutarmos as enfermeiras, evidente que em outra localidade, mas ambas no Nordeste brasileiro, foi constatado o compromisso com o cuidado à pessoa com TB, o que demonstra incorporação do tratamento a essa pessoa na atenção básica de saúde.

O efetivo compromisso das enfermeiras participantes do estudo com o cuidado à pessoa com TB, nem sempre evidenciado em outros estudos, parece estar vinculado a uma situação diferenciada dessas enfermeiras, que foi o longo tempo de atuação na atenção às pessoas com TB numa mesma localidade, fortalecendo vínculos e favorecendo o acesso.

Esse compromisso também pode estar vinculado ao significado que a doença tem para elas, e para as pessoas com as quais elas lidam, e que foi historicamente construído. Também pode estar associado ao fato de que a doença deveria estar bem controlada, diante do avanço farmacêutico e microbiológico. Outro quesito igualmente importante seria o fato de a doença ser compulsória, estar dentro de acordos internacionais e ter seus indicadores em avaliação permanente, o que coloca suas práticas em avaliação da mesma forma.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As peculiaridades do cuidado à pessoa com TB, advindas do contexto de vida dessa pessoa e da forma como é tratada sua doença, demandou um compromisso da enfermagem para com essa pessoa. Esse comprometimento perpassou por três componentes: o ético/profissional, o institucional/político e o social, e foi a condição inicial para fazer o cuidado à pessoa com TB acontecer.

Ter compromisso para as enfermeiras foi assumir a responsabilidade pelo cuidado da pessoa com TB, de sua família e da população que pode ser acometida pela doença. Esse compromisso não era apenas técnico, mas envolveu a criação de um vínculo com a pessoa e sua família, o acompanhamento direto dessa pessoa, e a responsabilização de responder aos gestores municipais pelos tratamentos.

Consideramos o comprometimento dos profissionais da saúde como um propulsor de um serviço que se esforça para garantir o acesso e a qualidade do cuidado à pessoa com TB diante de todas as

dificuldades a serem enfrentadas, para que a doença seja tratada e que a pessoa acometida restabeleça sua saúde, tenha um viver saudável e frequente satisfatoriamente seus espaços sociais. Assim, o compromisso de um profissional de saúde perante as condições de saúde é o início de todo o cuidado oferecido às pessoas em seu contexto de vida e de adoecimento.

Destacamos que todas as participantes enfermeiras estavam havia mais de 20 anos no cuidado à pessoa com TB, possuindo, assim, ampla experiência nesse cuidado. Essas enfermeiras vivenciaram grandes mudanças nos modelos de cuidado propostos pelo sistema de saúde do país e do município onde atuavam, o que pode ter levado a terem forte compromisso com seu serviço e com as pessoas da comunidade onde atuavam havia um longo tempo. Seria interessante, então, que outros estudos fossem realizados com enfermeiros com menos experiência, para uma melhor elucidação do compromisso desses profissionais diante da pessoa com TB.

## REFERÊNCIAS

AYRES, Lílian Fernandes Arial et al. As estratégias de luta simbólica para a formação da enfermeira visitadora no início do século XX. **Hist. Cienc. Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-882, set. 2012.

BERTAZONE, Érika do Carmo; GIR, Elucir; HAYASHIDA, Miyeko. Situações vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem na assistência ao portador de tuberculose pulmonar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 374-381, jun. 2005.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra**. 17. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Notícia: Brasil é reconhecido pela OMS por eficiência no controle da tuberculose. 31 maio 2012. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/05/brasil-e-reconhecido-pela-oms-por-eficiencia-no-controle-da-tuberculose>>. Acesso em: 23 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Tratamento**

**Diretamente Observado (TDO) da tuberculose na atenção básica:** Protocolo de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRUNELLO, Maria Eugênia Firmino et al. Interaction between patient and health care professionals in the management of tuberculosis. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, v. 23, n.2, p. 176-182, 2009.

BUB, Maria Bettina Camargo. Ética e prática profissional em saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.14, n. 1, p. 65-74 , jan./mar. 2005.

DEL CASTILLO, Amanda Diniz et al. A operacionalização das ações do programa de controle da tuberculose na rede básica de saúde do município de Porto Velho, RO. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 29, n. 6, p. 84-89, abr. 2009.

CASTRO, Cristiano Bel Alves de et al. Avaliação de um escore clínico para rastreamento de suspeitos de tuberculose pulmonar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1110-1116, dez. 2011.

CAVALCANTE, Elisângela Franco de Oliveira; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. Perfil de pessoas acometidas por tuberculose. **Rev. Rene. Fortaleza-CE**, v. 14, n. 4, p. 720-729, 2013.

CECILIO, Hellen Pollyanna Mantelo et al. Profile of hospital admissions and deaths from tuberculosis. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 250-255, 2013.

CHIRINOS, Narda Estela Calsin; MEIRELLES, Betina Hörner Schlindwein. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 599-606, jul./set. 2011.

COSTA, Magnania Cristiane Pereira da et al. A biossegurança durante os cuidados de enfermagem aos pacientes com tuberculose pulmonar. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 307-312, 2013

FIGUEIREDO, Tânia Maria Ribeiro Monteiro de et al. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 825-831, out. 2009.

MARCOLINO, Alinne Beserra Lucena et al. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux - PB. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 144-157, jun. 2009.

MONTENEGRO, Hercília Regina do Amaral et al. A enfermeira diplomada e a luta contra tuberculose no Brasil: 1961-1966. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 945-952, dez. 2009.

OBLITAS, Flor Yesenia Musayón et al. O papel da enfermagem no controle da tuberculose: uma discussão sob a perspectiva da equidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p. 130-138, fev. 2010.

SÁ, Lenilde Duarte de et al. Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 356-363, abr. 2012.

SÁ, Lenilde Duarte de et al. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 4, out./dez. 2007.

SANTOS, Tatiana Maria Melo Guimarães dos; NOGUEIRA, Lídyia Tolstenko; ARCENCIO, Ricardo Alexandre. Atuação de profissionais da Estratégia Saúde da Família no controle da tuberculose. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 954-961, 2012.

SILVA, Livia Gomes da; ALVES, Marcelo da Silva. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Rev. APS**, Juiz de Fora-MG, v. 11, n. 1, p. 74-84, jan./mar. 2008.

SOUZA, Maria de Lourdes de; SARTOR, Vicente Volnei de Bona; PRADO, Marta Lenise do. Subsídios para uma ética da responsabilidade em Enfermagem. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 75-81, mar. 2005.

SOUZA, Sabrina da Silva de; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da; MEIRELLES, Betina Hömer Schindwein. Representações sociais sobre a tuberculose. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 23-28, 2010.



STRAUSS, Alselm; CORBIN, Juliet. **Pesquisa qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

WALDOW, Vera Regina. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petropolis, RJ: Vozes, 2004.

WHO. World Health Organization. **Global tuberculosis report 2013**. Geneva: WHO, 2013.

4.3.2 Manuscrito 2: dificuldades no cuidado à pessoa com tuberculose na atenção básica de saúde

### **DIFICULDADES NO CUIDADO À PESSOA COM TUBERCULOSE NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

### **DIFFICULTIES IN THE CARE FOR PEOPLE WITH TUBERCULOSIS IN PRIMARY HEALTH CARE**

### **DIFICULTADES DEL CUIDADO A LA PERSONA CON TUBERCULOSIS EN ATENCIÓN BÁSICA DE SALUD**

#### **RESUMO**

O objetivo deste estudo foi compreender as dificuldades existentes no cuidado à pessoa com tuberculose na perspectiva dos enfermeiros da atenção básica de saúde. Realizou-se uma pesquisa qualitativa, seguindo os pressupostos da Teoria Fundamentada nos Dados. Participaram quatro grupos amostrais, formado por enfermeiras, médicas, técnicas de enfermagem, profissionais da vigilância epidemiológica e pessoas com tuberculose. A coleta de dados foi conduzida por meio da entrevista em profundidade. A análise dos dados se concretizou por meio da codificação aberta, axial e seletiva, onde foi utilizado como ferramenta tecnológica o *software* Atlas ti. Foram revelados o contexto em que se insere a tuberculose e os envolvidos em todo o processo de cuidar das pessoas acometidas, demonstrando que esse contexto cria as circunstâncias para o aparecimento das dificuldades a serem enfrentadas, e essas, por sua vez, interferem na forma como é realizado o cuidado de enfermagem à pessoa com tuberculose e nas ações em geral de controle da doença. A partir da elucidação das dificuldades e

seu contexto, torna-se possível criar estratégias de intervenção em situações que colocam em risco o andamento efetivo do cuidado e do tratamento prescrito na tuberculose.

**Descritores:** Tuberculose. Cuidados de Enfermagem. Atenção Primária à Saúde.

## **ABSTRACT**

The objective of this study was to understand the difficulties existing in the care for people with tuberculosis from the perspective of primary health care nurses. A qualitative study was developed, following the principles of the Grounded Theory. Four sample groups participated in the study, including nurses, physicians, nursing technicians, epidemiological surveillance professionals and people with tuberculosis. Data were collected using in-depth interviews. Data analysis was conducted by means of open, axial and selective coding, in which the technological tool Atlas ti software was used. Results revealed the context in which tuberculosis is found and those involved in the process of caring for people with the disease, demonstrating that this context creates the circumstances for the emergence of the difficulties to be overcome, and these, in turn, interfere in the way nursing care is provided to people with tuberculosis and in the general actions to control the disease. The elucidation of these difficulties and their context allows for the development of intervention strategies for situations that endanger the effective course of the care and treatment prescribed for tuberculosis.

**Descriptors:** Tuberculosis. Nursing care. Primary Health Care.

## **RESUMEN**

Se objetivó comprender las dificultades en el cuidado de personas con tuberculosis, según los enfermeros de atención básica de salud. Se realizó investigación cualitativa, sobre presupuestos de Teoría Fundamentada en los Datos. Participaron cuatro grupos muestrales, incluyendo enfermeras, técnicas, profesionales de vigilancia epidemiológica y pacientes tuberculosos. Datos recolectados mediante entrevista en profundidad, analizados por codificación abierta, axial y selectiva, utilizando el software Atlas ti. Se develó el contexto en que se inserta la tuberculosis y los involucrados en el proceso del cuidado de

personas enfermas, demostrando que éste crea circunstancias de aparición de dificultades a enfrentar, que interfieren en el modo de cuidado de enfermería al enfermo tuberculoso y en acciones de control de la enfermedad en general. Partiendo de la elucidación de las dificultades y su contexto, es posible crear estrategias de intervención en situaciones que ponen en riesgo el funcionamiento y tratamiento prescritos en la tuberculosis.

**Descriptor:** Tuberculosis; Atención de Enfermería; Atención Primaria de Salud.

## INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) tem afetado a humanidade há milhares de anos, e desencadeado diversos acontecimentos e experiências aos homens, acompanhando-os em diferentes contextos históricos. Seu agente etiológico, o *Mycobacterium tuberculosis*, foi identificado apenas em 1882, por Robert Koch. A doença passou, então, por um longo tempo em que não havia o conhecimento de sua etiologia e de seu tratamento, o que possibilitou um imaginário complexo na cabeça dos homens e permitiu a perpetuação do estigma, medo e preconceito até os dias atuais. Destaca-se, então, que a necessidade de medidas eficazes para conter a disseminação da doença deve-se ao fato de a mesma ter se constituído uma das maiores causas de morbidade e mortalidade nas populações, mantendo-se de geração em geração, e comprometendo a saúde dos homens (BERTOLLI FILHO, 2001; RODRIGUES et al., 2007; SONTAG, 1984).

Atualmente, em todo o mundo, o controle da TB é considerado um indicativo de qualidade da atenção à saúde e de justiça social. Diante de todo o avanço tecnológico e científico, a luta de combate à doença permanece, e os desafios de garantir o acesso ao diagnóstico e tratamento, o vínculo e acolhimento necessários, o alcance da cura e o restabelecimento de saúde da pessoa acometida configuram-se como elementos marcantes nos níveis da atenção à saúde e no contexto da organização social (RODRIGUES et al., 2007; WHO, 2014a).

O número de mortes por TB é, ainda, inaceitavelmente grande, uma vez que essas mortes, em sua maioria, seriam evitáveis. Vive-se, hoje, a preocupação com a resistência bacteriana, a incidência e a mortalidade entre as pessoas com o vírus da imunodeficiência humana (HIV), a necessidade de garantir um tratamento diretamente observado, a melhoria do cuidado à saúde, e o enfrentamento das condições

precárias de vida das pessoas acometidas (WHO, 2010, WHO, 2013, WHO, 2014a).

No Brasil, a TB, desde 2003, tem sido considerada como prioridade para o Ministério da Saúde (MS). Está, atualmente, entre as cinco doenças mais evidentes, devido à sua magnitude e impacto na saúde da população. É parte dos programas do MS: Programa Mais Saúde, Pacto pela Vida e Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT). Este último está inserido nas Ações de Vigilância em Saúde e envolvido com organizações não governamentais (ONGs), contando com parcerias de organismos nacionais (Universidades, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia) e internacionais, como Coalizão Global de TB (Stop TB); União Internacional Contra a Tuberculose e Doenças Respiratórias (UICR); Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID); Organização Mundial de Saúde (OMS); e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (PILLER, 2012; BRASIL, 2011; BRASIL, 2014; HIJJAR et al., 2007).

Devido a essa prioridade e impacto da doença na sociedade, discute-se, ainda, a inclusão da incidência de TB como um indicador para o Programa Brasil sem Miséria. O orçamento para o enfrentamento da tuberculose para 2012 foi 14 vezes maior do que o fundo estimado para 2002. Mesmo com a taxa de incidência diminuindo, a mortalidade continua muito alta, em especial, entre as pessoas com coinfeção TB/HIV. A doença tem relação direta com os determinantes sociais, estando associada com a exclusão social e a marginalização de parte da população que se encontra em más condições de vida, o que tem feito o governo brasileiro envolvê-la em ações intersetoriais, visando à redução da vulnerabilidade em saúde da população (PILLER, 2012; BRASIL, 2011; BRASIL, 2014).

O PNCT brasileiro preconiza a integração do controle da TB com a atenção básica de saúde, o que inclui a participação efetiva da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a fim de tornar efetiva a ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento da doença. Nessa perspectiva, a atenção básica de saúde constitui o cenário principal das práticas e diretrizes frente à TB (FIGUEREDO et al., 2009; BRASIL, 2011).

Na atenção básica de saúde, o profissional da enfermagem tem papel de protagonismo no cuidado à pessoa com TB, desenvolvendo as principais atividades de prevenção e controle da doença. Espera-se, então, que a enfermagem possa desenvolver essas atividades, seguindo princípios da integralidade, equidade e trabalho em equipe,

considerando as iniquidades sociais, porém estudos têm apontado fragilidades no desempenho das ações de cuidado, devido ao não seguimento desses princípios (OBLITAS et al., 2010; SÁ et al., 2012).

Diante desse contexto, formado por toda a complexidade de controlar uma doença que atravessa os séculos e continua desafiando a humanidade, e por existirem atualmente diretrizes e recomendações prescritas e validadas para o alcance da cura, redução da mortalidade e do abandono de tratamento, ainda permanecem alguns entraves para a resolução da TB no Brasil e no mundo. Conhecer o que acontece na prática assistencial em saúde, especialmente, na atenção básica, onde ocorre a operacionalização das políticas de saúde para o controle da TB, é um desafio que enfrentamos ao realizar o estudo, que teve como objetivo compreender as dificuldades existentes no cuidado à pessoa com tuberculose na perspectiva dos enfermeiros da atenção básica de saúde.

## **MÉTOD**

Foi realizado um estudo qualitativo que seguiu os pressupostos metodológicos da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), proposta por Strauss e Corbin (2008). Este método possibilita uma riqueza interpretativa e a elucidação de novos pontos de vista sobre o fenômeno em estudo, a partir dos dados obtidos e não de estudos anteriores, gerando um entendimento concreto, uma vez que considera a sensibilidades das expressões dos indivíduos (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

O cenário de estudo foi composto por oito unidades básicas de saúde, localizadas em um distrito de alta incidência de tuberculose em uma capital do Nordeste, considerada como município prioritário no controle da doença.

O estudo seguiu a proposta da amostragem teórica, com a participação de 19 enfermeiras que cuidavam de pessoas com tuberculose, cinco profissionais da equipe de saúde à qual as enfermeiras estavam inseridas, sendo duas médicas, duas técnicas de enfermagem e uma auxiliar de enfermagem, dois profissionais da vigilância epidemiológica da tuberculose no distrito em que se encontravam as unidades de saúde dessas enfermeiras, uma nutricionista, uma enfermeira, e duas pessoas com tuberculose, uma no fim do tratamento e outra com seis meses de tratamento; esta, por ter diabetes mellitus e ter sido acometida pela TB pela segunda vez, seu tratamento iria se estender por nove meses.

As enfermeiras não conheciam, pessoalmente, a pesquisadora deste estudo, o contato ocorreu, previamente, por telefone, e nessa ocasião era marcada a entrevista. As entrevistas foram realizadas nas unidades de saúde onde atuavam as enfermeiras. Apenas uma enfermeira preferiu fazer sua entrevista na universidade federal, devido à greve dos servidores do município. Para conseguir o contato telefônico das enfermeiras, a pesquisadora foi ao distrito sanitário, no setor de vigilância epidemiológica, e solicitou esses contatos, como acordado no termo de autorização do estudo assinado pelo Secretário Municipal de Saúde. Os demais participantes foram indicados pelas enfermeiras, após realização das entrevistas.

Assim, foram entrevistadas 28 pessoas, tendo como temática o cuidado de enfermagem à pessoa com TB na atenção básica. A entrevista foi do tipo em profundidade, realizada, na maioria das vezes, na própria unidade de saúde, levantada por uma pergunta inicial: Fale sobre o cuidado à pessoa com TB. A partir das afirmações dos participantes, eram levantados novos questionamentos, que foram possibilitando a compreensão do fenômeno estudado. As entrevistas foram conduzidas pela doutoranda, responsável pela pesquisa.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro de 2013 e fevereiro de 2014. Concomitante à coleta, e à escrita dos diários de campo, as entrevistas, gravadas em áudio, eram transcritas, e iniciada a codificação aberta, que consistia em um processo analítico, cujos códigos e conceitos eram identificados e suas propriedades e dimensões elucidadas a partir dos dados. Para otimização da organização dos dados e realização da análise, por meio da codificação linha a linha, com construção de famílias de códigos e esboço de diagramas que representavam as compreensões das dimensões analíticas, foi utilizado o *software* Atlas ti, versão 7.1.8, com a licença 710CF-CAB84-3697E-8CQ81-002JY. Durante toda a análise, foram sendo redigidos comentários e memorandos, que possibilitavam a interpretação dos achados oriundos das falas.

As famílias de códigos deram origem às categorias do estudo, resultado da análise axial, que se iniciava com o processo de reagrupamento dos dados, divididos durante a codificação aberta. Assim, as categorias eram relacionadas às suas subcategorias para levantar explicações mais precisas e completas sobre o fenômeno (STRAUSS; CORBIN, 2008). Na análise seletiva, foi possível chegar a uma categoria central do estudo: cuidando da pessoa com tuberculose na atenção básica de saúde. Dentre as categorias que representavam a categoria central, foram encontradas as seguintes: Trabalhando com

pessoas e cenários no contexto da tuberculose, que representa as condições contextuais em que ocorre o fenômeno; e Revelando dificuldades no cuidado da pessoa com tuberculose, que foi considerada como a condição interventora na TFD. Essas duas categorias compõem o presente manuscrito.

O estudo seguiu os preceitos éticos, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, com o Parecer nº 20637113.9.0000.0121. Os participantes do estudo foram identificados pelo número correspondente à sequência de realização das entrevistas e pela ordem de inserção no programa Atlas Ti, mantendo, dessa forma, o anonimato dos sujeitos.

## **RESULTADOS**

As participantes do estudo, enfermeiras da atenção básica de saúde, tinham idade entre 41 e 57 anos, estavam na atenção básica havia mais de 20 anos, e aquela com tempo maior estava havia 28 anos nesse nível de atenção à saúde. Dentre as 19 enfermeiras, quatro também trabalhavam em serviços hospitalares; 12 tinham especialização, duas tinham mestrado e cinco tinham apenas graduação. A maioria se sentia realizada em ser enfermeira, mas insatisfeita com a conjuntura em que se encontrava a área da saúde no município. Algumas se emocionavam ao falar sobre os anos de atuação na enfermagem, evidenciando efetivo envolvimento com sua prática assistencial.

Foi considerado como dificuldades tudo aquilo que causava limitações e barreiras no bom desempenho das práticas de saúde na atenção à pessoa com TB e que podia prejudicar o alcance da cura e restabelecimento da saúde dessa pessoa. Para compreender as dificuldades enfrentadas pelas enfermeiras, foi necessário conhecer o cenário onde ocorriam o cuidado e a atenção a essa pessoa, por considerarmos que esse cenário constitui o contexto de atuação das enfermeiras, no qual as pessoas acometidas e sua família interagem com as mesmas, para alcançarem a assistência desejada, a fim de tratar a doença e recuperar sua saúde.

### **Trabalhando com pessoas e cenários no contexto da tuberculose**

O contexto do cuidado à pessoa com TB foi representado pelas seguintes dimensões: a tuberculose, a pessoa com TB, o PNCT, a profissional enfermeira, as condições de trabalho e a rede de atenção à

saúde. A representação desse contexto e suas relações encontra-se na Figura 1.

Figura 1 - Dimensões envolvidas no contexto do cuidar da pessoa com TB,



Fonte: Elaborada pela autora, 2014

**A tuberculose** foi apontada como uma doença infecciosa crônica, que carrega um conjunto de crenças, preconceitos e estigmas devido à sua história de acometimento das populações em todo o mundo. As enfermeiras falavam que a doença, mesmo após a cura, é carregada por toda a vida, e que, dificilmente, a pessoa que teve TB e as pessoas de seu contexto social esquecem do adoecimento e da doença. A doença, além de debilitar a pessoa acometida, deixa marcas que serão levadas em sua vida. Foi revelado, ainda, que a TB era uma doença que assustava e causava medo, devido à sua transmissibilidade e consequências, e que algumas pessoas acometidas solicitavam que seu diagnóstico não fosse revelado para as pessoas de seu convívio.

As enfermeiras falavam que os profissionais, em geral, sentiam medo de contrair a doença e de transmiti-la para seus familiares. No entanto, em outros momentos, quando estavam falando de seu envolvimento com as pessoas, declaravam que esse medo era relativizado, pois não tinham como deixar de atender uma pessoa bacilífera. Nesses momentos, colocavam-se como não tendo preconceito frente à doença. Quando falavam de seu medo, esse se revelava na preocupação de ficar doente e ter que se afastar do trabalho; de transmitir o bacilo para outras pessoas e causar dificuldades na unidade de saúde, devido à sua ausência.



Em relação à **pessoa com TB**, as enfermeiras relatavam que essas pessoas tinham o potencial para quebrar os estigmas em sua comunidade quando aceitavam a doença e alcançavam, satisfatoriamente, a cura e o restabelecimento de saúde, demonstrando à população que a doença tem cura e que não torna a pessoa acometida incapaz de seguir, saudavelmente, sua vida. Falavam que as pessoas com TB eram encorajadas a terem autonomia para seguirem as orientações das enfermeiras e melhorarem seus hábitos de vida no enfrentamento da doença. Era estimulada a responsabilidade dessas pessoas e de suas famílias perante a doença. Foi revelado que as pessoas acometidas eram invadidas por sentimentos diversos, desde a revolta até a resiliência de terem sido acometidas pela TB.

A tuberculose ainda é uma doença que assusta. [...] Eu já tive casos de pessoas que fizeram o tratamento todinho e não tiveram coragem de dizer à família que estavam doentes. [...] Acho que (em relação aos profissionais) é preconceito mesmo de pegarem, ou por não saberem fazer o manejo, por não terem interesse, então não estudam, não se sentem seguros, talvez seja por isso e medo, também, eu acho que hanseníase e tuberculose são as doenças de que as pessoas têm medo. [...] tento tirar aqueles mitos que as pessoas têm em relação a separar prato, não ter relação sexual com o parceiro ou parceira que está doente, então a gente sempre conversa muito com a família sobre isso [...] Eu acho que é uma doença antiga, que você tem a história de que as pessoas morriam botando sangue pela boca [...] Até onde eu sei, nos treinamentos que eu faço, as pessoas estão assustadas, ninguém quer nem ouvir falar em tratar a tuberculose, porque os profissionais de saúde então com medo do bacilo resistente. [...] Os familiares, eles ficam muito assustados, pelo menos a maioria a que eu tive oportunidade de atender, eles ficam querendo separar tudo, ficam querendo até que a pessoa vá para um lugar separado [...] E os profissionais, eu, também, vejo: “Ai, esse paciente está com tuberculose, tenha cuidado, use a máscara.”, você escuta essas afirmações.[...] Eles (as pessoas com TB) ficam tristes, eles ficam sentido-se diferentes; algumas

vezes, a gente chama a família para explicar, de novo, o que não precisa. (P 4: ENTREVISTA N 15.rtf)

O PCNT foi considerado pelas enfermeiras um programa muito organizado e fundamentado em bases teóricas confiáveis, o que permitia sistematizar todo o cuidado à pessoa com TB. As enfermeiras relataram que o programa, no município em que elas atuavam, não deixava a desejar em relação à distribuição de medicamentos e de cesta básicas, com poucas exceções. O grande problema era a realização de exames laboratoriais nas unidades, que não possuíam laboratório próprio.

Foi relatado que o manual de recomendações do Ministério da Saúde era um suporte para o planejamento do cuidado à pessoa acometida e que sempre era feita sua leitura para dirimir dúvidas. As enfermeiras mostraram que havia diferentes condutas de recomendação do PNCT, para serem realizadas por elas, dentre as quais destacaram: a notificação e investigação; a identificação dos comunicantes; a solicitação de medicamentos, cesta básica e exames; o planejamento e realização da visita domiciliar; a importância da atuação da equipe de saúde; a checagem dos resultados dos exames; a supervisão da tomada do medicamento; o acompanhamento da evolução clínica; a realização e o aprazamento das consultas de enfermagem; o encaminhamento médico; as orientações quanto à coleta do escarro; a realização da prova tuberculínica; e a adesão ao tratamento.

**As enfermeiras** demonstraram bastante experiência profissional no cuidado às pessoas com TB, revelando que elas já passaram por vários contextos diferentes nos últimos 20 anos no cuidado a essas pessoas. Destacaram que desejavam fortemente ajudar as pessoas acometidas a atingirem a cura e concluírem, satisfatoriamente, seu papel como enfermeiras. Consideravam, assim, o cuidado uma obrigação profissional, mas que envolvia relacionamentos humanos diversos. Mesmo em lados opostos, elas e as pessoas com TB possuíam o mesmo objetivo, que era o alcance da cura, e que essa trazia satisfação para todos os envolvidos.

A maioria das enfermeiras estava satisfeita por ter escolhido ser enfermeira, demonstrava satisfação com o trabalho que realizava, mesmo diante de difíceis enfrentamentos dentro desse contexto do cuidar. Algumas vezes, sentiam-se despreparadas para o cuidado de pessoas com uma forma extrapulmonar da TB, com a qual ainda não tinham tido experiência anterior. Para sanar estas lacunas de conhecimento, consultavam, frequentemente, o manual de recomendações da TB do

Ministério da Saúde, e consideravam esse manual um suporte para respaldar suas práticas.

Ao falarem sobre **as condições de trabalho**, as enfermeiras revelaram que existiam diversos obstáculos a serem vencidos no ambiente de trabalho, mas esses não as impediam de realizar o cuidado à pessoa com TB. Consideravam que, algumas vezes, trabalhavam em situações que colocavam em risco sua saúde e integridade física. Esses obstáculos estavam relacionados à falta de profissionais para atender a toda a demanda; falta de harmonia no trabalho das equipes; ocorrência das greves dos servidores municipais da saúde; inadequação da estrutura física das unidades de saúde; inexistência ou precariedade de equipamentos de proteção individual; e a falta de integralização da rede de atenção à saúde.

Eu tenho muita satisfação de ver um paciente de tuberculose quando ele chega assim arrasado e você vai vendo a evolução, porque o tratamento de tuberculose é assim, quando ele faz direitinho, que dá tudo certo, você vai vendo aquela melhora, e ele dizendo: “Mas doutora, bem que a senhora disse, minha tosse diminuiu demais, olhe, já estou ganhando peso, estou tendo vontade de comer.”. Isso dá uma satisfação à gente, mas o cuidar mesmo eu tenho como uma obrigação, uma atribuição minha, das minhas tarefas aqui na unidade. [...] Eu acho que é a satisfação do cuidar e a responsabilidade que você tem com aquele paciente. Eu vejo assim, a partir do momento em que eu atendi aquele paciente com tuberculose, eu sou totalmente responsável por ele, pelo tratamento dele. [...] As condições de trabalho aqui não são boas não, as salas são mofadas, faltam impressos, tudo quase que a gente precisa preencher aqui de impresso, você tem que tirar xerox, porque eu disse que não tiro mais... [...] Se tivesse eu usaria (a máscara), e gostaria até de usar, porque eu tenho um problema respiratório. (P11: ENTREVISTA N 07.rtf)

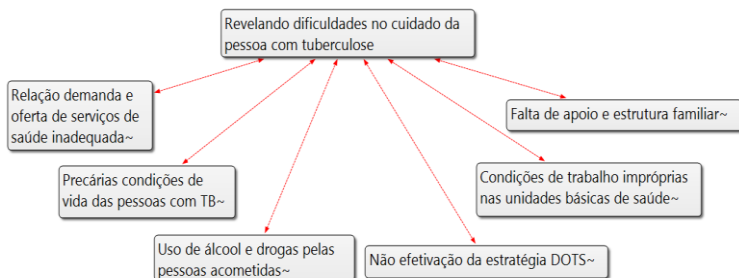
A **rede de atenção à saúde** foi apontada como desarticulada quanto ao seguimento do cuidado da pessoa com TB e dos sintomáticos respiratórios. Essa desarticulação estava presente na logística não contínua e de mudança constante no fluxo para realização dos exames

diagnósticos. Participavam desse cuidado o hospital de referência em doenças infecciosas, para diagnóstico, na maioria das vezes, a unidade básica de saúde para garantir o tratamento medicamentoso e o acompanhamento da pessoa acometida, e os laboratórios de análises clínicas. De forma esporádica, podiam participar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), quando as enfermeiras conseguiam oferta de serviços nesses espaços.

### Revelando dificuldades no cuidado à pessoa com tuberculose

Dentro do contexto do cuidado à pessoa com TB, foram encontradas pelas enfermeiras dificuldades que repercutiam, negativamente, na efetivação do tratamento, no alcance da cura e no restabelecimento da saúde da pessoa com TB. Essas dificuldades perpassavam por dimensões tanto relacionadas às pessoas com TB, quanto relacionadas aos serviços de saúde, como demonstrado na Figura 2.

Figura 2 - Dificuldades no cuidado da pessoa com TB na atenção básica de saúde, 2014



Fonte: Elaborada pela autora, utilizando software Atlas ti, 2014

A **relação demanda e oferta de serviços de saúde inadequada** foi apontada como decorrente da falta de infraestrutura apropriada nos serviços de saúde para atender às necessidades da atenção às pessoas com TB. Envolveu: a ausência da busca ativa de sintomáticos respiratórios na atenção básica, o que prolonga a elucidação do diagnóstico; a dificuldade para se conseguir uma consulta com um médico especialista; e o desarranjo logístico na prestação de serviços de exames diagnósticos.

Um dos entraves no diagnóstico oportuno estava no acesso à rede de serviços para elucidar a sintomatologia apresentada. O acesso aos serviços da rede pública de saúde pelas pessoas com TB tem ocorrido, inicialmente, com a procura de um diagnóstico diante de uma condição clínica aguda. Esse serviço de saúde procurado para solucionar a condição advinda da doença, febre, tosse, cansaço e escarro com sangue, tem sido, na maioria dos casos, o hospital de referência em doenças infectocontagiosas do estado.

As enfermeiras relataram que, no hospital, existiam meios e equipamentos instalados para dar uma resposta às pessoas de forma mais ágil. Indo ao hospital, a população acredita que obterá uma resposta mais rápida, com o estabelecimento do diagnóstico e de uma assistência capaz de resolver sua condição clínica. Mesmo quando o diagnóstico é feito na unidade de saúde, há dificuldades, pois não possuem equipamentos necessários e prontidão de profissionais para responder pelos exames necessários. Após o diagnóstico elucidado, as pessoas são encaminhadas para a unidade básica de saúde mais próxima de sua residência e, então, iniciam, prontamente, seu tratamento para a TB. Com o diagnóstico em mãos, as enfermeiras relataram que o tratamento iniciava imediatamente.

Essa situação de elucidação de diagnóstico na unidade hospitalar ressalta que a busca ativa de sintomáticos respiratórios não tem ocorrido satisfatoriamente, o que foi confirmado nas falas das enfermeiras. Elas afirmavam que não estavam conseguindo inserir no processo de trabalho essa busca e que a demanda por serviços de enfermagem e a atuação dos agentes comunitários de saúde estavam dificultando a efetivação dessa prática recomendada no controle da TB.

A dificuldade para se conseguir uma consulta com um médico especialista foi relatada como algo que torna a assistência integral difícil de ser alcançada para a pessoa com TB. Conseguir uma consulta com um especialista, seja este cardiologista ou psiquiatra ou outro, era considerado moroso e exigia deslocamentos, e, algumas vezes, as enfermeiras usavam contatos com profissionais amigos para conseguirem uma consulta.

Para as pessoas acompanhadas pelo ambulatório do hospital de referência em doenças infecciosas, o acesso às consultas com o pneumologista ou infectologista nesse ambulatório não foi considerado como difícil, pelo contrário, essas pessoas tinham um bom acompanhamento, segundo as enfermeiras.

O desarranjo logístico na prestação de serviços de exames diagnósticos foi elucidado pelos esforços das enfermeiras em entender

os recursos, equipamentos instalados, fluxos e informações para a realização dos exames de baciloscopia, com exceção para aquelas unidades que tinham laboratório instalado, com condições para efetuar cultura de espécime biológica, e demais análises clínicas, além de equipamentos para realizar raio x. Conforme os convênios existentes na Secretaria Municipal de Saúde, o fluxo de entrega de material biológico, o laboratório que realizava e a entrega dos resultados eram modificados, o que gerava um desgaste para rever todo o processo e passar as explicações e informações corretas às pessoas com TB ou às com sintomas sugestivos de TB. Nesse processo, as amostras de escarros eram perdidas, no sentido de serem deixadas na unidade sem que o carro responsável por levar essas amostras passasse na unidade. Algumas vezes, elas não tinham geladeira apropriada para guardar as amostras.

Sobre **as precárias condições de vida das pessoas com TB**, as enfermeiras relataram que a condição de pobreza, de ausência de uma boa, ou mínima, alimentação e moradia, do desemprego, do emprego informal e do subemprego repercutiam na situação de saúde das pessoas acometidas pela doença. As pessoas, nessas condições, tornavam-se mais fragilizadas fisicamente e mentalmente e vulneráveis socialmente, o que impactava na forma de aderir ao tratamento e de conduzir os cuidados prescritos e orientados. Algumas dessas pessoas passavam por um sofrimento social tão grande, que a condição de estar com TB não era algo que as preocupasse e as motivasse a seguir o plano de cuidados orientado pelas enfermeiras.

O **uso de álcool e drogas pelas pessoas acometidas pela TB** foi um dos maiores obstáculos para garantir a adesão ao tratamento. As pessoas nessa condição passavam por momentos de se encontrarem alcoolizadas, dopadas, em abstinência, dormindo em horários diurnos e fora de casa, o que atrapalhava a tomada de medicamento como prescrito e recomendado, e, muitas vezes, acabavam deixando de tomar o medicamento e abandonando o tratamento. Havia ocasiões em que a enfermeira perdia o contato com a pessoa, devido à mesma abandonar sua residência e sua família. Essa condição deixava as enfermeiras sem meios para atuar, pois ultrapassava sua área de abrangência.

Em geral, não é comum às unidades básicas diagnosticarem a tuberculose, inicialmente, é tratada como uma gripe, um resfriado, quando chega um outro... encaminha para o pneumologista, às vezes, desconfia, mas quer que o especialista diga, às vezes, demora um pouco

para ele chegar aqui com o diagnóstico [...]. Na maioria das vezes, eu tenho muito problema com exames, principalmente, a baciloscopia. (P.14: ENTREVISTA N 14.rtf)

Os alcoólatras são os mais difíceis, mas há aquele alcoólatra que é a boa pessoa e existe aquele que abandona mesmo, não procura esse vínculo não, mas há aquele alcoólatra que consegue, a gente até tenta ver se ele quer o tratamento, mas é muito difícil, a gente não consegue, são anos de alcoolismo, anos de doença e que termina, mesmo, com a tuberculose. Ele não consegue, não quer ser ajudado [...] Paciente como esse que é alcoólatra, que o irmão morreu porque era viciado em droga, passava dias fora, vinha em casa esporadicamente e ele terminou morrendo esse ano por tuberculose e a gente não conseguiu dar o diagnóstico porque ele, também, não vinha nem conseguia encontrar ele. (P 3: ENTREVISTA N 18.rtf)

O resultado não chega, a gente tem que estar ligando, estar-se informando, liga para um canto: então não, foi para outro. Daí liga para o outro: “Ah! não sei o que é isso!”. Então, liga para o distrito e diz: ‘Olhe, já vai fazer quinze dias que eu pedi o exame de escarro e não chegou o resultado, e eu estou precisando [...] Questão social mesmo, teve um paciente que não tomava a medicação, porque queria uma aposentadoria, conseguiu a aposentadoria e terminou indo a óbito, pela resistência do tratamento, porque ela queria aposentar-se por tuberculose e conseguiu a aposentadoria e conseguiu morrer, também, com a tuberculose. (P 5: ENTREVISTA N 08.rtf)

**A não efetivação da estratégia DOTS**, no componente do Tratamento Diretamente Observado (TDO), foi apontada como algo rotineiro, em alguns contextos, devido a diversos empecilhos apontados. Ao tentar instituir o TDO, prática recomendada na estratégia DOTS, voltado para o componente da observação da tomada dos medicamentos, as enfermeiras identificavam impossibilidades para realizá-lo, devido: à indisponibilidade da pessoa em sua residência e sua dinâmica de vida,

como sair muito cedo para trabalhar; o não querer que profissionais de saúde ficassem indo em sua residência para não alarmar os vizinhos de que a pessoa tinha alguma doença grave; a falta de agentes comunitários de saúde (ACS); e o não comprometimento dos ACS para fazer supervisão nas residências. As enfermeiras relataram que sempre tentavam instituir a estratégia e explicar a importância da mesma e as orientações necessárias, mas que, muitas vezes, não obtinham sucesso. Das enfermeiras que declararam fazer o TDO, elas explicaram que o faziam com a supervisão de três dias semanais pelo ACS na residência da pessoa com TB, com checagem do invólucro do medicamento vazio indicando a tomada no dia que o ACS não compareceu. As enfermeiras que declararam não conseguir fazer o TDO, devido às dificuldades acima relatadas, faziam com que as famílias as ajudassem nessa supervisão e apazavam, em curto prazo, o dia de comparecimento à unidade para consultas e pegar medicamentos.

Ainda ficavam atentas à evolução clínica dessas pessoas e checavam, cuidadosamente, o resultado da baciloscopia de controle, quando conseguiam fazer. Também afirmaram que era difícil convencer a pessoa com TB a fazer a baciloscopia de controle, pois essa pessoa afirmava que não conseguia mais escarrar, por não ter secreção, e que, dependendo da unidade, o acesso ao laboratório seria mais difícil, assim como a entrega do resultado do exame.

E, assim, a tentativa da gente é a de que, realmente, todos os pacientes fizessem tratamento observado, só que a gente está tendo problema aqui, primeiro é com a questão da falta de agente comunitário. Eu tenho uma área que não tem agente comunitário e essa área exatamente é a área onde se concentram os casos de tuberculose... [...] Mas a busca ativa fica diretamente em cima do agente comunitário ou do auxiliar, mas a gente não tem pessoal suficiente, quando você divide parece uma coisa muito fácil de dizer que é de toda equipe, mas quando você começa a dividir o fazer de cada um dentro do serviço, então, você encontra outras tarefas, milhões de tarefas tão importantes quanto a de acompanhar a tuberculose, e aí você fica dividindo, e então fica nessa dificuldade. Qual auxiliar que poderia ter uma grande contribuição dessa na questão da medicação? Na saúde da família, são dois auxiliares para cada equipe e quando você divide



os setores, fora os que adoecem, estão de atestado, estão de férias, então você não consegue colocar muitos deles na visita domiciliar. [...] a gente tem uma certa dificuldade com o raio x [...] as condições de trabalho de uma forma geral estão precárias pela estrutura física da unidade, essa coisa assim. E o medicamento, para questão das infecções oportunistas, que dá mais trabalho. (P 3: ENTREVISTA N 18.rtf)

Quanto às **condições de trabalho impróprias nas unidades básicas de saúde**, ao serem reportadas as condições de trabalho, as enfermeiras falavam sobre a estrutura física e organização das unidades de saúde. As unidades de saúde funcionavam em prédios antigos, e que não foram projetados e construídos para serem um ambiente confortável para oferecer serviços de saúde, e, por isso, também, não acomodavam toda a demanda atual de pessoas usuárias do serviço, profissionais de saúde e estudantes da área da saúde. A maioria das salas das enfermeiras não permitia trocas de ar, sendo pouco arejadas e sem iluminação e ventilação natural, por não terem janelas. Algumas dessas salas não possuíam boa aparência interior e eram utilizadas para diversos tipos de atendimentos e por mais de um profissional. Algumas enfermeiras falaram que não tinham prazer de trabalhar naquele ambiente, mas que a satisfação em trabalhar na enfermagem fazia-as continuar na profissão. Muitas mobílias e equipamentos não estavam bem dispostos, causando desorganização; existiam armários e cadeiras enferrujados; e as cadeiras não ofereciam conforto. Alguns aparelhos de ar condicionado foram comprados pelas enfermeiras ou foram doados. Os arquivos eram, em sua maioria, antigos e não atendiam às necessidades da guarda de documentos. As unidades de saúde não possuem prontuário eletrônico, e poderia ocorrer perda de dados, devido ao desaparecimento de fichas e formulários do prontuário, por isso algumas enfermeiras guardavam o prontuário das pessoas com TB em sua sala. As unidades eram pintadas periodicamente, mas isso não resolvia os problemas de estrutura das mesmas, para se tornarem ambientes mais confortáveis. Algumas enfermeiras reclamavam da falta de pias para higienizar as mãos dentro das salas de atendimento.

Ao falarem sobre condições de trabalho, as enfermeiras relatavam também a ausência de máscaras com filtro PFF2, ou N95, recomendadas no manejo com pessoas bacilíferas, e de outros equipamentos de proteção individual, como luvas e óculos, não havendo disponibilização

pela Secretaria Municipal de Saúde. A falta das máscaras adequadas as deixava sem proteção respiratória, e apenas pediam para a pessoa ficar um pouco afastada quando fosse tossir. Algumas enfermeiras usavam máscara para procedimentos assépticos, conhecida como máscara cirúrgica, mesmo sabendo que não era a recomendada para filtrar o bacilo de Koch. Outras enfermeiras não usavam máscara cirúrgica, pois não resolvia, e elas acreditavam que o uso da máscara poderia constringer a pessoa com TB ou indicar que a enfermeira estava com medo de contrair a doença ou que a TB seria uma doença muito grave.

Algumas enfermeiras já haviam realizado teste tuberculínico e este teve resultado reator forte. Em geral, elas não gostariam de contrair a doença e queriam ter a máscara adequada para usar, e, se a tivessem, iriam explicar à pessoa com TB a importância da máscara. Algumas enfermeiras reconheciam que, às vezes, conseguiam a N 95, com outros serviços e colegas de trabalho, mas não usavam com receio do que a pessoa acometida iria pensar. Elas falaram que já estavam, havia muito tempo cuidando de pessoas com TB, o que era um fato.

Outro fator, também, que determinava condições de trabalho desfavoráveis era que algumas salas não ofereciam privacidade para o atendimento à pessoa com TB, sendo que a consulta a essa pessoa podia ser interrompida facilmente. As pessoas com TB não gostavam dessa falta de privacidade durante as consultas, pois, na unidade que possuía poucas salas, muitas pessoas batiam na porta da sala da enfermeira e questionavam do que a pessoa estava se tratando, e as pessoas não queriam revelar que estavam com TB.

Em uma unidade de saúde, foi observada a forma como os profissionais superavam as dificuldades de estrutura e materiais. Nesta, os próprios profissionais encontraram formas de consertar algo ou tornar o ambiente de trabalho mais agradável. Criaram uma brinquedoteca, uma sala de humanização, tudo por esforços dos profissionais, a SMS em si não colaborava para isso. Os próprios funcionários faziam a manutenção da unidade e compravam material para manter a mesma organizada por meio de realização de rifas e bazares. Essa condição, de forma alguma, tiraria a obrigação do município de zelar pelos seus trabalhadores e espaços de promoção de saúde, mas foi algo bem interessante de se observar, o esforço dos trabalhadores diante da ausência do papel da Secretaria de Saúde.

Foram reveladas, ainda, a sobrecarga de trabalho e a multiplicidade de tarefas delegadas às enfermeiras, uma vez que elas respondiam por diversos programas da atenção básica de saúde em diferentes eixos de atenção à saúde. Essa situação agravava-se mais

ainda quando faltavam profissionais, como outras enfermeiras na unidade, médicos, nutricionistas, assistentes sociais, ACS, psicólogas dentre outros.

É uma unidade que não é ventilada, você vê que não entra sol, é um corredor estreito, muita gente atendendo ao mesmo tempo. [...] A instituição, ela não... e eu acho que ela tem uma estrutura, é uma estrutura antiga da rede da cidade, então, ela não é uma estrutura que trabalha essa questão do ar, de circular coisas abertas, a gente não sabe como é que está a sala, se está limpo se está... por ai [...] ...mas assim a gente não tem EPI para isso. (P 4: ENTREVISTA N 15.rtf)

A gente não depende, só... lógico, a estrutura maior vem da parte pública, mas assim a gente não fica parado, quebrou-se um trinco, esperando que venha para trocar. Uma doa um sabonete, a gente faz rifa aqui na frente da unidade; os pacientes dão cinquenta centavos, eles compram, juntam e trocam; porque assim, se a gente não for atrás disso, a gente sabe que a cota administrativa..., é uma questão complicada, tem todos aqueles processos que tem que seguir, não pode, simplesmente, vim aqui trocar uma fechadura e pronto, e assim, se a gente for deixar essa fechadura quebrada, até vir alguém, acaba quebrando a porta... então, assim, vai causar um problema maior. Às vezes gente faz um bazar, todo mundo doa aquelas roupas, vem para cá, vende a um, dois reais, e a gente cria fundos para uma lâmpada quebrada. [...] olha só, não vou dizer a você que me sinto impotente, eu não me sinto, mas eu sinto a falta daquele multiprofissional nesse momento, aqui a gente não dispõe de um psicólogo, nem de assistente social, de ninguém, aqui enfermeiro é enfermeiro mesmo, aqui é aquele contexto de enfermagem, que enfermagem é tudo. [...] o fluxo do BK, o exame, de diagnóstico, de controle, porque assim o mais simples, para mim está sendo o mais complicado. (P 6: ENTREVISTA N 05.rtf)

Quanto à **falta de apoio e de estrutura familiar**, as enfermeiras relatavam que existia a dificuldade na participação efetiva de algumas famílias no tratamento e nos cuidados necessários, com ausência de união, solidariedade e companheirismo entre os membros da família de algumas pessoas acometidas pela TB. A condição da pessoa de não ter com quem contar nas horas de adoecimento, dentro da esfera de sua família, afetava a dimensão emocional da mesma, em se tratando de uma doença infectocontagiosa e carregada de estigmas, o distanciamento entre os membros da família pode se tornar ainda maior. As enfermeiras relataram situações de afastamentos e de isolamentos durante todo o tratamento, inclusive casos de idosos serem afastados de seus netos e de suas esposas, e ainda a condição de internar o idoso acometido, para manter o distanciamento. Este contexto acabava repercutindo negativamente no enfrentamento da doença e na adesão ao tratamento.

Às vezes, acontece de ter pessoas assim que bebem, que, às vezes, não têm ajuda da família, que se drogam. Então assim, é... eu sinceramente, nesses casos, eu me sinto assim meio que impotente porque é uma gama de problemas que às vezes eu não tenho, acho, que eu não tenho governabilidade sobre ele, e também é mais difícil de você convencer e mostrar àquele paciente dentro da sua vivência da necessidade de se, de realizar o tratamento corretamente, sinceramente, ainda bem que eu não pego muitos casos assim. (P 17: ENTREVISTA N 03.rtf)

De forma oposta, foram também observadas situações de união familiar para vencer a doença da pessoa acometida e alcançar a cura do ente familiar. Nessa situação, a pessoa enfrentava a doença positivamente, e chegava à cura sem maiores sofrimentos.

Portanto, o contexto das pessoas acometidas pela TB e as dificuldades enfrentadas por elas e pelos profissionais de saúde são fatores que interferem na forma como são conduzidos os cuidados e o tratamento necessários para se alcançar a cura e o restabelecimento de saúde.

## DISCUSSÃO

Trabalhar com as pessoas com TB nos cenários em que se efetivava o cuidado colocava as enfermeiras diante de diversas situações complexas, que envolvem: lidar com pessoas com uma doença estigmatizante, com as condições de vida precárias, que têm crenças e concepções prévias da doença e suas consequências que se contrapõem, muitas vezes, com o que está sendo proposto como tratamento; e superar problemas de estrutura da saúde para cumprir as diretrizes e recomendações do PNCT. Todas essas dimensões relacionadas à pessoa com TB e aos serviços de saúde interagem, podendo favorecer ou não o cuidado à pessoa com TB. No entanto, independente das inúmeras dificuldades que precisassem enfrentar, as enfermeiras sentiam-se comprometidas com o alcance do sucesso no tratamento e a cura das pessoas.

As pessoas com TB deparam-se com todo um novo contexto de estar com uma doença carregada de estigmas e preconceito, que perduraram ao logo da história da humanidade, e ainda repercutem na maneira de lidar com a doença, envolvendo pessoas acometidas, seus familiares e os profissionais da saúde. Atualmente, embora seja uma doença potencialmente prevenível e curável, é considerada um grande problema de saúde pública e atinge pessoas menos favorecidas, social e economicamente (MACIEL et al., 2012; BERTOLLI FILHO, 2001; RODRIGUES et al., 2007; SONTAG, 1984). O contexto retratado pelas enfermeiras participantes deste estudo corrobora os achados na literatura, demonstrando que ainda existem lacunas a serem trabalhadas e modificadas para diminuir o estigma social da doença, e reforçar as ações considerando o perfil das pessoas mais acometidas.

Frente aos indicadores da doença e seu controle, no Brasil, a política nacional de atenção à pessoa com TB tem sua representatividade por meio do PNCT, que apresenta estratégias para ampliar e fortalecer o DOTS. No entanto, as enfermeiras têm enfrentado obstáculos para efetivar o TDO, por motivos como a deficiência de pessoal, a não aceitação das pessoas em ter supervisão domiciliar e por sobrecargas de trabalho. O PNCT também inclui o fortalecimento do acesso aos serviços de saúde. No tocante a esse aspecto, evidenciou-se que o acesso tem sido pelo serviço hospitalar, devido à ausência de busca ativa e das capacidades instaladas para realizar exames diagnósticos na atenção básica (BRASIL, 2011).

O PCNT (BRASIL, 2011) dá destaque para as ações do profissional enfermeiro na atenção básica, o que, efetivamente, ocorre

na prática das participantes deste estudo e em outros estudos realizados, que também evidenciaram a centralidade das ações de controle da doença nos enfermeiros (SÁ et al., 2012; CALIARI; FIGUEIREDO, 2012).

Para desempenhar as atividades previstas no PNCT, as enfermeiras trabalhavam mesmo com condições de trabalho pouco favoráveis à sua saúde. Trabalhar com doenças infectocontagiosas por via respiratória exige que medidas de controle de transmissão sejam tomadas, sejam elas administrativas, ambientais ou de proteção individual, oferecendo aos trabalhadores ambientes seguros para o manejo de pessoas com doenças infectocontagiosas (PIO, 2012; COSTA et al., 2013). No entanto, essa não foi a realidade retratada pelas participantes deste estudo, da mesma forma não foi a realidade de um estudo realizado na Região Sul do Brasil, que destacou a falta de ambiente adequado para o atendimento de sintomáticos respiratórios (CALIARI; FIGUEIREDO, 2012).

Em todo esse contexto trazido pelas participantes do estudo, a rede de atenção à saúde faz-se presente como um conjunto de serviços que deveriam estar integrados para garantir a efetividade do cuidado à pessoa com TB, além da prevenção e controle da doença. Porém, há diversos entraves nessa rede de serviços, que acabam dificultando o acesso oportuno e a qualidade da assistência como um todo. Estudo que analisou os desafios presentes no Sistema Único de Saúde (SUS), para promover uma melhor integração entre os serviços e organizar redes, evidenciou que existem obstáculos estruturais e conjunturais que prejudicam a efetivação integral dos princípios do SUS, como as incoerências entre as políticas de formação e educação em saúde e as necessidades do sistema público, e ainda os problemas não resolvidos de gestão e regulação públicas (SILVA, 2011).

A integração da saúde, dessa forma, constitui condição indispensável na formação das redes regionalizadas e integradas de atenção, a fim de que ocorra a qualificação e continuidade dos cuidados necessários à saúde da população, superando, assim, os entraves existentes na assistência e racionalizando e otimizando os recursos disponíveis (SILVA, 2011).

Ao expor as situações e itinerários que as pessoas com TB passam para conseguirem a assistência necessária à sua condição de saúde, as enfermeiras acabavam expondo um problema na rede de atenção à saúde como um todo, que é o de estar voltada, prioritariamente, para as condições agudas e agudizações de condições crônicas, além de ser fragmentada. As pessoas com TB, muitas vezes, só

têm o diagnóstico da doença e o primeiro atendimento quando já existe um agravamento de sua condição clínica. Essa situação está em oposição ao preconizado na Portaria nº 4.279, de 30/12/2010, que instituiu a rede de atenção à saúde no SUS, a qual preconiza a garantia da integralidade do cuidado, por meio de uma rede organizada de ações e serviços integrados sistematicamente pelo apoio técnico, logístico e de gestão (MENDES, 2010; BRASIL, 2010).

Diversos estudos e recomendações apontam para as dificuldades e desafios a serem vencidos para garantir um diagnóstico precoce e uma assistência de qualidade à pessoa com TB, como necessários ao controle da doença e melhorias nos indicadores de incidência, mortalidade e taxas de cura (WHO, 2013; WHO, 2014b; ANDRADE et al., 2013; BRASIL, 2011; VILLA; RUFINNO-NETTO, 2009; NOGUEIRA et al., 2012; BRUNELLO et al., 2013).

A elucidação do diagnóstico somente no serviço hospitalar foi semelhante a outros estudos realizados sobre o acesso aos serviços de diagnóstico (VILLA; RUFINNO-NETTO, 2009; NOGUEIRA et al., 2012). A ausência da busca ativa de sintomáticos respiratórios, a morosidade para realização de exames e receber os resultados dos mesmos na atenção básica levam a população a ter mais confiança e procurar mais os serviços hospitalares. Estudo apontou que é necessário, para tornar a atenção básica a porta de entrada das pessoas com TB e romper as barreiras para um diagnóstico oportuno, dar maior atenção para a capacitação dos profissionais, sensibilizando-os para a detecção precoce, com atenção aos sinais e sintomas iniciais da doença, e reforçar as atividades de busca ativa (BERALDO et al., 2012).

Na maioria dos casos, o diagnóstico no serviço hospitalar está associado ao agravamento da doença e, como consequência do tempo perdido, há a disseminação do bacilo causador da TB. O diagnóstico oportuno permite identificar as pessoas em seu período bacilífero e iniciar o tratamento, quebrando o ciclo de transmissibilidade, foco enfatizado, historicamente, no controle da doença. Atualmente, a estratégia também considera bastante relevante o acesso universal aos serviços de saúde, seja para diagnóstico ou tratamento, além da garantia de serviços e cuidados de qualidade (WHO, 2010; WHO, 2014b). A dificuldade encontrada pelas enfermeiras participantes deste estudo quanto ao diagnóstico mais precoce é convergente com outros estudos (SCATENA et al., 2009; VILLA et al., 2013; SILVA-SOBRINHO et al., 2013).

O fato de o acesso aos cuidados e tratamento necessários diante da TB estar ocorrendo inicialmente, em sua maioria, pelo serviço

hospitalar, retrata que as pessoas apenas estão acessando o serviço de saúde quando estão em uma condição clínica agudizada. Essa situação é contrária ao recomendado pelas políticas e programas de prevenção e controle da doença (BRASIL, 2011). Nesse aspecto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta elementos principais a serem tratados com urgência para debelar a crise de saúde pública acarretada pela TB resistente, sendo um deles o acesso aos serviços de diagnóstico, lançando o desafio mundial de encontrar as pessoas que abandonaram o tratamento ou que não tiveram seu diagnóstico elucidado, declarando o cuidado como um direito (WHO, 2014b; WHO, 2014c). Estudo aponta, também, que para melhorar o acesso e o tratamento fazem-se necessários garantir a prática da integralidade no atendimento às pessoas com TB, e o aperfeiçoamento do processo de trabalho das equipes da atenção básica (NOGUEIRA et al., 2012).

As precárias condições de vida das pessoas com TB constituem uma dificuldade para a realização do tratamento da doença, aumentando as chances de abandono. Essas condições também propiciam a vulnerabilidade para o adoecimento, devido ao contexto de pobreza, baixa escolaridade, uso do fumo, do álcool e das drogas (NOGUEIRA et al., 2012).

O uso de álcool e drogas pelas pessoas acometidas, gerando dependência, apontado como uma das maiores dificuldades enfrentadas pelas enfermeiras, constitui um fator de risco para incidência e recidiva de TB, agravando o curso da doença e favorecendo o abandono e exclusão social (REHM et al., 2009; LÖNNROTH et al., 2008; SILVA; LAFAIETE; DONATO, 2011; CALIARI; FIGUEIREDO, 2012). O uso abusivo de álcool, muitas vezes, está associado a condições precárias de vida, com má distribuição de renda, situações insalubres, nutrição imprópria, baixa resistência imunológica, falta de ânimo para viver e baixa aceitação do tratamento, isso tudo possibilita chegar a um desfecho não favorável ao alcance da cura. Aponta-se, ainda, que entre os alcoolistas a chance de adoecimento e abandono é maior quando comparados aos não alcoolistas. Essa situação tem sido um dos elementos na definição da realização da estratégia DOTS (ANDRADE; VILLA; PILLON, 2005).

A dificuldade da efetivação da estratégia DOTS, no componente do TDO, foi encontrada em outras realidades, que evidenciaram, também, o receio que as pessoas têm de receber os profissionais da saúde na residência, devido a preconceitos e estigmas da doença, desejando preservar o anonimato e dificultando a efetivação do TDO (PALHA et al., 2012; SÁ et al., 2011).



As condições de trabalho impróprias nas unidades básicas de saúde foram apontadas como algo que tornava o trabalho desenvolvido menos prazeroso e que não colaborava para o bem-estar dos que trabalhavam naquele ambiente. No entanto, o Ministério da Saúde tem como estratégia estruturar e fortalecer a atenção básica por meio do Requalifica UBS, o qual recomenda que as unidades básicas de saúde devam ser estruturadas para acolher bem profissionais e população, prezando por melhores padrões de qualidade e condições adequadas para o trabalho em saúde (BRASIL, 2012).

Corroborando as falas das enfermeiras, estudos com outras situações de saúde também evidenciaram ambiente físico inadequado, com precariedade das instalações, e insatisfação com a sobrecarga de trabalho, destacando igualmente a presença de materiais sucateados e falta de materiais e equipamentos de qualidade, prejudicando a assistência prestada na atenção básica (TOMASI et al., 2008; SCHRADER et al., 2012; TRAD; ROCHA, 2011). Mesmo vivenciando essas condições de trabalho, as enfermeiras destacavam que o comprometimento delas com a pessoa com TB não era prejudicado. Resultado similar ocorreu em outro estudo, que analisou a humanização no trabalho no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF), no qual, apesar das condições, o comprometimento com o trabalho não se abalava diante das necessidades e problemas da população (TRAD; ROCHA, 2011). Nessa perspectiva, é importante destacar que condições de trabalho adequadas são fundamentais para reduzir o risco de transmissão do bacilo da TB nos serviços de saúde (FUJIWARA et al., 2012).

A falta de apoio e de estrutura familiar gerou dificuldades para uma adequada adesão ao tratamento e aos cuidados necessários. Outros estudos realizados com pessoas com TB e seus familiares revelaram que a participação positiva da família favorece o tratamento e o cuidado em sua plenitude, por tornar possível junto à família o compartilhar e enfrentar as dificuldades trazidas pela doença (SOUZA; SILVA, 2010; FREITAS et al., 2012).

Existem recomendações do Ministério da Saúde para a organização do processo de trabalho de enfermagem para o TDO da tuberculose nos serviços de saúde que não foram totalmente implementadas devido ao excesso de atividades delegadas às enfermeiras, junto a diversos programas de saúde necessários na atenção básica. Dentre essas, tem-se o diagnóstico da situação da doença no local por meio dos indicadores epidemiológicos e a realização da busca ativa de sintomáticos respiratórios (BRASIL, 2011).

As atividades de promover a adesão ao tratamento, promover nutrição adequada, promover o cuidado domiciliar, comunitário, ambiental e da educação em saúde ficam enfraquecidas diante das dificuldades apresentadas pelas enfermeiras neste estudo, e desenvolver todas as práticas que tornam essas atividades efetivadas, as quais são recomendadas pelo Ministério da Saúde para o efetivo controle da doença (BRASIL, 2011).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo ressaltou o contexto em que se insere a TB, as pessoas acometidas e os envolvidos em todo processo de cuidar dessas pessoas, revelando que esse contexto cria as circunstâncias para o aparecimento das dificuldades a serem enfrentadas, e essas, por sua vez, interferem na forma como é realizado o cuidado de enfermagem à pessoa com TB e nas ações em geral de controle da doença.

As principais dificuldades encontradas pelas enfermeiras foram de três âmbitos: relacionadas às precárias condições de vida das pessoas com TB, especialmente aquelas pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas; relacionadas às condições de trabalho, retratada pela sobrecarga de atividades e ausência de estrutura e equipamentos necessários; e aquelas relacionadas à falta de estrutura da rede de atenção, como uma demanda maior do que a capacidade dos serviços suporta. Este cenário aqui retratado evidencia que o contexto do cuidado às pessoas com TB e as dificuldades enfrentadas pelas enfermeiras são mais complexos do que consta nas políticas de saúde e em seus programas.

Nesse aspecto, faz-se relevante destacar a importância da rede de atenção à saúde e da linha de cuidados integrais na promoção de um cuidado multiprofissional e interdisciplinar, principalmente, às pessoas com TB que usam álcool e drogas, pois foram apontadas como os maiores responsáveis pelo abandono de tratamento, unindo eficazmente a Estratégia Saúde da Família, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família e o Centro de apoio Psicossocial, e outros serviços que são necessários, porém não fazem parte da realidade de cuidado das enfermeiras que integraram este estudo.

Conhecer e refletir sobre as dificuldades e o contexto em que estas ocorrem permite aos profissionais da saúde e, especialmente, da enfermagem, planejar e praticar modelos de cuidado que considerem aspectos relevantes para alcançar o restabelecimento da saúde e a cura da doença. Permite também aos gestores repensar as formas como as

políticas de saúde vêm sendo elaboradas e implementadas. Torna-se, então, possível criar estratégias de intervenção em situações que colocam em risco o andamento efetivo do cuidado e do tratamento prescrito na TB, e que poderiam levar ao abandono, como as apresentadas aqui neste estudo.

Considerando que as diferentes regiões do Brasil possuem contextos, dificuldades e indicadores diferentes, como demonstram os diversos estudos publicados sobre a temática da TB, fica, então, a necessidade de outros estudos que abordem contextos de regiões diferentes para uma maior compreensão e possibilidades de aplicar as estratégias aqui apresentada nas falas das enfermeiras em outros cenários.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Rubia Laine de Paula et al. Diagnóstico da tuberculose: atenção básica ou pronto atendimento?. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1149-1158, dez. 2013.

ANDRADE, Rubia Laine de Paula; VILLA, Tereza Cristina Scatena; PILLON, Sandra. A influência do alcoolismo no prognóstico e tratamento da tuberculose. **SMAD. Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drog.**, v. 1, n. 1, p. 1-9, fev. 2005.

BERALDO, Aline Ale et al. Atraso na busca por serviço de saúde para o diagnóstico da Tuberculose em Ribeirão Preto (SP). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3079-3086, 2012.

BERTOLLI FILHO, C. **História social da tuberculose e do tuberculoso**: 1900-1950. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Requalificação das Unidades Básicas de Saúde. 2012. Disponível em:  
<[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_requalifica\\_ubs.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_requalifica_ubs.php)> Acesso em: 3 de set. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**: o controle da tuberculose no Brasil: avanços, inovações e desafios. v. 44, n. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n 4.279, de 30/12/2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose na atenção básica**: protocolo de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRUNELLO, Maria Eugênia Firmino et al. Tuberculosis diagnostic pathway in a municipality in south-eastern Brazil. **Int. J. Tuberc. Lung Dis.**, v. 17, n. 10, p.41-47, 2013.

CALIARI, Juliano Souza; FIGUEIREDO, Rosely Moralez de. Tuberculose: perfil de doentes, fluxo de atendimento e opinião de enfermeiros. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p.43-7, 2012.

COSTA, Magnania Cristiane Pereira da et al. A biossegurança durante os cuidados de enfermagem aos pacientes com tuberculose pulmonar. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 307-312, 2013.

FIGUEIREDO, Tânia Maria Ribeiro Monteiro de et al. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 825-831, out. 2009.

FREITAS, Isabela Moreira et al. Conhecimento e percepção sobre tuberculose das famílias de pacientes em tratamento diretamente observado em um serviço de saúde de Ribeirão Preto-SP, Brasil. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 642-649, set. 2012.

FUJIWARA, Paula I et al. F. **Implementación de las actividades de colaboración TB-VIH**: una guía programática. Paris, France: Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, 2012.

HIJJAR, Miguel Aiub et al. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.41, supl.1, p. 50-57, 2007.

LÖNNROTH, Knut et al. Alcohol use as a risk factor for tuberculosis - a systematic review. **BMC Public Health**, v. 8, 2008.

MACIEL, Marina de Souza 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. 226-230, maio/jun. 2012.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

NOGUEIRA, Jordana de Almeida et al. Utilização dos serviços de saúde na atenção à Tuberculose: Peculiaridades masculinas. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 19, n. 2, p. 23-29, abr./jun. 2012.

OBLITAS, Flor Yesenia Musayón et al. O papel da enfermagem no controle da tuberculose: uma discussão sob a perspectiva da equidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p. 130-138, fev. 2010.

PALHA, Pedro Fredemir et al. Acesso aos serviços de atenção à tuberculose: análise da satisfação dos doentes. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 342-348, abr. 2012.

PILLER, Raquel V. B. Epidemiologia da Tuberculose. **Pulmão RJ**, v.21, n.1, p. 4-9, 2012.

PIO, Jorge E. Tuberculose e Biossegurança. **Pulmão RJ**, v. 21, n. 1, p. 65-67, 2012.

REHM, Jürgen et al. The association between alcohol use, alcohol use disorders and tuberculosis (TB). A systematic review. **BMC public health**, v. 9, 2009.

RODRIGUES, Laura et al. Resposta brasileira à tuberculose: contexto, desafios e perspectivas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, supl. 1, p. 1-2, set. 2007.

SÁ, Lenilde Duarte de et al. Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 356-363, abr. 2012.

SÁ, Lenilde Duarte de 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). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n. 9, p. 3917-3924, 2011.

SAMPIERI, Roberto Hernandez; COLLADO, Carlos Fernández; LUCIO, María del Pilar Baptista. **Metodologia de pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre, RS: Penso, 2013.

SCATENA, Lúcia Marina et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 389-397, jun. 2009.

SCHRADER, Greice et al. Trabalho na Unidade Básica de Saúde: implicações para a qualidade de vida dos enfermeiros. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 222-228, abr. 2012.

SILVA, Cleidiani Baptista da; LAFAIETE, Rute dos Santos; DONATO, Marilurde. O consumo de álcool durante o tratamento da tuberculose: percepção dos pacientes. **SMAD: Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, v. 7, n.1, p. 10-17, jan./abr. 2011.

SILVA, Silvio Fernandes da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, jun. 2011.

SILVA-SOBRINHO, Reinaldo Antonio et al. Efetividade no diagnóstico da tuberculose em Foz do Iguaçu, tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.47, n.6, p. 1373-1380, 2013.

SONTAG, Susan. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Graal, 1984. (Coleções Tendências, 6)

SOUZA, Sabrina da Silva de; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. Passando pela experiência do tratamento para tuberculose. **Texto Contexto - Enferm.**, v.19, n.4, p. 636-643, 2010.

STRAUSS, Alselm; CORBIN, Juliet. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TOMASI, Elaine et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s193-s201, 2008.

TRAD, Leny Alves Bomfim; ROCHA, Ana Angélica Ribeiro de Meneses e. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1969-1980, mar. 2011.

VILLA, Tereza Cristina Scatena et al. Diagnóstico oportuno da tuberculose nos serviços de saúde de diversas regiões do Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 21, n.esp., 2013.

VILLA, Tereza Cristina Scatena; RUFFINO-NETTO, Antônio. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. **J. Bras. Pneumol.**, v. 35, n. 6, p. 610-612, 2009.

WHO. Reach the 3 million: Find. Treat. Cure TB, Authors: WHO. Stop TB Partnership. **The Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria**. March, 2014, Geneva: WHO, 2014c.

WHO. World Health Organization .TB CARE I. **International Standards for Tuberculosis Care**, 3. ed. TB CARE I, The Hague, WHO, 2014a.

WHO. World Health Organization 2010. **Treatment of tuberculosis guidelines**. 4. ed. Geneva: WHO, 2010.

WHO. World Health Organization. Global TB Programme. **Reaching people with multidrug-resistant TB: progress in diagnosis: a key step in overcoming the MDR-TB crises**. Geneva: WHO, 2014b.

WHO. World Health Organization. **Global tuberculosis report 2013**. Geneva: WHO, 2013.

4.3.3 Manuscrito 3: cuidando de pessoas com tuberculose: ações e interações do enfermeiro na atenção básica de saúde

**CUIDANDO DE PESSOAS COM TUBERCULOSE: AÇÕES E INTERAÇÕES DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

**CARING FOR PEOPLE WITH TUBERCULOSIS: ACTIONS AND INTERACTIONS OF THE NURSE IN PRIMARY HEALTH CARE**

**CUIDANDO A PERSONAS CON TUBERCULOSIS: ACCIONES E INTERACCIONES DEL ENFERMERO EN ATENCIÓN BÁSICA DE SALUD**

**RESUMO**

Este estudo teve por objetivo compreender como os enfermeiros da atenção básica de saúde têm lidado com as situações advindas do processo de cuidar da pessoa com tuberculose. Para tanto, foi realizada uma pesquisa qualitativa que seguiu os pressupostos metodológicos da Teoria Fundamentada nos Dados. Participaram do estudo quatro grupos amostrais, formados por enfermeiras, médicas, técnicas de enfermagem, profissionais da vigilância epidemiológica e pessoas com tuberculose. Para a coleta de dados, foi utilizada a entrevista em profundidade. Concomitantemente, a análise dos dados ocorreu mediante a codificação aberta, axial e seletiva, e teve auxílio do *software* Atlas ti. Foi evidenciado que, para obter efetividade no tratamento, as ações dos enfermeiros e as maneiras de lidar com as circunstâncias advindas do cuidado decorrem de sua preocupação com a pessoa com tuberculose e as situações que a permeiam, para que a mesma possa alcançar a cura e o restabelecimento de sua saúde. Essas preocupações e maneiras de lidar são questões a serem refletidas no planejamento das práticas voltadas às pessoas com tuberculose, possibilitando traçar enfrentamentos e condutas para ações de sucesso.

**Descritores:** Tuberculose. Cuidados de Enfermagem. Atenção Primária à Saúde.



## **ABSTRACT**

The aim of this study was to understand how primary health care nurses have been dealing with the situations resulting from the process of caring for people with tuberculosis. A qualitative study was developed, following the methodological principles of the Grounded Theory. Four sample groups participated in the study, including nurses, physicians, nursing technicians, epidemiological surveillance professionals and people with tuberculosis. Data were collected using in-depth interviews. Concomitantly, data analysis was conducted by means of open, axial and selective coding, using the Atlas ti software. Results evidenced that, in order to achieve effectiveness in the treatment, the nurses' actions and ways of dealing with the circumstances resulting from care derive from their concern with the people with tuberculosis and the situations that permeate them, so that they can achieve cure and reestablish their health. These concerns and ways of dealing are questions to be reflected in the planning of actions aimed at people with tuberculosis, allowing to outline coping strategies and conducts for successful actions.

**Descriptors:** Tuberculosis. Nursing care. Primary Health Care.

## **RESUMEN**

Se objetivó comprender el modo de enfrentamiento de enfermeros de atención básica de salud con situaciones derivadas del proceso de cuidar de personas con tuberculosis. Investigación cualitativa siguiendo presupuestos metodológicos de Teoría Fundamentada en los Datos. Participaron cuatro grupos muestrales conformados por enfermeras, médicas, técnicas, profesionales de vigilancia epidemiológica y pacientes con tuberculosis. Datos recolectados mediante entrevista en profundidad. Concomitantemente, el análisis de datos fue realizado por codificación abierta, axial y selectiva, con ayuda del software Atlas ti. Se evidenció que, para un tratamiento efectivo, las acciones de enfermería y los modos de enfrentamiento de las circunstancias devenidas del cuidado derivan de su preocupación con el paciente tuberculoso y las situaciones vinculadas, para que la persona cure y restablezca su salud. Esas preocupaciones y modos de enfrentamiento son temas para reflexión en la planificación de prácticas orientadas a personas con tuberculosis, haciendo posible trazar caminos y conductas para acciones exitosas.

**Descritores:** Tuberculosis; Atención de Enfermería; Atención Primaria de Salud.

## INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) permanece como ameaça à saúde humana, e como grande problema de saúde global, mesmo diante de notáveis concretizações científicas, na prática terapêutica e microbiológica. São apontados a descoberta da doença e o tratamento das pessoas acometidas como principais formas de controle. Mesmo com os avanços e queda da incidência em alguns países, como no Brasil, é necessário continuar perseguindo melhores indicadores, com ampliação da adesão ao tratamento (WHO, 2013; GOLUB et al., 2005; CORBETT et al., 2003; BRASIL, 2012b).

Nessa perspectiva, os profissionais de saúde possuem potencial para atuar estrategicamente no controle da TB e na promoção de um cuidado que favoreça um viver menos sofrido diante da doença, o que os torna atores importantes dentro do contexto de combate à mesma. A enfermagem, nessa conjuntura, possui atuação histórica bem representativa e com grande credibilidade na saúde pública, ficando sob sua competência diversas atividades do programa de controle da TB. A importância da atuação da enfermagem e a necessidade de instituir o cuidado integral são questões retratadas em diversas pesquisas realizadas sobre a TB. A enfermagem desempenha um papel essencial de garantir a supervisão de todo o tratamento e evitar as intercorrências que levam ao abandono, à recidiva e à TB resistente, desenvolvendo estratégias que promovam a adesão ao tratamento (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2011; SILVA; LAFAIETE; DONATO, 2011; SÁ et al., 2012; BRUNELLO et al., 2012).

Estudos sobre TB têm demonstrado a existência de diversos obstáculos para a efetiva atuação nos programas de controle da doença, como: escassez de recursos materiais; infraestrutura deficiente; problemas com o fornecimento de medicamentos; e adesão das pessoas ao tratamento. Além disso, há obstáculos na gestão do cuidado da pessoa com TB e seu compromisso político para assegurar a atenção de qualidade nos serviços de saúde (NJOZIN et al., 2011; BARRETO et al., 2012). Outra abordagem dos estudos é de que a atenção à pessoa com TB deve ir além da assistência clínica e farmacológica, abrangendo o enfoque do cuidado integral, social e cultural, considerando as iniquidades sociais do complexo contexto que envolve a TB (OBLITAS et al., 2010; QUEIROZ; BERTOLOZZI, 2010).

Diante do cenário em que a pessoa com TB está inserida, que envolve pobreza e desvantagem social, as intervenções em saúde devem ser as mais efetivas e pertinentes. Espera-se da enfermagem um papel de protagonista na prevenção e controle da doença e na promoção da saúde, por meio do planejamento e implementação de cuidados integrais, que envolvam questões políticas, econômicas e sanitárias. Este seria o desafio da enfermagem para com o cuidado, em todo o mundo (OBLITAS et al., 2010).

Assim, é preciso aproximar-se do que ocorre no cotidiano do cuidado, apropriando-se de seu processo, pois as recomendações e políticas de atenção nem sempre retratam o que de fato ocorre na realidade, ou, muitas vezes, não chegam a elucidar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais da saúde e da enfermagem, em todo o processo que é desenvolvido para oferecer um cuidado que alcance resultados satisfatórios e almejados. Essa aproximação também permite identificar os sucessos alcançados e como eles ocorrem para que se possa evidenciá-los e apresentá-los a outros profissionais a fim de reproduzir práticas bem-sucedidas que se originam da particularidade do cuidado e que ocorrem no íntimo da relação profissional e pessoa acometida. Esse conhecimento colabora para repensar as políticas e práticas de saúde voltadas para a TB (GOLUB et al., 2005; BARRETO, et al., 2012; SHIMAMURA et al., 2013).

Portanto, faz-se necessário refletir a partir de uma compreensão do lidar com as pessoas e as situações advindas desse cuidado, que envolve singularidades do contexto de vida de todos envolvidos em seu processo. A existência de um protocolo do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2011), que recomenda as condutas da enfermagem, carece de uma avaliação mais pontual, para conhecer como estão ocorrendo as ações sob a perspectiva das enfermeiras e o como elas têm lidado com as situações e contextos existentes no processo de cuidar.

Assim, este estudo teve como objetivo: Compreender como os enfermeiros da atenção básica de saúde têm lidado com as situações advindas do processo de cuidar da pessoa com tuberculose.

## **MÉTODO**

Foi realizada uma pesquisa qualitativa, que seguiu os pressupostos metodológicos da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) (STRAUSS; CORBIN, 2008). A TFD foi a abordagem metodológica escolhida por permitir a compreensão do fenômeno a partir das experiências e percepções dos participantes do estudo por meio de um

método rigoroso de coleta e análise dos dados, e que respondesse, adequadamente, aos questionamentos que originaram este estudo.

O cenário foi constituído por oito unidades básicas de saúde no município capital de um estado da Região Nordeste do Brasil, escolhidas por se localizarem no distrito sanitário que possuía a maior incidência da doença naquele município. Participaram do estudo 19 (dezenove) enfermeiras da atenção básica de saúde, selecionadas por sua experiência no cuidado às pessoas com TB, e por estarem trabalhando nessas unidades de saúde. A partir da análise desse primeiro grupo amostral, seguindo a amostragem teórica, formaram-se mais três grupos distintos: o primeiro composto por três técnicas de enfermagem e duas médicas, sendo uma infectologista e uma sanitarista, incluídas por serem citadas pelas enfermeiras e gerarem a expectativa de falar sobre o que estava acontecendo de outra posição, e por participarem, também, do cuidado à pessoa com TB, junto com as enfermeiras. O segundo grupo amostral foi formado por duas profissionais da vigilância epidemiológica, responsáveis pela TB no distrito, uma enfermeira e uma nutricionista sanitarista, incluídas após verificação entre as enfermeiras de que algo as impulsionava a desempenhar o cuidado de enfermagem à pessoa com TB, de forma bastante responsável, e que isso estava ligado, também, à gestão exercida pelo distrito; e o último grupo, formado por duas pessoas com tuberculose na fase final do tratamento, incluídas por terem o potencial de falar sobre os cuidados que a enfermeira desenvolvia e orientava, e por estarem em contato com a mesma havia pelo menos seis meses. Assim, participaram do estudo 28 pessoas, porém, o foco do mesmo foi na atenção desenvolvida pelas enfermeiras. A participação das demais pessoas, profissionais e pessoas com TB, foi para elucidar aspectos da prática assistencial das enfermeiras, no sentido de ampliar a compreensão da atuação das mesmas.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro de 2013 e fevereiro de 2014. Foi utilizada a entrevista em profundidade, a partir de uma questão principal: Fale sobre o cuidado à pessoa com tuberculose. A partir dessa pergunta inicial, foram explorados os conceitos que iam surgindo, no sentido de ampliar a compreensão acerca do que vinha sendo relatado. O objetivo era alcançar informações de forma a obter descrição das situações e elucidar detalhes sobre o fenômeno estudado. As entrevistas foram conduzidas por uma pesquisadora.

O contato com as participantes ocorreu, inicialmente, por telefone, para marcar o encontro para realização da entrevista. As entrevistas foram realizadas nas unidades de saúde onde atuavam as enfermeiras, no horário mais conveniente para elas, com exceção de

uma enfermeira que preferiu fazer sua entrevista na Universidade Federal, devido à greve dos servidores do município. Todas as entrevistas foram realizadas em sala fechada, respeitando-se a privacidade das enfermeiras. Para conseguir o contato telefônico das enfermeiras, a pesquisadora foi ao distrito sanitário, no setor de vigilância epidemiológica, e solicitou esses contatos, como acordado no termo de autorização do estudo assinado pelo Secretário Municipal de Saúde. Os demais participantes do estudo foram indicados pelas enfermeiras após a realização das entrevistas. Outras enfermeiras foram abordadas por telefone para participar do estudo, mas, por motivo de férias, licença-gestação, greve dos servidores ou por não quererem participar do estudo, não entraram na pesquisa. A entrevista mais curta durou 31 minutos, e a entrevista mais longa durou uma hora e 12 minutos. A média de duração das entrevistas foi de 43 minutos.

A entrevista foi gravada em áudio digital e, após a transcrição, iniciou-se a análise comparativa. Foram redigidas, imediatamente, após as entrevistas, notas de campo que descreviam todo o cenário do estudo e a interação do pesquisador com as participantes.

Para o processo de organização e análise dos dados utilizou-se o programa Atlas ti versão 7.1.8, com a licença 710CF-CAB84-3697E-8CQ81-002JY. Por meio desse programa, todas as entrevistas foram organizadas e codificadas linha a linha, seguindo a codificação aberta na TFD. Foram construídos diagramas compostos pelos eixos escolhidos, representando famílias de códigos, por terem componentes analíticos semelhantes, seguindo a codificação axial, proposta na TFD. Nesse programa, também, foi possível construir os memorandos e relacioná-los às categorias de análise. Esse processo colaborou com a análise e representação do fenômeno e possibilitou chegar à codificação seletiva. Todo esse processo analítico seguiu os pressupostos da TFD e possibilitou interpretar os dados comparativamente, chegando à compreensão do fenômeno: Cuidando da pessoa com TB na atenção básica de saúde.

A análise dos dados permitiu evidenciar as categorias processuais, que compuseram a teoria substantiva. As ações e interações, como uma das categorias que explicam o fenômeno do cuidado de enfermagem à pessoa com TB, foram destacadas neste artigo e apresentadas a partir de duas categorias: Preocupando-se com a pessoa com TB e as situações advindas do processo de cuidar e Lidando com situações no processo de cuidar da pessoa com TB.

O estudo seguiu as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde, regulamentadas pela

Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012a). Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, com o Parecer nº. 20637113.9.0000.0121. A fim de garantir sigilo e anonimato das participantes da pesquisa, elas foram identificadas por números que representavam a ordem da sequência da realização das entrevistas.

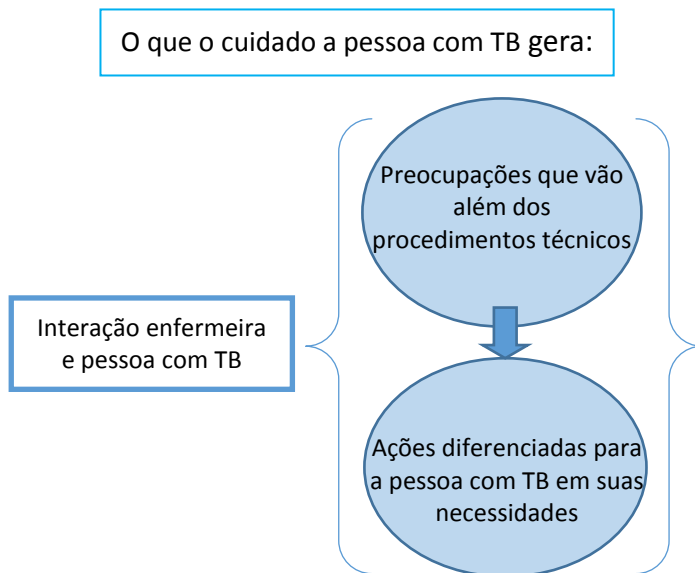
## **RESULTADOS**

As enfermeiras participantes deste estudo tinham entre 41 e 57 anos de idade e obtiveram o título de enfermeiras havia mais de 20 anos. A enfermeira com maior tempo de formação tinha 32 anos de formada. Estavam no cuidado à pessoa com TB havia mais de 20 anos, e apenas duas enfermeiras tinham menos de 10 anos nesse cuidado. Os profissionais participantes do estudo envolvidos no cuidado direto à pessoa com TB, junto com as enfermeiras, tinham entre 48 e 62 anos de idade e estavam no cuidado à pessoa com TB havia mais de 22 anos. As profissionais da vigilância epidemiológica tinham 29 e 52 anos de idade e estavam responsáveis pela TB por volta de sete anos. As duas pessoas com TB tinham 29 e 65 anos de idade, sendo a mais nova do sexo masculino, montador de som para eventos, e a mais velha, do sexo feminino, dona de casa, e se encontravam no final do tratamento.

Cuidar de uma pessoa com TB gerou preocupações para as enfermeiras, pelo fato de reconhecerem que essa pessoa vive um momento especial, advindo de uma doença, socialmente, discriminada e que traz limitações, mesmo que temporárias, para as pessoas e suas famílias. Essa situação agravava-se quando as pessoas com TB tinham problemas pessoais e sociais, como o uso de álcool e drogas. As preocupações permeavam todas as ações de cuidado, evidenciando que a atuação da enfermeira vai além da realização de procedimentos prescritos e recomendados. Essas preocupações podem ser compreendidas como ações estratégicas para alcançar a recuperação da saúde das pessoas com TB e são desenvolvidas num processo interativo entre as enfermeiras e essas pessoas.

O cuidado desenvolvido pelas enfermeiras englobava uma diversidade de ações, que envolviam todo o contexto de vida da pessoa acometida pela TB, além do tratamento propriamente dito. Todo esse cuidado era permeado pela interação entre a enfermeira e a pessoa com TB, onde ocorriam preocupações, que eram propulsoras de ações de cuidado. O diagrama abaixo representa esse contexto (Figura 1).

Figura 1 - O cuidado à pessoa com TB impulsiona ações diferenciadas, 2014

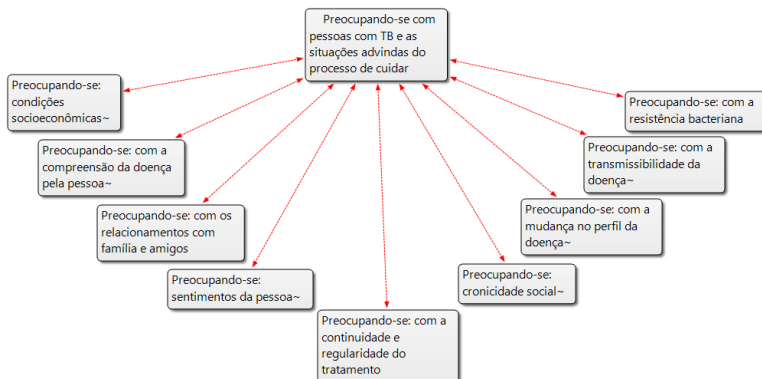


Fonte: Elaborada pela autora, 2014

Esse contexto do cuidado à pessoa com TB está representado pelas duas dimensões: Preocupando-se com a pessoa com TB e as situações advindas do processo de cuidar e Lidando com situações no processo de cuidar da pessoa com TB, que estão apresentadas a seguir (Figura 2; Figura 3).

Figura 2 - Preocupações advindas do cuidar da pessoa com TB, 2014

### Preocupando-se com a pessoa com TB e as situações advindas do processo de cuidar



Fonte: Elaborada pela autora, utilizando *software* Atlas ti, 2014

As situações advindas do cuidar da pessoa com TB geraram diversas preocupações e aflições às enfermeiras, como registrado na Figura 2. O sucesso do tratamento foi fortemente comentado com algo quase obrigatório, pois, institucionalmente, era algo que teria que acontecer. Dessa forma, as preocupações surgiam, também, pelo fato de terem que fazer acontecer a cura.

A preocupação que mais ocupava a mente das enfermeiras eram as **condições socioeconômicas** em que viviam as pessoas com TB. Esse contexto de vida favorecia o abandono do tratamento, especialmente, pelo uso de álcool e drogas, pela carência de recursos financeiros decorrente do desemprego e expressando-se pela falta de uma alimentação digna, entre outras consequências.

Dentre as pessoas que estavam com TB, as que usavam drogas e álcool eram as que tinham mais dificuldade de seguir, adequadamente, o tratamento e os cuidados instituídos. Além do uso de álcool e drogas, as precárias condições de vida preocupavam pelo fato de que pessoas nessas condições podiam residir em aglomerados ou em casas pouco arejadas; podiam estar desempregadas e não havia como garantir uma alimentação saudável ou digna. Algumas pessoas viviam em tamanha situação de pobreza que o fato de estarem com TB não as amedrontava, como se a doença fosse um problema pequeno diante de sua situação de vida.



Eu tenho um paciente bem no pé do morro, lá, que na casa não tem nada. E tem quatro filhos dele que se drogam a noite toda, ele nem dorme, fica cheirando aquela essência toda da droga e, no outro dia, está reclamando ao agente de saúde, que traz para a gente toda a comunicação. E a gente tem ido lá, mas é precário demais; é no pé do morro e não tem uma cadeira para sentar, imagine você indo lá fazer uma visita para comprovar e dizer que aquele local está impróprio para aquele paciente. O que a gente deve fazer? (P 10: ENTREVISTA N 06.rtf)

**A compreensão da doença pela pessoa com TB** foi algo que preocupou as enfermeiras por considerarem que, se a pessoa entende o que realmente é a doença, a mesma pode seguir melhor o tratamento e os cuidados instituídos, afastando a possibilidade de abandono. A convivência com sentimentos e crenças em relação à presença da doença estava ligada a essa compreensão. As pessoas, muitas vezes, escondiam que tinham a doença, até mesmo de pessoas muito próximas, sentiam medo da doença, por a considerarem fatal e que causava afastamentos sociais; sentiam-se culpadas por terem contraído a doença ou desenvolvido a mesma; passavam por crises de abstinência do álcool, superando ou retornando ao vício; apresentavam queixas clínicas e reações medicamentosas, o que as enfraquecia; enfrentavam problemas familiares, algumas vezes, advindos da doença, e da falta de apoio a ela, e ainda, do fato de algumas serem afastadas e isoladas das famílias. As enfermeiras destacaram como importantes as informações acerca do que é a doença; como tratá-la; como ocorre a transmissão; a necessidade de realizar os exames; a importância da alimentação; o que é a cura; que é possível a permanência no trabalho com a melhora clínica e a negatificação da baciloscopia; que existem formas de manter a vida social normal, ter lazer e participar de eventos festivos.

**O relacionamento da pessoa com TB e sua família e amigos** gerou uma preocupação pelo fato de que a pessoa, sem apoio, tendia a ficar mais fragilizada e sem forças para seguir adiante com os cuidados necessários para sua recuperação. Em relação à família, as preocupações estavam presentes por ela ser considerada o alicerce para a pessoa com TB, por permitir o apoio e o carinho, necessários para enfrentar o tratamento instituído. No entanto, nem sempre as famílias colaboravam nesse cuidado, como, por exemplo, não vinham à unidade para

conversar; não faziam os exames solicitados; não se envolviam no tratamento e, conseqüentemente, dificultavam a adesão da pessoa em tratamento. Por outro lado, quando havia a participação positiva da família, o processo de recuperação da pessoa era bastante facilitado.

Considerando os **sentimentos da pessoa com TB**, muitas enfermeiras procuravam não tratar a pessoa com TB como “coitadinho”, mas como alguém com autonomia, encorajando a pessoa a seguir seu plano terapêutico. Procuravam não recriminar, não culpando por algo que deu errado. Tentavam conversar fazendo a pessoa com TB pensar se aquela era a forma pela qual o tratamento havia sido instituído, fazendo-a refletir sobre algumas situações cotidianas. A forma como eram conduzidas as conversas com as pessoas foi revelada como importante. Precisavam levá-las a perceberem que a TB ocorre com muitas pessoas, não fazendo alardes sobre a gravidade da doença e, especialmente, conversando de forma amigável. Tentavam tratar as pessoas com carinho, com respeito, preocupando-se com a continuidade do tratamento. Buscavam estimulá-las a continuar fazendo o que vinha dando certo, ajudando-as a reconhecerem os avanços na condição clínica. Nesse sentido, conversar era uma estratégia relevante, que perpassava por todo o tratamento. Esse processo era, muitas vezes, individualizado e envolvia, além das orientações sobre a doença, espaço para que a pessoa expressasse suas dúvidas.

Você lidar com seus sentimentos, ver o sentimento dos outros, o que repercute a tuberculose nessa família, naquele cidadão e em mim. Às vezes, é um paciente, por exemplo, nem sempre é um paciente que toma medicamento, que faz o tratamento adequado, às vezes ele é rebelde, ele trata mal você. Eu acho que, aqui, fez-me ver que, diante daquela pessoa, existe um sofrimento, além de físico há um sofrimento mental, não precisa ser portador de doença mental, não, mental, porque ele está estigmatizado, está impossibilitado, várias vezes, de ir ao trabalho, é um sofrimento por trás, não é só físico, do pulmão dele, mas existe um sofrimento por trás, sentimentos confusos de como é que vai ser, depois daquela doença como é que vai ficar aquela família, se ele vai trabalhar ou não. Existe um monte de coisas na cabeça deles. (P 1: ENTREVISTA N 10.rtf)

A **continuidade e a regularidade do tratamento** preocupavam bastante as enfermeiras por saberem que isso levaria ao alcance da cura. Elas relatavam que o não comparecer da pessoa na unidade de saúde, o desaparecimento da pessoa de sua residência, a falta de realização de exames ou outra situação que colocasse em risco a continuidade do tratamento era bastante preocupante, devido à possibilidade de haver abandono. Estavam sempre buscando entrar em contato, procurando novas estratégias para manter o tratamento.

A **cronicidade social da doença** preocupava pela exposição social das pessoas com TB, com o rótulo que passariam a carregar. As enfermeiras escutavam que quem tinha a doença carregava-a por toda a vida, podendo transmitir para outras pessoas e ser marcada e reconhecida em todos ambientes que frequentasse, por ter ou por ter tido uma doença carregada de estigmas e preconceitos. Nesse sentido, as enfermeiras preocupavam-se em mudar essa imagem de uma doença estigmatizante e de que, socialmente, sempre seriam reconhecidas como “pessoas tuberculosas”.

As enfermeiras perceberam que começava a haver uma **mudança no perfil de quem adquiria a doença**, uma vez que pessoas com boas condições de vida estavam adoecendo com TB, fugindo do perfil histórico das pessoas acometidas. Essas pessoas possuíam emprego, pagavam planos de saúde particulares e tinham recursos para uma boa alimentação. O que preocupava as enfermeiras era que elas não sabiam as causas dessas mudanças e, desse modo, não tinham como agir de forma mais preventiva e também como explicar para às pessoas por que tinham adquirido a doença.

A questão da **transmissibilidade da doença** nos ambientes de trabalho foi destacada com algo que preocupava, pois os trabalhadores que conviviam com a pessoa bacilífera tinham risco aumentado de adquirir a doença. Algumas vezes, as enfermeiras suspeitavam que existiam mais pessoas acometidas em determinadas empresas, devido a várias pessoas com a mesma ocupação estarem adoecendo. Não obstante, o preconceito que a pessoa podia sofrer nesses espaços não era descartado e gerava preocupações. Ainda havia a possibilidade de a empresa não querer que a pessoa voltasse a trabalhar, principalmente, quando eram trabalhos informais. Havia pessoas com TB cujo trabalho exigia empreendimento de grandes esforços físicos, o que deveria ser evitado durante o tratamento. Outra situação também difícil de lidar era quando a pessoa possuía a concepção de que, com a TB, ela ficaria inválida para o trabalho, permanentemente, almejando de forma não adequada a aposentadoria.

Houve, também, uma preocupação com a **resistência bacteriana** advinda do uso inadequado dos medicamentos e do abandono do tratamento. As enfermeiras ficavam mais apreensivas quando uma pessoa possuía a forma resistente da doença, por receio de outras pessoas adquirirem essa forma, e por saberem que o tratamento iria exigir outros cuidados medicamentosos e a realização de exames complementares.

Tenho a preocupação de não expor o paciente com tuberculose. [...] Então, eu vejo que eles têm confiança em mim, não pelo fato de eu ser uma boa profissional ou alguma coisa, não, mas pelo fato de eu escutar, de eu entender a situação deles, de eu não ter medo, nem de ter nojo, não demonstrar nenhum sentimento que ele não se sinta acolhido, eu acho que ele se sente acolhido, por isso que eles têm esse grau de vínculo comigo, de confiança, de dizer que está até com problema sexual [...] A minha preocupação é qual o papel dele agora nessa família, a nova família, agora, porque assim antes ele era aquela pessoa complicada, que precisava de ajuda, e depois, não, ele era aquela pessoa que teve tuberculose, e então vai trabalhar, fazer o quê, se for mais velha, alguns já estão aposentados, tudo bem, pode viver dos proventos, então assim, a preocupação com relação dele enquanto sujeito, como pai, como avô... como filho, esse novo papel que ele tem na comunidade, de ser alguém que vai ser produtivo de novo. [...] mas que vai carregar toda essa cultura que existe, ele vai carregar o estigma que teve tuberculose, e que ele vai ter que saber que tem cura, mas que sempre vai ter pessoas que acham, não vai querer tomar no copo dele ainda, pois ele teve tuberculose. "Eu vesti uma roupa dele"... Ainda há a cultura muito forte, muito presente na comunidade, então, eu tenho que trabalhar essas coisas com ele. (P 1: ENTREVISTA N 10.rtf)

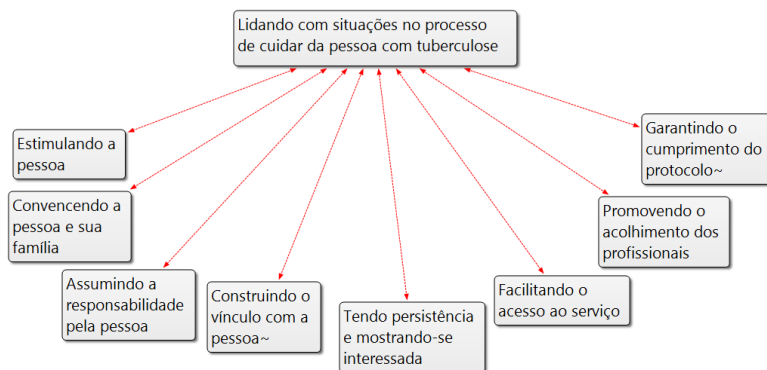
Basicamente, as preocupações das enfermeiras estavam centradas nas pessoas com TB, porém essas preocupações extrapolavam este âmbito, voltando-se para o coletivo, ou seja, para as implicações que a doença poderia ter para outras pessoas e para a sociedade.

## Lidando com situações no processo de cuidar da pessoa com TB

A atuação das enfermeiras no cuidado à pessoa com TB perpassava por diversas situações que exigiam alguma forma de intervenção, fosse um procedimento específico, uma conversa, ou uma atitude de segurança e confiança para poder lidar com as pessoas na situação de estar vivendo com uma doença como a TB. Sempre era destacado que a dificuldade era decorrente da complexidade da doença, carregada de estigmas e preconceitos, além de requerer um tratamento difícil de ser cumprido. A Figura 3 apresenta as estratégias do lidar com situações no processo de cuidar da pessoa com TB.

Utilizamos e consideramos o termo “lidar” como uma forma de enfrentar dificuldades ou problemas, e achar maneiras apropriadas para superá-los ou resolvê-los; e também a maneira como os profissionais tratavam, se relacionavam e reagiam diante das situações e das pessoas.

Figura 3 - Estratégias advindas do lidar com situações no processo de cuidar da pessoa com TB, 2014



Fonte: Elaborada pela autora, utilizado *software* Atlas ti, 2014

As enfermeiras desenvolviam diferentes formas de abordagem da pessoa acometida, **estimulando-as** através de uma comunicação mais efetiva, utilizando, para isso, linguagem de fácil compreensão e tendo gestos e palavras de amizade e companheirismo. Consideravam que essas estratégias ajudavam a convencer e motivar essas pessoas a seguirem o tratamento. Seus recursos argumentativos eram distintos, considerando sempre as diferentes situações encontradas, que envolviam

desde convencer a pessoa com sintomas sugestivos de TB a realizar exames diagnósticos, até mesmo a aceitação do tratamento e de sua condição de ter TB.

O **convencimento** foi destacado como uma habilidade importante do profissional e envolvia, por exemplo: convencer a pessoa a realizar o tratamento da forma como foi prescrito, mesmo com os efeitos colaterais que os medicamentos provocavam, os quais poderiam ser amenizados; convencer a pessoa a aceitar outro profissional, quando as circunstâncias a fizeram perder a confiança naquele que a estava atendendo; convencer os comunicantes com infecção latente de TB (ILTb) a realizarem tratamento; ajudar a pessoa a aceitar o Tratamento Diretamente Observado (TDO), uma vez que ele requer mudanças na rotina; convencer a pessoa a continuar com o tratamento, quando ocorreu a melhora clínica; convencer que ela não precisa se aposentar; que a doença tem cura e que o trabalho é algo importante; e amenizar as frustrações advindas dos problemas logísticos da rede de atenção à saúde, como falta de profissionais, dificuldades na realização de alguns exames, demora dos resultados serem informados, entre outras. Todas essas ações eram permeadas pela necessidade de ajudar a pessoa com TB a aceitar sua condição de saúde e vivenciar a experiência do tratamento da melhor forma possível, evitando o abandono ou o não comparecimento aos serviços de saúde. O convencer exigia das enfermeiras esforços e argumentações, o que era além de apenas explicar a situação que a pessoa precisava entender.

As enfermeiras enfatizaram que **assumiam a responsabilidade** pelo tratamento da TB e o cuidado das pessoas com essa doença, tendo uma conduta proativa para que o tratamento seguisse adiante, afastando as possibilidades de abandono. Para isso, usavam algumas estratégias que consideravam efetivas, como o estabelecimento de um relacionamento mais próximo dessas pessoas, ou seja, **construíam um forte vínculo** com as mesmas, mostrando-se interessadas. Esse vínculo era iniciado no primeiro acolhimento, geralmente, ao ser efetuado o diagnóstico, ou mesmo anteriormente, como parte de sua atuação como enfermeiras da Estratégia Saúde da Família (ESF). Nesses momentos de cuidar da pessoa com TB, **a persistência das enfermeiras** revelava-se como uma ferramenta para manter a pessoa em seu tratamento e permitir que o mesmo fosse concluído da melhor forma possível. Uma das estratégias que as enfermeiras usavam era de mostrarem-se interessadas na pessoa e no seu tratamento, o que, acreditavam, motivava a pessoa a continuar seu tratamento, sentindo-se satisfeita com o cuidado que recebia.

O **acesso facilitado** ao atendimento em saúde também foi evidenciado como uma estratégia para manter a pessoa vinculada ao serviço e promover maior satisfação em comparecer à unidade. Facilitar o acesso aos serviços dentro da unidade básica de saúde era um meio para garantir a atenção à pessoa com tuberculose e não causar insatisfação diante de um serviço que ela iria frequentar, rotineiramente, por no mínimo seis meses. Nessa condição, a pessoa com TB tinha prioridade no atendimento: entrava na unidade e ia direto à sala da enfermeira e ficava com acesso livre para que, em caso de qualquer dificuldade, procurasse pela enfermeira. Seu prontuário era o primeiro que ia para a sala do médico, para ser a primeira a ser chamada.

Segundo as enfermeiras, essa prioridade da pessoa com TB ocorria por se tratar de uma doença infectocontagiosa e que poderia expor as outras pessoas. Além disso, também havia o preconceito por parte das outras pessoas; o fato de o tratamento ser difícil, levando as pessoas a terem vontade de abandonar, quando não existiam mais sintomas. Acreditavam que, se as pessoas tivessem dificuldades de acesso às consultas e aos profissionais, a chance de abandono seria maior. Elas comentavam que esse tipo de cuidado exigia um acompanhamento da pessoa, não a perdendo de vista, devido a ser um tratamento antibacteriano de uma infecção transmitida por via respiratória, que poderia ter desfecho fatal se não tratado, podendo acometer outras pessoas e, ainda, desenvolver resistência bacteriana, caso a exposição à droga ocorresse de forma inadequada.

As enfermeiras participantes do estudo relataram que tentavam **promover um melhor acolhimento por parte dos outros profissionais envolvidos no tratamento**. Elas estimulavam os demais profissionais a não rotularem a pessoa acometida com termos que traziam repercussões preconceituosas, também tentavam inserir outros profissionais nesse cuidado, na medida do possível, e deixavam claro que, quando a pessoa chegasse à unidade, ela podia ser encaminhada, prontamente, para a sala da enfermeira.

Para **garantir o cumprimento do protocolo** de ações na TB, as enfermeiras desenvolviam um conjunto de ações de cuidado: orientar; notificar; investigar; entregar medicamentos; trazer a família para perto; acolher; realizar visita domiciliar; promover a adesão ao tratamento; propiciar a realização de exames; fazer a pessoa se sentir bem; verificar ganho de peso e pressão arterial; verificar reações colaterais dos medicamentos; cuidar das comorbidades; checar resultados dos exames; responder aos gestores, dentre outras. Entendiam que, nesse cuidado, era essencial não "perder a pessoa de vista", deixá-la vinculada ao serviço

de saúde e, nesse contexto, permitir à pessoa seu protagonismo e o viver, normalmente, dentro das possibilidades do seu contexto de vida. Assim, o cuidado à pessoa com TB ocorria de forma mais centrada nas questões subjetivas, que perpassavam por todo o cuidar. O contexto de vida da maioria das pessoas com TB exigia da enfermeira formas de lidar com as situações.

O lidar com pessoas e situações no contexto da TB envolvia lidar com tantas situações diferentes, como ver de frente a pobreza, as drogas, as doenças de imunodeficiência, os estigmas, os preconceitos, os medos, os sofrimentos, os isolamentos, os sentimentos, o levar para sempre a doença. Falar sobre essas situações, muitas vezes, dramáticas, levavam algumas enfermeiras a emocionarem-se e não conterem as lágrimas. Outras assumiram uma posição de defesa emocional, com faces e falas mais sérias e um pouco duras, e outras demonstraram grande reflexão do que estavam falando, muitas vezes, admitindo que não paravam para pensar nisso e que participar do estudo estava promovendo esta oportunidade.

## **DISCUSSÃO**

Cuidar da pessoa com TB possibilitou às enfermeiras vivenciarem diversas situações e contextos de saúde e de doença, algumas vezes, satisfatórias, outras tristes ou difíceis. Nessas vivências, as dimensões do cuidado foram clínicas, gerenciais ou educativas, e tinham como foco a possibilidade do viver saudável e o alcance da cura.

A preocupação com as condições socioeconômicas advém do fato de as enfermeiras participantes saberem que a maioria das pessoas com TB vive em situação de vulnerabilidade pessoal e social, o que coloca em risco a adesão ao tratamento. Essa condição de carência econômica e social, observada em outros estudos, começa fragilizando a pessoa, mental e fisicamente, e, com a doença, acaba revelando-se até na dificuldade de acesso ao diagnóstico, perpassando pela necessidade de incentivos e benefícios que essa pessoa precisa para seguir seu tratamento de forma adequada (VILLA; RUFINNO-NETTO, 2009; RODRIGUES; MOTTA; FERREIRA, 2013; NOGUEIRA et al., 2012; OBLITAS et al., 2010; BRASIL, 2013).

Dentro das precárias condições socioeconômicas, o acesso à educação torna-se mais difícil, o que foi comum entre as pessoas acometidas pela TB que eram cuidadas pelas enfermeiras participantes, e que também foi revelado em outros estudos (NOGUEIRA et al., 2012; PALHA et al., 2012). A compreensão da doença pela pessoa com TB,



seus familiares e a comunidade constitui um fator relevante para minimizar o estigma que acompanha a doença. Para tanto, fazem-se necessários a sensibilização e o reconhecimento dos profissionais de que a sociedade tem influência na saúde da população, e, assim, faz-se importante promover a articulação entre os diversos equipamentos sociais locais que possam contribuir tanto na promoção do controle da doença, quanto na compreensão do que é esta doença e, com isso, evitar o preconceito e o isolamento dessas pessoas (QUEIROZ; BERTOLOZZI, 2010). O conhecimento da doença permite maior adesão às medidas de controle de disseminação do bacilo dentro das famílias e colabora para o seguimento adequado do tratamento (GONZALEZ-ANGULO et al., 2013; SHIMAMURA et al., 2013; BRASIL, 2012b).

Nesse cuidado, há que se considerar que a riqueza de afetos alivia as dores e os sofrimentos do corpo e da alma. Nada remove mais o medo do que a companhia de outra pessoa. Por isso, a aproximação efetiva com os profissionais de saúde e o apoio incondicional da família são elementos ímpares para um completo restabelecimento de saúde. Assim, pode-se entender a preocupação das enfermeiras com o contexto de relacionamentos da pessoa com TB, por entenderem que uma pessoa sem apoio, afeto e motivações fica mais vulnerável a fracassar no enfrentamento da doença (STORK; ECHEVARRÍA, 2005).

Preocupar-se com o sofrimento e os sentimentos que a TB pode causar é parte do cotidiano das enfermeiras participantes, e também é destacado pelo MS e outros estudos, que recomendam que os enfermeiros atentem para o sofrimento advindo do diagnóstico, devido a situações de discriminação social que podem ser vivenciadas pelas pessoas acometidas pela doença, dificultando o tratamento dessa enfermidade (BRASIL, 2011; SOUZA; SILVA; MEIRELES, 2010; RODRIGUES; MOTTA; FERREIRA, 2013).

Vivenciar o contexto de uma doença carregada de estigmas e preconceitos gera emoções e sofrimentos aos acometidos por ela (SONTAG, 1984). Esse sofrimento não se cura apenas com medicamentos, uma vez que a doença exige mais que soluções técnicas, por não atingir apenas o corpo físico, mas provocar implicações no âmbito psicossocial. Fazem-se necessários, também, diálogo e apoio como cuidados para aliviar as situações de dor, sofrimento e isolamento, dando motivos para suportar e vencer a doença. O cuidado precisa combinar elementos técnicos com a condição de lidar com seres humanos. Dessa forma, a primeira condição para tratar de pessoas acometidas por uma doença, seria, inicialmente, aceitá-la e permitir que

viva seu contexto de vida, empregando todos os meios cabíveis para possibilitar o cuidado e a cura (STORK; ECHEVARRÍA, 2005; SOUZA; SILVA; MEIRELES, 2010; RODRIGUES; MOTTA; FERREIRA, 2013; OBLITAS et al., 2010). As enfermeiras participantes, então, relataram que os estigmas, os preconceitos e os sofrimentos advindos da doença geravam preocupações e que elas tentavam construir relações de cuidado que amenizassem essas situações trazidas pela doença.

Nesse contexto da doença, o retorno à vida normal da pessoa com TB é um desafio para as pessoas, por saberem que passar pela experiência de ter uma doença infectocontagiosa, carregada de preconceitos e estigmas, modifica a vida cotidiana e os relacionamentos com outras pessoas e familiares, podendo partir para uma cronicidade social. Assim, é importante que o profissional valorize a melhora clínica, como possibilidade de a pessoa retornar à sua rotina de vida normal, voltando a frequentar os espaços sociais, como o trabalho, a escola e o lazer, após negatificação da baciloscopia (SOUZA; SILVA; MEIRELLES, 2010; RODRIGUES; MOTTA; FERREIRA, 2013).

Estudo que escutou pessoas com TB retratou situação semelhante ao apontado pelas enfermeiras participantes, nas falas dessas pessoas em relação à cronicidade social da TB (SOUZA; SILVA; MEIRELLES, 2010). Preocupar-se com a vida social das pessoas sob seus cuidados demonstra valores intrínsecos da enfermagem, uma vez que esta convive com dores e alegrias originadas na relação com as pessoas. Faz parte, então, do processo de cuidar das pessoas o compartilhar experiência e oportunidades de vida, de saúde e de doença (SOUZA et al., 2005).

A TB, por ser considerada, historicamente, uma doença da pobreza e da privação (SONTAG, 1984), ao acometer pessoas com boas condições de vida, gerou preocupação nas enfermeiras deste estudo, devido à sensação de propagação descontrolada da doença. Essa preocupação, também presente em outro estudo, pode demonstrar um estereótipo da pessoa com TB em ser alguém desassistido socialmente (RODRIGUES; MOTTA; FERREIRA, 2013).

O fato de transmissibilidade da doença e da propagação descontrolada ser preocupante dá-se devido à constante realidade de que outras pessoas podem vir a adoecer devido ao contato com pessoa em seu período de transmissão, inclusive os próprios profissionais de saúde, as crianças, os idosos e os imunodeprimidos. A pessoa com TB bacilífera seria, então, uma fonte de contaminação, o que acarretava preocupações nas enfermeiras participantes, somando-se, ainda, a questão de que, nessa condição, a pessoa não seja isolada erroneamente,

podendo prejudicar seu tratamento (RODRIGUES; MOTTA; FERREIRA, 2013).

O tratamento inadequado, por sua vez, pode gerar resistência bacteriana, a qual foi apontada como algo preocupante pelas enfermeiras deste estudo, que comentaram a dificuldade para elucidar a resistência e para tratar as pessoas com a forma resistente e, ainda, impedir a disseminação desse bacilo. As publicações internacionais sobre TB têm alertado para a presença da forma resistente do bacilo aos medicamentos utilizados para tratar a infecção e a dificuldade em diagnosticar, precocemente, a doença e a resistência do bacilo (WHO, 2014a; WHO, 2014b).

Ao permitir a fala dessas pessoas e orientar os cuidados para além das prescrições padronizadas, as enfermeiras participantes ficavam numa condição de relacionamento que as tornava responsáveis e ligadas emocionalmente a esse cuidado. Nesse contexto, o enfermeiro deve considerar a pessoa não apenas como alguém com uma doença a ser tratada, mas como uma pessoa que possui vida particular, relacionamentos, ocupação, e possui formas particulares de se cuidar. Assim, a pessoa acometida não se resume a ser um objeto do processo de cuidar, mas tem potencial para ser um agente transformador desse (OLIVEIRA et al., 2009). Essa forma de considerar a pessoa com TB foi revelada, também, nas falas das enfermeiras deste estudo.

Assim como foram observadas, junto às enfermeiras participantes, a motivação e estimulação para fazer a pessoa seguir o tratamento, também foi uma estratégia utilizada por enfermeiras japonesas no cuidado à pessoa com TB (SHIMAMURA et al., 2013).

O cuidado caracteriza-se pelo envolvimento entre quem cuida e quem é cuidado e, portanto, inclui a responsabilidade e o compromisso moral. Relações de cuidado tornam a pessoa sensível e a potencializam para ajudar outras pessoas a lidarem com as adversidades (WALDOW, 2004). Nessa relação entre as enfermeiras participantes e as pessoas com TB, foi evidenciada a existência de um relacionamento alicerçado na responsabilidade e respeito, onde o foco seria o restabelecimento de saúde da pessoa acometida. Nos momentos de relacionamentos relatados neste estudo, fazia-se importante reforçar as orientações para o sucesso do tratamento.

Neste sentido de fortalecer o cuidado, a orientação às pessoas com TB e seus familiares quanto ao uso da medicação, esclarecendo dúvidas e desmistificando tabus e estigmas, constitui uma importante prática a ser desenvolvida pelos enfermeiros, segundo o MS (BRASIL, 2011). Nesse aspecto, as enfermeiras deste estudo tentavam convencer a

pessoa com TB e seus familiares de que a doença tinha cura e de que o tratamento instituído era a forma de alcançar essa cura.

Para promover a continuidade do cuidado à pessoa com TB e o conhecimento pela equipe de saúde da questão social, econômica e cultural da pessoa acometida e de sua família, fortalecendo a relação terapêutica, a construção do vínculo configura-se como de grande relevância. O vínculo está intimamente relacionado à prática de cuidados efetiva, onde ocorrem troca de afetos e convivência potencialmente reconstrutora de autonomias (SOUZA et al., 2010). Esse vínculo também fortaleceu-se, segundo as enfermeiras deste estudo, pelo fato de as mesmas acompanharem a pessoa com TB até o fim do tratamento. Achado semelhante foi encontrado em outro estudo realizado nessa temática (PONCE et al., 2011).

O longo tempo de atuação das enfermeiras participantes no cuidado às pessoas com TB e o conhecimento que tinham da comunidade onde atuavam foram elementos que facilitaram a qualidade da atenção a essas pessoas, como também foi destacado em outro estudo, que indicou que o tempo de atuação e experiência das enfermeiras pode explicar a ligação com as pessoas sob seus cuidados. Essa convivência gera confiança e vínculo na relação entre esses sujeitos (DEL CASTILLO et al., 2009; SHIMAMURA et al., 2013). Desenvolver um trabalho de forma humanizada, apropriando-se das reais necessidades das pessoas, prezando pela qualidade do serviço, transmitindo segurança e confiança e construindo vínculos, permite a efetivação de um cuidado anteriormente planejado (SILVA; ALVES, 2008).

Ter persistência e mostrar-se interessada foi uma estratégia das enfermeiras deste estudo para fazer a pessoa com TB permanecer vinculada ao tratamento instituído. O fato de a pessoa com TB perceber que os profissionais que cuidam dela têm interesse em sua recuperação faz com que ela tenha um compromisso com esse cuidado (SHIMAMURA et al., 2013). A persistência das enfermeiras perpassou, principalmente, pelas ações desenvolvidas junto a pessoas com possibilidades de abandono, devido ao álcool, drogas, falta de residência fixa e precárias condições de vida de uma forma geral.

Facilitar o acesso à unidade, aos profissionais e aos serviços de saúde foi apontado como ação estratégica, desenvolvida pelas enfermeiras participantes. Outros estudos também apontaram o acesso facilitado como estratégia importante e que garantia a construção e fortalecimento do vínculo (NOGUEIRA et al., 2012; PALHA et al., 2012).

De forma estratégica, também encontra-se a promoção do acolhimento dos profissionais, que se fundamenta na necessidade de fazer ocorrer o acolhimento na unidade de saúde e permitir um relacionamento saudável com os profissionais da saúde. O relacionamento permeado por uma comunicação eficaz e iniciado pelo acolhimento fez parte do cuidado de enfermagem desenvolvido, como importante ferramenta. A comunicação eficaz tem capacidade de gerar vínculos entre profissionais e pessoas, transmitir responsabilidades e confiança para elas, conhecer as legítimas necessidades de saúde dessas pessoas, além de promover uma autonomia para zelar pela saúde delas. Por sua vez, o acolhimento constitui-se uma forma de garantir a humanização da assistência à saúde, desenvolvendo práticas de cuidado com maior resolutividade e responsabilidade (SILVA; ALVES, 2008). Por isso, as enfermeiras deste estudo relataram preocupações com o acolhimento e com os relacionamentos das pessoas com TB nos serviços de saúde.

No encontro entre a pessoa com TB e o profissional de enfermagem, ocorre a prática do cuidado, iniciado pelo acolhimento dessa pessoa. Nesse encontro, eles trocam conversas, escutam-se, e torna-se possível a acolhida das intenções e expectativas de cada um para com a relação, que estará mantendo-se. Nesse contexto, existe a necessidade de uma construção coletiva de uma experiência comum, que contenha característica de solidariedade e igualdade, para promover transformações nas pessoas e implementação das práticas de saúde (BRASIL, 2011).

Para garantir o seguimento do protocolo do MS, as enfermeiras deste estudo falaram que desenvolviam as ações recomendadas pelo Ministério, seguindo os manuais deste sobre a TB. Assim, os cuidados relatados por elas foram convergentes ao que o MS (BRASIL, 2011) propõe no cuidado à pessoa com TB.

As enfermeiras participantes demonstraram que o cuidado à pessoa com TB vai além de procedimentos técnicos, perpassa pela compreensão do modo de viver dessa pessoa, suas crenças e valores. Esses fatores interferem e influenciam na qualidade de vida dos envolvidos e, conseqüentemente, na saúde e na doença dos mesmos. Cuidar com essas perspectivas permite fornecer à pessoa sob seus cuidados possibilidades que favoreçam a reflexão e a autonomia para a tomada de decisão (SEIMA et al., 2011).

Destaca-se, portanto, que o cuidado de enfermagem demanda esforços transpessoais do enfermeiro para a pessoa sob seus cuidados. Esse cuidar visa proteger, promover e preservar a humanidade como um

todo, auxiliando as pessoas a encontrarem significados, enfrentamentos e forças diante da doença, do sofrimento e da dor, e entender sua própria existência (WALDOW; LOPES; MEYER, 1998).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Cuidar da pessoa com tuberculose exigiu das enfermeiras participantes deste estudo um esforço profissional e pessoal para atender às exigências e demandas para alcançar o restabelecimento de saúde da pessoa acometida e atingir as metas propostas pelo MS. Foi evidenciado que as ações das enfermeiras para que a pessoa tivesse sucesso no tratamento decorriam de sua preocupação com a pessoa com TB e as situações que permeavam essa pessoa, para que a mesma pudesse alcançar a cura e o restabelecimento de sua saúde.

Todavia, as preocupações e todo o esforço no desempenho das práticas das enfermeiras, embora de extrema importância, pareciam não ser o suficiente, em alguns casos, para alcançar melhores resultados, quando se tratava de situações que envolviam pessoas que usavam álcool, drogas e que eram moradoras de rua, e com precárias condições de vida, consideradas de risco para o abandono do tratamento. O cuidado de pessoas, nessas situações, demanda a participação de outros profissionais e serviços para lidarem com esse contexto social. Nas demais situações, as práticas das enfermeiras pareciam estar surtindo o efeito desejado, ou seja, a cura.

Diante de todo o contexto que perpassou pelo cuidado à pessoa com TB, percebemos que a grande estratégia para manter o vínculo e impedir o abandono por parte da profissional enfermeira foi lidar com as diferentes situações que surgiram no processo de cuidado, sem se limitar às ações mais formais e indicadas nos manuais e documentos oficiais, mas envolver-se, efetivamente, com cada pessoa e no contexto em que essas pessoas estavam inseridas.

Dessa forma, o cuidado, considerado complexo por ultrapassar as questões técnicas e envolver todo contexto de vida da pessoa acometida, exigiu uma abordagem ampla, com o conhecimento da pessoa com TB em todas as suas dimensões, para que, de fato, alcançasse-se a cura da doença e o restabelecimento da saúde e da vida dessa pessoa.

Este estudo, então, possibilitou uma compreensão do cuidado de enfermagem à pessoa com TB, a partir das preocupações advindas do cuidar e do lidar com esse cuidado, demonstrando que essas preocupações e as maneiras de lidar são questões que precisam ser

consideradas no planejamento das práticas, possibilitando traçar enfrentamentos e condutas para ações de sucesso.

Destacamos que o estudo realizado apresenta uma situação onde as enfermeiras atuavam havia longo tempo no mesmo local e no cuidado às pessoas com TB, o que é uma situação não muito frequente na atenção básica. Desse modo, estes resultados devem ser considerados no contexto em que foram produzidos. Assim, seria relevante conhecer como os enfermeiros com menos tempo de atuação pensam e executam as ações de cuidado da pessoa com TB e de controle da doença.

## REFERÊNCIAS

BARRETO, Anne Jaquelyne Roque et al. Organização dos serviços de saúde e a gestão do cuidado à tuberculose. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.7, p. 1875-1884, jul. 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Trata de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 dez. 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Brasil é reconhecido pela OMS por eficiência no controle da tuberculose**. 31 maio 2012b. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/05/brasil-e-reconhecido-pela-oms-por-eficiencia-no-controle-da-tuberculose>>. Acesso em: 23 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**: o controle da tuberculose no Brasil: avanços, inovações e desafios. v. 44. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na atenção básica**: protocolo de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRUNELLO, Maria Eugênia Firmino et al. Nursing Approach to the Control of Tuberculosis: Scientific Publications (2002-2011). **Int. J. Res. Nurs.**, v. 3, n. 2, p. 30-37, 2012.

- CORBETT, Elizabeth L. et al. The growing burden of tuberculosis: global trends and interactions with the HIV epidemic. **Arch. Intern. Med.**, v. 163, n. 9, p. 1009-1021, maio 2003.
- DEL CASTILLO, Amanda Diniz et al. A operacionalização das ações do programa de controle da tuberculose na rede básica de saúde do município de Porto Velho, RO. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 29, n. 6, p. 84-89, abr. 2009.
- GOLUB, J. E. et al. Active case finding of tuberculosis: historical perspective and future prospects. **Int. J. Tuberc. Lung Dis.** v. 9, n. 11, p. 1183-1203, nov. 2005.
- GONZALEZ-ANGULO, Yulieth et al. Knowledge and acceptability of patient-specific infection control measures for pulmonary tuberculosis. **Am. J. Infect. Control.**, v. 41, n. 8, p. 717-722, ago. 2013.
- NJOZING, Barnabas N et al. Voices from the frontline: counsellors' perspectives on TB/HIV collaborative activities in the Northwest Region, Cameroon. **BMC Health Services Research**, London, v. 11, n. 328. 2011.
- NOGUEIRA, Jordana de Almeida et al. Vínculo e acesso na estratégia saúde da família: percepção de usuários com tuberculose. **Rev Rene.**, v. 13, n.4, p. 784-793, 2012.
- OBLITAS, Flor Yesenia Musayón et al. O papel da enfermagem no controle da tuberculose: uma discussão sob a perspectiva da equidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p. 130-138, fev. 2010.
- OLIVEIRA, Deyse Cardoso et al. O processo de trabalho e a clínica na enfermagem: pensando novas possibilidades. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 17, n. 4, p. 521-526, out./dez. 2009.
- PALHA, Pedro Fredemir et al. Acesso aos serviços de atenção à tuberculose: análise da satisfação dos doentes. **Ver. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 342-348, abr. 2012.
- PONCE, Maria Amélia Zanon et al. Vínculo profissional/doente no tratamento da tuberculose: desempenho da atenção básica em município



do interior paulista. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 1222-1229, out. 2011.

QUEIROZ, Elisângela Martins de; BERTOLOZZI, Maria Rita. Tuberculose: tratamento supervisionado nas Coordenadorias de Saúde Norte, Oeste e Leste do Município de São Paulo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 453-461, jun. 2010.

RODRIGUES, Ivaneide Leal Ataíde; MOTTA, Maria Catarina Salvador da; FERREIRA, Márcia de Assunção. Representações sociais de enfermeiros sobre o portador de tuberculose. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 172-178, 2013.

SÁ, Lenilde Duarte de et al. Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 356-363, abr. 2012.

SEIMA, Márcia Daniele et al. A produção científica da enfermagem e a utilização da teoria de Madeleine Leininger: revisão integrativa 1985 - 2011. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 851-857, dez. 2011.

SHIMAMURA, Tamae et al. The Strategies of Japanese Public Health Nurses in Medication Support for High-Risk Tuberculosis Patients. **Public Health Nurs.** v. 30, n. 4, p. 370-378, jul. 2013.

SILVA, Cleidiani Baptista da; LAFAIETE, Rute dos Santos; DONATO, Marilurde. O consumo de álcool durante o tratamento da tuberculose: percepção dos pacientes. **SMAD. Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, v. 7, n. 1, p. 10-17, abr. 2011.

SILVA, Livia Gomes da; ALVES, Marcelo da Silva. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Rev. APS**, v. 11, n. 1, p. 74-84, jan./mar. 2008.

SONTAG, Susan. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Graal, 1984. (Coleções Tendências, 6)

SOUZA, Káren Mendes Jorge de et al. Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 904-910, dez. 2010.

SOUZA, Maria de Lourdes de et al. O Cuidado em Enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 266-70, jun. 2005.

SOUZA, Sabrina da Silva de; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da; MEIRELLES, Betina Hömer Schindwein. Representações sociais sobre a tuberculose. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 23-28, 2010.

STORK, Ricardo Yepes; ECHEVARRÍA, Javier Aranguren. **Fundamentos de antropologia**: um ideal da excelência humana. São Paulo: Instituto Brasileiro de Filosofia e Ciência "Raimundo Lúlio", 2005.

STRAUSS, Alselm; CORBIN, Juliet. **Pesquisa qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

VILLA, Tereza Cristina Scatena; RUFFINO-NETTO, Antônio. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. **J. Bras. Pneumol.**, São Paulo, v. 35, n. 6, p. 610-612, jun. 2009.

WALDOW, Vera Regina. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petropolis, RJ: Vozes, 2004.

WALDOW, Vera Regina; LOPES, Marta Julia Marques; MEYER, Dagmar Estermann. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

WHO. TB CARE I. **International Standards for Tuberculosis Care**. Ed. 3. TB CARE I, The Hague, 2014a.

WHO. World Health Organization. **Global tuberculosis report 2013**. Geneva: WHO, 2013.

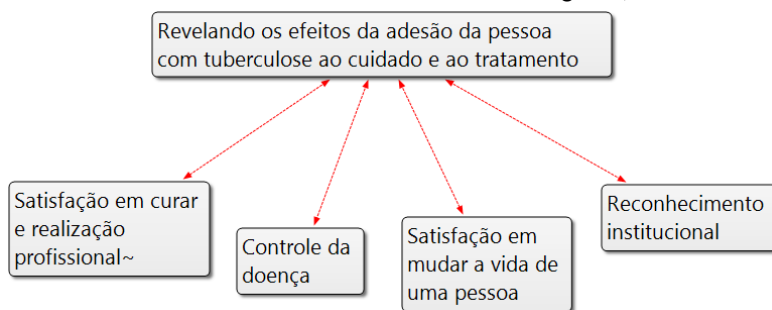
WHO. World Health Organization. **Reach the 3 million**: find, treat and cure TB. Geneva: WHO, 2014b.

#### 4.4 Categorias referentes às consequências do fenômeno

As consequências do fenômeno “Cuidando da pessoa com tuberculose na atenção básica de saúde” revelam os efeitos das ações e interações no processo de cuidar, e foram representadas pelas categorias “Revelando os efeitos da adesão da pessoa com tuberculose ao cuidado e ao tratamento” e “Revelando as implicações do abandono da pessoa com tuberculose ao cuidado e ao tratamento”, as quais se encontram detalhadas a seguir.

##### 4.4.1 Revelando os efeitos da adesão da pessoa com tuberculose ao cuidado e ao tratamento

Figura 8 - Categoria “Revelando os efeitos da adesão da pessoa com tuberculose ao cuidado e ao tratamento” e suas subcategorias, 2014



Fonte: Elaborada pela autora, utilizado *software* Atlas ti, 2014

Ao cuidar das pessoas com TB, as enfermeiras relataram que esse cuidado almejava a recuperação da saúde dessas pessoas e a cura e controle da doença. Para tanto, fazia-se necessário que a pessoa acometida tivesse adesão ao cuidado e ao tratamento preconizados. A adesão possibilitava obter como resultado a cura da doença e o restabelecimento de sua saúde, o que resultava por parte da enfermeira na satisfação em curar e na realização profissional advinda desse trabalho de colaborar com a cura de uma doença, especialmente, um tipo de doença que carrega estigmas e preconceitos e que muitas pessoas consideram fatal. Outro efeito dessa adesão seria, também, o controle da doença, pois o tratamento bem conduzido quebraria o ciclo de transmissão, por romper com a transmissibilidade respiratória, permitindo que a pessoa acometida deixasse a condição de bacilífera, o

que tinha um importante significado para quem estava, no momento, vivendo com a doença.

A adesão ao cuidado e tratamento resultava em satisfação por parte das enfermeiras em mudar a vida de uma pessoa. Adoecer por TB trazia muitas modificações na vida das pessoas acometidas, uma delas era o distanciamento social, que as pessoas relatavam para as enfermeiras, assim como a situação de ficarem um tempo afastadas do trabalho; as próprias modificações dentro de sua residência; e o fato de estar em tratamento medicamentoso. Foi relatado, ainda, que algumas pessoas acometidas chegaram a mudar hábitos permanentemente após ter alcançado a cura da doença, como alimentar-se adequadamente e até deixar de usar drogas e álcool. Dessa forma, as enfermeiras acolhiam as pessoas e suas famílias em uma situação de adoecimento por TB, e o desejo de modificar a forma como essas pessoas encontravam-se transformava-se, ao final do tratamento, em satisfação pessoal e profissional.

Significa ver a outra pessoa boa, boa no sentido da saúde estabelecida [...] eu acho que, no momento em que a gente consegue, acho que há de ser ele e nós, profissionais, conseguimos que essa pessoa alcance (adesão) [...] Se, realmente, tivesse esse tratamento, ficaria boa e que isso é muito bom para nós como profissionais de saúde, principalmente, para ele porque é paciente, não é isso? Então, assim, para gente é muito gratificante. *Codes: [Eu enfermeira: sente-se gratificada pela cura - Family: O eu enfermeira no cuidado a pessoa com TB] [Significado: de ver a pessoa curada - Family: Significado do cuidado] (P 7: ENTREVISTA N 11.rtf)*

O cuidar da tuberculose é um agente modificador da realidade [...] Eu acho que é dar uma nova chance, a ele, de vida. *Codes [Significado: dar uma nova chance de vida - Family: Significado do cuidado] (P 1: ENTREVISTA N 10.rtf)*

Os dois (casal), hoje, nenhum dos dois mais usa drogas, e eles deixaram o *crack* com medo de morrer porque tinham dois filhos. Então, assim, isso também, a tuberculose modificando a vida das pessoas, dando uma melhor qualidade de vida,

não é, aquele sentimento de morte, de tudo, isso também acontece, do jeito que existe o estigma da pessoa ser discriminada, mas existe também de você conseguir um outro caminho para sua vida. *Codes: [Significado: dar uma nova chance de vida - Family: Significado do cuidado]* (P 5: ENTREVISTA N 08.rtf)

Assim, de bom o que me marcou foi ter visto muitos pacientes que chegaram em condições muito extremas e que você viu o paciente melhorar, o paciente ficar bem, com a medicação, mudar de vida. *Codes: [Significado: dar uma nova chance de vida - Family: Significado do cuidado]* (P8: ENTREVISTA N 16.rtf)

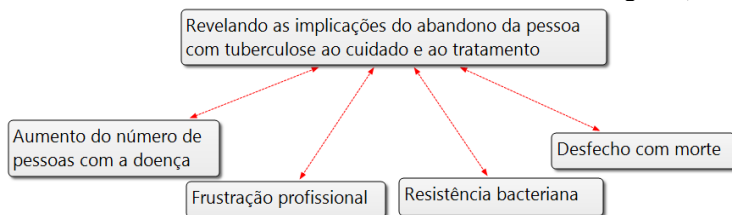
Significa dizer que você está ajudando aquela pessoa a ter a cura, integral e, também, evitando outros casos que venha acontecer, ou na casa, ou próximo da casa, ou na comunidade. *Codes: [Significado: de controlar a disseminação da doença - Family: Significado do cuidado] [Significado: de ver a pessoa curada - Family: Significado do cuidado]* (P 10: ENTREVISTA N 06.rtf)

Os resultados satisfatórios advindos do cuidado e tratamento instituídos repercutiam com um reconhecimento institucional, por parte da vigilância epidemiológica do Distrito Sanitário, que, por sua vez, apresentava pessoas em situações de alta por cura ao Departamento de Vigilância à Saúde do município, que repassava para a Secretaria Estadual de Saúde, a qual transmitia os resultados para o nível nacional. O aumento das taxas de cura proporciona reconhecimento do empenho de todos os envolvidos no controle da TB, desde o nível da atenção básica até a gestão municipal e estadual de saúde.

Dessa forma, a adesão ao cuidado e ao tratamento permitia o alcance de bons resultados para as pessoas com TB, suas famílias, os profissionais da saúde, a população como um todo e para os gestores em saúde.

#### 4.4.2 Revelando as implicações do abandono da pessoa com tuberculose ao cuidado e ao tratamento

Figura 9 - Categoria “Revelando as implicações do abandono da pessoa com tuberculose ao cuidado e ao tratamento” e suas subcategorias, 2014



Fonte: Elaborada pela autora, utilizado *software* Atlas ti, 2014

O abandono do cuidado e tratamento necessários diante da tuberculose trouxe diversas implicações negativas para as pessoas com TB e todos os envolvidos direta e indiretamente com a mesma, suas famílias, amigos, colegas de trabalho, profissionais de saúde, principalmente, para as enfermeiras, que assumiram o cuidado dessas pessoas e deviam responder por meio da investigação os motivos que levaram essa pessoa a abandonar o tratamento.

Inicialmente, o abandono implicava, consideravelmente, no aumento de pessoas com a TB, devido ao fato de a pessoa acometida continuar transmitindo a doença e não permitir romper o ciclo de transmissão. Isso podia acarretar no desenvolvimento de resistência bacteriana por parte das bactérias expostas, inadequadamente, aos antibióticos, o que tornava toda a situação ainda mais complexa.

O abandono do tratamento trazia um sentimento de frustração profissional para as enfermeiras, associado ao fato de não terem conseguido alcançar os resultados que se propunham no plano terapêutico para curar a pessoa e controlar a doença. Muitas enfermeiras relatavam que não gostavam de pensar na possibilidade de abandono e que faziam de tudo para que isso não acontecesse.

Continuar doente por TB também podia resultar em morte, o que torna o desfecho lamentável para todos os envolvidos no cuidado dessa pessoa. As enfermeiras relatavam sentimento de impotência diante de alguns tipos de abandono, por não terem como agir para resolver a situação trazida pela pessoa em sua condição de adoecimento. Muitas dessas situações estavam relacionadas ao uso de drogas e álcool e à falta de estrutura de vida oriunda do morar na rua.

Eu estou pensando no que eu falei agora há pouco tempo, que triste, ainda em século XXI, ainda se morrer por tuberculose, sabe, eu acho que é muito forte e que bom que a gente ainda [...] Codes: [Eu enfermeira: inconformada com a morte - Family: O eu enfermeira no cuidado a pessoa com TB] (P 7: ENTREVISTA N 11. rtf)

[...] esse negócio de abandono já gela minha alma, eu já fico gelada, para mim o paciente abandonou a tuberculose, para mim é uma morte, assim para mim é uma coisa que mexe muito comigo. Codes: [Eu enfermeira: sente-se mal devido abandono - Family: O eu enfermeira no cuidado a pessoa com TB] (P 8: ENTREVISTA N 16.rtf )

Porque vai ficar aquela coisa do bacilo resistente, contaminando outras pessoas, ele vai morrer de tuberculose nos dias de hoje, no mundo de hoje com tanta tecnologia, com toda a evolução e você morrer com uma doença tão banal, eu diria assim, que tem cura, que tem acompanhamento, então, para mim o abandono é algo que marca muito, sempre. Eu sempre digo que a falha é nossa mesmo. Em algum momento a gente falhou na abordagem no cuidado e na hora de pedir ajuda. Porque tem coisas que realmente foge da nossa competência. Codes: [Eu enfermeira: sente-se culpada pelo abandono - Family: O eu enfermeira no cuidado a pessoa com TB] Codes: [Eu enfermeira: considera o abandono sério devido resistência - Family: O eu enfermeira no cuidado a pessoa com TB] [Preocupando-se: com a resistência bacteriana] (P 4: ENTREVISTA N 15.rtf)

A situação trazida pelo abandono do tratamento impedia de se concluir o processo de cuidar de uma pessoa diante de sua condição de adoecimento, o que exigia das enfermeiras mais esforços e novas formas de atuação frente à pessoa e à sua família, fazendo com que o cuidado retomasse a sua condição inicial, pois seria um novo começo de todo o processo, iniciar com a situação do abandono, exigindo novos planos terapêuticos.

A seguir, apresentamos os três manuscritos, que complementam a explicitação do modelo teórico elaborado.

#### **4.5 Síntese dos achados dos integrantes do segundo, terceiro e quarto grupos amostrais**

O foco do estudo foi o cuidado do enfermeiro à pessoa com TB. Dessa forma, os dados provenientes do segundo, terceiro e quarto grupos amostrais foram complementares na construção do Modelo Teórico, trazendo informações relevantes e que convergiram ao que foi trazido pelo grupo amostral das enfermeiras. Evidenciam um trabalho interdisciplinar que se mostra com limitações para atender ao que é proposto na atenção à saúde da pessoa com TB. Assim, consideramos relevante apresentar, de forma sintética, os principais resultados desses grupos amostrais.

Os resultados advindos do segundo grupo amostral, formado pelas médicas, técnicas e auxiliares de enfermagem, evidenciaram que a equipe, como um todo, tem alguma participação no cuidado à pessoa com TB, mas que a maioria das atividades ficava com a enfermeira, incluindo: o início do tratamento e realizações de exames; o acompanhamento e as orientações da alta; a responsabilidade de registrar e responder pelo andamento do cuidado e tratamento oferecido. Reconheciam que as enfermeiras possuíam o vínculo mais forte com as pessoas com TB e sua família e tinham compromisso no cuidado que desempenhavam.

As técnicas e auxiliares de enfermagem revelaram que suas atividades eram bastante técnicas e rotineiras, restringindo-se, na maioria das vezes, às atividades dentro da unidade de saúde, nos setores de triagem, preparo de material, curativos e vacinas. Falaram que o contato maior com a pessoa com TB era na triagem, onde elas verificavam peso e pressão arterial, checavam o prontuário e encaminhavam para a enfermeira ou o médico, quando era o caso. Algumas enfermeiras relataram que as técnicas de enfermagem tinham competência para assumir outras atividades junto às pessoas com TB, como, por exemplo, atuarem na educação em saúde, e que isso não era feito, por existir uma comodidade em deixar as situações como estavam. As técnicas e auxiliares de enfermagem explanaram o interesse em participar de mais atividades referentes ao cuidado à pessoa com TB, principalmente, as ações de educação em saúde, mas que, para isso, gostariam de ter mais conhecimentos. Elas falaram que os treinamentos e capacitações eram destinados somente às enfermeiras.



As profissionais da vigilância epidemiológica apontaram que em algumas situações, quando a enfermeira estava de férias ou afastada, ou bastante atarefada, os técnicos de enfermagem recebiam a delegação de responder pela atenção à pessoa com TB junto ao Distrito e repassar informações necessárias à vigilância.

As médicas participantes foram indicadas pelas enfermeiras por serem as médicas que tinham participação mais efetiva no tratamento das pessoas com TB. Essas médicas relatavam atuação em parceria com as enfermeiras e tinham foco na cura da pessoa acometida. Falaram do contexto, levantaram dificuldades semelhantes aos demais participantes e reconheceram o importante papel da enfermagem e, também, o delas. Outros médicos foram abordados, mas não quiseram participar do estudo.

O terceiro grupo amostral, formado pelas profissionais da vigilância epidemiológica do distrito sanitário, revelou que as enfermeiras, realmente, eram as responsáveis pela realização do cuidado à pessoa com TB na atenção básica, e que essa responsabilidade iniciava com o acolhimento dessa pessoa e a introdução de seu tratamento até a informação da alta por cura ou das providências a serem tomadas diante do abandono. Revelaram que as enfermeiras notificavam toda situação que envolvia o contexto de adoecimento da pessoa com TB. Ressaltaram que a maioria das enfermeiras e profissionais envolvidos no cuidado à pessoa com TB tinha responsabilidades e compromissos, e que a alta incidência da doença e o abandono do tratamento no município estavam ligados às questões de pobreza, com os moradores de rua e usuários de álcool e drogas, demonstrando que as vulnerabilidades sociais tinham importante impacto negativo no controle da doença no município. Enfatizaram que a consolidação e a execução do TDO vinham sendo bastante difíceis, assim como o diagnóstico oportuno na atenção básica, e que a maioria das unidades de saúde enfrentava dificuldades nestes aspectos. Os resultados advindos deste grupo amostral foram bastante expressivos neste estudo, uma vez que as responsáveis pela TB no distrito tinham relacionamentos frequentes com todas as enfermeiras do primeiro grupo amostral, devido ao acompanhamento contínuo da atenção às pessoas com TB e suporte necessário ao desenvolvimento desse cuidado.

O quarto e último grupo amostral, formado pelas pessoas com TB, evidenciou que as enfermeiras estavam bastante presentes no cuidado a elas e que acompanham todo o tratamento, desde o início, após elucidação do diagnóstico, até a alta. Revelaram que as enfermeiras sempre estavam esclarecendo e orientando-as quanto à doença, ao seu

tratamento, aos cuidados necessários e às formas de enfrentar e viver com a doença até sua cura. Expressaram as dificuldades existentes na elucidação da doença e no enfrentamento para vencer a doença e as situações trazidas pela mesma. O apoio familiar era visto como de grande importância para a adesão ao tratamento e para viver bem diante da doença.

Os resultados trazidos por esses quatro grupos amostrais revelaram, de forma geral, como vinha ocorrendo o cuidado de enfermagem à pessoa com TB em seu contexto de adoecimento, na atenção básica de saúde. Esse cuidado tem sido centralizado na enfermeira, e enfrentado diversos obstáculos para sua concretização. O trabalhar com TB revelou demandar acolhimento, vínculo e responsabilizações, trazendo para os envolvidos, diretamente, satisfação e realização pessoal e profissional com o alcance da cura, e frustração e sentimento de impotência diante das situações de abandono.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar o cuidado da pessoa com TB sob a perspectiva dos enfermeiros na atenção básica de saúde, por meio de um estudo qualitativo, utilizando os pressupostos da TFD, possibilitou uma compreensão singular de como esse cuidado estava acontecendo, quem eram os principais protagonistas do mesmo, que dificuldades e situações estavam sendo enfrentadas para efetivar esse cuidado e possibilitar alcançar a cura, e em qual contexto ocorria o cuidado à pessoa acometida pela doença. Essa compreensão permitiu a construção de um modelo teórico que representa esse cuidado de uma forma expressiva, permitindo visualizar o que acontece quando esse cuidado se dá por concreto.

Este estudo sustentou a tese proposta de que o cuidado à pessoa com TB na atenção básica de saúde envolve peculiaridades individuais e sociais, demanda do enfermeiro um comprometimento e um envolvimento capazes de considerar, nas suas práticas, o contexto de vida dessa pessoa e sua família, e que têm como limitação os cenários dos serviços de saúde, que envolvem a forma de organização da rede e as condições de trabalho onde ocorre o cuidado.

As peculiaridades do cuidado à pessoa com TB estão relacionadas ao contexto de vida dessa pessoa e à forma como a doença é tratada. O contexto demanda um compromisso por parte dos enfermeiros junto a essa pessoa e aos demais envolvidos no cuidado e tratamento. Tal comprometimento perpassa por três componentes: o ético/profissional, o institucional/político e o social, e foi a condição inicial para fazer o cuidado à pessoa com TB acontecer.

O cuidado de enfermagem ocorre por meio de uma interação entre o enfermeiro, a pessoa com TB e sua família, dentro de um contexto de adoecimento marcado por uma doença carregada de estigmas e preconceitos, e que, na maioria das vezes, acomete pessoas em situações de vulnerabilidade social. Nessa interação, foi evidenciado que as ações das enfermeiras, para que a pessoa tenha sucesso no tratamento, decorriam de sua preocupação com a pessoa com TB e das situações que permeavam essa pessoa. Essas ações estabeleceram um esforço profissional e pessoal por parte das enfermeiras, para atender as exigências e demandas da necessidade de alcançar o restabelecimento de saúde da pessoa acometida e a cura da mesma. Nessa perspectiva, percebemos que a grande estratégia, por parte da profissional enfermeira, para manter o vínculo e impedir o abandono, foi lidar com as diferentes situações que surgiram no processo de cuidado, sem se

limitar às ações mais formais e indicadas nos manuais e documentos oficiais.

Todo esse cuidado ocorre na rede de atenção à saúde, que conta com diversos serviços, outros profissionais, protocolos institucionais de atuação e condições de trabalho instaladas, além de ser concretizado por pessoas, seres humanos em diferentes papéis, profissionais de enfermagem e pessoas com TB.

O contexto do cuidado à pessoa com TB cria as circunstâncias para o aparecimento das dificuldades a serem enfrentadas, e estas por sua vez alteram o impacto do cuidado de enfermagem à pessoa com TB e as ações em geral de controle da doença, tendo repercussão direta no resultado final do cuidado e do tratamento. Considerar esse contexto e as dificuldades existentes é importante, pois o que está prescrito nos programas de controle da doença gira em torno do que deveria ser, o que nem sempre é convergente ao que acontece e como acontece o cuidado.

As dificuldades reveladas convergem em torno de três âmbitos: as relacionadas às precárias condições de vida das pessoas com TB, especialmente aquelas que são usuárias de álcool e drogas; as relacionadas às condições de trabalho, retratadas pela sobrecarga de atividades e ausência de estrutura e equipamentos necessários; e aquelas relacionadas à falta de estrutura da rede de atenção, como uma demanda maior do que a capacidade dos serviços suporta.

Portanto, conhecer e refletir sobre a forma como vem ocorrendo o cuidado permite aos profissionais da saúde e da enfermagem planejar e perpetrar modelos de cuidado que considerem aspectos relevantes para alcançar o restabelecimento da saúde e a cura da doença; permite também aos gestores repensar as formas como a política de saúde vem sendo elaborada e implementada.

Destacamos que as participantes enfermeiras estavam havia mais de 20 anos no cuidado à pessoa com TB, possuindo, dessa forma, ampla experiência nesse cuidado. Essas enfermeiras vivenciaram grandes mudanças nos modelos de cuidado propostos pelo sistema de saúde do país e do município onde atuavam, o que pode ter levado a terem esse forte compromisso revelado, com seu serviço e com as pessoas da comunidade onde atuavam havia longo tempo. Esse comprometimento é considerado um propulsor de um serviço que se esforça para garantir o acesso e a qualidade do cuidado à pessoa com TB diante de todas as dificuldades a serem enfrentadas para que a doença seja tratada e que a pessoa acometida restabeleça sua saúde, tenha um viver saudável e frequente satisfatoriamente seus espaços sociais.

Vale salientar que o compromisso, as preocupações, as maneiras de lidar, e todo o esforço no desempenho das práticas de enfermagem, embora de extrema importância, parecem não ser o suficiente, em alguns casos, para alcançar melhores indicadores quando se trata de situações que envolvem pessoas que usam álcool, drogas e que são moradoras de rua, e com precárias condições de vida, consideradas de risco para o abandono do tratamento. O cuidado de pessoas nessas situações demanda a participação de outros profissionais e serviços para lidarem com esse contexto social. Nas demais situações, as práticas das enfermeiras pareciam estar surtindo efeito desejado, da cura.

Diante dos achados, o estudo então possibilitou levantarmos algumas recomendações para o cuidado às pessoas com TB e sua família.

- Na formação acadêmica de enfermagem: preparar os futuros enfermeiros no sentido de que o conhecimento técnico é importante, mas não é o suficiente, uma vez que esse o cuidado à pessoa com TB exige competências no âmbito dos relacionamentos pessoais e na forma de enfrentar situações adversas junto a todas as pessoas que participam, direta ou indiretamente, desse cuidado, nos diferentes cenários onde o mesmo ocorre. Considerar, também, nessa formação, o desenvolvimento de atitudes de comprometimento com as pessoas e a comunidade, como propulsor de um cuidado humanizado e empenhado em alcançar resultados que promovam a saúde.
- Na educação permanente nos serviços de saúde: promover momentos e situações de aprendizagem que considerem o processo de trabalhos dos profissionais envolvidos e a mudança efetiva dessa educação nas práticas e ações de saúde. Considerar, ainda, que esse cuidado necessita de atuações interdisciplinares. Trazer para os momentos de capacitações simulações de como seria um cuidado realizado por profissionais com diferentes formações, envolvendo diversas categorias profissionais, o que poderá contribuir para fazer, de fato, acontecer a integralidade e alcance dos resultados almejados no cuidado à pessoa com TB.
- Na promoção da saúde e segurança dos trabalhadores: criar mecanismos para reestruturar os espaços e os postos de trabalho, considerando os princípios da ergonomia, que atendam às necessidades de conforto, bem-estar e satisfação no

trabalho, considerando os equipamentos e ferramentas de trabalho, a forma de organização deste e a estrutura física como um todo. Considerar a exposição ao risco biológico, materializado pelo bacilo de Koch, transmitido por via respiratória, e considerar a necessidade de ventilação nos espaços de atenção à pessoa com TB e o fornecimento e uso de Equipamentos de Proteção Individual adequados, principalmente máscaras, quando se fizer necessário. Considerar a saúde mental dos profissionais que estão diretamente ligados à saúde e doença da população, uma vez que o lidar com situações desse cuidado, muitas vezes, fragiliza o emocional e estressa o profissional, que enfrenta situações complexas para fazer esse cuidado acontecer diante das dificuldades existentes. Por fim, recomenda-se que os gestores da atenção básica de saúde revejam a legislação nos diferentes âmbitos em que exercem sua liderança, criando estratégias e formas de cumpri-las nos âmbitos dos serviços públicos de saúde, mesmo não havendo fiscalizações e penalidades, como ocorre na iniciativa privada.

- No Programa Nacional de Controle da TB: rever a efetivação da estratégia DOTS e considerar que, em alguns contextos, há efetivas dificuldades para sua implementação. Considerar a situação em que as pessoas desejam o sigilo da doença, em seu local de residência e no trabalho. Considerar que todos os profissionais da atenção básica e da ESF devem ter a responsabilidade perante esta estratégia e criar formas de avaliar essa responsabilidade, uma vez que o profissional enfermeiro não é exclusivo do cuidado às pessoas com TB e outros profissionais devem colaborar efetivamente com ele, principalmente os médicos e agentes comunitários de saúde. Rever o problema do itinerário percorrido pelas pessoas com TB para elucidação do diagnóstico e fortalecer a atenção básica na busca ativa e diagnóstico oportuno, oferecendo profissionais suficientes e capacitados, além de equipamentos e ferramentas para realização dos exames necessários. Rever a participação efetiva e o apoio matricial dos NASF e CAPS na atenção à pessoa com TB, como estratégia para lidar com pessoas em situações de vulnerabilidade social e risco para abandonar o tratamento. Rever a integração efetiva do controle da TB nas estratégias do SUS, como o Projeto Terapêutico Singular, o consultório de rua e demais dispositivos da gestão do cuidado

que estejam sendo elaborados, para que o controle da TB possa caminhar numa rede de atenção à saúde capaz de integrar ações de promoção e garantia da saúde.

- No Departamento de Atenção Básica de Saúde: promover a integração das ações de promoção da saúde junto à vigilância em saúde, em especial a vigilância epidemiológica, a sanitária e a saúde dos trabalhadores, para que toda a atenção à pessoa com TB esteja de fato inserida num contexto de responsabilidades partilhadas.
- Na pesquisa acadêmica sobre TB: realizar estudos de intervenção interdisciplinar e multidisciplinar para criar novas possibilidades de cuidados integrais, e efetivação das estratégias recomendadas com controle da TB. Realizar estudos com enfermeiros com menos experiência, para uma melhor elucidação do compromisso de enfermagem diante da pessoa com TB. Realizar estudos de coorte sobre a transmissão da TB entre os profissionais de enfermagem e avaliação das medidas de precaução e adoecimento devido à ocupação. Realizar estudos que abordem contextos de regiões diferentes para uma compreensão maior do fenômeno.
- Na prática de Enfermagem: desenvolver práticas de cuidados a partir do contexto de vida das pessoas acometidas e sua família. Envolver toda a equipe sob a responsabilidade do enfermeiro nas ações de cuidado e de educação em saúde, tendo como foco o acolhimento e a construção de vínculos. Solicitar sempre que necessário apoio de outros profissionais da saúde que melhor possam resolver as demandas de saúde da pessoa com TB, construindo parcerias com outros serviços e fortalecendo a interdisciplinaridade e a intersetorialidade. Desenvolver práticas que efetivem não apenas o cuidado e a cura da pessoa acometida, mas que alcancem maneiras de garantir a promoção da saúde das pessoas acometidas e suas famílias, ampliando estrategicamente o foco do cuidado de enfermagem, para além do cumprimento dos indicadores recomendados pelas políticas, como as taxas de abandono e cura.

O desenvolvimento do modelo teórico aqui apresentado poderá colaborar para a construção de um modelo de cuidado de enfermagem à pessoa com TB, mais aderente à realidade dos serviços de saúde e de forma a considerar a pessoa em seu contexto de vida.

Destacamos que o conhecimento construído com este estudo traz uma nova perspectiva, uma vez que a maioria dos estudos já realizados a que tivemos acesso não focalizou o cuidado na perspectiva dos enfermeiros, mas, sim, situações que dificultavam a atenção e o tratamento da pessoa com TB, contrastando-as com as recomendações nacionais e internacionais. Essas recomendações, por sua vez, também não revelam preocupação com os enfrentamentos dos enfermeiros para concretizar o cuidado, e alcançar não só a cura, mas o restabelecimento de vida e de saúde da pessoa acometida.

A abordagem metodológica da TFD permitiu apropriar-se do fenômeno, a partir das experiências dos participantes do estudo, e não de uma forma pré-concebida ou idealizada de como estava ocorrendo o cuidado à pessoa com TB na atenção básica de saúde. A maneira de coletar e de analisar os dados levou a uma imersão nos acontecimentos que ocorriam para o cuidado materializar-se e alcançar os objetivos pretendidos com o mesmo.

Destacamos que o estudo foi realizado com a participação de enfermeiras com ampla experiência no cuidado à pessoa com TB; e desenvolvido em apenas uma região do município, e do país.

Este estudo possibilitou-me uma experiência ímpar como estudante, enfermeira e professora. Por proporcionar o alcance de conhecimentos que antes não possuía; por ter tido a experiência de conduzir entrevistas em profundidade com enfermeiras com longo tempo de atuação; por ter aprendido a utilizar um *software* de análise qualitativa; por ter seguido uma metodologia sistematizada e com rigor de coleta e análise de dados; por ter convivido com minha orientadora e ter vivenciado e aprendido maneiras adequadas de orientar estudantes; por ter gerado um conhecimento que acredito será útil para melhorar as práticas de cuidado à pessoa com TB; e por ter mostrado que ainda tenho muito que aprender e ensinar, dentro da área da saúde e da enfermagem.



## REFERÊNCIAS

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; WALDMAN, Eliseu Alves; MORAES, Mirtes de. A tuberculose através do século: ícones canônicos e signos do combate à enfermidade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p. 367-379, 2000.

ASSIS, Elisângela Gisele de et al. A coordenação da assistência no controle da tuberculose. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 111-18, fev. 2012.

BARRETO, Anne Jaquelyne Roque et al. Organização dos serviços de saúde e a gestão do cuidado à tuberculose. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1875-1884, jul. 2012.

BASTA, Paulo Cesar. As pestes do século XX: tuberculose e AIDS no Brasil, uma história comparada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, fev.2006. Resenha de: NASCIMENTO, D.R. As pestes do século XX: tuberculose e AIDS no Brasil, uma história comparada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

BERTAZONE, Érika do Carmo; GIR, Elucir; HAYASHIDA, Miyeko. Situações vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem na assistência ao portador de tuberculose pulmonar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 374-381, jun. 2005.

BERTOLLI FILHO, C. **História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001. (Coleção Antropologia e Saúde)

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra**. 17. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

BORGES, Moema da Silva; SILVA, Hellén Cristina Pereira da. Cuidar ou tratar? Busca do campo de competência e identidade profissional da enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 823-829, out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 8080 de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras

providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Plano estratégico para o controle da tuberculose**: Brasil 2007-2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso. 8. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose na atenção básica**: protocolo de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 out. 2011c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Nota técnica nº 05 de 07 de outubro de 2011**: define critérios para a priorização de municípios no controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Trata de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 dez. 2012b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. v. 44

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**: o controle da tuberculose no Brasil: avanços, inovações e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atenção básica e saúde da família**. 2014b. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencobasica.php>> Acesso em: 20 ago. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica DAB. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de agentes comunitários de saúde, saúde da família e saúde bucal**: competência: setembro de 2013 a fevereiro de 2014. 2014c. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)> Acesso em: 08 jul. 2014.

BRUNELLO, Maria Eugenia Firmino et al. Nursing approach to the control of tuberculosis: Scientific publications (2002-2011). **Int. J. Res. Nurs.**, v. 3, n.2, p. 30-37, 2012.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007.

CASTRO, Cristiano Bel Alves de et al. Avaliação de um escore clínico para rastreamento de suspeitos de tuberculose pulmonar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1110-1116, dez. 2011.

CAVALCANTE, Elisângela Franco de Oliveira; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. Perfil de pessoas acometidas por tuberculose. **Rev. Rene. Fortaleza-CE**, v. 14, n. 4, p. 720-729, 2013.

CAYLÀ, Joan A; ORCAU, Angels. Control of tuberculosis in large cities in developed countries: an organizational problem. **BMC Medicine**, v. 9, n. 127, 2011.

CEPEn: Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). 2012. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/home/tesesedissertacoescepen.htm>> Acesso em: 10 nov. 2012.

CHIRINOS, Narda Estela Calsin; MEIRELLES, Betina Hörner Schlindwein. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. **Texto Contexto: enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 599-606, set. 2011.

SCOREL, Sarah et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**, Washington, v. 21, n. 2-3, p. 164-176, mar. 2007.

FABRI, Angélica da Conceição Oliveira Coelho et al. Cuidar em enfermagem: saberes de enfermeiros da atenção primária à saúde. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v. 7, n.2, p 474-480, fev., 2013.

FARIA, Lina. Educadoras sanitárias e enfermeiras de saúde Pública: identidades profissionais em construção. **Cad. Pagu**, Campinas, n. 27, p. 173-212, dez. 2006.

FIGUEIREDO, Tânia Maria Ribeiro Monteiro de et al. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 825-831, out. 2009.

GIOVANELLA, Ligia et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, jun. 2009.

GONCALVES, Helen. A tuberculose ao longo dos tempos. **Hist. Cienc. Saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 305-327, out. 2000.

HIJJAR, Miguel Aiub et al. Retrospect of tuberculosis control in Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, supl. 1, p. 50-57, set.2007.

HINO, Paula et al. Perfil dos casos novos de tuberculose notificados em Ribeirão Preto (SP) no período de 2000 a 2006. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1295-1301, 2011.

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**. 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>> Acesso em: 20 jun. 2013.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, dez. 2011.

LINDNER, Liandro. Da Cruz de Lorena ao Catavento: análise sobre as representações simbólicas e iconográficas na luta contra a Tuberculose. **J Manag Prim Health Care**, v. 3, n. 2, p. 141-150, 2012.

MACIEL, Marina de Souza et al. A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da Miséria. **Rev. Bras. Clin. Med.**, v. 10, n. 3, p. 226-230, maio/jun., 2012.

MACIEL, Ethel Leonor Noia et al. O conhecimento de enfermeiros e médicos que trabalham na estratégia de saúde da família acerca da tuberculose no município de Vitória (ES): um estudo de corte transversal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1395-1402, out. 2009.

MANFRINI, Gisele Cristina et al. O cuidado na perspectiva da convivência, respeito e tolerância: percepções de pós-graduandas em enfermagem. **Cienc Cuid Saúde**, v. 10, n.1, p. 101-109, jan./mar. 2011.

MELLO, Guilherme Arantes; FONTANELLA, Bruno José Barcellos; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.

MONROE, Aline Aparecida et al. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 262-267, jun. 2008.

MONTENEGRO, Hercília Regina do Amaral et al. A enfermeira diplomada e a luta contra tuberculose no Brasil: 1961-1966. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 945-952, dez. 2009.

MUSSI, Thaís Virgínia Felício; TRALDI, Maria Cristina; TALARICO, Juliana Nery de Souza. Knowledge as a factor in vulnerability to tuberculosis among nursing students and professional. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n.3, p. 696-703. jun. 2012.

NJOZING, Barnabas N. et al. Voices from the frontline: counsellors' perspectives on TB/HIV collaborative activities in the Northwest Region, Cameroon. **BMC Health Services Research**, London, v. 11, n. 328, 2011.

NOGUEIRA, Jordana de Almeida et al. Vínculo e acesso na estratégia saúde da família: percepção de usuários com tuberculose. **Rev. Rene**, v. 13, n. 4, 2012.

OBLITAS, Flor Yesenia Musayón et al. O papel da enfermagem no controle da tuberculose: uma discussão sob a perspectiva da equidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p. 130-138, fev. 2010.

OLIVEIRA, Luisa Gonçalves Dutra de et al. Modelo de avaliação do programa de controle da tuberculose. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15. Suppl.1, p. 997-1008, 2010.

QUEIROZ, Elisângela Martins de; BERTOLOZZI, Maria Rita. Tuberculose: tratamento supervisionado nas Coordenadorias de Saúde Norte, Oeste e Leste do Município de São Paulo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 453-461, jun. 2010.

RODRIGUES, Laura et al. Resposta brasileira à tuberculose: contexto, desafios e perspectivas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, supl. 1, p.1-2, set. 2007.

RUFFINO-NETTO, Antonio. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 35, n. 1, p. 51-58, fev. 2002.

SÁ, Lenilde Duarte de et al. Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras. **Rev. Esc.**

**Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 356-363, abr. 2012.

SANTOS, Adriano Maia dos; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 53-61, mar.2006.

SANTOS, Tatiana Maria Melo Guimarães dos; NOGUEIRA, Lídy Tolstenko; ARCENCIO, Ricardo Alexandre. Atuação de profissionais da Estratégia Saúde da Família no controle da tuberculose. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 954-961, 2012.

SILVA SOBRINHO, Reinaldo Antonio da et al. Conhecimento de Enfermeiros de Unidades de Atenção Básica Acerca da Tuberculose. **Cogitare Enfermagem (UFPR)**, v. 19, n.1, p. 34-40, jan./mar. 2014.

SILVA, Cleidiani Baptista da; LAFAIETE, Rute dos Santos; DONATO, Marilurde. O consumo de álcool durante o tratamento da tuberculose: percepção dos pacientes. **SMAD: Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** São Paulo, v. 7 n.1, p. 10-17, jan./abr. 2011.

SILVA, Irene de Jesus et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 697-703, set. 2009.

SOUZA, Káren Mendes Jorge de et al. Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 904-911, dez. 2010.

SOUZA, Maria de Lourdes de et al. O Cuidado em Enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 266-70, jun. 2005.

SOUZA, Sabrina da Silva de. **Apoio às pessoas com tuberculose e redes sociais**. 2010. 258 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

STRAUS, Anselm; CORBIN, Juliet. **Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques**. New bury Park: Sage publishers, 1990.

STRAUSS, Alselm; CORBIN, Juliet. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre, Artmed, 2008.

TRIGUEIRO, Janaína von Söhsten et al. Percepção de enfermeiros sobre educação em saúde no controle da tuberculose. **Cienc Cuid. Saude**, Maringá/PR, v. 8 n. 4, p. 660-666, out./dez. 2009.

VILLA, Tereza Cristina Scatena et al. Diagnóstico oportuno da tuberculose nos serviços de saúde de diversas regiões do Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. esp., p.190-198, fev.2013.

VILLA, Tereza Cristina Scatena et al. Ensino prático de tuberculose em cursos de graduação em enfermagem no Brasil: 2004. **Online Braz. J. Nurs**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 190-198, 2006.

VILLA, Tereza Cristina Scatena et al. Health services performance for TB treatment in Brazil: a cross-sectional study. **BMC Health Serv Res**. London, v. 11, n. 1, set. 2011

VILLAR, Eugenio. Los Determinantes Sociales de Salud y la lucha por la equidad en salud: desafíos para el estado y la sociedad civil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 7-13, dez. 2007.

WALDOW, Vera Regina. **Estratégias de Ensino na Enfermagem: enfoque no cuidado e no pensamento crítico**. Rio de Janeiro: Vozes, 2005.

WALDOW, Vera Regina; BORGES, Rosália Figueiró. O processo de cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, p. 765-771, ago.2008.

WHO. World Health Organization. **Global tuberculosis report 2013**. Geneva: WHO, 2013.

WHO. World Health Organization. **Global tuberculosis report 2012**. Geneva: WHO, 2012.

WHO. World Health Organization. **Global tuberculosis report 2014**. Geneva: WHO, 2014.



WHO. World Health Organization 2010. **Treatment of tuberculosis guidelines**. 4. ed. Geneva: WHO, 2010.

WHO. World Health Organization. **Determinantes sociais da saúde**. Disponível em: <[http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)> Acesso em: 16 dez. 2014.

ZACHARIAH R. et al. Language in tuberculosis services: can we change to patient-centred terminology and stop the paradigm of blaming the patients?. **Int. J. Tuberc. Lung Dis**, v.16, n. 6, p. 714-717, jun. 2012.



## APÊNDICE A – RELATÓRIO DE FAMÍLIAS E SEUS RESPECTIVOS CÓDIGOS, EXTRAÍDO DO ATLAS TI

### Code Families

---

HU: Tese\_Elis  
 File: [C:\Users\pc\Documents\Scientific  
 Software\ATLAsTi\TextBank\Tese\_Elis.hpr7]  
 Edited by: Super  
 Date/Time: 2014-10-17 17:34:58

---

#### **Code Family: A família da pessoa com TB**

Created: 2014-05-07 10:02:06 (Super)  
 Codes (7): [Família: adesão é importante] [Família: ajudando a família  
 aceitar] [Família: apoio é importante] [Família: cesta básica facilita a  
 adesão] [Família: incluindo a família] [Família: participando do TTT]  
 [Família: pode desenvolver a doença]  
 Quotation(s): 37

---

#### **Code Family: Acesso aos serviços**

Created: 2014-05-07 09:21:07 (Super)  
 Codes (9): [Acesso: com dificuldades] [Acesso: conseguir fácil  
 especialistas] [Acesso: disponibilização fácil do medicamento] [Acesso:  
 fácil quanto aos exames laboratoriais] [Acesso: fácil resultado do exame  
 quando feito pelo privado] [Acesso: facilidade na realização da  
 baciloscopia] [Acesso: facilidades na realização do raio x] [Acesso:  
 facilidades por possuir laboratório na unidade] [Acesso: melhorias no  
 acesso aos exames]  
 Quotation(s): 22

---

#### **Code Family: Acolhimento no serviço**

Created: 2014-05-07 09:21:46 (Super)  
 Codes (6): [Acolhimento: envolver a pessoa no TTT] [Acolhimento:  
 evitar abandono] [Acolhimento: importância] [Acolhimento: nas  
 dificuldades] [Acolhimento: ser encaminhado para enfermeira ao ser  
 diagnosticado] [Acolhimento: trabalho em equipe]  
 Quotation(s): 21

---

**Code Family: Apropriando-se dos conhecimentos**

Created: 2014-05-07 10:04:12 (Super)

Codes (11):[Formação: a graduação ajudou pois era técnica] [Formação: a graduação não ajudou muito] [Formação: ajuda a perceber melhor o contexto da doença] [Formação: ajuda a ter segurança] [Formação: aprendendo com o trabalho] [Formação: capacitação como meio de aprendizagem] [Formação: capacitação e qualificação como meio de aprendizagem] [Formação: capacitação pela FUNASA a fez uma enfermeira capaz] [Formação: graduaçãoXpós-graduação] [Formação: mudando práticas no ambiente de trabalho] [Formação: tornando-se capaz pelos próprios esforços]

Quotation(s): 42

---

**Code Family: Atividades de rotina**

Created: 2014-05-07 09:22:48 (Super)

Codes (13): [Atividade: orientar a coleta de escarro] [Atividade: solicitando a cesta básica] [Atividades: checando resultados de exames] [Atividades: consultas agendadas] [Atividades: favorecendo o acesso à unidade] [Atividades: identificando os comunicantes] [Atividades: Notificação] [Atividades: organizando a vinda da pessoa com TB] [Atividades: PPD] [Atividades: preenchendo os formulários do programa] [Atividades: solicitando a medicação] [Atividades: solicitando exames] [Atividades: visita domiciliar]

Quotation(s): 44

---

**Code Family: Condições de trabalho**

Created: 2014-05-07 09:28:43 (Super)

Codes (7): [Condições: apoio da secretaria para melhorias] [Condições: capacitar todos os envolvidos] [Condições: estrutura das unidades] [Condições: fluxograma dos exames] [Condições: não ter a máscara adequada] [Condições: não ter EPIs] [Condições: tentar sensibilizar os profissionais para EPI]

Quotation(s): 27

---

**Code Family: Controle do Tratamento**

Created: 2014-05-07 09:29:15 (Super)

Codes (9): [Controlando o TTT: consultas] [Controlando o TTT: continuidade] [Controlando o TTT: exames] [Controlando o TTT: resistência do bacilo] [Controlando o TTT: retorno para o distrito] [Controlando o TTT: supervisão da tomada de medicamento] [Controlando o TTT: visita domiciliar] [Controlando TTT: evolução clínica] [Controlando TTT: grupos de apoio]  
 Quotation(s): 29

---

### **Code Family: Cuidado a pessoa com TB**

Created: 2014-05-07 09:30:28 (Super)

Codes (76):[Cuidado: acesso ao TTT] [Cuidado: adesão ao TTT] [Cuidado: atentar para uso de álcool e drogas] [Cuidado: atividades educativas] [Cuidado: centralizado no enfermeiro] [Cuidado: cesta básica facilita a adesão] [Cuidado: colocando a pessoa em primeiro plano] [Cuidado: compromisso com a saúde pública] [Cuidado: conhecendo a família] [Cuidado: considerando os conhecimentos trazidos pela pessoa] [Cuidado: contando com a ajuda de outros profissionais] [Cuidado: convencendo o alcoolista que precisa de ajuda] [Cuidado: deixar claro o direito ao cuidado] [Cuidado: deveria iniciar antes do caso detectado] [Cuidado: doença crônica, TTT e cura] [Cuidado: encorajando a pessoa a fazer exames na suspeita] [Cuidado: enfermeiro absorve muitas tarefas] [Cuidado: enfermeiro delega funções] [Cuidado: enfermeiro, agente e o médico] [Cuidado: ensinando a ter uma vida normal] [Cuidado: envolve acolhimento] [Cuidado: envolve acompanhamento] [Cuidado: envolve conversas com orientações, explicações e convencimentos] [Cuidado: envolve desmistificar a doença] [Cuidado: envolve investigação] [Cuidado: envolve lidar com o contexto de vida da pessoa] [Cuidado: ESF facilita o cuidado a pessoa] [Cuidado: estratégias para fazer tomar o medicamento] [Cuidado: exige comprometimento dos profissionais] [Cuidado: exige responsabilidades] [Cuidado: explicando o TTT a pessoa] [Cuidado: facilitando o acesso] [Cuidado: faz vir a tona sentimentos do profissional enfermeiro] [Cuidado: formas de abordagens] [Cuidado: formas de evitar a peregrinação] [Cuidado: formas de facilitar] [Cuidado: garantir a continuidade] [Cuidado: gerenciando a quantidade de medicamentos e o retorno a unidade] [Cuidado: identifica as comorbidades] [Cuidado: identificando dificuldades na administração do medicamento] [Cuidado: importante a atuação da equipe toda] [Cuidado: importante amor a profissão e ter conhecimento] [Cuidado: importante demonstrar seu interesse pela

pessoa e seu TTT] [Cuidado: importante persistir no TTT] [Cuidado: incentivando a alimentação] [Cuidado: incentivando a realização dos exames] [Cuidado: incentivando práticas preventivas] [Cuidado: instituindo TDO] [Cuidado: mais participam o enfermeiro e o agente] [Cuidado: manter prontuário protegido] [Cuidado: não excluir que é fora de área da ESF] [Cuidado: necessário ajuda de amigos profissionais para conseguir serviços na rede] [Cuidado: necessário dar apoio e acolhimento] [Cuidado: negociar realização do TDO] [Cuidado: o enfermeiro planeja o cuidado] [Cuidado: participam mais o técnico e o agente com a enfermeira] [Cuidado: passando confiança] [Cuidado: pede uma abordagem ampla] [Cuidado: pessoa tem sua responsabilidade] [Cuidado: pessoas com maior esclarecimento aderem melhor] [Cuidado: pessoas fora da área de cobertura] [Cuidado: profissional não ter medo] [Cuidado: profissional não ter preconceito] [Cuidado: profissional pode fazer a diferença] [Cuidado: promoção, prevenção e acompanhamento] [Cuidado: proximidade com a pessoa evita o abandono] [Cuidado: relacionando-se bem com a pessoa com TB] [Cuidado: sentir-se confortável ao pedir baciloscopia na suspeita] [Cuidado: supervisão do TTT] [Cuidado: trabalhando em parceria com a equipe] [Cuidado: trabalhando em parceria com assistente social] [Cuidado: trabalhando em parceria com o médico] [Cuidado: transmitindo segurança] [Cuidado: vai além dos procedimentos técnicos] [Cuidado: ver a pessoa como um todo] [Cuidado: vigiando a saúde dos familiares]

Quotation(s): 244

---

### **Code Family: Diagnóstico da doença**

Created: 2014-05-07 09:31:22 (Super)

Codes (7): [Diagnóstico: clínica particular] [Diagnóstico: com a elucidação hospitalar, inicia o cuidado na AB] [Diagnóstico: hospital de referência] [Diagnóstico: importante trabalho de toda equipe] [Diagnóstico: maternidade de referência] [Diagnóstico: motivos da não elucidação na AB] [Diagnóstico: realizado na unidade de saúde]

Quotation(s): 32

---

### **Code Family: Dificuldades enfrentadas**

Created: 2014-05-07 09:31:56 (Super)

Codes (34): [Dificuldade: registro dos profissionais nos prontuários] [Dificuldades: a pessoa não querer ser atendido por um profissional]

[Dificuldades: álcool e drogas] [Dificuldades: atraso da cesta básica] [Dificuldades: certas questões operacionais] [Dificuldades: condições de vida sociais e econômicas] [Dificuldades: conseguir acesso ao diagnóstico] [Dificuldades: conseguir consultas com especialistas] [Dificuldades: cuidar de pessoas em uso de álcool] [Dificuldades: cuidar de pessoas em uso de drogas] [Dificuldades: cuidar de pessoas que jogam, bebem e passam noites em festas] [Dificuldades: cuidar de pessoas que moram na rua] [Dificuldades: de realizar o TDO] [Dificuldades: diagnosticar pessoas com plano de saúde] [Dificuldades: em desenvolver todas ações preconizadas na TB] [Dificuldades: encaminhamentos para outros serviços na rede] [Dificuldades: encontrando formas de amenizá-las] [Dificuldades: equipe que não se ajuda] [Dificuldades: estrutura física da unidade] [Dificuldades: faltam profissionais] [Dificuldades: família que não participa do TTT] [Dificuldades: fazer a pessoa ir para longe fazer o exame solicitado] [Dificuldades: greve] [Dificuldades: interesse na aposentadoria] [Dificuldades: lidar hierarquicamente com o agente comunitário] [Dificuldades: na divisão de tarefas com os demais profissionais] [Dificuldades: na realização do raio x] [Dificuldades: não contar com equipe multiprofissional] [Dificuldades: para realizar a baciloscopia] [Dificuldades: pessoas alcoolistas só procuram assistência quando graves] [Dificuldades: profissionais não estarem prontos para acolher] [Dificuldades: profissionais suspeitarem do diagnóstico da TB] [Dificuldades: resultado da baciloscopia] [Dificuldades: tratamentos prolongados]

Quotation(s): 73

### **Code Family: Doença, estigma e preconceito**

Created: 2014-05-07 09:44:27 (Super)

Codes (28): [Doença: atinge pessoas com poder aquisitivo] [Doença: gera medo] [Doença: marca e debilita] [Doença: não pode ser deixada de lado] [Estigma: doença remete relatos históricos] [Estigma: cronicidade social] [Estigma: da doença entre os estudantes] [Estigma: difícil declarar que tem a doença] [Estigma: dificultando] [Estigma: doença que assusta] [Estigma: família fica assustada] [Estigma: família separa quarto e utensílios] [Estigma: nos idosos é maior e difícil de amenizar] [Estigma: pessoa se afasta para não transmitir para a família] [Estigma: pessoas com TB sentem-se diferentes] [Estigma: pessoas escondem que tem a doença] [Estigma: pessoas sintomáticas negam a TB] [Preconceito e medo: dos profissionais] [Preconceito e medo: dos

profissionais por falta de conhecimentos] [Preconceito e medo: os que usam álcool e drogas não tem] [Preconceito: desconstruindo] [Preconceito: doença ligada à pobreza] [Preconceito: doença marginal e discriminatória] [Preconceito: na fala da população] [Preconceito: na fala dos profissionais] [Preconceito: nas falas da população e dos profissionais] [Preconceito: pessoa não quer ser atendida no seu bairro] [Preconceito: profissionais não querem atender pessoa com TB]  
Quotation(s): 75

---

### **Code Family: Motivação para o tratamento**

Created: 2014-05-07 09:45:27 (Super)

Codes (7): [Estimulando: acreditar na cura] [Estimulando: autocuidado] [Estimulando: mudanças] [Estimulando: não abandonar] [Estimulando: perseverança] [Estimulando: trabalhar] [Estimulando: TTT]

Quotation(s): 23

---

### **Code Family: O eu enfermeira no cuidado a pessoa com TB**

Created: 2014-05-07 10:00:17 (Super)

Codes (110): [Eu enfermeira: aceitando a decisão da pessoa com TB] [Eu enfermeira: acha que o uso da máscara pode indicar preconceito] [Eu enfermeira: afetividade com a pessoa devido fragilidade advinda da doença] [Eu enfermeira: alegre com a adesão] [Eu enfermeira: as vezes tem vontade de não trabalhar] [Eu enfermeira: boazinha não, tem ética no trabalho] [Eu enfermeira: bom relacionamento com a família] [Eu enfermeira: busca aprendizados para melhorar a prática] [Eu enfermeira: chocada com as mortes por TB] [Eu enfermeira: chora ao lembrar de uma situação ou pessoa] [Eu enfermeira: colabora como profissional] [Eu enfermeira: compensada com o término do TTT] [Eu enfermeira: comprometendo-se com a pessoa] [Eu enfermeira: considera a cronicidade da TB] [Eu enfermeira: considera o abandono sério devido possibilidade de morte] [Eu enfermeira: considera o abandono sério devido resistência] [Eu enfermeira: considera o cuidado sua atribuição] [Eu enfermeira: considera o cuidar uma obrigação] [Eu enfermeira: demonstra sentimentos diversos] [Eu enfermeira: deseja ajudar a pessoa a conseguir fazer o TTT] [Eu enfermeira: difícil acompanhar a pessoa que usa álcool] [Eu enfermeira: difícil para o profissional o primeiro mês] [Eu enfermeira: encontra soluções] [Eu enfermeira: enfrenta adversidades] [Eu enfermeira: envolvendo-se na prevenção] [Eu enfermeira: esforçando-se] [Eu enfermeira: esquecer os problemas do



trabalho] [Eu enfermeira: feliz com o término do TTT] [Eu enfermeira: feliz com o trabalho] [Eu enfermeira: feliz quando é uma pessoa fácil de tratar] [Eu enfermeira: fica apreensiva quando a família não apoia] [Eu enfermeira: gostaria de apoio institucional para alcançar melhores práticas] [Eu enfermeira: gostaria de ter a máscara adequada] [Eu enfermeira: grata pelo bom relacionamento] [Eu enfermeira: grata por ter pessoas fáceis de tratar] [Eu enfermeira: identificando-se com a TB] [Eu enfermeira: importante acreditar que vai dar certo] [Eu enfermeira: importante preparo psicológico] [Eu enfermeira: importante ter propostas para ir trabalhar] [Eu enfermeira: inconformada com a morte] [Eu enfermeira: mais marca são os abandonos] [Eu enfermeira: medo dos traficantes] [Eu enfermeira: motivo de querer os EPIs] [Eu enfermeira: não é exclusivo para TB] [Eu enfermeira: não gostar de prometer algo que não vai ser realizado] [Eu enfermeira: não gostaria de contrair a doença] [Eu enfermeira: não se sente capacitada para lidar com drogas] [Eu enfermeira: não tem medo da doença] [Eu enfermeira: no trabalho existem competições] [Eu enfermeira: preocupando-se com a própria saúde] [Eu enfermeira: preocupa-se em não adoecer devido serviço] [Eu enfermeira: próprias limitações] [Eu enfermeira: protegendo a própria família] [Eu enfermeira: questiona a adesão dos profissionais para máscara] [Eu enfermeira: questiona o medo] [Eu enfermeira: realizada com o êxito do TTT] [Eu enfermeira: reconhece que as ações em TB não são como deveria] [Eu enfermeira: reconhece que deveria usar EPI] [Eu enfermeira: reconhece que não pode resolver tudo] [Eu enfermeira: reconhece que o programa TB é muito organizado] [Eu enfermeira: reconhece seu trabalho na atenção básica] [Eu enfermeira: refletindo sua vida] [Eu enfermeira: relacionando-se bem com a pessoa] [Eu enfermeira: relembra o contexto histórico profissional] [Eu enfermeira: resiliência das pessoas a motiva para o cuidado] [Eu enfermeira: satisfação com a cura] [Eu enfermeira: satisfação em trabalhar como enfermeira] [Eu enfermeira: satisfeita com o vínculo criado] [Eu enfermeira: se coloca no lugar da pessoa com TB] [Eu enfermeira: sente medo de fazer visitas em locais de uso de drogas] [Eu enfermeira: sente-se angustiada devido falta de outros profissionais] [Eu enfermeira: sente-se angustiada diante da condição de pobreza] [Eu enfermeira: sente-se angustiada quando a pessoa não tem como se cuidar sozinha] [Eu enfermeira: sente-se angustiada quando o serviço não é realizado] [Eu enfermeira: sente-se arrasada devido abandono] [Eu enfermeira: sente-se confortável ao orientar] [Eu enfermeira: sente-se culpada pelo abandono] [Eu enfermeira: sente-se desanimada devido ao abandono] [Eu enfermeira: sente-se despreparada] [Eu enfermeira:

sente-se frustrada] [Eu enfermeira: sente-se gratificada pela cura] [Eu enfermeira: sente-se impotente] [Eu enfermeira: sente-se impotente diante das condições sociais da pessoa] [Eu enfermeira: sente-se mal devido abandono] [Eu enfermeira: sente-se péssima por faltar alguns medicamentos] [Eu enfermeira: sente-se pressionada] [Eu enfermeira: sente-se privilegiada por ser referência] [Eu enfermeira: sente-se realizada profissionalmente] [Eu enfermeira: sente-se responsável pela adesão] [Eu enfermeira: sente-se responsável pela pessoa com TB] [Eu enfermeira: sente-se responsável pela TB] [Eu enfermeira: sente-se responsável pelo andamento dos procedimentos] [Eu enfermeira: sente-se satisfeita com o apoio positivo do distrito] [Eu enfermeira: sente-se segura com a participação do ACS] [Eu enfermeira: sente-se temerosa por entrar em comunidade comandada pelas drogas] [Eu enfermeira: sente-se tranquila com o início do TTT] [Eu enfermeira: sente-se triste com abandono] [Eu enfermeira: Sente-se triste quando a pessoa volta a frequentar bares] [Eu enfermeira: sente-se útil em ter o conhecimento de ajudar a pessoa] [Eu enfermeira: sente-se vinculada ao contexto em que se encontra a pessoa com TB] [Eu enfermeira: tem como foco a cura] [Eu enfermeira: tem medo mas não fica à vontade para botar máscara] [Eu enfermeira: tem reator forte no PPD] [Eu enfermeira: tenta fazer o diagnóstico] [Eu enfermeira: ter amor a profissão facilita o cuidado] [Eu enfermeira: tomar de conta da TB] [Eu enfermeira: trabalho a faz crescer pessoalmente] [Eu enfermeira: trabalho ensinou a lidar com outras opiniões] [Eu enfermeira: trabalho lhe faz bem] [Eu enfermeira: trabalho pode não ter êxito]

Quotation(s): 247

### **Code Family: O lidar com as situações advindas do cuidado**

Created: 2014-05-07 10:05:17 (Super)

Codes (50): [Lidando: abordagens para diagnosticar] [Lidando: ajudando a pessoa a aceitar outro profissional] [Lidando: cobrança institucional] [Lidando: com a descentralização da assistência] [Lidando: com a dificuldade de aceitar a doença] [Lidando: com a dificuldade de fazer quimioprofilaxia] [Lidando: com a dificuldade de realizar o TDO] [Lidando: com a falta de outros profissionais] [Lidando: com a mudança de diagnóstico durante TTT] [Lidando: com a pessoa que não quer fazer o TTT] [Lidando: com a reserva de medicamentos] [Lidando: com as queixas] [Lidando: com diferenças culturais] [Lidando: com dificuldade de seguir o TTT] [Lidando: com moradores de rua] [Lidando: com o abandono] [Lidando: com o isolamento da

pessoa] [Lidando: com o medo de pegar a doença] [Lidando: com os demais casos da infecção na família] [Lidando: com os questionamentos da pessoa] [Lidando: com pessoas em TTT que escondem ter a doença] [Lidando: com pessoas fora da área] [Lidando: com pessoas fragilizadas] [Lidando: com pessoas que escondem ter tido a doença] [Lidando: com pessoas que trabalham] [Lidando: com pessoas que trabalham com esforço físico] [Lidando: com pessoas sem apoio da família] [Lidando: com profissionais que não querem assistir a pessoa com TB] [Lidando: com TTT sem supervisão] [Lidando: com tuberculose extra pulmonar] [Lidando: crises de abstinência] [Lidando: culpa] [Lidando: dificuldades da realização de exames] [Lidando: dificuldades enfrentadas pelas pessoas] [Lidando: estigma] [Lidando: faltar cesta básica] [Lidando: mulheres grávidas] [Lidando: pessoa pressionada a seguir o TTT] [Lidando: pessoas em condições precárias de vida] [Lidando: pessoas que querem ser atendidas na unidade da enfermeira] [Lidando: problemas familiares] [Lidando: reações adversas da medicação] [Lidando: sentimentos dos outros] [Lidando: sofrimentos] [Lidando: suspeita de tuberculose entre trabalhadores] [Lidando: suspeitas de sintomáticos na família] [Lidando: TTT não era necessário] [Lidando: tuberculose entre trabalhadores de uma empresa] [Lidando: uso de drogas e álcool] [Lidando: vulnerabilidade social]

Quotation(s): 133

---

### **Code Family: O que preocupa a enfermeira**

Created: 2014-05-07 10:08:43 (Super)

Codes (16): [Preocupando-se: a transmissibilidade nas fábricas] [Preocupando-se: com a adesão ao TTT] [Preocupando-se: com a alimentação da pessoa] [Preocupando-se: com a compreensão da doença pela pessoa] [Preocupando-se: com a continuidade e regularidade do tratamento] [Preocupando-se: com a mudança no perfil da doença] [Preocupando-se: com a resistência bacteriana] [Preocupando-se: com a transmissibilidade da doença] [Preocupando-se: com os relacionamentos com família e amigos] [Preocupando-se: condições socioeconômicas] [Preocupando-se: cronicidade social] [Preocupando-se: exposição da pessoa] [Preocupando-se: papel social da pessoa] [Preocupando-se: pessoa retomar sua vida normal] [Preocupando-se: relacionamento da pessoa com a família] [Preocupando-se: sentimentos da pessoa]

Quotation(s): 30

---

**Code Family: O técnico de enfermagem no cuidado a pessoa com TB**

Created: 2014-05-07 10:15:56 (Super)

Codes (70): [TEC ENF: administra BCG] [TEC ENF: atua no preparo para as consultas] [TEC ENF: atuação mais dentro da unidade] [TEC ENF: coleta sangue] [TEC ENF: desenvolve atividade delegadas pela enfermeira] [TEC ENF: entrega cesta básica] [TEC ENF: entrega medicação] [TEC ENF: faz leitura de PPD] [TEC ENF: faz o acolhimento] [TEC ENF: faz visita domiciliar] [TEC ENF: motivo pouco envolvimento] [TEC ENF: papel limitado] [TEC ENF: poderia participar das capacitações] [TEC ENF: poderia participar do TDO] [TEC ENF: práticas que poderiam ser feitas] [TEC ENF: precisa integrar mais o técnico] [TEC ENF: realiza PPD] [TEC ENF: recebe escarro para baciloscopia] [TEC ENF: registra os resultados de exames] [TEC ENF: trabalha junto com o agente] [TEC ENF: verifica peso] [TEC ENF: verifica pressão arterial] [Técnico: abordado a pessoa com TB, nas necessidades] [Técnico: acho suas atividades muito técnicas e rotineiras] [Técnico: age para a pessoa não ficar sem atendimento] [Técnico: as atividades são mais dentro da unidade] [Técnico: as enfermeiras fazem o controle do TTT] [Técnico: condições: não tem EPIs mas tem os riscos] [Técnico: cuida de sua saúde] [Técnico: declara que a atividade maior fica com a enfermeira] [Técnico: doença gera medo nas pessoas] [Técnico: encontra formas de se proteger] [Técnico: existe uma reserva de medicamento que ajuda] [Técnico: faz a continuidade das atividades quando a enfermeira não está] [Técnico: feliz e grata com o trabalho] [Técnico: foco na conclusão do TTT] [Técnico: garantindo o acesso ao serviço] [Técnico: gostaria de atuar em ações educativas] [Técnico: gostaria de ter mais conhecimentos] [Técnico: importante a pessoa com TB se cuidar] [Técnico: importante acreditar na cura] [Técnico: impotente diante de pessoas difíceis de tratar] [Técnico: insatisfeita por não participar de capacitações] [Técnico: lidando com a falta de assistente social] [Técnico: lidando com o estigma e preconceito da doença] [Técnico: lidando com pessoas que não querem fazer o TTT] [Técnico: mais difícil tratar de alcoolistas] [Técnico: motivo de não se envolver muito com a pessoa] [Técnico: motivo do cuidado ser centralizado na enfermeira] [Técnico: mudança de vida da pessoa com TB] [Técnico: não faz visita domiciliar] [Técnico: não quer parar de trabalhar agora] [Técnico: o agente faz o TDO] [Técnico: pessoa que mais lhe marcou: alcoolista que morava só] [Técnico: por necessidade pode vir a ter um contato maior com a pessoa] [Técnico: precaução é manter janela aberta] [Técnico:

preocupada com o grande número de pessoas em uso de drogas com TB] [Técnico: prepara a pessoa para consulta] [Técnico: profissionais não demonstram preconceito] [Técnico: reconhece o bom relacionamento da enfermeira com as pessoas] [Técnico: reconhece os vínculos criados com a população] [Técnico: representa o cuidado: a adesão ao TTT] [Técnico: representa o cuidado: a educação em saúde] [Técnico: responsabilidade dos profissionais diante da pessoa com TB] [Técnico: tem reator forte do PPD] [Técnico: trabalha em equipe] [Técnico: usa máscara] [Técnico: verifica o peso da pessoa] [Técnico: verifica pressão arterial] [Técnico: vínculo é maior com a enfermeira e com o agente]

Quotation(s): 90

---

### **Code Family: O vínculo no cuidado**

Created: 2014-05-07 10:17:53 (Super)

Codes (6): [Vínculo: construído no relacionamento] [Vínculo: gera adesão ao TTT] [Vínculo: gerado pelo tempo de TTT] [Vínculo: maior proximidade com a enfermeira] [Vínculo: mantendo a porta aberta para apoio] [Vínculo: reconhecendo demonstrações]

Quotation(s): 36

---

### **Code Family: Papel dos envolvidos no cuidado**

Created: 2014-05-07 10:06:45 (Super)

Codes (19): [Papéis: agentes comunitários aproximam os comunicantes do serviço] [Papéis: agente comunitário realiza visita] [Papéis: agentes fazem busca de sintomáticos] [Papéis: agente realiza supervisão do TTT] [Papéis: agentes comunitários deviam estar mais presentes na supervisão] [Papéis: busca pela enfermeira ao chegar com diagnóstico] [Papéis: cabe aos profissionais mediar as mudanças] [Papéis: conseguir ver que outros profissionais podem ajudar] [Papéis: equipe no domicílio] [Papéis: esforços dos profissionais] [Papéis: família] [Papéis: família e enfermeira] [Papéis: motivo da enfermeira envolver-se mais] [Papéis: pessoa detém o poder de mudança] [Papéis: pessoa e enfermeira-lados opostos mesma finalidade] [Papéis: pessoa e profissionais] [Papéis: pessoa em TTT quebra estigmas na comunidade] [Papéis: profissionais do NASF] [Papéis: trabalho do agente muito estático]

Quotation(s): 43

---

**Code Family: Pessoas que marcaram as enfermeiras**

Created: 2014-05-07 10:09:16 (Super)

Codes (11): [Relembrando pessoa que mais marcou: a que se apaixonou por ela devido à carência] [Relembrando pessoa que mais marcou: a que tentou suicídio ao saber que estava com TB] [Relembrando pessoa que mais marcou: a que voltou a andar, tinha TB óssea] [Relembrando pessoa que mais marcou: com desdenho da esposa] [Relembrando pessoa que mais marcou: com HIV e debilitada] [Relembrando pessoa que mais marcou: com mudança de diagnóstico e morte] [Relembrando pessoa que mais marcou: família onde muitos adoeceram] [Relembrando pessoa que mais marcou: morreu após várias tentativas de TTT] [Relembrando pessoa que mais marcou: morte de pessoa jovem] [Relembrando pessoa que mais marcou: pessoa que melhorou muito após TTT] [Relembrando pessoa que mais marcou: pessoa que morreu devido câncer e estava tratando erroneamente TB]

Quotation(s): 15

**Code Family: Precauções frente a doença**

Created: 2014-05-07 10:07:44 (Super)

Codes (13): [Precaução: higiene das mãos] [Precaução: manter uma distância] [Precaução: motivo de não usar a máscara] [Precaução: uso de máscara por ter tido pneumonia] [Precaução: uso de máscara quando é multirresistente] [Precaução: uso de máscara quando está gripada] [Precaução: ventilar a sala aberta] [Precauções: as pessoas com TB entendem a necessidade] [Precauções: máscara nas primeiras consultas] [Precauções: não uso da máscara] [Precauções: necessidade de capacitar em biossegurança] [Precauções: orientando a pessoa] [Precauções: vestimentas de trabalho]

Quotation(s): 47

**Code Family: Representa o cuidado**

Created: 2014-05-07 10:13:47 (Super)

Codes (21): [Representa o contexto do cuidado: a doença ser negada e desimportante] [Representa o cuidado: adesão] [Representa o cuidado: compromisso] [Representa o cuidado: condições de realizar o cuidado] [Representa o cuidado: possibilidade de viver] [Representa o cuidado: satisfação de ajudar e modificar a situação de saúde] [Representam o cuidado: acesso e acompanhamento da pessoa] [Representam o cuidado: cuidado da pessoa para atingir a cura] [Representam o cuidado:

dificuldades e alegria por voltar a vida normal] [Representam o cuidado: ética, desmistificação, responsabilidade e o direito ao tratamento] [Representam o cuidado: humanização e trazer a família para junto] [Representam o cuidado: o tratamento e uso da medicação] [Representam o cuidado: paciência, fé e perseverança] [Representam o cuidado: persistência e acolhimento] [Representam o cuidado: respeito, auxiliar a pessoa ter vida normal, humanização, compreensão do papel da enfermeira e da pessoa] [Representam o cuidado: responsabilidade de acompanhar e de ver o resultado final] [Representam o cuidado: responsabilidade, acolhimento e compromisso] [Representam o cuidado: satisfação do cuidar e responsabilidade pela pessoa com TB] [Representam o cuidado: solidariedade e comunicação] [Representam o cuidado: tratamento, acolhimento e busca para diagnosticar] [Representam o cuidado: vínculo]

Quotation(s): 22

---

#### **Code Family: Significado do cuidado**

Created: 2014-05-07 10:14:19 (Super)

Codes (10): [Significado: ajudar a pessoa a ver que a doença tem cura] [Significado: aprender com o cuidado] [Significado: compromisso profissional] [Significado: cuidado maior devido transmissibilidade] [Significado: dar uma nova chance de vida] [Significado: de controlar a disseminação da doença] [Significado: de ver a pessoa curada] [Significado: modificador da realidade] [Significado: quebrar a cadeia de transmissão] [Significado: saber que estar cuidando de uma pessoa e que isso leva a cura]

Quotation(s): 18

---

#### **Code Family: Suporte para a enfermeira**

Created: 2014-05-07 10:14:52 (Super)

Codes (4): [Suporte: internet] [Suporte: manuais do MS] [Suporte: relacionamento com a secretaria (distrito)] [Suporte: relacionamento com o NASF]

Quotation(s): 15

---

#### **Code Family: Vigilância Epidemiológica do Distrito Sanitário**

Created: 2014-05-07 09:33:52 (Super)

Codes (37): [Distrito: agente comunitário pode se envolver muito no cuidado] [Distrito: aponta dificuldades na logística de entrega de

medicamentos e realização de exames] [Distrito: apresenta para a unidade de saúde o planejamento anual] [Distrito: condições de trabalho não satisfatórias] [Distrito: conta com uma profissional dedicada] [Distrito: contato maior com as enfermeiras] [Distrito: controla o andamento das ações em TB] [Distrito: cuidado vai além do TTT] [Distrito: dar suporte e solicita informações] [Distrito: dar suporte nas dúvidas dos profissionais] [Distrito: deseja continuar orientando, cobrando, incentivando] [Distrito: diagnóstico é realizado no hospital] [Distrito: enfermeira sente-se angustiada diante dos entraves na rede] [Distrito: enfermeira tem maior relacionamento com as pessoas com TB] [Distrito: estigma: pessoas com TB querem ser atendidas longe do bairro de residência] [Distrito: estigma: pessoas escondem da família a doença] [Distrito: estigma: pessoas escondem ter a doença] [Distrito: existem problemas desnecessários na rede que dificulta o cuidado] [Distrito: faz planejamento das ações em TB] [Distrito: formação: trabalho e as capacitações ajudaram] [Distrito: monitora as informações produzidas durante o TTT] [Distrito: motivo do contato maior ser com a enfermeira] [Distrito: preocupam as enfermeiras: a família, os contatos, a questão social e a pessoa como um todo] [Distrito: profissionais tem medo de contrair a doença] [Distrito: reconhece angústia das enfermeiras em cuidar de pessoas com situações mais difíceis] [Distrito: reconhece esforço dos profissionais] [Distrito: reconhece que estrutura inadequada e falta de EPIs favorecem TB ocupacional] [Distrito: reconhece o vínculo nas relações enfermeira e pessoa] [Distrito: reconhece os sentimentos que o cuidado gera na enfermeira] [Distrito: reconhece que a maioria das enfermeiras desenvolve um cuidado satisfatório] [Distrito: representa o cuidado: angustia dos profissionais e das pessoas com TB] [Distrito: representa o cuidado: esperança de que a situação melhore] [Distrito: sabe das dificuldades de cuidar dos que usam álcool, drogas e dos que não tem residência fixa] [Distrito: sabe do bom relacionamento das enfermeiras e pessoas com TB] [Distrito: solicita dos profissionais as informações sobre o andamento e conclusão do TTT] [Distrito: suporte por meio dos manuais e capacitações] [Distrito: tem dificuldades geradas pelas condições de trabalho]

Quotation(s): 35



## APÊNDICE B – INFORMAÇÕES AO PARTICIPANTE



1ª via Participante

2ª via Pesquisador

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### 1. DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA:

**TÍTULO DA PESQUISA: O cuidado de enfermagem a pessoa com tuberculose:** relações em torno do processo de cuidar na atenção básica de saúde

**PESQUISADORA RESPONSÁVEL:** Elisângela Franco de Oliveira Cavalcante

**ORIENTADORA:** Profª Drª Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva

**UNIDADE VINCULADA:** Departamento de Enfermagem – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem - Universidade Federal de Santa Catarina

**DURAÇÃO DA PESQUISA:** 06 meses

#### 2. REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AOS SUJEITOS SOBRE A PESQUISA CONSIGNADA:

**JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS:** No contexto da atuação da enfermagem no cuidado à pessoa com TB, faz-se importante compreender as relações que se estabelecem em torno do processo de cuidar na perspectiva do profissional de enfermagem. Isto pode possibilitar reflexões e mudanças nas práticas do cuidado e revisão das práticas de saúde na perspectiva da promoção da saúde de pessoas com TB no viver mais saudável. Assim, a pesquisa tem como objetivo compreender o processo de cuidar da pessoa com tuberculose para os profissionais de enfermagem da atenção básica de saúde.

#### PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS E PROPÓSITOS:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que seguirá os pressupostos da Teoria Fundamentada nos Dados, a ser realizada em oito unidades de

saúde no município. A coleta de dados será realizada mediante entrevista, prioritariamente, com os profissionais da enfermagem, podendo envolver outros profissionais que prestem assistência à pessoa com tuberculose, e que aceitem participar do estudo. Para o registro das informações fornecidas pelos participantes da pesquisa, pediremos a permissão para gravar as entrevistas, das quais resguardaremos o sigilo e anonimato, e para usar um caderno de notas para anotações pessoais do pesquisador. A análise acompanhará a coleta das informações. Para efetuação da análise das informações procederemos ao estudo dos primeiros dados e iniciaremos a separação, classificação e síntese dos dados por meio da codificação qualitativa. Esse processo gera códigos, e as ideias oriundas dos mesmos sugerem campos a serem investigados durante a coleta de dados seguinte. Procuraremos elaborar uma versão interpretativa que se inicia com a codificação e elucida o fenômeno estudado.

**DESCONFORTOS E RISCOS ESPERADOS:** Os riscos envolvidos com sua participação na pesquisa serão mínimos. Você poderá sentir constrangimento em responder a alguma pergunta. No entanto, sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Você também tem o direito de não responder a questões caso não se sinta à vontade, considere-a muito pessoal ou lhe cause incômodo falar sobre o assunto. O desconforto da entrevista será minimizado por meio da realização da entrevista em local que preserve a confidencialidade das informações. Caso ocorra necessidade, você será assistido e acompanhado pelas pesquisadoras para corrigir possíveis danos, inclusive considerando benefícios e acompanhamentos posteriores ao encerramento e/ou a interrupção da pesquisa.

**BENEFÍCIOS QUE PODERÃO SER OBTIDOS:** Embora não haja benefícios diretos, ao participar do estudo, você estará contribuindo para a discussão e compreensão do processo de cuidar da pessoa com tuberculose para os profissionais de enfermagem da atenção básica de saúde no município. Os resultados serão publicados e divulgados em periódicos e eventos científicos.

### **3. ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA:**

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados coletados durante a

entrevista serão guardados em local seguro, em armário fechado na Escola de Enfermagem de Natal da UFRN, sob responsabilidade da pesquisadora, e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários. Você poderá ter acesso a qualquer tempo às informações sobre os benefícios da pesquisa, inclusive para elucidar dúvidas antes, durante e após a pesquisa. Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite. Também será garantida indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. O material permanecerá guardado por um período de cinco anos, estando à disposição para dirimir eventuais dúvidas ou questionamentos que porventura venham ocorrer. Este Termo será rubricado em todas as suas páginas e assinado, ao final.

#### **4. INFORMAÇÕES DOS DADOS DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DESTA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS:**

PESQUISADORA: Elisângela Franco de Oliveira Cavalcante - RG 001763562 ITEP/RN

Endereço: Avenida dos Caiapós, n. 2885, Pitimbu, CEP: 59067400, Natal/RN. TEL:(84)94152051(celular) TEL/FAX: (84)3215.3774/3215.3668

E-MAIL: [elisangela.franco@ig.com.br](mailto:elisangela.franco@ig.com.br)

ORIENTADORA: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Denise Guerreiro Vieira da Silva

Endereço: Rua Radialista Dakir Polidoro, n. 122, Bloco B, apto 101. Campeche, Florianópolis/SC. CEP: 88063-565 TEL:

(48)88456878(celular) TEL/FAX: (48)37219480

EMAIL:[denise.guerreiro@ufsc.br](mailto:denise.guerreiro@ufsc.br)

#### **5. DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE**

Declaro para fins e direitos que, após ter sido esclarecido sobre o conteúdo da pesquisa intitulada **“O cuidado de enfermagem a pessoa com tuberculose: relações em torno do processo de cuidar na atenção básica de saúde”** e os seus respectivos objetivos, riscos e benefícios, concordo em participar da investigação respondendo as perguntas da entrevista, que poderão, com minha anuência, ser gravadas com auxílio de áudio digital. Reafirmo que a minha autorização é voluntária, meu consentimento para participar da pesquisa foi uma decisão livre, não sofrendo nenhuma interferência das pesquisadoras, e que não estou sendo remunerado por este ato, podendo retirar meu consentimento do presente estudo a qualquer momento, sem nenhum

prejuízo ou penalização à minha pessoa. Estou ciente que terei acesso aos dados registrados, que estes poderão ser apresentados para publicação em congressos e/ou revistas científicas, desde que assegurado o sigilo de minha identidade, e que os pesquisadores estarão à disposição para elucidar quaisquer dúvidas que possam me ocorrer antes, durante e após a pesquisa.

Cidade/Estado, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

**PARTICIPANTE:**

Nome completo \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

---

Ass. do Participante

---

Ass. da Pesquisadora

## APÊNDICE C- ROTEIROS QUE DIRECIONARAM AS ENTREVISTAS

### ROTEIRO DE ENTREVISTA – ENFERMEIRO

Data	/ /
Entrevistado N°	
Unidade de Saúde	
Idade	
Sexo	( ) Feminino ( ) Masculino
Profissão	Enfermeiro
Formação	Pós-graduação: ( )SIM ( )NÃO Se sim, qual(is)?
Instituição onde concluiu graduação	
Tempo de atuação	Como enfermeiro: ____Na atenção básica: ____ No cuidado à pessoa com TB: _____
Vínculo empregatício	( )Servidor ( )outro ____

**Pergunta principal:** Fale-me sobre o cuidado às pessoas com tuberculose.

**Devendo abranger:**

- ✓ Como ocorre este cuidado em sua rotina de trabalho.
- ✓ Explorar o antes e o depois declarado pelo participante.
- ✓ Explorar o significado de um sentimento despertado no participante.
- ✓ Explorar a rejeição diante da pessoa com TB, como é, e por quem ela é rejeitada.
- ✓ Como você percebe que gerou vínculo com a pessoa acometida.
- ✓ Como o participante lida com algumas situações relatadas.
- ✓ Questionar o percurso que as pessoas seguem na busca de cuidados e tratamentos.
- ✓ Como é o relacionamento com a pessoa com tuberculose.

- ✓ Como ocorrem as relações no serviço de saúde em torno deste cuidado.
- ✓ Verificar os sentimentos que vêm à tona ao lidar com este tipo de cuidado e com as pessoas com tuberculose.
- ✓ O que significa este cuidado para o enfermeiro.
- ✓ Falar sobre a formação em enfermagem e o cuidado a pessoas com tuberculose.
- ✓ Falar sobre as condições de trabalho para realizar este cuidado.
- ✓ Questionar o que facilita este cuidado. O que dificulta este cuidado.
- ✓ Em que o enfermeiro se orienta para desenvolver o cuidado à pessoa com TB.
- ✓ Quantas pessoas estão em tratamento, e quantas pessoas com TB ele teve este ano.
- ✓ Além do tratamento, qual seria outra preocupação do enfermeiro em relação à pessoa com TB.
- ✓ Como tem sido o papel do técnico de enfermagem no cuidado à pessoa com TB.
- ✓ O que mais marcou a(o) enfermeira(o) nestes anos de cuidado à pessoa com TB.
- ✓ Que palavras ou que frases a(o) enfermeira(o) usaria para representar o cuidado à pessoa com TB.

## ROTEIRO DE ENTREVISTA- TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Data	/ /
Entrevistado N°	
Unidade de Saúde	
Idade	
Sexo	( ) Feminino ( ) Masculino
Profissão	( ) Técnico de enfermagem ( ) Auxiliar de enfermagem
Formação	Graduação ( ) SIM ( ) NÃO Se sim, qual(is) Pós-graduação: ( ) SIM ( ) NÃO Se sim, qual(is)?
Instituição onde concluiu a graduação	
Tempo de atuação	Na atenção básica: _____ No cuidado à pessoa com TB: _____
Vínculo empregatício	( ) Servidor ( ) outro _____

**Pergunta principal:** Fale-me sobre o cuidado às pessoas com tuberculose.

**Devendo abranger:**

- ✓ Como ocorre este cuidado na rotina de trabalho do profissional.
- ✓ Explorar o antes e o depois declarado pelo participante.
- ✓ Explorar o significado de um sentimento despertado no participante.
- ✓ Explorar a rejeição diante da pessoa com TB, como é, e por quem ela é rejeitada.
- ✓ Como o profissional percebe que gerou vínculo com a pessoa.
- ✓ Como o participante lida com algumas situações relatadas.
- ✓ Questionar o percurso que as pessoas seguem na busca de cuidados e tratamentos para a tuberculose.
- ✓ Verificar o relacionamento com a pessoa com tuberculose.
- ✓ Questionar a participação dos profissionais no cuidado à pessoa com tuberculose.

- ✓ Como ocorrem as relações no serviço de saúde em torno deste cuidado.
- ✓ Quais os sentimentos que vêm à tona ao lidar com este tipo de cuidado e com as pessoas com tuberculose.
- ✓ O que significa este cuidado para o profissional.
- ✓ Falar sobre a formação em enfermagem e o cuidado às pessoas com tuberculose.
- ✓ Falar sobre as condições de trabalho para realizar este cuidado.
- ✓ O que facilita este cuidado. O que dificulta este cuidado.

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA - MÉDICO**

Data	/ /
Entrevistado N <sup>o</sup>	
Unidade de Saúde	
Idade	
Sexo	( ) Feminino ( ) Masculino
Formação	Pós-graduação: ( )SIM ( )NÃO Se sim, qual (is)?
Instituição onde concluiu a graduação	
Tempo de atuação	Como médico: ___Na atenção básica: ___ No cuidado a pessoa com TB: ___
Vínculo empregatício	( )Servidor ( )outro ___

**Pergunta principal:** Fale-me sobre a atenção à saúde das pessoas com tuberculose.

**Devendo abranger:**

- ✓ Como ocorre esta atenção/assistência em sua rotina de trabalho.
- ✓ Explorar o antes e o depois declarado pelo participante.
- ✓ Como o participante lida com algumas situações relatadas.
- ✓ Questionar o percurso que as pessoas seguem na busca de cuidados e tratamentos para a tuberculose.
- ✓ Como é o relacionamento com a pessoa com tuberculose.
- ✓ Como ocorrem as relações no serviço de saúde em torno deste cuidado.



- ✓ Questionar a participação da equipe e dos profissionais no cuidado à pessoa com tuberculose.
- ✓ Falar sobre as condições de trabalho para realizar este cuidado.
- ✓ O que facilita este cuidado. O que dificulta este cuidado.

### ROTEIRO DE ENTREVISTA – VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Data	/ /
Entrevistado N <sup>o</sup>	
Idade	
Sexo	( ) Feminino ( ) Masculino
Profissão/Formação	
Formação	Graduação ( )SIM ( )NÃO Se sim, qual(is) Pós-graduação: ( )SIM ( )NÃO Se sim, qual(is)?
Instituição onde concluiu a graduação	
Tempo de atuação	Na vigilância epidemiológica da TB: _____
Vínculo empregatício	( )Servidora(Servidor) ( )outro _____

**Pergunta principal:** Fale-me sobre o cuidado às pessoas com TB.

**Devendo abranger:**

- ✓ Como ocorre este cuidado nas unidades de saúde.
- ✓ Questionar o percurso que as pessoas seguem na busca de diagnóstico, cuidados e tratamentos para a tuberculose.
- ✓ Verificar como o profissional percebe a construção do vínculo nas relações entre os profissionais e a pessoa com tuberculose.
- ✓ Explorar como o profissional percebe o relacionamento dos profissionais com a pessoa com tuberculose.
- ✓ Verificar quais os sentimentos que o profissional percebe que vêm à tona por parte dos profissionais que lidam diretamente com este tipo de cuidado e com as pessoas com tuberculose.
- ✓ Abordar o significado do cuidado da pessoa com tuberculose.
- ✓ Verificar como ocorrem as relações de suporte e apoio entre a vigilância e os enfermeiros.
- ✓ Falar sobre as condições de trabalho dos profissionais que lidam diretamente com este cuidado.

- ✓ Verificar o que tem dificultado ou facilitado este cuidado.
- ✓ Explorar o antes e o depois declarado pelo participante e como o mesmo lida com algumas situações relatadas.
- ✓ Explorar a rejeição diante da pessoa com TB, como é, e por quem ela é rejeitada.
- ✓ Explorar as relações que ocorrem entre os profissionais da vigilância e os enfermeiros.

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA- PESSOA COM TUBERCULOSE**

Data	/ /2014
Entrevistado N <sup>o</sup>	
Idade	
Sexo	( ) Feminino ( ) Masculino
Profissão ou ocupação	
Comorbidades e antecedentes	
Serviço onde ocorreu o diagnóstico	
Serviço onde realiza o tratamento	

**Pergunta principal:** Fale sobre a assistência que você recebeu na unidade de saúde que acompanhou seu tratamento.

**Devendo abranger:**

- ✓ Explorar as práticas desenvolvidas pelo enfermeiro e pelos demais profissionais, por ocasião do cuidado e do tratamento.
- ✓ Abordar o relacionamento com o enfermeiro e os demais profissionais.
- ✓ Verificar como o participante lida com algumas situações relatadas.
- ✓ Questionar o percurso que percorreu na busca de cuidados e tratamentos para a tuberculose.
- ✓ Verificar como ocorreram as relações no serviço de saúde em torno do cuidado oferecido.

- ✓ Verificar o que significou este cuidado para pessoa.
- ✓ Questionar os fatores que facilitaram este cuidado e os que dificultaram.
- ✓ Explorar o antes e o depois declarado pelo participante.
- ✓ Explorar o significado de um sentimento despertado no participante.
- ✓ Explorar a rejeição diante da pessoa, como é, e por quem ela é rejeitada.



## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O cuidado de enfermagem à pessoa com tuberculose: relações em torno do processo de cuidar na atenção básica de saúde

**Pesquisador:** DENISE MARIA GUERREIRO VIEIRA DA SILVA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 20637113.9.0000.0121

**Instituição Proponente:** CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 372.337

**Data da Relatoria:** 26/08/2013

#### Apresentação do Projeto:

O estudo intitulado "O cuidado de enfermagem à pessoa com tuberculose: relações em torno do processo de cuidar na atenção básica de saúde" trata-se de um projeto de tese de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina que visa "compreender o processo de cuidar da pessoa com tuberculose para os profissionais de enfermagem da atenção básica de saúde no município de Natal/RN, construindo um modelo teórico que represente esse processo de cuidar". Serão entrevistados 25 profissionais de enfermagem que participam da atenção à saúde das pessoas com TB, há pelo menos seis meses.

#### Objetivo da Pesquisa:

- Compreender o processo de cuidar da pessoa com tuberculose para os profissionais de enfermagem da atenção básica de saúde no município de Natal/RN, construindo um modelo teórico que represente esse processo de cuidar.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

É feita uma previsão dos riscos do estudo, tanto no formulário do projeto como no TCLE, ressaltando-se que "Os riscos envolvidos com sua participação na pesquisa serão mínimos. Você

**Endereço:** Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-900  
**UF:** SC **Município:** FLORIANÓPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 372.337

poderá sentir constrangimento em responder alguma pergunta. No entanto, sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Você também tem o direito de não responder a questões caso não se sinta a vontade, a considere muito pessoal ou lhe cause incômodo falar sobre o assunto. O desconforto da entrevista será minimizado por meio da realização da entrevista em local que preserve a confidencialidade das informações. Caso ocorra necessidade, você será assistido e acompanhado pelas pesquisadoras para corrigir possíveis danos, inclusive considerando benefícios e acompanhamentos posteriores ao encerramento e/ou a interrupção da pesquisa".

No que se refere aos benefícios do estudo observa-se que "embora não haja benefícios diretos, ao participar do estudo, você estará contribuindo para a discussão e compreensão do processo de cuidar da pessoa com tuberculose para os profissionais de enfermagem da atenção básica de saúde no município de Natal/RN. Os resultados serão publicados e divulgados em periódicos e eventos científicos".

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de "uma pesquisa qualitativa que seguirá os pressupostos da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), do inglês Grounded Theory. O termo teoria fundamentada significa que a teoria foi derivada de dados, os quais foram sistematicamente coletados e analisados pelo processo de pesquisa. Por ser baseada em dados, esta tende a proporcionar mais discernimento, aprimorar o entendimento e apresentar uma orientação importante para ação (STRAUSS; CORBIN, 2008). A análise desses dados permite a construção dos conceitos. A pesquisa baseada na TFD busca descobrir o que acontece nos ambientes em estudo e como é a vida dos participantes da pesquisa. Examinamos a maneira como explicam seus enunciados e ações, assim como discutimos a compreensão analítica que podemos elaborar sobre eles (CHARMAZ, 2009). ... o cenário de estudo desta pesquisa será formado por oito unidades de saúde, básicas ou de saúde da família, do município de Natal, capital do estado do Rio Grande do Norte, localizadas no Distrito Sanitário Oeste. ... Para o procedimento de coleta dos dados, utilizaremos a técnica de entrevista em profundidade, ou intensiva. Na entrevista em profundidade, conhecida também como intensiva ou qualitativa, o objetivo é alcançar informações com as palavras dos participantes da pesquisa, obtendo descrição das situações e elucidando detalhes. Nesta perspectiva, o pesquisador nem sempre tenta obter o mesmo tipo de resposta usando as mesmas perguntas (CASSIANI; CALIRI; PELÁ, 1996)".

**Endereço:** Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-900  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 372.337

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os documentos necessários ao processo estão disponíveis na Plataforma Brasil e estão de acordo com a legislação vigente: 1) Folha de rosto; 2) Projeto de pesquisa (formulário devidamente preenchido e o projeto completo anexado); 3) Menção de realização do projeto com recursos próprios; 4) Anuência da Instituição proponente; 5) Declaração de anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Natal-RN, local onde será realizada a pesquisa; 6) Em relação ao TCLE, o mesmo está redigido de forma clara e objetiva e atende à legislação vigente, estando ali expressas todas as informações necessárias, de acordo com a Resolução CNS 466/12, ressaltando-se as seguintes: os procedimentos utilizados na pesquisa; os riscos e as medidas tomadas para minimizá-los, a confidencialidade do nome dos participantes e das informações fornecidas pelos mesmos; a opção do participante em desistir de sua participação a qualquer momento, sem prejuízo à sua pessoa; e o nome e os dados de contato do pesquisador, entre outras.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

De acordo com o exposto nesse parecer, o projeto de pesquisa "O cuidado de enfermagem à pessoa com tuberculose: relações em torno do processo de cuidar na atenção básica de saúde" deve ser considerado APROVADO.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

FLORIANOPOLIS, 26 de Agosto de 2013

---

**Assinador por:**  
**Washington Portela de Souza**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-900  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 372.337

**Endereço:** Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-900  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br