

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

GLAYDES NELY SOUSA DA SILVA

**GESTÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS COM TUBERCULOSE NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: ELABORAÇÃO DE UM
INSTRUMENTO DE ACOMPANHAMENTO PARA VISITA
DOMICILIAR**

JOÃO PESSOA
2017

GLAYDES NELY SOUSA DA SILVA

**GESTÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS COM TUBERCULOSE NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: ELABORAÇÃO DE UM
INSTRUMENTO DE ACOMPANHAMENTO PARA VISITA
DOMICILIAR**

Dissertação apresentada à coordenação do Programa de pós-graduação em saúde da família, Mestrado profissional, da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE.

Linha de pesquisa: Atenção e gestão do cuidado em saúde.

Área de concentração: Gestão e tecnologia do cuidado em saúde da família.

ORIENTADORA: Prof^ª Dr^ª Anne Jaquelyne Roque Barrêto

JOÃO PESSOA
2017

S558g

Silva, Glaydes Nely Sousa da

Gestão do cuidado à tuberculose: elaboração de um instrumento de acompanhamento para visita domiciliar / Glaydes Nely Sousa da Silva. – João Pessoa, 2017.
80f.;il.

Orientadora: Prof. Dr. Anne Jaquelyne Roque Barrêto
Trabalho de Conclusão de Curso (Mestrado em Saúde da Família) – Faculdade Nova Esperança - FACENE

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Tuberculose. 3. Visita Domiciliar. 4. Enfermeiro Título.

CDU: 614:616-002.5

GLAYDES NELY SOUSA DA SILVA

GESTÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS COM TUBERCULOSE NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: ELABORAÇÃO DE UM
INSTRUMENTO DE ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR

Dissertação apresentada por Glaydes Nely Sousa da Silva, aluna do Curso de Mestrado em saúde da família, na linha de atenção e gestão do cuidado em saúde, tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores.

Aprovado (a) em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^ª Anne Jaquelyne Roque Barrêto
ORIENTADORA – FACENE

Prof^ª Dr^ª Débora Raquel Soares Guedes Trigueiro
MEMBRO – FACENE

Prof^ª Dr^ª Lidiane Lima de Andrade
MEMBRO – UFCG

Prof^ª Dr^ª Vilma Felipe Costa de Melo
MEMBRO SUPLENTE – FACENE

Prof. Dr. Matheus Figueiredo Nogueira
MEMBRO SUPLENTE – UFCG

Aos enfermeiros que ainda mantêm o brilho no olhar ao exercer com responsabilidade o cuidado. Dedico.

Aos doentes de TB e seus familiares que confiam suas vidas aos nossos cuidados. Dedico.

AGRADECIMENTOS

À DEUS, por minha vida.

*Aos meus pais que AMO e ADMIRO, **Geraldo e Dalmira**, que me ensinaram desde cedo que o conhecimento é um bem muito precioso. Painho e Mainha, sem vocês essa conquista não teria sido possível.*

*Aos meus irmãos, **George, Glaucinele (Gau) e Gesualdo (Dinho)**, por todo amor, carinho e disponibilidade, sentida em cada gesto de vocês, principalmente ao ficarem com meus filhos para que pudesse estudar.*

*Aos meus filhos, **Bruna e Yuri**, por compreenderem e colaborarem com todas as vezes que a mamãe precisou ficar distante. O amor de vocês me fortalece, vocês são presentes de Deus em minha vida.*

*Ao meu esposo **Leonardo**, por me mostrar durante o desenvolvimento desse trabalho que minha paciência e perseverança vão além do que eu imaginava.*

*Aos meus sobrinhos **Luiza e George filho** (Não vejo à hora de te ver chegar), vocês me fazem querer ser um bom exemplo.*

*Aos meus cunhados, **Charles e Neide**, simplesmente como irmãos, a ajuda de vocês foi essencial.*

*À minha orientadora, **Dr^a Anne Jaquelyne Roque Barrêto**, pela confiança a mim dispensada, mesmo sabendo que eu havia saído da minha zona de conforto.*

*Aos membros que compuseram minha banca, **Dr^a Débora Raquel Trigueiro e Dr^a Lidiane Lima de Andrade** pela contribuição e aprimoramento desse trabalho.*

*Aos membros suplentes, **Dr^a Vilma Felipe Costa de Melo e Dr. Matheus Figueiredo Nogueira**, pela disponibilidade em participar da banca.*

*À coordenadora do mestrado profissional em saúde da família, **Dr^a Sandra Almeida**, por sua postura e dedicação a esse mestrado. És uma pessoa do bem.*

*À coordenadora acadêmica da FACENE, professora **Nereide de Andrade Virgínio**, pelo acolhimento e respeito. Há muito tempo que tens um significado especial em minha vida.*

*Às professoras convidadas, **Dr^a Jordana de Almeida e Dr^a Ana Cláudia** e as professoras vinculadas ao mestrado, **Dr^a Sandra Almeida e Dr^a Débora Trigueiro**, pelo conhecimento transmitido em aulas que abrilhantaram as disciplinas desse mestrado.*

À professora **Dr^a Daiane Medeiros**, que mesmo antes de se tornar uma amiga, se dispôs a ajudar em um momento inesquecível para mim.

À minha amiga irmã, **Salmana Rianne**, pessoa rara, parceira ímpar na disciplina e no projeto de extensão (FAPH) de urgência e emergência. És responsável por me arrancar as melhores risadas nos momentos em que tudo parecia me fazer chorar.

À **tia Lourdinha**, pela parceria, confiança e apoio no decorrer desse mestrado. Suas atitudes sempre resultaram em boas notícias.

À minha amiga, **Sueli Meneses**, pelo apoio durante essa jornada, por sua eterna e contagiante juventude. Sua postura profissional é admirável, sua amizade é um presente de Deus. Você também é uma pessoa rara.

Aos meus colegas, **Adelson Ferreira, Carla Ligia Silveira, Elissandra Barreto, Eliziana Crispim, Ilana Vanina, Mikaela Madruga, Waléria Bastos**, pelas leituras, trocas de experiências, apoio e parceria na busca por aprovação na proficiência, por lágrimas e sorrisos compartilhados. Nossa turma entrou para história, somos pioneiros.

Aos funcionários da UTI neonatal do Hospital Universitário, especialmente **Cristine Frazão, Milena Karine, Juliana Gouveia e Anadélia Galisa**, trabalhar com vocês é uma honra, tê-las como amigas é melhor ainda.

A **Maria da Graças (Gau) e Roberto Vagner**, pela disponibilidade em ajudar e palavras de incentivo em momentos oportunos. Vocês são especiais.

A todos os funcionários da FACENE, especialmente **Claúdia Germano** (coordenação acadêmica), **Edielson Jean** (secretário-geral adjunto) e **Rafaela** (laboratório), pela paciência, pelas informações e pelo respeito.

Aos componentes da **equipe FAPH**, pela responsabilidade assumida durante as minhas ausências. Missão dada é missão cumprida.

Enfim, a todos que contribuíram para a obtenção dessa conquista tão importante para minha vida profissional.

RESUMO

Considera-se que, através da visita domiciliar efetiva, norteada por um instrumento específico de acompanhamento, o enfermeiro será capaz de prestar assistência individualizada à pessoa com tuberculose, estabelecer o vínculo necessário para viabilizar a adesão ao tratamento e identificar, antecipadamente, problemas relacionados à vulnerabilidade e as possíveis complicações clínicas que a doença pode trazer à pessoa que estará sendo acompanhada. Portanto, a presente pesquisa possui o objetivo de elaborar um instrumento de acompanhamento para nortear a visita domiciliar de pessoas com tuberculose na atenção primária à saúde. Para viabilizar a elaboração, optou-se pela pesquisa metodológica, aqui realizada em três etapas. A primeira etapa correspondeu à identificação dos 68 indicadores empíricos que foram extraídos por meio de artigos localizados nas bases de dados do portal da Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando-se como descritores "tuberculose" and "cuidado" and "enfermagem". Na segunda etapa, os indicadores empíricos identificados foram classificados de acordo com o conceito de vulnerabilidade de Ayres, obtendo-se como resultado inicial, 30 indicadores no componente individual, 26 no componente social e 12 no componente programático. Após síntese obtida pela análise e comparação do significado ou objetivo dos indicadores, restaram um total de 35 indicadores empíricos. Na terceira etapa, dividida em duas fases, foram selecionados na primeira fase, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, 31 dos 35 indicadores classificados na etapa anterior, do seu uso, obteve-se a versão preliminar do instrumento proposto, dividido em 4 partes, identificação, situação de saúde, intervenções e observações. Já na segunda fase, mantendo a divisão de 4 partes e acrescentando-se termos sobre serviço, doente, família e exames, estruturou-se a versão intermediária do instrumento que após análise e percepção da necessidade de um instrumento com configuração favorável ao acompanhamento do doente de tuberculose, utilizando os componentes e itens já existentes, passou a ser dividido em 7 partes principais, resultando na versão final do instrumento. A primeira delas, a identificação, em relação a versão intermediária, teve alteração apenas no tamanho da fonte; os componentes permaneceram os mesmos. E a partir da segunda parte, os itens II, III e IV, que antes eram designados situação de saúde, intervenções e observações, passaram a ser representados pelos termos primeira visita, segunda visita e terceira visita. Como o acompanhamento do doente de TB é de 6 meses, foram acrescentados mais três itens, V, VI e VII, denominados quarta visita, quinta visita e sexta visita. Portanto, espera-se que esse recurso tecnológico alcance os benefícios já mencionados e que estes, não sejam restritos ao doente em questão e ao enfermeiro, mas que envolva a família, percebida como componente efetivo para o alcance da cura do doente. Contudo, admite-se que esse estudo não se encerra aqui, para que o produto tecnológico resultado dessa pesquisa venha a ser utilizado durante a visita domiciliar e se alcance os benefícios citados, é fundamental que ele passe por um processo de validação, pois seu conteúdo precisa ser avaliado pelos enfermeiros da atenção primária à saúde que prestam assistência aos referidos doentes através da visita domiciliar.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Tuberculose. Visita Domiciliar. Enfermeiro.

ABSTRACT

It is perceived that through the effective home visit orientated by a specific monitoring tool, the nurse will be able to render individualized assistance to a person infected with tuberculosis, as well as establish the necessary relation to enable treatment compliance and also identify, in advance, problems related to vulnerability and possible medical complications that the disease may cause to the patient being accompanied. Therefore, the present research aims to develop a monitoring tool to guide the home visiting of people with tuberculosis in primary health care. In order to make it attainable, the methodological research was chosen, which was conducted here in three stages. The first one corresponded to the identification of the 68 empirical indicators that were extracted through articles found in the databases of the Virtual Health Library web portal by using “tuberculose” (tuberculosis) and “cuidado” (care) and “enfermagem” (nursing) as keywords. In the second stage, the identified empirical indicators were classified according to the concept of vulnerability formulated by Ayres, thus showing 30 indicators in the individual component, 26 in the social component, and 12 in the programmatic component as initial results. After a synthesis obtained by the examination and comparison of the meaning or objective of the indicators, a total of 35 empirical indicators remained. In the third stage, divided into two phases, in the first phase, according to the recommendations of the Ministry of Health, 31 of the 35 indicators classified in the previous stage of their use were selected, the preliminary version of the proposed instrument was divided into 4 parts, identification, health situation, interventions and observations. As to the second phase, after analysis and perception of the necessity of an instrument with a favorable configuration for monitoring the patient of tuberculosis, using the already existing components and items, the intermediate version of the instrument was structured, which, by keeping the 4-part division and adding terms about service, patient, family and exams, began to be divided into 7 main parts, thus resulting in the final version of the instrument. The first one, the identification, in relation to the intermediate version, varied only in the size of the letter; the components remained the same. From the second part onwards, items II, III and IV, previously designated as health situation, interventions and observations, were represented by the terms first visit, second visit and third visit. As the TB patient follow-up consists of 6 months, three more items were added (V, VI and VII), named the fourth visit, the fifth visit and the sixth visit. Therefore, it is expected that this technological resource will reach the benefits already mentioned and that these are not restricted to the patient in question and to the nurse, but that involves the family, perceived as an effective component for the healing of the patient. Therefore, it is expected that this technological resource will reach the benefits already mentioned and that they are not restricted to the patient in question and to the nurse, but also involves the family, which is perceived as an effective component for the healing of the patient. However, it is accepted that this study does not end here. In order for the technological product resulting from this research to be used during the home visit and to achieve the mentioned benefits, it is essential that it undergo a validation process, since its content needs to be evaluated by primary care nurses who provide nursing care for patients through home visits.

Key words: Primary Health Care. Tuberculosis. Home visit. Nurse.

RESUMEN

Se considera que mediante visita domiciliaria efectiva, guiada por un instrumento específico de supervisión, el enfermero será capacitado a rendir asistencia individualizada a la persona que sufre de tuberculosis, para establecer el vínculo para viabilizar la adhesión a lo tratamiento y identificar, anticipadamente, los problemas relacionados a la vulnerabilidad y posibles complicaciones clínicas que la enfermedad puede traer a la persona acompañada. Por consiguiente, la presente pesquisa tiene como objetivo elaborar un instrumento de acompañamiento para orientar la visita domiciliaria de personas con tuberculosis en la atención primaria a la salud. Para posibilitar la elaboración, la pesquisa metodológica fue elegida, aquí realizada en tres fases, la primera correspondió a la identificación de los 68 indicadores empíricos que han sido extraídos por medio de artículos localizados en las bases de datos del portal de la Biblioteca Virtual de Salud, utilizando como descriptores “tuberculosis” y “cuidado” y “enfermería”. En la segunda etapa los indicadores empíricos identificados han sido clasificados según el concepto de vulnerabilidad de Ayres, se obteniendo como resultado inicial 30 indicadores en el elemento individual, 26 en el elemento social y 12 en el elemento programático. Después de obtener la síntesis por análisis y comparación del significado o objetivo de los indicadores, quedaran un total de 35 indicadores empíricos. En la tercera etapa, dividida en dos fases, han sido seleccionados en la primer fase, de acuerdo con las recomendaciones del “*Ministério da Saúde*”, 31 de los 35 indicadores clasificados en la etapa anterior, do su uso, se obtiene la versión preliminar del instrumento do instrumento propuesto, dividido en 4 partes, identificación, situación de salud, intervenciones y observaciones. En la segunda fase, manteniendo la división de 4 partes y agregando termos sobre el servicio, el enfermo, la familia y exámenes, se ha estructurado la versión intermediaria del instrumento que después de la análisis y percepción de la necesidad de un instrumento con configuración favorable al acompañamiento del enfermo de tuberculosis, utilizando los elementos y ítems ya existentes, pasó a ser dividido en 7 partes principales, resultando en la versión final del instrumento. La primera de ellas, la identificación, en relación a la versión intermediaria, sufrió alteración solo en el tamaño de la fuente, los elementos se mantienen los mismos. A partir de la segunda parte, los artículos II, III y IV, que antes eran designados situación de salud, intervenciones y observaciones, pasaran a ser representados por los termos primera visita, segunda visita y tercera visita. Como el acompañamiento del enfermo de TB es de 6 meses, fueran agregados 3 artículos más V, VI y VII, denominados cuarta visita, quinta visita y sexta visita. Por consiguiente, se espera que ese recurso tecnológico alcance los beneficios referidos y que estos, no sean restrictos al enfermo en cuestión y al enfermero, pero que también la familia participe, percibida como elemento efectivo para el alcance de cura del enfermo. No obstante, se reconoce que este estudio no se encierra aquí, para que el producto tecnológico resultado de esta pesquisa venga a ser utilizado durante la visita domiciliaria e se alcance los beneficios referidos, es fundamental que el pase por un proceso de validación, pues su contenido necesita ser evaluado por los enfermeros de atención primaria a la salud que prestan asistencia a los referidos enfermos mediante visita domiciliaria.

Palabras-clave: Atención Primaria a la Salud. Tuberculosis. Visita Domiciliaria. Enfermero.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa conceitual do percurso metodológico da pesquisa.	38
Figura 2	Mapa conceitual com as fases da primeira etapa.	39
Figura 3	Fluxograma da seleção dos artigos para revisão integrativa	40
Figura 4	Mapa conceitual com as fases da segunda etapa.	52
Figura 5	Mapa conceitual da primeira fase da terceira etapa.	55
Figura 6	Mapa conceitual da segunda fase da terceira etapa	56
Figura 7	Versão preliminar do instrumento de acompanhamento para nortear a visita domiciliar de pessoas com tuberculose na atenção primária em saúde.	60
Figura 8	Versão intermediária do instrumento de acompanhamento para nortear a visita domiciliar de pessoas com tuberculose na atenção primária em saúde.	63
Figura 9	Versão final do instrumento de do instrumento de acompanhamento para nortear a visita domiciliar de pessoas com tuberculose na atenção primária em saúde.	65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Caracterização dos estudos relacionados ao cuidado de enfermagem à TB. João Pessoa, PB, Brasil, 2017.	42
Quadro 2	O cuidado de enfermagem ao doente de TB. João Pessoa, PB, Brasil, 2017.	43
Quadro 3	Relação dos indicadores do cuidado extraídos dos eixos temáticos da revisão integrativa, João Pessoa, PB, Brasil, 2017.	50
Quadro 4	Classificação e síntese dos indicadores empíricos de acordo com o conceito de vulnerabilidade de Ayres e os componentes individual, social e programático, João Pessoa, PB, Brasil, 2017.	54

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente comunitário de saúde
APS	Atenção primária à saúde
BVS	Biblioteca virtual em saúde
DeCS	Descritores em ciências da saúde
ESF	Estratégia Saúde da família
MS	Ministério da saúde
PACS	Programa de agentes comunitários de saúde
PCT	Programa de controle da tuberculose
PNCT	Programa nacional de controle da tuberculose
TB	Tuberculose
TB-MR	Tuberculose multirresistente
TODO	Tratamento diretamente observado
UBS	Unidade básica de saúde da família
UPA	Unidade de pronto atendimento
SINAN	Sistema de informação de agravos de notificação

SUMÁRIO

CAPITULO 1: ESTRUTURANDO O OBJETO DE ESTUDO.....	14
1.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	15
1.1.1 Problematização.....	15
1.1.2 Justificativa.....	17
1.2 OBJETIVO.....	20
CAPITULO 2: REVISÃO DA LITERATURA.....	21
2.1 GESTÃO DA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	22
2.2 ENFRENTANDO OS DESAFIOS RELACIONADOS À VULNERABILIDADE E AO ABANDONO DE TRATAMENTO.....	28
2.3 VISITA DOMICILIAR: PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL, DO USUÁRIO E A IMPORTÂNCIA PARA O SERVIÇO.....	32
CAPITULO 3: MÉTODO E RESULTADOS.....	37
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	38
3.2 ETAPAS DA PESQUISA.....	38
3.2.1 Primeira etapa: identificação dos indicadores empíricos.....	39
3.2.2 Segunda etapa: classificação dos indicadores empíricos conforme o conceito de vulnerabilidade de Ayres.....	51
3.3.3 Terceira etapa: seleção dos indicadores empíricos e estruturação do instrumento.....	55
CAPITULO 4:	69
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
REFERÊNCIAS	72
ANEXOS	

CAPITULO 1

ESTRUTURANDO O OBJETO DE ESTUDO

1.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1.1 Problematização

Sabe-se que o desenvolvimento da saúde pública no Brasil passou por diversas fases, e que cada uma delas foi essencial para a elaboração de políticas e de estratégias de gestão do cuidado que atendem as necessidades da população, assim como, para um consequente entendimento de que a saúde populacional de um País é uma questão social. É importante também, ter o conhecimento de que quando se fala de organização de sistemas de saúde, quer seja no Brasil, ou quer seja em outro País, existe uma dinâmica que favorece as adaptações, bem como as mudanças necessárias para que se alcance o objetivo almejado.

Um fator relevante quando se coloca a saúde como uma questão social, é que se entende com maior facilidade a seriedade que deve envolver a criação de políticas públicas e de estratégias de gestão do cuidado que considere, entre outros fatores, o indivíduo, a família, o meio ambiente, a educação e a prevenção de danos à saúde. Contudo, é fundamental lembrar que as primeiras atitudes governamentais relacionadas à saúde pública, ocorreram de modo fragmentado, imposto a determinados grupos devido a incômodos provocados nos setores econômicos do País. E de algum modo, ainda hoje, é assim que se iniciam a elaboração de propostas, programas e estratégias para melhorar a saúde de uma população, através de incômodos.

Nesse contexto, destaca-se a Tuberculose (TB), uma das doenças infectocontagiosas que incomoda a décadas a população brasileira e que tem sido ao longo dos anos um grande desafio a ser vencido no âmbito da saúde. Importa dizer, que tal situação, não é exclusividade do Brasil, de acordo com Tavares (2010), a TB vem afetando a saúde da população mundial de forma significativa, acarretando sérios danos e desde o século XIX é considerada como uma das maiores causas de morte e sofrimento.

No ano de 2014, estimou-se que 9,6 milhões de pessoas em todo o mundo contraíram TB, cerca de 480 mil pessoas desenvolveram tuberculose multirresistente (TB-MR), e como consequência de tal doença, 1,5 milhões de pessoas morreram no mesmo período. No cenário mundial, 80% dos casos de TB, concentram-se na África e Ásia (WHO, 2015, 2016). No que diz respeito a situação da TB no Brasil, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a estimativa de 85 mil novos casos no ano de 2014 passou para 84 mil em 2015, mas com percentual de cura de apenas 71%, fato este que reafirma a necessidade de avanços para que se

alcance o fim da TB. Outro dado relevante é que dos 30 Países considerados prioritários, o Brasil ocupa a 20ª posição na lista de classificação de carga da doença e a 19ª posição quanto à infecção TB/HIV (WHO, 2016b).

Dados mais específicos apresentados pelo Boletim epidemiológico do MS (2016), mostram que no ano de 2015, foram registrados no Brasil 63.189 casos novos de TB e 12.337 casos de retratamento que representaram 16,3% dos 75.526 casos notificados no total. O coeficiente de incidência, teve nesse ano uma representatividade de 30,9/100 mil hab., vale ressaltar que a meta é reduzir esse coeficiente para menos de 10 casos por 100 mil habitantes até o ano de 2035.

A campanha pelo fim da TB da OMS, adotada pela Assembleia Mundial de Saúde, realizada no ano de 2014, tem sido reforçada como modelo para acabar com a epidemia de TB no mundo, apresentando como meta a diminuição do número de incidência em 80% e as mortes em 90% até 2030 e conseqüentemente a eliminação dos custos para combate da TB que são altíssimos. Para alcançar estas metas que são globais, o centro dos esforços para controle da TB dentro desta proposta de ação é a estratégia do Tratamento Diretamente Observado de curta duração, o DOTS (WHO, 2016).

A referida estratégia, adotada pela OMS para o controle da TB no sistema de saúde pública, vai além do simples acompanhamento da tomada das doses da medicação, objetiva garantir o compromisso político, com financiamento adequado e sustentado, assegurar a detecção precoce de casos e diagnóstico por meio de bacteriologia de qualidade garantida, fornecer o tratamento padronizado com supervisão e apoio aos doentes, garantir o fornecimento de medicamentos durante todo o tratamento e monitorar e avaliar o desempenho e o impacto das ações (WHO, 2015b)

No Brasil, como estratégia de enfrentamento, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), integrado a rede de serviços de saúde, desenvolvido através de um programa unificado e executado pelas esferas federal, estadual e municipal, tem incentivado a descentralização das ações de controle da TB para os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) com a finalidade de ampliar o acesso da população em geral e das populações mais vulneráveis, às medidas preventivas, de monitoramento e de cura do agravo (BRASIL, 2011).

Na Paraíba, que possui 11 municípios prioritários para o PNCT, foram registrados em 2012 no Sistema de informação de agravos de notificação (SINAN), 1.138 casos novos da doença, com taxas de incidência de 29,8/100 mil habitantes para todas as formas de TB e de 17,4/100 mil habitantes para os casos bacilíferos. Já em 2011, entre os casos diagnosticados de TB pulmonar bacilífera, 65,7% dos pacientes apresentaram cura e 13,2% abandonaram o

tratamento, também foram registrados 82 óbitos por TB com uma taxa de mortalidade por causa básica de 2,1/100 mil habitantes (BRASIL, 2014).

Registros mais recentes, informam que no ano de 2015, considerando os 63.189 casos notificados no Brasil, houve uma redução no coeficiente de incidência de casos novos de TB para 24,5/100 mil habitantes no estado da Paraíba, com 65,5% de cura confirmadas através de exames laboratoriais e 11,8% de abandono de tratamento (BRASIL, 2016). Em números absolutos, na Paraíba, dos 1.246 casos confirmados de TB com situação descrita como encerrada, 101 doentes abandonaram o tratamento, 79 foram a óbito, destes, 45 tendo como causa a TB e apenas 397 evoluíram com cura (SINAN, 2016).

Para aumentar o percentual de cura, uma das estratégias do PNCT no Brasil, tem sido o Tratamento Diretamente Observado (TDO), que consiste no acompanhamento do paciente durante os seis meses de tratamento. A expansão da oferta do TDO tem sido possível com o apoio da descentralização das ações de controle da TB para atenção básica, mas ainda existe a necessidade de intensificar tal estratégia, visto que, em 2011, apenas 45,7% dos casos novos foram acompanhados por meio dessa estratégia (BRASIL, 2014).

Lançada no Brasil pelo Ministério da Saúde em 1996, com o objetivo de melhorar os indicadores relacionados à TB, a estratégia TDO é considerada um dos pilares da estratégia DOTS, em que cabe ao profissional de saúde o papel de supervisor do usuário na tomada dos medicamentos anti-tuberculose. Com a finalidade específica de favorecer a adesão ao tratamento da TB e diminuir a incidência de casos de TB-MR, tal supervisão deve ser feita de preferência diariamente (BRASIL, 2011b). Para o alcance da adesão ao tratamento de TB, além da supervisão, é fundamental que a equipe de saúde treinada, forneça informação e apoio ao doente (WHO, 2016).

Nesse ínterim, considera-se o importante papel do profissional de saúde para controle da TB e afirma-se que é essencial que tais profissionais estejam envolvidos em torno do desenvolvimento de estratégias para adesão ao tratamento da TB, sendo necessário também para garantir o êxito no tratamento, uma divisão de compromissos entre o serviço de saúde e o doente, por meio da concepção de pactos que atendam às necessidades singulares dos envolvidos nesse processo (SÁ, 2007).

Em um de seus protocolos, o Ministério da Saúde cita que para alcançar uma boa adesão ao tratamento, a equipe de saúde deve consultar o usuário e negociar forma mais adequada para conduzir o tratamento (BRASIL, 2011). Afirma-se ainda que a diminuição no percentual de incidência de TB, relaciona-se intimamente ao TDO, no entanto, admite-se que apesar da Estratégia de Saúde da Família (ESF) continuar sendo uma importante aliada contra a TB, é

necessário a qualificação da equipe da APS como porta de entrada para o acolhimento e acompanhamento do tratamento do paciente (BRASIL, 2016).

Observa-se que existe um consenso entre as citações nacionais e internacionais no que diz respeito a importância do TDO como estratégia para o controle da TB, assim como, a significativa e efetiva participação da equipe de saúde da APS para o alcance das metas estabelecidas pela OMS. Nesse contexto, ressalta-se a afirmativa frequente de que o sucesso das estratégias de controle da TB relaciona-se estreitamente não só com a capacitação e qualificação da equipe de saúde, mas com a gestão do cuidado prestada de modo flexível, individualizada de acordo com as necessidades do usuário assistido.

1.1.2 Justificativa

Um dado significativamente importante, que marca um avanço no combate a TB, aconteceu no ano de 2015, quando o Brasil conseguiu alcançar a meta em relação à proposta dos objetivos do milênio no quesito que se refere ao coeficiente de incidência. No entanto, outros indicadores epidemiológicos e operacionais sinalizam que o controle efetivo da TB ainda representa um desafio para o Brasil. Entre os anos de 2005 e 2014 foram notificadas 4.400 mortes e uma média de 70 mil casos novos de TB. Sendo registrados ainda entre os anos de 2012 a 2015, 840 casos novos de TB-MR (BRASIL, 2016).

Com base nesses dados, reforça-se o entendimento de que, apesar do avanço relacionado ao coeficiente de incidência e da redução dos percentuais de prevalência e mortalidade, o Brasil permanece distante das metas estabelecidas pela OMS, e o índice que se sobressai como ponto de partida para realização deste estudo diz respeito ao abandono de tratamento, relacionado aos casos novos e, principalmente, relacionados ao abandono nos casos de retratamento.

A não adesão ao tratamento relaciona-se a fatores como alcoolismo, baixa escolaridade e presença de HIV, afirma-se em um estudo que a incidência de TB no gênero masculino é superior a incidência no gênero feminino a forma clínica pulmonar é que mais acomete a população (PAIVA et al, 2011). Complementa-se sobre a incidência da TB, que ela está decididamente ligada a má distribuição de renda e a pobreza, um estigma social, sendo considerada, portanto, uma doença de intensas raízes sociais (BRASIL, 2010).

Outros fatores considerados determinantes para o insucesso do tratamento, são as desigualdades sociais e seus determinantes, a multirresistência do bacilo causador da doença, o envelhecimento da população e os movimentos migratórios (MACIEL, 2012). Percebe-se entre as pesquisas realizadas, que os fatores que interferem no controle da TB, são diversos, pontuais,

e apontam o perfil do doente. Para Barreto (2012), a gestão do cuidado à TB é o caminho para que se consiga assegurar a qualidade nos serviços de saúde, é necessário que os profissionais envolvidos nesse processo considerem aspectos de estigma social, vulnerabilidade e de singularidade dos sujeitos envolvidos, e desse modo, tragam uma visão ampliada sobre o processo saúde-doença.

Quando diz respeito aos profissionais, faz-se referência aos que compõe a equipe da APS, considerada não só como porta de entrada de um importante serviço público do Sistema Único de Saúde (SUS), mas como um serviço essencial para a implementação de estratégias como o TDO. Esses profissionais representam os gestores do cuidado para o alcance do controle da TB, especialmente os que fazem parte da ESF.

No Brasil, a horizontalização do tratamento representa um dos pilares do combate a TB, pois objetiva estender as ações para todos os serviços de saúde através da integração com a Atenção Básica, incluindo a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com ênfase ainda em envolver as organizações não governamentais (ONGs) e parceria com organismos nacionais e internacionais (BRASIL, 2010). Cabe as equipes de saúde da APS, envolvidos na prestação dos cuidados as pessoas com TB, detectar precocemente os casos, confirmar e tratar (BRASIL, 2015). Porém, muitas vezes a porta de entrada, ocorre nos serviços de atendimento às urgências e emergências dos hospitais dos médios e grandes centros, lugar onde o doente com TB busca assistência e recebe o diagnóstico da doença (BRASIL, 2011).

Estudos recentes demonstram tal situação e afirmam que a APS não é o primeiro serviço a ser procurado pelo doente de TB e que consequentemente a comprovação do diagnóstico é feita em outros serviços (SÁ et al, 2015). Entre os problemas que interferem na detecção precoce dos casos de TB na APS, são indicados fatores como horários inadequados de funcionamento dos serviços de APS, transferência de responsabilidade para os usuários no que diz respeito a confirmação do diagnóstico e falta de competência profissional (OLIVEIRA et al, 2013). Outro estudo evidencia, além das fragilidades na atuação dos profissionais da APS nas ações de controle da TB, o envolvimento dos profissionais da Enfermagem, principalmente nas atividades de supervisão do tratamento e busca de faltosos (GOMES; SÁ, 2009). O enfermeiro é o profissional que detém papel crucial na articulação e integração das práticas de cuidado, possibilitando ampliar a eficácia das ações de controle da TB, favorecendo a participação do usuário e da família no cuidado (CECILIO et al, 2015).

Assim, considerando que a gestão da TB realizada nos serviços de APS contribui para diminuição das taxas de morbimortalidade no país, mas que se configura de um grande desafio ainda a ser vencido pelos profissionais, usuários e pelo próprio sistema, buscou-se identificar o

que tem sido produzido na literatura específica a respeito das estratégias adotadas e dificuldades enfrentadas pela APS para efetivação da gestão do cuidado à TB.

Após o levantamento, feito nas bases de dados nacionais e internacionais, no período de 2004 a 2014, foi possível identificar que o acesso ao diagnóstico e tratamento da TB enfrenta barreiras de acesso organizacional, geográfica e econômica e que a APS apresenta desempenho intermediário em relação ao acesso do doente para estabelecimento diagnóstico. Há fragilidades na referência e contra referência do doente de TB, descontinuidade no fluxo de informações, falta de planejamento, articulação e autonomia dos gestores.

Em estudos voltados para a dimensão do acesso ao tratamento, Figueiredo et al (2009), analisaram os resultados utilizando variáveis que se referiram a locomoção e distância ao serviço, e a supervisão dos doentes. As equipes de saúde da família não assumiram o tratamento do doente de TB em sua totalidade, o tratamento supervisionado foi incorporado por poucos e apesar da gratuidade, ainda representa um custo econômico para o paciente em função da necessidade de deslocamento até o serviço de saúde, bem como a perda do turno de trabalho para ser consultado. Enquanto Clementino e Miranda (2010), apontaram a presença de barreiras na estruturação dos serviços de saúde, relacionadas ao acolhimento, a falta de atendimento da demanda espontânea, a demora na espera pelo atendimento, a falta de medicamentos e a demora para realizar exames, repercutindo na acessibilidade organizacional, geográfica e econômica.

Constatou-se que são poucos os estudos disponíveis sobre a gestão da TB na APS e que os poucos estudos que foram identificados realizaram avaliação do serviço com diferentes variáveis e poucas semelhanças, que dificulta uma análise comparativa entre os resultados e ainda que nenhum dos estudos trouxe o acompanhamento por meio da visita domiciliar como estratégia para gerir o cuidado a pessoa com TB.

A visita domiciliar é considerada uma fonte acessível de dados, em que o enfermeiro deverá levar em conta desde aspectos de incidência e prevalência da doença, quanto faixa etária, sexo, condições socioeconômicas e de trabalho. É importante saber as condições de vida da população, tipos de habitação, saneamento, a rede de saúde a disposição na região (BRASIL, 2011). O enfermeiro quando opta pelo TDO, escolhe a modalidade mais adequada para implementar. Na modalidade domiciliar, a observação é realizada na residência do usuário ou em local por ele solicitado (BRASIL, 2011b).

Mas quando se trata de visita domiciliar, uma dificuldade observada por Clementino e Miranda (2015) é a falta de instrumentos e instruções que norteiem a prática dos profissionais que compõem a ESF, pois constatou-se na percepção de usuários com TB, que essa ação importante na constituição do processo de trabalho, principalmente na APS, é executada pelo

profissional de modo automático, sem a compreensão e o aproveitamento adequado desse importante recurso.

Nesse contexto, considera-se que a existência de um instrumento norteador da visita domiciliar para acompanhamento do doente de TB, acrescenta benefícios ao **enfermeiro** que terá a sua disposição um recurso tecnológico que tornará essa ação mais efetiva, favorável ao cuidado e a prática profissional, com padrão para identificação de problemas relacionados a vulnerabilidade e a complicações clínicas, espaço para registros de intervenções e um panorama apropriado para avaliação. Ao **doente de TB**, pela assistência contínua, individualizada, adequada as suas reais necessidades com estabelecimento de vínculo inclusive com a família, fatos que beneficiam a adesão ao tratamento e a cura da doença. Para o **serviço**, pela fonte de informações mais detalhada sobre o acompanhamento fora da unidade de saúde, as tomadas de decisão e os desfechos da situação.

1.2 OBJETIVO

Elaborar um instrumento de acompanhamento para nortear a visita domiciliar de pessoas com tuberculose na atenção primária à saúde.

CAPITULO 2
REVISÃO DA LITERATURA

2.1 GESTÃO DA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A APS pode ser definida como uma estratégia que organiza e reorganiza o sistema de saúde e como um modelo que orienta mudanças na prática do profissional envolvido no processo do cuidar. Por seus aspectos únicos de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação, a APS torna-se o alicerce funcional e estrutural do sistema de saúde, fato este que permite a operacionalização das políticas públicas, dos programas e dos serviços de saúde no Brasil (BRASIL, 2011c).

No que se refere ao primeiro contato, considera-se a porta de entrada dos serviços de saúde o local identificado pelo usuário e pelo profissional como o primeiro serviço ou recurso a ser procurado em caso de problema ou necessidade de assistência à saúde. Sobre a integralidade do cuidado, afirma-se que seu exercício é dependente de práticas renovadas, que favoreçam a criação de vínculos, do acolhimento e da autonomia, em serviços públicos de saúde marcados por uma assistência descontinuada (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Na prática do aspecto longitudinalidade, o resultado é a redução de encaminhamentos dispensáveis e a realização de procedimentos mais complexos alcançado através da produção de diagnósticos mais precisos. A coordenação no contexto da APS, possui o objetivo de atender as necessidades de saúde do usuário de forma integrada, através da oferta de um conjunto de serviços e informações que compõem uma rede de atenção (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Considera-se o exercício desses aspectos, um grande desafio para o profissional envolvido na gestão da TB no âmbito da APS.

Como resultado de uma revisão integrativa da literatura, realizada com o objetivo de caracterizar artigos que abordam a gestão da TB em serviços de APS na literatura nacional e identificar as estratégias adotadas e dificuldades enfrentadas pelos serviços de APS para efetivação da gestão da TB, a caracterização dos estudos mostrou que, quando se trata dos anos de publicação dos artigos selecionados, observou-se que no período de 2004 a 2014, os anos de 2009 a 2013 tiveram uma publicação por ano.

Os artigos foram publicados em periódicos distintos, entre eles, 03 revistas de enfermagem, a Revista Latino Americana de Enfermagem, a Revista da Escola de Enfermagem da USP (REEUSP) e a Revista de Enfermagem da UERJ e 02 periódicos de saúde pública, sendo um no Caderno de Saúde Pública do Rio de Janeiro e outro na Revista de Saúde Pública. Os autores principais tinham como formação acadêmica enfermagem. O Brasil foi o País onde se realizou 100% dos estudos que compuseram a amostra. No que se trata do delineamento metodológico, identificou-se que 03 foram descritivos, sendo 02 inquéritos e 01

representacional na perspectiva moscoviciana e 01 estudo transversal, a abordagem qualitativa foi utilizada por 2 estudos e a quantitativa por 03.

Quanto aos objetivos dos referidos estudos, observou-se que todos buscaram avaliar o serviço, na perspectiva dos doentes de TB, dos profissionais e dos gestores, de modo individual ou coletivo, em uma ou em várias dimensões que envolvem a assistência primária à saúde. Os resultados desses estudos possibilitaram a determinação de dois eixos temáticos, a saber: 1. Estratégias adotadas pelos serviços de APS para gestão da TB e 2. Dificuldades enfrentadas pelos serviços de APS para gestão da TB.

No primeiro eixo temático, três estudos avaliaram a partir do ponto de vista dos doentes de TB, diversas variáveis com semelhanças entre si. Ponce et al (2013), avaliaram o acesso ao serviço para diagnóstico da TB, cuja as variáveis utilizadas para a análise envolveram questões sobre a obtenção de consulta em 24h, o número de vezes que o doente procurou o serviço até confirmação do diagnóstico, procura pelo serviço mais próximo e encaminhamento para outro serviço.

No eixo temático dois, dificuldades enfrentadas pelos serviços de APS para gestão da TB, identificou-se dois artigos. O primeiro foi construído com base na perspectiva dos gestores, em que as questões norteadoras centraram-se na inserção da TB no contexto sanitário municipal, atores envolvidos, potencialidades e fragilidades administrativo gerenciais, financeiras, operacionais. E o segundo, conforme o ponto de vista de doentes, profissionais de saúde e gestores, utilizou 14 indicadores para analisar a coordenação da assistência, envolvendo o profissional, consulta, exames, encaminhamento para serviço especializado, informações, referência e contra referência.

Sobre a gestão da TB na APS na dimensão do acesso ao serviço, Ponce et al (2013) avaliaram o desempenho do primeiro serviço de saúde procurado para o diagnóstico de TB em Ribeirão Preto, na perspectiva dos gestores, e constataram que assim que o doente manifestava os primeiros sinais e sintomas, a principal porta de entrada para o diagnóstico da TB no município, foi a UPA (49,4%). Porém, não foi na UPA que a maioria dos diagnósticos foram definidos, o serviço de saúde que mais diagnosticou a doença foi o hospital (39,5%), seguido pelas unidades de atenção básica (30,9%).

A procura do doente pela APS no referido estudo, esteve associada a proximidade com o domicílio, e a outros fatores considerados negativos como obtenção de consulta em mais de 24 horas, hipótese diagnóstica não informada, encaminhamento para consulta com outro profissional, mais de três visitas aos serviços de saúde e atraso para a obtenção do diagnóstico.

A UPA associou-se à não solicitação dos exames de raio-x e baciloscopia, hipótese diagnóstica de outras doenças além da TB e à não realização do diagnóstico (PONCE et al, 2013).

De acordo com os autores supracitados, os serviços especializados tiveram associação com a não procura do doente pelo serviço de saúde mais próximo de seu domicílio, obtenção de consulta em até 24 horas, não encaminhamento para consulta com outro profissional, até três visitas aos serviços de saúde para a obtenção do diagnóstico e não atraso no diagnóstico. Um fato que chama atenção no estudo é que nenhum dos serviços investigados, esteve associado ao primeiro serviço que suspeitou de TB, solicitou os exames específicos e conseqüentemente realizou o diagnóstico.

Entende-se a reponsabilidade das equipes da APS no que diz respeito às ações de identificação e controle da TB, mas destaca-se, que o usuário é livre para procurar o serviço que ele acredita ter maior e melhor acesso, e que na maioria das vezes o usuário em busca da solução para os seus problemas em um menor espaço de tempo, busca o serviço que dispõe de tecnologias duras, favoráveis a obtenção de definições mais rápidas sobre o diagnóstico de sua doença. E quando se conclui a etapa diagnóstica, a partir de uma rede informal estabelecida por usuários e profissionais de saúde, se inicia um novo desafio, o desafio do acesso ao tratamento.

Acesso e acessibilidade são termos complementares, no entanto, no contexto da APS, o acesso, diz respeito a concessão da entrada do usuário nos serviços de saúde e a acessibilidade deve ser compreendida como a capacidade do usuário em obter de forma simples e adequada, assistência à saúde sempre que necessitar. Portanto, para garantia de acessibilidade deve-se considerar aspectos geográficos, socioculturais, organizacionais e econômicos (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A procura de um serviço de saúde, além de depender do acesso geográfico, das condições socioeconômicas, depende da forma como os usuários são recebidos e da capacidade desses serviços na resolução dos problemas de saúde. De acordo com Clementino e Miranda (2010), usuários doentes de TB, que precisam se deslocar para o serviço de saúde de referência para dar continuidade ao tratamento, relatam madrugar para garantir o atendimento, correndo perigo de assalto durante o trajeto para as UBS, além da dificuldade financeira para pagar o transporte. A estrutura inadequada dos serviços de saúde associada a distância para o centro de referência e a demora no agendamento e resultados dos exames, apontam a presença de barreiras na estruturação dos serviços de saúde, repercutindo na acessibilidade organizacional, geográfica e econômica.

O fato é que a responsabilidade pelo acesso ao tratamento para os doentes de TB nos serviços de saúde vai além das atribuições do serviço e da disponibilidade do profissional

envolvido com a assistência; compete ao usuário buscar romper as barreiras de acesso que interferem no seu tratamento. Porém, considera-se que a falta de informação também contribui para a permanência dessas barreiras. Portanto, no processo de planejamento da gestão da TB na APS, cabe recorrer a tecnologias leves como a oferta de informações entre os membros das equipes de saúde dos diversos serviços e os usuários.

No estudo que analisou as representações sociais da TB, frente à descentralização de controle da doença, segundo os usuários das unidades de saúde da família, de municípios prioritários da região sudeste e nordeste, com implantação da estratégia DOTS a pelo menos cinco anos, mostrou que apenas 16,0% realizavam o tratamento supervisionado, observando-se ainda um maior número de DOTS no PSF e não no ambulatório. No que refere à oferta de medicamento durante o tratamento de TB, os dados apontaram para uma aparente satisfação na distribuição da medicação (FIGUEIREDO et al, 2009).

Um estudo com abordagem qualitativa, um pouco mais recente que agrega essa revisão, realizado com 34 doentes de TB nas unidades básicas de saúde, apontou para o fato de que além do acesso ao medicamento, a satisfação do usuário se alia ao relacionamento estabelecido entre ele e o profissional frente à resolução objetiva e rápida da demanda apresentada, que, no caso, se confirmou na forma de ter a consulta assegurada e sem longa espera (CLEMENTINO, 2010).

Quanto a consulta, dados apontam para dificuldade de 32,1% de 106 usuários de uma pesquisa, em obter no prazo de 24h. em relação a perder o turno de trabalho ou compromisso para consultar, 65,1% responderam que sim, 65% necessitaram utilizar o transporte motorizado, 50% sempre pagaram pelo transporte motorizado e 69% não fizeram o tratamento em unidades de saúde perto do seu domicílio. Sobre a supervisão domiciliar, 77,4% dos doentes nunca receberam visitas dos profissionais de saúde em suas casas (FIGUEIREDO et al, 2009).

Do ponto de vista dos gestores, quando se trata das práticas que orientam as ações de controle da TB, no estudo realizado por Trigueiro et al (2011), a descentralização de tais ações para o âmbito local é benéfica ao usuário. Seus depoimentos indicaram compromisso político com o planejamento das ações no contexto sanitário municipal, e que o planejamento das ações de controle da TB restringe-se à racionalização e adequação da utilização de recursos. Quando se trata do coordenador do Programa Municipal de Controle da Tuberculose (PCT), a situação torna-se ainda pior pelo deslocamento da responsabilidade gerencial.

Outra fragilidade identificada por Trigueiro et al (2011), como obstáculo para a organização da TB na APS, foi a rotatividade dos gestores e profissionais dos serviços, pois interfere na resolutividade e impede a manutenção de equipes qualificadas, sensibilizadas e prontas para prestar assistência efetiva aos doentes. Tal fato se explica através das formas

impróprias de contratação dos trabalhadores de saúde que repercutem na rotatividade de pessoal e implicam em perda de pessoas estratégicas, rompendo e prejudicando a eficiência organizacional e acompanhamento dos casos de TB.

Nesse contexto, os resultados das referidas pesquisas, destacam ainda como ponto limitante a função dupla dos gestores do PCT, em que os discursos demonstram o fracionamento do trabalho, sendo os gestores responsáveis por partes, deixando transparecer uma lógica de que alguém manda e alguém obedece. Para que a gestão da TB na APS, seja melhor sucedida, é necessário que o gestor esteja articulado com os demais atores do processo em uma linha que não seja verticalizada, associada a isso, este deve apresentar características que reflitam segurança e autonomia para a tomada de decisões.

Entre os gestores do PCT, outra questão também ocupa espaço, é a política de financiamento para implementação das ações de controle da TB. Como há centralização de recursos no nível central, os referidos gestores não dispõem de autonomia para determinar a utilização de tais recursos. Por fim, confirma-se nos municípios estudados, a ausência de evidências de planejamento para viabilizar ações que minimizem problemas relacionados ao enfrentamento do problema da TB, assim como a ausência de planejamento participativo e falta de articulação entre os gestores, de modo a contribuir para o alcance de metas e pactos definidos. A programação local centra-se na figura do coordenador do PCT e retrata uma linha de comando e de gestão vertical que induz a fragmentação do processo de trabalho. O acúmulo de funções dos coordenadores e a rotatividade dos profissionais de saúde fragilizam e interrompem as iniciativas de formação de vínculo entre trabalhadores e usuários, propiciando obstáculos à efetividade do desempenho da gestão municipal da saúde (TRIGUEIRO et al, 2011).

É fato que na gestão da TB, a APS possui um importante papel. Ela deve ser o ponto inicial de uma rede de atenção com fluxo organizado que favoreça a opção por serviços resolutivos de acordo com cada tipo de necessidade (MENDES, 2010). As fragilidades na gestão que dificultam o controle da TB na APS, do ponto de vista de profissionais de saúde, doentes de TB e gestores, apontam para um forte predomínio do modelo curativista, centrado na técnica e na doença, e não no indivíduo, indicando precariedade e insipiência da corresponsabilização, mostrando que a organização da atenção não oferece condições para a participação efetiva do doente no processo decisório ou escolha do serviço a ser referenciado (ASSIS et al, 2012).

O resultado mostra por meio dos entrevistados que grande parte das ações de coordenação durante o processo de assistência tem ocorrido de maneira satisfatória. Entretanto,

no processo de referência e contra referência do doente de TB, identificou-se descontinuidade do fluxo de informação. Foi visto também que no município em estudo não há um sistema de informação que integre a rede de serviços do SUS, passando a ser um obstáculo para a continuidade da assistência (ASSIS et al, 2012).

Nos dois estudos que apontam as dificuldades da gestão que dificultam o controle da TB na APS, a centralização do poder decisório, da informação, do serviço prestados, encontra-se envolvida com o desencadeamento de diversos outros fatores que foram citados como resultados inclusive nos estudos integrantes do eixo temático que trata da gestão da TB na APS na dimensão do acesso ao serviço.

A caracterização dos estudos demonstrou um dado considerado positivo, que foi o interesse dos profissionais de enfermagem, responsáveis pela autoria principal de todos os artigos que compuseram a amostra, em pesquisar sobre a temática. Através da realização de estudos que avaliam o serviço na perspectiva do usuário, gestor e profissional da equipe de saúde, é possível conhecer as potencialidades e fragilidades que interferem no processo de gestão da TB na APS, fato este que favorece a elaboração de estratégias que contribuam com a gestão do cuidado.

Com a realização da revisão, identificou-se que a descentralização dos serviços para a APS continua sendo um desafio que interfere no acesso ao diagnóstico e tratamento da TB. E que barreiras de acesso organizacional, geográfica e econômica, existem também pela falta de articulação com troca de informações entre gestores, equipes de saúde e usuários. As fragilidades identificadas nos estudos que dificultam o controle da TB na APS, estão relacionadas a inexistência da referência e contra referência do doente de TB, a descontinuidade no fluxo de informações, falta de planejamento adequado por parte da gestão, ausência de articulação, conhecimento e autonomia dos gestores, interferência política inadequada e descontinuidade do cuidado ao doente por responsabilidade mútua dos usuários e profissionais da equipe de saúde da APS.

Portanto, os estudos mostram através dos seus resultados, a necessidade de ações que envolvam o doente de TB e seus familiares no cuidado e que os aproximem dos profissionais da equipe de saúde e dos serviços necessários para o acesso à cura da doença. Aproximação essa que pode como ponto de partida a visita domiciliar. Além disso, destaca-se como benefício para a elaboração do instrumento norteador da visita domiciliar, o comprometimento dos profissionais de enfermagem, visto que serão eles, especificamente os enfermeiros, que irão utilizar o instrumento proposto ao final dessa pesquisa.

2.2 ENFRENTANDO OS DESAFIOS RELACIONADOS À VULNERABILIDADE E AO ABANDONO DE TRATAMENTO

Sabe-se que os desafios para o controle da TB na APS são diversos, no entanto, destaca-se a vulnerabilidade e o abandono de tratamento como os mais complexos a serem vencidos, por se tratarem de situações que envolvem aspectos individuais, coletivos, sociais, econômicos e culturais de quem cuida e de quem necessita ser cuidado.

O termo vulnerabilidade, de acordo com Bertolozzi et al (2009), relaciona-se frequentemente a ideia de risco que a pessoa apresenta em desenvolver agravos à saúde. Para Ayres (2006), a palavra expressa os motivos que contribuem para o adoecimento, o não adoecimento e as possibilidades e condições de lidar com tais situações, por esse motivo, o estudo da vulnerabilidade, através de seus indicadores, favorece a elaboração de planos e estratégias individuais e coletivas.

Considerando fundamental a compreensão do termo de um modo mais amplo por parte dos profissionais responsáveis pelo cuidado aos doentes de TB, apresenta-se a vulnerabilidade e seus componentes no conceito de Ayres et al. (2003 citado por OVIEDO; CZERESNIA, 2015), que no seu componente individual, diz respeito à quantidade e à qualidade de informações que o indivíduo possui sobre o problema e as atitudes adotadas para solucioná-lo. Já no componente social, a vulnerabilidade, relaciona-se ao contexto no qual o indivíduo encontra-se inserido, situação econômica, de exclusão social, crenças, raça e outros aspectos que repercutem na obtenção e utilização de informações necessárias para mudar suas atitudes. Por fim, no componente programático que se relaciona à influência dos serviços de saúde, através de seus recursos, na diminuição dos fatores contribuintes de vulnerabilidade. No contexto da vulnerabilidade programática, ressalta-se de um modo geral, que é na APS que gestores estaduais percebem a grande possibilidade de ações articuladas entre diversos setores que garantem a integralidade da assistência, com conseqüente redução de riscos e vulnerabilidades através de intervenções que objetivem e favoreçam um tempo mais prolongado de vida para pessoas com mais saúde (BRASIL, 2011c).

Para a enfermagem, compreender e utilizar as informações de todos os componentes que estruturam o conceito de vulnerabilidade, tornam possível identificar as múltiplas causas e conseqüentemente inovar em práticas assistenciais no processo saúde doença, que contemplem na integralidade as necessidades reais do indivíduo, respeitando o contexto no qual ele encontra-se inserido (BORTOLOZZI et al., 2009).

Quando se refere ao coletivo e a vulnerabilidade à TB, afirma-se que as populações mais vulneráveis são as indígenas, as privadas de liberdade, em situação de rua e aquelas que vivem com HIV/aids, por considerar que estas, vivem em condições precárias de moradia, apresentam deficiências nutricionais, sistema imunológico comprometido e dificuldades de acesso a serviços de saúde. Além dessas populações, consideradas prioritárias para o PNCT, também são vulneráveis para adoecer os profissionais de saúde (BRASIL, 2014; 2014b).

Dados epidemiológicos em relação a infecção e adoecimento de profissionais de saúde, não são fáceis de serem encontrados, em um estudo qualitativo realizado por Lemos (2016), com profissionais, em um Hospital de referência para diagnóstico e tratamento da TB, no estado da Paraíba, observou-se que existe resistência por parte destes, em revelar seu diagnóstico, que entre os referidos profissionais, prevalece como representação o estigma carregado de preconceito social, sendo o paciente responsabilizado pela contaminação do profissional.

Independente de dados epidemiológicos, é reconhecida a vulnerabilidade relacionada ao risco de infecção de três a 20 vezes maior da equipe de enfermagem, em relação a população geral, inclusive a TB foi incluída legalmente no Brasil como doença ocupacional desde 1991, mas apesar de todas as orientações, as medidas preventivas e de notificação dos casos de infecção são muitas vezes negligenciadas. No âmbito da APS, existem poucas produções em relação as medidas de controle, e o uso de barreiras de biossegurança, são consideradas como limitadoras da integração entre o profissional e doente, nesse sentido, ressalta-se a importância da assistência domiciliar, que reduz a possibilidade de circulação do bacilífero pela unidade, diminuindo os riscos de infecção para profissionais e demais usuários do serviço (BRASIL, 2011).

Sobre a população que vive com HIV/aids, no ano de 2013 no Brasil, foi registrado um percentual de coinfeção TB-HIV de 9,8%, as ações recomendadas para este grupo são de garantia de acesso rápido para diagnóstico e tratamento específico de TB para pessoas vivendo com HIV/aids e de diagnóstico rápido e tratamento específico de HIV para o paciente com tuberculose, sendo fundamental a articulação entre os serviços de APS e os serviços de atenção especializada destinada a pessoas com HIV/aids que está inserida na atenção secundária (BRASIL, 2014b).

Se tratando da população indígena, 60% do total de casos registados em 2013, foi de domiciliados na área rural, para controle da doença nessa população, existe uma articulação entre o PNCT e a Coordenação Geral de Atenção Primária à Saúde Indígena (CGAPSI/Sesai) e a FUNAI, o que favorece a qualificação dos profissionais de saúde indígena, bem como

melhoria no acesso aos serviços e assistência específica para diagnóstico e tratamento através de visitas de monitoramento e avaliação (BRASIL, 2014b).

No que diz respeito a população privada de liberdade, os fatores contribuintes para a alta endemicidade, estão relacionados a características individuais e coletivas, em momentos distintos, antes e depois do encarceramento, como faixa etária, moradia precária, baixa escolaridade, uso de drogas ilícitas, infecção por HIV, celas inadequadas, mal ventiladas, super lotadas e sem iluminação solar, e em comum aos dois momentos citados, existe a falta de informação e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Para enfrentar esse desafio, recomenda-se uma busca ativa, antes e durante o encarceramento, com implantação de rotinas e fluxos que viabilizem o diagnóstico em um período de 24 horas de envio do material para o laboratório e início de tratamento imediato (BRASIL, 2011; 2014b).

Nesse contexto, quando se trata de APS, o profissional de saúde, precisa estar atento, especialmente na estratégia saúde da família (ESF) às pessoas que são assistidas, pela possibilidade de contato destas, com a população privada de liberdade que por ventura possa estar doente. Sendo fundamental, nesse caso, o estabelecimento de uma comunicação efetiva, com obtenção e a concessão de informações acerca da doença e seu potencial de transmissibilidade.

De todas as populações aqui citadas como prioritárias para o PNCT pela vulnerabilidade, entende-se que o grupo mais complexo de se lidar, seja o de pessoas em situação de rua, neles a vulnerabilidade provavelmente está presente com todos os seus componentes, individual, social e programática. De acordo com o Ministério da Saúde, no manual sobre o cuidado à saúde a população em situação de rua (2012), numa pesquisa nacional realizada em 2007, em 71 municípios brasileiros, constatou-se que a maioria eram homens, com faixa etária entre 25 e 44 anos de idade que sabiam ler e escrever, e os principais motivos que os levaram a essa situação, foram em primeiro lugar o uso de álcool e drogas, seguidos de desavenças familiares e desemprego.

Para o referido grupo, os desafios a serem enfrentados pela APS envolvem entre outras coisas a baixa autoestima, as barreiras de acesso aos serviços para diagnóstico, tratamento e acompanhamento, quer seja pelo rigor nos horários, quer seja pela dificuldade em atender a demanda espontânea. Particularmente, um dado preocupante, nessa situação, é a dinâmica de rua completamente desfavorável ao uso e manutenção da medicação quando a pessoa se encontra em tratamento (BRASIL, 2012).

Indicadores disponíveis na Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, demonstram que o coeficiente de incidência de TB na população em situação de rua é 44 vezes maior do que na

população geral. Outro dado extremamente importante para justificar a necessidade de implementação de estratégias para a adesão ao tratamento, é o percentual de abandono que em 2012 foi de 33,8% nessa população (BRASIL, 2014b). Uma estratégia sugerida é intersectorialidade, com o envolvimento de pessoas de instituições governamentais e não governamentais, e a efetiva participação dos profissionais com definição da rede de atenção à saúde e de assistência social (BRASIL, 2012).

Contudo, independente da população, vulnerável, prioritária para o PNCT ou população geral, a problemática da não adesão ao tratamento, ou do abandono tem se mostrado como um grande desafio. De acordo com o Manual de recomendações para controle de tuberculose no Brasil (2011), o critério para determinar o abandono de tratamento, é a ausência de comparecimento do paciente na unidade de saúde por tempo superior a trinta dias, a partir da data de agendamento para o seu retorno ou após a data da última tomada de medicação para pacientes sob TDO.

Para cada 100 usuários do sistema de saúde brasileiro que começam o tratamento, nove abandonam, a proporção admitida pela OMS é de cinco casos de abandono para cada 100 que iniciam o tratamento (BRASIL, 2012b). Indicadores operacionais e epidemiológicos de TB, no estado da Paraíba, apontam que em 2014, dos casos novos de TB pulmonar com diagnóstico laboratorial, 11,8% abandonaram o tratamento, e nos casos de retratamento, o percentual foi muito superior, de 31,9%. Na capital João Pessoa, o percentual de abandono entre os casos novos foi de 15,2 % e entre os casos de retratamento foi de 37,3% (BRASIL, 2016). No âmbito da saúde pública, tal fato tem sido tratado como o maior impedimento para controle e eliminação da doença, pela necessidade de vencer além de tudo que já foi visto, os bacilos multirresistentes (ROCHA, 2012).

Os fatores contribuintes para o abandono de tratamento, estão relacionados a condições sócio econômicas, ambientais, culturais, e de efeitos adversos das medicações utilizadas para o tratamento da TB, que na maioria dos casos, são potencializados pelo uso de álcool e drogas. O usuário de álcool e drogas, muitas vezes está inserido em um contexto conflituoso de exclusão social, problemas psíquicos e falta de apoio familiar, fatos estes que contribuem ainda mais para o abandono de tratamento. Outros fatores que devem ser considerados, dizem respeito ao serviço e a forma como a equipe de saúde se comporta mediante o usuário em tratamento de TB (COUTO et al, 2014).

Como estratégia para enfrentamento dos desafios do abandono de tratamento pelas vulnerabilidades relacionadas a pobreza e ao uso de drogas, bem como, pelos determinantes ligados ao serviço e as equipes de saúde, é necessário fortalecer estratégia DOTS, as ações de

educação permanente, a busca ativa, o monitoramento diário dos faltosos, utilização de recursos tecnológicos como meios de comunicação para estabelecer contato e visita domiciliar, mas principalmente o fortalecimento do vínculo entre o profissional e o usuário, que permitirá um melhor entendimento do contexto no qual ele está inserido para que se planeje de modo individual, medidas que garantam o sucesso do tratamento (COUTO et al, 2014; BRASIL, 2011; GONZALES et al, 2008).

Portanto, observa-se que as populações consideradas prioritárias pelo PNCT, por suas variadas condições de vulnerabilidade, estão, não apenas expostas ao risco de serem infectadas e disseminarem o microrganismo causador da tuberculose, mas também apresentam grandes possibilidades, na condição de doentes, de abandonarem por variados motivos o tratamento proposto. Nesse contexto, ao definirem a TB como um produto social, resultado da estrutura apresentada pela sociedade e não de um comportamento individual, Sanchez e Bertolozzi (2009), recomendam que o profissional de saúde para estabelecimento de vínculo, exceda o conceito tradicional do processo saúde-doença, implementando suas ações de modo democrático, com respeito e responsabilidade, compreendendo a realidade do usuário e estimulando sua ativa e crítica participação na adesão ao tratamento.

Diante do exposto, evidencia-se a visita domiciliar realizada pelo enfermeiro como uma importante ação para o enfrentamento dos desafios relacionados à vulnerabilidade e ao abandono de tratamento da TB. Sendo fundamental que sua realização seja norteadada por um instrumento que favoreça o vínculo entre todos os envolvidos no processo do cuidado, do doente de TB aos serviços de saúde. Para isso, considera-se que a elaboração do instrumento proposto, deve conter em sua estrutura os aspectos de vulnerabilidade que atingem o doente de TB nas suas várias dimensões.

2.3 VISITA DOMICILIAR: PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL, DO USUÁRIO E A IMPORTÂNCIA PARA O SERVIÇO

No tocante as estratégias que viabilizam a gestão do cuidado a pessoas com TB na APS, destaca-se como ação a visita domiciliar. A referida ação, em um estudo realizado por Mariano et al (2015), com uma equipe multiprofissional da ESF, foi apontada como o instrumento mais utilizado para a percepção das reais necessidades do paciente com TB. A qualidade da assistência, foi colocada pelos autores, como reflexo do reconhecimento das necessidades particulares de cada doente de TB, sendo a visita ao domicílio, fundamental para tal reconhecimento.

Em outro estudo, Sakata et al (2007), concluíram que os profissionais da ESF, percebem a visita domiciliar como uma importante atividade de utilização de tecnologias leves para a reorientação de práticas, que o agente comunitário de saúde é o que mais realiza a visita. Entre os aspectos positivos, cita-se a compreensão dessa atividade como uma oportunidade de conhecer e acompanhar o usuário no seu contexto familiar e ambiental, com melhor possibilidade de controle dos agravos a saúde e longitudinalidade do cuidado. Sobre os aspectos negativos, surgiu a percepção da visita domiciliar com aspectos de controle sobre a vida do usuário, fiscalização e registro apenas de aspectos clínicos, principalmente quando se referem ao tempo disponível para esta atividade, além disso, fez-se referência a sensação de impotência dos usuários frente as circunstâncias apresentadas por determinadas famílias.

De acordo com a pesquisa realizada por Brunello et al (2015), em um município prioritário para controle da TB, evidencia-se a atuação da equipe de enfermagem, principalmente no que diz respeito a visita domiciliar, com reconhecida importância destes profissionais para o alcance das metas estabelecidas para melhoria dos indicadores do milênio, como consequência do fortalecimento de vínculo entre usuário profissional e melhor resolutividade em relação ao tratamento. Porém, ressalta-se a necessidade de um maior envolvimento do Enfermeiro com ações diversas que objetivam melhor integração de ações e serviços de diferentes níveis de cuidado.

Quando se busca informações em artigos sobre visita domiciliar, é frequente a associação dessa ferramenta do cuidado com a equipe de enfermagem e os agentes comunitários de saúde (ACS) na ESF. Partindo dessa premissa, Kebian e Acioli (2014), destacaram como preocupante a falta de interação entre os profissionais em questão, pois entende-se que as condutas para gerir o cuidado, serão determinadas a partir das informações que são transmitidas. Para a ocorrência da visita domiciliar, alguns enfermeiros demonstram preocupação com a orientação do ACS para que a visita seja padronizada, ambos, se responsabilizam apenas em identificar os problemas, deixando a solução para o profissional médico. Cada profissional envolvido, deve contribuir com uma parcela relativa a suas atribuições, promovendo um cuidado totalmente diferente do modelo biomédico.

Nesse mesmo estudo, os autores supracitados, afirmam que as dificuldades identificadas pelos Enfermeiros para a realização da visita domiciliar, são as mesmas dos ACSs, no que diz respeito a demanda e as atribuições. A demanda muito grande de usuários e o excesso de atribuições, inclusive de atribuições que deveriam ser assumidas por profissionais das outras categorias, isso acaba por interferir na resolutividade de problemas simples, que deixam de ser resolvidos no domicílio para serem resolvidos na UBS. A as diferenças na identificação de

dificuldades, expostas pelo Enfermeiro, relacionaram-se a falta de equipamentos portáteis, a falta de conhecimento da área e o medo de violência.

Sobre o planejamento que antecede a visita domiciliar, Kebian e Acioli (2014), constataram que é feito com base na necessidade do usuário, com prioridade de visita para aqueles que estão em situações mais vulneráveis, os denominados grupos prioritários, entre eles o doente de TB. Outro fator considerado no planejamento é a disponibilidade do profissional para implementá-lo, com a possibilidade constante de alteração do cronograma de visitas, a partir de outras necessidades. Contudo, apesar do reconhecimento da importância da visita domiciliar e do compromisso desses profissionais com as populações que já possuem agravos definidos, a consequência da implementação desse plano, contribui para ações curativistas, em que não ocorre a identificação das necessidades dos demais usuários ou famílias.

É fato que o usuário doente de TB possui prioridade para receber a visita do profissional em seu domicílio, para Furlan, Gonzales e Marcon (2015), a visita domiciliar muitas vezes é principal estratégia de abordagem à família do usuário com TB, que favorece a identificação de contatos domiciliares e o diagnóstico precoce da doença. Entende-se que a família possui um papel complexo e fundamental na gestão do cuidado ao doente de TB que vão do apoio emocional ao contato com o profissional de saúde caso seja necessário. Apesar disso, de acordo com os usuários, essa ação não é realizada pela maioria das equipes da ESF.

A partir da percepção do usuário com TB, Clementino e Miranda (2015), constataram que a atuação dos profissionais da ESF, ainda está centrado no saber médico, e que alguns dos doentes revelaram a necessidade de mais suporte por parte dos profissionais, principalmente no que diz respeito a visita domiciliar, vista positivamente pelo usuário como um espaço de construção de vínculo e acesso à saúde por meio de ações educativas, mas exercida pelo profissional como uma consulta clínica, com ações domiciliares iguais as praticadas na Unidade Básica de Saúde.

Para Souza et al (2015), a visita domiciliar é uma estratégia de prevenção e combate da TB que deve ser fortalecida na atenção básica, e que cada profissional deve assumir seu papel, intensificando ações de educação em saúde, não só com os doentes, mas com a família e comunidade. Corroborando com essa definição, Clementino e Miranda (2015), ressaltam que a visita domiciliar, traz para os profissionais da ESF, um sentido renovado às práticas através de um conhecimento mais amplo obtido pela interação com o indivíduo e a família em seu domicílio, convivendo com a doença e com a busca pela cura. Através de um acompanhamento adequado, pautado em um cuidado humanizado, tais profissionais irão lidar com um doente

mais receptivo, o que favorece a adesão a tratamento proposto evitando a ocorrência de multirresistência e quebrando a cadeia de transmissão.

De acordo com Cunha e Sá (2013), o profissional deve compreender que a visita domiciliar não pode ser utilizada como um instrumento de controle, em que se invade a privacidade do usuário e em sua residência impõe medidas de controle e prevenção de doenças. Ao inverso disso, a visita deve ser um dispositivo que possibilite intervenções flexíveis, respeitando a escolha e a autonomia de quem está sendo assistido. Realizar a visita domiciliar respeitando estes aspectos, é o maior desafio a ser vencido para que sua consolidação ocorra como pratica estruturante na ESF.

A depender da percepção e prática do profissional da APS durante a visita domiciliar, Abrahão (2011), concorda com o desafio de não tornar esse instrumento uma medida de controle, e complementa esse raciocínio, afirmando que existe o risco de o profissional realizar a visita com objetivo de buscar dados para alimentar os sistemas de informação e que ainda compreendendo que o planejamento de ações depende de dados epidemiológicos, essa ação deve assumida por todos da equipe, mesmo sendo realizada com mais frequência por um ou outro profissional que a compõe, desse modo, as informações se tornarão relevantes para todos os envolvidos no processo, em especial o usuário.

Na luta contra a TB na APS, Santos, Nogueira e Arcêncio (2012), apontam o enfermeiro e o ACS como os profissionais que mais utilizam a visita domiciliar no cotidiano de suas atividades. Para Andrade et al (2014) e Machado (2010), mesmo sendo o instrumento mais indicado para a assistência do indivíduo no seu contexto familiar e comunitário, percebe-se que o que ocorre é um registro da quantidade de visitas realizadas, sem especificidades sobre o usuário assistido.

Ao analisar a opinião dos autores pesquisados, observou-se que todos concordam que a visita domiciliar se configura de um importante instrumento para subsidiar o planejamento de estratégias preventivas e de controle de agravos à saúde, tanto na dimensão individual como coletiva. Um dado considerado positivo, foi a aceitação da visita domiciliar por parte do usuário e o reconhecimento dele e do profissional de enfermagem sobre esse recurso como fundamental para gerir o cuidado. No entanto, quando se trata da atuação do profissional da APS na luta contra a TB a visita é realizada para coletar informações, e exceto pela sua utilização no TDO, não se evidenciou outras estratégias.

Ao término do levantamento feito sobre a visita domiciliar na percepção do profissional e do usuário, bem como da importância dessa estratégia para o serviço, os aspectos que se destacam contribuintes para a construção do instrumento proposto não são apenas a percepção

de profissionais e usuários sobre a visita, mas a representação dela para o serviço. A elaboração do instrumento norteador da visita domiciliar, vai além da coleta dados e da supervisão da tomada de medicação, pretende-se estruturar um instrumento de acompanhamento que favoreça a efetiva gestão do cuidado ao doente de TB na APS. Tal fato, traz benefícios conforme já citados na justificativa para realização desta pesquisa, para todos os envolvidos, inclusive para o serviço que terá um novo recurso tecnológico para utilizar em uma antiga estratégia.

CAPITULO 3

MÉTODO E RESULTADOS

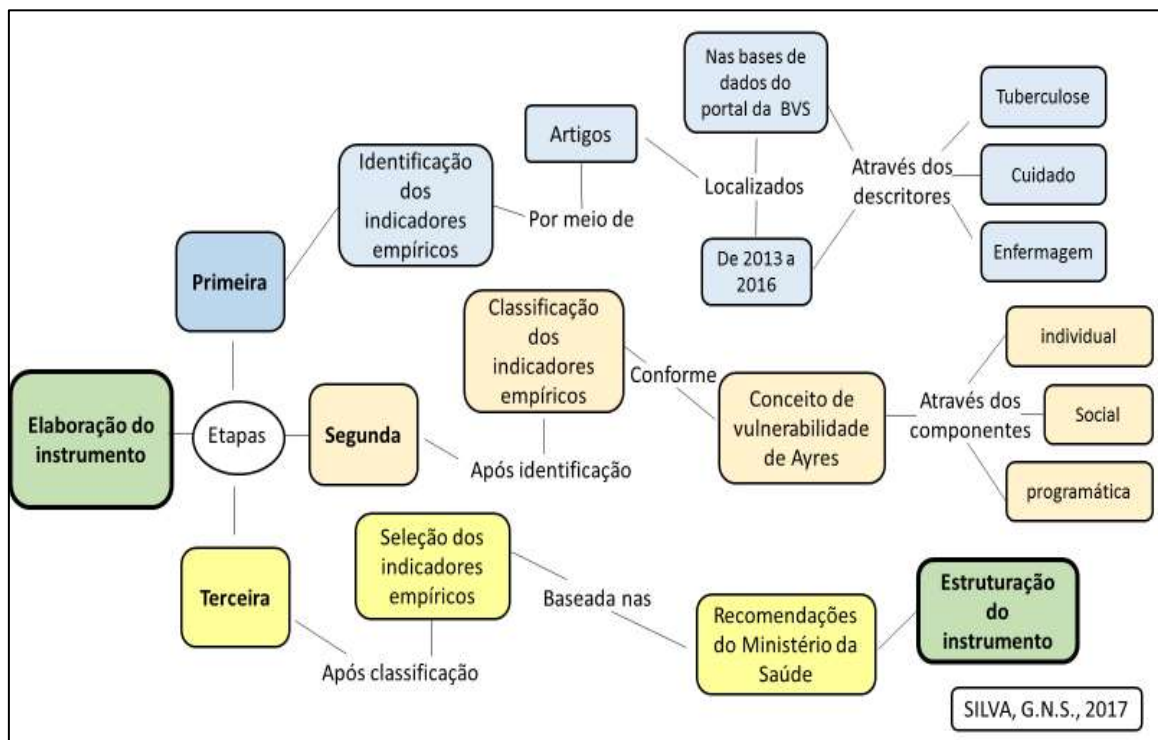
3.1 TIPO DE PESQUISA

A pesquisa realizada foi do tipo metodológica, cuja escolha se deu a partir da compreensão de sua aplicação que conforme Polit e Beck (2011), objetiva desenvolver ou aperfeiçoar procedimentos, que possibilitam a coleta de dados, a organização ou a análise de dados. Fato este, que tem instigado os enfermeiros pesquisadores a recorrerem a este método que tem sido desenvolvido com frequência com o intuito de desenvolver novos instrumentos.

3.2 ETAPAS DA PESQUISA

Para alcançar o objetivo de elaboração do instrumento norteador da visita domiciliar a ser utilizado pelo enfermeiro na APS para assistir ao doente de TB, foram necessárias três etapas de acordo com o esquema demonstrado na figura 1.

Figura 1- Mapa conceitual do percurso metodológico da pesquisa.



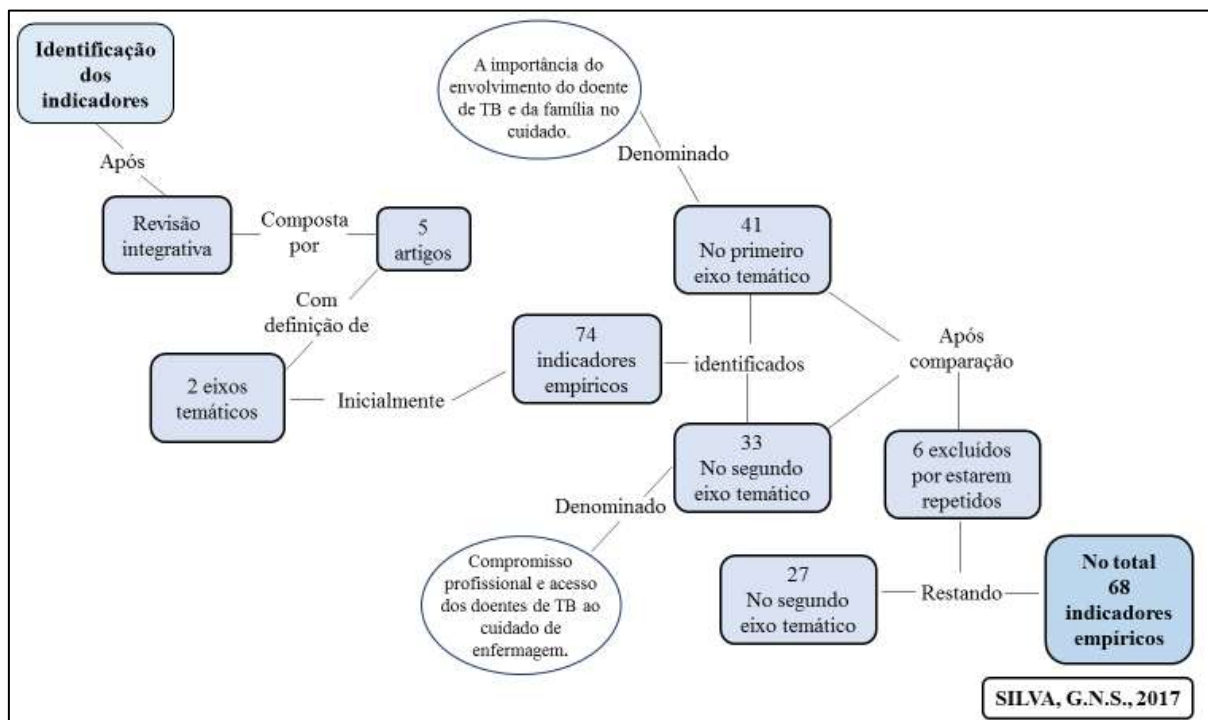
Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa, PB, Brasil, 2017.

3.2.1 Primeira etapa: identificação dos indicadores empíricos

Na primeira etapa ilustrada na figura 2, para identificação dos indicadores empíricos, realizou-se uma busca na literatura nacional e internacional com o objetivo de caracterizar e analisar a produção científica relacionada ao cuidado de enfermagem à TB. O corpus da pesquisa foi composto por artigos da internet, cuja busca ocorreu no mês de janeiro de 2017, no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) através das bases de dados, LILACS, IBECs, MEDLINE e Biblioteca Cochrane.

As buscas nas bases de dados LILACS e BDEF - Enfermagem foram realizadas utilizando terminologias da saúde nos Descritores em Ciência da Saúde (DECS), que identificou os descritores Tuberculose (TB), cuidado e enfermagem. A amostra foi selecionada utilizando os seguintes critérios de inclusão: texto completo publicado em periódicos científicos nacionais, internacionais, com assunto principal TB e cuidados de enfermagem, publicados no período de 2006 a 2016, em português e inglês, com limite em humanos, adultos e em Países da América do Sul.

Figura 2 - Mapa conceitual com as fases da primeira etapa.

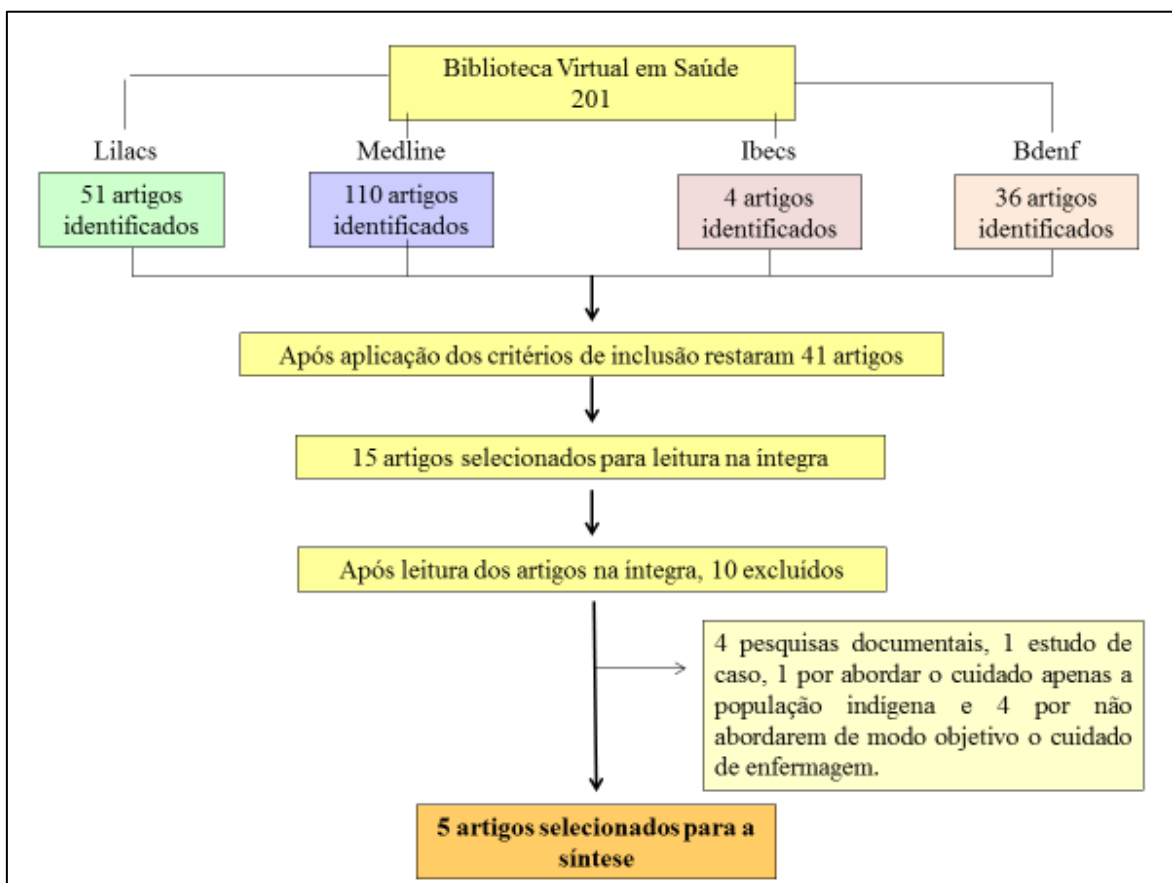


Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa, PB, Brasil, 2017.

A pesquisa com os descritores “Tuberculose” (TB) *and* “cuidado” *and* “enfermagem”, permitiu a localização de 201 artigos em toda seleção da BVS, com a aplicação dos critérios de inclusão, a amostra passou a ser de 15 artigos. Após a leitura, foram excluídos 4 estudos documentais, 1 estudo de caso, 1 por abordar o cuidado apenas a população indígena e 4 por não abordarem de modo objetivo o cuidado de enfermagem. Finalmente, o corpus da revisão integrativa foi composto por 05 artigos (Figura 3), que foram organizados e arquivados em pastas e ordenados de acordo com a base de dados em que foram localizados.

Com o intuito de viabilizar a análise dos artigos que integraram a revisão, utilizou-se um formulário de coleta de dados, adaptado de um instrumento já validado por Ursi (2005), contendo informações sobre o título do artigo, autor (es), ano de publicação, objetivos do estudo, características metodológicas, resultados obtidos e considerações.

Figura 3 - Fluxograma da seleção dos artigos para revisão integrativa.



Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa, PB, Brasil, 2017.

Os procedimentos de análise dos dados e identificação dos indicadores empíricos envolveram a leitura e releitura dos artigos e distribuição dos dados no formulário de coleta, com posterior análise dos conteúdos e dos pontos de convergência de cada artigo para definição dos eixos temáticos que favoreceram a identificação dos indicadores que foram sublinhados no texto.

No que diz respeito a caracterização dos estudos, nos anos de publicação dos artigos selecionados, observou-se que no período de 2006 a 2016, as publicações acerca da temática em questão, ocorreram de 2013 a 2016, destacando-se o ano de 2013 e 2015 com 2 publicações cada. Os artigos foram publicados em 4 periódicos distintos, todos de enfermagem, sendo 01 na Revista Gaúcha, 01 na Revista Texto e Contexto, 01 na Revista de Enfermagem da Escola Ana Nery e 02 na Revista de Enfermagem da UERJ. Os autores principais tinham como formação acadêmica enfermagem. O Brasil foi o País onde se realizou 100% dos estudos que compuseram a amostra. No que se trata do delineamento metodológico, identificou-se que 03 estudos foram de abordagem qualitativa, 01 quantitativa e 01 quanti-qualitativa (Quadro 1).

Quanto aos objetivos dos referidos estudos, observou-se que o cuidado de enfermagem foi abordado a partir de diferentes perspectivas, apresentando como fonte de informação os profissionais, os doentes de TB e seus familiares, analisando aspectos relacionados ao serviço prestado pelos profissionais, a qualidade de vida do doente, e o impacto da doença para o doente e seus familiares. A análise dos resultados desses estudos permitiu a identificação de dois eixos temáticos, a saber: 1. A importância do envolvimento do doente de TB e da família no cuidado e 2. Compromisso profissional e acesso dos doentes de TB ao cuidado de enfermagem (Quadro 2).

No primeiro eixo temático os estudos analisaram, entre doentes de TB e familiares, aspectos envolvendo qualidade de vida, o desempenho dos serviços no controle da TB com enfoque na família, o significado da doença para ambos, o impacto da mesma para a família e os recursos terapêuticos considerados por esses atores no combate a TB.

Quadro 1: Caracterização dos estudos relacionados ao cuidado de enfermagem à TB. João Pessoa, PB, Brasil, 2017.

Autor, ano de publicação	Título do artigo	Objetivo (s) do estudo	Local, ano do estudo e amostra	Métodos
Elisângela Franco de Oliveira CAVALCANTE; Denise Maria Guerreiro Vieira da SILVA, 2016.	O compromisso do enfermeiro com o cuidado à pessoa com Tuberculose.	Compreender o compromisso que o enfermeiro tem no cuidado desenvolvido na atenção básica de saúde à pessoa com tuberculose.	Nordeste brasileiro, 2013/2014, 28 participantes, dentre elas enfermeiras, médicas, auxiliares e técnicas de enfermagem, profissionais da vigilância epidemiológica e pessoas com TB.	Estudo qualitativo.
Francisco de Sales CLEMENTINO; Francisco Arnoldo Nunes de MIRANDA, 2015.	Tuberculose: acolhimento e informação na perspectiva da visita domiciliária.	Analisar a atuação dos profissionais da estratégia saúde da família nas visitas domiciliares realizadas ao doente de tuberculose.	Campina Grande, Paraíba, 2009, 34 usuários com diagnóstico de TB.	Estudo descritivo com abordagem qualitativa.
Mara Cristina Ribeiro FURLAN; Roxana Isabel Cardozo GONZALES; Sonia Silva MARCON, 2015.	Desempenho dos serviços de controle da Tuberculose em municípios do Paraná: Enfoque na família.	Analisar, sob a perspectiva dos usuários, o desempenho dos serviços de saúde no controle da tuberculose em relação ao enfoque na família.	Paraná, 2012, 89 pacientes que realizavam o tratamento de TB.	Estudo descritivo, quanti-qualitativo.
Juliane de Almeida CRISPIM et al, 2013.	Tuberculose no contexto das famílias: as vivências de Familiares e pacientes acometidos pela doença.	Investigar o significado da tuberculose para familiares e pacientes acometidos pela doença, o seu impacto na família e os recursos terapêuticos considerados por esses atores no enfrentamento da doença.	Unidade de saúde de Ribeirão Preto, 2011, dois familiares e dois pacientes.	Estudo qualitativo.
Sheila Nascimento Pereira de FARIAS et al, 2013.	Integralidade no cuidado: estudo da qualidade de vida dos usuários com tuberculose.	Analisar a qualidade de vida dos sujeitos em tratamento da tuberculose em uma unidade de saúde do Rio de Janeiro.	Unidade Básica de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2010, 102 portadores de TB.	Estudo transversal do tipo descritivo-relacional, de base quantitativa.

Quadro 2: O cuidado de enfermagem ao doente de TB. João Pessoa, PB, Brasil, 2017.

Eixo 1 - A importância do envolvimento do doente de TB e da família no cuidado.		
Autores	Intervenções/Resultados	Desfechos
Sheila Nascimento Pereira de FARIAS et al, 2013.	Utilizou-se o instrumento da Rede TB e o WHOQoL-bref. Pela análise inferencial constata-se que a QV global está mais associada ao domínio psicológico, seguido do ambiente, das relações sociais e, por último, ao físico.	Na prestação de cuidados de enfermagem, importa valorizar a avaliação que a própria pessoa faz da sua vida e saúde, além da sua individualidade e subjetividade, para assegurar a integralidade da assistência.
Mara Cristina Ribeiro FURLAN; Roxana Isabel Cardozo GONZALES; Sonia Silva MARCON, 2015.	Entrevistas semiestruturadas. As Unidades Básicas de Saúde apresentaram melhor desempenho em relação aos indicadores: conhecimento pelos profissionais de saúde das pessoas que moram com o usuário e avaliação dos familiares com exames específicos, enquanto os ambulatórios de referência foram melhor avaliados quanto ao diálogo com os familiares sobre TB e o seu tratamento. Sobre os dados qualitativos emergiram duas categorias: envolvimento da família no tratamento da tuberculose e desconexão do serviço de saúde com a família do doente.	Considera-se que a equipe de saúde deve oferecer suporte e orientações às famílias, pois elas são fonte de cuidado e apoio às pessoas em tratamento de tuberculose.
Juliane de Almeida CRISPIM et al, 2013.	Técnica de grupo focal analisados à luz da hermenêutica dialética. Familiares e pacientes apresentam uma racionalidade que difere daquela instituída pelo modelo técnico-científico. Na família sobressaem as atitudes de afastamento e segregação do doente, os sujeitos consideram os recursos terapêuticos alternativos como medida para a cura da doença.	Ressalta-se a necessidade de mudanças que fortaleçam a relação entre profissionais de saúde e família, a partir de um processo dialógico que possa reconhecer a instituição família como parte do cuidado ao paciente de tuberculose.
Eixo 2 - Compromisso profissional e acesso dos doentes de TB ao cuidado de enfermagem.		
Elisângela Franco de Oliveira CAVALCANTE; Denise Maria Guerreiro Vieira da SILVA, 2016.	Utilizou-se a entrevista em profundidade para coleta de dados. As peculiaridades do cuidado demandaram um compromisso dos enfermeiros para com a pessoa com tuberculose, o qual perpassou por três componentes: o ético-profissional, o institucional-político e o social.	Esse compromisso foi considerado um propulsor de um serviço que se esforça para garantir o acesso e a qualidade do cuidado às pessoas com tuberculose, a fim de que a doença seja tratada e que a pessoa acometida restabeleça sua saúde, tenha um viver saudável e frequente satisfatoriamente seus espaços sociais.
Francisco de Sales CLEMENTINO; Francisco Arnaldo Nunes de MIRANDA, 2015.	Entrevistas semiestruturadas e analisados por meio da análise de conteúdo. Os resultados apontam três categorias: visita domiciliária - a saúde bate à sua porta; sentimentos - segurança e gratidão no enfrentamento da situação; divulgação – uma questão de dispersão da informação.	Há um distanciamento dos profissionais de saúde da estratégia saúde da família do seu papel de educador, visto que a frequência de suas atividades educativas não condiz com a demanda apresentada pelos doentes de tuberculose.

Na pesquisa realizada por Farias et al (2013), considera-se qualidade de vida algo subjetivo e dinâmico que se relacionam a satisfação pelo convívio familiar, as relações amorosas, sociais e ambientais, envolvendo inclusive à própria estética existencial, satisfação essa que pode sofrer alterações quando se passa a viver com o diagnóstico de uma doença como a TB. Nesse contexto, recuperar a sensação de bem-estar que é inerente a qualidade de vida, relaciona-se a um processo que envolve a atuação do profissional que vise promover a saúde na adequação das necessidades do paciente.

O domínio considerado mais negativo para as referidas autoras, foi o ambiente, tendo em vista que as condições de vida da população são responsáveis pela transmissão da TB, cabendo assim uma investigação sobre o domicílio, condições de ventilação e quantidade de moradores. Embora os sujeitos participantes afirmem ter boa qualidade de vida e mesmo esta doença sendo curável, a TB muda a vida das pessoas, principalmente quando se refere ao tratamento medicamentoso. Psicologicamente, o conhecimento sobre o diagnóstico e as consequências do tratamento, remetem uma certa instabilidade emocional.

Mesmo analisando que o estudo apresentou melhores resultados nos domínios físicos e sociais, Farias et al (2013) destacam que a TB muda a vida das pessoas e requer delas novas atitudes, consigo e com os outros, sendo a relação e o apoio social um importante fator para a promoção da qualidade de vida. As limitações provocadas pelo preconceito com a transmissibilidade da doença e reações adversas do tratamento, sofreram uma redução pelos avanços que tornaram o tratamento mais eficaz, diminuindo assim o impacto na saúde física e psíquica dos doentes.

Para as referidas autoras foi possível concluir que o doente de TB é atingido pela doença em todos os aspectos, ressaltando-se o domínio psicológico e ambiental como maior influente para a qualidade de vida, mas considerando a relação desta com a integralidade, é necessário que o cuidado seja definido e implementado com o envolvimento do doente, do profissional e da família. E que o cuidado de enfermagem seja pautado nas necessidades individuais, explícitas ou não com valorização da subjetividade.

No estudo realizado por Furlan, Gonzales e Marcon (2015) que também compõe o eixo denominado a importância do envolvimento do doente de TB e da família no cuidado, observa-se o oposto sobre o recomendado para o cuidado, de acordo com os participantes, muitos profissionais não estabelecem diálogo com os familiares dos doentes sobre o tratamento e o comprometimento causado pela TB, mesmo sendo o familiar o maior responsável pelo cuidado, pois em muitos casos, pelas limitações que afetam o estado de saúde do doente, constata-se que

é o familiar que busca a medicação, que assiste o doente em casa e que arca com o aumento das despesas provenientes pelo afastamento do doente de suas atividades remuneradas.

Conforme as autoras supracitadas as Unidades Básicas de Saúde apresentaram nesse estudo um melhor desempenho em relação aos indicadores: conhecimento pelos profissionais de saúde das pessoas que moram com o usuário e avaliação dos familiares com exames específicos, enquanto os ambulatórios de referência foram melhor avaliados quanto ao diálogo com os familiares sobre TB e o seu tratamento.

No entanto, nos discursos dos participantes do referido estudo, constatou-se que a relação entre o profissional e o familiar do doente de TB fica restrita a entrega de medicamentos e a solicitação de exames, não havendo nenhuma outra ação voltada para promoção da saúde como por exemplo a coleta de dados sobre a evolução do estado de saúde do doente. Tal fato torna impossível o conhecimento sobre as condições sociais e de saúde da família, impossibilitando a integralidade da assistência e o importante envolvimento da família no processo de tratamento do doente de TB.

Quando se trata das condições sociais, a proteção social é fundamental, mas as autoras da pesquisa em discussão, identificaram que os profissionais não adotam como rotina a investigação sobre emprego, moradia, escolaridade e outros aspectos sociais que cercam o doente de TB e seus familiares. O fato é que o cuidado não deve se restringir aos aspectos patológicos da doença, as equipes de saúde da família devem romper as barreiras de acesso aos demais serviços na busca por apoio social ao doente e sua família.

No terceiro e último estudo que compõe o eixo temático em questão, Crispim et al (2013) investigaram sobre o significado da tuberculose para familiares e pacientes acometidos pela doença, o seu impacto na família e os recursos terapêuticos considerados por esses atores no enfrentamento da doença. E a análise dos resultados permitiram a identificação de três categorias. A primeira delas, “o significado da TB no contexto das famílias: o distanciamento entre saberes e o conhecimento técnico-científico”, evidencia que existe divergência entre a referência dos familiares e doentes e o conhecimento estabelecido pelo modelo técnico-científico. Os sujeitos percebem a TB como doença transmissível, que pode ser causada por hábitos de vida, mas que tem cura. Constatou-se o medo quando um dos participantes da pesquisa se recusou a pronunciar o nome da doença, substituindo durante o depoimento o termo tuberculose por doença perigosa.

A compreensão sobre a TB não se constitui da presença de informações, mas emerge da necessidade de transformá-las em algo efetivo para a família. Sendo assim, na relação estabelecida entre o profissional, o doente de TB e a família durante o cuidado, é fundamental

que se prevaleça o respeito, e que este permita aos atores envolvidos nesse processo, a troca de saberes e não a imposição de conceitos (CRISPIM, et al, 2013). A ausência de conhecimento pode levar o doente de TB a uma percepção inadequada sobre a doença, o que acaba provocando um impacto negativo em sua vida e saúde, interferindo inclusive na adesão ao tratamento (FARIAS et al, 2013).

Sobre o impacto na relação familiar face à doença, no estudo realizado por Crispim et al (2013), os doentes de TB relataram em seus discursos que as mudanças provocadas pelo diagnóstico da TB, afetam não só o convívio familiar, mas o convívio social. O impacto emocional da doença se mostra durante a expressão de sentimentos de diferença, medo e tristeza. Para a família dos doentes, destaca-se em seus discursos a afirmativa de que não houve mudanças, apenas a separação de objetos para uso exclusivo pelo doente, fato este que demonstra que mesmo sem intenção o estigma sobre a doença permanece. Apesar disso, cabe ressaltar que as famílias expressam preocupação com o preconceito da sociedade em relação ao doente. Portanto, falar sobre TB nos locais frequentados por ele, torna-se um desafio complexo que interfere na aceitação, no acolhimento e no apoio dispensado ao doente pela sociedade.

Nesse contexto, para eliminar estigmas, o cuidado ao doente de TB deve ser pautado na comunicação efetiva entre os atores envolvidos no processo para que se promova, por parte dos profissionais de saúde de diversas categorias, uma nova significação da doença e a partir de então, avaliar intervenções que tratem dos aspectos biológicos aos aspectos sociais da doença (CRISPIM et al, 2013).

No que diz respeito as intervenções adotadas para o cuidado, a terceira e última categoria identificada na pesquisa pelas autoras citadas no parágrafo anterior, “a TB e os recursos terapêuticos alternativos existentes nas comunidades” reforça ainda mais a necessidade de conhecimento por parte dos familiares e doentes, pois a TB associada muitas vezes pela população a uma gripe por semelhanças entre os sintomas, faz com que terapias alternativas, remédios caseiros, sejam utilizadas em algumas comunidades pela crença como recurso para o enfrentamento da doença.

Percebe-se nos estudos que compuseram esse primeiro eixo temático, que todos os resultados e autores corroboram com a importância da participação da família no processo do cuidado ao doente com TB. Os resultados e discussões se complementam na necessidade de aproximação e estabelecimento de vínculo do profissional com o doente e familiares, através do qual, fortalecido por uma boa comunicação e respeito, torna-se possível identificar individualmente situações objetivas como as condições de moradia e situações subjetivas como

o preconceito, isolamento social e outros estigmas que envolvem a TB e interferem na saúde e qualidade de vida do doente.

No segundo eixo temático denominado como Compromisso profissional e acesso dos doentes de TB ao cuidado de enfermagem, os estudos abordam na perspectiva de uma equipe multiprofissional de saúde e de doentes de TB, aspectos que envolvem a assistência do enfermeiro da unidade de saúde ao domicílio. O termo compromisso foi utilizado por Cavalcante e Silva (2016) para todas as ações que as enfermeiras eram estimuladas a executar para prosseguir com o cuidado ao doente de TB de modo responsável para recuperar a saúde e o vínculo com ele e a comunidade na qual ele se encontra. Os resultados permitiram que a análise fosse feita a partir de três componentes: o compromisso ético-profissional, o compromisso institucional-político e o compromisso social.

O compromisso ético-profissional evidenciou-se na preocupação das enfermeiras participantes do estudo de fazer o bem e não prejudicar o doente de TB, procurando atender a demanda com marcação de consultas em outros serviços, realizando visita domiciliar para os faltosos as consultas e ao recebimento de medicamentos. Reconhecendo a limitação física e o impacto emocional causado pela doença, preocuparam-se em não demonstrar o medo de contraírem a doença, acolheram de forma digna favorecendo o acesso ao serviço de saúde com o intuito de tornar menos sofrida a recuperação do doente. Observou-se ainda nas falas das entrevistadas o respeito pelo doente de TB, em especial para aquele que vivia em condições precárias de vida e em situação de vulnerabilidade social, mais susceptível a abandonar o tratamento, usar drogas, ser abandonado pela família e não possuir recursos para uma boa alimentação e moradia (CAVALCANTE; SILVA, 2016).

Outro aspecto observado nesse componente foi o vínculo, estabelecido entre o profissional e o doente com ações que ultrapassaram as barreiras de acesso, com o devido acolhimento na unidade básica de saúde, disponibilidade de consultas de acordo com a necessidade do doente, orientações fornecidas dentro e fora da unidade, com visitas domiciliares, de forma dialogada que permitiam o compartilhamento de sentimentos e favoreciam o planejamento das demais ações do cuidado. Quando se trata do cuidado ao doente de TB, as ações específicas necessitam de conhecimento científico e prática, que muitas vezes só são adquiridos por iniciativa do profissional ao longo de sua carreira (CAVALCANTE; SILVA, 2016).

Percebe-se que o fortalecimento do vínculo necessário para cuidado ao doente de TB, ocorre principalmente quando o enfermeiro busca pelo doente, a iniciativa de ir ao domicílio, desperta no doente o sentimento de ser importante, de ter valor. De acordo com Clementino e

Miranda (2015), autoras do segundo estudo que integra o eixo temático em discussão, os sentimentos que surgiram nos discursos de doentes de TB entrevistados em relação a visita domiciliar, foi de segurança, gratidão e reconhecimento da assistência prestada pelo profissional. Já o acolhimento, foi descrito pelos entrevistados como algo que vai além da assistência prestada e que ocorre durante o diálogo, principalmente em momentos conflituosos como piora do quadro clínico e dificuldades financeiras que afetam as condições de sobrevivência.

Considerando a multiplicidade que cerca o doente de TB, é importante que as equipes da ESF inovem, com práticas participativas de educação em saúde. A equipe precisa estar pronta para assistir não só as necessidades biológicas consequentes da doença, mas também as necessidades sociais, econômicas e as expectativas oriundas dos familiares e dos aspectos culturais que cercam o doente. A relação de troca e participação efetiva vivenciada pelos sujeitos, permite que o cuidado seja planejado por ambos com ética e respeito pelo direito que o cidadão tem à saúde (CLEMENTINO; MIRANDA, 2015).

No que diz respeito ao direito à saúde, muitas vezes o cidadão desconhece o direito que possui ou interpreta de modo inadequado o direito que tem. Para Cavalcante e Silva (2016), na perspectiva do profissional, especificamente o enfermeiro, é fundamental que além do conhecimento sobre esse direito, ele apresente envolvimento e responsabilidade com as políticas vigentes do sistema de saúde. Nos discursos das enfermeiras, analisados no componente "compromisso institucional-político", observou-se que para o cuidado aos doentes de TB, as referências eram as diretrizes do SUS e o PNCT, porém, o sucesso do tratamento não era alcançado pela dificuldade que eles tinham em implementar totalmente as atividades preconizadas.

Ao deparar-se com dificuldades na execução de suas práticas, o profissional pode recuar e acomodar-se ou identificar o que exatamente o impede de alcançar seus objetivos e elaborar estratégias para prosseguir e alcançar o sucesso. Conforme Cavalcante e Silva (2016) o empecilho para alcançar a cura da TB, que limita as enfermeiras no desenvolvimento de suas ações, relaciona-se à condições sociais e econômicas do doente que nem sempre são contempladas pelo sistema de saúde, a exemplo do uso de álcool e drogas. No que diz respeito às dificuldades provenientes de problemas estruturais e logísticos para realização de exames, consultas com especialistas e falta de recursos materiais, não são determinantes para fazer com que as enfermeiras recuem, ao contrário, elas buscam meios de superar.

O modo e a organização das equipes no desenvolvimento das ações de cuidado, são determinantes para adesão do doente de TB ao tratamento e a consequente cura da doença. É

necessário considerar que alguns doentes demonstram interesse e necessidade de autonomia no processo saúde-doença, com isso o profissional deve perceber a educação em saúde como uma importante estratégia que deve ocorrer em ambientes diversos, que perpassam da unidade de saúde ao domicílio, permitindo ao profissional perceber as necessidades e demandas mais específicas do doente e ao doente, compreender seu problema e refletir sobre a intervenção respeitando o contexto em que vive. Porém, observa-se que na prática das equipes da ESF, a educação em saúde não é o recurso mais utilizado para atender a demanda dos doentes de TB, fato este que interfere significativamente no diálogo e construção do conhecimento (CLEMENTINO; MIRANDA, 2015).

O sucesso das ações de educação em saúde não necessariamente está ligado a frequência com que os profissionais, especificamente os enfermeiros, realizam, mas ao compromisso social que fundamenta essa prática. Sobre compromisso social, Cavalcante e Silva (2016) destacam o empenho das enfermeiras que fizeram parte de sua pesquisa para controlar a transmissão da doença, respeitando o direito e a necessidade de ir e vir, sem que o doente se sinta isolado em casa, no trabalho ou na própria unidade de saúde. A orientação ao doente e sua família sobre a realidade da doença e seus mitos, foi uma das estratégias observadas. Outra estratégia para garantir ao doente de TB o acesso ao serviço sem colocar em risco a transmissão para crianças, idosos, gestantes e outros usuários da unidade básica, foi priorizar o atendimento quando o doente se encontrava na fase bacilífera.

Ao adotar estratégias de cuidado para evitar a transmissão da TB sem afetar a liberdade do doente e de todos que convivem ou que frequentam o mesmo ambiente que eles, os enfermeiros realmente assumem um importante compromisso social para controle da doença, compromisso esse que se reforça com a garantia de acesso ao serviço pelo doente e pelos demais usuários. Porém, ressalta-se que o acesso discutido nos estudos que compuseram esse segundo eixo temático, ultrapassa o ato de ingressar no sentido geográfico. O serviço no contexto apresentado e discutido pelas autoras esteve, na maioria das vezes, associado ao cuidado prestado ao doente independente do espaço físico.

A análise dos artigos que compuseram a amostra, permitiu a identificação inicial de 74 indicadores empíricos que após sublinhados no texto foram expostos aleatoriamente (Quadro 3) de acordo com o eixo temático do qual foram identificados, sendo 41 no primeiro eixo temático e 33 no segundo. Após comparação, dos indicadores, foram excluídos 6 do segundo eixo por estarem repetidos (moradia, adesão ao tratamento, acolhimento, impacto emocional, medo, barreira de acesso e condições sociais), restando 27 indicadores empíricos no referido eixo e 68 no total (Figura 2).

Quadro 3: Relação dos indicadores do cuidado extraídos dos eixos temáticos da revisão integrativa, João Pessoa, PB, Brasil, 2017.

Eixo temático	Indicadores empíricos
<p>1. A importância do envolvimento do doente de TB e da família no cuidado.</p> <p>(n=41)</p>	<p>Qualidade de vida; ambiente; domicílio; condições de ventilação; quantidade de moradores; tratamento; conhecimento sobre o diagnóstico; instabilidade emocional; limitações; preconceito; transmissibilidade; reações adversas; integralidade; enfrentamento da doença; troca de saberes; adesão ao tratamento; relação familiar; convívio familiar; convívio social; impacto emocional; medo; tristeza; estigma; acolhimento; remédios caseiros; crença; necessidades individuais; diálogo com a família; família no cuidado; responsável pelo cuidado; atividade remunerada; exames específicos; solicitação de exames; condições sociais; proteção social; emprego; moradia; escolaridade; barreiras de acesso; significado da TB; conhecimento.</p>
<p>2. Compromisso profissional e acesso dos doentes de TB ao cuidado de enfermagem.</p> <p>(n= 27)</p>	<p>Acesso ao serviço; recuperação do doente; condições precárias de vida; boa alimentação; necessidade do doente; orientações; compartilhamento de sentimentos; necessidades biológicas; aspectos culturais; participação efetiva; direito; reponsabilidade; uso de álcool e drogas; consultas com especialistas; realização de exames; vínculo; limitação física; segurança; reconhecimento; diálogo; quadro clínico; dificuldades financeiras; condições de sobrevivência; educação em saúde; transmissão da doença para vulneráveis (crianças, gestantes, idosos e outros); fase bacilífera; condições econômicas.</p>

A caracterização da produção científica relacionada ao cuidado de enfermagem à TB, mostrou como dado positivo o ano de publicação e o interesse das autoras, todas enfermeiras, em pesquisar sobre a temática, além disso, destaca-se principalmente a diversidade dos participantes das pesquisas, doentes de TB, familiares, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, médicos e profissionais da vigilância epidemiológica, que em seus discursos, a partir de diferentes perspectivas e experiências vividas, tornaram os resultados mais abrangentes, com maior número de informações importantes e complementares para a prática do cuidado.

Portanto, conclui-se essa etapa com um número satisfatório de indicadores que provavelmente serão válidos para a construção do instrumento norteador da visita domiciliar, pelo fato de terem sido extraídos de produções científicas que trouxeram discursos de importantes atores que compõem o cuidado a TB, em especial os doentes TB, os enfermeiros e

os familiares dos doentes de TB. Porém, a confirmação da validade desses indicadores só será concretizada nas etapas seguintes da pesquisa.

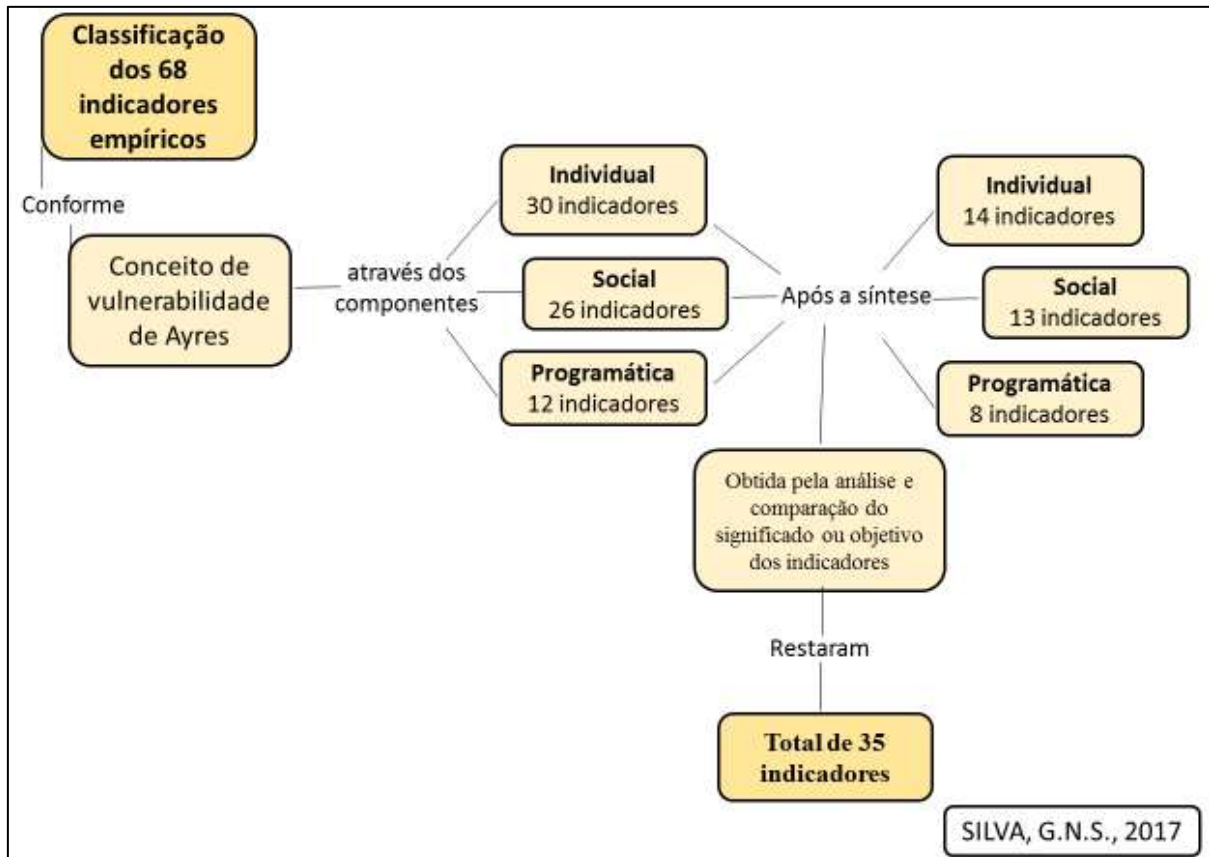
3.2.2 Segunda etapa: classificação dos indicadores empíricos conforme o conceito de vulnerabilidade de Ayres

Nessa etapa, esquematizada na figura 4, os 68 indicadores empíricos foram analisados e classificados de acordo com o conceito de vulnerabilidade de Ayres, expostos em um quadro relacionados em ordem alfabética para facilitar a classificação que ocorreu através dos componentes individual, social e programático, seguidos da síntese obtida após análise e comparação do significado ou objetivo dos indicadores e exclusão dos semelhantes (Quadro 4).

A escolha pelo conceito de vulnerabilidade para classificação dos indicadores empíricos utilizados no instrumento produto dessa pesquisa, surgiu a partir do conhecimento de que as maiores dificuldades enfrentadas no controle da TB, relacionam-se as vulnerabilidades que cercam o doente. Corroborando com tal reflexão, Cavalcante e Silva (2016) afirmam que no discurso de profissionais da vigilância epidemiológica que participaram de sua pesquisa, reforça-se o compromisso das enfermeiras no cuidado ao doente de TB, ressaltando-se ainda que as vulnerabilidades sociais apresentadas pelos doentes é que representam o maior empecilho para o controle efetivo da doença.

Entende-se que o primeiro passo para vencer o desafio da vulnerabilidade é tentar aproximar-se do doente. Para Brunello et al (2015), a visita domiciliar é uma importante ação que favorece não só a supervisão do tratamento medicamentoso, mas também o conhecimento das vulnerabilidades a que estão expostos os doentes.

Figura 4: Mapa conceitual com as fases da segunda etapa.



Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa, PB, Brasil, 2017.

Sobre o conceito de vulnerabilidade que irá nortear a classificação dos indicadores empíricos nessa etapa, é importante ressaltar que sua utilização na saúde pública, de acordo com Oviedo e Czeresnia (2015) surgiu na década de 90, vinculada a história da epidemia de HIV/AIDS e que nos últimos 10 anos, evidenciou-se um aumento pelo interesse acerca da vulnerabilidade em saúde com importantes avanços na sua avaliação com subsídio evidente às práticas clínicas nela fundamentada.

De uma forma geral e resumida, ele diz respeito a um processo que avalia a possibilidade que a pessoa tem de se expor a aspectos individuais e também coletivos que induzem a infecção e adoecimento, bem como, o que há e o quanto há de recursos disponíveis para que ele possa se proteger ou ser protegido mediante a infecção e adoecimento. Para analisar as condições de vulnerabilidade da pessoa, é necessário considerar três componentes interligados entre si: o individual, o social e o programático (AYRES et al, 2003 apud CZERESNIA e FREITAS, 2009).

Quando se trata do componente individual, o ponto de partida é conhecimento sobre o problema, é importante avaliar o que se sabe e quanto são verdadeiras as informações que a

pessoa detêm, em seguida, como são processadas e relacionadas tais informações com os problemas presentes no dia a dia da pessoa, para só então perceber o interesse e probabilidade de transformar o conhecimento em ações de proteção e promoção da saúde. Portanto, nesse componente, são considerados entre outros, os aspectos biológicos, cognitivos e sentimentais (AYRES et al, 2003 apud CZERESNIA e FREITAS, 2009).

A falta de conhecimento sobre a doença, transmissão, tratamento e cura, pode levar a consequências que afetem ainda mais a integridade física e emocional do doente de TB, interferindo nas relações interpessoais e principalmente na cura da doença. Para o doente de TB, o ideal é que o conhecimento seja construído ou reconstruído por profissionais de saúde capacitados, com propriedade sobre a doença, segurança e sensibilidade para transmitir as informações de acordo com a necessidade de ambos, profissional e doente.

No que diz respeito ao componente social, considera-se a capacidade que a pessoa apresenta para adquirir informações e recursos que possibilitem a mudança de suas ações. Porém, tal capacidade não depende apenas da pessoa, mas de vários aspectos que irão subsidiar as ações necessárias. Nesse contexto, citam-se as condições econômicas, a escolaridade, as crenças e outros fatores que se apresentarão como resultado do contexto no qual o doente está inserido (AYRES et al, 2003 apud CZERESNIA e FREITAS, 2009).

O terceiro e último componente utilizado para avaliar a vulnerabilidade da pessoa, é o componente programático, é necessário que se conheça os recursos oferecidos através de programas de saúde que possam ser ou que são empregados para evitar ou eliminar fatores que contribuem para a infecção e adoecimento da pessoa (AYRES et al, 2003 apud CZERESNIA e FREITAS, 2009).

Diante do exposto, reafirma-se a importância de estruturar o instrumento norteador da visita domiciliar em questão com base no conceito de vulnerabilidade de Ayres através de seus três componentes. No que diz respeito aos componentes, ao término dessa etapa, observou-se que a maioria dos indicadores empíricos obtidos na primeira etapa, se adequaram ao componente individual, e os demais foram distribuídos entre os componentes social e programático, sendo este último o que apresentou o menor número de indicadores, conforme demonstrados no quadro 4.

Quadro 4: classificação e síntese dos indicadores empíricos de acordo com o conceito de vulnerabilidade de Ayres e os componentes individual, social e programático, João Pessoa, PB, Brasil, 2017.

Componente individual	
Indicadores classificados (n = 30)	Indicadores após síntese (n = 14)
Adesão ao tratamento; Conhecimento; Conhecimento sobre o diagnóstico; Compartilhamento de sentimentos; Diálogo; Estigma; Enfrentamento da doença; Fase bacilífera; Instabilidade emocional; Impacto emocional; Limitações; Limitação física; Medo; Necessidades biológicas; Necessidade do doente; Necessidades individuais; Participação efetiva; Preconceito; Quadro clínico; Reações adversas; Relação familiar; Recuperação do doente; Responsabilidade; Reconhecimento; Segurança; Significado da TB; Transmissibilidade; Tratamento; Tristeza; Uso de álcool e drogas.	Adesão ao tratamento (participação efetiva, uso de álcool e drogas); Conhecimento sobre a TB (diagnóstico, transmissão e tratamento); Enfrentamento da doença (medo, preconceito, tristeza); Quadro clínico (reações adversas, limitações físicas).
Componente social	
Indicadores classificados (n = 26)	Indicadores após síntese (n = 13)
Ambiente; Aspectos culturais; Atividade remunerada; Boa alimentação; Condições de ventilação; Convívio familiar; Convívio social; Condições sociais; Condições precárias de vida; Condições econômicas; Condições de sobrevivência; Crença; Domicílio; Dificuldades financeiras; Direito; Emprego; Escolaridade; Família no cuidado; Moradia; Qualidade de vida; Quantidade de moradores; Remédios caseiros; Responsável pelo cuidado; Segurança; Transmissão da doença para vulneráveis (crianças, gestantes, idosos e outros); Troca de saberes.	Escolaridade; Condições econômicas (emprego, dificuldades financeiras); Moradia (ventilação, quantidade de moradores); Aspectos culturais (remédios caseiros); Convívio familiar (responsável pelo cuidado, presença de vulneráveis).
Componente programático	
Indicadores classificados (n = 12)	Indicadores após síntese (n = 8)
Acolhimento; Acesso ao serviço; Barreiras de acesso; Consultas com especialistas; Diálogo com a família; Educação em saúde; Exames específicos; Integralidade; Orientações; Proteção social; Solicitação de exames; Vínculo.	Acesso ao serviço (acolhimento, consultas, exames); Educação em saúde (diálogo com a família, orientações); Proteção social.

Após a análise dos 30 indicadores empíricos classificados no componente individual, 14 indicadores foram selecionados para a síntese, dos quais destacam-se 4 como indicadores essenciais para a construção do instrumento proposto, a adesão ao tratamento, o conhecimento sobre a TB, o enfrentamento da doença e o quadro clínico. Já no componente social, que teve

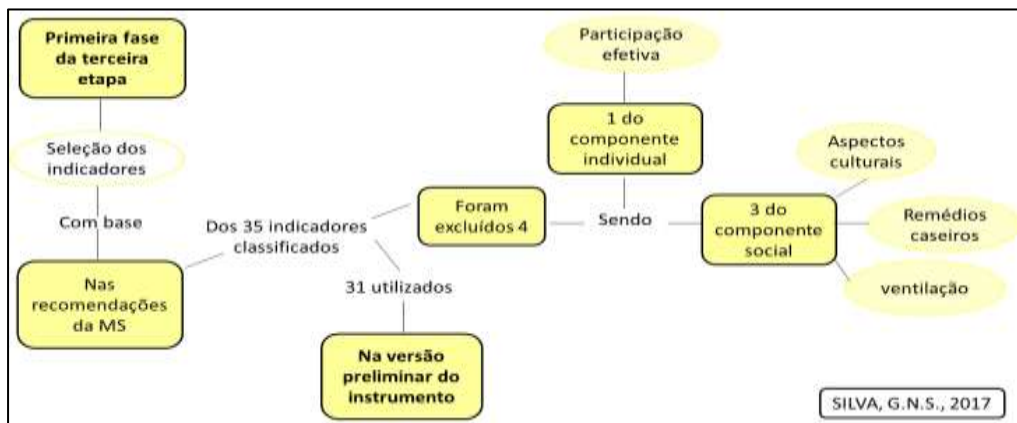
26 indicadores classificados, a análise permitiu uma síntese com 13 indicadores, sendo 5, a escolaridade, as condições econômicas, a moradia, os aspectos culturais e o convívio familiar, os destacados como essencial.

O componente programático, apesar de ter apresentado apenas 12 indicadores empíricos classificados, a síntese foi composta por 8 com destaque para 3, considerados até o momento, além de essenciais, os mais completos, que foram a acesso ao serviço, a educação em saúde e a proteção social. Portanto, a finalização dessa etapa cria a expectativa de que a síntese do componente programático é a mais provável de ter todos os indicadores selecionados para a estruturação do instrumento.

3.2. 3 Terceira etapa: seleção dos indicadores empíricos e estruturação do instrumento

A terceira etapa, se configurou de duas fases, a primeira fase, demonstrada na figura 5, que correspondeu a seleção dos indicadores classificados e sintetizados na etapa anterior, foi feita com base nas recomendações do MS, especificamente do Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil e do Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem, ambos publicados em 2011. E deu origem a estruturação da versão preliminar do instrumento proposto.

Figura 5 – mapa conceitual com a primeira fase da terceira etapa.

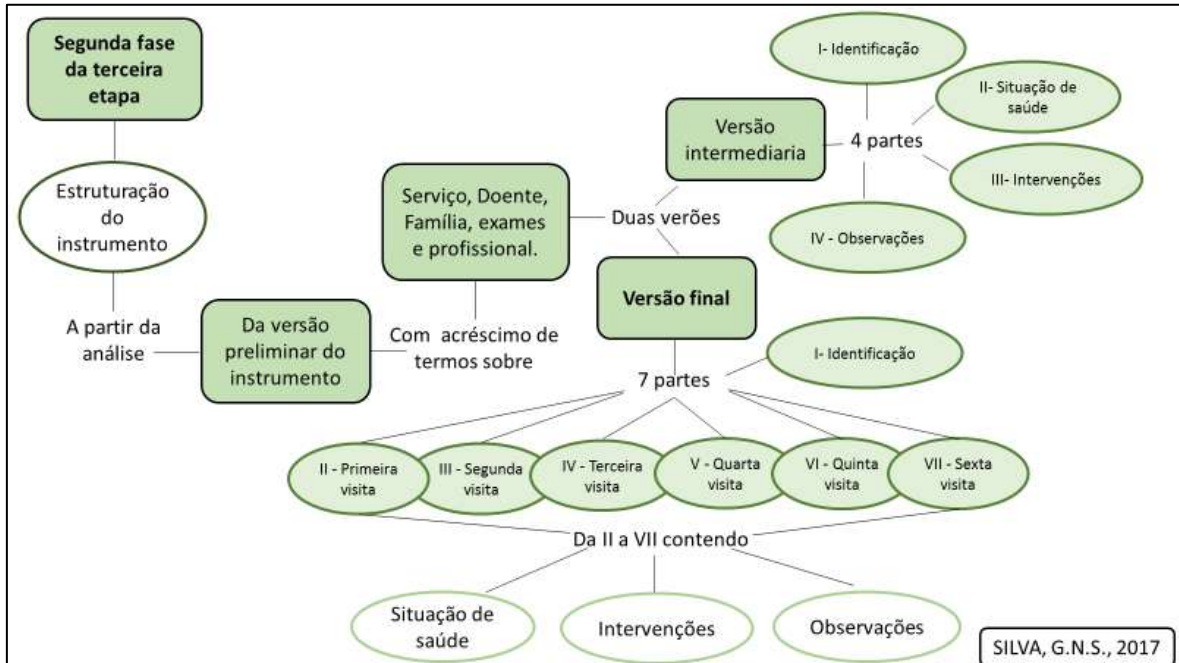


Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa, PB, Brasil, 2017.

Já a segunda fase, demonstrada na figura 6, resultou em mais duas versões do instrumento proposto para nortear a visita domiciliar. Foi realizada a partir do uso coerente dos indicadores selecionados e classificados conforme exposto na versão preliminar (figura 7), com acréscimo de informações julgadas necessárias para identificação do serviço, do doente e do enfermeiro, o que resultou na versão intermediária do instrumento (figura 8). Ao analisar a estrutura, percebeu-se a necessidade de uma nova formatação para permitir que o instrumento

se configure mais claramente como recurso de acompanhamento, que resultou finalmente na versão final do instrumento (figura 9).

Figura 6: mapa conceitual com a segunda fase da terceira etapa.



Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa, PB, Brasil, 2017.

Como resultado da **primeira fase** dessa etapa, dos indicadores empíricos relacionados ao componente individual, destaca-se pela relação com os demais, a adesão ao tratamento como um importante indicador para o instrumento norteador da visita domiciliar estruturado nessa etapa. De acordo com Brasil (2011), quando se trata de casos novos de TB, a visita possibilita ao profissional identificar empecilhos que possam contribuir com a não adesão ao tratamento.

Conforme o protocolo de enfermagem estabelecido pelo MS para o TDO da TB na atenção básica, com o objetivo de estimular a adesão ao tratamento, o doente deve ser visto regularmente com intervalos que não ultrapassem 30 dias, para monitoramento de reações adversas, condições clínicas e laboratoriais. As reações adversas são divididas em dois grupos, as de menor impacto, que não necessitam de interrupção ou substituição do esquema básico e as reações mais impactantes que geralmente associam-se ao uso de álcool, idade superior a 40 anos, desnutrição, doença hepática anterior ao tratamento e coinfeção pelo HIV na fase de imunossupressão (BRASIL, 2011; 2011b).

Sendo assim, é fundamental que o enfermeiro identifique os doentes de maior risco para reações adversas que contribuem para o abandono de tratamento e realize um monitoramento

das condições clínicas, inclusive com avaliação mensal de resultados de exames laboratoriais, como hemograma e bioquímica da função renal e hepática. E que além dessa identificação e monitoramento, informe ao doente as reações possíveis devido ao uso da medicação, orientando principalmente sobre as que necessitam ser comunicadas ao profissional de saúde para adoção de condutas que envolvem, ajustes de horários das doses, introdução de medicamentos para amenizar alguns sintomas e substituição do esquema básico por um esquema especial (BRASIL, 2011b).

No que diz respeito a falta de conhecimento sobre a TB, entende-se que as consequências vão além do retardo do diagnóstico, tratamento e aumento da transmissão da doença, pois interfere também no enfrentamento da doença quando esta é diagnosticada, favorecendo o surgimento de sentimentos negativos como medo, preconceito e tristeza que nem sempre são experimentados apenas pelos doentes, mas também pelas pessoas com quem ele convive, em especial seus familiares.

O esclarecimento sobre a doença, manifestações, formas de diagnóstico, duração do tratamento, reações adversas, dúvidas, tabus e estigmas, para o doente e familiares, faz parte das atribuições do enfermeiro durante a consulta de enfermagem e visita domiciliar. Os sentimentos expressos (BRASIL, 2011b). Ressalta-se que os sentimentos negativos expostos pelo doente, podem ter relação com o isolamento provocados pela rejeição de familiares e amigos preconceituosos que não possuem conhecimento adequado sobre a doença e também pela limitação física consequente da TB que impede o doente de prosseguir com suas atividades sociais e de trabalho e até mesmo prosseguir com o tratamento (BRASIL, 2011).

Nesse contexto, considera-se que a resposta humana a doença não depende apenas do componente individual, mas das relações interpessoais com a família e demais pessoas que fazem parte do seu convívio social, bem como de situações que não são tão simples de serem modificadas, como é o caso de alguns dos indicadores empíricos classificados no componente social, a exemplo da escolaridade e condições de moradia.

É importante que o enfermeiro conheça o perfil dos clientes da unidade de saúde, levantando dados socioeconômicos, sobre a escolaridade, condições de trabalho, faixa etária, sexo, entre outros, preferencialmente por entrevista domiciliar o que possibilita a confirmação de informações sobre o ambiente, saneamento, quantidade de moradores, prevalência e incidência das doenças (BRASIL, 2011). A escolaridade é uma das informações essenciais a ser obtida pelo enfermeiro, pois interferem no modo de transmitir conhecimento e esclarecer as dúvidas apresentadas pelo doente de TB.

Após o diagnóstico da TB, o enfermeiro deve buscar na primeira visita domiciliar, informações sobre os aspectos sanitários e do ambiente no qual o doente está inserido, com o objetivo de identificar riscos que proporcionem aumento de transmissão da doença, intervindo quando possível para minimizar esses riscos. Deve-se investigar sobre a quantidade de pessoas que residem no domicílio, as doenças mais comuns apresentadas por essas pessoas, com relevante avaliação dos cartões de vacinas dos adultos e crianças e identificação de contatos com sintomas respiratórios (BRASIL, 2011b). Ao identificar que existem contatos com suspeita de TB, é preciso realizar os encaminhamentos necessários para realização de consultas, de exames e do início de tratamento (BRASIL, 2011).

Quando se trata de encaminhamentos, o acesso ao serviço e o acolhimento são dois indicadores que fazem parte do componente programático que merecem destaque, esses termos possuem uma forte ligação. De acordo com Brasil (2011b), o bom acolhimento ao doente pode ser verificado através do acesso em tempo hábil à recursos mais específicos como exames laboratoriais e baciloscopia, e também pela capacidade do serviço de atender as expectativas do doente e escutar dele os problemas que impedem o tratamento.

Os problemas que impedem o doente de prosseguir com o tratamento podem estar associados as dificuldades financeiras. Cabe ao enfermeiro identificar durante a visita a necessidade de inserção do doente em programas de proteção social que viabilizem não só condições de acesso ao serviço de saúde, mas principalmente a condições adequadas de higiene e alimentação. Para Brasil (2011b), a visita domiciliar é um momento oportuno para que o enfermeiro analise a necessidade de encaminhar o doente ao serviço social.

Outro importante indicador empírico que se encontra classificado nesse estudo no componente programático é a educação em saúde, para essa prática o enfermeiro precisa conhecer e respeitar os aspectos culturais apresentados pelo doente de TB, família e comunidade. Nesse processo, não há um padrão a ser seguido, mas um objetivo a ser alcançado através do diálogo entre todos os interessados.

Nesse contexto, a educação em saúde se apresenta como uma importante ferramenta para garantir ao doente a integralidade do cuidado, devendo ser implementada entre e a equipe de saúde e usuários com o apoio de especialistas, serviços públicos, privados, familiares, vizinhos e organizações sociais envolvidos de alguma forma com o problema de saúde, através de uma discussão que possibilite do tratamento à cura da doença (BRASIL, 2011b).

Diante do exposto, observou-se que todos os indicadores classificados na etapa anterior da presente pesquisa, foram contemplados nas recomendações feitas pelo MS, alguns de forma mais explícita e outros de forma mais indireta. Dos 14 indicadores empíricos do componente

individual, apenas a participação efetiva passa a não fazer parte da seleção para a estruturação do instrumento norteador da visita domiciliar, pois apesar de sua importância, representa mais um resultado obtido do que algo que necessite ser investigado, além disso, sua exclusão considera as recomendações do MS que são baseadas em condições ou situações que interferem negativamente no controle da doença.

No componente social, dos 13 indicadores classificados, os aspectos culturais, os remédios caseiros e a ventilação, foram excluídos, não pelo grau de importância ressaltado nas recomendações do MS, mas pelo fato de surgirem possivelmente como resultado durante a investigação com outros indicadores. Finalmente, sobre os indicadores do componente programático, como previsto na etapa anterior, os 8 classificados foram selecionados para compor o instrumento proposto.

Após a seleção de 31 dos 35 indicadores classificados de acordo com o conceito de vulnerabilidade e seus componentes individual, social e programático, a versão preliminar do instrumento norteador da visita domiciliar foi estruturado conforme demonstrado na figura 6, dividido em quatro partes, identificação, situação de saúde, intervenções e observações. Ressalta-se que os indicadores, acesso ao serviço, acolhimento e educação em saúde, não estão explícitos no instrumento, mas foram utilizados de modo subjetivo para estruturá-lo.

No que diz respeito ao indicador empírico acolhimento, destaca-se que apesar da visita domiciliar remeter a ideia de que o doente de TB e sua família é que irão acolher o enfermeiro em sua residência, utilizou-se tal indicador para estruturar as três versões do instrumento de modo que o profissional acolha o doente de TB e o familiar presente no momento da visita. Já a educação em saúde se faz presente no espaço de orientações que são fornecidas durante a visita. O acesso ao serviço é identificado implicitamente em várias partes do instrumento, desde a investigação sobre as condições sociais até as observações, espaço destinado ao registro de informações sobre qualquer problema que interfira no sucesso do tratamento.

Figura 7: Versão preliminar do instrumento de acompanhamento para nortear a visita domiciliar de pessoas com tuberculose na atenção primária em saúde.

I. IDENTIFICAÇÃO		
Escolaridade:		
Condições econômicas: <input type="checkbox"/> Emprego <input type="checkbox"/> Dificuldades financeiras		
Proteção social: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
Moradia: _____		Quantidade de moradores: ____
Convívio familiar:		
Presença de familiar durante a VD: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim		Especificar:
responsável pelo cuidado: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim		
Presença de vulnerável: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim		
II. SITUAÇÃO DE SAÚDE		
Demonstra conhecimento sobre: <input type="checkbox"/> diagnóstico <input type="checkbox"/> transmissão <input type="checkbox"/> tratamento		
Risco para não adesão ao tratamento: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim		Motivos: <input type="checkbox"/> álcool <input type="checkbox"/> drogas <input type="checkbox"/> outro:
Enfrentamento da doença: <input type="checkbox"/> medo <input type="checkbox"/> preconceito <input type="checkbox"/> tristeza <input type="checkbox"/> outro, especificar:		
Quadro clínico: <input type="checkbox"/> Reações adversas <input type="checkbox"/> Limitações físicas	Especificar queixas: _____ _____ _____	
Exames realizados: _____ _____ _____ _____	Data: ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____	Resultado/observações: _____ _____ _____ _____
III. INTERVENÇÕES		
<input type="checkbox"/> Solicitação de exames <input type="checkbox"/> Encaminhamento para consultas <input type="checkbox"/> Outras _____ _____		_____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Orientações ao doente: _____ _____ _____		<input type="checkbox"/> Orientações ao familiar: _____ _____ _____
IV. OBSERVAÇÕES		
_____ _____ _____ _____		

Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa, PB, Brasil, 2017.

Portanto, ao término dessa primeira fase, considera-se que a construção da versão preliminar do instrumento proposto utilizando os 31 indicadores empíricos selecionados, foi fundamental para orientar a segunda fase dessa última etapa, principalmente sobre a necessidade de acréscimos de termos relacionados aos indicadores, que permitam uma melhor coleta de dados e como consequência uma adequada avaliação com eficientes intervenções que possibilitem a cura da doença.

Sendo assim, como resultado inicial da **segunda fase**, foi mantida na versão intermediária do instrumento a divisão estrutural de quatro partes de acordo com a versão preliminar. Na primeira parte que correspondeu ao item I, identificação, foram acrescentados termos que possibilitam a obtenção de informações sobre o número do prontuário do doente de acordo com os registros na unidade de saúde e o nome da unidade em que ele se encontra cadastrado. Sobre o doente, os termos utilizados objetivaram caracterizá-lo socialmente, fato este que favorece a identificação de vulnerabilidade social.

Na sequência, os termos utilizados consideraram o contexto familiar no qual o doente está inserido e o envolvimento destes no processo saúde e doença, inclusive com identificação de manifestações clínicas apresentadas por eles em consequência do contato com o doente. Na segunda parte que foi estruturada a partir do item situação de saúde, julgou-se necessário acrescentar termos que forneçam dados mais específicos sobre a confirmação do diagnóstico, o impacto emocional e físico da doença e o tratamento. Também buscou-se favorecer a identificação de vulnerabilidades individuais através da pré-existência de doenças crônicas que afetam a imunidade do doente e agravam sua condição clínica e sua resposta ao tratamento.

Sobre os exames, com base nas informações do MS, acrescentou-se sob forma de *checklist*, os exames específicos de controle e monitoramento da evolução clínica da doença e complicações decorrentes do tratamento farmacológico, com espaço para registrar inclusive outros que não tenham sido contemplados no *checklist*. De acordo com o protocolo de enfermagem do MS (2011b), durante o acompanhamento da evolução do doente adulto com TB pulmonar, recomenda-se a realização de uma baciloscopia mensal para controle, sendo indispensável a realização no segundo, quarto e sexto mês no esquema básico. Na presença de baciloscopia positiva no final do segundo mês de tratamento, é necessário que seja feita uma cultura para micobactérias com teste de sensibilidade. Para a comprovação da cura em doentes bacilíferos, são necessárias pelo menos duas baciloscopias negativas, uma apresentada durante o acompanhamento do tratamento e outra na fase final do tratamento.

Outro exame com recomendação de realização periódica, a partir do segundo mês de tratamento, é o exame radiológico, o monitoramento objetiva acompanhar a regressão ou

agravamento das lesões principalmente em doentes que não apresentam mais expectoração. Ressalta-se que para seguir tal recomendação, o enfermeiro deve avaliar a disponibilidade de recursos existentes no serviço, bem como, as condições de vulnerabilidade do doente. Os demais exames que compõem o *checklist* foram acrescentados ao considerar a hepatotoxicidade e outras reações adversas das drogas (Anexo A) utilizadas durante o tratamento, consideradas menores ou maiores e que requerem de acordo com o protocolo de enfermagem do MS (2011b), monitoramento e em alguns casos mudança de conduta.

No terceiro item do instrumento, denominado intervenções, destaca-se na versão intermediária o acréscimo da verificação do peso e o ajuste da dose, pela importante relação com as reações adversas provocadas por doses inadequadas e pela eficácia do tratamento. Conforme indicação do protocolo referido nos parágrafos anteriores, o monitoramento do peso deve ser feito para avaliar a necessidade de ajustes na dose dos medicamentos prescritos (Anexo B). Para finalizar o item intervenções, manteve-se nessa versão o espaço para orientações ao doente e familiar, pois o registro dessas informações são fundamentais para avaliação da compreensão e participação de ambos durante o acompanhamento.

Finalmente, no último item, foi reservado um espaço para que o enfermeiro registre observações sobre qualquer aspecto ou condição que julgue importante e que não tenha sido contemplada nos outros itens do instrumento e que possam interferir no sucesso do tratamento. Como se trata de um instrumento que será utilizado em uma ação executada pelo enfermeiro, estruturou-se um espaço para o nome do enfermeiro, o número do registro no conselho de classe e a data da realização da visita.

Figura 8: Versão intermediária do instrumento de acompanhamento para nortear a visita domiciliar de pessoas com tuberculose na atenção primária em saúde.

I. IDENTIFICAÇÃO		
Prontuário: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim, n. ^o		Unidade de saúde:
Nome:		Idade:
Sexo:	Estado civil:	Data de nascimento: / /
Endereço:		
Escolaridade: <input type="checkbox"/> Ensino fundamenta <input type="checkbox"/> médio <input type="checkbox"/> superior <input type="checkbox"/> outro, especificar:		
Profissão:	Situação: <input type="checkbox"/> Trabalhando <input type="checkbox"/> desempregado <input type="checkbox"/> outra, especificar:	
Proteção social: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim, especificar:		
Moradia: <input type="checkbox"/> adequada <input type="checkbox"/> inadequada, especificar:		
Outros moradores no domicílio: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim, quantidade:		
Presença de familiar durante a VD: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim		Especificar:
Familiar auxilia no cuidado: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim		
Presença de sintomático respiratório: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim		
Presença de vulnerável: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim		
II. SITUAÇÃO DE SAÚDE		
Diagnóstico confirmado na data: / /		Em tratamento: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim, data: / /
Demonstra conhecimento sobre: <input type="checkbox"/> diagnóstico <input type="checkbox"/> transmissão <input type="checkbox"/> tratamento		
Risco para não adesão ao tratamento: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim		Motivos: <input type="checkbox"/> álcool <input type="checkbox"/> drogas <input type="checkbox"/> outro:
Enfrentamento da doença: <input type="checkbox"/> medo <input type="checkbox"/> preconceito <input type="checkbox"/> tristeza <input type="checkbox"/> outro, especificar:		
Quadro clínico: <input type="checkbox"/> Reações adversas <input type="checkbox"/> Limitações físicas	Especificar queixas: _____ _____ _____	
Doenças crônicas: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim, especificar:		
Exames realizados: <input type="checkbox"/> Rx <input type="checkbox"/> Baciloscopia <input type="checkbox"/> PPD <input type="checkbox"/> Sorologia/HIV <input type="checkbox"/> Hemograma <input type="checkbox"/> Bioquímica da função renal <input type="checkbox"/> Bioquímica da função hepática <input type="checkbox"/> Outro, especificar: _____ _____	Data: ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____	Resultado/observações: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
III. INTERVENÇÕES		
<input type="checkbox"/> Solicitação de exames <input type="checkbox"/> Encaminhamento para consultas <input type="checkbox"/> Verificação do peso _____ <input type="checkbox"/> Ajuste da dose		_____ _____ _____

<input type="checkbox"/> Outras		
<input type="checkbox"/> Orientações ao doente:	<input type="checkbox"/> Orientações ao familiar:	
IV. OBSERVAÇÕES		
Enfermeiro	COREN	Data / /

Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa, PB, Brasil, 2017.

Ao analisar a versão intermediária do instrumento, observou-se que os componentes e a estrutura só seriam suficientes para a realização de uma visita, especificamente a primeira. Como o objetivo da presente pesquisa foi estruturar um instrumento de acompanhamento, ele não poderia permanecer na versão apresentada na figura 8. Após uma reestruturação na formatação, utilizando os componentes e itens já existentes, o instrumento passou a ser dividido em 7 partes principais, resultando na versão final do instrumento conforme representado na figura 9. A primeira delas, a identificação, em relação a versão intermediária, teve alteração apenas no tamanho da fonte, os componentes permaneceram os mesmos.

A partir da segunda parte, os itens II, III e IV, que antes eram designados situação de saúde, intervenções e observações, passaram a ser representados pelos termos primeira visita, segunda visita e terceira visita. Como a recomendação do MS para acompanhamento do doente de TB é de 6 meses, foram acrescentados mais três itens, V, VI e VII, denominados quarta visita, quinta visita e sexta visita. Os componentes do II ao VII item foram mantidos quanto a situação de saúde, intervenção e observações, com alterações mais significativas apenas a partir do III item, segunda visita, pela exclusão de componentes que levam a informações que ao serem obtidas na primeira visita, não são necessárias de nova verificação, como é o caso da investigação sobre a data de confirmação doença.

Figura 9: Versão final do instrumento de acompanhamento para nortear a visita domiciliar de pessoas com tuberculose na atenção primária em saúde.

I. IDENTIFICAÇÃO			
Prontuário n.º		Unidade de saúde:	
Nome:			Idade:
Sexo:	Estado civil:	Data de nascimento: / /	
Endereço:			Telefone:
Escolaridade: <input type="checkbox"/> Ensino fundamental <input type="checkbox"/> médio <input type="checkbox"/> superior <input type="checkbox"/> outro, especificar:			
Profissão:		Situação: <input type="checkbox"/> trabalhando <input type="checkbox"/> desempregado <input type="checkbox"/> outra, especificar:	
Proteção social: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim, especificar:			
Moradia: <input type="checkbox"/> adequada <input type="checkbox"/> inadequada, especificar:			
Outros moradores no domicílio: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim, quantidade:			
Familiar auxilia no cuidado: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim		Presença de vulnerável: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	
II. PRIMEIRA VISITA			
SITUAÇÃO DE SAÚDE		INTERVENÇÕES	
Diagnóstico confirmado, data: / / Notificação: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim		<input type="checkbox"/> Solicitação de exames	
Em tratamento: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim, data: / /		<input type="checkbox"/> Encaminhamento para consultas	
Doenças crônicas: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim, especificar: _____ _____		<input type="checkbox"/> Verificação do peso _____	
Demonstra conhecimento sobre: <input type="checkbox"/> Diagnóstico <input type="checkbox"/> transmissão <input type="checkbox"/> tratamento		<input type="checkbox"/> Ajuste da dose	
Risco para não adesão ao tratamento: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim		<input type="checkbox"/> Dose supervisionada	
Motivos: <input type="checkbox"/> álcool <input type="checkbox"/> drogas <input type="checkbox"/> outro:		Orientações ao doente: _____ _____ _____ _____	
Enfrentamento da doença <input type="checkbox"/> medo <input type="checkbox"/> preconceito <input type="checkbox"/> Tristeza <input type="checkbox"/> outro, especificar:		Orientações ao familiar _____ _____ _____ _____	
Quadro clínico: <input type="checkbox"/> Reações adversas <input type="checkbox"/> Limitações físicas	Especificar sinais e sintomas /reações: _____ _____ _____		
Exames realizados: <input type="checkbox"/> Baciloscopia <input type="checkbox"/> Rx <input type="checkbox"/> PPD <input type="checkbox"/> Sorologia/HIV <input type="checkbox"/> Hemograma <input type="checkbox"/> Bioq. Renal <input type="checkbox"/> Bioq. Hepática <input type="checkbox"/> Outro _____	Data: _/_/_	Resultado/observações: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
Presença de familiar durante a VD: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> sim, especificar:		OBSERVAÇÕES	
Presença de sintomático respiratório: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim		_____ _____ _____ _____	
Conduta: _____		PRÓXIMA VISITA, DATA / /	
Enfermeiro		COREN	Data / /
III. SEGUNDA VISITA			
SITUAÇÃO DE SAÚDE		INTERVENÇÕES	
Risco para não adesão ao tratamento: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Especificar risco:		<input type="checkbox"/> Solicitação de exames	
Enfrentamento da doença <input type="checkbox"/> medo <input type="checkbox"/> preconceito <input type="checkbox"/> Tristeza <input type="checkbox"/> outro, especificar:		<input type="checkbox"/> Encaminhamento para consultas	
Quadro clínico: <input type="checkbox"/> Reações adversas <input type="checkbox"/> Limitações físicas	Especificar sinais e sintomas/reações: _____ _____		
		<input type="checkbox"/> Verificação do peso _____	
		<input type="checkbox"/> Ajuste da dose	
		<input type="checkbox"/> Dose supervisionada	
		Orientações ao doente: _____	

Exames realizados: <input type="checkbox"/> Baciloscopia de controle <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	Data: __/__/__ __/__/__ __/__/__ __/__/__ __/__/__ __/__/__	Resultado/observações: _____ _____ _____ _____ _____ _____
Presença de familiar durante a VD: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> sim, especificar: _____		
Presença de sintomático respiratório: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Conduta: _____		
OBSERVAÇÕES		
_____ _____ _____ _____		
PRÓXIMA VISITA, DATA / /		
Enfermeiro	COREN	Data / /
IV. TERCEIRA VISITA		
SITUAÇÃO DE SAÚDE		INTERVENÇÕES
Risco para não adesão ao tratamento: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Especificar risco: _____		<input type="checkbox"/> Solicitação de exames <input type="checkbox"/> Encaminhamento para consultas <input type="checkbox"/> Verificação do peso _____ <input type="checkbox"/> Ajuste da dose <input type="checkbox"/> Dose supervisionada _____ Orientações ao doente: _____ _____ _____ _____
Enfrentamento da doença <input type="checkbox"/> medo <input type="checkbox"/> preconceito <input type="checkbox"/> Tristeza <input type="checkbox"/> outro, especificar: _____		
Quadro clínico: <input type="checkbox"/> Reações adversas <input type="checkbox"/> Limitações físicas	Especificar sinais e sintomas/reações: _____ _____ _____ _____	
Exames realizados: <input type="checkbox"/> Baciloscopia de controle <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	Data: __/__/__ __/__/__ __/__/__ __/__/__ __/__/__	Resultado/observações: _____ _____ _____ _____ _____ _____
Presença de familiar durante a VD: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> sim, especificar: _____		
Presença de sintomático respiratório: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Conduta: _____		
OBSERVAÇÕES		
_____ _____ _____ _____		

Presença de familiar durante a VD: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> sim, especificar: _____		_____
Presença de sintomático respiratório: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Conduta: _____		_____
OBSERVAÇÕES		

PRÓXIMA VISITA, DATA: / /		
Enfermeiro	COREN	Data / /
VII. SEXTA VISITA		
SITUAÇÃO DE SAÚDE		INTERVENÇÕES
Risco para não adesão ao tratamento: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Especificar risco: _____		<input type="checkbox"/> Solicitação de exames <input type="checkbox"/> Encaminhamento para consultas <input type="checkbox"/> Verificação do peso _____ <input type="checkbox"/> Ajuste da dose <input type="checkbox"/> Dose supervisionada
Enfrentamento da doença <input type="checkbox"/> medo <input type="checkbox"/> preconceito <input type="checkbox"/> Tristeza <input type="checkbox"/> outro, especificar: _____		
Quadro clínico: <input type="checkbox"/> Reações adversas <input type="checkbox"/> Limitações físicas	Especificar sinais e sintomas/reações: _____ _____ _____ _____	Orientações ao doente: _____ _____ _____ _____
Exames realizados: <input type="checkbox"/> Baciloscopia de controle <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	Data: ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____	Resultado/observações: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
Orientações ao familiar: _____ _____ _____ _____		
Presença de familiar durante a VD: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> sim, especificar: _____		
Presença de sintomático respiratório: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Conduta: _____		
OBSERVAÇÕES		

Enfermeiro	COREN	Data / /

Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa, PB, Brasil, 2017.

NOTA

NA PARTE I:

Sobre proteção social, considerar auxílio doença, cesta básica e outros benefícios concedidos pelo governo;

Sobre moradia, avaliar ventilação, condições de higiene, tipo de casa, número de cômodos e número de pessoas na casa;

Sobre presença de vulneráveis, considerar gestantes, idosos, portadores de doenças crônicas imunossupressoras e crianças (0 - 4 anos, analisar cartão de vacina – BCG).

CAPÍTULO 4

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando nos dispomos a realizar uma pesquisa, é importante estarmos preparados para as eventualidades que irão surgir durante o seu desenvolvimento. Nem sempre os caminhos estabelecidos no início, serão os caminhos que irão subsidiar os resultados que pretendemos alcançar. No decorrer do processo para a construção do instrumento aqui proposto, os desafios que surgiram e foram enfrentados, serviram para mostrar opções de caminhos mais adequados.

O primeiro passo dado foi a busca de informações sobre as necessidades no âmbito da APS que justificassem a construção do referido instrumento. Para tal investigação, buscou-se compreender a partir de pesquisas publicadas, como estava ocorrendo a gestão do cuidado aos doentes de TB na APS. Observou-se várias dificuldades e a citação de conhecidas estratégias, na visão de gestores, doentes de TB e profissionais de enfermagem. Apesar de não haver uma grande expectativa em relação a novas dificuldades e estratégias, um fato importante chamou atenção, o reconhecimento por parte dos envolvidos no processo do cuidado, da visita domiciliar como uma possibilidade de modificar uma situação que a décadas vem sendo um incômodo para a saúde pública no Brasil e no mundo, a permanência da TB como doença que tem cura, mas que não se consegue combater.

Surge, então, a necessidade que se buscava para justificar a elaboração do instrumento norteador da visita domiciliar de pessoas com tuberculose na APS, pois se as mesmas estratégias são citadas, utilizadas e não surtem o efeito desejado, é necessário modificar a forma de implementá-las. Sendo assim, prosseguimos com a busca de dados que fortalecessem a concretização do objetivo dessa pesquisa, para criar um recurso tecnológico, possível de ser utilizado pelo enfermeiro na conhecida estratégia da visita domiciliar, renovando tal prática e alcançando melhores resultados.

Inicialmente, pela aproximação profissional com a teoria das necessidades humanas básicas, e pelo reconhecimento de que o doente de TB tem afetadas tais necessidades, acreditou-se que seria esse o embasamento teórico que auxiliaria na construção do instrumento. Porém, com o avançar da pesquisa, percebeu-se que o cuidado aos doentes, deveria ultrapassar essas necessidades. Tal fato, ocorreu quando se fez um levantamento sobre os desafios relacionados a vulnerabilidade e ao abandono de tratamento, em que se destacou a vulnerabilidade como importante e complexo motivo que interfere no controle da TB na APS.

Esse destaque, foi a eventualidade que estabeleceu um novo caminho para o alcance do objetivo determinado nessa pesquisa. Buscou-se então aprofundar a leitura sobre a vulnerabilidade, e a influência do conceito em relação ao cuidado prestado ao doente de TB. O

resultado comprovou que a vulnerabilidade nos seus três componentes, social, programática e individual englobam todos os indicadores empíricos extraídos de artigos para compor o instrumento em questão. Por isso, ao contrário do que se planejou inicialmente, optou-se pelo referido conceito para dar continuidade a pesquisa.

Sobre o produto resultante desse estudo, ressalta-se que, apesar da boa aceitação de usuários e profissionais sobre a visita domiciliar, existiu durante a construção do instrumento, o compromisso de elaborar um recurso tecnológico que não passe a ser visto apenas como mais um papel a ser preenchido pelo enfermeiro em consequência dessa visita, e que nem tão pouco, represente para o doente de TB um distanciamento da compreensão do que deve ser de fato a visita domiciliar. Conseqüentemente, após a classificação e seleção dos indicadores empíricos, acrescentou-se com cautela, os termos complementares.

Espera-se que esse recurso tecnológico alcance os benefícios já mencionados de permitir que o enfermeiro a partir de sua utilização, torne a visita domiciliar mais efetiva, favorável ao cuidado e a prática profissional, com padrão para identificação de problemas relacionados a vulnerabilidade e a complicações clínicas, com espaço para registros de intervenções e um panorama apropriado para avaliação da real situação do doente de TB que será beneficiado pela assistência contínua, individualizada, adequada as suas reais necessidades. E que estes benefícios, não sejam restritos ao doente de TB e o enfermeiro, mas que envolva a família, percebida durante o desenvolvimento desse estudo como componente efetivo para o alcance da cura do doente.

Nesse contexto, a inclusão da família no instrumento, ultrapassa a condição de provedora do cuidado devido a possibilidade que seus membros têm de serem afetados biopsicossocialmente pela presença e convívio com um de seus membros doentes de TB. Portanto, é necessário que a família seja vista pelo enfermeiro como merecedora de atenção durante a visita, tanto para auxiliar no cuidado, como para receber cuidado se assim for necessário. Finalmente, além dos beneficiados já citados, inclui-se o serviço que terá em uma estratégia já estabelecida a probabilidade de melhores resultados.

Contudo, admite-se que esse estudo não se encerra aqui, para que o produto tecnológico resultado dessa pesquisa venha a ser utilizado durante a visita domiciliar e se alcance os benefícios citados, é fundamental que ele passe por um processo de validação, pois seu conteúdo precisa ser avaliado pelos enfermeiros da APS que prestam assistência aos doentes de TB através da visita domiciliar.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A.L. Atenção e cuidado em saúde no ambiente familiar: aspectos da visita domiciliar. **Rev. APS**, v.14, n. 4, p. 472-480, out/dez, 2011.

ANDRADE, A. M. et al. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n.1, p.165-175, jan./mar. 2014

AYRES, J. R. C. M. et al. Vulnerability, Human Rights, and Comprehensive Health Care Needs of Young People Living With HIV/AIDS. **Am J Public Health**. v. 96, n. 6, p.1001-1006. 2006.

ASSIS, E. G. et al. A coordenação da assistência no controle da tuberculose. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 46, n. 1, p. 111-118, 2012.

BARRÊTO, A. J. R. et al. Organização dos serviços de saúde e a gestão do cuidado à tuberculose. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p.1875-1884, 2012.

BERTOLOZZI, M. R. et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 43, n. spe2, p. 1326-1330, Dec. 2009.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Detectar, tratar e curar: desafios e estratégias brasileiras Frente à tuberculose. **Boletim Epidemiológico**, v. 46, n. 9. Brasília, 2014b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Perspectivas brasileiras para o fim da tuberculose como problema de saúde pública. **Boletim Epidemiológico**, v. 47, n. 13. Brasília, 2016.

_____. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Panorama da tuberculose no Brasil: indicadores epidemiológicos e operacionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. **Principal desafio para combater a tuberculose é reduzir o número de pacientes que abandonam o tratamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

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

_____. **Tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <
http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=11045&Itemid=674> Acesso em 09 Mai. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Panorama da tuberculose no Brasil: indicadores epidemiológicos e operacionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

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

CAVALCANTE, E. F. O.; SILVA, D. M. G. V. O compromisso do enfermeiro com o cuidado à pessoa com tuberculose. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 3, 2016.

CECILIO, H. P. M.; HIGARACHI, I. H.; MARCON, S. S. Opinião dos profissionais de saúde sobre os serviços de controle da tuberculose. **Acta Paul Enferm**. v. 28, n. 1, p.19-25, 2015.

COUTO, D. S. de et al. Fatores determinantes para o abandono do tratamento da tuberculose: representações dos usuários de um hospital público. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 572-581, Sept. 2014.

CLEMENTINO, F. S.; MIRANDA, F. A. N. Acessibilidade: identificando barreiras na descentralização do controle da tuberculose nas unidades de saúde da família. **Rev. enferm. UERJ**. v. 18, n. 4, p. 584-90, 2010.

CLEMENTINO, F. S.; MIRANDA, F. A. N. Tuberculose: acolhimento e informação na perspectiva da visita domiciliária. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 23, n. 3, p. 350-354, 2015.

CUNHA, M.S.; SÁ, M.C. A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: os desafios de se mover no território. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.17, n.44, p.61-73, jan./mar. 2013.

CRISPIM, J. A. et al. Tuberculose no contexto das famílias: as vivências de familiares e pacientes acometidos pela doença. **Rev. enferm. UERJ**, v. 21, n. 1, n. esp, p. 606-611, 2013.

FARIAS, S. N. P. et al. Integralidade no cuidado: estudo da qualidade de vida dos usuários com tuberculose. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, p. 749-754, 2013.

FIGUEIREDO, T. M. R. M. et al. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 5, p. 825-831, 2009.

FURLAN, M. C. R.; GONZALES, R. I. C.; MARCON, S. S. Desempenho dos serviços de controle da tuberculose em municípios do Paraná: enfoque na família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Pelotas, v. 36 n. esp., p. 102-110, 2015.

GOMES, A. L. C.; SÁ, L. D. The concepts of bonding and the relation with tuberculosis control. **Rev. Esc Enferm. USP**, v. 43, n. 2, p. 364-71, 2009.

- GONZALES, R. I. C. et al. Desempenho de serviços de saúde no tratamento diretamente observado no domicílio para controle da tuberculose. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 628-634, Dec. 2008.
- HORTA, W.A., **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.
- KEBIAN L. V. A.; ACIOLI, S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Rev. eletr. enferm.**, v.16, n.1, jan./mar. 2014.
- LEMOS, K. L. L. **Exposição ocupacional da tuberculose: experiência vivida por profissionais de um serviço de referência**, 2016. [Monografia] – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, João Pessoa, 2016.
- MACHADO, L.C. **A visita domiciliar na visão dos profissionais de saúde e dos usuários no Município de Aracaju-SE**. 2010. [Dissertação] - Universidade Tiradentes, Aracaju, 2010.
- MACIEL, M. S. et al. A História da Tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da miséria. **Rev Bras Clin Med**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 226-230, maio/jun. 2012.
- MARIANO, M. R. et al. A equipe multiprofissional e sua qualificação junto à assistência ao paciente com tuberculose. **Rev. Interdisciplinar**, Teresina, v. 8, n 4, p. 11-18, out./dez. 2015.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305. 2010.
- OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília v. 66, n. spe, p. 158-164, Sept. 2013.
- OLIVEIRA, A. A. V. et al. Diagnóstico da tuberculose em pessoas idosas: barreiras de acesso relacionadas aos serviços de saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 47, n. 1, p. 145-151. 2013.
- OVIEDO, R. A. M.; CZERESNIA, D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 53, p. 237-250, June, 2015.
- PAIVA, V. S.; PEREIRA, M.; MOREIRA, J. S. Perfil epidemiológico da tuberculose pulmonar em Unidade Sanitária de referência em Porto Alegre, RS. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 55, n. 2, p. 113-117, abr./jun. 2011.
- POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- PONCE, M. A. Z. et al. Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 945-954, May. 2013.
- ROCHA, D. S.; ADORNO, R. C. F. Abandono ou descontinuidade do tratamento da tuberculose em Rio Branco, Acre. **Saude soc.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 232-245, Mar. 2012.

SÁ, L. D. Tratamento da Tuberculose em Unidades de Saúde da Família: Histórias de Abandono. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 712-718, out./dez. 2007.

SÁ, L. D. et al. Porta de entrada para diagnóstico da tuberculose em idosos em municípios brasileiros. **Rev. Bras. Enferm.** v. 68, n. 3, p. 467-473, 2015.

SAKATA, K. N. et al. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Rev. Bras. de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 659-664, nov./dez. 2007.

SANTOS, T. M. M. G.; NOGUEIRA, L. T.; ARCÊNCIO, R. A. Atuação de profissionais da Estratégia Saúde da Família no Controle da Tuberculose **Acta Paul Enferm.** v.25, n. 6, p. 954-61, 2012.

SANCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. Além da DOTS (Directly Observed Treatment Short-Course) no controle da tuberculose: interface e compartilhamento de necessidades. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.17, n. 5, set./out. 2009.

SINAN. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Departamento de Informação do SUS. **Tuberculose - casos confirmados notificados no sistema de informação de agravos de notificação – paraíba**. 2016. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/tubercpb.def>>. Acesso em: 18 de mar. 2017.

SOUZA E. P. et al. Prevenção e controle da tuberculose: revisão integrativa da literatura. **Rev. Cuidarte**, Belém, v. 6, n. 2, p. 1094-1102, 2015.

TAVARES, W.; MARINHO, L. A. C. **Rotinas de Diagnóstico e tratamento das doenças infecciosas e parasitárias**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2010.

TRIGUEIRO, J. V. S. et al, Controle da tuberculose: descentralização, planejamento local e especificidades gerenciais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 6, p. 1289-1296, 2011.

WHO-World Health Organization. **ENGAGE-TB: Training of Community Health Workers And Community Volunteers, Facilitators Guide**. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data: Geneva, Switzerland, 2015.

_____. **Global Tuberculosis Report 2015**. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data: Geneva, Switzerland, 2015b.

_____. **Fact Sheet n° 104: Tuberculosis**. Media Centre WHO, 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/>> Acesso em: 20 fev. 2016.

_____. **Global tuberculosis report 2016**. Geneva, 2016. Disponível em: <http://www.challengeb.org/reportfiles/WHO_TB_Report_2016.pdf> Acesso em 03 mar. 2016.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura**. 2005. [Dissertação] - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. Ribeirão Preto, 2005.

ANEXO A

Efeitos adversos maiores ao tratamento antiTB

Efeito adverso	Provável(eis) fármaco(s) responsável(eis)	Conduta
Náusea, vômito, dor abdominal	Rifampicina Isoniazida Pirazinamida Etambutol	Reformular o horário da administração da medicação (duas horas após o café da manhã ou com o café da manhã); considerar o uso de medicação sintomática; e avaliar a função hepática
Suor/urina de cor avermelhada	Rifampicina	Orientar
Prurido ou exantema leve	Isoniazida Rifampicina	Medicar com anti-histaminico
Dor articular	Pirazinamida Isoniazida	Medicar com analgésicos ou anti-inflamatórios não hormonais
Neuropatia periférica	Isoniazida (comum) Etambutol (incomum)	Medicar com piridoxina (vitamina B6) na dosagem de 50 mg/dia
Hiperurecemia sem sintomas	Pirazinamida	Orientar dieta hipopurínica
Hiperuricemia com artralgia	Pirazinamida Etambutol	Orientar dieta hipopurínica e medicar com alopurinol e colchicina, se necessário
Cefaleia, ansiedade, euforia, insônia	Isoniazida	Orientar

Fonte: Ministério da Saúde, 2011.

Efeitos adversos maiores ao tratamento antiTB

Neurite óptica	Etambutol	Suspender o etambutol e reiniciar esquema especial sem a referida medicação. É dose-dependente, e quando detectada precocemente, reversível. Raramente desenvolve toxicidade ocular durante os dois primeiros meses com as doses recomendadas.
Hepatotoxicidade	Pirazinamida Isoniazida Rifampicina	Suspender o tratamento; aguardar a melhora dos sintomas e redução dos valores das enzimas hepáticas; reintroduzir um a um após avaliação da função hepática; considerar a continuidade do EB ou EE substituto, conforme o caso (ver quadro 14).
Hipoacusia Vertigem, nistagmo	Estreptomicina	Suspender a estreptomicina e reiniciar esquema especial sem a referida medicação
Trombocitopenia, leucopenia, eosinofilia, anemia hemolítica, agranulocitose, vasculite	Rifampicina	Suspender a rifampicina e reiniciar esquema especial sem a referida medicação
Nefrite intersticial	Rifampicina	Suspender a rifampicina e reiniciar esquema especial sem a referida medicação
Rabdomiólise com mioglobinúria e insuficiência renal	Pirazinamida	Suspender a pirazinamida e reiniciar esquema especial sem a referida medicação

Fonte: Ministério da Saúde, 2011.

ANEXO B

Ajustes das doses dos medicamentos em nefropatas

Medicamento	Método	Clearance de creatinina		
		> 50 – 90	10 – 50	< 10
Rifampicina	Nenhum	100%	100%	100%
Isoniazida	Dosagem	100%	75% – 100%	50%
Pirazinamida	Tempo	24h	24h	48 a 72h
Etambutol	Dosagem	100%	50% – 100%	25% – 50%
Estreptomina	Tempo	24h	24h – 72h	72h – 96h

Fonte: Ministério da Saúde, 2011.