



UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ-UVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

LUCILLA DE SOUSA OLIMPIO DE MELO

**ENFRENTAMENTO À TUBERCULOSE: UM PLANO DE INTERVENÇÃO PARA
APOIAR OS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

SOBRAL-CEARÁ
2016

LUCILLA DE SOUSA OLIMPIO DE MELO

**ENFRENTAMENTO A TUBERCULOSE: UM PLANO DE INTERVENÇÃO PARA
APOIAR OS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional.

Orientadora: Prof.^a Dra. Eliany Nazaré Oliveira.

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde

**SOBRAL-CEARÁ
2016**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual Vale do Acaraú

Sistema de Bibliotecas

Olimpio de Melo, Lucilla de Sousa

Enfrentamento à tuberculose:: um plano de intervenção para apoiar os enfermeiros da estratégia saúde da família [recurso eletrônico] / Lucilla de Sousa Olimpio de Melo. -- Sobral, 2016.

1 CD-ROM: il. ; 4 ³/₄ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato pdf do trabalho acadêmico com 104 folhas.

Orientação: Prof.^a Dra. Eliany Nazaré de Oliveira.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Estadual Vale do Acaraú / Centro de Ciências da Saúde

1. Tuberculose. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. controle e prevenção. 4. intervenção. I. Título.

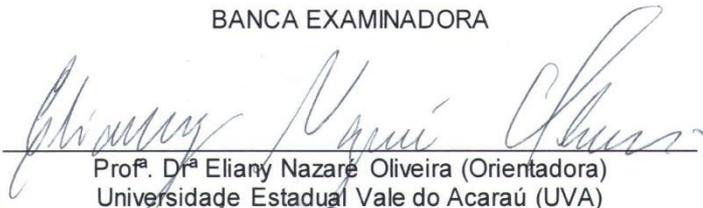
LUCILLA DE SOUSA OLIMPIO DE MELO

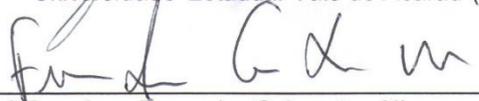
**ENFRENTAMENTO A TUBERCULOSE: UM PLANO DE INTERVENÇÃO PARA
APOIAR OS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

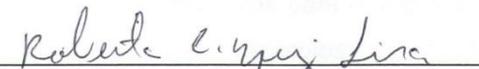
Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional. Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde.

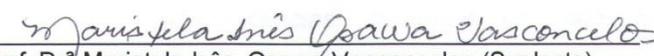
Aprovada em: 11 / 10 / 2016 .

BANCA EXAMINADORA


Prof.^a Dr.^a Eliany Nazare Oliveira (Orientadora)
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)


Prof.^o Dr.^o Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto (Membro)
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)


Prof.^a Dr.^a Roberta Cavalcante Muniz Lira (Membro)
Universidade Federal do Ceará (UFC)


Prof. Dr.^a Maristela Inês Osawa Vasconcelos (Suplente)
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

“Determinação, coragem e autoconfiança são fatores decisivos para o sucesso. Não importa quais sejam os obstáculos e as dificuldades. Se estamos possuídos de uma inabalável determinação, conseguiremos superá-los. Independentemente das circunstâncias, devemos ser sempre humildes, recatados e despidos de orgulho.”

Dalai Lama

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela minha vida, minha família e por permitir a minha chegada até aqui, me protegendo e iluminando sempre.

Ao meu anjo, e o melhor presente que Deus me deu: meu filho, João Gabriel. É o seu amor e carinho que me impulsionam a ser uma pessoa melhor.

Ao meu esposo Giovani, amigo, companheiro, pelo seu apoio, sua compreensão e seu amor.

Aos meus pais, Lucídio e Nazaré, pelo alicerce, amor incondicional e torcida em cada etapa.

Aos meus irmãos, Luciane, Lucídio Junior e Luciano pelos conselhos e vibrações com as minhas conquistas. Levarei vocês sempre comigo.

Aos meus sogros, Diógenes e Maíza, pela torcida e por estarem sempre presentes na minha ausência.

A Cilene, um anjo que Deus colocou na minha vida. Obrigada pelo amor e cuidado dispensados ao meu filhote e a minha casa.

A minha orientadora, Dr^a Eliany Nazaré Oliveira, pelos ensinamentos, pelos conselhos e abraços acolhedores. Com você entendi a importância de dar e receber um abraço.

Aos professores do Mestrado, pela dedicação e ensinamentos compartilhados durante todo o curso.

Aos profissionais enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Ibiapina-CE pelas valiosas contribuições, disponibilidade e envolvimento neste trabalho.

Agradeço a todas as pessoas que vibraram, sorriram, emocionaram-se comigo nessa caminhada; a todas as pessoas que, com suas palavras, gestos e olhares, aqueceram-me, ampararam-me e me fortaleceram. Muito obrigada!

RESUMO

A luta contra a tuberculose (TB) tem atravessado o tempo com suas estratégias e ações de controle no intuito de combatê-la. Objetivou-se elaborar um plano de intervenção, juntamente com os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, com vistas a melhorar as ações de combate à tuberculose no município de Ibiapina, Ceará. Para tanto realizamos um diagnóstico situacional quanto ao processo de trabalho no enfrentamento à tuberculose, e a partir das dificuldades e vulnerabilidades identificadas, desenvolvemos oficinas educativas para discussão e propor ações, estratégias e ferramentas para o controle e combate da tuberculose. Com abordagem qualitativa, e tendo como referencial metodológico a CBPR, a coleta dos dados foi intermediada por grupos focais, buscando-se a compreensão do processo de trabalho no combate a tuberculose, e oficinas educativas, organizadas para propiciarem identificação dos problemas prioritários e reconhecimento dos nós críticos e falhas no processo de enfrentamento a tuberculose e, assim, colaborar na organização do serviço, culminando com a proposição de ações e estratégias que visaram superar as dificuldades nesse processo. Foram realizados dois grupos focais e quatro oficinas, que foram gravadas apenas em áudio por meio de um gravador portátil. Os dados resultantes dos encontros com os enfermeiros foram submetidos a análise temática e categorizados. Foram ainda respeitados os preceitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Pode-se inferir que os enfermeiros enfrentam dificuldades diversas e complexas no controle e combate à tuberculose, corroborando para a ineficiência das ações preconizadas pelo programa nacional de controle da tuberculose. Logo, os resultados dessa intervenção, juntamente com os enfermeiros da ESF, geraram propostas de ações, estratégias que buscaram reorientar as práticas na atenção à TB, auxiliando, na busca ativa de sintomáticos respiratórios, no diagnóstico precoce, na implantação do tratamento diretamente observado (TDO), além da construção de um fluxograma analisador que visasse a organização do processo de trabalho das equipes, bem como a definição de uma rede articulada, com responsabilização dos atores envolvidos no combate à tuberculose.

Descritores: Tuberculose, Saúde da Família, prevenção e controle.

ABSTRACT

The fight against tuberculosis (TB) has crossed the time with their strategies and control measures in order to combat it. The objective was to develop an action plan, along with the nurses of the Family Health Strategy, in order to improve actions to fight tuberculosis in the city of Ibiapina, Ceará. Therefore, we conducted a situational diagnosis about the work process in dealing with tuberculosis, and from the difficulties and identified vulnerabilities, develop educational workshops to discuss and propose actions, strategies and tools for controlling and combating tuberculosis. With a qualitative approach, and taking with the methodological framework CBPR, data collection was intermediated by focus groups, seeking the understanding of the work process in the fight against tuberculosis, and educational workshops, organized to propitiate identification of priority problems and recognition of critical nodes and failures in coping process tuberculosis and thus collaborate in the organization of the service, culminating with the proposition of actions and strategies aimed at overcoming the difficulties in this process. Two focus groups were performed four workshops, which were recorded only in audio via a portable recorder. The data resulting from meetings with nurses were subjected to thematic analysis and categorized. Were still respected the provisions of Resolution 466/2012 of the National Health Council (CNS) and approved by the Research Ethics Committee of the State University of Vale do Acaraú (UVA). It can be inferred that nurses face diverse and complex difficulties in controlling and combating tuberculosis and may contribute to the inefficiency of the actions recommended by the national tuberculosis control program. Therefore, the results of this intervention, along with nurses from the ESF, generated proposals for action, strategies that sought to reorient practices in TB care, assisting in the active search for respiratory symptoms, early diagnosis, the implementation of the directly observed treatment (TDO) and the construction of an analyzer flowchart that aims at the organization of the work process of the teams, as well as the definition of an articulated network with accountability of the actors involved in the fight against tuberculosis.

Keywords: Tuberculosis, Family Health, Prevention and Control.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-	Competências específicas para fortalecimento da parceria entre pesquisador e enfermeiros, Ibiapina, Ceará, 2016.....	37
Figura 2-	Mapa dos limites de Ibiapina, Ceará.....	39
Figura 3-	Convite- As tramas no combate à Tuberculose: com a palavra os enfermeiros.....	41
Figura 4-	Planejamento simplificado da CBPR com os Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, Ibiapina, CE, 2016.....	44
Figura 5-	Fluxograma real no processo de trabalho no combate a tuberculose, Ibiapina, Ceará, 2016.....	59
Figura 6-	Painel dos problemas priorizados no combate à tuberculose, Ibiapina, Ceará, 2016.....	61
Figura 7-	Fluxograma Ideal no combate à tuberculose, elaboração conjunta com os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família e pesquisadora, Ibiapina, Ceará, 2016.....	74
Figura 8-	Encontro- Enfrentando a Tuberculose: todos no mesmo compasso, Ibiapina, Ceará, 2016.....	76
Figura 9-	Fluxograma Ideal adequado às normas do MS, para auxiliar no combate à tuberculose, Ibiapina, Ceará, 2016.....	82

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Propostas de ações para o Combate à Tuberculose, Ibiapina, Ceará, 2016.....	70
---	----

LISTA DE FOTOGRAFIAS

Fotografia 1-	Expressões de um enfermeiro.....	69
Fotografia 2-	Encontro- Enfrentando a Tuberculose: todos no mesmo compasso.....	77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CBPR	Pesquisa Participativa Baseada na Comunidade
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde
DOTS	Tratamento Diretamente Observado
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
EPI'S	Equipamentos de Proteção Individual
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
KM	Quilômetro
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCT	Plano de Controle da Tuberculose
PNCT	Plano Nacional de Controle da Tuberculose
PSF	Programa Saúde da Família
SR	Sintomático Respiratório
SF	Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TDO	Tratamento Diretamente Observado
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Encontro com o objeto do estudo	13
1.2	Contextualização do objeto do estudo	14
1.3	Justificativa/ Relevância	17
2	OBJETIVOS	19
3	REVISÃO DE LITERATURA	20
3.1	Progressos na luta contra a tuberculose	20
3.2	Ações de controle e combate à tuberculose: o que preconiza os órgãos oficiais brasileiros?	22
3.3	O papel da Estratégia Saúde da Família no combate à tuberculose.	25
3.4	Experiências exitosas no enfrentamento à tuberculose, no Brasil.	29
4	PERCURSO METODOLÓGICO	33
4.1	Caracterização do estudo/ Abordagem	33
4.2	Marco teórico Metodológico: <i>Community Based Participatory Research</i> – CBPR (Pesquisa Participativa Baseada na Comunidade)	33
4.3	Cenário da pesquisa/ Intervenção	38
4.4	Sujeitos da pesquisa/ Intervenção	40
4.5	Período da pesquisa/ Intervenção	41
4.6	Métodos e procedimentos para a coleta de informações	41
4.7	Interpretações e análise dos resultados da pesquisa/ Intervenção	45
4.8	Aspectos éticos do estudo	46
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
5.1	As tramas do trabalho no combate à tuberculose: com a palavra os enfermeiros	48

5.1.1	Ideal x Real: quando nem sempre o preconizado é realizado	50
5.1.2	Uma dificuldade leva a outra	52
5.1.3	Quando o problema vem de dentro	55
5.2	Trilhando o caminho, enfrentando os obstáculos	56
5.2.1	As vivências do processo de trabalho no combate à tuberculose	57
5.2.2	Desconstruindo para reconstruir	60
5.2.3	Curando as feridas, abrindo espaço para o novo	67
5.2.4	Organizando as ideias	69
5.3	Divulgação dos resultados da intervenção	75
5.4	Refletindo sobre o processo de intervenção	78
5.4.1	Reflexões sobre a intervenção	78
5.4.2	Nas entrelinhas: a educação permanente em saúde para profissional.	79
5.5	Propondo as ações e ferramentas para o controle e combate à tuberculose: resultado do esforço do enfermeiro da ESF	80
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
	REFERENCIAS	86
	APENDICES	95
	ANEXOS	100

1.INTRODUÇÃO

1.1 Encontro com o objeto de estudo

A tuberculose, em sua magnitude, fez-se presente em vários momentos e sempre despertou algum sentimento.

As primeiras impressões marcadas por ela, foi na minha infância, quando escutava as histórias do meu pai, e a doença terrível que havia consumido meu avô até a sua passagem. Ele descrevia as febres a tarde, as tosses com sangue, a perda de peso, enfim, cada sinal e sintoma daquela doença. Eu desconhecia sua dimensão.

No período da escola, ela continuava impressionando, mas agora possuía uma caracterização mais bucólica: associada às almas tristes e poéticas, frequentemente atribuída à literatas, poetisas, músicos e escritores, de vida devassa e boemia ou a mocinha que perdia a vontade de viver. Com a fase do Romancismo literário, pude caracterizar o que meu pai há alguns anos havia descrito: os ares da montanha ou do interior eram o melhor remédio, e o doente de tuberculose estava destinado ao isolamento e solidão. Época de morrer cedo, morrer jovem. Filmes antigos que retratavam bem: uma tosse, e logo o lenço branco sujo de sangue. De lá pra cá, algumas impressões foram modificadas e elucidadas, outras se tornaram ainda mais marcantes, como o estigma da doença e o medo de contágio.

Durante a formação acadêmica pude apreender os aspectos históricos, específicos e necessários para o entendimento sobre essa doença: modo de transmissão, o bacilo de Koch, sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção. O tão temido livro preto, seguido dos manuais técnicos, protocolos de enfermagem, normas técnicas, cartilhas, tudo, que permeava o contexto da tuberculose e o combate para reduzir os casos. E o que dizer das palestras sobre tuberculose?

Como esquecer, ainda no estágio curricular, do primeiro contato com o portador de tuberculose. As orientações e cuidados que devíamos ter ao prestar assistência. O medo de contrair o bacilo de Koch nos fazia ter atenção redobrada com o uso dos Equipamentos de Proteção Individual-EPI's e até repetir a dose da BCG. Os sintomas tão clássicos: tosse produtiva com mais de três semanas, hemoptise, perda de peso, febre à tarde. E como saber quem tinha e quem não tinha tuberculose?

Ciente da magnitude da tuberculose, foi na prática profissional, no dia a dia com a Estratégia Saúde da Família, que percebi que a luta contra a tuberculose não seria fácil; não dependia apenas da garantia de entrega dos poliquimioterápicos. Extrapolava as fronteiras do conhecimento sobre a doença: tínhamos que garantir assistência a pessoa portadora de tuberculose, entrega de medicação em tempo hábil, exames, e buscar estratégias para alcançar as metas definidas pela OMS, para combate da tuberculose, como reduzir a propagação do bacilo, através do diagnóstico precoce, e mais recentemente metas ambiciosas como sua erradicação até 2035.

A realidade de algumas equipes da Saúde da Família se encontra distante desse cenário. E aqui me incluo, visto a dificuldade em se alcançar essas metas, talvez pelos obstáculos burocráticos impostos pela gestão, ou até mesmo despreparo profissional em trabalhar estratégias e desconhecimento de ferramentas disponíveis que pudessem auxiliar no combate à tuberculose.

Nesse interim, ingressei no Mestrado com o intuito de contribuir de alguma forma ao combate à tuberculose no meu território, juntamente com os outros profissionais da ESF. Assim, fui aprimorando meus conhecimentos e despertando para a importância do planejamento e organização dos serviços e ações que pudessem incrementar e auxiliar nessa luta contra a tuberculose.

1.2 Contextualização do objeto de estudo

Nas últimas duas décadas a democratização do tratamento gerou significativa redução nos índices de mortalidade e incidência do agravo. No entanto, a tuberculose permanece como importante problema de saúde mundial. No cenário mundial atual, apenas em 2013 estima-se que nove milhões de pessoas desenvolveram a doença e um milhão e meio delas morreram desse agravo (WHO, 2014).

No plano internacional, a Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que 22 países concentram cerca de 80,0% dos casos de tuberculose. O Brasil faz parte desse grupo, ocupando a 16ª posição em número absoluto de casos; por sua vez, Índia, China e África do Sul são os países com maior carga da doença. Ao ser considerado o coeficiente de incidência, o Brasil ocupa a 22ª posição entre esses

países. Estima-se que 1% da população seja composta por sintomáticos respiratórios, e que 5% destes sejam portadores de tuberculose (WHO, 2013).

O Brasil, em 2014, teve uma média de 33,5 casos a cada 100 mil habitantes, além de 2,3 óbitos a cada 100 mil. Mesmo apresentando, em 2013, a menor taxa de incidência da história (35 por 100.000 hab.), a tuberculose continua na pauta de prioridades do Ministério da Saúde (MS) devido à presença de casos resistentes ao tratamento e do seu impacto social (BRASIL, 2014a). Esta realidade levou à inclusão da tuberculose entre as sete prioridades estabelecidas no Programa de Pesquisa e Desenvolvimento em Doenças Negligenciadas (BATALHA; MOROSINI, 2013).

Na busca pelo controle da tuberculose a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009) e o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (BRASIL, 2002) determinaram metas para detecção e cura dos portadores de tuberculose pulmonar bacilífera: detectar 70% e curar 85% de casos novos de tuberculose pulmonar com bacilos álcool-ácido resistentes presentes no escarro.

Recentemente, a OMS reuniu as partes interessadas afim de desenvolver a Estratégia Global de Controle da Tuberculose pós-2015. Essa estratégia vem para ampliar essas ações de controle da doença, incluindo ações de proteção social aos pacientes, recomendando o acesso universal à saúde e colocando metas ousadas a serem atingidas. A estratégia se baseia em três pilares: prevenção e atenção integral intensificação em pesquisas e inovações. O Ministério da Saúde assumiu o compromisso de reduzir em 95% os óbitos e em 90% o coeficiente de incidência da tuberculose até 2035. (BRASIL, 2014)

Mesmo reduzindo, nos últimos dez anos, em 22,8% a incidência de casos novos de tuberculose e em 20,7% a taxa de mortalidade da doença- em 2014, a incidência da doença no Brasil foi de 33,5 casos por 100 mil habitantes, contra 43,4/100 mil em 2004 e a taxa de mortalidade de 2013 foi de 2,3 óbitos por 100 mil habitantes, abaixo dos 2,9 óbitos por 100 mil habitantes registrados em 2003 (BRASIL, 2014), evidencia-se que existem fragilidades na organização dos serviços de saúde para a prestação de atendimento ao SR, principalmente na agilidade do atendimento, suspeição e discussão da temática nos serviços de APS (HARTER, 2012)

Para Monroe et al. (2008) essa inadequação, em parte é atribuída a questões operacionais dos serviços de saúde, ou seja, a forma como a prestação do cuidado está organizada: o acesso ao serviço, o diagnóstico precoce, o tratamento

adequado e o acompanhamento da evolução. A outra parcela também é atribuída ao despreparo ou desqualificação por parte dos recursos humanos que trabalham com a questão da Tuberculose. Fala-se da dificuldade em inserir a doença no dia a dia das equipes e alguns autores reforçam a importância da educação permanente ou continuada para possíveis modificações nesse processo.

Logo, tais debilidades comprometem o diagnóstico e o tratamento oportuno dos casos de tuberculose (VILLA et al, 2009), o que mantém a doença como uma das prioridades no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF). O diagnóstico precoce e o pronto tratamento dos doentes de tuberculose pulmonar são as principais medidas de controle da doença (BRASIL, 2011), o que exige agilidade na detecção dos casos de tuberculose pelas equipes da ESF. Tais medidas permitem a quebra da cadeia de transmissão do agravo em questão e requerem a identificação das fontes de infecção na comunidade e o desenvolvimento de ações para o diagnóstico da doença (realização de anamnese, exame físico, solicitação e encaminhamento para realização de exames), visando a efetivação do tratamento e o aumento das chances de cura (BRASIL, 2011b; CHADAMBUKA *et al*, 2011).

Neste sentido, frente à relevância dos serviços da ESF como porta de entrada para o sistema de saúde à influência da capacidade instalada para realização de ações de controle da doença, o serviço de saúde precisa se organizar para acolher e identificar os possíveis casos de tuberculose na comunidade, e conseqüentemente, detectá-los precocemente (BRASIL, 2011).

A atenção à tuberculose exige estrutura, organização e funcionalidade do sistema de saúde para o desenvolvimento do conjunto das ações essenciais ao controle da doença, que incluem busca de sintomáticos respiratórios (SR), da assistência e tratamento ao doente, gestão financeira do Programa de Controle da Tuberculose (PCT), e ainda desenvolvimento de um sistema de informações confiável (FIGUEIREDO et al, 2009).

Para tanto, o Ministério da Saúde determina como responsabilidade local organizar o fluxo de atenção ao SR e determinar os serviços de referência para o território (BRASIL, 2011), com o objetivo de melhorar o acesso dos doentes de tuberculose aos serviços de diagnóstico e tratamento da doença (ASSIS et al., 2012).

De acordo com Czeresina e Freitas (2009) o desafio que se impõe, articulando a proposta de Vigilância em Saúde e o enfoque de Promoção da Saúde, é de que se promovam, de fato, políticas públicas saudáveis; mudanças de

comportamento individual e coletivo, reafirmando conceitos como democracia e, por último, mas não menos importante, reorientação dos serviços e do sistema de saúde, no sentido da minimização das desigualdades.

1.3 Justificativa/ Relevância

O modo como se organizam os serviços de saúde no combate à tuberculose despertam uma série de reflexões acerca da assistência prestada.

A existência de problemas no atendimento é conhecida por todos. São muitos os problemas enfrentados pelos pacientes no processo de diagnóstico e tratamento. A demora no diagnóstico acarreta a permanência da cadeia de transmissão, facilitando sua disseminação e o aparecimento de formas graves da doença.

A dificuldade em se alcançar as metas propostas pela OMS e PNCT no combate à tuberculose, por parte dos trabalhadores da ESF, advém, em grande parte, da debilidade em organizar estratégias e ações com vistas a melhorar a assistência prestada ao SR, na deficiência em identificar e analisar os nós críticos nesse processo e superar os problemas.

Como profissional do SUS, a motivação pelo escolha do tema decorreu da experiência e vivência própria com as dificuldades na rotina com a tuberculose, enquanto enfermeira responsável por uma área adscrita da Estratégia Saúde da Família, e as falhas percebidas no trabalho das equipes no que diz respeito ao combate à tuberculose.

Logo, torna-se relevante uma vez que possibilitará aos profissionais da ESF refletir sobre suas práticas, buscando identificar as possíveis falhas e superá-las, através do desenvolvimento do emponderamento e autonomia, revendo os instrumentos que vem utilizando, além de entender a importância do planejamento e organização de ações, estratégias e ferramentas que contribuam para a melhoria do plano de controle da tuberculose e conseqüentemente, o alcance das metas preconizadas pela OMS.

Para Ponce et al. (2011), o enfoque nas ações de saúde como a organização do trabalho da equipe da Estratégia Saúde da Família é relevante para o sucesso no tratamento da tuberculose. Visando o tratamento sólido torna-se

necessária a incorporação de novas estratégias indispensáveis na atenção integral à saúde do portador de tuberculose.

Diante do exposto, as questões norteadoras dessa intervenção foram: **como se dá o trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família no combate à tuberculose? Quais as dificuldades e vulnerabilidades das equipes no combate à tuberculose? Que estratégias e ferramentas podem contribuir no combate à tuberculose?**

2.OBJETIVOS:

2.1 Objetivo Geral:

✓ Elaborar um plano de intervenção, de forma proativa com os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, com vistas a melhorar as ações de combate à tuberculose no município de Ibiapina, Ceará.

2.2 Objetivos Específicos:

✓ Realizar diagnóstico da realidade situacional, juntamente com os enfermeiros, relativo ao combate à tuberculose na ESF.

✓ Desenvolver oficinas educativas tendo como foco as vulnerabilidades detectadas no trabalho no combate à tuberculose.

✓ Adequar as ações previstas pela OMS e PNCT no combate à tuberculose na Estratégia Saúde da Família.

✓ Construir o fluxograma de atendimento ao portador de tuberculose na Estratégia Saúde da Família.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. Progressos na luta contra a tuberculose.

As representações da tuberculose começam a sofrer um processo de desmistificação no século XX, com os investimentos em políticas de saúde pública. A doença, já não mais expressão de uma mórbida elegância (como a sensibilidade romântica e a espiritualidade refinada), ganha contornos mais dramáticos, justamente por caracterizar sintomas evidentes de miséria social (PÔRTO, 2007).

Até a década de 40, o tratamento da tuberculose era basicamente repouso e boa alimentação nos sanatórios, embora nos históricos também existam referências de tentativas de tratamentos cirúrgicos, como por exemplo, a ressecção de pedaços de pulmão com tuberculose e a injeção de ar no espaço pleural promovendo o pneumotórax.

Com a descoberta dos antibióticos e os quimioterápicos, a partir de 1940 conseguiu-se então a cura da tuberculose, nos anos seguintes. A estreptomicina é descoberta em 1944 e a isoniazida, descrita desde 1912, tem sua eficácia contra a tuberculose demonstrada em laboratório, em 1945. Na década de sessenta é instituído o esquema definitivo, usando três antibióticos ao mesmo tempo, que consegue curar 95% dos pacientes que utilizaram estes medicamentos diariamente por 18 a 24 meses durante sua internação nos sanatórios (CONDE; SOUZA; KRITSKY, 2002).

No entanto, só em 1993, a tuberculose foi declarada pela OMS como uma emergência global, e lançou a estratégia **DOTS** (*Directly Observed Treatment, Short-course*), como a forma mais eficaz e de melhor custo-benefício de controle da doença em nível mundial.

Esta estratégia pode ser entendida como um conjunto de boas práticas para o controle da tuberculose e seus componentes chaves incluía: comprometimento das autoridades governamentais, busca do predomínio de detecção passiva dos casos, confirmação dos casos por bacterioscopia, suprimento de medicamentos adequados, monitorização e avaliação do sistema (WHO, 2009).

Além de modificar o perfil epidemiológico da tuberculose, o emprego da estratégia DOTS possibilita a reorganização dos serviços, sendo eficiente por tornar o tratamento disponível e de baixo custo (TEIXEIRA, 1998).

No Brasil o DOTS foi introduzido em 1998, priorizando cidades com altos índices de casos. Estudos afirmam que houve progresso em diagnóstico, tratamento e rastreamento da tuberculose, uma vez que, existia um quadro de negligência sobre a Saúde Pública e, especialmente, sobre a detecção precoce e tratamento da tuberculose (RUFFINO-NETTO, VILLA, 2006; ARCÊNCIO, 2006).

Em 2000, foi firmada, durante a Conferência Ministerial sobre Tuberculose e Desenvolvimento Social, a “Declaração de Amsterdã”, que teve como pauta a busca de soluções para o controle da tuberculose em países em desenvolvimento. Foram definidas linhas de ação como a importância do envolvimento da sociedade, a utilização de tecnologia eficaz e acessível para o diagnóstico e a incorporação dos serviços de atenção básica no atendimento aos pacientes com tuberculose (ARCÊNCIO, 2006).

Já no ano seguinte, lançou-se o primeiro plano de ação para controle da tuberculose. Ele cobria o período de 2001 a 2005, objetivando o aumento da cobertura da estratégia DOTS em 50% (4 milhões de pessoas) e o aumento da detecção de casos novos.

A estratégia DOTS teve algumas limitações. Muitos programas alcançaram as metas da OMS, com taxas de cura de 85%; entretanto, a mortalidade por tuberculose mantinha-se elevada. O paciente buscava passivamente as unidades de saúde, submetendo-se tardiamente aos exames de diagnóstico, após ter transmitido a doença na comunidade. A taxa de detecção, apesar de todos os esforços, encontrava-se em 60% dos casos estimados.

Dessa forma, em 2006, a OMS publicou o Plano Global para TB-2006-2015, que definiu o aprimoramento das ações de controle mediante: aumento da detecção de casos na comunidade por meio de estratégias locais, com ênfase nas populações de maior risco entre eles, presidiários, moradores de rua, institucionalizados em abrigos e asilos, entre outros; empoderamento da comunidade, estimulando a mobilização social e a participação comunitária nas atividades de controle da doença; maior interação entre os programas de controle da tuberculose e HIV; monitoramento, prevenção e controle da tuberculose multirresistente; envolvimento de prestadores de serviços públicos e privados; promoção de pesquisas clínicas e operacionais em cenários culturais, antropológicos e epidemiológicos diversos, além de implementação das ações preconizadas pelo DOTS (RAVIGLIONE, 2006; WHO, 2011).

Frente à realidade da tuberculose, o Ministério da Saúde, em 2006, definiu-a no âmbito do fortalecimento da capacidade de resposta do SUS às doenças emergente e endemias, previsto no Pacto pela Vida, sendo, portanto, finalidade do governo cumprir as metas internacionais estabelecidas pela OMS e pactuadas pelo Brasil (BRASIL, 2006).

3.2 Ações de controle e combate à tuberculose: o que preconiza os órgãos oficiais brasileiros?

No Brasil, o controle e combate à tuberculose é coordenado pelo Ministério da Saúde (MS), instituído pela Lei no 1.920/1953, como o órgão do Poder Executivo Federal responsável pela criação e elaboração de planos e políticas públicas voltadas para saúde da população brasileira (BRASIL, 1953).

Nesse âmbito, foi criado o Programa Nacional de Controle da tuberculose (PNCT) ligado à rede de serviços de saúde e integrando as esferas federal, estadual e municipal, promovendo ações padronizadas que garantem a dispensação gratuita de medicamentos, ações preventivas de controle do agravo de doenças, o que permite acesso universal da população aos serviços (BRASIL, 2007).

O Plano Nacional de Controle da Tuberculose, desde a sua oficialização, contribui como parceiro, e acolhe as diretrizes da Organização Mundial da Saúde no controle da tuberculose, passando ao longo do tempo por várias alterações.

Em resposta aos novos desafios que se impõem para o controle da tuberculose adotou, em 2005, a Resolução CD46.R12: “Estratégia Regional para o Controle da Tuberculose para 2005-2015” (OPAS, 2005), que reafirmou o compromisso dos países em ratificar o controle da tuberculose como uma prioridade nos programas de saúde, garantindo os recursos financeiros e humanos necessários, e apontou o Plano Estratégico Regional de Tuberculose 2005-2015 como base para a formulação de planos nacionais e projetando implementar a nova estratégia da OMS: “Alto à Tuberculose”(BRASIL,2006).

Assim, o autor supracitado afirma que, como metas gerais, todos os estados e municípios devem notificar mais de 70% dos casos novos BAAR+ e cura de 85% para 2007 em DOTS, além de reverterem a incidência da tuberculose, diminuindo em 50% a mortalidade e a prevalência em 2015 em relação à de 1990. (Metas dos objetivos de Desenvolvimento do Milênio-ODM)

Para tanto, O PNCT deve desenvolver ações voltadas para atender os seguintes componentes (WHO, 2009):

1- Expansão ou fortalecimento da estratégia DOTS/TS com qualidade. O DOTS é constituído por 5 (cinco) componentes:

- Compromisso governamental que se reflete em um planejamento a longo prazo, com recursos humanos adequados e incremento adequado de recursos financeiros necessários para alcançar as metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.
- Detecção de casos através dos exames bacteriológicos (baciloscopia escaro como primeira opção, cultura e teste de sensibilidade e tipificação quando necessário), fortalecendo as redes de laboratório com controle de qualidade para facilitar a detecção dos casos.
- Manejo adequado dos casos com tratamentos padronizados, supervisão da tomada dos medicamentos a fim de reduzir o risco de resistência adquirida e apoiar o paciente para garantir a aderência ao tratamento e aumentar as taxas de cura.
- Contar com um sistema efetivo e regular de distribuição de fármacos de qualidade, incluindo a melhoria da capacidade de gestão de medicamentos, oferecendo tratamento gratuito para os doentes.
- Sistema de informação eficiente que permita o monitoramento, supervisão e avaliação do programa que inclua a avaliação do tratamento por cortes e a mensuração de impacto.

Sá et al (2010) afirma que em recentes fóruns nacionais e internacionais reconhece-se a importância do controle social e da organização dos serviços que, uma vez aliados aos cinco pilares, potencializam as ações para conter avanço da tuberculose.

2- Tratar a infecção Tuberculose/HIV, Tuberculose-Multidroga Resistente(TB-MDR) e outros desafios:

- Implementar atividades colaborativas tuberculose/HIV, executando atividades integradas.
- Prevenir e controlar a TB-MDR.
- Tratar as pessoas privadas de liberdade, refugiados, pessoas vivendo em situação de rua e outras populações mais vulneráveis.

3- Contribuir para o fortalecimento do sistema de saúde:

- Participar ativamente nos esforços para melhorar as políticas de saúde, de recursos humanos, de financiamento, de gestão, de atenção e os sistemas de informação.
- Compartilhar inovações para fortalecer o sistema de saúde, incluindo a abordagem integral a saúde pulmonar.
- Adaptar inovações de outras áreas.

4- Envolver todos os provedores da saúde:

- Abordagens público-pública e público-privada.
- Padronizações internacionais de atenção a tuberculose.

5- Empoderar portadores de tuberculose e comunidades:

- Advocacia, comunicação e mobilização social
- Participação comunitária na atenção a tuberculose.
- Carta de direitos do paciente.

6- Capacitar e promover a pesquisa:

- Pesquisas operacionais, levando em consideração as necessidades dos programas de controle.
- Pesquisa para o desenvolvimento de novos meios diagnósticos, medicamentos e vacinas.

Além da adoção do DOTS, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose – PNCT, reconhece a importância de ampliar o acesso ao diagnóstico e tratamento. Para isso, coloca entre as suas metas a implantação e implementação das ações programáticas em toda a rede do Sistema Único de Saúde - SUS, com ênfase na Estratégia Saúde da Família-ESF (BRASIL, 2006).

Assim, a atuação das equipes devem levar em consideração as principais medidas para o controle da doença, diagnosticar e tratar correta e prontamente os casos de tuberculose pulmonar. Esforços devem ser realizados no sentido de encontrar precocemente o paciente e oferecer o tratamento adequado, interrompendo a cadeia de transmissão da doença.

Como estratégia operacional, Brasil (2011) afirma que a busca ativa de sintomáticos respiratórios é fundamental para descoberta precoce de casos bacilíferos. O parâmetro nacional recomendado é de 1% da população, ou de 5% das consultas de primeira vez de indivíduos com 15 anos ou mais nos serviços de saúde

(1%-2% na Estratégia Saúde da Família, 5% na Unidade Básica de Saúde e 8%-10% nas urgências, emergências e hospitais). Espera-se encontrar, em média, de três a quatro doentes bacilíferos, a cada 100 SR examinados, podendo variar de acordo com o coeficiente de incidência da região.

Vale ressaltar, ainda a expansão dessa estratégia para outras instituições como o sistema prisional, instituições fechadas, serviços de atendimento a pessoas com HIV/aids, além da população indígena e moradores de rua.

Outra estratégia prioritária no controle da tuberculose é o tratamento diretamente observado (TDO), elemento chave da estratégia DOTS, e um importante instrumento para aumentar a taxa de cura e diminuir a resistência aos medicamentos, bem como impulsionar a adesão terapêutica dos pacientes com tuberculose (BARREIRA, BRITO, ARAKAKI-SANCHEZ, 2010; BRASIL, 2011b).

A escolha da modalidade de TDO, segundo Brasil (2011, p.28 e 29):

Deve ser decidida conjuntamente entre a equipe de saúde e o paciente, considerando a realidade e a estrutura de atenção a saúde existente. É desejável que a tomada observada seja diária, de segunda a sexta- -feira. No entanto, se para o doente a opção de três vezes por semana for a única possível, deve ser exaustivamente a ele explicada a necessidade da tomada diária, incluindo os dias em que o tratamento não será observado. Para fins operacionais, ao final do tratamento, para definir se o tratamento foi observado, convencionou-se que este doente deverá ter tido no mínimo 24 tomadas observadas na fase de ataque e 48 tomadas observadas na fase de manutenção.

Portanto, o controle da tuberculose perpassa pela necessidade de detectar 90% dos casos esperados e curar pelo menos 85% dos diagnosticados. É necessário ainda, manter o abandono abaixo de 5% e expandir o tratamento supervisionado (observação direta da tomada de medicação para tuberculose) para 100% das Unidades de Saúde dos municípios prioritários. Manter registro atualizado de casos diagnosticados e encerramento em 100% destes. Realizar a busca dos sintomáticos respiratórios e encaminhar 100% dos contatos domiciliares de um caso novo, ofertando-se ainda o teste anti-HIV para 100% dos adultos com tuberculose (MARQUIEVIZ et al, 2013).

3.3. O papel da Estratégia Saúde da Família no combate à tuberculose

Atenção Básica à Saúde (ABS) é o primeiro nível de atenção aos usuários. Favorece o acesso aos serviços de saúde, devendo ser capaz de resolver até 85% dos problemas de saúde dos pacientes. Entretanto, em se tratando das ações de controle da tuberculose, essa estratégia ainda não foi capaz de oferecer respostas sanitárias com a efetividade esperada (OLIVEIRA *et al.*, 2011). Segundo Brunello *et al.* (2007), deve ser superado um conjunto de obstáculos para que o desempenho da Atenção Básica à Saúde torne-se satisfatório na detecção e tratamento da doença.

O PSF, atualmente Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um política de reorientação do modelo assistencial, que objetiva fortalecer a proposta de retirada da medida exclusivamente curativa para a preventiva e integral, abrindo caminho para a formulação de políticas públicas que conduzam ao desenvolvimento humano integral e sustentável, priorizando ações de promoção e educação em saúde e reorganizar os serviços de saúde na busca pelo cumprimento das diretrizes do SUS (PERIAGO, 2007).

Assim, o controle da doença passou a ser responsabilidade dos municípios e as ações do PCT, competência da Atenção Básica à Saúde. O referido programa estabelece como ações prioritárias: a procura e descoberta das fontes de infecção, o diagnóstico precoce, a garantia de acesso a exames radiológicos, bacteriológicos, prova tuberculínica, além do tratamento conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).

Para Brasil (2010) a Atenção Básica à Saúde, mais especificamente a ESF é a principal porta de entrada do paciente com tuberculose. Desta forma, o PNCT privilegia a descentralização das medidas de controle para a ABS, aumentando o acesso da população em geral, mas visando, principalmente, as populações com risco ampliado de contrair a doença.

A principal atribuição da atenção básica para o controle da tuberculose deve se basear nas medidas de prevenção. Estas incluem a vacinação com Bacilo de *Calmette Guérin* – BCG, o tratamento da infecção latente pelo *M. tuberculosis* – ILTB e o controle de contatos, além do diagnóstico precoce e o tratamento do paciente até a cura (BRASIL, 2011b). Estas medidas devem ocorrer por meio da busca ativa de sintomáticos respiratórios (SR), com a oferta e provimento de meios para realização e acesso aos exames e medicamentos necessários; atendimento dos casos por profissional habilitado, com registro e início do tratamento em tempo oportuno; com o

seguimento dos casos confirmados e de seus comunicantes, obedecendo ao protocolo de acompanhamento de casos de tuberculose.

Dentre as suas competências, orientando-se pelos princípios de universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (Portaria GM, nº 648, 2006), Brasil (2011b, p.172-173) detalha as seguintes:

- Realizar a “busca de sintomáticos respiratórios” – busca ativa permanente na unidade de saúde e/ou no domicílio (por meio da ESF ou PACS), assim como em instituições fechadas na sua área de abrangência.
- Realizar coleta de escarro e outros materiais para o exame de baciloscopia, cultura, identificação e teste de sensibilidade, cuidando para que o fluxo desses exames seja oportuno e que o resultado da baciloscopia esteja disponível para o médico, no máximo, em 24 horas na rede ambulatorial.
- Solicitar cultura, identificação de microbactérias e teste de sensibilidade, para os casos previstos;
- Indicar e prescrever o esquema básico, realizar o tratamento diretamente observado e monitorar todos os casos bacteriologicamente confirmados com baciloscopias de controle até o final do tratamento. Para os casos com forte suspeita clínico-radiológica e com baciloscopias negativas indica-se, sempre que possível, encaminhar para elucidação diagnóstica nas referências secundárias.
- Oferecer o teste anti-HIV a todos os doentes de tuberculose independentemente da idade, realizando o aconselhamento pré e pós-teste.
- Realizar o controle diário de faltosos, utilizando estratégias como visita domiciliar, contato telefônico e/ou pelo correio, a fim de evitar a ocorrência de abandono.
- Realizar a investigação e controle de contatos, tratando, quando indicado, a infecção latente (quimioprofilaxia) e/ou doença.
- Identificar precocemente a ocorrência de efeitos adversos as drogas do esquema de tratamento, orientando adequadamente os casos que apresentem efeitos considerados “menores”.
- Realizar vacinação BCG.

- Indicar, realizar ou referenciar, quando necessário, contatos ou suspeitos de tuberculose para prova tuberculínica.
- Solicitar cultura, identificação de espécie de microbactérias e teste de sensibilidade para os casos com baciloscopia de controle positiva ao final do segundo mês e para os casos de falência, garantindo o tratamento diretamente observado. Os casos com evolução clínica desfavorável deverão ser encaminhados para a referência.
- Preencher, de forma adequada e oportuna, os instrumentos de vigilância preconizados pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (ficha de notificação de caso, livros de registro de sintomáticos respiratórios e de tratamento e acompanhamento dos casos).
- Encaminhar para a unidade de referência os casos nas seguintes situações:
 - ✓ Difícil diagnóstico.
 - ✓ Presença de efeitos adversos “maiores”.
 - ✓ Presença de morbidades (transplantados, imunodeprimidos, infecção pelo HIV, hepatopatias e indivíduos com insuficiência renal crônica).
 - ✓ Casos de falência ao tratamento.
 - ✓ Casos que apresentem qualquer tipo de resistência aos fármacos.
- Receber e acompanhar os casos atendidos e encaminhados pelas referências, conduzindo o tratamento supervisionado e investigação de contatos (contra referência).
- Responsabilizar-se pelo bom andamento de todos os casos de sua região de abrangência, acompanhando a evolução dos casos internados por meio de contato periódico com o hospital e/ou família do doente.
- Oferecer apoio aos doentes em relação as questões psicossociais e trabalhistas por meio de articulação com outros setores, procurando remover obstáculos que dificultem a adesão dos doentes ao tratamento.

Isso implica o reconhecimento da ESF como protagonista na organização do sistema de atenção à saúde, que deve assumir dispositivos ou mecanismos organizacionais além de apresentar uma melhor capacidade instalada para que possa ser garantida a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2006).

Cardozo-Gonzales *et al* (2011), reafirma essa ideia em seu estudo, apresentando a ESF como modelo com grande potencial para diagnosticar

precocemente os casos de tuberculose, uma vez que na sua conformação envolve a inserção de um profissional vindo do contexto comunitário, legitimado pela população, fato que favorece a abordagem e a receptividade das pessoas com tuberculose. Seu novo dinamismo e a estruturação dos serviços e ações de saúde propostos a evidenciam como diferencial em relação aos programas tradicionais (SILVA *et al*, 2007).

Para desenvolver atenção integral, a Atenção Básica à Saúde pode construir com o usuário um projeto terapêutico que contemple suas especificidades, além de desenvolver parceria com diversos atores que atuam no território, sejam serviços de saúde, de assistência social ou outros. Por esses e outros benefícios, como a proximidade do local da residência do usuário, recomenda-se que os pacientes com tuberculose sejam assistidos na atenção básica (BRASIL, 2015).

Portanto, quanto maior o número de Unidades de Saúde e de profissionais capacitados desenvolvendo ações de controle da tuberculose, mais abrangente será a busca, maior será a detecção de casos, mais rápido o início do tratamento e mais eficiente sua supervisão, favorecendo a cura dos acometidos e a quebra da cadeia de transmissão (BRASIL,2008).

A parceria ente o PNCT, ESF E PACS é apontada como instrumento transformador e relevante para o controle da tuberculose no país, podendo vir a contribuir para a expansão das ações de controle da tuberculose estabelecidas no PNCT. As estratégias adotadas nesta parceria têm a família e o domicílio como instrumento de trabalho, contribuindo para melhorar a adesão terapêutica e evitar o abandono ao tratamento (GARCIA, CIRINO, ENDERS *et al.*,2013).

3.4. Experiências exitosas no enfrentamento da tuberculose, no Brasil.

A luta contra a tuberculose, tem evoluído de forma lenta. Muitos ainda não despertaram para a necessidade de se priorizar a tuberculose como problema emergencial. “É uma desgraça global e uma tragédia humana que a tuberculose – uma doença curável – mate mais de 1,5 milhão de pessoas por ano e ninguém fale em acabar com ela”. (Dra. Lucica Ditiu, diretora executiva do Stop TB Partnership).

No Brasil, esse enfrentamento tem se mostrado promissor. Alguns municípios tem apresentado iniciativas que buscam controlar e combater a tuberculose.

Em 2013, Porto Alegre, inclui os agentes de combate a endemias (ACE) no desenvolvimento de ações de controle da tuberculose. Todos os ACEs foram capacitados em manejo e acompanhamento dos pacientes com tuberculose. De acordo com o projeto, os ACEs deveriam apoiar o atendimento dos pacientes dos Centros de Referência para Tuberculose (CRTBs) e das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) da área de abrangência da Gerência Distrital. Assim, durante o período de seis meses do trabalho dos ACEs (novembro de 2013 a abril de 2014), o percentual de abandono do CRTB foi de 14,2%, enquanto no mesmo período do ano anterior foi 24,4%. Entre as 39 visitas domiciliares já realizadas pelo ACE no CRTB Sanatório Partenon, 17 (43,6%) pacientes retornaram ao tratamento (WILHELM et al, 2014).

Esses resultados, mesmo incipientes, demonstram a importância de parcerias nesse enfrentamento e a inclusão de todos os atores envolvidos nesse processo.

Nessa mesma perspectiva, a cidade de São Paulo desenvolveu o projeto PACTU tendo como estratégia o desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular (PTS) com articulação intra e intersetorial para pessoas em situação de rua com tuberculose.

Com propósitos específicos de aumentar a taxa de cura, facilitar o acesso da população em situação de rua para o diagnóstico e tratamento precoces da tuberculose, fortalecer as estratégias de adesão ao tratamento da tuberculose, pelo acompanhamento direto de cada caso, inclusive nos finais de semana, desenvolver estratégias de educação e comunicação com a participação da sociedade civil e movimentos sociais e, articular a rede de proteção integral, intra e intersetorial (UBS + ESF + CnaRua + Centro de Assistência Psicossocial (CAPS) + Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) + Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) + Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (CentroPOP) + Serviço abordagem + Centro Referência Direitos Humanos + Centro Cultural) além da cura da doença, visam o resgate da autoestima, da cidadania e da conquista da sua inclusão social.

A experiência em Ibitinga, cidade da região canavieira de São Paulo, apresenta um aspecto importante a ser considerado no enfrentamento a tuberculose, a flexibilização. Inicialmente, a implantação do TDO ocorreu de forma descentralizada para as UBS. No entanto perante a falta de infraestrutura nas UBS com insuficiência de profissionais e ausência de transporte, optou-se por adotar a estratégia com

técnico do CSII, que é uma unidade central onde está lotada o Serviço de Vigilância Epidemiológica e o médico responsável pelo Programa de Tuberculose. Essas condições facilitaram sobremaneira a realização das visitas domiciliares a todos os usuários em tratamento. Por isso a opção de manter a operacionalização da estratégia centralizada levando em conta que os resultados tinham sido positivos. No ano de 2011, dos 21 pacientes notificados, e com TDO, tivemos 19 altas por cura, um óbito por AIDS e 1 alta por mudança de diagnóstico, 0 (zero) por abandono. No ano de 2008 o percentual de cura era de 77,78%, passando para 87,50% em 2011 (ENDRES & MINZONI, 2013).

Dessa forma, pode-se construir vínculo proporcionado pelo fortalecimento da relação gerada entre o trabalhador, usuário e família, aprendizado sobre questões de saúde, quebra de barreiras, novos olhares sobre si mesmo e a equipe de saúde, e a promoção de mudança para hábitos mais saudáveis.

Protagonismos restritos a territórios, também são considerados válidos, a exemplo da Unidade Básica de Saúde (UBS) Alto do Umuarama localiza-se na zona Sul da cidade de São Paulo, que até 2005 apresentava baixa taxa de diagnóstico de tuberculose pulmonar.

A partir de 2006, foi estabelecido um plano de ações para aumento do diagnóstico de casos, de acordo com as diretrizes do Programa Nacional de Controle de Tuberculose (PNCT).

Após identificação dos principais obstáculos para o diagnóstico de tuberculose na área, foi desenvolvido um plano de ações, incluindo: capacitação dos profissionais, busca ativa casa-a-casa de sintomáticos respiratórios com tosse há mais de três semanas e de comunicantes de pacientes já diagnosticados através de visitas domiciliares, além de coleta e armazenamento de escarro para baciloscopia na UBS. Com a execução do plano, houve um aumento de 70% no número de pessoas interrogadas (88.760 vs. 150.164 pessoas), de 250% no número de pacientes identificados com tosse há mais de três semanas (238 vs. 672), de 275% no número de baciloskopias de escarro realizadas (219 vs. 603). O número de pacientes diagnosticados com tuberculose pulmonar triplicou (8 vs. 26), com aumento da porcentagem de pacientes bacilíferos (75 vs. 88%) (STEINBERG, 2008)

A partir da identificação dos principais problemas que dificultavam o diagnóstico de tuberculose na UBS, foi possível planejar e executar um plano de ações

efetivo, levando a um aumento importante do reconhecimento de suspeitos e de pacientes diagnosticados.

O município de Palmas também propôs mudanças no modelo assistencial, com o intuito de melhorar os indicadores de tuberculose. Foi reorganizada a assistência junto com a área técnica da tuberculose, elaborando um plano de atendimento ao paciente, dando ênfase ao TDO.

Optando pela descentralização das ações para as UBS, os ACSs passam a ser os responsáveis pelo Tratamento Diretamente Observado, e em suas visitas diárias têm acesso a situação de saúde da família, o que torna imediata à detecção de sintomáticos respiratórios, possibilitando o início precoce de tratamento, bem como facilitar o acompanhamento dos casos. No período de Segunda a Sexta o Agente Comunitário acompanha a medicação do paciente e nos fins de semana é eleito um padrinho que pode ser um vizinho ou parente para supervisionar a tomada da medicação. Foi estabelecido também uma supervisão mensal pela Coordenação da ESF/ EACS do livro padronizado de Sintomáticos Respiratórios estabelecendo uma meta mensal para realizar exame de escarro em uma determinada quantidade da população (OLIVEIRA & NOBRE, 2008).

Nesse contexto, Palmas vem buscando garantir atenção adequada ao portador de tuberculose e proporcionando uma assistência contínua, resolutiva e integrada.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1. Caracterização do Estudo/ Abordagem

Este estudo caracterizou-se como uma pesquisa/intervenção, pois pretendeu resolver ou minimizar uma problemática, a partir de uma realidade observada, e neste caso o objeto de estudo: as dificuldades e vulnerabilidades no trabalho de combate à tuberculose das equipes da Estratégia Saúde da Família, em uma ação partilhada entre a autora e estes trabalhadores. De acordo com Vergara (2011, p.43), a investigação intervencionista tem como principal objetivo:

Interpor-se, interferir na realidade estudada para modificá-la. Não se satisfaz, portanto, em apenas explicar. Distingue-se da pesquisa aplicada pelo compromisso de não somente propor resoluções de problemas, mas, também, de resolvê-los efetivo e participativamente.

Quanto à abordagem, foi exclusivamente qualitativa, pois como afirma Minayo (2010), a pesquisa qualitativa consiste no estudo que visa compreender as relações de crenças, percepções, opiniões e interpretações dos homens referentes à sua forma de se posicionar, pensar, sentir e viver, ou seja, é um universo de significados, que corresponde a processos e fenômenos mais complexos que não podem ser reduzidos.

Descritivo, por buscar um detalhamento na intervenção realizada com profissionais da ESF, que de acordo com Gil (2010), visa descrever as características de determinada população, fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis.

Assim, de acordo com objetivo geral deste estudo, optou-se por esse tipo de abordagem, uma vez que proporcionou aos pesquisadores reflexão sobre o seu envolvimento no processo da pesquisa, constituindo-se como participantes ativos.

4.2 Marco Teórico Metodológico da Pesquisa/Intervenção: *Community Based Participatory Research* – CBPR (Pesquisa Participativa Baseada na Comunidade)

Considerando os objetivos propostos nesta pesquisa/intervenção, utilizou-se a abordagem da *Community based participatory research* (CBPR) que, segundo

Minkler e Wallerstein (2003), consiste em um processo que envolve pessoas da comunidade ou beneficiários de intervenções em todas as etapas do processo de investigação, ou seja, uma abordagem colaborativa para o estudo que envolve equitativamente todos os parceiros no processo de pesquisa e reconhece as qualidades únicas que cada um traz.

A CBPR tem raízes nos movimentos sociais e políticos dos anos 1940, tendo-se verificado uma revitalização nos anos 1960 e 1970. Faridi et al (2007), discorrendo sobre a origem da CBPR, referem que a obra de Kurt Lewin e Paulo Freire enfatizam um processo interativo de ação, reflexão e aprendizagem experiencial e que este é essencialmente a fundação de CBPR como é praticado hoje.

De acordo com a *Agency for healthcare research and quality* (2004), a CBPR é uma abordagem para a saúde e pesquisa ambiental destinada a aumentar valor dos estudos para ambos os pesquisadores e as comunidade que estão sendo estudadas. Essa abordagem é, particularmente, atraente para acadêmicos e profissionais de saúde que lutam para lidar com problemas persistentes de disparidades de saúde em uma variedade de populações. A CBPR cria pontes entre cientistas e comunidades, através do uso de conhecimento compartilhado e experiências valiosas; estabelece uma relação de confiança mútua que aumenta tanto a quantidade e a qualidade dos dados coletados.

Mc Alisster et al. (2003) esclarecem que a CBPR não é uma nova metodologia, mas, sim, um novo paradigma que tem como base da investigação a parceria na comunidade, tendo como essência a interação entre pesquisadores e participantes do estudo, em que o desenvolvimento tem a participação de cada um, investigando, identificando e estudando os problemas de saúde mais relevantes para a comunidade estudada, objetivando a mudança social e redução das desigualdades sociais.

Para o desenvolvimento dessa pesquisa, é imprescindível, segundo Wallertein & Duran (2006) o engajamento dos membros da comunidade no processo e no produto da investigação, devendo se utilizar o conhecimento local para a compreensão dos problemas de saúde e o desenho de intervenções. Além disso, os membros da comunidade atuam na divulgação e uso dos resultados da investigação e, em última instância, a redução das disparidades de saúde. Os membros da comunidade se tornam parte da equipe de pesquisa e os pesquisadores engajados nas atividades da comunidade.

A CBPR objetiva o crescimento e o desenvolvimento dos envolvidos no problema, pois eles aprendem a avaliar e refletir criticamente a sua experiência do problema e comunicam aquilo que acham que deve ser feito para reduzir ou eliminar o problema (PALERMO, MCGRANAGHAN E TRAVERS, 2005).

Segundo a *Agency for healthcare research and quality* (2004), a CBPR em resumo envolve: a co-aprendizagem e transferência recíproca de competência a todos os participantes da investigação, com destaque para as questões que podem ser desenvolvidas com métodos CBPR; a tomada de decisão compartilhada entre os parceiros, e direitos igualitários nos processos e produtos da investigação em estudo.

Alguns autores têm avançado e identificam os princípios para CBPR. Israel (2000) identificou oito princípios-chave de apoio CBPR, onde o êxito da investigação e as parcerias são amplamente citados. Estas incluem: 1) reconhecer a comunidade como uma unidade de identidade, 2) basear-se nas forças e recursos da comunidade, 3) facilitar as parcerias colaborativas em todas as fases da investigação, 4) integrar o conhecimento e ação para benefício mútuo de todos os parceiros, 5) promover uma co-aprendizagem e a habilitação no processo que atende às desigualdades sociais, 6) envolver um processo cíclico e interativo, 7) pensar a saúde desde perspectivas positivas e ecológicas; e 8) divulgação dos resultados e conhecimentos adquiridos a todos os parceiros

Neste estudo, optou-se pela CBPR considerando, que é uma das abordagens de pesquisa participativa mais largamente utilizada como referência no campo da saúde (MANTOURA & POTVIN, 2013), com disponibilidade de bibliografias atuais que trazem o detalhamento de sua teoria e fornecem pistas mais concretas sobre a sua implementação prática, embora seja um método de pesquisa altamente flexível desde a sua concepção, de forma a moldar-se aos diferentes contextos e coparticipantes. Assim, a CBPR possibilita parcerias institucionais e/ou da comunidade. (MAIA, 2015; FLICKER, SENTURIA, WONG, 2005)

Nunes (2010), Machado (2014) e Maia (2015), em seus estudos, sinalizaram que a utilização da CBPR, mostrou-se como uma estratégia positiva para o reconhecimento dos problemas, além do envolvimento e mobilização dos envolvidos na superação da realidade em questão, confirmando assim, sua popularidade e credibilidade para a Saúde Pública.

Maia (2015), refere que há sete componentes abrangentes que devem ser considerados na condução da PPBC. Tais componentes podem ser tidos como fases

ou estágios, havendo assim certa ordem sequencial, contudo, o processo é mais circular do que linear com alguns elementos ocorrendo durante todo o empreendimento. Dentre eles, Israel et al (2013) cita a formação de parcerias da CBPR, determinação da dinâmica e das fortalezas da comunidades, identificação das prioridades de saúde e das questões da pesquisa, desenho e condução da intervenção e/ou pesquisa sobre as políticas, *feedback* e interpretação dos achados da pesquisa, disseminação e tradução dos achados da pesquisa, perpassados pela manutenção, sustentação e avaliação das parcerias da CBPR.

Em nossa pesquisa/intervenção, considerando os princípios da CBPR, na primeira etapa, identificou-se os parceiros e formalizou-se a parceria, convidando-os a participar do grupo focal e das oficinas. Assim, buscou-se envolvê-los em todas as etapas, desde o planejamento, desenvolvimento, discussão e análise dos problemas identificados até a divulgação dos resultados propostos.

No entanto, a consolidação dessa relação entre pesquisador e participantes está relacionada com a priorização de competências específicas, que, de acordo com Hartwig, Calleson e Willians (2005) são: **competência cultural** que diz respeito a conhecimentos, habilidades e atitudes que permitem um trabalho eficaz envolvendo as diversas questões raciais, étnicas, religiosas e grupos sociais; **competência de comunicação**, que traduz a habilidade de fornecer e receber uma retroação, de forma clara e acessível, com os parceiros da comunidade envolvidos na investigação, assim como o **ouvir** que garante o feedback e insights de ambos os parceiros, com respeito mútuo e reconhecimento de que ninguém detém todas as respostas e, **a partilha de poder e controle de decisão**, o que permite a distribuição do poder e não centralização apenas em um, ou em poucos atores, contribuindo assim, para a criação conjunta de conhecimentos e o estabelecimento de parcerias equitativas (MANTOURA & POTVIN, 2013; ISRAEL, 2008).

Logo, em nosso estudo buscou-se assegurar essas competências, valorizando a cultura, as questões étnicas, raciais e/ou religiosas, garantindo uma linguagem clara e acessível em todas as etapas. A escuta e decisão compartilhada foram respeitados, acatando e consensuando a opinião externada por todos os envolvidos, através de oficinas educativas. A figura 1 demonstra essas competências e sua aplicação no estudo.

Depois de formalizada a parceria, na CBPR, o ponto de partida é a compreensão do problema por parte daqueles que sofrem diretamente. Nessa

intervenção optamos pelo grupo focal, uma vez que, Pallermo, Macgranaghan e Travers (2005), afirmam que nessa etapa geralmente se utiliza entrevistas, diálogos e grupos focais. Assim, na segunda fase, discutiu-se em grupo temas sobre a tuberculose e o seu enfrentamento pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família de Ibiapina: o trabalho das equipes no enfrentamento à tuberculose e as dificuldades e vulnerabilidades no combate à tuberculose.

Figura 1- Competências específicas para fortalecimento da parceria entre pesquisador e enfermeiros, Ibiapina, Ceará, 2016.



Fonte: Adaptado de Nunes, 2010.

Seguindo para a terceira etapa, os enfermeiros priorizaram as dificuldades e vulnerabilidades vivenciadas no combate à tuberculose na ESF como tema a ser trabalhado na intervenção, alegando que os resultados trazidos por essa discussão poderiam auxiliar na organização do serviço e planejamento de ações que contribuíssem para o combate à tuberculose. A CBPR, começa com a investigação de um tema importante para a comunidade, cujo objetivo evidencia combinar conhecimento e ação para a mudança social a fim de melhorar a saúde comunitária e eliminar as disparidades (WALLERSTEIN & DURAN, 2006).

A quarta etapa se configurou quando os participantes puderam expressaram suas opiniões, compartilharam suas experiências profissionais,

compreendendo seus processos de trabalho no combate à tuberculose, possibilitando o crescimento e o desenvolvimento dos envolvidos no problema, uma vez que eles aprendem a avaliar e refletir criticamente suas vivências em relação ao problema e opinam sobre o que pode ser feito para minimizar ou eliminar o problema (PALERMO, MACGRANAGHAN E TRAVERS, 2005).

Nesse contexto, a quinta etapa se deu no momento em que as discussões resultaram no levantamento das potencialidades para planejar as intervenções, após identificação de suas causas, e em seguida alcançamos a sexta etapa, quando desenvolveu-se as propostas de ações e estratégias para o combate à tuberculose, seguido da elaboração do fluxograma analisador pelos enfermeiros, uma forma de implementação do planejamento elaborado pela parceria.

De acordo com Mcgranaghan e Brown (2005), na CBPR, após a realização do estudo, os resultados devem ser divulgados pela parceria para a comunidade e outros setores. Ressaltam, ainda, que sem divulgação e aplicação, os resultados de uma parceria CBPR têm pouco valor aos parceiros comunitários. Assim, os resultados alcançados pela parceria foram divulgados para os outros profissionais e atores envolvidos no combate à tuberculose, caracterizando a sétima etapa da CBPR.

Toda a composição dessa intervenção será descrita e apresentada nos próximos capítulos.

4.3. Cenário da pesquisa/intervenção

A pesquisa/ intervenção foi desenvolvida no município de Ibiapina, Ceará, a 319 KM da capital Fortaleza, situado na Microrregião da Ibiapaba, limitando-se com os municípios de Ubajara, Mucambo, São Benedito, Graça e o estado do Piauí (Figura 2).

De acordo com IBGE (2010) conta com uma população de 23.808, sendo 10.743 da zona urbana e 13.065 da zona rural.

Ibiapina é um município cujo Sistema de Saúde está habilitado na gestão plena, apresentando capacidade instalada para realização de serviços básicos em saúde. O município possui 26 estabelecimentos, sendo 16 administrados pelo setor público, inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que são: um hospital geral, um Centro de Atenção Psicossocial, um Centro Integrado de

Fisioterapia, um laboratório central, uma farmácia central e onze unidades básicas de saúde, com o apoio de uma equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

Figura 2- Mapa dos limites de Ibiapina, Ceará.



Fonte: Google Maps, 2016.

A Atenção Básica está organizada conforme a Estratégia Saúde da Família contando com uma estrutura composta por 11 Equipes de Saúde da Família, 09 Equipes de Saúde Bucal e 01 Núcleo de Apoio a Saúde da Família, modalidade 1 e 57 Agentes Comunitários de saúde (DATASUS, 2015). O município ainda se encontra inserido no Programa Mais Médicos, com a complementação de seis médicos estrangeiros, que compõem exclusivamente as equipes de Saúde da Família.

Dessas onze unidades básicas da ESF, quatro estão localizadas na zona urbana e sete na zona rural (IBIAPINA, CE, 2015).

As unidades básicas de saúde e o hospital local atendem à demanda espontânea, bem como às urgências e emergências de baixo risco e, aquelas classificadas como casos de médio risco, são encaminhadas aos serviços de referência do município pólo, no caso, para Tianguá que por sua vez encaminha para a macro Sobral, quando o caso requerer (COAP, 2012-2013). Possui serviço de apoio de diagnóstico e terapêutico insuficientes, que nem sempre dão conta da demanda ou até são inexistentes, ocasionando a necessidade de referenciamento a outros polos de saúde.

No que concerne o cuidado ao portador de tuberculose, a vigilância é coordenada pela Atenção Básica em Saúde, que desempenha um escopo de ações

preconizadas seguindo fluxos e rotinas informais, ocasionando a descontinuidade do cuidado ao paciente.

Entre os anos de 2014 e 2015, no município de Ibiapina, observou-se um discreto declínio na taxa de incidência da tuberculose, passando de 20,3% para 16,2% (CEARÁ, 2016). Apresentou, ainda, uma taxa de cura de 40% em 2014, sendo a meta recomendada pela OMS/OPAS de 85%.

4.4 Sujeito da pesquisa/intervenção

Conforme Gil (2010), universo ou população é um conjunto definido de elementos que possuem determinadas características. Enquanto a amostra é subconjunto desse universo, que deve ser obtida de uma população específica e homogênea por um processo probabilístico aleatório, por meio do qual se estabelecem ou se estimam as características do mesmo.

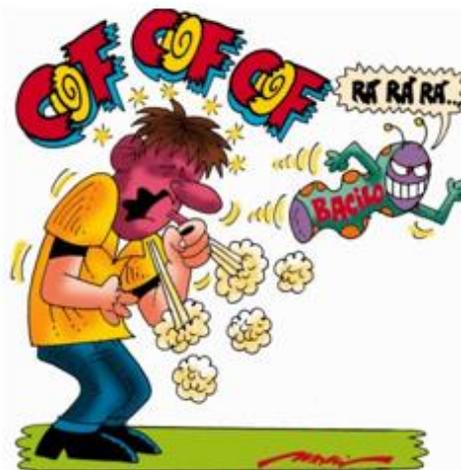
O universo dessa pesquisa/intervenção se constitui com os profissionais enfermeiros das equipes de Estratégia Saúde da Família que de acordo com o DATASUS (2015) conta com 11 enfermeiros atuantes na ESF. Foram excluídos aqueles que estivessem de férias ou licença do serviço.

Essa escolha se deu uma vez que, dentro do escopo de atribuições desses profissionais estão incluídas organização, planejamento e articulação das ações nos serviços prestados à população frente aos programas da ESF,

A princípio, pactuou-se com a gestão e coordenação da Atenção Básica a inserção dos encontros com os participantes, nas sextas-feiras, durante as atividades recorrentes de educação permanente, para que não houvesse prejuízo nos serviços prestados à comunidade, uma vez que essas atividades fazem parte do cronograma laboral das equipes.

Buscando formalizar a parceria com os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, foi enviado um convite (FIGURA 3) para que se fizessem presentes, com local, data e horários definidos. Para os profissionais que aceitaram participar desse trabalho, no primeiro encontro foi entregue e realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A). Nele buscou-se explicitar os objetivos da pesquisa e os passos a serem seguidos.

Figura 3- Convite- As tramas no combate à tuberculose: com a palavra os enfermeiros.



Convidamos você, enfermeiro da Estratégia Saúde da Família de Ibiapina- CE, a participar de um grupo focal com o objetivo de apoiá-los no combate à tuberculose, que será realizado _____, no dia ____/____/____, às _____.

Sua presença é muito importante. Esperamos você!

Lucilla de Sousa Olimpio de Melo
Mestranda da UVA

4.5. Período da Pesquisa/intervenção

O período de estudo para elaboração da pesquisa teve relação direta com o cronograma estabelecido pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – Renasf, entre Março de 2015 a Setembro de 2016.

4.6 Métodos e procedimentos para coleta de informações

A intervenção desenvolveu-se a partir da realização de encontros com os enfermeiros da ESF, por meio dos quais pretendeu-se atingir os objetivos propostos, conforme etapas que seguem:

Para a compreensão do trabalho no combate à tuberculose utilizou-se o grupo focal, um vez que permite ao pesquisador não só examinar as diferentes análises das pessoas em relação a um tema. Ele também proporciona explorar como os fatos são articulados, censurados, confrontados e alterados por meio da interação

grupais e, ainda, como isto se relaciona à comunicação de pares e às normas grupais (KITZINGER & BARBOUR, 1999).

Essa técnica facilita a formação de ideias novas e originais; gera possibilidades contextualizadas pelo próprio grupo de estudo; oportuniza a interpretação de crenças, valores, conceitos, conflitos, confrontos, pontos de vista, e ainda possibilita entender o estrangulamento em relação ao tema, na prática cotidiana (WESTPHAL, BOGUS e FARIA, 1996; KITZINGER e BARBOUR, 1999).

As discussões nos grupos focais foram norteadas por roteiro previamente elaborado (APÊNDICE B), direcionado para a compreensão da rotina de atendimento ao sintomático respiratório das equipes de saúde da família, através das experiências vivenciadas pelos enfermeiros, sendo os depoimentos dos participantes registrados pelos observadores e gravados em áudio, por meio de gravador portátil, conforme autorização concedida pelos mesmos.

Em sequência, os dados gerados pela discussão, foram discutidos e analisados através de oficinas pedagógicas, com quais se pretendeu criar um âmbito de reflexão e ação, superando assim a separação existente entre teoria e prática, entre conhecimento e trabalho (ANDER-EGG, 2000).

A oficina é uma metodologia pedagógica bastante acessível que dinamiza o processo de ensino-aprendizagem e estimula o engajamento criativo de seus integrantes. Proporciona um espaço em que os ideais de transformação e diálogo estão em permanente construção. É uma metodologia de trabalho em grupo, caracterizada pela construção coletiva de um saber, de análise da realidade, de confrontação e intercâmbio de experiências, em que o saber não se constitui apenas no resultado final do processo de aprendizagem, como também no processo de construção do conhecimento. Possui a vantagem de acolher indivíduos oriundos dos meios populares, cuja cultura precisa ser valorizada para que se estabeleçam as necessárias articulações entre os saberes populares e os saberes científicos (SANTOS, 2008).

O método de oficina foi escolhido por possibilitar a construção de conhecimento com ênfase na ação, sem perder de vista a base teórica (PAVIANI; FONTANA, 2009). Possibilita aos participantes produzirem, aprenderem e, enquanto produzirem, aprenderem, utilizando os diversos níveis de aprendizado. Possui basicamente duas finalidades: articulação de conceitos, pressupostos e noções com ações concretas, vivenciadas pelo participante ou aprendiz; e vivência e execução de

tarefas em equipe, isto é, apropriação ou construção coletiva de saberes (PAVIANI; FONTANA, 2009).

Foram realizadas quatro oficinas pedagógicas, quantidade determinada a partir das necessidades apresentadas pelos enfermeiros da ESF, participantes desse estudo. Seus horários, bem como temática posterior eram decididos no fim de cada encontro.

As oficinas foram organizadas para propiciarem identificação dos problemas prioritários e reconhecimento dos nós críticos e falhas no processo de enfrentamento a tuberculose e, assim, colaborar na organização do serviço, culminando com a proposição de ações e estratégias que visaram superar as dificuldades nesse processo.

A primeira oficina possibilitou compreender como são produzidas as ações de combate à tuberculose e visualizar a organização do trabalho da equipe de ESF, através da construção de um fluxograma analisador, procurando representar suas vivências evidenciadas nos grupos focais.

Merhy e organizadores (1997) afirmam que o “fluxograma analisador” se constitui num instrumento de análise, que interroga os “para que”, os “que” e os “como” dos processos de trabalho, e ao mesmo tempo revela a maneira de governá-lo.

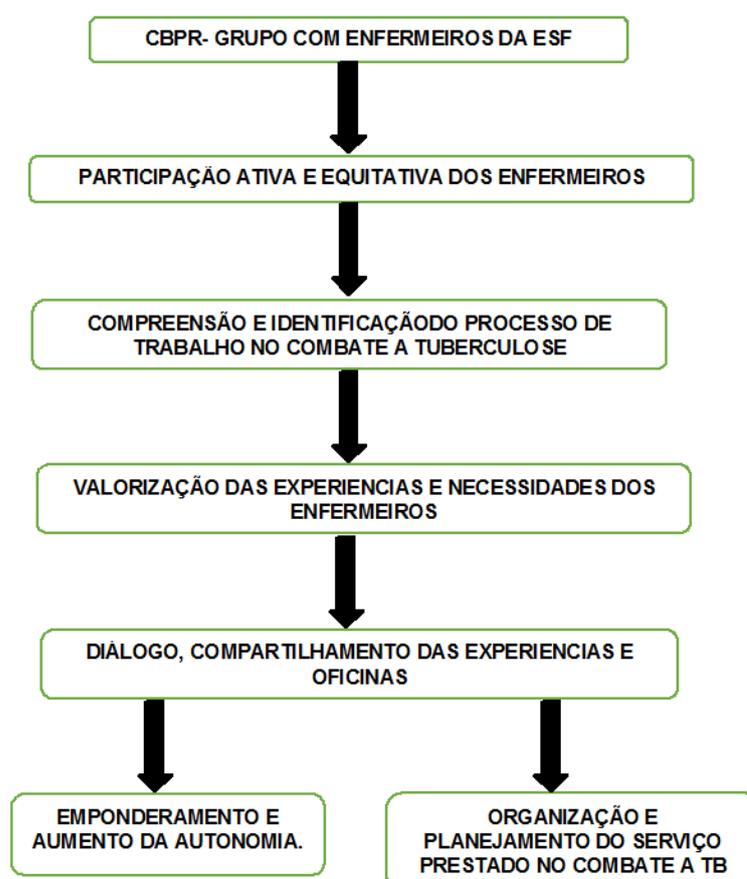
No fluxograma analisador, a elipse representa o começo ou o término da cadeia produtiva, ou seja, a entrada e a saída do processo global de produção. Os retângulos indicam a ação e a realização de etapas de trabalho importantes, nas quais se realizam consumos de recursos e criação de produtos bem definidos, que irão permitir a abertura de novas etapas, até o final. O losango representa o momento em que a cadeia produtiva enfrenta um processo de tomada de decisão de caminhos a serem seguidos, que aparecem normalmente após cada etapa, e que são sempre momentos de decisões e possibilidades de percursos para se atingirem etapas seguintes e distintas (MERHY, 2007).

Na segunda oficina, os participantes trabalharam possíveis estratégias resolutivas, a partir das dificuldades enfrentadas no serviço, com o intuito de desconstruir a assistência prestada. No momento da terceira oficina propiciou-se aos participantes a conscientização da sua essência, potencialidades e fragilidades inerentes ao ser humano e profissional da saúde. A quarta oficina aconteceu buscando organizar, sistematizar e reconstruir o fluxograma analisador, já com as adequações pensadas pelos enfermeiros.

Ao final das oficinas, buscando mensurar o efeito dessas na atitude dos enfermeiros da ESF quanto ao trabalho no combate à tuberculose, retomou-se o grupo focal, com roteiro norteador pré-elaborado.

Quanto ao planejamento dos encontros, o primeiro grupo focal foi o único a ser organizado pela pesquisadora, os demais tiveram a contribuição dos parceiros enfermeiros, de acordo com os temas sugeridos, levando-se em conta as necessidades dos participantes e as informações dos encontros anteriores. Vale ressaltar que esse planejamento foi elaborado sob a ótica do referencial teórico do CBPR, apresentado de forma gráfica pela figura 4.

Figura 4- Planejamento simplificado da CBPR com os Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, Ibiapina, CE, 2016.



Fonte: elaborado pela autora

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) foi entregue e lido no primeiro encontro, estabelecendo os objetivos e metodologia do

estudo. Após os esclarecimentos, todos os enfermeiros presentes assinaram dando ciência da participação.

Os grupos focais, bem como as oficinas foram gravadas apenas em áudio com auxílio de um gravador portátil, uma vez que não se obteve a autorização dos participantes, da gravação em vídeo e nem registro de fotos, salvo as produções durante as oficinas.

4.7. Interpretações e Análise dos Resultados da Pesquisa/Intervenção

Entre as diferentes possibilidades de análise de conteúdo, a análise temática foi a escolhida, uma vez que permite analisar as informações buscadas, e, por ser considerada a mais apropriada para as investigações qualitativas em saúde. Realizar a análise temática significa buscar e encontrar a essência do sentido que estão presentes em palavras, frases ou resumos (MINAYO, 2008).

Operacionalmente, a análise temática desdobra-se em três etapas segundo Minayo, (2010): pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Para esse trabalho, os procedimentos realizados em cada etapa encontram-se descritos abaixo:

a) Pré-análise: nessa etapa, foi realizada a leitura atenta de todo o material fornecido pelas participantes. Buscamos selecionar informações de interesse direto para a pesquisa com vistas a resultados que explicitassem claramente os objetivos. No caso da pesquisa aqui apresentada, o corpus de análise resultou das informações obtidas da transcrição das atividades aplicadas.

b) Exploração do material: foi realizada a classificação das informações, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto, o que possibilitou identificar as categorias temáticas.

c) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: com o intuito de analisar os dados colhidos, realizou-se inferências e interpretações dos objetivos previstos, e relacionamos os dados com outras dimensões teóricas interpretativas.

d) Ao final, foram apresentadas as categorias temáticas definidas durante a realização das etapas de pré-análise e de exploração do material, obtidas através das intervenções junto aos enfermeiros.

4.8 Aspectos Éticos do Estudo

Seguida de solicitação por escrito, o desenvolvimento da pesquisa/intervenção foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Ibiapina- Ceará, no papel do secretário municipal de saúde.

Para esse estudo adotaram-se as recomendações éticas para pesquisa envolvendo seres humanos contidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) obtendo a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) sob o número de parecer 1.483.171 e do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAEE) = 54418216.7.0000.5053 (ANEXO A).

Os participantes da pesquisa/intervenção foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), emitido em duas vias. A participação na pesquisa ocorreu de forma voluntária.

Com a assinatura do TCLE, ficou assegurado o sigilo das informações, anonimato, livre acesso às informações, bem como liberdade para desistir de participar do estudo em qualquer momento. No entanto, só foi autorizado, pela maioria dos participantes, a gravação das sessões do grupo focal por meio de áudio.

Somando-se a isso, a pesquisa buscou resguardar os preceitos ético-legais de autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, recomendados pela Resolução nº 466/2012 sobre pesquisas envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

O princípio da **autonomia** foi respeitado, esclarecendo aos profissionais de saúde quanto ao livre arbítrio para decidir participar ou não da pesquisa, sendo essa voluntária, e que, independentemente do tempo, poderiam se negar à permanência nas sessões grupais, sem que isso implicasse em qualquer penalidade. Utilizou-se um gravador portátil para registro de todas as informações, com a anuência dos participantes. Foi comunicado, também, sobre a liberdade de solicitarem esclarecimentos acerca de quaisquer dúvidas durante a participação na pesquisa, como também explicados os objetivos, metodologia e a relevância social da pesquisa (BRASIL, 2012).

Aos trabalhadores de saúde que aceitaram fazer parte do estudo resguardou-se a confidencialidade das informações e suas identificações.

Com relação ao princípio da **beneficência**, garantiu-se aos participantes a firmatação do compromisso de trazer o mínimo de risco e o máximo de benefícios possíveis, e de não causar danos morais e trabalhistas a eles. Buscou-se respeitar os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como hábitos e costumes.

As sessões grupais foram realizadas em local privativo para o grupo, garantindo-se a confidencialidade ao que foi discutido. Além disso, foi firmado o compromisso de divulgar os resultados com os envolvidos e à gestão local, acreditando que este estudo trouxe contribuições no combate à tuberculose (BRASIL, 2012).

Acredita-se que o sistema de saúde de Ibiapina-CE será beneficiado, uma vez que o estudo poderá predizer melhoria nas estratégias dos serviços de saúde para construir espaços dialógicos, onde haja planejamento estratégico sobre a temática abordada, além de gerar reflexão sobre a ampliação de espaços de cuidados que vislumbrem a qualidade da saúde dessas pessoas, indo ao encontro das diretrizes do Sistema Único de Saúde, que tem como meta a promoção da saúde e a qualidade de vida da população.

Quanto ao princípio da **não maleficência**, o estudo não causou prejuízos aos profissionais de saúde que participaram das oficinas e do grupo focal, ao contrário, a participação nos grupos contribuiu para a troca de conhecimentos e experiências acerca da temática proposta (BRASIL, 2012).

Já no princípio da **justiça**, proporcionou-se o maior grau possível de equidade aos profissionais que participaram do estudo, não obtendo nenhum grau de diferenciação entre eles. Foram explicadas as relevâncias sociais, enumerando as vantagens para os que aceitaram participar da pesquisa (BRASIL, 2012).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo apresentaremos os resultados da intervenção, apresentando a discussão categorizada do grupo focal, bem como detalhando as ações das oficinas pedagógicas e o significado dessa experiência para os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família-ESF de Ibiapina, Ceará.

Com a abordagem da CBPR, cujo ponto de partida é a compreensão do problema por parte daqueles que o sofrem diretamente, deve haver a colaboração entre os pesquisadores e membros da comunidade, onde a competência, igual para cada um, é investigar, identificar e estudar os problemas de saúde importantes para aquela comunidade (McALISSTER et al, 2003), objetivando o crescimento e desenvolvimento dos envolvidos no problema, pois eles aprendem a avaliar e refletir criticamente a sua experiência do problema e comunicam aquilo que acham que deve ser feito para reduzir ou eliminar o problema (PALERMO, MCGRANAGHAN & TRAVERS, 2005).

5.1. As tramas do trabalho no combate à tuberculose: com a palavra os enfermeiros.

O Ministério da Saúde em sua última publicação do manual de controle da tuberculose (Brasil, 2011) reafirma o papel da atenção primária a saúde relatando que a atuação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose compreende estratégias inovadoras que visam ampliar e fortalecer a estratégia TDO, com o enfoque na articulação com outros programas governamentais para ampliar o controle da tuberculose e de outras comorbidades, como a aids.

Assim, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem, entre as atribuições, a abordagem de pacientes portadores de tuberculose dentro das áreas geográficas de atuação, desde a suspeita clínica, passando pelo encaminhamento para a investigação diagnóstica e o acompanhamento dos casos confirmados, por meio do tratamento supervisionado e da coleta da baciloscopia mensal de controle.

Buscando entender como as equipes cumpriam essa atribuição, foi organizado a primeira sessão do grupo focal, onde se fizeram presentes oito enfermeiros da ESF. Este encontro ocorreu no Auditório do Centro de Saúde Dr. Francisco Márcio Fernandes, com duração de duas horas e sete minutos.

Com a discussão do grupo focal, pode-se identificar que todas as equipes, pelas falas transcritas, precediam da mesma forma, sendo o percurso do portador com tuberculose muito semelhante nas equipes do município.

Bom, geralmente, o paciente vem até a gente, sabe, na unidade, com tosse e febre [...] o médico suspeita de TB, aí pede os exames, escarro, raio-x [...] e eu sempre peço ao médico que me avise que é pra eu fazer a parte dos papéis, sabe, a parte burocrática [...] os contatos [...] ah a gente comunica também pro ACS acompanhar [...] (ENF.01)

É isso aí, assim mesmo. Ele vem se consulta com o médico, que, solicita os exames e a gente enfermeiro fica responsável em solicitar a medicação, fazer a investigação e entregar a medicação todo mês. (ENF. 03)

A análise dos discursos revela que o acompanhamento do doente de tuberculose em tratamento não visa à promoção da autonomia do usuário, sua adesão ao tratamento e a qualidade do cuidado prestado.

Geralmente é o médico quem diagnostica. Quando ele lembra, encaminha pra gente, pra gente poder fazer, o que eles chamam de parte burocrática, sabe, a investigação e a notificação, a avaliação dos contatos e a entrega da medicação. Aí a gente fica acompanhando ele até o final. (ENF.05)

[...] o médico solicita os exames e diagnostica. O resto fica comigo [...] ele só solicita os exames [...] (ENF.04)

Na maioria das vezes as ações de assistência e controle da tuberculose se limitam às consultas realizadas nos consultórios e muitas vezes de maneira individualizada (PROTTI *et al*, 2010).

Aqui, na maioria das vezes o paciente vem encaminhado do hospital, então ele já vem com a solicitação da baciloscopia e raio-x, aí ele vai fazer os exames e se confirmado, a gente faz a investigação, ver os contatos, solicita a medicação na farmácia do município e entrega todo mês. No dia-a-dia é pra ser acompanhado pelo ACS. (ENF.02)

Fica evidente a assistência prestada a pessoa com tuberculose, oriunda da demanda espontânea ou do encaminhamento da atenção secundária, o que é considerado ineficiente para interromper a cadeia de transmissão da tuberculose, uma vez que o controle da tuberculose é baseado na busca de casos, diagnóstico precoce e adequado, seu tratamento até a cura, evitando possíveis adoecimentos (BRASIL, 2010).

Tal constatação leva a refletir que ações de saúde precisam ser intensificadas na perspectiva da integralidade, permitindo a ampliação da atenção ao doente de tuberculose, em consideração à complexidade do processo saúde-doença e suas várias dimensões – biológica, cultural, psicológica e social.

Concorre, também, para ressaltar a importância da integração das ações de prevenção, cura, reabilitação e promoção da saúde. Para tanto, a articulação intersetorial, interdisciplinar, intergovernamental e institucional precisa ser eficaz com o intento de melhorar os níveis de saúde e a qualidade de vida das pessoas (LIMA, 2010).

Mas quando perguntados se acreditam que assim conseguiram combater a tuberculose, a maioria foi enfática:

Não [...] a gente não combate [...] não considero um combate o que fazemos. Uma campanha, de vez em quando nas ações do PSE, se restringe a isso. (ENF.08)

Fica um pouco esquecida. É tanta campanha que a gente tem que realizar, dengue, vacina, correr atrás de gestante que faltou a pré-natal, acaba que fica de lado [...] a gente lembra e se preocupa quando aparece um caso. (ENF.06)

[...] não é rotina [...] é uma coisa pontual [...] na escola [...] eu mesmo só lembro de fazer algo relacionado com a TB, quando entrego medicação...e fui na escola. Uma vez só esse ano. (ENF.07)

Com esses discursos, fica evidente que o controle da tuberculose na ESF fica deixado de lado. Por possuir um fluxo menor de atendimento aos casos de tuberculose, as equipes acabam preocupando-se mais com as outras áreas programáticas de sua responsabilidade, e que possuem um fluxo de atendimento muito maior (hipertensão, diabetes, saúde da mulher, do idoso, etc.), em detrimento das ações de controle da tuberculose.

5.1.1. Ideal x Real: quando nem sempre o preconizado é realizado.

Por intermédio do diálogo mediado pelos pesquisadores, desenvolve-se parcerias na tentativa de resolver um problema do local. “O que se pretende com o diálogo, em qualquer hipótese (seja em torno de um conhecimento científico e técnico, seja ‘experimental’), é a problematização do próprio conhecimento em sua indiscutível

reação com a realidade concreta na qual se gera e sobre a qual incide, para melhor compreendê-la, explicá-la, transformá-la” (Freire, 2002, p. 52).

Durante a discussão pode-se entender ainda que as equipes apresentam dificuldades no desenvolvimento de estratégias preconizadas para o controle e combate da tuberculose e que nem sempre o preconizado é passível de ser realizado.

Eu sei que o ministério pede pra fazer busca ativa, TDO, diagnosticar o mais rápido possível p iniciar o tratamento, tem também o HIV, as baciloscopias de controle [...] os casos que apareceram na unidade, foi o próprio paciente que chega dizendo que tá com uma gripe mal curada. Os ACS parecem que não sabem [...] (ENF.08)

Em relação ao modo de agir dos profissionais, Silva (2011) acredita que a dificuldade para a busca de sintomáticos respiratórios (SR) na demanda dos serviços, está associada diretamente ao modo como assistência é prestada; na falta de empenho, envolvimento e falta de diálogo com o usuário, passando despercebidos os sintomas da tuberculose.

Esse mesmo autor, ainda destaca o fato da busca de SR ser mais intensa nas campanhas havendo maior envolvimento dos funcionários, após a campanha essa busca efetiva cai no esquecimento.

A Organização Mundial de Saúde e o PNCT estabeleceram políticas e estratégias para fortalecer a capacidade de resposta contra a tuberculose. A mais recente delas é o *DOTS*, cujos principais objetivos incidem na adesão dos pacientes ao tratamento padronizado com a supervisão da tomada da medicação, apoio social, prevenção do aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos, redução dos casos de abandono e aumento da probabilidade de cura do paciente com tuberculose (GRECCO et al., 2014).

Ir até o paciente, ver a tomada da medicação pelo menos 3 vezes na semana? (risos) [...] eu nunca fiz [...] (risos), mal temos carro todo dia a disposição [...] e não tenho coragem de pedir ao paciente que venha até a unidade [...] mal ele pode vir uma vez no mês buscar [...] aí tem o ACS que as vezes vem e leva a medicação pro paciente [...] (ENF.05)

Segundo Paula & Aguiar (2013) o ACS pode ser grande aliado na luta contra a tuberculose, melhorando a qualidade de atenção aos pacientes. Não somente participam do processo terapêutico como também pela busca ativa, contribuem para

diminuir a transmissão entre os contatos intradomiciliares do portador da doença e para o fortalecimento do vínculo dos pacientes com as unidades de saúde.

É difícil fazer o que o ministério preconiza. O TDO P mim é impossível [...] a não ser que o paciente venha pra unidade [...] eu não tenho como ir [...] o HIV até que melhorou, com o teste rápido a gente aproveita e faz quando o paciente vem buscar o remédio. Busca ativa esse aí eu não lembro quando ocorreu no meu serviço [...] e aí percebo que vira uma bola de neve que vai crescendo e parece não ter uma solução. (ENF.01)

Os fatores que dificultam o funcionamento do PNCT no cotidiano de trabalho das equipes de Saúde da Família, na condição de indicativos de deficiências estruturais e organizacionais influenciam no desempenho destas equipes (SANTOS, NOGUEIRA, ARCÊNCIO, 2012).

A incorporação das atividades de controle da tuberculose por parte dos profissionais das equipes se mostrou prejudicada, principalmente a busca ativa de sintomáticos respiratórios, que não é realizada eficientemente como rotina no serviço.

A busca ativa de sintomáticos respiratórios é uma atividade chave, preconizada pelo Ministério da Saúde, para que as equipes passem a ter o controle da tuberculose incorporado à sua rotina diária de trabalho. Se esta busca não é feita, não há como fechar o ciclo de detecção precoce, tratamento e cura.

Os serviços de saúde precisam estar organizados de forma a facilitar tanto o diagnóstico da tuberculose quanto o acesso ao tratamento, levando em consideração as necessidades dos usuários em obter informações sobre a doença e a importância do tratamento (COUTO *et al.*, 2014).

5.1.2.Uma dificuldade leva a outra.

Problemas estruturais e logísticos relacionados aos serviços de saúde, como a dificuldade enfrentada em alguns locais para a realização dos exames, o encaminhamento para especialistas e a falta de materiais ou equipamentos, transporte, são elencados como umas dos obstáculos no combate à tuberculose, além da inexistência de uma rede, que conectasse todos os serviços envolvidos, tornando o processo mais fluido e eficiente.

[...] mas na minha unidade, a gente nem tem coletor. Aí fica difícil. Então a gente entrega a solicitação e quando dá a gente já traz esse paciente pra fazer no laboratório [...] se não fica com o coração na mão esperando o paciente voltar [...] (ENF.07)

A falta de importante insumo pode atrasar o diagnóstico e o início do tratamento, além de prolongar o tempo de transmissibilidade. A disponibilização dos insumos, portanto, é considerada de vital importância à sustentabilidade do DOTS, principalmente no que tange a viabilização da baciloscopia.

Falta de comunicação, de ligação entre os setores. A gente desconhece que caminho seguir, sabe? Onde posso mandar o paciente pra fazer a baciloscopia [...] o que fazer. Aí a gente perde tempo correndo de um lado pro outro. (ENF.01)

A continuidade da assistência permite a organização dos fluxos do usuário entre os diversos pontos da rede de atenção. A falta de comunicação observada no relato acima contraria a concepção de um sistema organizado em rede e contradiz a integralidade como princípio doutrinário do SUS (ALVES, 2012).

É também acho que isso que ela falou é um problema muito grande. Acho que todos os setores devia estar na mesma frequência, sabe? Isso já era pra ser automático, todo mundo em rede [...] laboratório, as equipes, o hospital, que recebe, como falei pacientes e só faz encaminhar pra gente (ENF.02)

O sistema de serviços de saúde como uma rede coordenada, capaz de garantir o acesso e a continuidade do cuidado, pressupõe levar em consideração que os pontos que ligam as intersecções desta rede somente podem acontecer mediante o estabelecimento de uma malha intrincada de interações entre aqueles responsáveis pela organização do sistema (gestores), os responsáveis pela organização e execução dos serviços (prestadores e profissionais) e os usuários do sistema de saúde (ALVES, 2012).

É importante destacar que as ações precisam ser operacionalizadas e desenvolvidas de igual modo entre os diferentes atores, de acordo com as responsabilidades inerentes a sua função. É necessário que todos os atores envolvidos neste processo estejam integrados e articulados de forma a garantir todo o tratamento e acompanhamento do paciente com tuberculose na USF, além de ser imprescindível uma estrutura mínima para os procedimentos, como os insumos

necessários para o exame de baciloscopia e a disposição em tempo hábil de outros serviços referenciados (MARCOLINO, 2009).

A demora, por exemplo, de uma cultura. Tô com outro caso de um rapaz novo, que tá preso, sofrendo [...] ele tem uma doença respiratória, a gente sabe, foi feito baciloscopia, deu negativo, foi feito raio-x, mas a médica pediu uma cultura. Aí o Juiz disse que dá a prisão domiciliar, mas ele quer um relatório que justifique [...] a médica diz que tá esperando o resultado [...] aí a gente tem que esperar? A gente programa as visitas, mas não tem carro.(ENF.03)

Este fato aponta para debilidades relacionadas à gestão, ao compromisso político dos gestores, ressaltando, mais uma vez, que este vai além da garantia da medicação na Unidade de Saúde.

Se for pra tratar A tuberculose, O paciente com tuberculose não seria difícil, mas tem uma questão social envolvida, muito grande. De conseguir, sabe, doação de comida, pra ver se o paciente aguenta ir até o fim com o tratamento...(ENF.04)

Mesmo mostrando o esforço das equipes em ajudar o paciente, é preciso considerar que essas atitudes são pontuais e não respondem a necessidades mais amplas, ligadas ao problema da tuberculose, que requer a atuação de múltiplos atores, mediante a organização de trabalho em rede, no qual as responsabilidades são compartilhadas em ações conjuntas.

As falas deixam transparecer, além disso, fragilidades quando se concebe que o cuidado deve ser promovido mediante a abordagem multiprofissional e segundo a concepção de equipe integração coerente à definição de integralidade em saúde.

Às vezes eu penso, Eu sinto falta, sabe, tipo de uma equipe que abraçasse os casos junto comigo, não é que eu queira me livrar do paciente, mas que ela pudesse visitar toda semana esse paciente, corresse atrás dessas pendengas [...] A gente não tem transporte disponível sempre, carro é uma grande dificuldade(ENF.01)

Assim oh, a gente como enfermeiro é assistente social, é médico, é polícia [...] a gente não tem apoio, tem que resolver as questões até de justiça [...] os outros profissionais acham que é só dar a medicação. (ENF.03)

A gente tem tanta coisa pra fazer, vacina, pse, pré-natal, campanha de vacina [...] tu imagina como é que a gente ainda daria pra fazer como o ministério diz [...] (ENF.06).

Nesses discursos percebe-se ainda a condição de sobrecarga de trabalho em detrimento a uma categoria profissional. Em relação a atuação do enfermeiro, no

acompanhamento à pessoa com tuberculose, deve contemplar principalmente duas dimensões: a gerencial, que se relaciona ao planejamento, à organização e à avaliação de serviço, englobando o gerenciamento dos recursos humanos e a integração entre os programas; e a assistencial, ligada à organização e à realização das ações do cuidado diretamente envolvidas no tratamento com o TDO e os registros utilizados (BRASIL, 2011).

5.1.3.Quando o problema vem de dentro.

Além dos problemas relacionados, fica evidente sentimentos de medo no que diz respeito ao contágio da tuberculose, mas também o sentimento de angústia, desânimo, frustração e impotência na luta contra a tuberculose. O profissional sente-se muitas vezes sozinho nessa luta, o que conseqüentemente leva a uma frustração das ações no serviço.

[...] e quando a gente diz pro ACS que na área dele tem um paciente com TB ele fica com medo de visitar (ENF.01).

Couto (2012) em seu estudo observou que a assistência de saúde prestada a portadoras de tuberculose é, por vezes, prejudicada pela dificuldade do trabalhador em lidar com suas limitações, como o medo do trabalhador em adquirir a doença, seja por não saber enfrentá-lo, por preconceito, ou por não possuir conhecimento específico da enfermidade.

Eu acho que uma coisa que também é um obstáculo é o medo que a gente, profissional tem [...] um dia eu atendi um paciente suspeito de TB, dias depois eu apresentei febre a tarde e tosse, fiquei com isso na cabeça durante dias, pedi até pra Aryelle fazer o ppd [...] querendo ou não acredito que isso influencie no nosso processo de trabalho.(ENF.02)

Ah, eu também tenho medo [...] a gente atende muita gente, entra em contato com pessoas que a gente não sabe o que tem [...] nem sempre a gente tem os EPI's [...] ou usa quando tem. (ENF.05)

O medo é uma resposta do ser humano, inconsciente, daquilo que ele não consegue ter controle [...] é natural do ser humano sentir medo (ENF.04)

Ah eu fico desestimulada, é tanto obstáculo. Aí tem hora que a gente acaba desistindo, perde as forças [...] e vai deixando. (ENF.03)

Nesse sentido, Cardozo *et al* (2016) compartilha que a equipe saúde da família vivencia no cotidiano de suas práticas, situações limite, como pobreza, desigualdade social, violência, abandono, doença, dentre outras, o que favorece o aparecimento de sentimentos de frustração, impotência e de angústia.

Selli, Bagatini & Rivero (2006) acreditam que a frustração do trabalhador acontece no momento em que se identifica com o sofrimento do usuário, reconhecendo sua própria dor e a incapacidade de lidar com ela, percebendo suas vulnerabilidades enquanto ser humano.

As vezes dá uma angústia na gente [...] é tanta dificuldade [...] a gente se sente sozinha [...](ENF.01)

Os profissionais também afirmam que a ineficiência da rede de apoio causam dificuldades em obter resultados junto a outros setores, o que acaba levando a sentimento de frustração, desânimo e desgaste. Tais sentimentos são congruentes com os estudos de Silva & Menezes (2008) que mostraram uma associação entre a ineficiência de setores fora da unidade de saúde e o aumento do estresse dos profissionais.

Com embasamento na CBPR, os participantes tiveram a oportunidade de (re)conhecer o seu cotidiano, o modo como o reconstroem em seu imaginário, bem como identificar a relação que com ele estabelecem para, ancorados na sua subjetividade, buscar criticá-lo e, simultaneamente, agir sobre ele (MAIA, 2015).

5.2 Trilhando o caminho, enfrentando os obstáculos.

Assim, diante das discussões do grupo focal, tomamos a categorização dessas falas como determinante para a organização das oficinas educativas, acreditando poder, desta forma, contribuir com o enriquecimento profissional e proposição de ações e estratégias que vissem a melhoria no combate à tuberculose.

As oficinas, de acordo com Torres *et al.* (2003) possibilitam a construção do conhecimento pelos participantes, a troca de vivências entre os mesmos, além do entendimento da experiência individual da doença pelo profissional de saúde.

Além disso, adequa-se a proposta de realização de uma pesquisa participativa de base comunitário por meio de encontros com o grupo foco da

pesquisa, uma vez que é dinâmico, permite a utilização de estratégias diversas e é capaz de promover a participação e a interação entre eles (MAIA, 2015).

Para tanto, foram realizadas quatro oficinas, que corresponderam a quarta, quinta e sextas etapas da CBPR. Partimos da exteriorização dos saberes, opiniões, sentimentos, vivências e dificuldades de cada participante, corroborando com os pressupostos da CBPR, em cuja construção partilhada, o poder é distribuído e não se concentra apenas em um, ou em poucos atores da pesquisa, contribui para a criação conjunta de conhecimentos e o estabelecimento de parcerias equitativas, (MANTOURA & POTVIN,2013).

Os recursos didáticos e conteúdos adotados em cada encontro foram selecionados e ajustados a partir das sugestões do grupo, uma vez que a CBPR preconiza o envolvimento de todos os participantes, em todas as etapas do estudo.

5.2.1 As vivências do trabalho das equipes no combate da tuberculose.

A primeira oficina intitulada pelos enfermeiros “Vivendo e aprendendo para o combate à tuberculose”, contou com a participação de oito enfermeiros, os mesmos dos grupos focais e foi realizado no espaço do auditório do Centro de Saúde Drº Francisco Márcio Fernandes, espaço acordado com os enfermeiros e cedido pela gestão. Teve duração de duas horas e quatro minutos.

Com o objetivo de compreender a real dimensão de como são produzidas as ações de combate à tuberculose e visualizar a organização do trabalho da equipe de ESF, foi proposto a eles a construção de um fluxograma analisador, procurando representar suas vivências evidenciadas pelos grupos focais.

O fluxograma analisador, para Merhy (2007) permite uma análise das conexões entre os sujeitos instituídos, seus métodos de ação e o modo como estes se interseccionam, permite realizar uma nova compreensão da tecnologia gerencial em saúde, tomando-se como eixo norteador o trabalho vivo em ato. Aposta na possibilidade de se constituir tecnologias de gestão do trabalho, que permitam identificar obstáculos nos processos de trabalho e que ocasionem sua descontinuidade. Para esse autor, essas tecnologias de gestão do trabalho consistem no uso de instrumentos analisadores e auto-analíticos, como tecnologias potentes para propiciar avaliações do trabalho desenvolvido nos serviços de saúde.

Para Barboza e Fracolli (2005) é um instrumento capaz de captar a estrutura do processo de trabalho desenvolvido, evidenciando as lógicas presentes nos mesmos, bem como os saberes e práticas predominantes e, o mais importante, sendo capaz de propiciar aos profissionais de saúde que eles, por si só, visualizem como seu trabalho se conforma e busquem formas de remodelá-lo.

Nesse contexto, a ideia da construção do fluxograma foi aceita, mas com exceção de dois enfermeiros que alegaram desconhecer de que forma era elaborado e sua utilidade. Mas logo, em consenso, decidiram pela construção coletiva ao mesmo tempo que iam discutindo e explicando uns aos outros.

Pode-se perceber nesse momento que os participantes demonstraram ter uma disposição para agir em conjunto diante dos problemas com base na escuta ao outro. Segundo BECKER et al. (2013) a promoção da dialogicidade e da formação de vínculo entre os membros da comunidade e pesquisadores são importantes para promover uma comunicação efetiva, desenvolvimento de um senso de pertença ao grupo e de aprendizado sobre as pessoas que o constituem.

Segundo Franco (2003), uma questão importante a verificar, é o fato de que a atividade de construção do fluxograma é lúdica, envolvendo os trabalhadores nesse processo, que é reforçado pelas descobertas realizadas por cada um, à medida em que se constrói o fluxo e cada profissional vai se percebendo na “cadeia produtiva” da assistência à saúde dentro da sua Unidade.

Esse mesmo autor afirma que o Fluxograma permite um olhar agudo sobre os fluxos existentes no momento da produção da assistência à saúde, e permite a detecção de seus problemas. É como se ao aplicá-lo, lançássemos luz em áreas de sombra até então não percebidas, e que operam no sentido contrário a uma atenção com qualidade, centrada no usuário.

Assim, foi solicitado a esses enfermeiros que, diante do que conheciam e recordavam, elaborassem o fluxograma analisador com as suas representações sobre o processo de combate à tuberculose no serviço. Aos que desconheciam, ficou a tarefa de contribuir nessa construção com aquilo que achassem pertinente. Representando graficamente o produto de suas percepções no enfrentamento à tuberculose, os enfermeiros, ao concluírem sua composição, denominaram-no de “fluxograma real” (FIGURA 5).

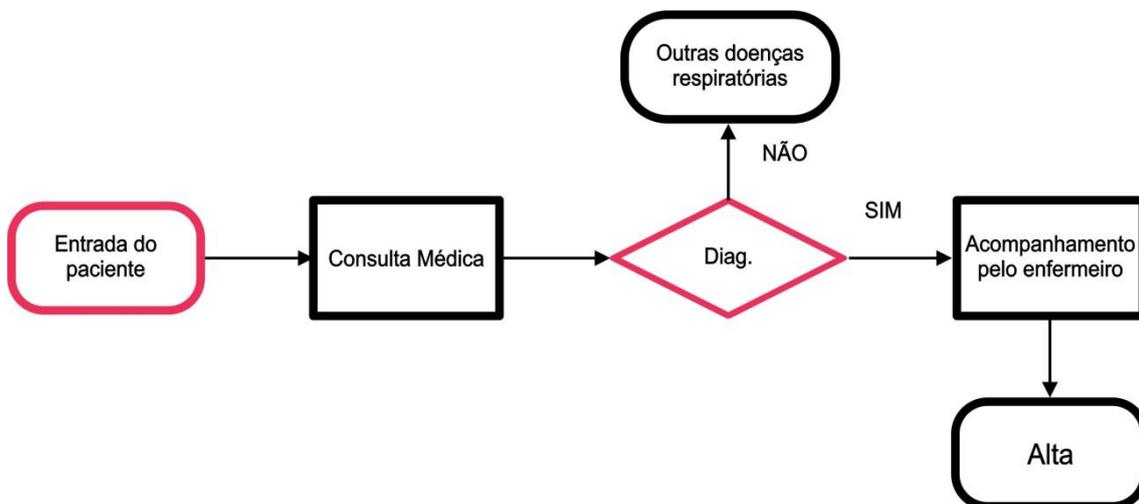
Na construção desse fluxograma, os enfermeiros, em processo de discussão e formulação do fluxo do processo de trabalho, buscaram na memória de

cada profissional, as perguntas que os profissionais mencionam aos usuários, as decisões tomadas, as idas e vindas do usuário, barreiras que se colocam no seu percurso em busca do atendimento

Logo, essa atividade de construção permitiu que os profissionais de saúde discutissem o trabalho que realizam e o trabalho que os outros membros da equipe fazem, além de proporcionar também, que cada profissional visualizasse a finalidade da sua ação. Pode-se identificar as possíveis falhas, ou seja, o “o que” e o “como” do trabalho, que precisam ser modificados (BARBOZA & FRACOLLI, 2005).

Visou-se também, com esta ação, estimular o aprimoramento de habilidades dos enfermeiros para agirem sobre os problemas inerentes ao trabalho, uma decisão ancorada no princípio de construção de capacidades da CBPR (ISRAEL et al., 1998; AHMED; PALERMO, 2010).

Figura 5: Fluxograma real no trabalho das equipes no combate à tuberculose, Ibiapina, Ceará, 2016.



FONTE: Elaborado pelos participantes da pesquisa.

A elaboração desse fluxograma deixa evidente a inexistência de algumas ações preconizadas pelo Ministério da Saúde como prioritárias no combate à tuberculose, bem como a assistência curativa do agravo em questão.

Gavalote et al. (2015), observando o cotidiano dos serviços de saúde, identificou que o processo de trabalho em saúde tem se efetivado, frequentemente, por meio de atos assistenciais centrados em ações prescritivas, protocolares e na produção técnica de procedimentos, tendo por referência o modelo assistencial que é

fortemente marcado pelo alto consumo de tecnologias duras (equipamentos, protocolos e normas), em detrimento das tecnologias leves (relacionais), que são geradoras de vínculo e perpassadas pelo diálogo e reconhecimento do outro como parte da construção do processo de cuidado.

Revela-se pelo fluxograma real, uma dinâmica de trabalho individualizada, por meio de cuidados vinculados apenas a procedimentos e técnicas e centrada na produção de consultas médicas e na desarticulação com as USF.

Observando ainda a representação do fluxograma real, percebe-se a falha na forma como ocorre a entrada do usuário no serviço, uma vez que esta depende da iniciativa do mesmo e das estratégias utilizadas para o acesso, já que, a princípio, não existem ou são muito frágeis as relações de vínculo construídas entre a Unidade e a comunidade/usuário com tuberculose.

Outro ponto a ser destacado é a ausência, na organização do serviço prestado ao portador de tuberculose, da inserção de outros setores responsáveis pelo combate à tuberculose, não havendo definição clara dos papéis desempenhados pelos outros profissionais.

De acordo com Franco e Galavote (2010), esse paradigma dominante é definido como procedimento centrado, no qual o compromisso é estabelecido com a produção de procedimentos e a medicalização da sociedade, tendo por referência o modelo assistencial, que é fortemente marcado pelo alto consumo de tecnologias duras (instrumentos), em detrimento das tecnologias mais relacionais (leves). Isso tem como resultado um cuidado pouco resolutivo e caro.

Nesse sentido, o desenho do sistema de prestação de serviços deve envolver mais que a simples adição de intervenção a um sistema focado no cuidado de condições agudas, proporcionando um cuidado integral a partir de articulações intersetoriais e trabalho multiprofissional (DA SILVA et al., 2016).

5.2.2 Desconstruindo para reconstruir.

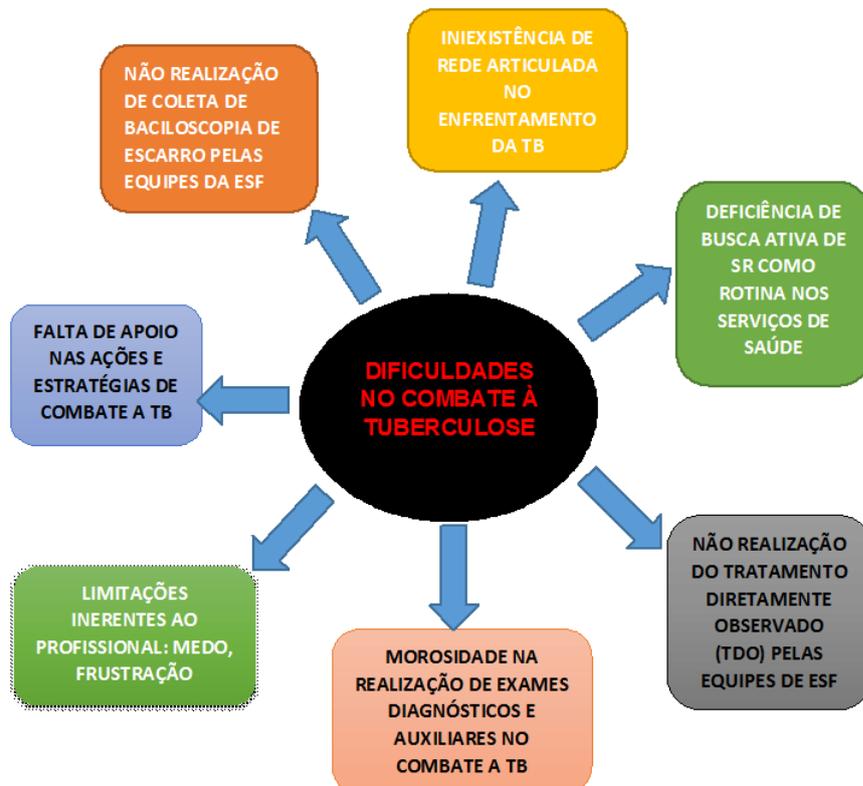
Na intenção de desconstruir essa assistência prestada, para a segunda oficina, foi proposto pelos participantes trabalhar possíveis estratégias resolutivas, a partir das dificuldades enfrentadas no serviço. Num primeiro momento,

desenvolvemos uma dinâmica acolhedora e motivadora, buscando criar um ambiente favorável para a participação efetiva dos enfermeiros.

Uma vez concluída a etapa de levantamento dos problemas, estimulamos as pessoas a se verem como potenciais atores frente à sua realidade com vistas a promover um deslocamento de sua condição habitual de expectadores para a de atores implicados no processo de busca de soluções destes problemas.

Em continuidade ao processo de identificação dos principais nós críticos no processo de combate à tuberculose, o passo seguinte foi descrevê-los em forma de uma afirmação em papel A4, inicialmente para validação, e assim, melhor entendimento e sensibilização quanto a causa e uma possível resolução, gerando no final um painel de problemas priorizados (FIGURA 6). Vale ressaltar que a discussão sobre a priorização dos problemas ocorreu, em geral, sem grandes divergências.

Figura 6- Painel dos problemas priorizados no combate à tuberculose, Ibiapina, Ceará, 2016.



Fonte: elaborado pelos participantes e aprimorado pela pesquisadora

Assim, a análise procedeu a partir da identificação das possíveis causas de cada nó crítico e levantamento das possibilidades para resolução a curto, médio e longo prazo, propondo uma meta, seguida das ações a serem propostas.

O Enfermeiro 9, iniciou a análise descrevendo o primeiro problema intitulado como “Não realização de coleta de baciloscopia nas unidades de saúde”.

Realmente uma das causas é a falta de material, mas se fosse só isso seria muito fácil de resolver. No entanto, acredito que um dos maiores empecilhos é o que fazer com esse escarro. Tudo bem, a gente coleta, mas e aí, envia pra onde. Como a gente faz pra chegar até o laboratório? (Enf.08)

Tem uma forma, né, correta de armazenar, transportar até chegar ao laboratório. O pessoal do laboratório bem que podia vir explicar como deve ser feito [...] por que aí não tinha erro e nem se perdia o material (Enf.05).

Como proposta para resolução, além da disponibilidade dos kits de coleta para as unidades, foi unânime a sugestão das mesmas passarem a realizar a coleta da baciloscopia já no primeiro contato com o paciente.

O diagnóstico precoce se dá principalmente pela baciloscopia direta do escarro, o qual é o método prioritário, quer para diagnóstico, quer para o controle do tratamento de tuberculose, além da identificação da principal fonte de transmissão da infecção: o paciente bacilífero. Esse exame, quando executado corretamente, permite detectar de 70 a 80% dos casos de tuberculose pulmonar em uma comunidade (BRASIL, 2002; 2004).

Segundo Brasil (2011), é de responsabilidade da unidade de saúde a fase inicial do exame, que compreende coleta, conservação e transporte do escarro, que deverá levar em consideração a qualidade e quantidade da amostra, o recipiente de coleta, o local da coleta, o momento da coleta e o número de amostras, conservação e transporte.

Ao transferir para os pacientes a responsabilidade de proceder à coleta e encarregá-los de levar o material ao local estabelecido, coloca-se em risco a ação planejada (LOUREIRO, 2014).

No entanto foi entendido que necessitava-se de uma orientação quanto a coleta, armazenamento e transporte do material, principalmente das unidades da zona rural. Seria importante também acordar com o laboratório o recebimento desse material em tempo oportuno.

Como segundo nó, foi descrito a “Deficiência de busca ativa de sintomáticos respiratórios (SR) como rotina no serviço entre as pessoas da comunidade”.

A Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios (SR), de acordo com o Ministério da Saúde constitui uma atividade de saúde pública que visa descobrir os casos bacilíferos de Tuberculose através da identificação precoce de pessoas com tosse igual ou há mais de três semanas. Tem sido uma estratégia recomendada internacionalmente e é uma das prioridades do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) Brasil (2011). Para interromper a cadeia de transmissão da tuberculose é fundamental a descoberta precoce dos casos bacilíferos.

A busca ativa de sintomáticos realmente é uma coisa que a gente pouco faz. Dizer que o Acs faz também não é verdade...mas penso que uma alternativa seria sensibilizar o acs pra tá realizando essa ação durante as visitas. (Enf. 01)

Na ESF espera-se que o ACS assuma uma posição central, pois além de residir na comunidade em que atua, mostra-se capaz de identificar na comunidade, por meio de visitas domiciliares, valores, costumes e linguagens, podendo assim produzir uma união entre o uso de tecnologia/conhecimento em saúde e as crenças locais (MACIEL et al, 2008).

É evidente o protagonismo do ACS, uma vez que é esse ator que, através do vínculo construído com a comunidade, realiza o primeiro contato com a pessoa com suspeita de tuberculose, e estabelece o vínculo dela com o serviço de saúde, conforme previsto pela política de atenção à saúde (CARDOZO- GONZALES *et al*, 2011).

A gente podia fazer também algo na triagem da unidade [...] não sei tipo uma ferramenta de triagem, direcionada para tuberculose e também hanseníase [...] acho que seria interessante. (Enf.03)

Acho que daria pra fazer no acolhimento [...] também com o pessoal da recepção. Podemos pensar numa capacitação para todos os funcionários da unidade para treiná-los na identificação de Sintomáticos respiratórios. (Enf.08)

Isso que ela (Enf.03) disse, poderia ser implantado não só aqui nas unidades de saúde, mas também no hospital, no centro de especialidades [...] (Enf.04)

Sousa (2013) corrobora com a ideia acima, quando afirma que a busca na demanda deve acontecer diariamente nos serviços de saúde, onde a clientela dos serviços deve ser interrogada sobre a presença e a duração da tosse. Podendo ocorrer também na comunidade da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família, nos serviços de atendimento à população com HIV/AIDS, nos hospitais em geral, no sistema prisional, albergues, em populações em situação de rua, população indígenas e principalmente entre os contatos.

Santos (2007), acrescenta ainda que a busca ativa de SR deve ocorrer na ocasião do comparecimento do usuário, priorizando as pessoas com mais de 14 anos, independente do motivo da consulta.

Os aspectos que poderiam estar dificultando a sustentabilidade da busca ativa são de natureza operacional, relacionados ao trabalho externo do ACS, e de organização dos serviços de saúde (falta de integração entre os diferentes pontos de atenção do sistema de serviços de saúde: descontinuidade do fluxo de informação, rigidez nas rotinas/horário de envio de escarro) (NOGUEIRA *et al*, 2007).

Por outro lado, para Muniz et al (2008) a busca de sintomáticos respiratórios na comunidade como parte das ações da atenção básica não é um procedimento tão simples quanto parece e depende da infraestrutura da unidade de saúde, dos fluxos dos exames, da capacitação dos profissionais, da supervisão e do estímulo continuados, assim como da prioridade que o atendimento ao paciente e a realização das baciloscopias precisam ter.

Deste modo, além da abordagem inicial ao SR, é preciso assegurar a disponibilidade de insumos, tais como potes, etiquetas; a conservação e o armazenamento do material coletado; uma adequada estrutura laboratorial; ágil fluxo de informações.

Outro nó crítico salientado, mesmo caracterizado como ação prioritária no combate à tuberculose foi a “ausência de realização pelas equipes do tratamento diretamente observado (TDO)”, causado por diversos fatores, de acordo com as falas a seguir:

[...] para realizar TDO a gente precisaria do transporte, e a falta de carro é um problema geral [...] e dificulta muita coisa no nosso serviço. Acho que pra solucionar isso, uma alternativa seria delegar essa função para o agente de saúde [...] (Enf.05)

O Tratamento Diretamente Observado–TDO, é o elemento chave do DOTS, onde o profissional treinado passa a observar a tomada da medicação do paciente desde o início do tratamento até a sua cura (BRASIL, 2010).

Souza (2013) acrescenta que o TDO não é apenas supervisionar a ingestão da medicação e sim a possibilidade de oferecer o melhor acompanhamento ao paciente, pois com as supervisões acontecendo mais rotineiramente há maior possibilidade de orientação ao paciente sobre o processo saúde doença e sobre o tratamento (Souza, 2013).

Gonzales et al (2008) abordam que problemas na organização interna dos serviços causam atraso na saída do profissional para realizar a supervisão do tratamento, afetando assim a qualidade da assistência prestada ao paciente.

Ainda referem que, para um efetivo controle da tuberculose é necessário organizar os serviços, considerando a flexibilidade das equipes no acompanhamento do paciente, podendo a supervisão ocorrer no domicílio ou mesmo no local de trabalho, além de poder ser realizada por alguém disposto, treinado, responsável, que o paciente aceite, e sob a responsabilidade dos Programas de Controle da tuberculose.

Eu ainda penso que deveria ter uma equipe que ficasse responsável por fazer isso [...] além de resolverem outros problemas [...] (Enf.08)

Concordando com essa ideia, Souza (2013) em seu estudo, identifica algumas estratégias facilitadoras na realização do TDO, como a disponibilização de um profissional de saúde exclusivamente para o acompanhamento do TDO, facilitando assim o acompanhamento dos pacientes, bem como disponibilização de incentivos ao TDO.

Deve-se atentar, porém que, para se atingir o sucesso na implantação do TDO, é necessário que os profissionais se sintam co-responsabilizados, ou seja toda a equipe deve estar incluída nesse processo (ANDRADE, 2014).

Outra questão levantada foi a “morosidade na realização de exames de diagnóstico e auxiliares no combate à tuberculose”, foi unânime a responsabilização da secretaria municipal de saúde. Os enfermeiros alegaram que para a sua resolução a secretaria deveria fazer convênios e formar uma rede integrada e sólida e que o processo de regulação fosse mais ágil nesse processo.

Já presenciei um funcionário dizendo a um paciente com o encaminhamento para o cultura de escarro, que não tinha necessidade de se fazer esse exame [...] que se o raio-x não deu nada então não precisava [...] Então, vocês veem como em alguns pontos do serviço há uma quebra...(Enf.07)

Apesar das mudanças, são vários os desafios a serem enfrentados na atenção básica e, muitas vezes, a burocracia na gestão é considerada fator dificultador para o bom desempenho gerencial (FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2009).

A gente não sabe pra onde deve encaminhar o paciente, por exemplo, se ele apresentar falência do tratamento [...] qual é mesmo o laboratório responsável pela baciloscopia? (Enf.02)

Nesse sentido, a inexistência de uma rede integrada no combate à tuberculose, onde os envolvidos tivessem conhecimento de todas as estratégias nesse processo, foi elencado como o desencadeador da maioria dos outros nós identificados.

A falta de ligação e comunicação entre os envolvidos dificulta. É como se, por exemplo, o laboratório tivesse a parte [...] a gente desconhece pra onde enviar o paciente [...] o pessoal da regulação não entende a urgência da realização dos exames e aí joga o paciente de um lado pro outro (Enf.01)

Essa situação, de acordo com Osis, Duarte e Faundes (2012,) dificulta a articulação entre rede básica e os serviços de referência, as tentativas feitas para a articulação dos serviços se mostram insuficientes e isso se torna um grande desafio para a construção da Rede de Atenção à Saúde.

Daí emergiu a necessidade de maior integração entre os profissionais das instituições para a criação de espaços de discussão, a fim de formar uma rede integrada de serviços para qualificar a prática assistencial das ESFs e dos demais setores no controle e combate a tuberculose.

Para tanto, salientou-se a necessidade de se articular a comunicação entre os serviços, por meio da sensibilização dos profissionais para o início de um trabalho integrado em rede.

Deve existir um entendimento entre nós, ESF, hospital, laboratório, regulação [...] (Enf.03)

A gente já poderia também reconstruir aquele fluxograma já incluindo todo mundo e deixando claro as responsabilidades de cada envolvido. (Enf.01)

O reconhecimento da fragmentação das práticas e a desarticulação dos serviços da rede de atenção desencadearam a necessidade de se formar um grupo com os profissionais representantes desses e de outros setores para que se estruture um fluxograma intersetorial reafirmando a ideia de um trabalho em rede.

Conseqüentemente essa inexistência de um rede integrada ocasiona uma das queixas mais recorrentes entre as falas dos enfermeiros: “falta de apoio nas ações e estratégias de combate à tuberculose por parte de outros profissionais e setores da saúde.

O NASF poderia ser mais presente sabe [...] colocar a mão na massa e ter mais atitude. Pra tudo fica esperando pelo enfermeiro. (Enf.02)

Como eu disse naquele dia, a gente é tudo, enfermeiro, assistente, psicólogo, até coisa com o juiz a gente tem que resolver. Tô com um paciente apresentando tosse, febre e perda de peso, e ele tá preso na cadeia. O juiz quer que a gente faça um laudo pra poder deixar o rapaz em prisão domiciliar. A médica diz que não pode enquanto não tiver os exames, e aí ficam atrás de mim pra eu resolver, vê se pode? O que eu posso fazer? Por isso também, concordo com a ideia de uma equipe, de uma coordenação para tuberculose, sabe? (Enf.07)

Assim, os participantes sentiram o desejo de articular esses setores por meio do diálogo entre si, no intuito de acompanharem o paciente com tuberculose. A proposta de constituir redes de atenção baseia-se em modelos existentes exitosos que podem ser multiplicados, com permanente avaliação do processo e de impacto das ações, vigiando-se para que os serviços não se reduzam a pontos de triagem e/ou encaminhamentos.

Nas argumentações, diferentes pontos de vista sobre um mesmo problema foram externados e uma vez recebidos pelo grupo foram analisados levando a uma decisão sobre sua prioridade. Ao favorecermos aos participantes um ambiente dialógico, respeitoso e propiciador da sua leitura de mundo, aliamos o ensino à pesquisa, uma das bases da CBPR pautada nas ideias de Freire.

5.2.3 Curando feridas, abrindo espaços para o novo.

Diante dos sentimentos de angústia, medo, frustração e impotência, no combate da tuberculose expresso pelos enfermeiros e, entendendo que esses aspectos interferem de modo significativo no resultado das ações e no trabalho, a

proposta da terceira oficina foi propiciar aos participantes um momento de conscientização da sua essência, potencialidades e fragilidades inerentes ao ser humano e profissional da saúde.

Para tanto, convidamos um profissional mestre em yoga, enfermeiro da Estratégia Saúde da Família, atuante em práticas complementares, para juntamente com os enfermeiros auxiliá-los na busca pela conscientização de seu potencial em resolver situações difíceis e em lidar com questões delicadas.

Inicialmente, abriu-se espaço para que os participantes falassem o que eles buscavam com aquele momento, o que eles estavam sentindo que os levaram a estar ali naquele lugar.

A gente sempre teve a intenção e a vontade de formar um grupo assim. Eu sinto as vezes que trabalho sozinha. A única pessoa que eu posso contar é com a técnica de enfermagem, que também já está sobrecarregada. A secretaria só cobra, e eu não consigo dar conta de tudo [...] Ah, como você não sabia desse caso de tuberculose?(Enf.03)

Só o fato da gente ter a oportunidade de conversar, compartilhar as nossas vulnerabilidades [...] acho, assim, já é um grande passo...eu passei por alguns problemas aqui e não pude falar com ninguém...(choro). A gente tem que dar uma de forte, não pode mostrar nossas fraquezas [...] é visto negativamente pelos outros como fraca (Enf.06)

Muitas vezes o profissional se vê diante de exigências e cobranças que são duras ou pesadas, situações que envolvem angustias e riscos. O resultado muitas vezes é sabido: sentimento de frustração, impotência ou sensação de fracasso diante do inexorável (TEIXEIRA, 2014).

Na verdade, os profissionais relatam, de um modo geral, a necessidade de se trabalhar não só a capacidade técnica do profissional, mas também suas vulnerabilidades.

Além dos treinamentos, as capacitações, a gestão deveria levar em consideração que somos seres humanos. Temos nossas angustias e medos, o estresse do dia-a-dia. Poderíamos ver a possibilidade de um encontro como esse de hoje, ser implantado, sabe, pelo menos de 15 em 15 dias (Enf.08)

Esse encontro poderia servir até pra que um ajudasse o outro sabe na superação dos problemas. (Enf.05)

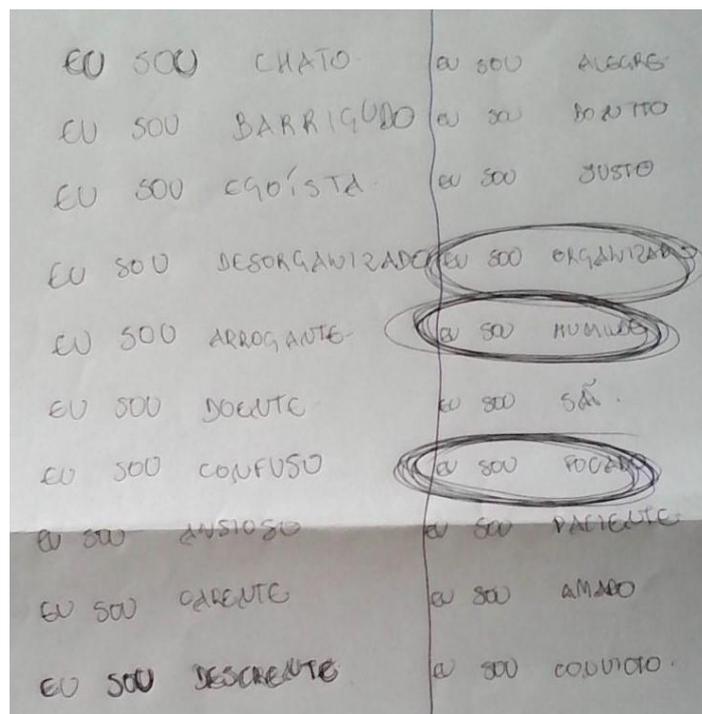
Segundo Campos *et al* (2010) a implementação de grupos ocupam um importante papel diante desses aspectos cognitivos e afetivos apresentados pelos

profissionais, pois favorecem relações em que eles dão sustentação uns aos outros e assim, cuidando de si mesmos, podem cuidar melhor do outro.

Em seguida foi realizado uma dinâmica. Numa folha A4, os participantes deveriam escrever 10 ou mais características negativas que eles acreditavam lhe pertencer em forma de afirmação. Essa afirmação deveria levar em consideração aspectos profissionais, pessoais, familiares. O objetivo dessa atividade era o participante tomar a consciência do que tinha de negativo e perceber a possibilidade de mudança (Fotografia 1).

Assim, depois de descrito os 10 ou mais, eles escolheram 3 desses aspectos, que consideravam mais urgentes e reverteram-no para uma proposição de sentido oposto e positivo, que foi repetido por cada um individualmente e depois repetido por todos juntos.

Fotografia 1- Expressões de um Enfermeiro-Enf 03.



Fonte: própria.

5.2.4.Organizando as ideias.

Quando o trabalho conjunto entre pesquisadores e participantes acontece, há uma mudança na relação de poder entre os atores que se transforma em parceria

equitativa, algo que produz sinergia e energia, e leva à maior chance de sucesso da CBPR (O'FALLON; TYSON; DEARY, 2000).

Nas etapas finais da CBPR, foi realizada a quarta oficina, pelos enfermeiros, na direção de sistematizar os dados levantados em relação as estratégias discutidas e analisadas como viáveis na resolução dos problemas identificados no trabalho de combate à tuberculose, bem como a reconstrução do fluxograma, agora denominado de ideal e definição da apresentação do material produzido ao longo dessa intervenção.

O encontro ocorreu no turno da tarde, no auditório do Centro de Saúde da Unidade Dr. Francisco Márcio Fernandes e contou com a participação de mais um enfermeiro que retornava das férias, totalizando nove enfermeiros. Para esta oficina, foi realizado um regaste e releitura dos depoimentos das sessões do grupo focal, bem como análises das discussões desenvolvidas nas oficinas anteriores, para que nada fosse perdido.

As propostas de ação foram o resultado do estabelecimento de uma dinâmica em que a gestão foi compartilhada e as decisões foram tomadas de forma participativa, algo que impulsiona a CBPR (TOLEDO; GIATTI; JACOBI, 2014), conforme já discutido.

A partir da lista dos problema enumerados, discutidos e analisados, elaborou-se uma tabela com três colunas. Em uma coluna escreveu-se o problema, em outra a meta, e na terceira, a proposta de solução para o mesmo. O resultado final foi uma lista de propostas de ações referentes a cada problema conforme explicitado na tabela 1.

Tabela 1 - Propostas de ações para combate a tuberculose, Ibiapina, Ceará, 2016.

PROBLEMA PRIORIZADO	META	AÇÃO PROPOSTA
Não realização do tratamento diretamente observado (TDO) pelas equipes da ESF.	Realizar o Tratamento diretamente observado em portadores de tuberculose pelas equipes de SF.	1.Capacitação dos Acs para a realização do TDO, com supervisão dos enfermeiros. 2. Organização de logística de transporte disponível para a equipe de ESF.

		3. Implantação de uma equipe de apoio exclusiva.
Não realização de coleta de baciloscopia nas unidades de saúde.	Coletar baciloscopia de escarro no primeiro contato com o suspeito de tuberculose na unidade de saúde.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abastecimento das unidades de saúde com os kits para coleta. 2. Acordo com o laboratório responsável o recebimento das amostras em tempo hábil. 3. Capacitação dos enfermeiros quanto a coleta, armazenamento e transporte do material até o laboratório. 4. Elaboração e aprovação de protocolo municipal para solicitação de baciloscopia pelo profissional enfermeiro.
Deficiência de busca ativa de sintomáticos respiratórios (SR) na comunidade.	Tornar permanente a busca ativa de SR no serviço de saúde	<ol style="list-style-type: none"> 1. Criação de ferramenta leve para realização de busca ativa no momento do acolhimento, nas unidades de saúde e hospital. 2. Capacitar o Acs para busca ativa de SR durante as visitas domiciliares.
Morosidade na realização de exames de diagnóstico e auxiliares no combate à tuberculose.	Agilizar a realização de exames de diagnóstico e auxiliares no combate à tuberculose	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitação de pessoal envolvido na realização de exames para o enfrentamento da tuberculose. 2. Acordo com laboratório responsável sobre prioridade de resultados de baciloscopias em tempo hábil. 3. Firmar com laboratório contra-referência de solicitação e resultado de baciloscopia, à Coordenação de Vigilância e saúde. 4. Diminuir burocracia de regulação para realização de exames diagnóstico e auxiliares da tuberculose.
Falta de apoio nas ações e estratégias de combate à tuberculose por parte de	Sensibilizar outros profissionais de saúde e de outros setores da saúde na	1. Construção de um fluxograma analisador descrevendo cada ação do

outros profissionais e setores da saúde.	importância do enfrentamento a tuberculose.	processo no combate a tuberculose. 2.Organização de um encontro denominado “Enfrentamento à tuberculose: todos no mesmo compasso.
Inexistência de rede articulada no enfrentamento da tuberculose.	Implantar Rede de Atenção à Saúde articulada no enfrentamento à tuberculose.	1.Reunião com os responsáveis e gestão para organização da prestação dos serviços no enfrentamento da tuberculose. 2. Realização de um Encontro denominado “Enfrentamento à tuberculose: todos no mesmo compasso.
Limitações inerentes ao ser humano: medo, frustração, impotência.	Implantar grupo de apoio, utilizando metodologias que levem a reflexão das diversas situações vivenciadas pelos profissionais	1.Organização de encontros quinzenais, entre os profissionais, com práticas alternativas e que possibilitem a reflexão de diversas temáticas, através do grupo denominado “Curando feridas, abrindo espaços para o novo”.

Fonte: elaborado com base nos dados da pesquisa.

Vale ressaltar, que durante essa oficina e elaboração desse plano, foi acrescentado por um dos enfermeiros, como estratégia de melhoria nesse enfrentamento a possibilidade de se protocolar, juntamente a secretaria de saúde do município a autorização para solicitação de baciloscopia pelos enfermeiros da ESF, acreditando assim, contribuir para agilidade no diagnóstico e na eficiência no controle e combate à tuberculose.

É função do enfermeiro do programa de controle da tuberculose organizar e cumprir as recomendações do Ministério da Saúde e, segundo a Portaria da Atenção Básica no 648, de 28 de março de 2006 (MINISTERIO DA SAUDE, 2006), o diagnóstico de tuberculose nos serviços de saúde está implícito nas atribuições desse profissional: Conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames de baciloscopia de escarro e prescrever medicações (COREN-GO, 2014).

Optou-se por essa formatação, a partir dos discursos dos próprios enfermeiros que alegaram que, uma formatação mais simples, contemplaria todos os atores envolvidos nesse processo, considerando como responsáveis todos os trabalhadores de saúde: médicos, enfermeiros, dentistas, atendentes de SAME, técnicos de enfermagem, ACS, incluindo o pessoal de vigilância e serviço de limpeza.

A escolha apropriada dessa estratégia visou compartilhar com a comunidade todos resultados da intervenção, um dos princípios da CBPR (ISRAEL et al., 2013), de modo aberto e participativo, buscando estabelecer uma comunicação efetiva e horizontal com a comunidade envolvida.

Num segundo momento, acatando a uma inquietação dos enfermeiros e já agregando as estratégias pensadas ao longo de toda a pesquisa, reformulou-se o fluxograma real, apresentado anteriormente, e agora denominado de fluxograma “Ideal” (FIGURA 7).

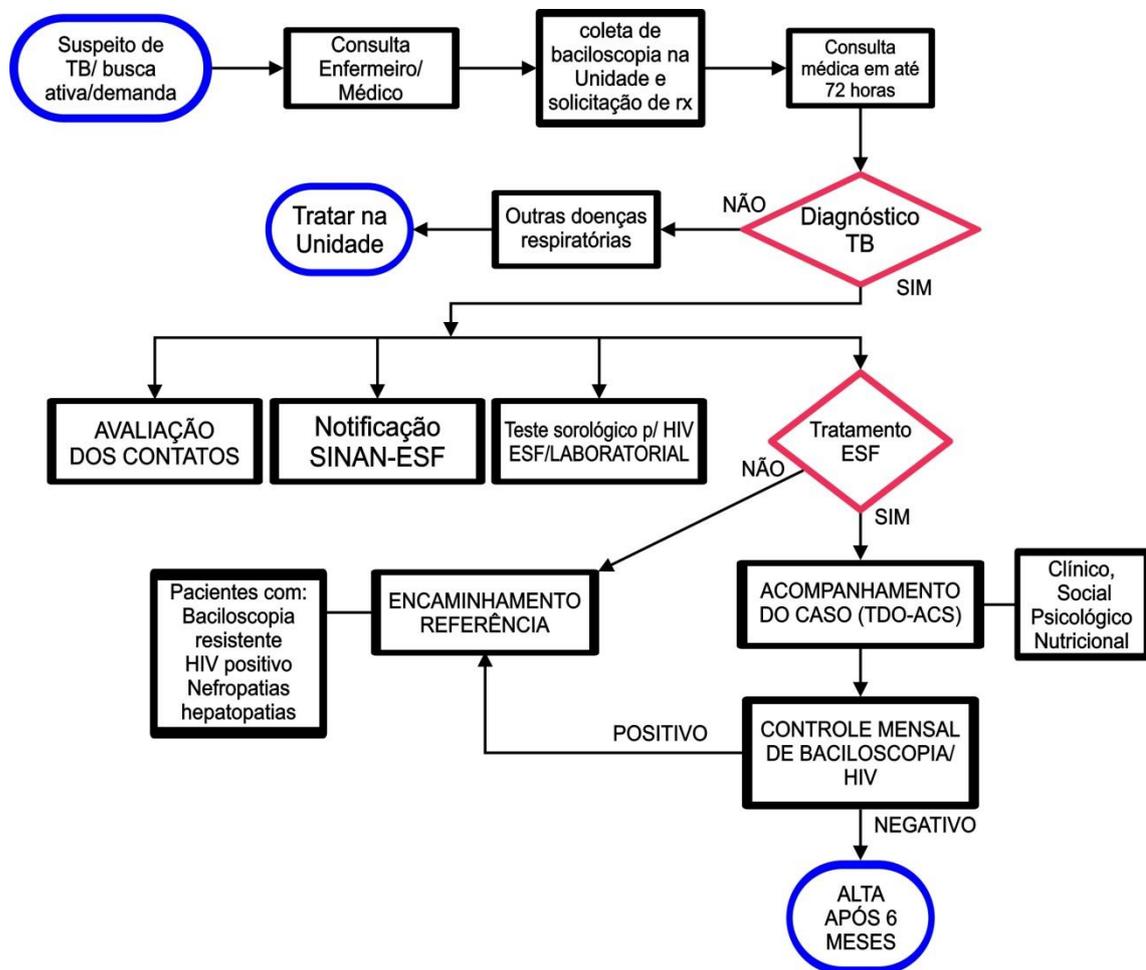
Merhy (2007) explica que no fluxograma analisador, a elipse representa o começo ou o término da cadeia produtiva, ou seja, a entrada e a saída do processo global de produção. Os retângulos indicam a ação e a realização de etapas de trabalho importantes, nas quais se realizam consumos de recursos e criação de produtos bem definidos, que irão permitir a abertura de novas etapas, até o final. O losango representa o momento em que a cadeia produtiva enfrenta um processo de tomada de decisão de caminhos a serem seguidos, que aparecem normalmente após cada etapa, e que são sempre momentos de decisões e possibilidades de percursos para se atingirem etapas seguintes e distintas.

Segundo Monroe (2008, p.45), “o compromisso e a integração de atores pertencentes aos diversos espaços de atuação da organização devem ser estimulados permanentemente”. Portanto, é necessária a existência de uma gestão técnica e especializada em tuberculose, que forneça ao gestor instrumentos necessários para o enfrentamento das adversidades relacionadas a doença, utilizando mecanismos criativos e atrativos para conscientizar, negociar e estabelecer parcerias entre diversos atores de modo que a tuberculose tenha visibilidade, dada a sua relevância epidemiológica e social.

Visou-se também, com esta ação, estimular o aprimoramento de habilidades dos enfermeiros para agirem sobre os problemas inerentes ao trabalho, uma decisão ancorada no princípio de construção de capacidades da CBPR (ISRAEL et al., 1998; AHMED; PALERMO, 2010).

Esse fluxograma ideal está pautado nas normas técnicas do Ministério da Saúde, buscando pela atenção continuada e qualificada, acolhimento e acompanhamento do portador de tuberculose pela Estratégia Saúde da Família, através do estabelecimento do vínculo trabalhador-usuário, com o objetivo de facilitar o acesso ao serviço e a adesão ao tratamento. Os casos de difícil diagnóstico, resistência ao tratamento, HIV positivo ou tuberculose extrapulmonar seriam encaminhados para a referência.

Figura 7- Fluxograma Ideal no combate à tuberculose, elaboração conjunta com os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família e pesquisadora, Ibiapina, Ceará, 2016.



Fonte: elaborado pelos participantes.

Assim, os casos confirmados de tuberculose devem ser notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), tanto para tuberculose quanto para HIV, pois todo caso confirmado de tuberculose deve ser orientado a

realizar o teste de sorologia para HIV, devido à grande incidência de associação Tuberculose/HIV, sendo relevante as orientações para os contatos intradomiciliares do usuário (BRASIL, 2006).

Com o objetivo de garantir a continuidade e adesão ao tratamento, foi proposto a implantação do tratamento diretamente observado (TDO), além da inclusão e a sensibilização por parte dos outros profissionais que atuam na rede de atenção à saúde no acompanhamento do portador de tuberculose.

Assim, pode-se perceber o interesse e a motivação desses profissionais com a ressignificação do trabalho e na organização das ações prestadas no serviço, com detalhamento da assistência ao combate à tuberculose e responsabilização dos envolvidos nesse processo.

Para Galavote *et al.* (2015) o acompanhamento dos usuários pelos trabalhadores da ESF garante um processo de responsabilização e reforço do vínculo, o que pode influenciar, de forma exitosa, a adesão ao tratamento e a busca ativa de casos novos.

5.3. Divulgação dos resultados da intervenção

Segundo Peruzzo (2003), na CBPR, os resultados da pesquisa, ou até mesmo o seu processo de realização devem retornar ao grupo pesquisado e serem aplicados em seu benefício, contribuindo para a resolução de problemas e na melhoria das condições existentes.

Para apresentação dos resultados dessa intervenção, decidiu-se coletivamente pela organização de um encontro, onde seriam convocados todos, ou pelo menos um representante de cada setor envolvido no processo de controle e combate à tuberculose, que foi denominado como “Enfrentamento à tuberculose: todos no mesmo compasso”, assim, concluindo mais uma etapa da CPBR e também, buscando compartilhar e concretizar as ideias dos enfermeiros com os atores envolvidos nesse processo.

Foi agendado, junto a coordenação da Atenção Básica, data e horário, bem como, enviado convites ao hospital municipal de Ibiapina, laboratórios municipal e conveniados, secretarias de Educação e Assistência Social, e a todas as unidades de saúde, estendendo-se inclusive ao pessoal de vigilância e serviço de limpeza dessas unidades (FIGURA 8).

No dia do encontro, fizeram-se presentes os coordenadores da Atenção Básica e Vigilância em Saúde, representante do hospital municipal de Ibiapina, 11 ACS, representando cada equipe, três médicos, os enfermeiros e técnicos de enfermagem das Equipes de Saúde da Família, além do representante do laboratório municipal, responsável pelos exames de baciloscopia. Os responsáveis pelos laboratórios privados não compareceram.

Figura 8- Convite-Enfrentando a tuberculose: todos no mesmo compasso



CONVIDAMOS VOCÊ A PARTICIPAR DO ENCONTRO "ENFRENTANDO A TUBERCULOSE: TODOS NO MESMO COMPASSO", COM OS DEMAIS TRABALHADORES DE SAÚDE E JUNTOS FIRMAR NOSSO COMPROMISSO NO CONTROLE E COMBATE A TUBERCULOSE EM IBIAPINA. SERÁ REALIZADO DIA 28 DE JULHO DE 2016 AS 15 HORAS NO AUDITÓRIO DO CENTRO DE SAÚDE. ESPERAMOS POR VOCÊ!

Fonte: confeccionado pela autora

Alguns pontos foram levantados por alguns profissionais, como uma possível sobrecarga dos ACS, que prontamente foi rebatido quando afirmaram que isso já deveria ser uma atribuição realizada pelos ACS.

Para Jardim *et al.* (2009) é importante compreender aspectos subjetivos do ACS, como trabalhar e residir na mesma comunidade, fato que o expõe ao meio, colocando-o como agente transformador com suas visitas domiciliares, momento em que passa a conhecer as necessidades locais, tornando-se um elo a unir a comunidade com a equipe e o sistema de saúde.

Pinto *et al.* (2014) ainda recomenda a qualificação contextualizada e contínua dos ACSs que envolva a atualização de conhecimentos e habilidades, tendo como ponto inicial os problemas e desafios presentes no processo laboral. Com esse tipo de educação, os profissionais estariam qualificados e capazes de analisar, intervir e ter autonomia para estabelecer práticas transformadoras.

Também foi mencionando a aceitação por parte do pessoal do laboratório quanto as orientações sobre coleta, armazenamento e transporte, bem como proposta de reorganização desse serviço para a priorização das baciloscopias e também, do recebimento das amostras realizadas pelas equipes de Saúde da Família.

Deficiências na retaguarda laboratorial, como a demora para gerar os resultados dos exames e fragilidades para o recolhimento das baciloscopias nas unidades de saúde poderiam acarretar no descompromisso da equipe de saúde para incorporar ações de detecção de casos na rotina da equipe de saúde e também contribuir como obstáculo na motivação dos ACSs para investigar os sintomáticos respiratórios no território (Pinto *et al*, 2014).

No fim, buscou-se firmar o compromisso de todos os atores envolvidos no fortalecimento da rede para melhoria das ações e organização dos serviços com vistas ao combate à tuberculose.

Fotografia 2- Encontro- Enfrentando a Tuberculose: todos no mesmo compasso, Ibiapina, Ceará, 2016.



5.4.Refletindo sobre o processo de intervenção.

Nesta última etapa, pretendeu-se avaliar o impacto resultante das intervenções realizadas e a percepção dos enfermeiros sobre as mesmas.

Assim, retomou-se o grupo focal, buscando abrir espaço para que o grupo refletisse sobre as contribuições dessas ações de intervenção no trabalho de suas

equipes. Esse sessão teve duração de uma hora e 52 minutos, a participação de sete enfermeiros e resultou na seguinte temática: “reflexões sobre o processo de intervenção”.

5.4.1. Reflexões sobre a intervenção

Pode-se constatar, através dos relatos, aproveitamento favorável, com o despertar para o desenvolvimento da autonomia enquanto profissional, bem como um sentimento de pertença nesse processo.

Eu achei esses encontros proveitoso [...] além de permitir a gente discutir um problema como a tuberculose, tive contato com uma ferramenta como o fluxograma [...] eu nunca tinha feito um na minha unidade (Enf.07)

Além da gente poder compartilhar nossas dificuldades, nós tivemos a oportunidade de discutir como resolver [...] geralmente, a gente só recebe a ordem...(Enf.02)

Eu achei melhor, sabe, do que aquelas capacitações que a gente já teve aqui. Por que geralmente, é alguém que vem de fora com a informações prontas [...] e essa forma, acho que podemos considerar como uma educação permanente, foi bom [...] (Enf.04)

Eu acredito que esses encontros despertaram na gente, pelo menos em mim, a necessidade de permanente vigilância sobre a tuberculose. E vou buscar implantar as estratégias com a minha equipe (Enf.05)

Outros relatos explicitaram a agregação de novo conhecimento, no que diz respeito a ferramentas nunca antes utilizadas e construídas como o fluxograma analisador. Aqui mais uma vez percebe-se a satisfação e consolidação da autonomia profissional.

Achei muito interessante o fluxograma que construímos juntos [...] agora ficou claro o percurso do paciente, e se for seguido por todo mundo vai facilitar bastante (Enf.06)

É verdade. Eu até então não sabia. A gente consegue visualizar muito mais rápido e identificar o que estamos fazendo de errado (Enf.01)

Inferências ainda podem ser feitas quanto a declaração do sentimento de esperança, renovação e a busca pela incorporação de estratégias que auxiliassem o profissional a refletir sobre suas práticas.

Trazer a possibilidade de implantação de um grupo para os profissionais, achei legal [...] tipo de autoajuda [...] (risos). (Enf.03)

Eu penso assim [...] todos os encontros, as discussões, as análises que foi proporcionado deu uma levatada até na nossa autoestima, deu esperança. (ENF.04)

Serviu como uma renovação [...] deu mais ânimo. Já descobrimos até 2 casos novos de tuberculose.(Enf.01)

Assim, fica claro a necessidade de abrir espaços para que o profissional, em grupo, perceba a sua gama de sentimentos e possa elaborar seus ganhos e perdas, seu processo de crescimento, o que foi incorporado, o que será transportado para certas vivências e contextos no seu dia-a-dia.

Trindade e Ferreira (2009) acreditam que, quando as pessoas interagem em grupo, existe uma possibilidade maior de se formar opiniões e atitudes na interação com os outros, pois podem se sentir mais à vontade para dialogar e compartilhar experiências, ensejando um sentimento de ajuda mútua.

Galavote et al. (2015) diz, com base na teoria da afecção de Espinosa que apenas produz vida em si mesmo, isso é, cuida de si, quem está com sua potência elevada. E isso está além da questão cognitiva (saber cuidar), já que é necessário estar desejoso, agenciado pela vida, ou seja, uma energia dentro de si que age como força propulsora para a ação no mundo, que pode compor-se como retroalimentação e produzir a si mesmo no processo.

Trindade e Ferreira (2009), concordam com a ideia de que o protagonismo dos sujeitos participantes possibilita o fortalecimento de sua autonomia, através da reflexão de suas atitudes, auxiliando-os na tomada de decisão que afetem suas vidas.

5.4.2. Nas entrelinhas: a educação permanente em saúde para profissional.

As reflexões ainda apontaram para necessidade da educação permanente em saúde para os profissionais, que enfatize o aprendizado participativo, com destaque para experiências de empoderamento que promovam confiança e competência, necessárias para a transformação pessoal e para a construção de consciência crítica (SÁ et al, 2013).

Eu achei melhor, sabe, do que aquelas capacitações que a gente já teve aqui. Por que geralmente, é alguém que vem de fora com as informações prontas [...] e essa forma, acho que podemos considerar como uma educação permanente, foi bom [...] (Enf.04)

Percebe-se a crítica do profissional no que tange a educação em saúde, vislumbrada de forma reducionista, cujas práticas são consideradas impositivas, ou melhor, autoritárias, desvinculados da realidade e distantes dos sujeitos sociais.

Segundo Alves e Aerts (2011) o trabalho das equipes de Saúde da Família voltado ao território e à aproximação desses profissionais à dinâmica do processo saúde-doença-cuidado nas populações adscritas, as práticas de educação em saúde devem, então, marcar uma troca de afetos e conhecimentos, estabelecendo vínculos e um processo de aprendizagem mútuo, que envolve uma multiplicidade de valores, práticas, saberes e percepções de mundo.

Neste sentido, a educação permanente dos profissionais de saúde mostra-se como uma estratégia essencial para prevenção, detecção precoce da Tuberculose, tratamento dos casos, aprimoramento da vigilância epidemiológica e o estabelecimento de parceria com a sociedade civil. No entanto, é necessária a sensibilização dos profissionais de saúde para que se possa mudar a realidade epidemiológica (DUARTE et al., 2011).

5.5. Propondo as ações de controle e combate à tuberculose: o resultado do esforço dos profissionais.

Todo caminho percorrido até aqui objetivou contribuir de forma significativa e de forma proativa, com a parceria dos enfermeiros da ESF, na adequação das ações e estratégias que melhor se conformassem no combate à tuberculose.

Na análise de cada um dos níveis interativos do contexto foram identificados problemas de caráter organizacionais, políticos, técnicos, operacionais e estigmatizantes.

Com essa análise pretendeu-se contribuir para que a discussão culminasse na conversão de ações voltadas para a busca de soluções das fragilidades identificadas na rotina de combate à tuberculose, permitindo, assim, a elaboração de planos estratégicos que visem à melhoria da qualidade da atenção prestada à saúde, bem como contribuir para a melhoria dos indicadores do Programa Municipal de Controle da Tuberculose de Ibiapina, Ceará.

Assim a elaboração do fluxograma analisador, mais do que uma ferramenta que visou a organização, serviu para o estabelecimento de fluxos e rotinas mais efetivos e também para orientação dos profissionais envolvidos nesse processo.

O uso do fluxograma analisador na atenção básica, é de suma importância para que haja uma maior compreensão da equipe multiprofissional acerca do problema do usuário, e ele sendo instrumento enriquecedor auxilia para uma melhor qualificação dos processos e análise do trabalho em saúde.

Segundo Franco e Mehry (1997), uma análise deve reunir em torno de si elementos que dizem respeito às relações intra e inter institucionais e outros relacionados à micropolítica da organização dos serviços, bem como as firmadas no trabalho. E assim, é possível inclusive mergulhar nos processos decisórios nos serviços e na gestão de saúde.

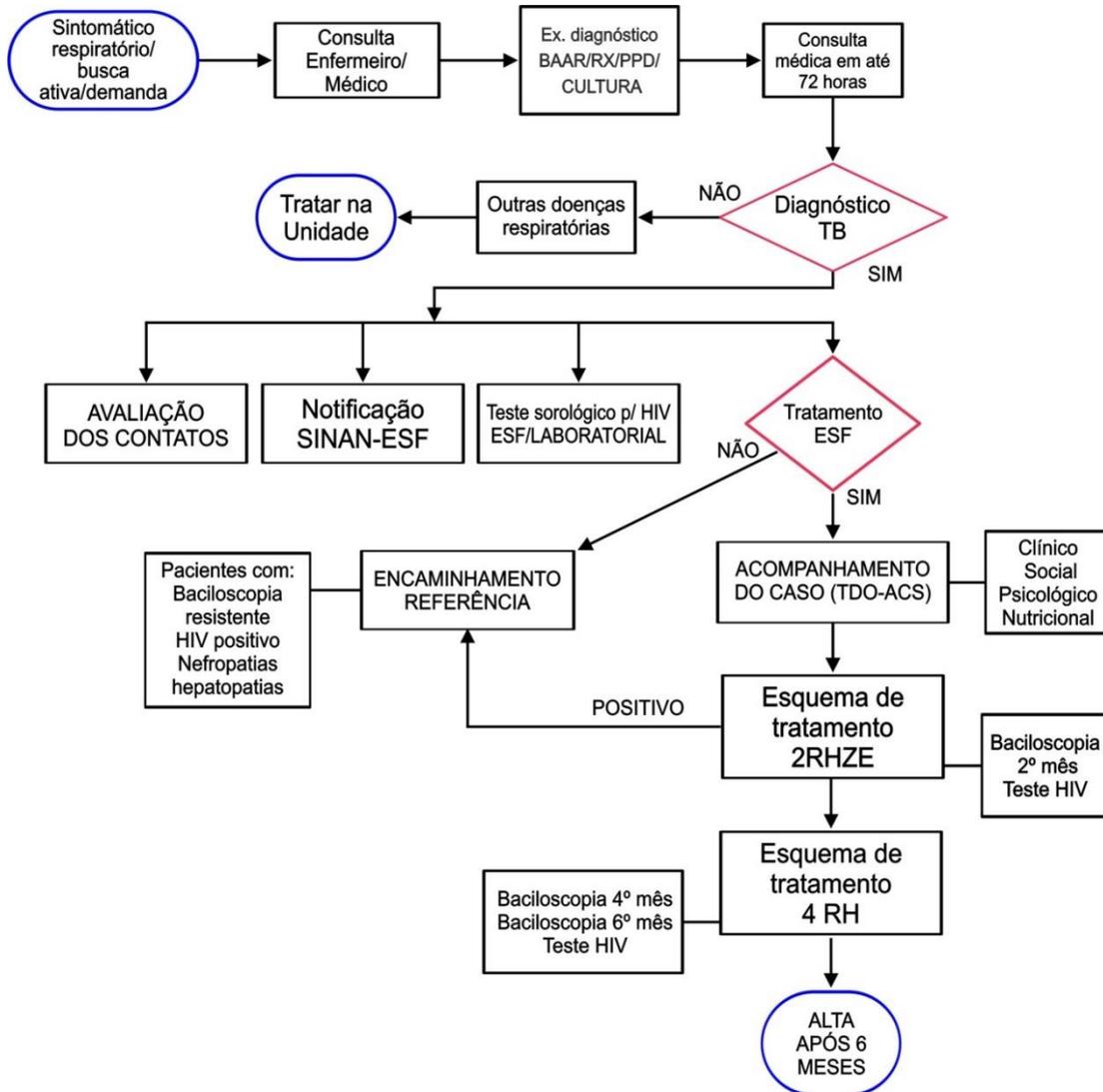
Desse modo, pretendeu-se garantir a continuidade da atenção iniciada, através de sequência de atividades que vão desde a identificação do SR, orientação sobre e realização pelas equipes da coleta de baciloscopia direta de escarro, disponibilidade de insumos e transporte, como fatores determinantes para o fluxo do exame ao laboratório de análise, recebimento do resultado pelo serviço até o encaminhamento para os serviços de referência, quando fosse o caso.

A adequação do fluxograma ideal (FIGURA 9) pressupôs as medidas prioritárias para o combate à tuberculose preconizadas pelos órgãos oficiais: detecção precoce dos casos, diagnóstico precoce e correto e a instituição do tratamento adequado e imediato de casos bacilíferos, interrompendo a cadeia de transmissão (BRASIL, 2011), considerando, também, as limitações do município e complexidade do Sistema de Saúde e por fim, pensadas para serem específicas, mensuráveis, apropriadas, realistas e temporais.

Assim, os esforços dos enfermeiros foram canalizados no sentido de priorizar a entrada do suspeito através da busca ativa de sintomáticos respiratórios, na comunidade pelos ACS, e também, pela demanda do serviço. Neste cenário, a contribuição do ACS é inquestionável nesse processo de detecção precoce (PINTO & FRACOLLI, 2010).

Outras propostas consideraram a implantação do tratamento diretamente observado (TDO), bem como a busca pela organização do serviço visando adequações para um diagnóstico precoce e correto e a garantia da cura pelo tratamento.

Figura 9- Fluxograma Ideal adequado às normas do MS, para auxiliar no combate à tuberculose, Ibiapina, Ceará, 2016.



Fonte: adequado às normas do MS, pela pesquisadora

Acredita-se que a com a implantação e organização de uma rede de atenção à tuberculose pode-se favorecer a definição mais clara das responsabilidades que cabem a cada serviço situado no território e também melhor articulação intersetorial (SILVA, 2011).

Logo, para sua concretização efetiva dependem de fatores como o compromisso político da gestão quanto ao cumprimento dos compromissos mundiais, como garantia do financiamento e dos serviços dispensados e necessários em tempo

hábil, uma vez que sobre tuberculose, tempo é ouro; empenho em políticas e ações que se mostrem consistentes e sustentáveis para o combate à tuberculose, além da formação de uma rede de atenção a tuberculose com organização dinâmica e horizontal dos serviços, tendo como princípio fundamental o acesso e como centro de comunicação a Atenção Básica de Saúde, permitindo oferecer atenção contínua e integral (PAIVA, 2010; COSTA, 2014).

Vale destacar ainda, a necessidade de busca por parcerias entre os diversos setores da sociedade, bem como a contínua reavaliação dessas ações, mensurando os avanços de sua implementação e impactos até que se alcance as metas propostas pela OPAS/OMS de 85% de taxa de cura, taxa de abandono em menos de 5% e quem sabe chegar a erradicação da tuberculose (OMS, 2015).

Os resultados desse processo de intervenção revelaram uma mobilização crescente dos envolvidos no problema priorizado, aumento do sentimento de responsabilidade pelo projeto, a construção de novos conhecimentos, o desenvolvimento de novas habilidades e caminhos para ressignificação de valores, elementos favoráveis para o enfrentamento da tuberculose. Assim, a investigação pode ser em si só uma intervenção.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho com tuberculose é permeado por diversos elementos e fatores que influenciam seu controle e combate. Logo, trabalhar nessa perspectiva torna-se um desafio para os profissionais e para o serviço de saúde.

Nessa perspectiva desafiadora, e numa ânsia constante por melhorias nas ações prestadas pela ESF no enfrentamento à tuberculose, buscou-se promover o planejamento de ações, através de estratégias que fossem efetivas e resolutivas, fundamentadas nas vivências dos profissionais enfermeiros, considerados articuladores nesse processo.

Para tanto, foi primordial a associação entre diferente métodos de coleta, fundamentado nos pressupostos da CBPR que promoveu o desenvolvimento de confiança entre a pesquisadora e os enfermeiros, fator essencial para se alcançar uma participação significativa. Possibilitou, ainda, o aumento de capacidades dos participantes no que diz respeito ao desenvolvimento de uma consciência crítica, bem como o direcionamento da intervenção para uma compreensão mais ampla acerca dos fatores intervenientes no enfrentamento da tuberculose pela ESF.

A compreensão, a partir de uma escutas mútuas, de como acontece o trabalho no controle e combate da tuberculose na Estratégia Saúde da Família, permitiu a identificação das dificuldades e vulnerabilidades pelos enfermeiros, subsidiando a tomada de decisão e a definição de estratégias de intervenção, auxiliando, assim, na superação das fragilidades existentes nos serviços de saúde.

A percepção dos enfermeiros quanto ao enfrentamento da tuberculose é que se tem, reduzidamente, desenvolvido ações inerentes e preconizadas pelo ministério da saúde e OMS, consideradas estratégias prioritárias, como a busca ativa de sintomáticos respiratórios, diagnóstico precoce e o tratamento diretamente observado (TDO). O que até então era realizado, referia-se muito mais a assistência curativa do agravo.

É visto ainda como barreira na continuidade desse cuidado pelos profissionais, a ausência de apoio e ações intersetoriais, conseqüentemente, gerada pela falta de uma rede integrada, que articule os responsáveis envolvidos no controle da tuberculose.

Para tanto, na atenção a tuberculose, o bom desempenho dos serviços de saúde em relação a tuberculose depende de um conjunto formado por qualificação

contínua dos profissionais, garantia de estrutura mínima para atuação das equipes e integração de esforços entre os diferentes atores responsáveis pelo controle da tuberculose, visando a otimização e a adequação dos recursos existentes às necessidades diversas dos indivíduos adoecidos pela tuberculose.

Nesse contexto, as discussões dessa intervenção resultaram em propostas de ações que motivassem a reorientação das práticas na atenção à tuberculose pela ESF, a sua incorporação e implementação na atenção primária, servindo de suporte ao aperfeiçoamento e desenvolvimento de estratégias de organização, planejamento e gestão das múltiplas atividades envolvidas no controle dessa enfermidade, com efetiva participação de todos os atores envolvidos neste processo (gestores, profissionais e usuários) a fim de alcançar os objetivos e metas definidas para o controle da tuberculose.

Outro ponto fundamental observado no estudo foi a contribuição para que os sujeitos voltassem sua atenção para a realidade local, enfocando e discutindo os principais problemas relacionados ao enfrentamento da tuberculose, buscando visualizar as possíveis ações para seu enfrentamento e superação numa ideia ampliada de saúde, identificando responsabilidades individuais e sociais.

Além das propostas, foi imperativo o papel transformador ocasionado pela intervenção junto aos enfermeiros. Além de desenvolver a habilidades de emponderamento, promoveu o conhecimento de ferramentas disponíveis para auxílio na organização do trabalho como o fluxograma analisador, assim como despertou-os para poder de autonomia, habilidade imprescindível numa tomada de decisão.

Vale ressaltar, que essa intervenção foi muito além dos objetivos propostos: além de representar um momento de interação entre esses profissionais que muitas vezes tem uma rotina cansativa e estressante, suscitou como motivação e incentivo para ressignificação das atitudes frente ao enfrentamento da tuberculose.

REFERÊNCIAS

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. Evidence Report/Technology Assessment. **Community-Based Participatory Research: Assessing the Evidence**. Number 99. AHRQ Pub. No. 04-E022-1. August 2004.

AHMED, S. M.; PALERMO, A. S. Community engagement in research: frameworks for education and peer review. **American Journal Of Public Health**, v.100, n.8, p.1380-1387, 2010.

ALBUQUERQUE, Elisabeth Maciel de. **Avaliação da técnica de amostragem “Respondent-driven Sampling” na estimação de prevalências de Doenças Transmissíveis em populações organizadas em redes complexas**. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP; Rio de Janeiro: Ministério da Saúde – Fiocruz, 2009. Dissertação de Mestrado, 99p.

ALVES, G.G, AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** .v.16, n.1, p. 319-325, mar/2011. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232011000100034&script=sci_arttext. Acesso em 04 de julho de 2016.

ARCÊNCIO RA. A organização do tratamento supervisionado nos municípios prioritários do estado de São Paulo. **Dissertação (Mestrado)** – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006. p. 3-34.

ANDER-EGG AS. In: Omiste et all. **Formação de grupos populares: uma proposta educativa**. Rio de Janeiro: DP&A; 2000.

ASSIS, E. G. et al. A coordenação da assistência no controle da tuberculose. **Revista de Escola de Enfermagem USP**, v. 46, n. 1, p. 111-118, fev. 2012.

BARREIRA D, ARAKAKI-SANCHEZ D, BRITO RC. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; Ministério da Saúde; 2010.

BATALHA, E.; MOROSINI, L. Atenção aos esquecidos. 18º Congresso Internacional de Medicina Tropical e Malária. **Rev Radis**, Rio de Janeiro, n. 124, p. 09-16, jan 2013 Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/radis/revistaradis/124/reportagens/negligencia-que-faz-mal-saude>> Acesso em: 13/03/2013.

BECKER, A. B. et al. Strategies and techniques for effective group process in CPBR partnerships. In: ISRAEL, B.A et al. (Ed.). **Methods for Community-based Participatory Research for Health**. 2nd ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Tratamento supervisionado da tuberculose evita abandono**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=22662> Acesso em 13 de junho de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **O controle da tuberculose no Brasil: avanços, inovações e desafios**. Boletim Epidemiológico, v.44, n.2, 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/29/BE2014-44--2----Tuberculose.pdf>> Acesso em 10 de janeiro de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose, Brasil 2007-2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Tuberculose: **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Área Técnica de Pneumologia Sanitária. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2ed.rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde**. Volume 46, Brasília 2015.

BRUNELLO M.E.F., CERQUEIRA D.F., PINTO I.C., ARCÊNCIO R.A., GONZALEZ R.I.C., VILLA T.C.S., SCATENA L.M. **Vínculo doente-profissional de saúde na atenção a pacientes com tuberculose**. Ribeirão Preto, São Paulo, 2007.

CAMPOS, Eugenio Paes et al. EQUIPES DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTRESSE PROFISSIONAL E DINÂMICA DE TRABALHO. **Revista de Atenção Primária a Saúde**, v. 13, n. 1, 2010.

CARDOSO, Gisela Cordeiro Pereira et al. A conformidade das ações do tratamento diretamente observado para tuberculose na perspectiva dos profissionais de duas unidades de saúde da cidade do Rio de Janeiro. **Cad Saude Colet**, v. 20, n. 2, p. 203-10, 2012.

CARDOZO-GONZALES RI, COSTA LM, PEREIRA CS, PINHO LB, LIMA LM, SOARES DMD, RODRIGUES KMR, KRONING CS. Ações de busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose na visão dos profissionais de uma unidade saúde da família. **Rev. Enferm. Saúde**, v.1, n.1, p.24-32. Pelotas (RS): jan-mar, 2011.

CHADAMBUKA, A; MABAERA, B; TSHIMANGA, M; SHAMBIRA, G; GOMBE, NT; CHIMUSORO, A. Low tuberculosis case detection in Gokwe North and South, Zimbabwe in 2006. **Afr Health Sci**. v. 11, n. 2, p. 190-6, 2011.

CONCEBIDA DA CUNHA GARCIA, Maria et al. Incorporação das ações de controle da tuberculose na atenção primária à saúde e seu contexto. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 7, n. 10, 2013.

COREN-GO. **Protocolo de enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás**/ organizadores Claci Fátima Weirich Rosso... [et al]. Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2014. 336p.

COSTA, A. M. [Editorial]. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**. n.52, Rio de Janeiro, 2014.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

DA SILVA, Daiane Medeiros et al. Produção do cuidado aos casos de tuberculose: análise segundo os elementos do Chronic Care Model. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 2, p. 239-246, 2016.

DUARTE S, LIMA D, BARREIRA G, PERES W. **A educação permanente como possibilidade no diagnóstico precoce da tuberculose**. Arquivos Catarinenses de Medicina. v.40, n.1, p. 28-33, 2011.

FERNANDES, L. C. L.; MACHADO, R. Z.; ANSCHAU, G. O. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 1, p. 1541-1552, set./out. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a28v14s1.pdf>> Acesso em: 30 de julho de 2016.

FIGUEIREDO, TÂNIA MARIA RIBEIRO MONTEIRO DE et al . Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, out. 2009.

FRANCO TB, MERHY EE. PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial. In: **Mehy EE, Magalhães Jr. HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores**. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Editora Hucitec; 2003. p. 55- 124.

FRANCO, TB; GALAVOTE, HS. Em busca da clínica dos afetos. In: Franco TB, Ramos VC, organizadores. **Semiótica, afecção e cuidado em saúde**. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 176-200.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa** (25a Ed) Paz e Terra, São Paulo, 2002.

GABARDO, B.M.A. **Sintomáticos respiratórios em município de elevada incidência de tuberculose**. 2014. 107f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Medicina Interna do Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná – Curitiba, 2014.

GALAVOTE, Heletícia Scabelo et al. **Avaliação da linha do cuidado no atendimento a pacientes sintomáticos respiratórios em um programa de referência ao**

controle da tuberculose no município de vitória-espírito santo. Revista de APS, v. 18, n. 3, 2015.

GOLUB, J. E.; DOWDY, D. W. Screening for active tuberculosis: methodological challenges in implementation and evaluation. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v.17, n.7, p.856-865, 2013.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 184p.

GOMES, A. A. **Apontamentos sobre a pesquisa em educação: usos e possibilidades do grupo focal**. Ecos – Revista Científica. São Paulo, 2005.

HARTER, Jenifer. Avaliação da detecção de casos de tuberculose no contexto da atenção primária à saúde. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem)**- Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2012.

HARTWIG, K. CALLESON, D. WILLIAMS, M. **CBPR: Primeiros passos**: Definições, fundamentos e principais fundamentos no CBPR. Disponível em: <<http://www.cbprcurriculum.info>> Acesso em: 15/02/2016.

ISRAEL, B. A **Community- Based Participatory Research**: Princípios, fundamentos e Políticas recomendadas. Modelos de sucesso com CBPR. Washington, EUA, março, 2000, p.16-22. Disponível em: <<http://aaspireproject.org/about/cbpr.html>> Acesso em 15/02/2016>.

ISRAEL, B.A. et al. Review Of Community-Based Research: Assessing Partnership Approaches to Improve Public Health. **Annual Review of Public Health**, v.19, p.173–202, 1998.

JARDIM, Tatiana de Andrade et al. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 28, p. 123-135, 2009.

KITZINGER J, BARBOUR RS. Introduction: the challenge and promise of focus groups. In: **Kitzinger J, Barbour RS, organizadores**. Developing focus group research: politics, theory and practice. London (UK): Sage; 1999. p.1-20.

JOHNSON, D. Focus groups. In: ZWEIZIG, D. et al. **Tell it! Evaluation sourcebook & training manual**. Madison: SLIS, 1994.

LOBIONDO-WOOD, G.; HARBER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LOUREIRO, Rafaela Borges et al . Acesso ao diagnóstico da tuberculose em serviços de saúde do município de Vitória, ES, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 4, p. 1233-1244, Apr. 2014 .

MAIA, C. P. da R. F. C. Entre desafios e potencialidades [manuscrito]: avaliação da participação comunitária em um programa de controle da esquistossomose e de

promoção da saúde. 2015.148fl. **Dissertação** (Mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. 2015.

MALTA DC. Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do projeto vida e do acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993 - 1996 **[tese]. Campinas:** Paulo Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2001. 423f.

MACIEL, Ethel Leonor Noia et al. O agente comunitário de saúde no controle da tuberculose: conhecimentos e percepções. **Cad. saúde pública**, v. 24, n. 6, p. 1377-1386, 2008.

MANTOURA, P.; POTVIN, L. A realist-constructionist-perspective on participatory research in health promotion. **Health Promotion International**, v.28, p.61-72, 2013.

MARQUIEVIZ, Janete et al . A Estratégia de Saúde da Família no controle da tuberculose em Curitiba (PR). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, p. 265-271, Jan. 2013.

MC ALLISTER,C.L. et al. Parents, Practitioners, and Researchers: Community-Based Participatory Research With Early Head Start. Public Health Matters. **American Journal of PublicHealth** | October 2003, vol 93, nº 10.

MCGRANAGHAN, R.; BROWN,J.K. **Divulgação dos resultados de CBPR, 2005.** Disponível em: <<http://www.cbprcurriculum.info>> Acesso em: 13 de Janeiro de 2016.

MEHRY, EE, et al, organizadores. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** 4ª edição.São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

MERHY EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko RT, organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec; 1997. p.71-112.

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

MINKLER, M; WALLERSTEIN N.B. **Community-based participatory research for health.** San Francisco (CA): Jossey-Bass; 2003.

MITRUKA, K. et al. Tuberculosis Outbreak Investigations in the United States, 2002-2008. **Emerging Infectious Diseases.** v. 17, n.3, Mar. 2011.

MONROE AA. Envolvimento das equipes da Atenção Básica à Saúde no Controle da Tuberculose. **Rev. Esc. Enferm. USP** 2008; 42 (2): 262-67.

MUNIZ JN, PALHA PF, MONROE AA, GONZALES RIC, RUFFINO NETTO A, VILLA TCS. A Incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva** 2008; 10 (2): 315 - 21.

NOGUEIRA, J.A; RUFFINO NETTO, A; MONROE, A.A; GONZALES, R.I.C; VILLA, T.C.S. Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose na percepção do agente de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v.9, n.1, p.106-118, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a08.htm>>

NOGUEIRA, Jordana de Almeida et al. Enfoque familiar e orientação para a comunidade no controle da tuberculose. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, n. 2, p. 207-216, 2011.

OLIVEIRA, SAC; RUFFINO-NETTO, A.; SCATENA VILLA, T.C.; VENDRAMINI, S.H.F.; ANDRADE, R.L.P.; SCATENA, L.M. Serviços de saúde no controle da tuberculose: enfoque na família e orientação para a comunidade. **Rev. Latino-AM. Enfermagem**, v.17, n.3, Ribeirão Preto, May/June, 2009.

OPAS, Organización Panamericana de la Salud. **Estrategia regional para el control de la tuberculosis para 2005-2015**. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2005.

OSIS, Maria José Duarte; DUARTE, Graciana Alves; FAUNDES, Aníbal. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v.46, n.2, p.351-358, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000200018&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 03 de agosto de 2016.

PAIVA, Ramos Evangelista dos Anjos. A busca de Sintomáticos respiratórios de tuberculose na prática e perspectivas do ACS nos distritos sanitários de Natal. **Dissertação (Mestrado)**-Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. 2010.

PALERMO, AG, MCGRANAGHAN, R.; TRAVERS, R. **Desenvolver uma parceria CBPR**. Disponível em: <<http://www.cbprcurriculum.info>> Acesso em: 15/02/2016.

PAVIANI, N.M.S.; FONTANA, N.M. Oficinas pedagógicas: relato de uma experiência. **Conjectura.**, v.14, n.2, p. 77-88, maio/ago 2009. Disponível em: <<http://www.ucs.br/etc/revistas/index.php/conjectura/article/viewFile/16/15>> Acesso em: 11/03/2016.

PERIAGO, MR. Lá renovación de la atención primaria de la salud em las Américas: la propuesta de la Organización Panamericana de la salud para el siglo XXI. **Revista Panamericana de Salud Publica** 2007; 21.

PERUZZO, Cicilia Maria Krohling. Da observação participante à pesquisa-ação em comunicação: pressupostos epistemológicos e metodológicos. **Trabalho apresentado no III Colóquio Brasil-Itália de Ciências da Comunicação. Belo Horizonte: Intercom**, 2003.

PINHEIRO PGOD, SÁ LD, PALHA PF, SOUZA FBA, NOGUEIRA JA, VILLA TCS. Busca ativa de sintomáticos respiratórios e o diagnóstico tardio da tuberculose. **Rev Rene**. 2012; 13(3):572-81.

PINTO, Erika Simone Galvão et al. O Agente Comunitário de saúde na detecção de casos de tuberculose DOI: 10.4025/ciencucidsaude. v13i3. 20926. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 13, n. 3, p. 519-526, 2014.

PINTO, A.A.M., FRACOLLI, L.A. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práticas. *Rev. Eletr.Enfermagem*, 2010. v.12, n.4, p.766-769.

POLIT, DENISE F.; BECK, Cheryl Tatano (2011) - **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7ª ed. Porto Alegre : Artmed.

PORTO, A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. **Rev.Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 43-49, set. 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/6493.pdf>> Acesso em: 30 de julho de 2016.

RAVIGLIONE, M. C. The Global Plan to Stop TB, 2006-2015. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v.10, n.3, p.238-239, 2006.

RUFFINO-NETTO A., VILLA, T.C.S, organizadores. **Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades regionais**. Ribeirão Preto: FMRP, REDE TB–USP; 2006. p. 141-166.

SÁ, LD; ANDRADE, MN; NOGUEIRA, JA; VILLA, TCS, FIGUEIREDO, TMRM, QUEIROGA, RPF, SOUSA,MCM. Implantação da estratégia DOTS no controle da Tuberculose na Paraíba: entre o compromisso político e o envolvimento das equipes do programa saúde da família (1999- 2004). **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3917-3924, 2011.

SÁ, Lenilde Duarte de et al. Educação em saúde no controle da tuberculose: perspectiva de profissionais da estratégia Saúde da Família. **Rev Eletr Enf [Internet]**, v. 15, n. 1, p. 103-11, 2013.

SANTOS, Tatiana Maria Melo Guimarães dos; NOGUEIRA, Lídy Tolstenko and ARCENCIO, Ricardo Alexandre. **Atuação de profissionais da Estratégia Saúde da Família no controle da tuberculose**. *Acta paul. enferm.* [online]. 2012, vol.25, n.6, pp. 954-961.

SANTOS, A.C.B. **O que é uma oficina pedagógica?** 2008. Disponível em: <<http://cesarbrito-jha.blogspot.com.br/2008/08/o-que-oficina-pedagogica.html>> Acesso em: 11/03/2016.

SANTOS, Maria Cecília Vieira. Busca ativa de casos de tuberculose na demanda de serviços de saúde: percepção do profissional de saúde. 2007. **Dissertação** (Mestrado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-08102008-160254/>> Acesso em: 2016-08-03

SBPT. III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.35, n.10, 2009.

SILVA ACO, SOUSA MCM, NOGUEIRA JA, MOTTA MCS. **Tratamento supervisionado no controle da tuberculose: potencialidades e fragilidades na percepção do enfermeiro**. Rev. Eletr. Enfermagem, v.9, n.2, p.402-416, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a09.htm>>

SILVA, C.O.G; D'AMARAL, R.K.K. **Tuberculose: casos novos e Estratégia de Saúde da Família**. Rev Enferm UNISA, v.12, n.1, p.64-67, 2011.

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

SOUZA, Otávia Nascimento de. Avaliação de implementação do tratamento diretamente observado para pacientes com tuberculose em unidades de saúde do município de Manaus - AM. **Dissertação (Mestrado)** – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

TEIXEIRA, Faustino. O CUIDADO ESPIRITUAL NO TRABALHO EM SAÚDE. **Revista de APS**, v. 17, n. 1, 2014.

TOLEDO, R. F.; GIATTI, L. L.; JACOBI, P.R. A pesquisa-ação em estudos interdisciplinares: análise de critérios que só a prática pode revelar. **Interface (Botucatu)**, v.18, n.51, p.633-46, 2014.

TORRES, H.C, HORTALE, V.A, SCHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cad Saude Publica**, v.19, n.4, p. 1031-1047, 2003.

VERGARA, S.C. **Métodos de Coleta de Dados no Campo**. São Paulo: Atlas, 2009.

VILLA, T.C.S.; RUFFINO-NETTO, A.; ARCÊNCIO, R.A; CARDOZO-GONZALES, RI. As políticas de controle de tuberculose no sistema de saúde no Brasil e implantação da estratégia DOTS (1980-2005). In: Ruffino-Netto A, Villa TC, Scatena, organizadores. **Tuberculose - implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil. Histórico e peculiaridades regionais**. Ribeirão Preto (SP): FMRP/Rede TB-USP; 2006. 29-48.

VILLA, TCS; RUFFINO_NETTO, A; Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da tuberculose no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v 35, n 6, p. 610-612, 2009.

WALLERSTEIN, N.B.; DURAN, B. Using Community-Based Participatory Research to Address Health Disparitie. **Health PromotPract**, v. 7; n.312, Jun 2006.

WESTPHAL, M.F.; BÓGUS, CM; FARIA, MM. Grupos Focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Bol Oficina Sanit Panam**, n. 120, v. 6, p. 472-481, 1996.

World Health Organization. Global tuberculosis control, surveillance, planning, financing: **WHO report**. Geneva: WHO; 2011.

WHO. Global tuberculosis report 2014. World Health Organization, Geneva; 2014 <http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/> Acesso em: 13 de Agosto de 2015.

World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2013, 2013. Disponível em: <apps.who.int/iris/bitstream/10665/91355/1/9789241564656_eng.pdf>

APENDICES



**UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participação da Pesquisa

O senhor(a) está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine todas as folhas ao final deste documento, com as folhas rubricadas pelo pesquisador, e assinadas pelo mesmo, na última página. Este documento está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, o senhor(a) não será penalizado(a) de forma alguma.

Pesquisa: COMBATENDO A TUBERCULOSE: elaboração de um plano de ação para apoiar os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.

Autores: Lucilla de Sousa Olimpio de Melo(mestranda) – lucsosl@hotm.com
Eliany Nazaré Oliveira (orientadora) – eliany@hotm.com

Esta proposta de pesquisa tem por **objetivo geral** Elaborar um plano de intervenção para apoiar os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Ibiapina – Ceará.

Sua participação na pesquisa ocorrerá durante sessões em grupo, que terá uma duração não superior a três horas e que estará sendo gravada e filmada com sua autorização.

Os **riscos** relacionados à pesquisa poderão ser por constrangimento, por desconhecimento de informações a respeito do tema discutido.

Os **benefícios** da pesquisa estão relacionados a:

1. O desenvolvimento da ciência;
2. Predizer melhoria nas estratégias dos serviços de saúde para construir espaços dialógicos, onde haja planejamento estratégico sobre a temática abordada, além de gerar reflexão sobre a ampliação de espaços de cuidados que vislumbrem a qualidade da saúde dessas pessoas, indo ao encontro das diretrizes do Sistema Único de Saúde, que tem como meta a promoção da saúde e a qualidade de vida da população

O **método** utilizado para o aproveitamento das discussões durante as oficinas é de natureza qualitativa, que não tem a finalidade de contar opiniões ou pessoas. Seu intuito é explorar ideias, experiências, comportamentos, emoções e sentimentos sobre um determinado assunto que o(a) senhor(a) irá nos passar durante esse momento de discussão. Nesse sentido, a sua contribuição é extremamente valiosa. A análise dessas informações será interpretativa, isto é, buscaremos significados das falas descritas para se chegar a uma definição das suas demandas de conhecimento/esclarecimento quanto a construção do plano de intervenção para superar as dificuldades no combate à tuberculose.

Os resultados do estudo serão divulgados durante a defesa de dissertação da mestranda Lucilla de Sousa Olimpio de Melo. Para este evento, você receberá comunicado e convite para se fazer presente. Garantimos que durante estas divulgações dos resultados, seu nome será mantido em segredo, a não ser que deseje que o(a) identifiquemos.

Finalmente, para que o(a) senhor(a) entenda, a sua participação é livre e a retirada de seu nome como participante não trará nenhum prejuízo nas relações afetivas que mantém com os profissionais da ESF. Também desejamos explicar que não haverá qualquer pagamento a ser dado por sua participação.

Gostaria muito de poder contar com sua valiosa participação, que desde já agradeço. Se aceitar participar do estudo, peço que assine esse termo de consentimento em duas vias. Uma ficará com a pesquisadora e a outra com você.

O pesquisador responsável por este projeto é Lucilla de Sousa Olimpio de Melo, cujo telefone de contato é: (86) 999201666 e endereço: Rua Leonardo das Dores, em Piracuruca-PI. Qualquer dúvida em relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê de Ética e Pesquisa, localizado na Avenida Comandante Mauricélio Rocha Ponte, 150 - Derby, CEP: 62.041-040 - Sobral-CE. Fone/Fax (88)3677-4255.

Se precisar entrar em contato comigo ou com minha orientadora, segue os contatos:

Aluna: Lucilla de Sousa Olimpio de Melo
Celular: (86)999201666
Orientadora: Prof.^a Dra. Eliany Nazaré de Oliveira
Celular: (88)99592122

Atenciosamente,

Lucilla de Sousa Olimpio de Melo

Pesquisadora, enfermeira e aluna do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da UVA.

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, _____, concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade.

Ibiapina, ____ de _____ de 2016

Assinatura do participante



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ
Pró-Reitoria de Educação Continuada



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Ciência, Tecnologia
e Educação Superior

**UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

APÊNDICE B

ROTEIRO ELABORADO PARA DIRECIONAR O GRUPO FOCAL- DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

**1. PERGUNTAS DESENCADEADORAS RELATIVO AO TEMA ESPECÍFICO-
COMBATE A TUBERCULOSE**

1.1. De que forma, no seu trabalho você acredita que contribui para o combate à tuberculose?

1.2 Descreva como se dá o combate à tuberculose na sua unidade?

1.3. Você acredita que segue as orientações e protocolos do Ministério da Saúde quanto as ações de controle e combate à tuberculose?

1.4. . Quais os principais entraves você elencaria como obstáculos e limitações para combater a tuberculose no seu trabalho?



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ
Pró-Reitoria de Educação Continuada



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
*Secretaria da Ciência, Tecnologia
e Educação Superior*

**UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

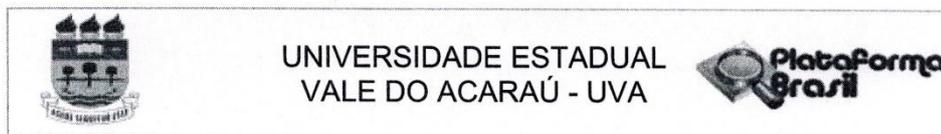
APÊNDICE C

**ROTEIRO ELABORADO PARA DIRECIONAR O GRUPO FOCAL- MENSURAR A MUDANÇA DE
ATITUDE NO TRABALHO**

1. No que as intervenções puderam contribuir no seu trabalho no combate à tuberculose?

ANEXOS

ANEXO A- PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COMBATE À TUBERCULOSE: PLANO DE INTERVENÇÃO PARA APOIAR OS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Pesquisador: LUCILLA DE SOUSA OLÍMPIO DE MELO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 54418216.7.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.483.171

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa intervenção, através da realização de grupo focal, enriquecida por oficinas com os enfermeiros da ESF de Ibiapina-CE. Os dados serão analisados por meio da análise temática, esperando -se, assim, contribuir para a melhoria do serviço prestado, maior satisfação dos usuários e profissionais envolvidos, além da reorganização do processo de trabalho de forma coletiva.

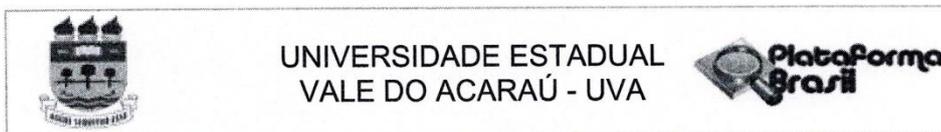
Objetivo da Pesquisa:

Pesquisa com o objetivo principal de elaborar um plano de intervenção, de forma proativa com os enfermeiros da ESF, com vistas a melhorar as ações de combate à tuberculose no município de Ibiapina, Ceará.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora apresenta como risco o constrangimento pelo desconhecimento de informações relativas ao objeto de estudo. Como benefícios, a pesquisadora apresenta a geração de reflexão sobre a ampliação de espaços de cuidados que vislumbrem a qualidade da saúde dessas pessoas, indo ao encontro das diretrizes do Sistema Único de Saúde, que tem como meta a promoção da saúde e a qualidade de vida da população.

Endereço: Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva_comitedeetica@hotmail.com



Continuação do Parecer: 1.483.171

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante apresentando aprofundamento teórico sobre o objeto de estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios estão presentes e redigidos de modo a permitir apreciação ética.

Recomendações:

Após conclusão da pesquisa enviar relatório final através da aba notificações desta plataforma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

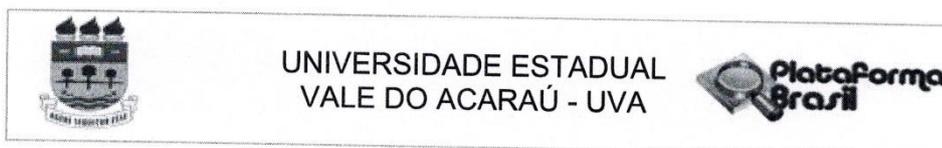
O Colegiado do CEP/UVA, após apresentação e discussão do parecer pelo relator, acatou a relatoria que classifica como aprovado o protocolo de pesquisa. O(a) pesquisador(a) deverá atentar para as recomendações listadas neste parecer.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_678362.pdf	14/03/2016 11:57:34		Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	14/03/2016 11:56:55	LUCILLA DE SOUSA OLIMPIO DE MELO	Aceito
Outros	imagem.jpg	11/03/2016 20:31:05	LUCILLA DE SOUSA OLIMPIO DE MELO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Doc1.pdf	11/03/2016 13:40:44	LUCILLA DE SOUSA OLIMPIO DE MELO	Aceito
Outros	capaprojeto.docx	11/03/2016 11:21:01	LUCILLA DE SOUSA OLIMPIO DE MELO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOFINAL.docx	11/03/2016 11:19:10	LUCILLA DE SOUSA OLIMPIO DE MELO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	11/03/2016 11:16:40	LUCILLA DE SOUSA OLIMPIO DE MELO	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	11/03/2016 11:13:52	LUCILLA DE SOUSA OLIMPIO DE MELO	Aceito
Orçamento	ocarmento.docx	11/03/2016 11:13:11	LUCILLA DE SOUSA OLIMPIO DE MELO	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150
 Bairro: Derby CEP: 62.041-040
 UF: CE Município: SOBRAL
 Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com



Continuação do Parecer: 1.483.171

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SOBRAL, 07 de Abril de 2016

Assinado por:
Maristela Ines Osawa Chagas
(Coordenador)

Endereço: Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva_comitedeetica@hotmail.com

