

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO-SENSU*
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Júlia Borges Figueiredo

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA SOBRE O TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO
E DE CURTA DURAÇÃO EM TUBERCULOSE**

Juiz de Fora
2018

Júlia Borges Figueiredo

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA SOBRE O TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO
E DE CURTA DURAÇÃO EM TUBERCULOSE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora – MG, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Orientadora: Profa. Dra. Girlene Alves da Silva. Linha de Pesquisa: Fundamentos Teóricos, Políticos e Culturais do Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Juiz de Fora

2018

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Figueiredo, Júlia Borges.

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO E DE CURTA DURAÇÃO EM TUBERCULOSE / Júlia Borges Figueiredo. -- 2018.

105 p.

Orientadora: Girlene Alves da Silva

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2018.

1. Tuberculose. 2. Terapia Diretamente Observada. 3. Enfermagem. 4. Estratégia Saúde da Família. 5. Representação Social. I. Silva, Girlene Alves da, orient. II. Título.



JÚLIA BORGES FIGUEIREDO

**"REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA SOBRE O TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO E DE CURTA
DURAÇÃO EM TUBERCULOSE"**

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem, da Universidade Federal
de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos
requisitos necessários à obtenção do
título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 19.11.2018

Prof^a Dr^a Gislene Alves da Silva
Universidade Federal de Juiz de Fora
Orientadora

Prof^a Dr^a Fabiana Barbosa Assumpção de Souza
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
1^a Avaliadora

Prof^a Dr^a Geovana Brandão Santana Almeida
Universidade Federal de Juiz de Fora
2^a Avaliadora

Dedico este trabalho às pessoas mais importantes da minha vida, sem as quais não estaria aqui e não teria forças para concluir essa jornada.

AGRADECIMENTOS

Este Trabalho só se tornou possível porque Deus colocou pessoas maravilhosas em meu caminho, sem as quais, nada disso se tornaria realidade. Por isso venho aqui expressar minha gratidão.

Agradeço a Deus, por me proteger pelas estradas e por sempre guiar meus caminhos, dando forças para que eu nunca desistisse e por ter me presenteado sempre com sua graça e luz.

Ao amor da minha vida, menina dos meus olhos, meu raio de sol, minha FILHA, minha **Maria Antônia**. Você é o meu ontem, meu hoje e meu amanhã. É a minha vontade, inspiração, meu dever, minha lição. Você é minha dedicação, minha oração, minha gratidão. Tudo o que faço é para você e por você. Obrigada por me acompanhar no fim dessa jornada. Você me dá forças e coragem pra tudo, TE AMO INFINITO!

Aos meus pais, **Walter e Renata**, gratidão eterna. Obrigada por não medirem nunca esforços e por tornarem todos os meus sonhos os de vocês também. Vocês são o alicerce de nossa família, nosso espelho, nossa inspiração. Tudo o que sou, devo a vocês!

Ao meu marido **Manoel Júnior**, por sempre me acolher, mesmo sem entender. Por estar presente em todas as etapas desse mestrado, por me aguentar no dia a dia, no cansaço, no nervosismo e por partilhar comigo das alegrias dessa jornada. Obrigada pelo amor e carinho de sempre, por ser minha família, te amo.

À minha irmã, **Fernanda**; você é um presente de Deus, mesmo distante e sempre presente. Obrigada por tudo e por tanto. Se eu pudesse escolher uma irmã, mil vezes, seria você.

Às minhas avós **Irene e Maria Luiza**, pelo amor incondicional. Obrigada por serem a palavra de carinho e cuidado quando mais preciso.

Aos meus familiares, por entenderem por vezes a minha ausência, aos meus sogros, **Manoel e Custódia**, minha cunhada **Michele** por se tornarem minha família e por sempre me encorajarem.

Aos amigos sempre presentes, em especial à **Letícia e Felipe**, por me acolherem com tanto carinho na casa e na vida de vocês.

À minha orientadora Profa. Dra. Girlene Alves da Silva, por ter me acolhido de braços abertos na UFJF, por não medir esforços, apesar de seus inúmeros

compromissos, em me orientar. Obrigada por partilhar comigo um pouco dos seus muitos conhecimentos, por ser franca e por me confortar nos momentos em que mais precisei. À você toda minha gratidão e respeito.

À Erika Andrade e Silva, amiga, eterna professora e enfermeira a qual me espelho. Obrigada pelo carinho e cuidado, este trabalho não seria impossível sem o seu apoio.

Aos colegas do Polo de Saúde Agostinho Pestana – Leopoldina, pelo incentivo, em especial à Secretária de Saúde Lúcia e à nossa coordenadora Natália, por sempre me liberar para as atividades do mestrado e a colega Maria Ilma, pelo cuidado e por sempre me “cobrir”.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Enfermagem da UFJF pela oportunidade de formação. Em especial aos professores por propiciarem a construção de uma aprendizagem crítica e reflexiva, me ensinando assim os caminhos para ser uma profissional melhor. Agradeço também a disponibilidade sempre de todos, desde os responsáveis pela limpeza até as “meninas” da secretaria.

Meu agradecimento também à Turma de Mestrandos em Enfermagem 2016/2018 por compartilharem sempre as angústias e as vitórias. Em especial, ao Guilherme e a Jamili, vocês são presentes!

Agradeço também ao grupo da pesquisa “Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose em Juiz de Fora – MG”, pelo companheirismo e aprendizado, vocês me fazem ter vontade de aprender cada dia mais. Agradeço a Fapemig por ter acreditado e financiado o trabalho do nosso grupo.

A todos que tornaram essa dissertação possível, o meu Muito Obrigada!

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar as representações sociais de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre a estratégia *Directly Observed Treatment, Short-course* (Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração – DOTS) em tuberculose (TB). Optou-se por um estudo de natureza descritiva com abordagem qualitativa utilizando como referencial teórico-metodológico a Teoria das Representações Sociais. A pesquisa foi desenvolvida em Unidades de Atenção Primária à Saúde que trabalham no modelo da ESF no município de Juiz de Fora – Minas Gerais. Para a apreensão das informações foram utilizadas entrevistas de caráter semiestruturadas. Participaram da pesquisa 18 enfermeiros. Nesse sentido, as entrevistas foram transcritas e analisadas conforme a perspectiva de Bardin. As Representações Sociais dos enfermeiros foram agrupadas segundo as unidades de inferências que mais se repetiram, além disso, uma categoria foi construída com o intuito de caracterizar os participantes. São elas: Caracterização dos Participantes, Tecendo saberes sobre o fazer cotidiano para o cuidado frente às pessoas com TB e Tecendo representações sobre o DOTS. Dos 18 enfermeiros entrevistados, 16 eram do sexo feminino, com tempo de formação entre 7 e 35 anos. Desses profissionais 66,7% possuem especialização em saúde da família, com tempo de trabalho na ESF entre 4 meses e 23 anos. Os achados demonstram que os enfermeiros não incorporam o DOTS nas atividades relacionadas ao controle e tratamento da TB, mas reconhecem a importância do enfermeiro como primordial no controle da doença. O DOTS é associado por esses profissionais ao simples fato de supervisionar a tomada de medicação e a associam a usuários em situação de vulnerabilidade social. No que tange a detecção precoce dos casos, podemos observar que a busca ativa por vezes se encontra limitada ao espaço da ESF e é relacionada a diversas dificuldades para sua efetivação, como falta de recursos humanos e deficiência na formação dos profissionais. Outras questões citadas pelos enfermeiros como aquelas que comprometem a efetivação dessa estratégia foram a falta de medicação padronizada para o tratamento e a dificuldade de enxergar o comprometimento político por parte da gestão. Além disso, é possível notar o desconhecimento por parte de alguns profissionais no que diz respeito às fontes de informação e registro dos casos, dificultando assim a qualidade e continuidade do cuidado. Nesse sentido, tal estudo aponta a necessidade de um novo olhar da

gestão e dos profissionais no que tange ao controle da TB no sentido de organizar e planejar essas ações em saúde, integrando o DOTS a essas atividades. Para tanto, isso só será possível através de capacitações em toda rede de atenção à saúde.

Palavras-chave: Tuberculose. Terapia Diretamente Observada. Enfermagem. Estratégia Saúde da Família. Representação Social.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the social representations of nurses of the Family Health Strategy (ESF) about the Directly Observed Treatment, Short-course (DOTS) strategy in tuberculosis (TB). We chose a descriptive study with a qualitative approach using as theoretical-methodological reference the Theory of Social Representations. The research was developed in Primary Health Care Units that work on the ESF model in the city of Juiz de Fora – Minas Gerais. For the apprehension of the information, semi-structured interviews were used. 18 nurses participated in the study, in this sense the interviews were transcribed and analyzed according to Bardin's perspective. The social representations of the nurses were grouped according to the units of inferences that were most frequently repeated, in addition, a category was constructed with the purpose of characterizing the participants. They are: Characterization of the Participants, Weaving knowledge about the daily routine for the care of people with TB and Weaving representations about DOTS. Of the 18 nurses interviewed, 16 were female, with training time between seven and 35 years. Of these professionals 66.7% have specialization in family health, with work time in the FHT between four months and 23 years. The findings demonstrate that nurses do not incorporate DOTS into activities related to TB control and treatment, but recognize the importance of nurses as primary in controlling the disease. DOTS is associated by these professionals simply by supervising the medication intake and associating it to users in situations of social vulnerability. Regarding the early detection of cases, we can observe that the active search is sometimes limited to the ESF space and is related to several difficulties for its effectiveness, such as lack of human resources and deficiency in the training of professionals. Other issues cited by nurses as those that compromise the effectiveness of this strategy were the lack of standard medication for the treatment and the difficulty to see the political commitment on the part of the management. In addition, it is possible to notice the lack of knowledge on the part of some professionals regarding the sources of information and registry of the cases, thus hindering, the quality and continuity of the care. In this sense, this study points out the need for a new look from management and professionals regarding TB control in order to organize and plan these health actions, integrating DOTS into these activities through training in a health care network.

Keywords: Tuberculosis. Directly Observed Therapy. Nursing. Family Health Strategy. Social Representation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
a.C	Antes de Cristo
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
BCG	Bacilo de Calmette e Guérin
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DOTS	<i>Directly Observed Treatment, Short-course</i> (Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração)
ESF	Estratégia Saúde da Família
FACENF	Faculdade de Enfermagem
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
JF	Juiz de Fora
MDR	Multidroga resistente
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCAT	Primary Care Assessment Tool
PCT	Programa de Controle da Tuberculose - PCT
PNCT	Programa Nacional de Controle de Tuberculose
PSF	Programas de Saúde da Família
RS	Representação Social
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SR	Sintomático Respiratório
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TRM-TB	Teste Rápido Molecular para Tuberculose
TRS	Teoria das Representações Sociais

UAPS	Unidades de Atenção Primária à Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
VD	Visita Domiciliar
VDO	<i>Video observed treatment</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REVISITANDO A LITERATURA SOBRE TUBERCULOSE	19
2.1	A historicidade da tuberculose no mundo e no Brasil	19
2.2	Os números em relação à tuberculose	22
2.3	Tratamento diretamente observado de curta duração	24
3	O DESENHO TEÓRICO E METODOLÓGICO DO ESTUDO	28
3.1	As representações sociais como marco teórico	28
3.2	O delineamento metodológico	30
3.3	O cenário	31
3.4	Participantes do estudo	32
3.5	Apreensão das informações	32
3.6	Análise das representações	34
3.7	Aspectos éticos da pesquisa	35
4	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS ACHADOS DA PESQUISA	36
4.1	Caracterização dos participantes	36
4.2	Tecendo saberes sobre o fazer cotidiano para o cuidado frente às pessoas com tuberculose	37
4.3	Tecendo representações sobre o DOTS	41
4.3.1	O enfermeiro e os saberes sobre o DOTS	41
4.3.2	A detecção precoce dos casos de tuberculose: busca ativa de sintomáticos respiratórios	46
4.3.3	O tratamento diretamente observado	51
4.3.4	Fornecimento regular de medicamentos, materiais e demais insumos	54
4.3.5	Registros e fontes de informações	57
4.3.6	O compromisso político priorizando a tuberculose	62
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
	REFERÊNCIAS	69
	APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista	76
	APÊNDICE B – Termo de confidencialidade e sigilo	96
	ANEXOS A – Projeto “Guarda-chuva”: avaliação do programa de	

controle da tuberculose em Juiz De Fora – MG.....	78
ANEXOS B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –	
TCLE Gestores e Profissionais de Saúde	98
Anexo C – Declaração de Infraestrutura	100
ANEXO D – Termo de Confiabilidade e Sigilo.....	101
ANEXO E – Termo de Aprovação pelo Comitê de Ética em	
Pesquisa – CEP.....	102

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é a doença infecciosa com maior número de vítimas fatais no mundo e está intimamente relacionada ao estigma, um predicado considerado indesejável aos olhos da sociedade e que pode levar o indivíduo a situações de marginalização e/ou exclusão das relações sociais. Descrita pela primeira vez em 1882, pelo médico alemão Robert Koch, essa patologia tão antiga e de tratamento disponível pelas redes de atenção a saúde, têm seu controle como um grande desafio para a saúde pública (WHO, 2017a; SOUZA et al., 2014. TOUSO et al., 2014).

Apesar do orçamento para o controle da TB ter aumentado cerca de 14 vezes em relação ao ano 2002 no Brasil, podemos observar que este ainda é insuficiente. Destarte, apesar de números animadores em relação à queda da sua incidência e mortalidade no país é imprescindível maiores esforços para alcançar a meta da Organização Mundial da Saúde (OMS) de retirar a doença do posicionamento em que se encontra: “um problema de saúde pública” (BRASIL, 2011a; ÂNGELO, 2008; DATASUS, 2008).

Assim, no ano de 1993 ao declarar a TB como uma emergência mundial, a OMS começou a recomendar a estratégia *Directly Observed Treatment, Short-course* (Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração – DOTS) como uma solução de âmbito global para o controle da doença. Tal estratégia é estruturada por cinco pilares: detecção de casos por baciloscopia entre SR; tratamento padronizado, de curta duração e monitorado; fornecimento regular de drogas; sistema de registro que permita a avaliação do tratamento; e compromisso do governo colocando dentre as ações prioritárias nas políticas de saúde o controle da TB (WHO, 2009; SÁ et al., 2012).

Vale frisar que a estratégia DOTS foi proposta no Brasil pelo Programa Nacional de Controle de Tuberculose (PNCT) no ano de 1998 e, nos anos 2000, a TB passou a compor o rol das atividades do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde e dos municípios. Além disso, o compromisso político do governo com tal doença pode ser destacado ao considerá-la uma das ações prioritárias do Pacto pela Vida, de Gestão e em Defesa do SUS (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2006).

Com a descentralização e em articulação com a Estratégia Saúde da Família (ESF), considerada a porta preferencial de entrada no SUS, os municípios passaram a gerenciar e operacionalizar as ações de vigilância, prevenção e controle da TB, o que inclui a oferta do DOTS. Neste contexto, é válido destacar que, no ano de 2006, 81% das unidades de saúde já ofereciam o DOTS. Mas, em contrapartida, uma década depois, em 2016, somente 36,2% dos novos casos notificados com TB pulmonar foram submetidos a tal estratégia (BRASIL, 1988; SOUZA, et al, 2014; BRASIL, 2013; SANTOS, 2007; BRASIL, 2018b).

Para tanto, o DOTS pode ser considerado uma ferramenta de aproximação dos profissionais de saúde com o contexto social dos indivíduos, ao mesmo tempo em que reduz os efeitos do estigma ao identificar grupos de risco para a não adesão ao tratamento de TB. Assim, o cenário da ESF facilita a implementação do DOTS ao estabelecer uma ligação entre o serviço de saúde, o doente e sua família (RUFFINO-NETTO, 2000 apud BRASIL, 2011b).

Neste contexto, são atribuições comuns a todos os profissionais de uma equipe de Saúde da Família: a busca ativa, o registro dos agravos de notificação compulsória e outros agravos, o reconhecimento de situações de importância local, como o controle da TB, entre outros (SÁ et al., 2012). Nesse sentido, em estudo realizado por Souza e colaboradores (2014) o enfermeiro é destacado por sua competência de liderança, além de organizar os processos de trabalho e valorizar a autonomia e a criação de vínculo com os usuários.

Dessa maneira, e dando ênfase ao processo de tratamento do doente com TB o “Protocolo de Enfermagem: Tratamento diretamente observado da tuberculose na Atenção Básica” destaca a atuação do enfermeiro contemplando duas das dimensões de seu processo de trabalho: a gerencial, que se relaciona ao planejamento, à organização e à avaliação de serviço; e a assistencial, ligada à coordenação e à realização das ações do cuidado, como identificar SR, realizar consultas de enfermagem, solicitação de exames, notificação de casos confirmados, dentre outras ações (BRASIL, 2011b).

Por consequência, tais profissionais ainda se destacam no tratamento à TB no que se refere à educação do paciente com TB e seus familiares durante o cuidado domiciliar e comunitário, ajudando a prevenir ou atenuar danos à saúde do usuário e seus contatos, além de ser de grande relevância para a adesão terapêutica. Também pode ser destacado pelo seu papel educador em relação a

outros grupos relevantes para o tratamento de tal doença, os auxiliares e técnicos de enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Dessa forma, o enfermeiro se torna um elo entre sua realidade concreta, o ato de educar e cuidar e os saberes científicos (COSTA; RODRIGUES; SANTOS, 2013).

Porém, apesar de todos os atributos referidos ao enfermeiro em relação à TB, alguns problemas quanto à execução de estratégias preconizadas para o tratamento são relatados em estudos. Rêgo e colaboradores (2015) identificam na fala de enfermeiros da Atenção Básica que o tratamento diretamente observado e recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a) é considerado desnecessário para a adesão ao tratamento. Além disso, Queiroz e Bertolozzi (2010) afirmam que uma das limitações do DOTS é a dificuldade por parte de alguns profissionais em estabelecer uma relação amistosa e de vínculo com os doentes. Além disso, enfermeiros, ao contrário do que é relatado pelos usuários, referem que as características do DOTS o tornam uma terapia complexa para o paciente e consideram que os mesmos não simpatizam com a estratégia. Tais autores ainda referem dificuldades com as questões relacionadas à operacionalização da estratégia e relatam que a mesma necessita de melhor organização e sistematização.

O estudo de Silva (2013) sobre representações sociais de pessoas vivendo com TB revela ainda a desarticulação dos serviços de saúde no que tange a busca ativa dos SR, a falta da individualização da assistência como fator que favorece ao abandono do tratamento, além de uma assistência pautada na doença e não no indivíduo com TB. Por minuto, Sá e colaboradores (2012) encontraram em sua pesquisa que as ações da equipe multiprofissional são descritas pelo enfermeiro como fragmentadas e centralizadas em tal profissional, o que não é o objetivo do trabalho na ESF e da estratégia do DOTS.

Nesse sentido, a problemática da TB motivou um grupo de pesquisadores a proporem a pesquisa intitulada “Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose em Juiz de Fora – MG” da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (FACENF/UFJF), cujo objetivo primário é avaliar o desempenho dos serviços públicos de controle da TB no município (**ANEXO A**). Desse trabalho maior, estão surgindo diversos estudos de graduação e pós-graduação, com delineamentos tanto qualitativos quanto quantitativos. Além disso, os diversos cenários que

compõem os serviços da rede municipal de assistência à TB e os mais diferentes atores, desde usuários a gestores, estão sendo alvos dessa pesquisa.

Para tanto, motivei-me a realizar este estudo por ter notado em minha graduação durante estágio obrigatório na Atenção Primária à Saúde (APS) a falta de interesse por parte de alguns profissionais da enfermagem em realizar buscas ativas dos SR, bem como as demais atividades preconizadas pelas PNCT. Além disso, pude perceber que são poucos os incentivos e as capacitações ofertados a esses profissionais nessa área. Cabe destacar ainda, o despertar para doenças infecciosas a partir do 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, onde pude apresentar um trabalho sobre a temática e notar que são poucos os profissionais atraídos por tal conteúdo.

Diante do que foi exposto, apresentaram-se as seguintes inquietações: o que o enfermeiro pensa sobre TB? Como estes profissionais acompanham seus pacientes com TB no cotidiano? O que o enfermeiro entende por estratégia do DOTS e seus pilares? Qual a importância atribuída a essa estratégia?

Dessa maneira, e partindo da pesquisa anteriormente citada, este trabalho toma como **objeto** as representações sociais de enfermeiros da ESF sobre o DOTS e tem como **objetivo** analisar as representações sociais de enfermeiros da ESF sobre o DOTS.

Por conseguinte, se justifica este trabalho pela necessidade de estudos que compreendam as representações sociais dos enfermeiros sobre esse conjunto de ações amplas e complexas no tratamento de TB. Uma vez que muitas das vezes tais profissionais são considerados líderes de suas equipes ou assumem tal posicionamento, se tornando de certa forma centralizadores da estratégia DOTS, esse trabalho tornou-se uma maneira de identificar e refletir sobre os motivos pelos quais grande parte dos usuários identificados com TB não são submetidos a essa estratégia, apesar de preconizado.

Espera-se que, com a realização deste estudo, seja possível ampliar o conhecimento na área de enfermagem no que se refere às representações sociais de enfermeiros sobre o DOTS; fornecer subsídios aos profissionais de saúde, pesquisadores e comunidade científica visando o avanço e o aprimoramento de conhecimento na área de saúde, a futuras intervenções e mudanças nas práticas de trabalho e atendimento ao usuário portador de TB; instigar o aprimoramento das

políticas públicas de saúde, com foco na TB, a fim de se propiciar, de fato, um atendimento na ESF que seja interdisciplinar, integral e efetivo.

2 REVISITANDO A LITERATURA SOBRE TUBERCULOSE

2.1 A historicidade da tuberculose no mundo e no Brasil

Apesar da descrição de Robert Koch, em 1882, estudos apontam que a TB ou “peste branca” vem deixando vítimas há milênios antes de Cristo. Há cerca 5.000a.C., no antigo Egito foram encontradas múmias com lesões compatíveis a tal doença, porém sem a certeza de sua etiologia. Evidências mais seguras da doença foram encontradas também do antigo Egito datando 3.000 a 1.300 anos a.C, sendo encontradas lesões do “mal de Pott” nos corpos mumificados dos faraós. Dessa maneira, é possível associar a TB em seus primórdios com classes sociais altas, diferentemente do perfil que encontramos atualmente nos próximos relatos (ROSEMBERG, 1999; DANIEL, 2000).

Na Idade Média, multidões de pessoas com TB foram descritas, muitos em formas graves. Sua cura em tal época era atribuída aos monarcas católicos como uma superstição religiosa. Anos depois, com a Revolução Industrial na Inglaterra, houve um grande fluxo migratório para os centros urbanos, o que propiciou grandes aglomerados em péssimas condições sociais e de trabalho, facilitando então a dispensação e a mortalidade pela doença (ROSEMBERG, 1999).

A doença também pode ser destacada durante o governo de Napoleão Bonaparte na França, onde se operaram imensas reformas para embelezamento de Paris e, para tanto, quarteirões de casas populares foram demolidos, jogando multidões de trabalhadores pobres em cortiços, nas piores condições de promiscuidade, aumentando os índices de TB (ROSEMBERG, 1999).

Na América do Sul o primeiro vestígio da doença foi encontrado em uma múmia no Peru datada de 1.100 anos a.C. O corpo dessa índia passou por um processo de mumificação espontânea devido às condições específicas do local e em seu pulmão direito havia um nódulo hiliar que continha DNA do bacilo. Esta foi a primeira confirmação da TB na era pré-colombiana (ROSEMBERG, 1999; DANIEL, 2000).

No Brasil, os primeiros relatos aconteceram a partir da colonização dos europeus, onde a TB alastrou-se como epidemia entre os indígenas. A partir das grandes navegações e das colonizações, os jesuítas, em grande parte com TB, contaminaram em massa os índios, o que pode ser observado através de um trecho

em cartas de Inácio de Loyola (1555) e de Anchieta (1583) dirigidas ao Reino: “os índios, ao serem catequizados, adoecem na maior parte com escarro, tosse e febre, muitos cuspidando sangue, a maioria morrendo com deserção das aldeias” (ROSEMBERG, 1999, p.7).

Durante o império, era alta a mortalidade imposta pela doença. Semelhante ao que ocorreu na Europa durante a Revolução Industrial, a epidemia de TB no Brasil tornou-se realidade na maior parte das cidades, sendo batizada “a praga dos pobres”, devido a sua íntima relação com situações de pobreza. As práticas sanitárias da época visavam controlar as doenças que pudessem comprometer diretamente a economia capitalista e, dessa maneira, somente no final do século XIX, quando a TB passou a ser considerada a principal causa de morte no Rio de Janeiro é que houve repercussão destes fatos (NASCIMENTO, 2005). Para tanto, apenas no século XX, com o advento da terapia farmacológica, as elevadas taxas de morbimortalidade pela doença começaram a declinar (MACIEL, 2012).

A doença e seu status social passaram por momentos ambíguos entre os séculos XIX e XX. No início do século XIX a TB era romantizada, no sentido de atração e imaginação, por muitos artistas e intelectuais, conferindo à doença um “refinamento” perante a sociedade. As obras ignoravam os acontecimentos conseguintes da doença em áreas mais pobres, centros urbanos e cortiços. Já na metade do século referido este padrão da romantização da doença começou a dar sinais de desgaste. O fato de a doença persistir e se alastrar, principalmente em camadas sociais menos favorecidas, e ter baixo índice de cura mudou seu status para um estigma associado a pessoas com desvios de caráter e à pobreza e o consequente isolamento (PÔRTO, 2007).

As intervenções, de início, eram basicamente sanitárias e se concentravam em grandes centros urbanos, especialmente os mais ricos, ou seja, Rio de Janeiro e São Paulo. Ainda não se dispunha de estratégias preventivas e curativas de aceitação geral e estas eram baseadas em ações coercitivas como a da polícia médica, desenvolvida na Alemanha de Bismarck, onde se partia do pressuposto de que o Estado deveria assegurar o bem-estar e segurança ao povo, mesmo contradizendo os interesses individuais (BERTOLLI FILHO, 2001; SILVA et al., 2010).

O Estado ainda era responsável pelo cuidado de outras doenças negligenciadas, como a hanseníase, mas o atendimento às emergências e

internações gerais só seria sua responsabilidade alguns anos depois. Somente em 1923, com a Lei Elói Chaves, a saúde dos trabalhadores, em suma aqueles com vínculo empregatício formal, passou a ser componente de um sistema que, de início era chamado caixas de pensão, depois os institutos e, finalmente: o Instituto Nacional de Previdência Social (CARVALHO, 2013).

A participação do setor público na luta contra a TB se iniciou com Oswaldo Cruz, no começo do século XX, reconhecendo a necessidade da atenção das autoridades sanitárias em relação à doença. Instituiu-se, então, o Plano de Ação Contra Tuberculose, que visava à implantação de condutas profiláticas e terapêuticas. Porém, estas práticas foram consideradas de pouca repercussão para a época. Outros marcos a serem citados foram a inserção da vacina com o Bacilo de Calmette e Guérin (BCG) em recém-nascidos no calendário vacinal e a busca e a utilização de novos fármacos utilizados até hoje na primeira linha para o tratamento da doença (MACIEL, 2012).

Nesse contexto, os hospitais se tornaram a principal instituição de transmissão do conhecimento médico e as instituições privadas foram estimuladas a crescer por incentivos e interesses de órgãos públicos. Alguns dos fatores identificados para essa expansão são a baixa qualidade e a dificuldade para expandir os serviços públicos de saúde, a desigualdade social e a ausência de suporte para o sistema público (MENICUCCI, 2007).

Somente em meados da década de 70, com o movimento de vários grupos sociais, é que se iniciou a luta pela reforma sanitária da saúde brasileira. Essa luta teve como objetivos ampliar a cobertura dos serviços e ações de atenção à saúde pública, incluir a participação popular frente às decisões de saúde e articular as três esferas de governo (MENICUCCI, 2007).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, convocada em 1986, foi um marco na mudança dos paradigmas em saúde e trouxe como uma incorporação constitucional um dos princípios básicos do nosso Sistema Único de Saúde: “saúde é um direito de todos e um dever do Estado”. Mas, somente na década de 90 as propostas formais feitas na conferência seriam consolidadas e o nosso sistema de saúde seria definido como único, público, universal e gratuito apesar de ser considerado por muitos um sistema híbrido: público e privado (MENICUCCI, 2007).

2.2 Os números em relação à tuberculose

Segundo a OMS, em seu Relatório Global sobre a TB no ano de 2017, estima-se que no ano de 2016, 10,4 milhões de pessoas estavam infectadas pela doença, sendo 490 mil casos de TB multidroga-resistente (MDR) e 10% dos casos em indivíduos reagentes ao vírus da imunodeficiência humana (HIV). É válido ressaltar que tal patologia vem sendo considerada a doença infecciosa com maior número de óbitos no mundo, ou seja, cerca de 1,3 milhão de óbitos em indivíduos não reagentes ao HIV e aproximadamente 370 mil em pessoas infectadas concomitantemente por TB-HIV.

Nesse sentido, é perceptível o aumento significativo no número de casos de TB. Somente em 2013 foram notificados cerca de nove milhões de novos casos. Além disso, há estimativas de que dois bilhões de pessoas se encontram infectadas pelo *Mycobacterium tuberculosis*, agente causador da doença (WHO, 2017b; OMS 2011).

Cabe ressaltar que, até o ano de 2015, 22 países eram considerados prioritários pela OMS e detinham 80% da carga mundial da doença. Entre 2016 e 2020 foi definida uma nova classificação, onde cada lista é composta por 30 países considerados prioritários. O Brasil está presente em duas de três listas: em uma ocupa a 20ª posição quanto à carga da doença, e em outra a 19ª no que tange a coinfeção TB-HIV. Nosso país ainda é destaque no bloco BRICS, formado por Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul, países que juntos somam 50% dos casos de TB e mobilizam 90% dos recursos para as ações de controle da doença (BRASIL, 2017a).

Ao longo dos anos, a incidência de TB no Brasil vem decrescendo. O número de novos casos registrados no ano de 2017 foi de 69.569, sendo a incidência de 33,5 casos a cada 100.000 mil habitantes (BRASIL, 2018a), um número menor quando comparado com ano anterior, com 42 casos para 100 mil habitantes. Esse coeficiente ainda diminuiu em torno de 35% quando comparamos com a incidência no ano de 1990, de 51,8 casos/100 mil habitantes (WHO, 2017a; BRASIL, 2018c).

Estudos mostram que, no ano de 2016, o perfil atingido pela doença era em sua maioria formado por pessoas do sexo masculino e maiores de 14 anos. Além disso, a incidência de novos casos positivos para HIV e TB foi de 11 a cada 100 mil habitantes (WHO, 2017a; BRASIL, 2018d).

Outro indicador importante da doença no país é o coeficiente de mortalidade, que vem diminuindo ao longo dos anos, com registro de 3,6 óbitos/100 mil habitantes no ano de 1990 e de 2,1 óbitos/100 mil habitantes em 2016. A mortalidade entre pessoas com HIV e TB atingiu 1,9 casos entre 100 mil habitantes (BRASIL, 2018a; BRASIL, 2018d).

Compete destacar que a região com maior incidência de casos no país foi a Norte, com 42,7 casos/100 mil habitantes e a região com menor coeficiente foi a Centro-oeste com 20 casos/100 mil habitantes. Os estados que tiveram maior incidência de TB foram Amazonas (74,1 casos/100 mil hab.), Rio de Janeiro (63,5 casos/100 mil hab.), e Pernambuco (46 casos/100 mil hab.), também registrando os maiores coeficientes de óbitos (BRASIL, 2018d).

No Estado de Minas Gerais, no ano de 2017 foram notificados 3.343 novos casos e o coeficiente estava em 15,8 casos a cada 100.000 mil habitantes, abaixo da média do país e índice considerado menor quando comparado a anos anteriores (BRASIL, 2018a). Para tanto, já no ano de 2005, 25 municípios foram considerados prioritários para o PNCT, no Estado, são eles: Belo Horizonte, Betim, Carangola, Contagem, Coronel Fabriciano, Governador Valadares, Ibirité, Ipatinga, Ituiutaba, Juiz de Fora, Montes Claros, Muriaé, Ponte Nova, Pouso Alegre, Ribeirão das Neves, Sabará, Santa Luzia, São João del Rei, Sete Lagoas, Teófilo Otoni, Timóteo, Ubá, Uberaba, Uberlândia e Vespasiano (MINAS GERAIS, 2007).

O município de Juiz de Fora, referente a este Estudo, sofre oscilações quanto à incidência de TB ao longo dos anos. Porém, tem registrado elevação no número de notificações nos últimos três anos. Segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) foram notificados 308 casos em 2015, 314 casos em 2016 e 405 casos no ano de 2017.

Estudos revelam ainda que a taxa de cura da doença cresceu no Brasil nos anos de 2001 a 2004 e vem se mantendo estável a partir do ano de 2005, com um percentual de aproximadamente de 70% (73% em 2016). Entretanto, este valor ainda se encontra abaixo do que é preconizado pela OMS, de 90% de cura (DATASUS, 2008; BRASIL, 2018a).

Além disso, a OMS traçou como meta em seu plano para acabar com a TB reduzir a incidência da doença para menos de 10 casos a cada 100 mil habitantes até 2035. No Brasil esse coeficiente atualmente é de 33,5/100 mil habitantes e com valores heterogêneos entre os Estados. Tal fato revela a necessidade de maiores

investimentos e a expansão de estratégias para o seu controle no país, principalmente em áreas com maiores taxas (BRASIL, 2013; BRASIL, 2011a; WHO, 2015; BRASIL 2018a).

E a taxa de abandono ao tratamento ainda tem se mostrado elevada: no ano de 2016 foi cerca de 10,3% a mais que o dobro do recomendado pela OMS, que é menor que 5% (BRASIL, 2018a). Outro parâmetro que não foi atingido no nosso país diz respeito ao tratamento diretamente observado, onde o recomendado pelo Ministério da Saúde é que o mesmo aconteça em todos os casos. Para tanto, no ano de 2016 somente 36,2% dos tratamentos no Brasil seguiram essa linha. No estado de Minas Gerais o valor foi um pouco maior, de 44,4%, porém ainda abaixo do recomendado (BRASIL, 2018d; BRASIL, 2011b).

2.3 Tratamento diretamente observado de curta duração

O tratamento diretamente observado de curta duração (*directly observed treatment short course* – DOTS) é uma estratégia recomendada pela OMS e que constitui a execução de boas práticas no manejo da TB objetiva aumentar a aderência dos pacientes ao tratamento da doença através do monitoramento (WHO, 2002; WHO, 2017b; HOPEWELL, 2006).

Através da estratégia *Stop Tuberculosis* a OMS, no ano de 2006, apresentou metas para a redução dos casos da doença em todo o mundo e estipulou a eliminação da TB como um problema de saúde pública até o ano de 2050. Esta estratégia inclui, entre outros fatores, a expansão do uso e o aperfeiçoamento do DOTS, mas, para que isso ocorra com êxito, são necessários cinco elementos (WHO, 2009):

Primeiramente, é necessário haver um compromisso político sustentável com crescente e assegurado investimento. Esse comprometimento deve ser pautado em políticas públicas com planos estratégicos de ação de longo tempo que abordem requisitos técnicos, de recursos humanos e financeiros. O plano de ação deve acompanhar os resultados em todos os níveis do sistema de saúde, incluindo indicadores diretos e indiretos da TB (PINET, 2001; BRASIL, 2011b).

Para tanto, o financiamento para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença tem aumentado nos últimos anos. O valor disponível em 118 países de baixa e média renda somaram US\$ 6,9 bilhões de dólares no ano de 2017, US\$ 3

milhões de dólares a mais em relação ao ano anterior e é o dobro do valor investido em 2006, de US\$ 3,3 bilhões de dólares. Apesar deste aumento nos investimentos, o valor ainda encontra-se abaixo do necessário. De acordo com o Plano Global para acabar com a TB da estratégia *Stop TB*, o valor necessário para as implementações das intervenções neste campo seria de aproximadamente US\$52 bilhões de dólares em cinco anos (2016 a 2020), nos países de baixa e média renda. Cabe destacar que grande parte do capital investido foi feito com aplicações nacionais e o restante através de doações internacionais na maior parte dos países, o que ocorreu de forma inversa em países de baixa renda (WHO, 2017a).

No Brasil, o investimento necessário para o tratamento de pacientes susceptíveis e multirresistentes no âmbito ambulatorial e hospitalar foi estimado em US\$ 117 milhões de dólares. Porém, o valor orçado para o mesmo período no Plano Estratégico Nacional para TB foi de US\$67 milhões de dólares, valor abaixo do necessário (WHO, 2017a).

O próximo elemento para a implementação e o aumento da qualidade do DOTS é relacionado à detecção e ao diagnóstico precoce de casos de TB através de exames bacteriológicos de qualidade (WHO, 2009). Para que a detecção seja feita de modo rápido é preciso que os trabalhadores da área de saúde sejam qualificados e saibam identificar os sinais e sintomas nos possíveis infectados pela doença. Por isso, ações de educação permanente se fazem necessárias.

Os sintomas mais presentes nos casos de TB são tosse persistente com produção ou não de muco ou sangue, febre, emagrecimento e sudorese no período noturno. Sintomas de tosse por três ou mais semanas classificam o usuário como sintomático respiratório (SR) e este se torna um potencial suspeito de ter contraído a doença, sendo recomendada uma investigação rápida e preciso diagnóstico. O principal método de controle da TB é a busca ativa desses SR, que deve estar presente em todos os níveis de atenção do sistema de saúde (BRASIL, 2011b).

O diagnóstico está diretamente ligado ao primeiro elemento citado anteriormente, no que diz respeito aos investimentos. É necessário que sejam desenvolvidas ferramentas de diagnóstico de TB mais sensíveis e que detectem diferentes formas da doença, além de testes rápidos que constatem a resistência aos medicamentos e testes que prevejam o risco da doença latente se tornar ativa (WHO, 2015). A rápida detecção permite a interrupção da cadeia de transmissão da TB, e o início precoce do tratamento adequado (BRASIL, 2011b).

O terceiro componente citado pela OMS é a padronização do tratamento através da tomada supervisionada da medicação, além do apoio ao usuário com TB (WHO, 2009). O profissional de saúde deve realizar o tratamento diretamente observado (TDO) que é um dos elementos chave da estratégia DOTS e que se baseia na observação da tomada da medicação por parte do paciente, desde o início do tratamento até seu fim, garantindo assim a efetividade do tratamento. É necessário não só observar esta ingestão, mas criar um vínculo entre o profissional de saúde, o usuário e o serviço de saúde (BRASIL, 2011a).

A Secretaria de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2011a) recomenda que todos os casos de TB sejam tratados utilizando o TDO. As modalidades a serem consideradas no Brasil para a supervisão do TDO são a domiciliar ou local solicitada pelo usuário, na unidade de saúde (unidade da estratégia saúde da família, unidade básica de saúde, hospitais, serviços especializados de HIV, entre outros), no sistema prisional e quando é realizada de forma compartilhada em mais de um estabelecimento de saúde. O local onde será administrada a medicação, se não há a possibilidade de acompanhamento diário da tomada, deve sempre emergir do usuário e nunca a partir do sistema de saúde. A OMS (WHO, 2017b) também considera como forma de acompanhamento da administração de medicamento o tratamento observado por vídeo (*VDO, Video observed treatment*), podendo ser realizada quando apropriadamente organizada e operacionalizada pelo profissional de saúde e o paciente. Esta última opção ainda possui nível muito baixo de evidências quanto a sua efetividade.

O tratamento só será classificado como diretamente observado quando o profissional de saúde realizá-lo. Na impossibilidade disto ocorrer, o paciente poderá ser observado por algum familiar ou pessoa de sua comunidade treinado pelo profissional de saúde, porém não será declarado como TDO (BRASIL, 2011a).

A Secretaria de Vigilância em Saúde considera que, para validar o tratamento como diretamente observado, o paciente deverá ter recebido a medicação de forma observada em, no mínimo, 24 dias na fase de ataque da doença e 48 dias na fase de manutenção (BRASIL, 2011a).

Garantir o abastecimento e o manejo adequado de medicação se constitui como outro fator do DOTS (WHO, 2009). Nesse sentido, para o sucesso do tratamento deve ser garantida a oferta em combinações e doses medicamentosas corretas pelo tempo suficiente para a cura da doença. A inadequação desses pontos

fazem emergir outra preocupação para a saúde pública, que é a resistência às medicações (BRASIL, 2011a).

Com a finalidade de acabar com a TB em âmbito mundial, tem-se debatido e reforçado a necessidade de pesquisas sobre novos medicamentos. Nesse sentido, se carece de drogas com custos menos elevados, menos tóxicas e que diminuam o tempo de tratamento que atualmente é longo e que dificulta uma maior efetividade no controle da TB. Além do mais, a busca por novos medicamentos também é essencial para evitar os casos de resistência a estas drogas (WHO, 2015).

Cabe ressaltar que, para evitar o interrompimento do tratamento, é fundamental que o profissional de saúde investigue todas as particularidades pessoais e sociais de cada caso, além de seus contatos, de maneira a garantir o acompanhamento e a adesão medicamentosa. Para tanto, avaliar e monitorar os impactos das ações de saúde nos casos da doença, acompanhando desde a notificação até o encerramento do caso constitui como o último elemento citado pela OMS para se alcançar uma alta qualidade na realização do DOTS (WHO, 2009; BRASIL, 2011a).

Os instrumentos de vigilância do Programa Nacional de Controle da TB devem ser utilizados para que seja feito um controle da verba e dos recursos humanos a serem despendidos nas atividades de TB. Além disso, é imprescindível um controle diário dos pacientes, de maneira que o abandono ao tratamento seja evitado e se busque novas estratégias para seu sucesso. Neste contexto, os profissionais de saúde precisam estar aptos ao supervisionamento desses usuários, identificando e enfrentando as barreiras cotidianas para um tratamento efetivo (BRASIL, 2011a; CHIRINOS; MEIRELLES, 2011).

3 O DESENHO TEÓRICO E METODOLÓGICO DO ESTUDO

3.1 As representações sociais como marco teórico

Optou-se por realizar o estudo utilizando como referencial teórico-metodológico a Teoria das Representações Sociais (TRS) de Serge Moscovici em sua vertente processual, uma vez que tal teoria busca se comunicar com a realidade social de maneira a compreender algo a partir da representação de determinado grupo social e, sendo assim, ela se torna ideal para este estudo.

A noção de representação social foi introduzida por Moscovici em 1961, em sua obra: “A Representação Social da Psicanálise” (MOSCOVICI, 1978). O autor retoma o conceito de representações coletivas de Durkheim trazendo-lhes reformulações singulares. Durkheim opôs os conceitos de representações coletivas e individuais. Para ele, a coletividade é algo estável e afetado apenas por fatos graves, enquanto a individualidade é mais sensível e instável (DURKHEIM, 1990, p. 619 *apud* CREPALDI, 1999). Tal autor refere ainda que a representação designa uma ampla variedade de produções: ciência, religião, opiniões, mitos, visão de mundo e diversos saberes. Em contrapartida, Moscovici discorda da estabilidade preestabelecida a coletividade e refere que estes saberes citados acima, são completamente divergentes (MOSCOVICI *apud* JODELET, 1989).

Entende-se então a representação como uma produção mental e de caráter social, marcada pelo pluralismo das ideias (CREPALDI, 1999). Assim, para Moscovici, não são os atos e pensamentos de um único indivíduo que devem ser levados em consideração, mas sim, um conjunto, o senso comum (MOSCOVICI *apud* JODELET, 1989).

A Representação Social (RS) é associada por Sêga (2000) à maneira de interpretar determinada realidade cotidiana, sendo possível então conhecer uma dada situação a partir da perspectiva de dois ou mais indivíduos ou grupos. Nesse sentido, é possível afirmar que o social interfere de várias maneiras na RS, pelo contexto no qual se encontram os grupos e suas relações interpessoais, culturais, de valores e ideologias.

Corroborando com isso, Franco (2004) diz que, para se entender como os homens percebem ou explicitam determinada circunstância, fato ou objeto é necessário primeiramente conhecer o contexto em que estão inseridos. Portanto,

Moscovici (2003) na TRS toma como ponto de partida a diversidade individual em toda sua particularidade com o objetivo de descobrir como indivíduos e grupos tão diferentes podem construir, juntos, um mundo estável e previsível.

Sêga (2000, p.129) diz que “toda RS é a representação de alguma coisa ou de alguém sobre algo”. Dessa forma, é o contato de pessoas e entre elas com objetos que acontece o conhecimento e se estabelece a relação com e sobre o mundo (CREPALDI, 1999). Moscovici (1969 apud CREPALDI, 1999) considera ainda que não existe uma ruptura entre o universo interno e o externo, ou seja, o objeto vem sendo construído pelo indivíduo ou coletividade em um contexto ativo, a partir de relações existentes entre a memória e a capacidade contínua da imaginação (MOSCOVICI apud CREPALD, 1999).

Mazzotti (2002) afirma que para o precursor da TRS o objeto e o sujeito são um conjunto interligado, ou seja, um objeto existe apenas em relação a um indivíduo ou grupo. Dessa maneira, podemos inferir que o objeto é resultado da atividade humana, a interiorização de uma ação, e que é a relação sujeito-objeto que o determina.

Ao analisar a natureza social das representações, Moscovici observou que as proposições, os comportamentos e as críticas se dão de formas diversas nos diferentes contextos sociais, constituindo assim universos variados de opiniões. Para esse autor, cada universo é composto por três dimensões: a atitude, a informação e o campo de representação. A atitude diz respeito ao sentido empregado ao objeto da representação, seja ele favorável ou não. A informação corresponde à sistematização da compreensão do grupo sobre o objeto. E, por fim, o campo de representação que se refere à ideia de imagem concreta e demarcada sobre um aspecto específico do objeto. Sendo assim, para se ter uma visão global sobre determinado objeto, é necessário conhecer essas três dimensões (MOSCOVICI apud ALVES-MAZZOTTI, 1994).

Para compreender a elaboração e o funcionamento da RS é necessário conhecer dois processos essenciais e concomitantes: a objetivação e a ancoragem. A objetivação é o processo pelo qual determinada ideia ou conceito é transformado em imagens concretas, as quais, pela totalidade em que são empregadas se transformam em um reflexo do que é real. Então, objetivar diz respeito a dar realidade às ideias que os sujeitos ou grupos estabelecem sobre o objeto da representação (CARVALHO; ARRUDA, 2008).

O segundo processo, a ancoragem, é considerado um prolongamento da objetivação, em que se busca entender uma rede de significações em torno do objeto que estão intimamente relacionadas ao enraizamento social da representação. Trata-se da inserção básica do objeto em um pensamento preexistente, ou seja, de tornar algo estranho, desconhecido em familiar (CARVALHO; ARRUDA, 2008; CREPALDI, 1999).

Assim, a representação não é apenas uma mera expressão da realidade como sua via de acesso, na verdade ela é derivada e direcionada pela ação do homem, é o produto e o processo. Nesse sentido, diz respeito a dar familiaridade àquilo que não lhe é familiar. Assim, quando o novo é estabelecido às categorias já existentes é que se determina o senso comum (RIBEIRO et al., 2007).

Ao estudar as RS dos enfermeiros da ESF sobre a estratégia do DOTS buscou-se entender, a partir das interações sociais e de trabalho, porquê atualmente ainda existem números tão altos em relação a uma doença tão antiga, estigmatizada, com tratamento gratuito disponível e, não menos importante, é tentar entender as limitações do nosso sistema no que tange ao tratamento diretamente observado e de curta duração. Ademais, o estudo buscou também compreender como esses profissionais constroem em seu dia a dia a estratégia do DOTS e como se dá a relação: enfermeiro – doente com TB durante o tratamento na ESF.

3.2 O delineamento metodológico

Optou-se por um estudo de natureza descritiva com abordagem qualitativa uma vez que trabalha com o universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes das ações e relações humanas mais profundas, ou seja, os processos e fenômenos que não podem ser entendidos apenas quando reduzidos à operacionalização de variáveis, como as representações sobre o DOTS (MINAYO, 2011).

Como já dito acima, a pesquisa qualitativa não se preocupa com a representatividade numérica, muito pelo contrário, ela tem por intuito a compreensão das coisas a partir da explicação dinâmica das relações sociais. Para tanto, os investigadores envolvidos nesse tipo de pesquisa devem, ao mesmo tempo, ser objeto e sujeito em uma abordagem por vezes imprevisível (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Em relação aos estudos qualitativos descritivos, para Triviños (2008, p.100), estes pretendem “descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade” a partir do que já se definiu como o problema a ser pesquisado e, para isso, o pesquisador apenas registra e descreve os fatos observados sem interferir sobre eles (PRODANOV; FREITAS, 2013). Dessa forma, o objetivo da pesquisa descritiva vem de encontro com o que procuramos estudar, isto é, ter uma nova visão sobre um fato já conhecido (GIL, 2008).

3.3 O cenário

A pesquisa foi desenvolvida em Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) que trabalham no modelo da ESF no município de Juiz de Fora – Minas Gerais. Trata-se de um município do interior do Estado, que pertence à mesorregião da Zona da Mata, localizando-se a sudeste da capital. Sua população estimada, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, foi de aproximadamente 516.247 habitantes, sendo apontado então como o quarto município mais populoso de Minas Gerais e o 36º do Brasil (IBGE, 2010).

Optou-se pela escolha da Atenção Primária à Saúde como cenário por ser considerada, preferencialmente, a porta de entrada no SUS. Além disso, a escolha do município se deu por: 1) ser considerado um dos 25 municípios prioritários para o controle de TB e o segundo em número de casos no Estado; 2) ser considerado Polo Regional para o tratamento da TB; 3) ter uma das maiores taxas de abandono ao tratamento de TB do Estado no ano de 2014, aproximadamente 20% e cura de 59,4%; 4) por ser considerado um município de grande porte, segundo o IBGE com população de aproximadamente 516.247 habitantes no ano de 2010, ou seja, possui um número maior de UAPS com o modelo da ESF e maior número de casos de TB em detrimento a algumas cidades; 5) conferir aproximação entre o cenário de pesquisa e a instituição proponente da mesma (MINAS GERAIS, 2014; HORTA; GUIMARÃES, 2014; IBGE, 2010).

O município de Juiz de Fora tem o total de 63 UAPS. Destas, duas seguem o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 22 são Unidades de Atenção Básica a Saúde Tradicional e 39 seguem o modelo da ESF, sendo apenas a última modalidade considerada para o estudo. Cabe destacar que as 39 UAPS da pesquisa têm 89 equipes de saúde da família e são responsáveis por 51% de 81% das áreas

cobertas pela Atenção Primária a Saúde no município (HORTA; GUIMARÃES, 2014).

3.4 Participantes do estudo

Segundo Minayo (1994), não existe um grupo amostral pré-determinado; uma boa amostra de participantes é aquela em que se alcança a totalidade e as múltiplas dimensões do problema. Para isso, é necessário que os participantes de um estudo tenham vinculação significativa com o investigado e que a dinâmica de interação entre pessoas e grupos seja levada em consideração para a criação de novos conhecimentos.

Para tanto, os enfermeiros foram escolhidos para participar desse estudo, como já dito acima, uma vez que assumem muitas das vezes papel de protagonista na prevenção, no controle e no tratamento da TB. Sendo assim, considera-se que, a partir do universo de experiências e valores desses participantes, seja possível alcançar o objetivo dessa pesquisa.

Participaram desse estudo 18 enfermeiros que atenderam os seguintes critérios de inclusão: atuar como enfermeiro em alguma das unidades de saúde da família do município e concordar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (**ANEXO B**). Foram utilizados ainda os subseqüentes critérios de exclusão: enfermeiros que após três tentativas de contato pessoal e/ou telefônico não se manifestaram para o agendamento da entrevista; profissionais que, por qualquer motivo, se encontravam afastados de suas atividades durante o período de realização do estudo. Neste contexto, um enfermeiro foi excluído após três tentativas de contato prévio, dois enfermeiros se recusaram a participar do estudo sem motivo aparente para a pesquisadora e outros três se encontravam de férias e/ou licença no período da coleta de informações.

3.5 Apreensão das informações

Para a apreensão das informações optamos por entrevistas de caráter semiestruturadas (**APÊNDICE A**), pois permitiram ao entrevistador fazer adaptações necessárias e, ao entrevistado, liberdade para falar sobre o tema, relacionando-o

com outras questões se assim fosse seu desejo, de maneira a alcançar os resultados esperados (ROESCH, 1999).

As entrevistas aconteceram individualmente (entrevistador-entrevistado) na unidade de saúde da família em que o participante atuava como enfermeiro, de acordo com a preferência e a disponibilidade dos mesmos, após contato telefônico. O momento que precedeu as entrevistas, o trabalho foi apresentado aos profissionais, assim como seus objetivos, sendo solicitada, dessa maneira, a autorização na participação voluntária, a assinatura no TCLE, assim como sua gravação.

Após o aceite, as entrevistas foram gravadas em arquivos de áudio e transcritas na íntegra, de maneira que as informações demonstrassem de maneira mais fidedigna possível as representações desses participantes.

Para delimitação do número de participantes da pesquisa foi utilizada a reincidência de informações, ou seja, a saturação teórica, considerada quando uma seleção representativa das informações, na avaliação do pesquisador, passaram a apresentar certa redundância ou repetição, não acrescentando nada ao que já se conhece sobre o fenômeno ou categoria investigada, suas propriedades e suas relações com outras categorias (THIRY-CHERQUES, 2009).

As entrevistas foram realizadas entre os meses de Agosto de 2017 e Abril de 2018. Cada entrevistado foi identificado pela letra E de enfermeiro, procedidos pelo número que corresponde à ordem em que foram realizadas a apreensão de informações, respeitando o anonimato dos profissionais.

Os questionamentos que nos permitiram acesso às representações desses profissionais foram os seguintes:

- Quais ações você desenvolve aqui no seu serviço para o controle da TB?
- Pra você, o que é a estratégia do DOTS (o tratamento diretamente observado de curta duração) em TB? Quais os benefícios dessa estratégia? Quais os motivos para realizar ou não o DOTS?
- Como acontece a detecção dos casos de TB aqui na ESF? Quais as dificuldades e facilidades para a realização da busca ativa dos SR?
- Como é realizado a tomada/administração da medicação na ESF?

- Como é feita a dispensação do medicamento e de insumos para os usuários com TB dentro da ESF? Quais as dificuldades e as facilidades em relação aos medicamentos/insumos?
- Como é feito o registro dos casos de TB? Qual importância desse registro para você? Quais as dificuldades encontradas?
- Comente sobre o compromisso político nas ações voltadas para a TB aqui no município.
- Como você acha que a enfermagem, no cenário da estratégia saúde da família, pode contribuir para o controle da TB?

3.6 Análise das representações

As entrevistas foram transcritas, posteriormente as representações foram organizadas em categorias e subcategorias a partir das unidades de texto em que se repetiram e inferiram uma expressão que represente os participantes, sendo analisadas conforme a perspectiva de Bardin (2011).

Dessa maneira, a trajetória da análise de conteúdo temática foi pautada pelas seguintes etapas: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Iniciando-se por uma leitura compreensiva e exaustiva do material transcrito, a pré-análise é a sistematização das ideias iniciais, onde o material a ser analisado será organizado para que se torne viável ao estudo. A exploração do material é considerada uma fase de grande importância, pois pode possibilitar através da categorização, da classificação e da codificação, a riqueza das interpretações ou inferências. Por fim, a terceira etapa, destinada ao tratamento dos resultados, é o momento para a análise crítica e reflexiva, a partir da condensação e destaque das informações para análise tendo como resultado as interpretações (BARDIN, 2011).

Nesse sentido, foram identificadas as representações sociais de enfermeiros sobre a estratégia DOTS.

3.7 Aspectos éticos da pesquisa

A investigação foi realizada em conformidade com os requisitos éticos e legais de pesquisas envolvendo seres humanos, dispostos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012). Inicialmente, foi obtida a autorização (**ANEXO C**) junto ao gestor municipal de saúde para que a pesquisa fosse realizada no município. Ademais, a responsável pela pesquisa assinou o termo de confiabilidade e sigilo (**ANEXO D**), como preconizado. Posteriormente, o projeto “Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose em Juiz de Fora - MG” foi cadastrado na Plataforma Brasil, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora e aprovado sob parecer nº 2.085.061 (**ANEXO E**) (BRASIL, 2012).

Mediante a aprovação, a coleta de dados foi iniciada. O profissional foi convidado a participar do estudo, sendo garantido seu anonimato e preservada sua vontade de deixar o estudo, em qualquer momento e sem nenhum prejuízo (**APÊNDICE B**). Foram elucidados que não havia nenhum custo adicional e nem recebimento de qualquer vantagem financeira àqueles que participassem e que a divulgação dessas informações se dariam apenas em eventos e/ou periódicos científicos.

No decorrer deste estudo foram garantidos os princípios éticos da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça e a pesquisa se constituiu em risco e desconforto mínimos, uma vez que a técnica utilizada não empregou de nenhuma intervenção por parte dos pesquisadores. As informações foram arquivadas e ficarão sob responsabilidade do pesquisador por cinco anos, sendo destruídas após esse período.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS ACHADOS DA PESQUISA

As RS dos enfermeiros sobre a estratégia DOTS foram agrupadas segundo as unidades de inferências que mais se repetiram. Ademais, foi construída uma categoria com o intuito de caracterizar os participantes deste Estudo. Neste sentido, o conteúdo resultou nas seguintes categorias: Caracterização dos Participantes; Tecendo saberes sobre o fazer cotidiano para o cuidado frente às pessoas com TB e Tecendo representações sobre a estratégia DOTS.

Cabe ressaltar que, esta última categoria, resultou em seis subcategorias e abrangeu a compreensão sobre tal estratégia e todos os seus pilares: O enfermeiro e os Saberes sobre a estratégia DOTS; Detecção Precoce dos Casos de TB: Busca Ativa de SR; O Tratamento Diretamente Observado (TDO); Fornecimento Regular de Medicamentos, Materiais e Demais Insumos; Registros e Fontes de Informações e, por fim, a subcategoria O Compromisso Político.

4.1 Caracterização dos participantes

As entrevistas foram realizadas em 11 das 39 Unidades de Saúde, ou seja, em 18 das 89 equipes de saúde da família, de forma aleatória, uma vez que foi possível alcançar com esse grupo o objetivo do estudo, conhecendo assim as múltiplas representações desses profissionais a cerca do DOTS e seus pilares. As entrevistas aconteceram ainda de acordo com a disponibilidade dos profissionais para agendamento e conforme a pesquisadora obteve sucesso em contato telefônico prévio. Um enfermeiro foi excluído após três tentativas de contato prévio, dois enfermeiros se recusaram a participar do estudo sem motivo aparente para a pesquisadora e outros três se encontravam de férias e/ou licença no período da coleta de informações.

Foram entrevistados 18 enfermeiros, sendo 16 profissionais do sexo feminino e dois do sexo masculino, ou seja, aproximadamente, 89% dos profissionais são mulheres. A idade desses profissionais variou entre 31 e 58 anos de idade, sendo a média de 45 anos. Em relação ao tempo de formação, em nível superior, este se encontrou entre 7 e 35 anos, com a média de 18,5 anos.

Dos enfermeiros entrevistados 12 tem especialização em saúde da família, sendo assim representando 66,7% desses profissionais. O tempo de trabalho na

ESF variou muito, sendo o menor tempo de 4 meses e o maior de 23 anos. Em relação ao tempo de trabalho na respectiva unidade, este também teve grande variação, variando de 1 mês a 18 anos.

4.2 Tecendo saberes sobre o fazer cotidiano para o cuidado frente às pessoas com tuberculose

Nessa categoria buscou-se entender quais são as ações realizadas pelos enfermeiros dentro da ESF para o controle da TB. Os mesmos referem as atividades que mais desenvolvem como o acolhimento, as consultas, a busca ativa dos SR e o controle dos contatos, as solicitações de exames e a entrega da medicação, o que podemos observar a partir de tais falas:

(...) chega paciente pra gente que é um caso novo, a gente faz notificação, tudo direitinho, faz os pedidos dos exames, vê os contatos, faz o PPD nos contatos, tudo certinho. A gente já teve caso, por exemplo, na escola, ai fez o PPD dos alunos da escola, eu e a outra enfermeira (...). Aqui, eu acho que é bem trabalhado sabe? (...) Eu acho que o que dá pra ser feito, a gente tenta dar o melhor. (E2)

Então, eu quase não acompanhei nada com relação à TB, a gente só faz as capacitações e faz busca de sintomático respiratório de 15 em 15 (dias) (...) se aparecer pede os exames, se acontecer alguma coisa, ai vai iniciar o tratamento. Mas do tratamento pra frente, quase que não aprendi. (E3)

(...) normalmente, assim, o ACS traz alguma dúvida, algum questionamento, a gente agenda a consulta, chama o paciente pra conversar. E a maioria das vezes já aconteceu algum caso de TB na família. E aí o Agente, dá um toque, a gente procura os contatos, marca consulta, marca os retornos, e orienta a coleta de material, e procura assim sempre tá acompanhando o médico quando ele marca o retorno, a distribuição da medicação (...) a gente procura ver se ele vem na data que a gente tinha agendado pra fazer o retorno das medicações e quando necessário faço visita domiciliar. (E6)

(...) busca ativa dos SR e o tratamento, do caso índice e dos contatos. Divulgação a gente ainda tá fazendo pouco aqui na Unidade, a gente tem que fazer mais esse trabalho ainda... e eu confesso que tá fraco ainda, a gente tem que melhorar. (E8)

Olha, geralmente são mais os SR mesmo (...). Então assim, quando chega algum sintomático respiratório a gente pesquisa, pede raio-X de tórax, o exame de escarro, já cerca a família, já faz aquele trabalho todo com a família, investigando... (E9)

Primeira coisa é sala de espera. Sempre a gente tá falando ainda mais agora depois dessas incidências, a gente tem feito bastante sala de espera orientando as pessoas, falando sobre os sintomas. Fora isso, quando o paciente chega agora com queixa de tosse há 10 dias, não mais duas semanas como era antigamente, agora 10

dias, a gente já pede o exame... Febre vespertina ou certas queixas, contato a gente já pesquisa... E pede TRM. (E11)

As ações a gente desenvolve aqui... Solicita a medicação pro paciente, exame de TRM. Então tipo assim, todo acolhimento, toda consulta que eu faço o paciente queixa de tosse há mais tempo... Duas semanas, então a gente solicita o TRM, a gente faz essa coisa da medicação... Sala de espera, a respeito da TB e o acompanhamento de algum usuário que vem a ter. (E12)

(...) tento focar mais no acolhimento. Quando o paciente chega até nós, eu atendo tosse, então eu tenho observado mais isso. Tenho focado mais nesse lado. Então se o paciente: „Ah, estou com tosse há muito tempo, há duas semanas“. Eu já começo a pedir exames pra ver, né, pra descartar ou pra positivar a tuberculose (...). (E13)

É sala de espera e as busca ativas. Os pacientes que já fazem o controle, a gente tenta estar ligando pra eles, acompanhando mais... Vindo pra pegar a medicação por semana que é onde a gente tem o controle se eles estão tendo uma eficácia da medicação. Tomando direitinho ou não. É dessa forma, eles vem por semana e é onde a gente vai pedindo os exames... (E17)

(...) a gente tem sala de espera, o acolhimento, que a gente já procura saber mesmo questão de tosse se tem mais de duas semanas que tá tossindo ou apresentou alguns sintomas. (...) As ações que a gente faz é questão mesmo de sala de espera, o acolhimento, o atendimento, né? Quando já é diagnosticado, o acompanhamento do tratamento através da dispensação de medicação controlada, às vezes, semanalmente e as consultas mesmo de controle médico e enfermagem que faz. Aqui até os técnicos ajudam na dispensação, quando necessário. E a gente tenta sempre ir mantendo a planilha de sintomático respiratório que a gente tem que enviar todo mês pra Secretaria atualizada. Toda vez que vem pra coleta de BAAR a gente tem um registro de livro que a gente anota todos os dados. Então a gente tenta manter tudo em dia. (E18)

Os enfermeiros demonstram que não incorporam a estratégia DOTS para o controle da TB. Dessa maneira, não atribuem a ela as representações relacionadas às demais atividades. Ademais, podemos destacar que todas as ações referidas por estes profissionais se encontram descritas nas PNCT, e são essenciais para a prevenção e controle da TB. É válido referir ainda, que tais ações não têm se mostrado totalmente efetivas para o controle e o diagnóstico precoce da doença, uma vez que os números referentes à mesma no município são altos e vem encontrando dificuldades para diminuição, revelando assim que a rede de atenção aos usuários com TB, em suas três esferas, têm sido falhas.

O estudo de Silva Sobrinho e colaboradores (2014) mostra que os enfermeiros possuem conhecimentos insuficientes sobre a TB, dificuldades em identificar o agravamento da doença no período de tratamento, assim como reconhecer os indícios de cura. Além disso, apesar de enxergarem a importância da

descentralização das ações no âmbito da Atenção Básica, esses profissionais referem que não tem conhecimento sobre o DOTS, o que se torna um empecilho para a realização e a efetividade dessa estratégia.

Apesar de julgarmos a estratégia DOTS como essencial para o controle da TB, o estudo de Lavôr, Pinheiro e Gonçalves (2016) aponta ainda que a mesma não foi totalmente implantada em um município de grande porte e com alta incidência de TB, fato que reflete diretamente no sucesso do programa. Ademais, não citar o DOTS enquanto uma das ações desenvolvidas, pode se dar ao fato do desconhecimento dessa estratégia, falta de capacitações no âmbito do serviço e estar diretamente associado a não implantação ou implantação parcial dessa estratégia no município em questão.

Buscando compreender ainda como esses profissionais enxergam a importância e o papel da enfermagem frente às ações de controle da TB no cenário da Atenção Básica, podemos observar nos discursos a enfermagem enquanto primordial, aquela que se encontra na linha de frente de tratamento e em todo momento durante o acompanhamento do usuário com TB:

A enfermagem é primordial, junto com a equipe inteira, né? Mais assim, continuar fazendo o que a gente já faz mesmo, se dedicar a isso. Enxergando a TB, vendo ela como um problema de saúde pública. Só se a gente se empenhar na nossa função que a gente consegue lidar com isso e ajudar, na diminuição dessa epidemia. (E8)

Nós estamos inseridos numa equipe e geralmente esses primeiros atendimentos, quem acaba fazendo são os profissionais de enfermagem, né? E a gente acaba tendo o contato maior com o paciente... Então eles me procuram muito, eles chegam ali na porta: „Ó... quero dá uma palavrinha com você!“. (...) Assim, eles tem muita facilidade de acesso à equipe, tanto a equipe de enfermagem, a equipe médica, sabe? Aqui a gente trabalha assim, não dificulta ninguém não... (E9)

Ah, eu acho que é uma peça fundamental. Porque a gente tá na linha de frente o tempo todo. Então assim nas consultas, no atendimento... Acho que em tudo mesmo. (E12)

Eu acho a enfermagem é fundamental. Que é ela que é o que aponta, é ela que vê tudo, é ela que administra, é ela que acompanha. O médico geralmente, ele mais só prescreve e tal. Mais eu acho que é a enfermagem é que tem o controle mesmo. É o ponto, a parte fundamental. (E17)

Acho que em tudo... Então assim, eu acho que a gente está em todas as ações de prevenção, de sala de espera, tanto ação de promoção, como prevenção e questão também do acompanhamento. A enfermagem eu acho que tá em todo momento da TB. Acho que

ela tem que ter consciência que realmente é um problema grave de saúde pública que a gente tá enfrentando no momento. (E18)

Nesse cenário da Atenção Primária, o papel da enfermagem tem tanta importância e reconhecimento no controle da TB, que o Ministério da Saúde desenvolveu um protocolo específico para esses profissionais, o que corrobora com as falas dos profissionais desse estudo, entendendo-os enquanto categoria fundamental para a condução das atividades de saúde pública no País (BRASIL, 2011b).

Em um estudo realizado por Oblitas e colaboradores (2010) sobre o papel da enfermagem no controle da TB, as intervenções desses profissionais são citadas desde o desenho das políticas públicas, até a assistência direta e em atividades de educação dos usuários. Associando o papel dos enfermeiros como decisivos frente a uma abordagem integral, de maneira a articular as redes de apoio em suas dimensões educativas, sociais, técnicas e políticas.

Corroborando com o estudo anterior, para Brunello e colaboradores (2015) é notória a atuação da enfermagem e a sua proximidade das ações desenvolvidas juntamente com os usuários, como o TDO, a visita domiciliar (VD), entre outras, que tornam perceptíveis o valor desta categoria para o estabelecimento de vínculo e sucesso na adesão ao tratamento. Para tais autores, o envolvimento do enfermeiro é evidente não somente em ações gerenciais, assistenciais e de supervisão, mas também para a adequada utilização dos sistemas de monitoramento e registros, alcançando assim o cuidado em todas as suas esferas.

É válido reforçar ainda que, num estudo de Barbosa e colaboradores (2017), em que a abordagem das ações de TB, na Atenção primária têm sido realizada em sua maioria em periódicos de enfermagem, o que demonstra o interesse e o envolvimento dessa classe profissional por tal temática.

Nesse sentido, é indiscutível a importância desse profissional nas ações de controle da TB, mas é indispensável também refletir sobre a necessidade de conhecimentos que pautem e norteiem a enfermagem. Não existem práticas efetivas se não aquelas baseadas em evidências, assim como não é eficaz o trabalho em saúde sem atualizações constantes para prestação um cuidado holístico e com todas as ferramentas disponíveis.

4.3 Tecendo representações sobre o DOTS

- O enfermeiro e os saberes sobre o DOTS

Nesta categoria foi abordado como os enfermeiros representam a estratégia do DOTS. Dessa maneira, é possível perceber pelas falas que o DOTS é associado, por vezes, ao simples fato de supervisionar a tomada de medicação, ignorando assim todo o contexto e os demais pilares quem englobam essa estratégia.

O DOTS é você olhar, ir à casa do paciente, tomar conta se ele tá tomando a medicação. Vigiar, olhar ele tomando a medicação. E o que é a estratégia? É vigilância a saúde do usuário. (E1)

O tratamento supervisionado é você acompanhar o paciente, né? Pra ver se realmente ele tá tomando a medicação direito (...). (E2)

(...) É, aquele paciente que a gente tem dificuldade... e sempre tá com esse olhar pra ver o agente comunitário, pra saber se ele tá tomando a medicação corretamente (...). (E6)

(...) é o cara a cara com o paciente. É o monitoramento mesmo (...). (E7)

Seria a tomada da medicação observada aqui na Unidade ou na casa do próprio paciente. Seria a tomada diária, observada e anotada. (E8)

É observar o paciente tomando (a medicação). (E10)

É a gente ir na casa do paciente, vê-lo tomar a medicação dia após dia. Em fins de semana (...). (E11)

(...) assim, a gente tem noção se o paciente tomou ou não a medicação, né? Porque aí ele toma na nossa frente (...) eu acho que às vezes quando fica em casa, se perde um pouco, você não sabe quando ele (usuário com TB) parou (...). (E12)

(...) uma forma de a gente garantir que o paciente está realmente tomando a medicação. Então a pessoa tem que se comprometer, o ideal é ela vir na Unidade e a gente tá vendo a pessoa tomando a medicação e se tratando (...) esse fechamento, esse acordo que às vezes é difícil estabelecer... Ou então usar o próprio Agente de saúde quando você vê que a pessoa não quer vir mesmo. Combinar com o Agente de Saúde pra ver se ele vai na casa e vê a pessoa tomando (...) digamos assim, um contrato do tratamento, né? (E16)

Alves e colaboradores (2012) reforçam a necessidade de transcender as questões relacionadas ao universo da doença durante o tratamento, uma vez que se tem observado um distanciamento por parte dos profissionais de saúde da dimensão cuidadora e de práticas voltadas para a integralidade. Tais autores corroboram ainda com este estudo, ao evidenciarem na fala de usuários com TB, a preocupação limitada dos profissionais com a verificação da ingestão da medicação, fato que torna

as ações em saúde engessadas, fragmentadas e, por vezes, sem a construção do vínculo.

Para Garcia e colaboradores (2014), diversos são os fatores que interferem na adesão ao tratamento de TB e, dentre eles, é possível destacar a qualidade das relações entre os profissionais de saúde e os usuários do sistema. Nesse sentido, a utilização da estratégia DOTS, sem a interação dialógica, na perspectiva do doente pode inviabilizar a efetividade desse processo. O distanciamento dessas relações, quando nos referimos a um tratamento prolongado, como no caso da TB, pode ter um impacto negativo em todo o processo de controle e cura da doença. O ideal é criar uma rede de informações que possibilite relações de vínculo e confiança, onde as particularidades de cada indivíduo sejam levadas em consideração, de maneira a demonstrar que a tomada da medicação é essencial, mas que a adesão ao tratamento e a eficácia do DOTS, não se resumem apenas a isso.

Os discursos dos enfermeiros sobre o DOTS nos mostram um compreender limitado desses profissionais quanto às estratégias para o controle e o tratamento de TB, sendo possível identificar dificuldades em associar os pilares dessa estratégia com os objetivos da Atenção Primária a Saúde. Tais representações trazem a tona o quanto as ações de saúde ainda são permeadas por práticas assistencialistas e medicamentosas e nos remetem a necessidade em refletir e reorganizar o cuidado prestado aos usuários com TB.

É possível evidenciar na fala dos participantes do estudo também a relação entre fazer o DOTS e os seus benefícios no âmbito do tratamento, uma vez que os mesmos fazem uma associação à questão da adesão e do acompanhamento, mas ainda é imprescindível destacar em algumas falas questões relacionadas restritamente à medicação e até mesmo a persuasão ao associarem o DOTS como uma maneira de não fugir. Nesse sentido, essa estratégia é configurada por esses profissionais como uma representação favorável à abordagem terapêutica de TB, fato que podemos observar nas falas a seguir:

(...) mais supervisionar o atendimento, supervisionar a medicação garante aquele tratamento. Garante o tratamento da TB. (E1)
(...) você vai ter mais controle sobre se a pessoa tomou ou não tomou, se tá seguindo tratamento direitinho, se num largou (...). (E4)
A gente garante que o paciente tomou a medicação, fez o tratamento direitinho pra ter a cura, né? E também pra não espalhar pra mais pessoas. (E5)

A melhora dele, né? (...) não fugir do tratamento. (E10)
 (...) eu acredito que a gente consegue observar mais próximo, mais de perto mesmo se está acontecendo ou não a tomada da medicação e intervir mais rápido se o paciente parar de tomar, né? (E12)
 Adesão, adesão! Grande benefício seria isso e o objetivo maior seria ver se ele (usuário com TB) consegue adesão maior (...) pra ver se pelo menos, se compromete. (E14)
 (...) se não fosse essa ferramenta, ele não estava no tratamento hoje comigo. É uma forma que eu tenho de estar com ele assim, todos os dias. (E15)
 (...) com essa estratégia é uma forma pra gente garantir que a pessoa está se medicando e está partindo pra finalização que é a cura, né? (E16)
 Acho que a continuidade (...) é uma forma da gente manter o paciente fazendo o tratamento. É mostrando pra ele a importância de se tratar. Então assim, acompanhando de perto, tendo essa observação é uma forma de mostrar pra ele que a gente também tá se importando com ele. (E17)
 (...) eu acho que isso gera um resultado melhor, talvez o não abandono. Eu acho que a adesão medicamentosa daquele paciente se torna melhor. (E18)

Segundo Queiroz e colaboradores (2012), o DOTS auxilia na adesão e no comprometimento em relação ao tratamento, uma vez que o acompanhamento garante a melhoria dos sinais e sintomas da doença, além de servir como uma estratégia de aproximação, vínculo e informação. Para alguns usuários essa supervisão pode ser associada a um momento de cuidado, para outros o DOTS foi relacionado a sentimentos como a falta de confiança e vergonha. Nesse sentido, os profissionais referem à adesão, à vontade de cura para concretizar planos de vida, as orientações prestadas em todas as dimensões do ser humano e ao comprometimento do profissional.

Estudos mostram ainda que os enfermeiros estão à frente do trabalho contra a TB e, apesar das dificuldades, são detentores de amplo entendimento sobre a dimensão da adesão. Para tanto, desempenham papel crucial nos programas de controle da doença e nas possíveis intervenções para sua melhoria. Ademais, esses profissionais associam o acompanhamento do tratamento como uma maneira de avaliar constantemente o usuário, como se sentem, se há melhora ou piora no quadro clínico dos mesmos, reações adversas e se estão ou não fazendo o uso diário da medicação (CARLSSON et al., 2014).

Nesse contexto, o DOTS só se torna uma ferramenta positiva no controle da TB quando associado a um cuidado humanizado, de maneira a perpassar os

sentimentos negativos dos usuários e as percepções ultrapassadas de muitos profissionais, no sentido de considerá-lo uma maneira de prender ou amarrar alguém a um tratamento. A adesão é um processo de construção entre profissional e usuário dentro dos serviços de saúde e somente a longitudinalidade das relações e o conhecimento acerca da doença e seu tratamento será capaz de romper esses paradigmas.

Em relação aos motivos para submissão de usuários à estratégia DOTS, quando questionados, os enfermeiros relacionaram às questões de vulnerabilidade social, no que tange ao uso de drogas ilícitas e álcool, falta de estrutura familiar e ser reagente ao HIV. Para tanto, fazem associação ainda desses fatores com o maior abandono ou não adesão ao tratamento de TB, sendo possível evidenciar isso, nas falas seguintes:

(...) Os pacientes que são mais revoltados... Esses que você vê que não vão fazer o tratamento direito. Eu já tive caso de paciente usuário de droga que estava com TB, então você vê que não vai, se você não ficar no pé, não vai realizar o tratamento. (E2)

Tipo assim, drogado, a gente teria que acompanhar, bêbado, né? Alcoólatra... A palavra certa. Esse pessoal que fica nesses „butiquins”, como a gente trabalha com a comunidade a muito tempo, você sabe disso, **a gente sabe quem dá pra ser e quem não dá.** (...) Mas eu acho que os grupos que tinha que olhar era drogado né? Essas meninhas de 15, 16 anos que é o que dá mais trabalho, alcoólatra (...). (E4)

A gente tenta levar a questão dos critérios de risco mesmo. Se é um paciente dependente químico, esse vai dar mais trabalho (...). A família, às vezes com pouca instrução, a gente tem que tá direcionando mais (...) pacientes instáveis no serviço ou com alguma outra dependência, algum outro vício como jogo. Carência socioeconômica. (E7)

(...) por questões sociais, né? É uma doença que tem muito a ver com o social. Por exemplo, portador de HIV, usuário de droga também (...) aqui é uma região que tem muito. (...) é um grande problema isso, essa questão de criminalidade, violência, de drogas, acho que esse é o principal dificultador pro acompanhamento do tratamento. (E13)

Acho que o paciente não se compromete muito (...) a TB, às vezes pega em algum usuário de droga, de bebida alcoólica. Então, já não é um paciente comprometido com a saúde dele... A contrapartida do paciente não é tão grande igual a gente gostaria que fosse (...). Outro dia veio um aqui com overdose... Tinha fumado, tinha bebido. Então vai tudo por água abaixo. Ele fica dois dias sem vir, recomeça de novo (...). (E14)

Vou te dar um exemplo de um paciente que tá fazendo comigo atualmente, né. Ele é alcoolista é... também dependente de outras drogas. E é um paciente que se eu não tiver um contato direto com ele, diário, ele abandona o tratamento... a gente cria uma forma de

relacionar com ele e se eu não tiver esse contato diário, ele não volta no outro dia pra vir tomar o medicamento, que eu dou na boca dele todo dia. (E15)

(...) geralmente os pacientes com TB são os mais vulneráveis, né? Eu vejo até que o maior número deve estar em pacientes moradores de rua ou por nível socioeconômico mais baixo. São drogados, são alcoolistas, né? São pacientes muito assim, debilitados em vários aspectos. (...) além do que o tratamento é muito longo... Isso aí pra eles: „Ah, meu Deus, é esse tempo todo? Eu vou tomar esse remédio, é muito grande! Por quanto tempo? “. (E15)

(...) a gente vai mais pelo histórico, o que a gente já conhece, da família (...) a situação de moradia, a situação do meio onde a pessoa é envolvida. (E18)

Vários autores corroboram com esse pensar dos enfermeiros, relacionando assim o contexto social, a falta de apoio de redes familiares, sociais e de saúde, falta de conhecimento ou percepções negativas em relação a TB, etilismo, consumo de drogas ilícitas e tabagismo, associados a um tratamento longo e dispendioso, falta de condições financeiras favoráveis como fatores que comprometem o tratamento e sua adesão (GARCIA et al., 2014; QUEIROZ et al., 2012; SOUSA et al., 2016).

Mesmo associando tais fatores ao comprometimento do tratamento, é válido ressaltar, segundo Frieden e Sbarbaro (2007), que não é possível prever por fatores sociais aqueles casos que irão ou não aderir ao tratamento, nesse sentido é importante associar todo caso de TB, seja ele novo ou não, ao DOTS. Adendo a tal fato é imprescindível prestar um atendimento em saúde de acordo com as particularidades de cada grupo social e sem julgamentos prévios.

Cabe destacar aqui a experiência positiva de países como o Peru, onde a cobertura da estratégia DOTS é adotada por aproximadamente 100% dos serviços de saúde, detendo assim, as menores taxas de óbito por TB da América do Sul no ano de 2003, (cerca de 2%), uma das taxas mais baixas de abandono ao tratamento (4%), além de compreender um dos melhores resultados em relação à alta por cura e tratamento completo (TEIXEIRA, 2006).

Destarte, as situações de vulnerabilidade quando associadas a doenças como TB, de tratamento longo e por vezes dispendioso, merecem uma atenção diferenciada por parte do profissional que realiza o cuidado em saúde, mas levando em consideração, nossas atuais práticas e os princípios norteadores do nosso sistema de saúde, todo ser e grupo social deve ser atendido segundo a universalidade, integralidade e equidade. Para tanto, só saberemos a efetividade da

estratégia DOTS ao submetermos e assim adequarmos àqueles indivíduos identificados com a doença.

- A detecção precoce dos casos de tuberculose: busca ativa de sintomáticos respiratórios

No que tange as representações frente à detecção precoce dos casos de TB, os participantes desse estudo fazem uma associação com consultas, sejam elas médicas ou de enfermagem, além do momento do acolhimento no serviço, referem ainda a questão da facilidade na identificação do usuário enquanto sintomático respiratório e em solicitar exames diagnósticos para a confirmação da suspeita. Podemos observar isso a partir de tais falas:

(...) o usuário vem numa consulta e se tiver tossindo duas semanas, aí a gente realiza né? Os SR. (E1)

Por meio do TRM, sinais e sintomas e TRM. (E3)

Geralmente, eles vem pra gente com queixa de tosse (...) essa última moça que a gente teve (...) no dia que ela veio, eu marquei uma consulta com a médica, aí eu pedi o teste rápido, ela veio, colheu, aí no outro dia como a gente já desconfiou que era, eu já liguei pedindo a medicação antes do teste sair, aí na hora que ela voltou pra buscar o teste, a medicação já estava aí. (E4)

(...) é pelo sintomático respiratório. Então eles procuram a consulta, os que estão tossindo há mais de duas semanas. Eles procuram a consulta, aí o médico já pede o TRM, o escarro. E é assim que a gente faz (...) através da consulta. (E5)

(...) a gente tem feito a questão da busca ativa dos SRs. Todos os profissionais foram orientados, assim que a gente receber um paciente com tosse persistente, com queixa de febre (...) tosse há mais de 15 dias que não melhora ou algum outro sintoma parecido, próximo ao que possa ser um diagnóstico de TB... todos estão orientados a direcionar esse paciente para a consulta médica ou de enfermagem... Já começa a investigar, pede o exame de escarro, já faz uma ficha de cadastro, de identificação desse paciente. (E7)

É a busca de SR e a própria procura do paciente quando vê que tá com tosse e sabe do histórico de ter bastante caso de TB na área. Os próprios pacientes já procuram a gente. E a gente tem feito bastante busca ativa também de sintomático respiratório. Sempre a gente tem feito. A gente está batendo a meta todo mês de sintomático respiratório... a facilidade é que o exame tá sendo feito bem rápido, quando a gente solicita. Então isso tá sendo um facilitador. E a gente não tem burocratizado pedido de exame, então isso tem facilitado bastante.” (E8)

Quando vem alguém com a queixa, pede o TRM. De imediato vai pro laboratório. Que assim, às vezes no dia seguinte, dois dias a gente já tá com resultado pelo e-mail, resultado positivo. (...) isso aí (busca ativa de SR) nós fizemos, primeiro a reunião de equipe foi falado com

os ACS. Então às vezes até o próprio ACS pede pro paciente vir encontrar a gente. Nós, quando recebemos, nós temos o acolhimento. No acolhimento a pessoa chega relata o caso pra nós: „Tô com tosse!, ou até mesmo a gente investiga. Que vem com emagrecimento, vê certas coisas... primeira coisa tuberculose! (E11) (...) os Agentes fazem busca... Normalmente eles nunca cogitam a ideia de tá com TB, né? Sempre falam que estão com uma tosse há muito tempo. E aí os Agentes quando tem esse contato, com o paciente, fala pra eles virem aqui no acolhimento. E aí a gente faz o pedido de exame pra ver se tá positivo ou não. E como eu te falei anteriormente, às vezes ele vem aqui por outro motivo qualquer. Quer uma renovação de receita ou por qualquer outra coisa e eu consigo observar as vezes que ele tá com uma tosse, aí eu começo a abordar essa situação, o porquê dessa tosse, desde quando. Então são essas duas formas por enquanto que a gente encontrou de investigar, de fazer essa busca. (E13)

(...) se a gente tem algum caso suspeito... Se o paciente tiver uma tosse, emagrecimento, teve caso na família ou a gente investiga e já vai pedindo os testes rápidos agora ou então BAAR mesmo. E quando vem a gente começa a tratar, entendeu? (E14)

(...) então, a gente tá fazendo agora aquela planilha dos SR. Pessoa que tá com uma tosse prolongada por duas semanas, a gente faz o check-up, faz a coleta do escarro e manda. E a gente aí aguarda esse retorno do resultado, se vier alterado, aí a gente vai começar a fazer o tratamento dessa pessoa (...). (E16)

(...) geralmente o paciente vem com os SR. (...) queixando tosse, durante o acolhimento. Aí onde que é feito os exames que a gente detecta. (E17)

Ou já vem por atendimentos de outros lugares ou vem no acolhimento, que você diagnostica o SR, a gente tem uma fichinha que passa no acolhimento. Quando o paciente: „Ah, tô gripado, tossindo...!, aí a gente pergunta: „Quanto tempo você tá tossindo?!. Aí quando ele fala que tem mais tempo ou que tem algum outro sintoma já identifico como SR. (...) Então a gente procura colocar o paciente mais reservado aqui dentro aguardando, no caso a consulta. (...) a gente fala tudo, pra desmistificar aquela ideia: „Nossa, sou tuberculoso, eu não tenho cura, eu vou morrer, eu vou ser isolado da sociedade!“. (...) e também vem através dos Agentes Comunitários... Também fazem busca ativa. (E18)

A busca ativa de SR deve ser realizada permanentemente e em todos os níveis de atenção a saúde. Nesse sentido, tem como intuito identificar precocemente pessoas com tosse por tempo igual ou superior a três semanas. Recomendada internacionalmente, o grande diferencial da busca ativa na Atenção Primária, principalmente em unidades com ESF, se dá pela proximidade entre os profissionais de saúde e comunidade, o que é facilitado pela ponte realizada no trabalho do ACS (BRASIL, 2011a).

Na fala dos enfermeiros, porém, percebemos que essa busca ativa, quando relacionada por eles, parece se encontrar limitada no espaço da Unidade de Saúde

e deixando de lado assim, ferramentas essenciais e facilitadoras para esse processo de identificação precoce dos SR. Para tanto, é válido ressaltar que a cada 100 SR examinados, espera-se encontrar, em média, três a quatro doentes. Nesse contexto, não enxergar a busca na comunidade como uma maneira de identificação precoce, pode ocasionar a não interrupção da cadeia de perpetuação da doença (BRASIL, 2011a).

Quando questionados a respeito das dificuldades para a realização da busca ativa dos SR, os enfermeiros se referem à insuficiência dos recursos humanos, além da deficiência na formação e conhecimento desses recursos, e também da dificuldade em realizar essa ponte/comunicação entre os ACS e a comunidade:

Então, é até pedido aos Agentes, né? Nas visitas, que eles observem, a gente pergunta, igual já foi até solicitado pra vigilância, a gente já passou em reunião aqui (...). Se tá com tosse e tal, nas consultas a gente observa e tudo. Mas assim (...). Por exemplo, visita dos Agentes, a gente sabe que eles não fazem isso(...). Então, é um déficit mesmo. (E2)

Ah, eu acho que a dificuldade é (...) talvez do profissional. De lembrar de tá perguntando (...) porque teria que ser de todos os profissionais. (...) diferente de quando ele vem procurar a gente com quadro de tosse, às vezes do profissional perceber que ele apresentou tosse na casa lá e ele perguntar: „quanto tempo você tá tossindo?“. De fazer isso no domicílio, na visita do Agente, então eu acho que é mais disso se tornar um hábito, entendeu? Acho que ainda não é um hábito na visita deles ainda não. Eu acho que agora a gente tá cobrando mais, a gente tá sempre falando que talvez eles comecem. (E3)

Eu não tinha ninguém (...) e quando também, esse paciente apareceu, me procurando, procurando o remédio e o outro enfermeiro não estava, aí eu falei ao Agente „mas aqui tem caso de TB, num tô nem sabendo que tinha, né?“. Aí eu fui procurar a notificação, liguei pra epidemio, eu notifiquei ele de novo, pedi a medicação, a medicação chegou no mesmo dia pra ele (...). (E3)

(...) pra ter busca ativa da comunidade é só se fosse os Agentes mesmo (...) eu tenho uma grande área aqui descoberta, né? (...) e a gente passa as informações, tosse a mais de duas semanas e tal, mais eles falam que perguntam, aí eu acho que é formação. Eu acho que podia ter um treinamento pra eles, porque a gente aqui, não tem como a gente sair (...) recursos humanos aqui, da área da enfermagem, médica, a gente vai direcionando no lugar, mas pra fazer busca ativa? Teria que fazer um treinamento pros ACS ter essa conscientização, porque cá entre nós, eu duvido, apesar da gente

falar aqui, que eles perguntam alguém se alguém tá tossindo mais de duas semanas, não é verdade? (E4)

(...) tem os que vêm né, de livre espontânea vontade, eles observam. Eles vêm às vezes achando que tão gripados, e aí na consulta a gente descobre né, o sintomático respiratório, a tosse né há mais dias. Então assim, eles vêm, buscam a consulta e, às vezes, a gente usa também o ACS. Toda vez que o Agente vem e comenta, „ó... tô com paciente assim assado, já tá tossindo a um tempão“, a gente fala, „não... então manda vir consultar, vamos agendar uma consulta“. (E5)

É achar o paciente, tem hora (...). (E6)

Então, mais uma vez a gente vai cair na questão dos recursos humanos. Eu tenho duas microáreas que estão sem Agente Comunitário, são descobertas. Geralmente, essas microáreas são as mais problemáticas. A microárea que eu tenho ACS, a gente consegue fazer o monitoramento muito bom (...) porque eles têm essa preocupação de estar passando a visita mesmo e detectando algum problema naquela família. Agora as áreas que são descobertas, realmente é um problema ainda pra gente. (E7)

A dificuldade é igual eu tô te falando (...) Eu tenho cinco microáreas e tem duas que estão sem Agentes, né? Essa dificuldade é a falta de pessoal, a sobrecarga de serviço na enfermagem (...). (E9)

(...) Então a minha dificuldade maior hoje é eu não ter todos os Agentes nas minhas microáreas que me trazem isso. Eu tenho dois Agentes, eu tenho seis microáreas. (...) fora outras questões que eu te falo, que são questões de gestão, de política, né? Pra gente não basta só descentralizar o serviço: „Ah, vamos colocar o tratamento da tuberculose agora para a Atenção Primária fazer, que faz parte do Plano Nacional, das políticas públicas, de tudo, da OMS“. Não é só você chegar e falar: „Oh, a partir de agora vocês vão me dar conta da TB“. Você tem que criar robustez técnica, estrutural, operacional, funcional, em todos os aspectos. Aí sim ele funciona. (E15)

Falta de ACS. É minha maior dificuldade. Que por mais que você faça sala de espera falando, a comunidade às vezes não replica do jeito que tem que replicar, com seus vizinhos... A gente fala em reunião do conselho local... A gente pede ajuda também, pra eles estarem ajudando a gente a identificar, pra tá orientando as pessoas a vir. É... só que a principal dificuldade que a gente tem é a falta do ACS nas áreas. Porque se fosse 100% coberta, se eles passassem 100% dos domicílios, eu saberia de todos os SR que eu tivesse na minha área. (E18)

Em um estudo de Cecílio, Teston e Marcon (2017), os profissionais relataram que apenas alguns membros da equipe de saúde realizam a busca ativa na comunidade, apesar de toda equipe estar preparada para identificação dos casos de TB. Além disso, esses profissionais referem grande dificuldade para encontrar os SR

na comunidade, associando o fato a falta de cobertura da ESF e a falta de conhecimentos da população sobre a doença e seu estigma.

Em outro estudo, a mesma autora percebe que determinadas fragilidades levam ao funcionamento inadequado da busca ativa, tais como a falta de recursos humanos, a sobrecarga de trabalho e ainda a visão fragmentada dos profissionais envolvidos, fato que vem a prejudicar a descentralização dos serviços de tratamento e prevenção de TB na ESF (CECILIO; MARCON, 2016).

Em relação à atuação do ACS, em UM Estudo realizado por Scatolin e colaboradores (2014) foi possível observar fragilidades no que tange a investigação da tosse nas visitas domiciliares e dificuldades na implementação de ações que poderiam auxiliar frente a um processo de investigação de SR. Mas, cabe destacar que esses profissionais receberam escores satisfatórios no que tange a identificação dos casos e a comunicação de sintomas da tosse para o enfermeiro.

Entretanto, não é somente o ACS que vem encontrando dificuldades em sua prática no que se relaciona a busca ativa. Outro estudo sugere que os enfermeiros apresentaram dificuldades para a execução de ações de busca de SR, uma vez que a grande frequência de respostas incorretas sobre a temática pode evidenciar o despreparo desses profissionais para detectar os sinais e os sintomas da TB. Nesse sentido, os resultados dessa pesquisa levantam questionamentos quanto à efetividade dos serviços da Atenção básica em relação ao no diagnóstico da doença, uma vez que essa deficiência colabora para o diagnóstico e o tratamento tardio (SILVA SOBRINHO et al., 2014).

É factível elucidar que as dificuldades citadas pelos profissionais se esbarram com as encontradas na literatura e precisam ser revistas para que o trabalho em relação ao controle da TB seja, de fato, efetivo. É necessário (re)pensar ainda, na reorganização do trabalho, de maneira que o coletivo seja levado em consideração e todos os profissionais sejam considerados responsáveis pela busca ativa de SR. Além disso, é imprescindível criar estrutura e robustez nas ações e orientações, o que só será possível através de qualificações constantes e de recursos humanos condizentes com a realidade e A necessidade.

- O tratamento diretamente observado

A respeito do TDO, quando perguntados sobre como acontece a supervisão da tomada na ESF, alguns enfermeiros responderam que no momento não utilizam desse pilar, outros que nunca necessitaram utilizar e alguns nos contaram sobre a experiência, quais ferramentas foram eficazes e como adequaram a cada usuário. Nesse primeiro momento, seguem as falas que nos mostram que alguns enfermeiros não realizam o TDO:

Então, eu nunca fiz esse trabalho, mas eu acredito que a função, o mais próximo seria o Agente Comunitário. O Agente Comunitário que teria mais essa função e de entrar mais na casa, a liberdade (...) esse vínculo, né? Mas assim, isso não retira os outros profissionais. Mas acho que o acesso, ir todos os dias na casa do usuário, talvez ficaria mais fácil pro Agente Comunitário. (E1)

O que acontece, o paciente vem, eu gosto de dar a medicação a cada 15 dias, dependendo do paciente eu dou até semanalmente. Eu não gosto de dar mensal (...). Eu entrego os envelopes com as datas todas direitinho, o paciente trás pra mim a cartela e tal. Isso quando a gente sabe é um paciente que vai tomar. Igual, eu tô com um caso de um paciente que toma direitinho, ele realmente toma, ele é bem assim, dedicado, quer realmente a cura, entendeu? (E2)

Então, a gente entregava por semana (...) toda semana, ele tinha que ir lá pegar a medicação. Ai ele sumia (...) ai a Agente Comunitária ia atrás, só que ele não tava lá na casa dele (...) desaparecia. Porque ele era dependente químico, mas ele, não assumia que era dependente químico, mas todo mundo sabia. Então ele sumia, tentava localizar na casa, ligava pra mãe dele, nem a mãe sabia (...) depois ele internava e voltava. (E3)

(...) eles tomam em casa. Eles vêm, pega o tratamento mensal no retorno (...) leva pra casa, quando tá faltando uma semana pra acabar o tratamento, eles tem a consulta com a médica, que a gente tem que preencher aquela folha de controle mensal e eles levam a medicação de novo. (E4)

São os Agentes que trazem pra gente se está tomando, se não está. Porque quando não é sozinho, sempre tem alguém que pode informar ou falar que não está tomando. Aí quando é assim a gente vai à casa, visita, conversa. Mas, essa de ou paciente vir aqui ou o Agente Comunitário ter que ir lá dar a medicação, eu ainda não vivenciei. (E6)

Os usuários têm tomado em casa, maioria dos que estão agora estão bem orientados e conseguem fazer o tratamento em casa (...). E a gente vai controlando, entrega o paciente, orienta que ele tem que tomar todo mês... Sempre retornar antes da medicação acabar. Pra dar tempo da gente poder solicitar uma nova remessa. (E7)

Eu, enfermeira tenho entregado a medicação pros pacientes e eles tomam na casa deles. Aí agora, o farmacêutico vai começar a entregar também. Aí fico eu e ele entregando juntos (...). Ele (usuário) tomava em casa... Ele tomou direitinho mesmo sendo

alcoólatra, entendeu? Eu sei que a gente conversou com a família, mas a família falou que em momento nenhum precisou mandar ele tomar.. que ele tomava direitinho o remédio. A gente ainda não precisou fazer (TDO) não. (E8)

A entrega da medicação é por semana. Igual, o menininho, todos os dias eram aqui e a mãe também, por conta da dificuldade na administração. Mas, agora é por semana, a gente entrega pra ela a medicação pra sete dias. Em caso de feriado entrega pra ela até a próxima semana e a gente faz anotação e tal. Geralmente, era ou o técnico ou o enfermeiro que supervisionava. E sempre era aqui na unidade. (E17)

Um estudo de Cecílio e Marcon (2016), corroborando com o pensamento de alguns profissionais de nosso trabalho, identificou que nem todos os trabalhadores colocaram em prática o TDO, e relacionaram isso ao número limitado de casos diagnosticados com a doença ou estes não terem necessidade de serem submetidos à terapia supervisionada, apesar de reconhecerem a importância do tratamento.

Além disso, em outro estudo, quando questionados sobre quais usuários com TB deveriam ser submetidos ao TDO, enquanto um grupo de profissionais respondeu que todos, a outra parte considerou que esta ferramenta deveria ser utilizada apenas em situações de vulnerabilidade social e/ou psicológica, como a de moradores de rua, usuários de drogas, alcoólatras, aqueles considerados sem responsabilidade, crianças, idosos ou pessoas em fase avançada da doença. Esses profissionais ainda referiram que a incorporação do TDO, apesar da preconização, não deveria ser realizado de maneira igual para todos, como uma norma, e associaram ainda que haja certo desconforto com a sua imposição (CARDOSO et al., 2012).

Tais fatos podem ser relacionados à insuficiência de capacitações e conhecimentos citada em outras subcategorias e quando atreladas influenciam diretamente em não realizarem a terapia supervisionada. Para tanto, entendemos que o TDO, assim como qualquer outra ferramenta utilizada em saúde deve ser adequado às particularidades de cada indivíduo. A terapia supervisionada não é algo que deva ser engessada. Porquanto, é certo que, para fins operacionais, só será considerada quando acontecer no mínimo três vezes por semana e for realizada por um profissional de saúde, mas enquanto trabalhadores da área devemos flexibilizá-la e encontrar maneiras de torná-la efetiva em cada situação.

Há ainda aqueles participantes do estudo que nos mostraram em suas falas as experiências com a utilização do TDO, onde o mesmo foi ou é realizado, os demais profissionais da equipe que auxiliam, e as estratégias utilizadas e adequadas em cada caso para adesão ao tratamento de TB:

(...) E quando é o paciente do tratamento supervisionado, o Agente de Saúde, ele vai na casa, toda manhã, tal e acompanha o paciente a tomar a medicação. (E2)

A experiência foi boa (...) porque, era uma paciente acessível. Precisava de ajuda. Era uma paciente idosa, que ficava sozinha. Assim os Agentes fazem muito essa ponte (...). Essa senhora que eu tô te falando, por exemplo, ela é de uma área que estava sem Agente Comunitário. Aí tinha que ir uma outra Agente, que fazia esse favor pra mim... Nessa senhora, uma vez por semana eu ia também. Às vezes os filhos vinham buscar... Porque também tem aquele negócio da gente manter o controle de peso... Muitas vezes, ela vinha pra fazer os exames de controle, os raios x (...). (E9)

(...) essa menina que eu tô te falando. O primeiro mês dela, ela fez com a gente aqui de segunda a sexta. E depois o Agente de Saúde da área dela, acho que um Agente que nem era dela vinha aqui na praça no sábado e no domingo. Mas, aí depois ela mesma falava:

„Ah, não precisa porque eu vou pra lá sozinha“, aí a gente deixou. (E11)

Aí ela vinha na Unidade um dia, a gente entregava o medicamento pro outro dia e ela voltava. Então ela vinha umas três vezes na Unidade pegar a medicação. Foi uma coisa assim, que ela pediu (...) e com ela, a gente obteve sucesso. E assim, e às vezes aconteceu alguma coisa ou outra que ela falhava, não vinha... Aí a gente ia atrás, ligava, ou a Agente que ia. Mais aí ela conseguiu concluir o tratamento dessa forma (...). Então, na realidade essa paciente chegava aqui na Unidade, a gente deixava a medicação dela na sala... Aí quem via que ela chegou, pegava ela, marcava num papel, dava medicação, aí dava medicação pro outro dia e liberava. Então na realidade, as vezes era eu, as vezes era outra enfermeira, as vezes as técnicas. Era sempre assim, ou os enfermeiros ou as técnicas. (E12)

Então, a gente combina com eles. Tem aquela planilha. A paciente completou o tratamento, os seis meses (...). No início vinha inclusive duas, três vezes na semana e a gente viu que não estava dando muito certo fazer isso, falamos: „Oh, você vem um dia sim, um dia não. Num dia você toma aqui na Unidade, outro dia você toma em casa“. E assim foi feito e ela conseguiu aderir ao tratamento... Vamos supor, ela veio hoje. Então ela tomava os comprimidos na nossa frente, e levava o comprimido suficiente pro dia seguinte. Ela tomava em casa, no outro dia ela voltava e assim ia. Aí foi até o final (...) quem administrava era o técnico de enfermagem, que estava disponível ou eu ou a outra enfermeira. É quem estava disponível ali no momento. Que até a gente não gostava muito de deixar esperando... Aquela questão assim, tratamento muito longo, aí como é o bairro, então sempre tem um perguntando... o paciente chegava, a gente tentava resolver logo a situação. Administrava logo a medicação e liberava. (E13)

Ele (usuário) vem aqui todas as manhãs e dou o medicamento pra ele. Se eu tiver com folga, aí eu falo com ele no dia: „Amanhã a técnica vai estar aqui pra te dar o medicamento, tudo bem pra você?“ Pra ele criar essa confiança em mim. Quando ele ficou um mês sem tomar o medicamento ele me perguntou, depois de três dias, se podia voltar aqui mesmo que não tenha medicamento. Porque ele criou um vínculo de confiança (...). Então a gente ganhou confiança dele... Na mão dele eu nunca entreguei (medicação para o final de semana). Então a irmã dele vem, ou vem a sobrinha, ou o sobrinho, ou a Agente Comunitária que mora quase de frente pra casa dele... Aí na segunda eu peço que essa pessoa venha aqui e me fala se tomou direitinho, se ela deu e se ele tomou. E chamo ele também e pergunto. (E15)

Estudos mostram que os profissionais de saúde reconhecem a importância do TDO na redução da taxa de abandono ao tratamento de TB e o associam como essencial para a criação do vínculo com o paciente. Neste sentido, o TDO quando associado e realizado na ESF, é de vital importância e sua implementação é associada à diminuição dessas taxas de abandono (CECILIO; MARCON, 2016). Em estudo de Arakawa e colaboradores (2017), a cobertura de TDO é associada aos percentuais mais elevados de cura e a menor taxa de abandono o que, possivelmente, reafirma a influência desse pilar do DOTS no alcance do desfecho favorável do tratamento.

De acordo com Souza e colaboradores (2014), é perceptível a liderança do enfermeiro na execução do TDO. Além disso, a atuação desse profissional na ESF traz a possibilidade de práticas promissoras e repletas de autonomia no que tange ao controle da TB.

Em relação ao TDO no âmbito da ESF, creio que este seja um momento de elucidar também a dificuldade dos enfermeiros de enxergá-lo, talvez até por falta de conhecimentos teóricos, como um dos pilares do DOTS. Um pilar essencial e que não se baseia apenas na supervisão da medicação, mas aquele responsável pelo vínculo e pela continuidade do tratamento, capaz de identificar fatores responsáveis pelo abandono, como efeitos adversos, uma maneira de educar em saúde, de corresponsabilizar o usuário e emponderá-lo.

- Fornecimento regular de medicamentos, materiais e demais insumos

Em relação ao fornecimento regular de materiais e insumos, como pote para escarro e exames para detecção da doença, é possível perceber que não houve

falta em nenhum período da entrevista. Mas, em relação ao fornecimento das drogas padronizadas para o tratamento, é possível evidenciar na fala dos participantes que houve falta por um período, fato que pode prejudicar a continuidade e, até mesmo, a efetividade do tratamento:

(...) acho que estava em falta de medicação. Ficou ruim porque a gente não tem esse tratamento reserva (...). Desde quando eu tô vivenciando essa questão de atenção primária nunca faltou não. Acho que é uma das poucas especialidades que a gente tem muito respaldo. Mas, eu acho que se faltar também, como é prioridade eles dão um jeito. Mas, com o tempo você vai ficando esperta, já vai deixando separado mesmo. (E6)

A gente faz o pedido pra Secretaria de Saúde e eles mandam pra gente (...). Recentemente a coisa facilitou bastante, com a questão do teste rápido. E a gente tem o material, tem os potes de escarro, não tá tendo falta. (...) Tivemos problema com a medicação um tempo atrás que ficou em falta. Mas, agora já tá se regularizando... E a questão dos exames também, a gente sempre que tem a oportunidade, pede. Todos os profissionais aqui consegue fazer pelo laboratório central. (E7)

(...) não sei se você sabe que estava faltando à medicação, né? Ele (usuário com TB) estava doido aí. Teve um dia que ele chegou aqui, coitado em prantos e falou assim: „Gente eu vou adoecer de novo, vou adoecer de novo“. Parece que ele ficou um bom tempo sem medicação... a preocupação dele era a medicação acabar e ele não ter outra (...). Mas, na verdade, era o que iria acontecer se não chegasse. (E9)

Se falta, não falta exageradamente (...). Porque a gente também já tem uma reserva de tudo (...). Você sabe que teve um dia desses aí que faltou alguma medicação. Não sei bem qual, a farmacêutica falou comigo: „Tá atrasada a medicação de fulano“. Já expliquei pra ele, que vai ter que tomar mais 15 dias pra frente (...). (E11)

Tive falta agora, mais de 30 dias (...) que considera abandono. Estava no município todo. Tipo assim, eles estavam em falta com isoniazida e depois estava em falta com medicação da segunda fase. (E12)

Medicamento, normalmente, quem pede tudo é o farmacêutico. A gente não se envolve mais com isso não... Antigamente a gente fazia tudo (...) a gente tem que assim, é orientar. Sempre tem um kit de reserva pra começar, né? Iniciar o paciente que já tá aí e depois vamos pedindo e tem vindo... Quer dizer, andou faltando isoniazida. Mas, agora já regulamentou, parece (...). (E14)

(...) então são coisas assim, quando você cria (...) vai tratar lá, faz parte da Política Nacional, nós temos que atingir, cair meta cada vez mais de percentual até 2025. Que a OMS fala. Mas, e cadê a estrutura pra você fazer isso? Faltou pra mim um mês de remédio. Meu paciente ficou um mês sem remédio porque não tinha no município pra ninguém, nenhuma Unidade tinha. Liguei pra todas as Unidades: „Gente, alguém tem, pode trocar comigo?“ „Não!“. Aí liguei pra Vigilância, a funcionária falou assim „Olha, tá em falta em todo município, mas a pessoa responsável tá correndo atrás“. Meu paciente que eu venho tratando ali paulatinamente, emocionalmente,

falando da importância dele não beber, dele segurar, ele ficou um mês sem tratamento. (E15)

(...) Até então estava faltando uma etapa. Teve um paciente, eu não lembro qual a etapa, mais me lembro de ter faltado essa etapa pra ele. Ele teve que permanecer na que ele estava pra não interromper o tratamento até chegar à medicação. (...) Deve ter sido mais ou menos umas duas semanas pra poder ter chegado à medicação. (E17)

(...) teve a reunião de supervisão. (...) eles discutiram muito sobre TB, basicamente toda a reunião nossa. E teve um ponto que aconteceu (...) aí a gente levantou a mão: „Quais Unidades tinham pacientes fazendo tratamento?“, aí eu levantei a mão. „Quais Unidades estão faltando medicação pra TB?“, a gente levantou a mão também. Então isso assustou. Aí eles entraram em contato com a Vigilância e logo depois foi providenciado a medicação. Deu uma quebrada? Deu. Porque eu acho assim, **você fala pro paciente que tem que ser tratamento contínuo e depois o fornecedor não me dá a medicação**. E foi aí: „Eu vim aqui buscar, não tem!“. Então a gente escuta isso (...). (E18)

O estudo de Andrade e colaboradores (2017) mostra que essa realidade não é única do município deste trabalho, demonstrando que todas as ações assistenciais relacionadas ao PNCT demonstraram falhas no município de Divinópolis – MG, inclusive a falta de medicação no último ano (61,2%), o que foi associado por tais pesquisadores a fragilidades na gestão dos serviços, prejudicando assim o controle e tratamento da doença, e que pode ser associado à ausência de planejamento de ações de supervisão e de políticas de gestão.

Podemos perceber que os pilares do DOTS estão intimamente relacionados e se encontram a todo o momento. O tratamento de TB é longo, dispendioso e requer qualificação por parte dos profissionais de saúde para que a adesão dos usuários seja alcançada. Além disso, o uso do medicamento é associado a uma série de efeitos adversos e relacionado a altas taxas de abandono ao tratamento. Nesse contexto, a garantia do suprimento regular dos medicamentos antituberculose, assim como os demais insumos e exames necessários para o início e o acompanhamento devem ser fornecidos regularmente pelos serviços de saúde.

Não ter o medicamento disponível pelo sistema de saúde é uma falha crucial e que pode colocar em risco o tratamento, a adesão e todo trabalho realizado com aquele usuário. E é exatamente como os profissionais do estudo se referem: a todo instante durante o tratamento os usuários são cativados, escutam sobre a importância de não deixarem de tomar a medicação diariamente, de não fazerem uso de bebidas alcoólicas durante o tratamento, entre outras coisas e, para tanto, o

medicamento não é disponibilizado e tal fato permanece por cerca de um mês. Mês esse, suficiente para o abandono ao tratamento e a desvinculação por parte do usuário do serviço de saúde. Corroborando com tal fato, a descentralização do tratamento deve ser pautada no planejamento e na distribuição efetiva da medicação (SÁ et al., 2012).

- Registros e fontes de informações

Outro e não menos importante pilar da estratégia DOTS, o registro e as fontes de informações para acompanhamento e monitoramento dos casos de TB, segundo os enfermeiros, são realizados no livro verde, livro preto, prontuário do usuário, planilha de SR e casos de TB por unidade, enviada mensalmente à secretaria de saúde do município, e alguns referem também a ficha de notificação:

(...) Então, a gente registra naquele livrinho verde (...) se for detectado aqui a gente faz a notificação, né? E encaminha pra secretaria. (E1)

Então, a gente tem um livro que é TB, de contato (...) é um verde e um preto. Só que agora com aquele teste rápido já mudou o impresso. É uma folha que até eu acho que eles vão montar o livro. Mas é que a gente fez, a gente colocou a folha dentro do livro verde (...) o verde é os contatos, o preto é TB. (...) veio trazer o escarro... Elas já olham e veem se a gente anotou. Se a gente não anotou, elas (outras profissionais) já anotam. E quando vem o resultado pelo malote, elas já deixam em cima da nossa mesa, a gente anota o resultado no livro e põem o resultado dentro do prontuário. Porque aí quando o usuário vier pra consulta, na hora que os médicos tirarem a evolução dele já vai achar o resultado dentro do prontuário. (E6)

Nós temos o impresso próprio, a ficha de identificação e temos também o nosso livro de registro (livro verde e preto)... Tudo bem registrado, que a gente tem bastante preocupação com a doença (...) toda consulta é registrada. As queixas dos pacientes, outras queixas, a não ser né, sobre a doença TB. Tudo isso é muito bem registrado e olhado pelo profissional aqui. (E7)

Então, notificação, acompanhamento da tomada, tudo isso a gente tem. Aquele livro verde, né? No momento da coleta do BAAR e eu faço um caderno com uma pasta de TB. Deixo tudo ali organizado. (E10)

Nós temos os livros, livro preto e o livro verde. Livro verde são os SR que a gente tá pesquisando e o preto é pra gente anotar quando o paciente tá com a TB confirmada. E tem também o prontuário do paciente. (E11)

Tem uma pasta de notificação (...). Ah, tem o prontuário do paciente e a notificação. E encaminha pra vigilância. E a outra enfermeira faz um mapa todo mês agora de SR pra poder encaminhar pra vigilância. Vigilância cobra todo mês, de acordo com a população, os casos que

vão surgindo, os que a gente, abriu de tratamento, o retorno do tratamento. Então todo mês tem um balanço sobre isso, né? (...) um consolidado. (E14)

(...) a gente tem aqueles álbuns... a gente tem um caderno de controle de todos os tuberculosos. Faz a ficha e manda lá pra epidemio. Epidemio também tem uma relação deles. E a gente tem aqui tem na Unidade um caderno de TB. (E16)

Primeiro quando chega pra fazer o BAAR, primeira coisa o médico notifica como suspeita de TB, aquela ficha de notificação, que fala que independente da onde fez tem que notificar aqui que é onde você tá atendendo. Independente se começou o tratamento no hospital, onde for, você tem que fazer uma nova ficha de notificação. Ele fez, solicitou o BAAR, quando vem no BAAR, é num livro de registro nosso na sala de coleta. Depois, mensalmente eu mando a planilha. No que vem acompanhamento, tem a ficha de acompanhamento que a gente manda pra epidemiologia, se está, quantos meses está tomando, que que está tomando, se está bem, se num está. Então são essas fichas geralmente. E o prontuário, né? Porque aí eu anoto tudo no prontuário, questão de dispensação, como a pessoa tá, ganho de peso, os ataques, questão medicamentosa, se deixou de tomar algum dia, eu anoto... relato tudo no prontuário. (E18)

Podemos perceber que grande parte desses profissionais desconhece ou não utiliza todos os instrumentos preconizados para o registro das informações de controle da TB, o que dificulta o monitoramento dos casos desde a notificação até o encerramento.

O Manual de Recomendações para o Controle da TB no Brasil refere que o registro de dados de TB nas Unidades de Saúde deve acontecer no livro de registro e acompanhamento de tratamento dos casos de TB (livro preto) que permite acompanhar a evolução e o desfecho de cada caso da doença, analisando assim os resultados e a qualidade das atividades desenvolvidas. O livro de registro de SR no serviço de saúde (livro verde) também deve ser utilizado e tem por intuito a identificação do SR, de maneira a efetivar o diagnóstico da doença e o início do tratamento, servindo como subsídio para o alcance de metas, verificação entre o tempo e a identificação do caso a partir do exame. Além disso, há disponível uma ficha padronizada para o acompanhamento de usuários em TDO (BRASIL, 2011a).

É válido destacar que há outros instrumentos, como planilhas e prontuários, que são preconizados para uso local, seja em âmbito municipal ou até mesmo da própria Unidade, como os enfermeiros desse estudo citaram e que permitem muitas vezes maior organização dos serviços (BRASIL, 2011a). Ademais, é necessário deixar claro a necessidade de notificar todos os casos de TB no Sistema de

Informação de Agravos de Notificação (SINAN), uma vez que só conheceremos o panorama de um município ou região de saúde se as notificações, assim como a busca ativa dos SR, forem realizadas em tempo e qualidade hábeis.

Sobre as representações em relação à importância do registro dos casos, os enfermeiros relacionaram com a questão epidemiológica e de controle, além do acompanhamento e continuidade do tratamento:

É mais a questão (...) epidemiológica, né? É a questão de saber quantas TBs tem na área, quais são as pessoas que possivelmente podem ficar doentes. Então, tudo isso, faz com que a gente tenha um diagnóstico de TB na área... de abrangência. Por quê que está acontecendo naquele lugar? É uma questão até mesmo pra pesquisa (...). (E1)

Na verdade, eu acho que tudo é importante a gente escrever. Porque (...) não sou eterna num serviço, então, eu gostava de anotar tudo (...) quem chega depois de mim, na hora que pega, tá tudo anotado, sabe quem são os pacientes e aquele tratamento, ele dá uma continuidade. Diferente, de quando você não anota, às vezes, chega um paciente aqui que fala que tá tomando a medicação e não tem nada na ficha, então eu não sei que medicação ele tá tomando, se ele tá no primeiro tratamento, se ele tá no segundo (...) assim, tem que anotar, não tem jeito (...). (E3)

É um controle maior da situação, você vai fazer um trabalho, um levantamento (...) por área (...) mais de risco no caso, dá pra fazer um controle legal. Assim, você tem que ter controle de quem é e de quem não é. (E4)

Respaldo enquanto profissional e o acompanhamento do usuário. Se, por exemplo, o retorno dele é na agenda do médico que está acompanhando ele. Se às vezes o médico não vem, ou alguma coisa, já dá um toque, a gente pesa, anota, entrega a medicação e vai dando continuidade. (E6)

(...) Porque como é que você vai acompanhar o paciente se você num tem, por exemplo, o peso, né? (...) Se você num registrar não vai saber se seu paciente está melhorando ou não. Aqui todo mundo tem esse costume sabe... Eu anoto tudo que eu faço (...). (E9)

(...) eu tenho que transformar esse dado em informação e trabalhar em cima dele. Então não é só tem tantos por mês, eu tenho percentual, essa população tá crescendo, tá diminuindo, como é que tá? Eu tô realmente... o fato de eu não notificar mensalmente, eu não atingir a meta não é bom não, né? Ou eu não estou buscando direito... Porque se essa população é tão grande assim? Onde que ela está? Tá entre nós e a gente não está fazendo busca ativa. Então assim, eu busco mais pra saber que política ou o que que eu vou implementar aquilo ali pra melhorar meu trabalho. Até não só no percentual, eu vejo também na forma da gente atender esses pacientes (...). (E15)

(...) ter aquele controle da população que... onde tá ocorrendo maior foco dos casos, né? E você ter um controle da sua população, uma média, um percentual. E a questão de, o acompanhamento de

tratamento. Então assim, eu vejo só benefícios nesses casos de registro. A gente tem esse controle da doença (...). (E16)

Eu posso ter respaldo. (...) eu acho que é continuidade da história do paciente. Porque vamos supor, quando faltou eu anotei: „Deixou de tomar devido à falta de medicamento“. Porque eu não posso jogar a culpa no paciente que ele deixou de tomar por falta de responsabilidade dele, estava faltando medicação. Eu registrei aquilo. Aí no dia que chegou eu falei assim: „Óh, dispensado tanto até tal dia, retorno tal dia...“, e exame físico dele, pressão, peso, como é que ele está, ingesta de alimentação e tudo a gente relata. (E18)

O monitoramento e a avaliação são ações obrigatórias do enfermeiro, que auxilia os profissionais na (re)organização do processo de trabalho, e tem por objetivo a melhoria na qualidade da assistência ofertadas à população em tratamento de TB (BRASIL, 2011b).

Um registro de qualidade integral facilita o planejamento das ações a serem ofertadas, é norteador, uma vez que guia a continuidade dos cuidados em saúde e serve de respaldo profissional. Além disso, as notificações geram dados capazes de nos mostrar a real situação de saúde de uma população, sendo ainda uma forma potencial para estabelecimento do planejamento.

Em relação às dificuldades encontradas no cotidiano do serviço para a realização dos registros, grande parte refere não encontrar nenhum empecilho, referindo ainda que registrar é algo simples e rápido, feito por toda equipe sem nenhum dificultador. Outros, ainda, relacionam como um problema para a efetivação do registro a questão burocrática, a sobrecarga de trabalho e falta de tempo:

A gente tem muita dificuldade (...) a burocracia é muito grande, (...) a gente não faz só TB, a gente faz pré-natal, a gente faz preventivo, a gente faz né? Então (...) essa diversidade do atendimento (...). Então assim, como que você volta uma mãe, que trouxe uma criança, como que você volta uma TB. (...) o excesso da demanda às vezes complica um pouco. (E1)

Eu tive, por exemplo (...) a gente colheu um BAAR pra continuar o diagnóstico dele e não era diagnóstico primário, vamos dizer assim. Ai você tem que preencher, o diagnóstico primário, você tem que preencher uma folha enorme, com dados e tudo mais e mandar pra secretaria, lá pra vigilância. O outro que é a continuidade, é a folhinha verde, então assim, é muita informação, muito fluxo que a gente ainda não tá dando conta. (E1)

(...) num geral, eles registram pouco, porque é muita demanda. Muita gente (...) quanto mais a gente faz, mais coisa você tem, menos você registra. Então assim, a gente acaba fazendo o básico, né? Ah, o registro da TB, da notificação, ai anota na ficha, mas assim (...) fazer aquela evolução mais completa, que a gente vai ter mais dados, igual

todas aquelas perguntas do outro questionário, mas muita coisa pergunta, mas não anota tudo que perguntou (...). (E3)

(...) eu assim, tenho muita dificuldade, porque isso são questões burocráticas né. E essas questões burocráticas atrapalham muito o serviço do enfermeiro na questão (...) da assistência né. Porque você não sabe se vai fazer parte burocrática ou se você vai dar assistência pro paciente. E a parte burocrática come muito tempo da gente. Sem contar que às vezes você tá aqui no meio de um raciocínio da parte burocrática o paciente te chama, que você tem que fazer uma avaliação que ele tá lá fora com febre. Aí você tem que parar o que você tá fazendo lá e fazer. Então assim, eu tenho muita dificuldade (...). (E5)

A dificuldade que tem é só porque assim, são muitos papéis. Tá correto, tem que ser feito mesmo. A dificuldade que eu tenho é falta tempo só. Que as vezes eu queria fazer muito melhor, me dedicar mais, porque eu sei que o certo é isso, a gente ter o controle direitinho, tá registrando tudo. Mais as vezes eu fico sem tempo pra fazer, só isso. Mais assim, é uma questão de falta de tempo meu (...). (E8)

(...) são muitas folhas. Muitos registros, então tem hora que a gente até se perde: „E agora qual que eu vou mandar? Não mandei aquele outro...’ . Muita folha. Não tem necessidade... Muitas vezes a gente tem pela falta de tempo. A sobrecarga de trabalho (...). (E10)

Alguns profissionais referem não encontrar empecilhos para a realização efetiva do registro de enfermagem. Resta saber se estes, realmente tem qualidade, descrevem de maneira contínua o cuidado prestado e em todos os instrumentos preconizados, uma vez que alguns desconhecem parte dos instrumentos e se referem aos registros como algo simples e rápido. Em estudo de Órfão e colaboradores (2017), verificou-se que a equipe de enfermagem, apesar das inúmeras ações de acompanhamento e controle da TB, registra apenas o atendimento no que se refere à pré e a pós consulta médica e algumas intercorrências. Nesse sentido, a continuidade do cuidado e as ações de vigilância em saúde ficam prejudicadas, uma vez que não podem ser reproduzidas por outros profissionais e passam a ser de conhecimento apenas de quem as realizou.

No que tange Ao controle da TB e a importância de registrar e notificar, a efetividade da mesma é colocada em dúvida também quando nos deparamos com dados como esse: em 2017, 529 pessoas com TB nunca haviam sido registradas no SINAN, e a notificação só aconteceu após a morte delas.

Diante do exposto, vemos que há falhas em todas as ações que compõem a rede, uma vez que a busca ativa, o diagnóstico precoce, o TDO, e o registro desses casos não foi realizada pela Atenção Básica (BRASIL, 2018b).

Corroborando com a fala dos demais profissionais, autores referem que os registros em enfermagem vêm se tornando um dos campos mais deficientes, demonstrando assim, falhas no processo de trabalho o que é associado à falta de tempo e capacitações dos profissionais para a realização do mesmo (PRADO; ASSIS, 2011).

Em relação à sobrecarga de trabalho, alguns autores descrevem que na Atenção Primária a Saúde, os enfermeiros são sobrecarregados, por problemas intimamente relacionados às condições e que se atrelam a dimensão da gestão. Essa sobrecarga é associada ao excesso de demanda, a deficiência estrutura, a falhas no funcionamento da rede, a escassez de recursos humanos, ao acúmulo de atividades administrativas, além de um salário insatisfatório e uma jornada de trabalho considerada excessiva (PIRES et al., 2016).

Apesar de entendermos tais empecilhos como um grande problema para a realização dos registros, assim como outras ações a serem desenvolvidas pelos enfermeiros, entendemos também que as anotações e os registros de enfermagem fazem parte do cuidado do enfermeiro e que se essas não são feitas de maneira integral, tal cuidado se torna incompleto e perde sua continuidade. Dessa maneira, os enfermeiros devem criar estratégias de organização e planejamento no sentido de reduzirem os problemas encontrados e assumirem seu papel frente as ações de controle da TB.

- O compromisso político priorizando a tuberculose

No que se refere ao compromisso da gestão com questões relacionadas ao controle da doença, para os enfermeiros, o compromisso político tem deixado muito a desejar. Eles referem ainda que somente com a exposição do número de casos do município pela mídia é que as ações começaram a ser intensificadas:

(...) então assim, eu acho que a Política, ela tá falha, ela não tá sendo aplicada. Aí eles fizeram agora, todo um movimento né, mudaram todos os protocolos, mas a gente não foi treinado. Só foi falado na reunião de gerência. Então assim, tá tendo muita dificuldade né? (E1)

Eu acho que não tem nenhum compromisso (político)... Porque eles não controlam... Assim, tem muito caso também no consultório de rua e tal, e por mais que tenha ONG, que eles tentam se dar ao máximo, a gente trabalha junto e tal, mas assim (...) pela política,

acho que não tem interesse nenhum (...) eles não fazem nada pra melhorar isso. (E2)

Acho que não tem nenhum (...) depende da política (...). O problema da TB é assim, se não sai na mídia que o município é um caos e envergonhar o pessoal da política, nada é feito, porque assim, você não tem recurso, você não tem nada (...) é o profissional que se dedica aquilo ali pra melhorar. Entendeu? Então depende do profissional que tá lá. Tem profissional que é dedicado, que tá se matando pra tentar resolver e tentar planejar e ver o que dá pra fazer, mas às vezes falta recurso pra tudo. Sabe? (E3)

Ah, pela falta de capacitação, de treinamento a gente vê que não tem muito (compromisso). A forma como foi colocado (...) mas pra mim foi jogado na reunião de gerentes um fluxograma de TB sem que fale nada, e tudo é „ah lê no e-mail, lê no e-mail. Mas eu não trabalho com e-mail, e eu nem posso ficar, eu não posso tirar um tempo do meu horário de serviço pra ficar sentada ali na frente lendo e-mail. O usuário não vai entender isso. (...) eu não acho que tá tendo comprometimento político da gestão pra que funcione bem esse fluxo não. Porque não tem capacitação, as coisas são jogadas de qualquer jeito (...) me manda toda hora „lê e-mail“, é e-mail de vacina, é e-mail de TB, é e-mail de não sei de que, mas treinamento mesmo que é bom não. Então assim, eu acho que tá muito a desejar. (E5)

Então, nós tivemos uma fase que não estava boa... Havia talvez uma omissão por parte da gestão. Agora, como tem aparecido mais casos, eles tem se preocupado mais. Talvez até porque tenha tido uma cobrança importante do Ministério da Saúde. (...) Então, infelizmente o que acontece é que quando existem os casos, as pessoas se preocupam mais. Começa a melhorar a situação os profissionais... Até na questão dos SR, não vê mais casos aparecendo aí já começa a dar uma relaxada. Eu acho e considero que é importante a gente ter um monitoramento direto, anual... Que o governo se preocupe com isso, de estar sempre colocando na mídia sobre a doença. Porque é uma doença que não acaba. Então a gente precisa muito desse controle, porque infelizmente, passou aquele período crítico os profissionais acabam relaxando um pouquinho. (E7)

Mas assim, eu vejo isso muito longe, eu vejo isso muito longe ainda. (...) Como é que você vai falar de TB, você vai montar um protocolo de TB, se alguém que está por trás pra montar esse protocolo não é uma pessoa conhecedora desse assunto? Você pode ter certeza que vai ficar algo a desejar. Ela pode colocar muitos profissionais pra vocês, mas não é só isso. É uma rede em volta. Essa rede tem que trocar referências, contrarreferências, estruturas, conhecimento, tudo. Se não ela não vai funcionar. (E15)

Ah, não vejo uma importância nisso não. Agora parece que está muito mais assim visível, né? Então eu acho que as pessoas estão quebrando esse tabu (...) muitas propagandas e tudo. Mais assim, eu não vejo uma intensidade política nisso não. Que eu acho que se tivesse, não estaria faltando medicação. (E17)

(...) eu não vou falar de agora. (...) essa questão da falta da medicação eu não sei se foi falta no geral no Estado, que parece que foi em relação a notificações, subnotificações ocorridas, que nem todas as pessoas estavam notificando. Então o Estado fala assim: „Peraí, se não tem na notificação então não está tendo caso, eu não vou mandar remédio“. Mas o caso foi solucionado. Porque eu acho

assim, acho que todos tem que estar envolvidos na questão da TB. Não é só a atenção primária, não é só a Secretaria de Saúde, são todos (...) porque é um problema de saúde pública. Então eu acho que eles estão bem cientes da responsabilidade. E nós também temos que ter a nossa. É o que eu deixo bem claro pra minha equipe. O problema da TB não é meu, não é seu, é de todos nós. E saber que todos nós também estamos sujeitos, apesar de todas as precauções que a gente toma (...). A gente não tem a máscara n95. Temos que ter, mas isso não é fornecido pra gente, é só em hospital que tem. Mas, lembrar que a gente atende também, né? Então até mesmo nas primeiras orientações pra coleta de escarro, você não vai orientar uma coleta de escarro pra pessoa na recepção? Leva a pessoa pra uma sala ou se ela já tá aqui, eu aproveito que ela tá de manhã, o carro não passou ainda eu aproveito pra mim fazer a coleta aqui mesmo no local. Então acho que assim, a gente tem que estar mais protegida nesse sentido, de estar também disponibilizando os EPIs necessários pra gente (...). (E18)

Para Santos e Giovanella (2014), tanto em municípios de pequeno, quanto nos de grande porte, a ruptura administrativa, a falta de autonomia nas decisões executivas e os conflitos de interesses entre as diversas frentes político-partidárias são fatores que interferem na cooperação alcançada entre a macro e a meso-gestão e afetam diretamente os coordenadores de programas de TB na execução de suas atividades, corroborando dessa maneira, em dificuldades na implementação das políticas referentes a tal doença.

Em um estudo quantitativo sobre a avaliação da implantação da estratégia DOTS em um município de grande porte, na subdimensão referente ao compromisso político, os autores chegaram à conclusão que esta não se encontrava implantada. Fato perceptível devido à falta de organização no que se refere à operacionalização da DOTS, comprometendo e fragilizando assim sua implantação (LAVOR; PINHEIRO; GONÇALVES, 2016).

Ao destacar o comprometimento político enquanto um dos pilares da estratégia DOTS, a OMS reforçou a necessidade do fortalecimento de recursos humanos e a garantia de recursos financeiros, assim como a elaboração de planos de ação e mobilização social (BRASIL, 2011a). Destarte, o que temos visto é um engajamento político baseado em discursos vagos e sem ações efetivas, afinal, a falta de planejamento e organização para operacionalização das redes de atenção a TB no município tem deixado os usuários às margens de um cuidado de qualidade.

Nesse sentido, o relatório da OMS (WHO, 2017a) destaca ainda a necessidade urgente de maior comprometimento político para o combate à TB. O

progresso no controle de tal doença está paralisado, não sendo rápido o suficiente para atingir as metas globais traçadas ou preencher as lacunas persistentes na assistência à população com a doença. Nesse sentido, apesar do engajamento mundial em acabar com a TB até 2030, as ações e os investimentos não correspondem a eloquência política. Sendo necessário então, progresso nos países com grande carga da doença, através de maiores financiamentos de sistemas de saúde por vezes inconsistentes e apoio internacional para a consolidação dessas ações em países de baixa renda.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A TB é uma doença antiga, associada ao preconceito, a marginalização social e, ainda hoje, podemos observar esses resquícios para o controle e o tratamento da doença. Além disso, seus estigmas ainda permeiam as práticas profissionais e assolam o pensamento da população. Para tanto, a estratégia DOTS tem como intuito melhorar a adesão ao tratamento, de maneira a estimular o vínculo profissional, entre o doente e o serviço de saúde, emponderar o usuário e, assim, diminuir as taxas de abandono, de reincidência e de morte pela doença.

Nesse contexto, as representações sociais identificadas a partir desse trabalho reforçam a relevância da Teoria das Representações Sociais como referencial importante para compreender o cenário da TB, mostrando-se assim efetivo nesse caso para melhor compreensão da estratégia DOTS no cenário da Atenção Primária a Saúde, assim como seus percalços e suas fortalezas.

Neste estudo, as representações construídas pelos enfermeiros são ancoradas em suas experiências de cunho individual nos cenários de trabalho, mas quando articuladas demonstram o reflexo desse grupo.

Ao se depararem com as ações realizadas para o controle da TB, percebemos que os profissionais citam diversas atividades preconizadas pelo PNCT, mas que não reconhecem a estratégia DOTS como desenvolvida por eles no âmbito da Atenção Primária, porquanto ainda reconhecem o trabalho da enfermagem como destaque durante o acompanhamento e o controle dos casos de TB.

Nas representações sobre os saberes do DOTS, os profissionais compreendem tal estratégia apenas como a supervisão da tomada da medicação, ignorando assim todo o contexto e os demais pilares que englobam essa estratégia. Fato que pode ser associado à falta de conhecimentos prévios e capacitações no contexto da saúde da família. O DOTS também é relacionado a uma maneira de se forçar/obrigar o tratamento por parte de alguns profissionais, o que não é o objetivo e, muito ao contrário, a estratégia deve ser um meio de favorecer e aproximar e não estar associada à persuasão.

Além disso, ao associarem quais usuários deveriam ser submetidos a essa estratégia, trazem representações cristalizadas e relacionadas à vulnerabilidade social e psicológica, associando grupos menos favorecidos a não adesão ao tratamento, o que não é possível tomar como um parâmetro e é por isso que o

Ministério da Saúde, assim como a OMS, preconizam que todos os usuários com a doença sejam submetidos ao DOTS.

Já nas representações em relação a cada pilar do DOTS, podemos observar que a detecção precoce dos casos de TB com ênfase na busca ativa é imbricada de dificuldades no que tange a falta de recursos humanos, ou recursos esses incapazes muitas vezes, até por falta de conhecimento, de identificar casos suspeitos ou que mereçam investigação. Outra limitação é a visão que situa ou limita a busca ao espaço da Unidade, deixando todo um território e as ferramentas, como a visita domiciliar, de lado.

No que tange ao TDO, alguns enfermeiros referem que no momento não utilizam ou que nunca necessitaram utilizar desse pilar. Outros relatam sobre suas experiências, referindo adequar tal ferramenta de acordo com as necessidades de cada indivíduo. Para tanto, foi possível observar através de algumas falas, bem como das anotações e registros que alguns enfermeiros, de fato, estão obtendo sucesso no acompanhamento de usuários com TB a partir da utilização do DOTS e de um entendimento que perpassa a tomada da medicação. A grande problemática, é que este número de profissionais se encontra reduzido no contexto da saúde da família.

Em relação ao fornecimento regular de materiais e insumos, um problema encontrado foi a falta da medicação por um período de cerca de um mês, citada pelos profissionais como um fator que pode afastar o usuário do tratamento, além de desconstruir toda rede de apoio construída por eles.

Os registros e as fontes de informações para o acompanhamento e o monitoramento dos casos de TB são representados pelos enfermeiros como importantes para o acompanhamento e a continuidade terapêutica. Porém, é perceptível que não é de conhecimento de todos os profissionais os instrumentos utilizados a nível nacional, como livro de registro dos SR, entre outros, deixando o registro aquém do esperado, principalmente quando associado a todos os problemas encontrados na ESF, como a sobrecarga de trabalho.

Por minuta e não menos importante, o pilar sobre o compromisso político colocando a TB como uma das ações prioritárias em saúde, foi representado pelos enfermeiros de maneira negativa. Estes profissionais referem que a ênfase a doença, assim como as cobranças relacionadas a ela surgiram nos últimos tempos com a exposição do município na mídia, sendo destaque em relação ao grande

número de casos. Mas, apesar de reuniões e de algumas mudanças, esses profissionais questionam ainda a falta de compromisso ao relacionarem a falta de medicação pela qual as Unidades passaram ultimamente.

Apesar de todas as representações encontradas, entendemos que há limitações no que tange este estudo, dentre elas por ter sido realizada com apenas uma das categorias profissionais, sendo importante e viável reproduzir este estudo com os demais trabalhadores da ESF, no sentido de entender melhor como se dá o DOTS neste cenário.

Além disso, seria viável também um estudo que abrangesse a gestão e os demais serviços onde tal estratégia é realizada, de modo a entender todos os seus pilares e os problemas para a sua efetivação. Cabe destacar que o estudo mostra a realidade de um determinado município, com características e particularidades individuais em relação à implantação dessa estratégia, o que pode diferir para um outro local, mas que não impede sua replicação.

Para tanto, espera-se que este estudo, ao ser discutido e apresentado aos profissionais e gestores, sirva para nortear as práticas relacionadas ao DOTS na Atenção Primária, de maneira a encontrar novos caminhos e, quem sabe, soluções para os problemas e dar destaque a suas potencialidades. Espera-se, ainda, um novo olhar da gestão e dos profissionais no que tange ao controle da TB, pois somente com a união de ambos, organização e planejamento das ações em saúde é que conseguiremos alcançar as metas de controle da doença. Para isso, sugerimos maiores capacitações na área de TB com ênfase na estratégia do DOTS, de modo a dar embasamento e direcionamento aos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, R.S. et al. Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na estratégia saúde da família. In: **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n.3, p. 650-657. Florianópolis, julho-setembro 2012.

ALVES-MAZZOTTI, J.A. Representações sociais: aspectos teóricos e aplicações à Educação. In: **Em Aberto**. ano 14, n.61. Brasília: MEC/INEP, jan./mar. 1994.

ANDRADE, H.S. et al. Avaliação do programa de controle da tuberculose: um estudo de caso. In: **Saúde debate**. n.41 (spe). Rio de Janeiro, mar. 2017.

ARAKAWA, T. et al. Programa de controle da tuberculose no contexto municipal: avaliação de desempenho. In: **Rev. Saúde Pública**. v. 51, n. 23. São Paulo, 2017.

BARBOSA, B.L.F.A. et al. Ações de controle da tuberculose na atenção primária brasileira. In: **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v.19, n.1, p.92-100. Vitória, jan-mar,2017.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**: Implantação do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil: primeiros passos rumo ao alcance das metas. Volume 49. Brasília: Ministério da Saúde, Mar. 2018a.

_____. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Fev, 2018b. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/19/APRES-PADRAO-JAN-2018-REDUZIDA.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2018b.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. **Tuberculose** – Casos confirmados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. [20--]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/tubercmg.def>>. Acesso em: 20 maio 2018c.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Implantação do plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública no Brasil: primeiros passos rumo ao alcance das metas. In: **Boletim Epidemiológico**, v. 49, mar. 2018d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Brasil livre da tuberculose**: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em:<http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html>. Acesso em: 01 dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Situação da tuberculose no Brasil**. Apresentação realizada no evento relativo ao Dia Mundial de Luta contra a Tuberculose, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRUNELLO, M.E.F. et al. Atuação da enfermagem na atenção a uma condição crônica (tuberculose): análise de fontes secundárias. In: **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.36, n.7, p.62-69. Porto Alegre, 2015.

CARDOSO, G.C.P. et al. A conformidade das ações do tratamento diretamente observado para tuberculose na perspectiva dos profissionais de duas unidades de saúde da cidade do Rio de Janeiro. In: **Cad. Saúde Coletiva**, n.20, v. 2, p.203-210. Rio de Janeiro, 2012.

CARLSSON, M. et al. Nurses Roles and Experiences with Enhancing Adherence to Tuberculosis Treatment among Patients in Burundi: A Qualitative Study. **Tuberc Res Treat** [Internet]. 2014: 984218. Disponível em: <<https://www.hindawi.com/journals/trt/2014/984218/>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estud. Av.**, v.27, n.78, p.7-26. São Paulo, 2013.

CARVALHO, J.G.S.; ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e história: um diálogo necessário. In: **Paidéia**, v.18, n.41, p.445-456. Ribeirão Preto, dez. 2008.

CECILIO, H.P.M., MARCON; S.S. O tratamento diretamente observado da tuberculose na opinião de profissionais de saúde. In: **Rev Enferm UERJ** [Internet], v.24, n.1, e8425. Rio de Janeiro, mar-2016. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v24n1/v24n1a16.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2017.

CECILIO, H.P.M.; TESTON, E.F.; MARCON, S.S. Acesso ao diagnóstico de tuberculose sob a ótica dos profissionais de saúde. In: **Texto contexto enferm**. v.26, n.3. Florianópolis, 2017.

CHIRINOS, N.E.C.; MEIRELLES, B.H.S. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. In: **Texto & Contexto Enferm**. n.20, p.599-606. Florianópolis, 2011.

COSTA, A.M.; RODRIGUES, G.S.; SANTOS, T.M.M.G. Papel potencial do enfermeiro no enfrentamento do problema da tuberculose junto ao Agente Comunitário de Saúde no Programa de Controle da Tuberculose. In: **Enferm. Foco**. n.4, v.2, p.106-108, s./l, 2013.

CREPALDI, M.A. **Hospitalização na infância**: representações sociais da família sobre a doença e a hospitalização de seus filhos. Taubaté/SP: Cabral Editora Universitária, 1999.

DANIEL, T.M. The origins and precolonial epidemiology of tuberculosis in the Americas: can we figure them out? In: **Int J Tuberc Lung Dis**, n.4, v.5, p.394-5, 2000.

DATASUS. Ministério da Saúde. **Indicadores de morbidade**: taxa de incidência de tuberculose. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2008.

DURKHEIM, E. Les formes élémentaires de l'ave religieuse. In: CREPALDI, M.A. **Hospitalização na infância**: representações sociais da família sobre a doença e a hospitalização de seus filhos. Taubaté/SP: Cabral Editora Universitária, 1999.

FRANCO, M.L.P.B. Representações sociais, ideologia e desenvolvimento da consciência. In: **Cadernos de Pesquisa**, v.34, n.121, p.169-186. São Paulo, 2004.

FRIEDEN, T.R.; SBARBARO, J.A. Promoting adherence to treatment for tuberculosis: the importance of direct observation. In: **Bulletin of the World Health Organization**, v.85, n.5, p.407-409. Geneva, May 2007.

GARCIA, M.C.C. et al. Nurse-patient interaction in adhesion to tuberculosis treatment: reflection in the light of imogene king. In: **J Nurs UFPE** [Internet]. v.8, (supl.1), p.2513-21. Recife, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9945/10253>>. Acesso em: 23 set. 2017.

GERHARDT, T.E.; SILVEIRA, D.T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HOPEWELL, P.C. et al. International Standards for Tuberculosis Care. In: **Lancet Infectious Diseases**, v.6, n.11, p.710-25, 2006.

HORTA, T.C; GUIMARÃES, M.A.M.B. **Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde – Projeto de Implantação**. Prefeitura de Juiz de Fora (MG), 2014: Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Juiz de Fora, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=313670&search=mas-gerais|juiz-de-fora|infograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em: 16 mar. 2017.

LAVÔR, D.C.B.S.; PINHEIRO, J.S.; GONÇALVES, M.J.F. Evaluation of the implementation of the directly observed treatment strategy for tuberculosis in a large city. In: **Rev Esc Enferm USP**, v.50, n.2, p.245-252. São Paulo, 2016.

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

MAZZOTTI, A.J.A. A Abordagem estrutural das representações sociais. *Psicologia da Educação*. In: **PUC/SP**, n.14/15, p.17-37. São Paulo, 2002.

MENICUCCI, T.M.G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil**: atores, processos e trajetórias. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Indicadores relacionados ao controle da tuberculose em Minas Gerais**. 2014. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2016/Indicadores_relacionados_ao_controle_da_Tuberculose_em_Minis_Gerais_2016.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2016.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Minas contra a tuberculose**. 2007. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/noticias_e_eventos/minas-contra-a-tuberculose/>. Acesso em: 13 mar. 2017.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2011.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 3.ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – ABRASCO, 1994.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

_____. Des representations collective saux representations sociales: elements pour une histoire. In: JODELET, D. ed. **Les representations sociales**. Paris: PUF, 1989.

_____. Préface à Herzlich, C. Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale. In: CREPALDI, M.A. **Hospitalização na infância**: Representações sociais da família sobre a doença e a hospitalização de seus filhos. Taubaté/SP: Cabral Editora Universitária, 1999.

_____. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

NASCIMENTO, D.R. **As pestes do século XX**: tuberculose e AIDS no Brasil, uma história comparada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

OBLITAS, F.Y.M. et al. O papel da enfermagem no controle da tuberculose: uma discussão sob a perspectiva da equidade. In: **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.1. São Paulo, jan-fev 2010.

ÓRFAO, N.H. et al. Coordenação da assistência à tuberculose: registro de dados e a implementação de um sistema informatizado. In: **Ciênc. saúde coletiva**, v.22, n.6, p.1969-1977. Rio de Janeiro, Jun. 2017.

PINET, G. **Good practice in legislation and regulations for TB control**: an indicator of political will. Geneva: World Health Organization, 2001.

PIRES, D.E.P. et al. Nursing workloads in family health: implications for universal access. In: **Rev Latino-Am Enfermagem**, n.24, e2677. São Paulo, 2016.

PÔRTO, A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. In: **Rev Saúde Pública**. n.41, supl.1, p.43-49. São Paulo, 2007.

PRADO, P.R.; ASSIS, W.A.L.M. A importância das anotações de enfermagem nas glosas hospitalares. In: **Rev. cuid.** [Internet], v.5, n.1. Catanduva, 2011. Disponível em: <
<http://www.fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/CuidArte%20Enfermagem%20v.%205%20n.%201%20jan.jun.%202011.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2018.

PRODANOV, C.C.; FREITAS, E.C. **Metodologia do trabalho científico** [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2.ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

QUEIROZ, E.M.; BERTOLOZZI, M.R. Tuberculose: tratamento supervisionado nas coordenadorias de saúde Norte, Oeste e Leste do Município de São Paulo. In: **Rev. Esc. enferm. USP**, v.44, n.2, p.453-461. São Paulo, junho de 2010.

QUEIROZ, E.M. et al. Tuberculose: limites e potencialidades do tratamento supervisionado. In: **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.20, n.2, p.369-377. Ribeirão Preto, abr. 2012.

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

RIBEIRO, K.C.S. et al. Representações sociais da depressão no contexto escolar [Versão eletrônica]. In: **Paidéia**, v.17, p.417-430. Ribeirão Preto, 2007.

ROESCH, S.M.A. **Projetos de estágio e de pesquisa em administração**: guias para estágios, trabalhos de conclusão, dissertações e estudos de casos. São Paulo: Atlas, 1999.

ROSEMBERG, J. Tuberculose – Aspectos históricos, realidades, seu romantismo e transculturação. In: **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v.7, p.5-29. Rio de Janeiro, 1999. ISSN 0103-460. O

RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T. C. S. (Org.). Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades regionais. 2000. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica**: protocolo de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

SÁ, L.D. et al. Cuidado ao doente de tuberculose na estratégia saúde da família: percepções de enfermeiras. In: **Rev. esc. enferm. USP**, v.46, n.2, p.356-363. São Paulo, abr. 2012.

SANTOS, A.M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. In: **Rev Saude Pública**, v.48, n.4, p.622-31. São Paulo, 2014.

SANTOS, J. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. In: **Rev. Saúde Pública**, v.41, Supl.1, p.89-94. São Paulo, 2007.

SCATOLIN, B.E. et al. Busca de pacientes sintomáticos respiratórios: atuação do agente comunitário de saúde no controle da tuberculose em município de grande porte, Brasil. In: **Texto contexto enferm.** v.23, n.2, p.261-269. Florianópolis, Jun 2014.

SÊGA, R.A. O conceito de representação social nas obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici. In: **Revista Anos 90**, n.13, p.128-133. Porto Alegre, jul. 2000.

SILVA SOBRINHO, R.A. et al. Conhecimento de enfermeiros de Unidades de Atenção Básica acerca da tuberculose. In: **Cogitare Enfermagem**, v.19, n.1, p.34-40. Curitiba, janeiro-março, 2014.

SILVA, C.M.C. et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. In: **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, n.5, p.2539-2550. Rio de Janeiro, agosto-2010.

SILVA, E. A. **Representações sociais de pessoas vivendo com tuberculose sobre a doença e seu tratamento**. 2013. 90 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013.

SOUSA, L.O. et al. Terapia de curta duração da tuberculose: uma análise discursiva. In: **Rev. Bras. Enferm**, v.69, n.6, p.1154-1163. Brasília, Dez. 2016.

SOUZA, K.M.J.D. et al. Atuação da Enfermagem na transferência da política do tratamento diretamente observado da tuberculose. In: **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.48, n.5, p.874-882. São Paulo, out. 2014. ISSN 1980-220.

TEIXEIRA, G.M. Tuberculose na América do Sul: a posição do Brasil. In: **Bol. Pneumol. Sanit.**, v.14, n.3, p.133-134, Rio de Janeiro, dez. 2006. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-460X2006000300001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 maio 2018.

THIRY-CHERQUES, H.R. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. In: **PMKT: Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia**, v. 3, p. 20-27, São Paulo, 2009.

TOUSO, M.M. et al. Estigma social e as famílias de doentes com tuberculose: um estudo a partir das análises de agrupamento e de correspondência múltipla. In: **Ciênc. saúde coletiva**, v.19, n.11, p.4577-4586. Rio de Janeiro, Nov. 2014.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Global Tuberculosis Report**. Geneva, 2017a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Guidelines for treatment of drug-susceptible tuberculosis and patient care**. Geneva, 2017b update.

_____. **Global Tuberculosis Programme**. An Expanded DOTS Framework for Effective Tuberculosis Control. Stop TB Communicable Diseases. Geneva: World Health Organization, 2002.

_____. **The paradigm, shift**: 2016-2020. Global Plan to End TB. Geneva: World Health Organization, 2015.

_____. Library Cataloguing-in-Publication. **Global tuberculosis control**: a short update to the 2009 report. Geneva: WHO/HTM/TB/2009.426. ISBN 978 92 4 159886 6 (NLM classification: WF 300).

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista

Identificação:

Nome: _____

Sexo: () F () M Data de Nascimento: ___/___/_____ Idade: _____ anos

Ano de formação no curso superior de enfermagem: _____

Especialização em Saúde da Família: _____

Há quanto tempo trabalhando com a Estratégia Saúde da Família: _____

Tempo de trabalho na respectiva Unidade: _____

Questões Norteadoras:

- 1) Quais ações você desenvolve aqui no seu serviço para o controle da Tuberculose?
 - Como você acha que a enfermagem, no cenário da estratégia saúde da família, pode contribuir para o controle da tuberculose?

- 2) Pra você, o que é a estratégia do DOTS (O TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO DE CURTA DURAÇÃO) em tuberculose?
 - Quais os benefícios dessa estratégia?
 - Você realiza ou já realizou o DOTS aqui no seu serviço?
 - Quais os motivos para realizar ou não o DOTS?
 - Se não realizou, porque não houve necessidade? Não percebe como sua atribuição? Não acha importante?
 - Conte-me sobre sua experiência.

- 3) Sobre os pilares da estratégia do DOTS e sua operacionalização no serviço:
 - 2.1.) Como acontece a detecção dos casos de tuberculose aqui na ESF? - Quais as dificuldades e facilidades para a realização da busca ativa dos sintomáticos respiratórios?
 - 2.2.) Como é realizado a tomada/administração da medicação na ESF?
 - Local;
 - Quem administra/supervisiona;
 - Acontecem atividades de educação permanente?
 - 2.3) Como é feita a dispensação do medicamento e de insumos para os usuários com TB dentro da ESF?
 - Quais as dificuldades e as facilidades em relação aos medicamentos/insumos?
 - 2.4) Como é feito o registro dos casos de TB?
 - Qual importância desse registro para você?
 - Quais as dificuldades encontradas?

2.5) Comente sobre o compromisso político nas ações voltadas para a TB aqui em JF.

- E como é o envolvimento dos demais profissionais de saúde?

4) Gostaria de acrescentar mais alguma coisa sobre a DOTS ou sobre a assistência prestada aos usuários com TB na ESF?

ANEXOS

ANEXO A – Projeto “Guarda-chuva”: avaliação do programa de controle da tuberculose em Juiz De Fora – MG

Título do Projeto:	“Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose em Juiz de Fora- MG”
Pesquisador Responsável:	Girlene Alves da Silva
Equipe da Pesquisa:	Equipe de pesquisa: Antônio Ruffino Netto Angélica Aparecida Amarante Terra Érika Andrade e Silva Elisabete Pimenta Araújo Paz Fabiana Barbosa Assumpção de Souza Isabel Leite Júlia Borges Figueiredo Mariana Pereira Galvão
Endereços para contato:	E-mail: girleneas@terra.com.br; girlenas@terra.com.br Tel.: (32) 99103-4781
Unidade/Departamento /Instituto/Instituição:	Universidade Federal de Juiz de Fora Faculdade de Enfermagem Departamento de Enfermagem Aplicada

Desenho

Trata-se de um Projeto de pesquisa integrado (“Guarda-Chuva), que pretende se articular e/ou se desdobrar em outros (sub)projetos. Pesquisa avaliativa, com a abordagem metodológica mista, de natureza quanti-qualitativa, que terá como cenário o município de Juiz de Fora - MG. A população do estudo será definida por amostragem censitária e composta por pacientes de TB, profissionais de saúde da rede pública e gestores de saúde. A coleta de dados será por meio de aplicação de individual de questionários e entrevistas com os sujeitos do estudo. Para análise dos dados quantitativos, será utilizado o programa de computador *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 20.0 for Windows), e para os dados qualitativos nos apoiaremos na análise de conteúdo de Bardin.

Resumo

Este estudo tem o objetivo de avaliar o desempenho dos serviços públicos de controle da Tuberculose em Juiz de Fora - MG, por meio de um projeto de pesquisa integrado ("Guarda-Chuva), que pretende se articular e/ou se desdobrar em outros (sub)projetos. Pesquisa avaliativa, com a abordagem metodológica mista, de natureza quanti-qualitativa, que terá como cenário o município de Juiz de Fora - MG. A população do estudo será definida por amostragem censitária e composta por pacientes de tuberculose, profissionais de saúde da rede pública e gestores de saúde. A coleta de dados será por meio de aplicação de questionários e entrevistas com os sujeitos do estudo. Para análise dos dados quantitativos, será utilizado o programa de computador *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 20.0 for Windows), e para os dados qualitativos nos apoiaremos na análise de conteúdo de Bardin.

Palavras-chaves: Tuberculose, Avaliação de Serviços de Saúde.

Introdução (revisão da literatura):

A tuberculose (TB) é a principal doença infecciosa, de origem bacteriana, no mundo. É causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, conhecido como bacilo de Koch, por ter sido descrito pela primeira vez em 1882, pelo médico alemão Robert Koch. Sua transmissão ocorre por via respiratória, através da inalação de aerossóis produzidos pela tosse, fala ou espirro de um doente em fase ativa nas vias aéreas e é relacionada a situações de pobreza, vulnerabilidade social e a grandes aglomerados urbanos (ANDREWS et al., 2014; SOUZA et al., 2014).

A forma pulmonar da doença é a mais comum, contudo existem outras formas de desenvolvimento da mesma, cuja bactéria instala-se em outros tecidos, como linfático, gastrintestinal, ósseo e nervoso, além da disseminação generalizada da chamada de TB miliar que é extremamente grave (SHARMA; MOHAN; SHARMA, 2016).

É possível afirmar, que apesar de grande conhecimento científico e tecnológico a cerca da doença, ela ainda permanece como um enorme desafio para a saúde em âmbito global. Fatores como as desigualdades sociais, insuficiência de

pesquisas destinadas a novos tratamentos e vacinas, fluxos migratórios, deficiências do sistema de saúde, alta prevalência dos casos de TB multidrogas resistentes e associados à infecção pelo HIV, podem ser citados como empecilhos para que as metas propostas para o controle da TB seja realizado de forma eficaz (BRASIL, 2016a).

No Relatório divulgado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) estima-se que em 2014 ocorreram cerca de 9,6 milhões de casos da doença. Desse total, 80% estão concentrados em 22 países, entre eles o Brasil. A mortalidade por TB, apresenta números alarmantes. Em 2015, pela primeira vez a TB é apontada como a doença infecciosa mais mortal do planeta, superando a AIDS. As estimativas apontam que a doença matou no mundo 1,5 milhão de pessoas em 2014, contra 1,2 milhão de vítimas do HIV (BRASIL, 2016a; WHO, 2015).

O Brasil hoje ocupa a 20ª posição quanto à carga da doença e a 19ª no que se refere à coinfeção TB-HIV. O país tem destaque ainda por sua participação no BRICS (bloco formado por Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul), cujos países somam cerca de 50,0% dos casos de TB no mundo e mobilizam mais de 90,0% dos recursos necessários para as ações de controle da TB por meio de fontes domésticas de financiamento (BRASIL, 2017).

É fato que os coeficientes de mortalidade e de incidência no Brasil foram reduzidos em 38,9% (3,6 para 2,2/100 mil hab.) e 34,1% (51,8 para 34,1/100 mil hab.), respectivamente, de 1990 até 2014. Contudo, ainda assim foram registrados, entre 2005 e 2014, uma média de 70 mil casos novos e 4.400 mortes por TB. No ano de 2015, 69 mil pessoas adoeceram com TB, 4,5 mil homens, mulheres e crianças morreram de TB; 6,8 mil pessoas vivendo com HIV desenvolveram TB; 1077 pessoas desenvolveram TB droga multirresistente (BRASIL, 2016b; BRASIL, 2017).

No Estado de Minas Gerais o número de casos de TB cadastrados no ano de 2014 chegou 3.574 casos novos. No mesmo ano, no estado, foram registrados 229 óbitos por TB, perfazendo um coeficiente de mortalidade de 1,1/100.000 habitantes. No total desses óbitos, a forma pulmonar representou 86,5%. A unidade federada apresentou ainda 137 óbitos nos quais a TB surge como causa associada e, desse total, 74 (54%) apresentaram a AIDS como causa básica. Destaca-se, que 119 óbitos com TB como causa básica ou associada não estavam notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (BRASIL, 2016a).

Dentre às cidades mineiras, dá-se destaque ao município de Juiz de Fora. A taxa de incidência em Minas Gerais era 26,8/100 mil habitantes em 2005; enquanto em Juiz de Fora (JF), era de 46,5/100 mil habitantes, 1,7 vezes a média estadual. O município foi incluído entre os priorizados para controle pelo Ministério da Saúde (MS) devido à alta prevalência de casos de TB. Em 2014, apresentou uma das maiores taxas de abandono de tratamento de TB do estado, aproximadamente 20%, e uma taxa de cura de 59,1%, percentuais inferiores às taxas nacionais e contrários aos percentuais recomendados pela OMS, que são 5% de abandono e de 85% de cura (MINAS GERAIS, 2014).

Estudos revelam que a cura da TB cresceu no Brasil nos anos de 2001 a 2004 e vem se mantendo estável a partir do ano de 2005, com um percentual de 70% a 73%, o que revela a necessidade de maiores investimentos e a expansão de estratégias para o seu controle. Cabe ressaltar que o orçamento atual para o controle da TB é 14 vezes maior que em 2002, porém ainda insuficiente e apesar de números animadores em relação à queda de sua incidência e mortalidade no Brasil, seus números absolutos ainda causam indignação (BRASIL, 2013; BRASIL, 2011a; ÂNGELO, 2008; DATASUS, 2008).

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) vem sendo desenvolvido em conjunto com as esferas federal, estadual e municipal e está integrado à rede de serviços de saúde brasileiros. Assim, essas três esferas governamentais se dividem de acordo com a complexidade exigida em formas de organização administrativa, política e/ou geográfica de modo a garantir à população um cuidado em saúde universal, integral e equânime (BRASIL, 2011a).

Por isso, as atividades do PNCT estão presentes em todos os níveis de atenção à saúde (primária, secundária e terciária), sendo essencial a busca ativa dos SR, assim como a referência e contrarreferência dos casos para o serviço especializado. Neste contexto, preconiza-se a descentralização desse serviço para a Estratégia Saúde da Família (ESF) uma vez que a mesma possui maior proximidade e vínculo com usuário, família e comunidade, de maneira que os demais níveis sejam utilizados quando a estrutura e a complexidade da atenção primária sejam insuficientes (SÁ et al., 2012).

Mas, para que o PNCT e toda a rede instituída no controle da TB de fato funcionem é necessário constante avaliação do desempenho dos mesmos. A avaliação desses serviços nos permite a melhor monitoração quanto à capacidade

de resposta as necessidades de saúde, produção de evidência, retroalimentação das equipes, identificação e correção dos problemas encontrados, acompanhamento das intervenções e consequentes resultados, avaliação da assistência prestada ao usuário do serviço, assim como sua família e comunidade, a fim de subsidiar e regulamentar as políticas de TB e a divulgação e propagação de seus pontos positivos e melhoria dos negativos (FELISBERTO, 2006).

Dessa maneira, muitos autores tem trazido este tema e reforçam cada vez mais a necessidade de estudos nessa área. Arakawa (2015), em estudo denominado “Avaliação do desempenho do programa de controle da TB em municípios paulistas (2010)”, separa os municípios do Estado de São Paulo quanto ao desempenho, seja ele, satisfatório (45,6%), insatisfatório (32,3%) ou regular (22,1%) e refere à dificuldade entre os municípios urbanos e populosos na oferta de serviços de menor complexidade e implementação destes nos cenários da Estratégia de Saúde da Família e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, o que acaba por revelar a necessidade de fortalecimento do conjunto de ações no interior do sistema.

Outro estudo de Silva e colaboradores (2014) traz a avaliação de desempenho de Serviços da Atenção Básica para o tratamento da TB revelando fragilidades no que tange o desempenho dos serviços no município em estudo e dá ênfase à descontinuidade da rede de informações, mas propriamente da referência e contrarreferência, refere uma limitação do usuário com TB em seu processo de cuidado e no processo de cuidado, além de revelar restrita participação dos serviços de saúde na realização de ações e atividades externas.

Heufemann, Gonçalves e Garnelo (2013) avaliaram em estudo o programa de controle da TB em cenário Amazônico, trazendo achados que mostram que apesar de um contexto que favorece o aparecimento da TB e o abandono de seu tratamento, ações preventivas são raras e fragmentadas. Além disso, há centralização do diagnóstico da doença em uma única Unidade Básica de Saúde, o que mostra que a TB nesse cenário tem sido considerada uma ação de baixa prioridade.

No entanto, embora existam estudos de avaliação do controle da TB no mundo há carência de informações para o Brasil e seus municípios sobre o desempenho no PNCT. Esse conhecimento nacional e local pode ser utilizado para orientar e contribuir para tomada de decisão na política de controle da TB, direcionar

os esforços para os municípios com mais risco à coletividade ou onde a situação operacional do programa esteja aquém das metas estabelecidas. Entende-se que analisar o desempenho dos municípios no PNCT é necessário, pois a mensuração por meio de indicadores exprime, por aproximação, a situação do programa, contribuindo assim para a tomada de decisão, a qual consiste de um julgamento de valor sobre uma intervenção envolvendo informações sobre as características, atividades, processos e resultados a respeito do PNCT (GONÇALVES; PENHA, 2007).

Diante do que foi exposto, surgem as seguintes inquietações: como se configuram hoje os serviços de prevenção e controle de TB em Juiz de Fora? Como estão funcionando os programas e as redes instituídas no PNCT neste município? Os serviços públicos de saúde cumprem efetivamente seus papéis no rastreamento, diagnóstico e tratamento da doença? A TB tem relevância nas agendas municipais de saúde? Os pacientes têm suas necessidades de saúde atendidas nos serviços?

Para tanto, esta proposta de pesquisa, toma como objeto de estudo a avaliação dos serviços públicos de controle da Tuberculose em Juiz de Fora- MG.

Hipótese

A rede de atenção à Saúde do município de Juiz de Fora, não está estruturada de forma a combater a TB e nem de atender as necessidades de saúde das pessoas com a doença.

Objetivo primário

- Avaliar o desempenho dos serviços públicos de controle da Tuberculose em Juiz de Fora - MG.

Objetivo secundário

- Avaliar as dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços públicos de controle da TB em Juiz de Fora – MG;
- Avaliar o Programa de Controle de Tuberculose na rede de Atenção Primária à saúde de Juiz de Fora – MG;

- Avaliar o Programa de Controle de Tuberculose na rede de Atenção Secundária à saúde de Juiz de Fora – MG;
- Avaliar o Programa de Controle de Tuberculose na rede de Atenção Terciária à saúde de Juiz de Fora – MG;
- Analisar as representações sociais dos profissionais do serviço público de saúde de Juiz de Fora, sobre a doença e seu tratamento.

Metodologia Proposta

Trata-se de um projeto de pesquisa integrado (“Guarda-Chuva), que pretende se articular e/ou se desdobrar em outros (sub)projetos.

O presente estudo é do tipo exploratório com enfoque na pesquisa avaliativa. Neste tipo de pesquisa o objetivo é avaliar a adequação entre os diferentes componentes de uma intervenção por meio da utilização de métodos científicos. Segundo Champagne e colaboradores (2011), a pesquisa avaliativa pode mensurar a relação entre um problema de saúde, a coerência entre os objetivos e a adequação entre os recursos investidos e os efeitos de uma intervenção. Ainda segundo os autores a pesquisa avaliativa é dividida em seis tipos de análises, que para a presente investigação, a análise de implantação se torna mais adequada, pois ela permite investigar os processos relacionados à operacionalização dos programas de saúde, investigando as interações entre a intervenção e o contexto de implantação na produção dos efeitos (CHAMPAGNE et al., 2011).

Considerando que o objeto de estudo é a avaliação do programa de controle da TB, a pesquisa avaliativa torna-se o referencial apropriado para o desenvolvimento da presente investigação, pois neste tipo de pesquisa três objetivos para avaliação de programas se fazem pertinentes, sendo eles: 1) fazer julgamentos; 2) facilitar o seu desenvolvimento e, 3) contribuir para o conhecimento (PATTON, 1997 apud SILVA, 2005). Complementando, a pesquisa avaliativa tem três finalidades: a estratégica, a formativa e a somativa. Para atender os objetivos do estudo, a avaliação somativa é pertinente, pois determina os efeitos de uma intervenção para decidir se deve ser mantida, transformada ou interrompida (SCRIVEN, 1967; CONSEIL SCIENTIFIQUE DE L'ÉVALUTION, 1996 apud CHAMPAGNE, 2011).

Sendo o delineamento da presente investigação uma pesquisa avaliativa, tomamos a abordagem metodológica mista, inserindo a natureza quantitativa, pelo estudo seccional (também denominado transversal) e, a qualitativa, pela Teoria das Representações Sociais para alcançar os pressupostos supracitados do estudo.

O estudo seccional é um estudo epidemiológico observacional descritivo que se caracteriza pela observação direta de uma população em um único momento do tempo, sem período de seguimento. Ele é adequado para identificar características passíveis de intervenção e gerar hipóteses das causas dos problemas levantados (KLEIN; BLOCH, 2008).

Já a Teoria das Representações Sociais, que dará suporte teórico para o aspecto qualitativo da avaliação, constitui uma categoria de conhecimento que é originário da práxis e que pelo processo comunicacional traduz aspectos construídos socialmente a respeito de determinados conteúdos (MOSCOVICI, 2003). A representação social está presente no cotidiano, favorecendo o processo de comunicação entre as pessoas, na medida em que permite o intercâmbio entre elas, ao possibilitar o compartilhamento da interpretação de uma situação (MOSCOVICI, 2001).

Cenário de estudo

Elegeu-se como cenário da pesquisa o município de Juiz de Fora – Minas Gerais.

O município de Juiz de Fora está entre as cidades prioritárias de controle da TB no estado de Minas Gerais, devido ao grande número de notificações, de abandono de tratamento e de óbitos por TB (MINAS GERAIS, 2007). Segundo o Boletim Epidemiológico da Tuberculose da Secretaria de Vigilância em Saúde a incidência de TB no Brasil em 2015 foi de 30,9, sendo que o estado de Minas Gerais correspondeu a 15,1 % dos casos (BRASIL, 2016). E é neste cenário estadual que o cenário está inscrito. Dados da vigilância epidemiológica do município informam que no ano de 2015 foram notificados 345 casos de TB.

O Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais – PDR/MG, 2014-2017, divide o Estado em 13 macrorregiões de saúde com 18 cidades-polo, e 75 microrregiões sanitárias. Juiz de Fora é sede da Macrorregião de Saúde Sudeste de Minas Gerais, composta de 94 municípios. A macro sudeste engloba oito

microrregiões de saúde: Além Paraíba, Carangola, Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas, Leopoldina/Cataguases, Muriaé, Santos Dumont, São João Nepomuceno/Bicas e Ubá. A microrregião Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas é formada por 25 municípios, com população total de 642.353 habitantes. Juiz de Fora possui população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE/2010) de aproximadamente 559.636 habitantes em 2016 distribuídos em sete regiões urbanas, uma região do campo e 12 regiões sanitárias (HORTA; GUIMARÃES, 2014; IBGE, 2010).

Para atender os objetivos do estudo, serão adotados como cenários para a coleta de dados os serviços que compõem a rede municipal de assistência à TB de Juiz de Fora, sendo eles: as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), a unidade de referência especializada para tratamento da TB e a unidade de referência hospitalar.

A rede de serviços de atenção básica em Juiz de Fora está constituída por 63 (sessenta e três) UAPS distribuídas nas sete regiões administrativas e em 12 regiões sanitárias. Nestas UAPS, existem 89 equipes da ESF, alocadas em 39 UAPS. Atuando no modelo Tradicional de Assistência estão 24 equipes, sendo 12 na área urbana e quatro na área rural. Em uma dessas UAPS convivem o Modelo Tradicional e a ESF e em outra, o Modelo Tradicional e o PACS. A cobertura total dos serviços e ações na APS (ESF somada às Tradicionais) corresponde a, aproximadamente, 81%, estando cerca de 19% da população em área descoberta de serviços e ações da atenção primária. Ressalta-se que o cálculo dessa cobertura toma por base dados populacionais da abrangência unidade de referência especializada em Juiz de Fora, tem-se um serviço denominado Tisiologia, localizado no nível secundário na hierarquia de serviços de saúde (HORTA; GUIMARÃES, 2014).

Já a rede de serviços especializados de Juiz de Fora possui no nível secundário, um serviço de atendimento especializado, denominado Tisiologia. E no nível terciário, um hospital de referência na rede, para internação dos casos de TB.

População

A população do estudo constituirá de todos os atores envolvidos na dinâmica do controle da TB no município de Juiz de Fora, pacientes em tratamento de TB e

gestores da microrregião de saúde de Juiz de Fora. Sendo assim, considerando o que o objeto de estudo é avaliar o Programa Municipal de controle da TB, os participantes do estudo serão os profissionais da saúde que integram os serviços que desempenham ações no controle da TB, a saber:

- Atenção Primária à Saúde: 130 médicos, 115 enfermeiros, 110 técnicos de enfermagem, 460 agentes comunitários de saúde.
- Atenção Secundária: Unidade de referência especializada: dois médicos, um enfermeiro e um técnico de enfermagem.
- Atenção terciária: internação hospitalar: 35 técnicos de enfermagem, quatro enfermeiros e dois médicos.

Serão considerados também como sujeitos deste estudo os 25 gestores que compõem a microrregião Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas.

Como elemento essencial neste processo, será considerado também como população alvo deste estudo, os doentes em tratamento de TB, maiores de 18 anos, residentes em Juiz de Fora no ano de 2017 e não pertencentes ao sistema prisional.

Coleta de dados

Para coleta de dados quantitativos será utilizado um instrumento componente do “Primary Care Assessment Tool” (PCAT), formulado e validado para avaliar os aspectos críticos da atenção primária em países industrializados, desenvolvido na Universidade de Johns Hopkins, Starfield (2002). Este instrumento foi adaptado e validado para o Brasil por Macinko, Almeida e Oliveira (2003) em Petrópolis/RJ. O mesmo foi adaptado para avaliar a atenção à TB por Villa e Ruffino-Netto (2008). Foram elaboradas três versões do instrumento: uma, para ser aplicada ao doente de TB residente no município do estudo, maior de 18 anos, sendo excluídos os doentes do sistema prisional – ANEXO I; outra, para os profissionais de saúde que atuam diretamente nas ações de controle da TB em serviços de AB (Unidades Básicas de Saúde – UBS e Programas de Saúde da Família – PSF) e Unidades de Referência (com equipes especializadas do Programa de Controle da Tuberculose - PCT) – ANEXO II; e outra, para os gestores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) – ANEXO III.

Cada questionário contém questões específicas para avaliação do desempenho dos serviços de saúde na atenção ao doente de TB e inclui questões

referentes às dimensões da AB: porta de entrada, acesso (subdividido em acesso ao diagnóstico e acesso ao tratamento), vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque na família e orientação para a comunidade. Cada uma dessas dimensões está relacionada a um conjunto de ações na prática clínica, de saúde pública ou de implementação de políticas de controle da TB em nível municipal. Cada pergunta contém cinco possibilidades de resposta tipo Likert (nunca, quase nunca, algumas vezes, quase sempre, sempre) e sua aferição se dá por meio de escala, na qual 1 (um) corresponde ao pior desempenho e 5 (cinco) ao melhor.

A avaliação de desempenho dos serviços de atenção básica no controle da TB está representada por indicadores de acesso ao diagnóstico, acesso ao tratamento, vínculo, coordenação, elenco de serviços, enfoque na família e orientação à comunidade. O indicador criado corresponde ao valor médio obtido pela somatória de todas as respostas de todos os doentes entrevistados para cada pergunta e dividido pelo total de respondentes. Os indicadores serão analisados individualmente, comparados entre diferentes categorias profissionais e níveis de atenção (primária e secundária).

Considerando que os instrumentos supracitados incluem questões referentes à dimensão da atenção básica, é importante destacar que para atender os objetivos propostos pela presente investigação, estes questionários serão aplicados nos níveis de atenção primária à saúde e nos serviços de assistência especializada, ou seja, na atenção básica e nas unidades de referência. Para avaliar a dimensão da atenção terciária será desenvolvido um estudo qualitativo que aborde questões referentes à temática proposta. Para alcance dos objetivos de aspecto qualitativo, serão direcionados aos sujeitos (pacientes, profissionais de saúde, gestores), questionamentos norteadores que possibilitem alcançar aspectos subjetivos para avaliação dos serviços de saúde no que tange ao controle da TB no município em questão. Neste âmbito de assistência, o estudo desenvolverá por meio da coleta de dados em questionários semiestruturados, elaborados pelas pesquisadoras responsáveis e que contemplem a representação dos sujeitos quanto os serviços de controle da TB no município. Neste cenário, o número total de participantes da pesquisa esgota-se ao saturar as respostas por eles apresentadas, ou seja, quando as mesmas se tornam repetitivas (MINAYO, 2011; TURATO, 2003).

Crêterios de inclusão

Para as pessoas com TB, serão considerados como cr terios de inclusão, pacientes, maiores de 18 anos, que estiverem em tratamento de TB no momento da coleta de dados e que aceitarem participar do estudo por meio do consentimento livre e esclarecido.

Entre os profissionais, serão incluídos os que atenderem o cr terio de fazer parte da rede de aten o   TB nos serviços públicos de saúde de Juiz de Fora.

Crêterios de exclusão

Serão excluídas pessoas com transtornos mentais e que não aceitarem participar da pesquisa.

Dentre a popula o de pessoas com TB, serão excluídas aquelas pertencentes ao sistema prisional.

Serão excluídos, os profissionais e gestores que no momento da coleta de dados estiverem afastados de suas atividades laborais por motivo de férias ou qualquer tipo de licença regulamentar.

Riscos

Esta pesquisa apresenta riscos mínimos aos seus participantes. A participa o dos sujeitos seguir  os preceitos éticos como o direito na escolha de participar ou não da pesquisa, assegurando a confidencialidade dos dados informados. Antes do início de cada uma delas, o entrevistado será esclarecido quanto aos objetivos do estudo e solicitado seu consentimento por escrito, para que os dados possam ser trabalhados e divulgados, mantendo seu anonimato. Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto será apresentado ao Comitê de  tica em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora, e a pesquisa se iniciar  após a aprova o no mesmo, conforme requisitos pelo Conselho Nacional de Saúde na Resolu o n  466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**Apêndice A**) será assinado por cada um dos participantes e serão arquivados para consultas futuras.

Benefícios

Entre os benefícios que contemplarão este estudo, pode-se destacar:

- Instrumentalização para comparação entre o que foi observado e o esperado, o que permitirá uma avaliação criteriosa da rede de atenção à saúde para diagnóstico e tratamento de TB;
- Apontamentos e análise dos problemas enfrentados para alcançar as metas propostas no programa nacional de controle da TB;
- Possibilidade e direcionamento par organização de atividades propostas;
- Demonstração do impacto que as atividades efetuadas têm nos problemas de saúde da comunidade;
- Possibilidade de produzir informações para os participantes e serviços de saúde;
- Formulação de justificativas para a necessidade de estabelecimentos de novas ações, incluindo argumentos custo/benefício;
- Subsidiar a formulação de políticas públicas que contemplem ações de controle da TB;
- Disponibilizar informações (indicadores) aos serviços de saúde para subsidiar o planejamento e execução dessas ações;
- Contribuir com os gestores no planejamento, organização, gerência, monitoramento e avaliação das ações de controle da TB;
- Incorporar novas metodologias para o monitoramento da distribuição espacial da TB e reestruturação do sistema de vigilância do SUS em serviços de atenção básica (AB);
- Fornecer informações que proporcionem mudanças na lógica do atendimento e desenvolvimento de ações que estejam mais próximas ao doente, contribuindo para o diagnóstico precoce e a adesão ao tratamento da TB.

Metodologia de análise de dados

Para análise dos dados quantitativos, utilizaremos o programa de computador *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 20.0 for Windows):

As hipóteses testadas serão de semelhança (ou não) entre os indicadores, segundo categorias profissionais ou nível de atenção (APS e secundária). Para verificação dessa hipótese, a opção feita é pelo teste de ANOVA. A ANOVA pode ser entendida como um teste de comparação de médias amostrais, sob a hipótese de normalidade e igualdade das variâncias dos dados das amostras. Assim, a igualdade de variância (homocedasticidade) requerida pela ANOVA será verificada pelo teste de Bartlett, que é sensível à normalidade. Para as análises que apresentaram violação dos critérios para o uso da ANOVA será aplicado o teste não paramétrico de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis, que são usados para comparação de dois ou três ou mais amostras independentes, respectivamente. Uma vez aplicado o teste de Kruskal-Wallis, e sendo significativo ($p < 0,05$), será realizado o teste de comparação múltipla conhecida como Dunn. Quando aplicado o teste F e sendo significativo ($p < 0,05$), será realizado o teste de Tukey. A confiabilidade dos indicadores será analisada através da técnica estatística de Alpha de Cronbach.

Para análise dos dados qualitativos, nos apoiaremos na Análise de Conteúdo. Partindo de Bardin (2011, p.37), a análise de conteúdo é um “conjunto de técnicas de análise das comunicações”. É um modo de análise de dados que é marcada por diversas formas aplicáveis ao campo das comunicações. A análise de conteúdo possibilitou avanços na pesquisa, principalmente pelo fato de partir de uma perspectiva qualitativa, inferindo conteúdos explícitos da comunicação, elencando significações que vão além da mensagem (BARDIN, 2011).

Desfecho Primário

Avaliação do desempenho dos serviços públicos de controle da TB em Juiz de Fora – MG.

Desfecho Secundário

- Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços públicos de controle da TB em Juiz de Fora – MG;
- Avaliação o Programa de Controle de TB na rede de Atenção Primária, Atenção Secundária e Atenção Terciária à saúde de Juiz de Fora -MG;
- Análise das representações sociais dos profissionais do serviço público de saúde de Juiz de Fora, sobre a doença e seu tratamento.

Tamanho da Amostra no Brasil

Pretende-se coletar dados da pesquisa com todos os indivíduos referentes à população em estudo, por meio de levantamento censitário. Estima-se então que serão aproximadamente:

- 860 profissionais de saúdes;
- 25 gestores de saúde da microrregião de Juiz de Fora
- 300 doentes de TB (média aproximada de notificações entre os anos 2011-2015)
- Total = 1.185 pessoas.

Haverá uso de fontes secundárias de dados (prontuários, radiografias, dados demográficos, etc.)?

(X) Sim () Não

REFERÊNCIAS

ANDREWS, J. R.; MORROW, C.; WALENSKY, R.P.; WOOD, R. Integrating Social Contact and Environmental Data in Evaluating Tuberculosis Transmission in a South African Township. In: **Journal of Infectious Diseases**, v. 210, n. 4, p. 597-603. Oxford, ago. 2014.

ÂNGELO, J. R. **(Re)produção do espaço urbano de Juiz de Fora - MG e distribuição espacial da tuberculose**. 2008. 148f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

ARAKAWA, T. **Avaliação de desempenho do programa de controle da tuberculose em municípios paulistas (2010)**. 2015. Tese (Doutorado em

Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015. doi:10.11606/T.22.2015.tde-27072015-165428. Disponível em: <
<https://bv.fapesp.br/pt/publicacao/109118/avaliacao-de-desempenho-do-programa-de-controle-da-tuberculose/>>. Acesso em: 24 fev. 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 279 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Plano nacional pelo fim da tuberculose** – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Panorama da tuberculose no Brasil: a mortalidade em números**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

_____. Boletim Epidemiológico. **Perspectivas brasileiras para o fim da tuberculose como problema de saúde pública**. Secretaria de Vigilância em Saúde Volume 47, n13– Ministério da Saúde – Brasil. 2016b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Situação da Tuberculose no Brasil**. Apresentação realizada no evento relativo ao Dia Mundial de Luta contra a Tuberculose, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep). **Resolução nº 466/12**. Dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

CHAMPAGNE, F. et al. **A avaliação no campo da saúde: conceito e métodos**. In: BROUSSELLE, A. et al. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

DATASUS. Ministério da Saúde. **Indicadores de morbidade: taxa de incidência de tuberculose**. Brasília (DF), 2008.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. In: **Cienc. Saude Coletiva**, v.11, n.3, p.553-63. Rio de Janeiro, 2006.

HORTA, T.C; GUIMARÃES, M.A.M.B. **Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde – Projeto de Implantação**. Prefeitura de Juiz de Fora (MG), 2014: Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Juiz de Fora, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. [2010]. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em:

<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=313670&search=mi-nas-gerais|juiz-de-fora|infograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em: 08 dez. 2016.

GONÇALVES, M. J. F.; PENNA, M. L. F. Morbidade por tuberculose e desempenho do programa de controle em municípios brasileiros, 2001-2003. In: **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, supl. 1, p. 95-102, Sept. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102007000800013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 mar. 2017.

HEUFEMANN, N. E. C.; GONCALVES, M. J. F.; GARNELO, M. L. Avaliação do programa de controle da tuberculose em cenário Amazônico: desafios em Coari. In: **Acta Amaz.**, v.43, n.1, p.33-42. Manaus, mar. 2013.

KLEIN, C. H.; BLOCH, K. V. Estudos Seccionais. In: MEDRONHO, RAZ et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2008.

MACINKO, J; ALMEIDA, C.; OLIVEIRA, E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. In: **Saúde em Debate**, n.27, v.65, p.243-56. Rio de Janeiro, 2003.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Indicadores relacionados ao controle da Tuberculose em Minas Gerais**. 2014. Disponível em:<[http://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2016/Indicadores_relacionados_ao_con trole_da_Tuberculose_em_Minis_Gerais_2016.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2016/Indicadores_relacionados_ao_con_trole_da_Tuberculose_em_Minis_Gerais_2016.pdf)>. Acesso em: 08 mar. 2017.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Minas contra a tuberculose**. 2007. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/noticias_e_eventos/minas-contra-a-tuberculose/>. Acesso em: 13 mar. 2017.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2011.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 3ed. Petrópolis: Vozes, 2003. 404p.

_____. Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. In: JODELET, D. (org). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: ed. UERJ, 2001. p.46-66.

RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T. C. S. (Org.).Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades regionais. 2000. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância

Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica**: protocolo de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

SÁ, L.D. et al. Cuidado ao doente de tuberculose na estratégia saúde da família: percepções de enfermeiras. In: **Rev. esc. enferm. USP**, v.46, n.2, p.356-363. São Paulo, abr. 2012.

SCRIVEN, M. **The methodology of evaluation**. American Educational Research Association Monograph series on curriculum evaluation. Chicago: Rand McNally, v. 1, 1967, p. 39-83.

SHARMA, S.K.; MOHAN, A.; SHARMA, A. Animesh. Miliary tuberculosis: A New Look at an Old Foe. In: **Journal of Clinical Tuberculosis and Other Mycobacterial Diseases**, v.3, p.13 -27, mai. 2016.

SILVA, D. M. et al. Avaliação de desempenho de Serviços da Atenção Básica para o tratamento da tuberculose. In: **Rev. esc. enferm. USP**. v.48, n.6, p.1044-1053. São Paulo, Dez. 2014.

SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

SOUZA, K.M.J.D. et al. Atuação da Enfermagem na transferência da política do tratamento diretamente observado da tuberculose. In: **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.48, n.5, p.874-882. São Paulo, out. 2014. ISSN 1980-220X. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/103085/101391>>. Acesso em: 02 mar. 2017.

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

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. Petrópolis/ RJ: Vozes, 2003.

VILLA, T.C.S.; RUFFINO-NETTO, A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. In: **J. Bras. Pneumol.**, n. 35, v. 6, p. 610-612. Brasília, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global tuberculosis report 2015**. 20th ed. Geneva: World Health Organization; 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/191102/9789241565059_eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 07 fev. 2017.

Apêndice B – Termo de confidencialidade e sigilo

Grupos em que serão divididos os participantes da pesquisa		
Grupo	Nº de participantes	Intervenções a serem realizadas
Pessoas com tuberculose/pacientes	300	Questionário/Entrevista
Profissional médico	134	Questionário/Entrevista
Profissional enfermeiro	120	Questionário/Entrevista
Profissional Técnico de Enfermagem	315	Questionário/Entrevista
Profissional Agente Comunitário de Saúde	460	Questionário/Entrevista
Gestores de saúde	25	Questionário/Entrevista
Prontuário de pessoas com tuberculose/pacientes	300	Coleta de informações

Cronograma de Execução

As atividades previstas nesta pesquisa estão descritas no cronograma a seguir:

Mês/Ano	Ações Programadas
Março de 2017	Encaminhamento do projeto ao comitê de ética em pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora.
Maio a Julho de 2017	Compra de equipamentos e confecção do material para divulgação.
Maio de 2017 a Maio de 2022	Seleção de bolsistas, constituição das equipes de trabalho, treinamento das equipes e divulgação ampla (Cabe ressaltar que, como o projeto terá duração de quatro anos, essas etapas terão que acontecer anualmente ou por semestre, conforme as necessidades das equipes de trabalho).
Julho de 2017 a Maio de 2022	Coleta de dados quantitativos e qualitativos com aplicação dos instrumentos de pesquisa em campo, seguido da criação do banco de dados e tabulação dos dados quantitativos.
Julho de 2017 a Maio de 2022	Organização, análise e discussão dos dados.
Setembro de 2018 a Maio de 2022	Divulgação dos dados através de Simpósios, Congressos, Anais, Dissertações de Mestrado e Teses de Doutorado.

Orçamento

Os recursos para custeio do projeto serão buscados junto a fontes financiadoras, caso não seja possível os gastos serão de responsabilidade dos próprios pesquisadores, conforme especificações a seguir:

Material de consumo	Quantidade	Valor total
Papel A4 (pacote 500fls)	05	R\$ 114,50
Impressão	1500	R\$ 1.000,00
Fotocópia	10000	R\$ 1000,00
Material de escritório	-	R\$ 500
Material Permanente	Quantidade	Valor total
HD externo	04	R\$ 1.200,00
Gravador de voz	05	R\$ 394,50
Tablet - Tab E 8GB 9,6" Wi-Fi - Android 4.4 Proc. Quad Core Câmera. 5MP + Frontal	05	R\$ 3.500,00
SPSS® Statistics Base - Aplicativo de desktop de usuário único para Windows e Macs. Inclui 12 meses de suporte técnico.	04 (anos)	R\$ 32.000,00
Transporte	-	R\$ 1.200,00
Valor total.....		R\$ 41.050,00

Financiamento

Os recursos para custeio do projeto serão buscados junto a fontes financiadoras, caso não seja possível os gastos serão de responsabilidade dos próprios pesquisadores, conforme especificações a seguir:

Propõe dispensa do TCLE

Sim Não

Haverá retenção de amostras para armazenamento em biobanco?

Sim Não

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Gestores e Profissionais de Saúde

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “**Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose em Juiz de Fora – MG**”. Nesta pesquisa pretendemos **conhecer e avaliar as dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços públicos de controle da Tuberculose no que envolve às redes de Atenção Primária, Secundária e Terciária à saúde de Juiz de Fora – MG**. O motivo que nos leva a estudar a **avaliação do programa de controle da tuberculose se dá pelo fato da necessidade de estudos que avaliem e compreendam esse conjunto de ações e atividades amplas no tratamento de TB nos mais diferentes âmbitos do serviço e com todas as categorias profissionais envolvidas direta ou indiretamente na prestação do cuidado em saúde, de maneira a identificar e refletir sobre os motivos pelos quais as metas estabelecidas não têm sido alcançadas pelos nossos serviços de saúde.**

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: O Sr. (a) será submetido a coleta de dados em que utilizaremos um questionário contendo perguntas fechadas e abertas que será aplicado individualmente com sua permissão através de equipamento eletrônico para posterior análise. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc. Apesar disso você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. A pesquisa contribuirá para o **conhecimento da atual situação do Programa de Controle da Tuberculose em Juiz de Fora em âmbito de Atenção Primária, Secundária e Terciária em Saúde.**

Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a). O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “**Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose em Juiz de Fora - MG**”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Girlene Alves da Silva
Endereço: Campus Universitário da UFJF – Faculdade de Enfermagem
CEP: 36036-900 / Juiz de Fora – MG
Fone: (32) 99103-4781 / E-mail: girleneas@terra.com.br

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Usuários com Tuberculose

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “**Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose em Juiz de Fora - MG**”. Nesta pesquisa pretendemos **conhecer e avaliar como funcionam os serviços públicos de controle da Tuberculose nos diferentes níveis de atenção à saúde (Atenção Primária, Secundária e Terciária)**. O motivo que nos leva a estudar esse tema é **entender como acontecem às ações envolvidas no tratamento de tuberculose. Dessa maneira, além de ser realizada nos diferentes serviços de atenção à saúde, a pesquisa também será realizada com usuários em tratamento de tuberculose e com os diferentes profissionais de saúde envolvidos no cuidado e tratamento da doença. Espera-se que com a realização desse estudo seja possível identificar as dificuldades e os problemas encontrados nos serviços de controle da doença e que impedem que muitas metas estabelecidas não sejam alcançadas.**

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: O Sr. (a) será submetido a coleta de dados em que utilizaremos um questionário contendo perguntas fechadas e abertas que será aplicado individualmente com sua permissão através de equipamento eletrônico para posterior análise. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc. Apesar disso você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. A pesquisa contribuirá para **o conhecimento da atual situação do Programa de Controle da Tuberculose em Juiz de Fora na Atenção Primária, Secundária e Terciária em Saúde.**

Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum gasto, nem receberá qualquer vantagem financeira. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá ocasionar nenhuma penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a). O pesquisador tratará a sua identidade com sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação resultada desse trabalho.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com sigilo, de acordo com Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, utilizando as informações somente para os fins científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “**Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose em Juiz de Fora - MG**”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Girlene Alves da Silva
Endereço: Campus Universitário da UFJF – Faculdade de Enfermagem
CEP: 36036-900 / Juiz de Fora – MG
Fone: (32) 99103-4781 / E-mail: girleneas@terra.com.br

Anexo C – Declaração de Infraestrutura

Eu, **Elizabeth Jucá e Mello Jacometti**, na qualidade de responsável pela Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, **autorizo** a realização de a pesquisa intitulada “**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE EM JUIZ DE FORA- MG**”, a ser conduzida sob a responsabilidade da pesquisadora Girlene Alves da Silva e sua equipe e declaro que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da UFJF para a referida pesquisa

Juiz de Fora, 06 de março de 2017.

ASSINATURA: _____
(carimbo da Instituição)

ANEXO D – Termo de Confiabilidade e Sigilo

Eu, **Girlene Alves da Silva**, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado **“Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose em Juiz de Fora - MG”**, declaro cumprir com todas as implicações abaixo:

Declaro:

- a) Que o acesso aos dados registrados em prontuário de pacientes ou em bases de dados para fins da pesquisa científica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética;
- b) Que o acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;
- c) Meu compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados preservando integralmente o anonimato e a imagem do participante, bem como a sua não estigmatização;
- d) Não utilizar as informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;
- e) Que o pesquisador responsável estabeleceu salvaguardar e assegurar a confidencialidades dos dados de pesquisa;
- f) Que os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para finalidade prevista no protocolo;
- g) Que os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado, os quais serão mantidos em sigilo, em conformidade com o que prevê os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, assino este termo para salvaguardar seus direitos.

Girlene Alves da Silva
Pesquisador Responsável
Fone: (32) 99103-4781
E-mail: girlas@terra.com.br
Juiz de Fora, 20 de Março de 2017.

ANEXO E – Termo de Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose em Juiz de Fora- MG

Pesquisador: Girlene Alves da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 65955617.7.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.085.061

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto esta clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

O Objetivo da pesquisa está bem delineado, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e estão adequadamente descritos, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados. A avaliação dos Riscos e Benefícios estão de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.085.061

resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: setembro de 2018.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.085.061

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	LattesG.pdf	18/05/2017 10:08:29	Lainer Augusta da Cunha Serrano	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO 884751.pdf	16/05/2017 23:53:13		Aceito
Outros	Anexo1paciente.pdf	16/05/2017 23:48:59	Érika Andrade e Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodetalhado2.pdf	16/05/2017 21:37:31	Érika Andrade e Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEcorrigido.pdf	16/05/2017 21:24:07	Érika Andrade e Silva	Aceito
Outros	Apendice2Termosigilo.pdf	16/05/2017 21:12:21	Érika Andrade e Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termoinfraestrutura.pdf	20/03/2017 17:17:09	Girlene Alves da Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folharostoassinadapdf.pdf	20/03/2017 11:01:17	Girlene Alves da Silva	Aceito
Outros	Anexo3gestor.pdf	20/03/2017 02:30:55	Girlene Alves da Silva	Aceito
Outros	Anexo2profissionais.pdf	20/03/2017 02:30:13	Girlene Alves da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 26 de Maio de 2017

Assinado por:
Patricia Aparecida Fontes Vieira
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br