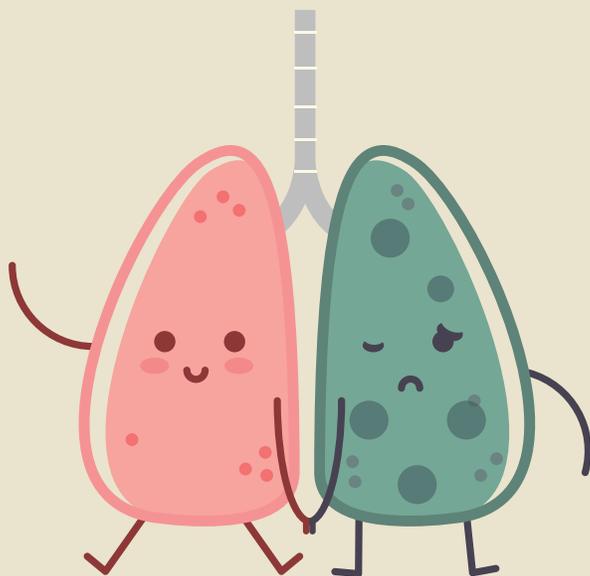


TUBERCULOSE, INTEGRALIDADE E CUIDADO

O QUE SABEMOS?

Anne Jaquelyne Roque Barrêto
Organizadora

EJ Editora
UFPB



TUBERCULOSE, INTEGRALIDADE E CUIDADO

O QUE SABEMOS?



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

Reitor
Vice-Reitora
Pró-Reitor PRPG

VALDINEY VELOSO GOUVEIA
LIANA FILGUEIRA ALBUQUERQUE
GUILHERME ATAÍDE DIAS



Diretor

EDITORA UFPB

NATANAEAL ANTÔNIO DOS SANTOS

Conselho editorial

Adailson Pereira de Souza (Ciências Agrárias)
Eliana Vasconcelos da Silva Esrael (Linguística, Letras e Artes)
Fabiana Sena da Silva (Interdisciplinar)
Gisele Rocha Côrtes (Ciências Sociais Aplicadas)
Ilda Antonieta Salata Toscano (Ciências Exatas e da Terra)
Luana Rodrigues de Almeida (Ciências da Saúde)
Maria de Lourdes Barreto Gomes (Engenharias)
Maria Patrícia Lopes Goldfarb (Ciências Humanas)
Maria Regina Vasconcelos Barbosa (Ciências Biológicas)

Conselho científico

Maria Aurora Cuevas-Cerveró (Universidad Complutense Madrid/ES)
José Miguel de Abreu (UC/PT)
Joan Manuel Rodriguez Diaz (Universidade Técnica de Manabí/EC)
José Manuel Peixoto Caldas (USP/SP)
Letícia Palazzi Perez (Unesp/Marília/SP)
Anete Roese (PUC Minas/MG)
Rosângela Rodrigues Borges (UNIFAL/MG)
Silvana Aparecida Borsetti Gregorio Vidotti (Unesp/Marília/SP)
Leilah Santiago Bufrem (UFPR/PR)
Marta Maria Leone Lima (UNEB/BA)
Lia Machado Fiuza Fialho (UECE/CE)
Valdonilson Barbosa dos Santos (UFCEG/PB)

Anne Jaquelyne Roque Barrêto

Organizadora

TUBERCULOSE, INTEGRALIDADE E CUIDADO

O QUE SABEMOS?

João Pessoa
Editora UFPB
2020

Direitos autorais 2020 – Editora UFPB

Efetuada o Depósito Legal na Biblioteca Nacional, conforme a Lei nº 10.994, de 14 de dezembro de 2004.

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS À EDITORA DA UFPB

É proibida a reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio.

A violação dos direitos autorais (Lei nº 9.610/1998)

é crime estabelecido no artigo 184 do Código Penal.

O conteúdo desta publicação é de inteira responsabilidade do autor.

Design Editorial

Editora UFPB

Projeto Gráfico

Michele Holanda

Ilustração

Freepick com modificação

Catálogo na fonte:

Biblioteca Central da Universidade Federal da Paraíba

T885 Tuberculose, integralidade e cuidado: o que sabemos? / Anne Jaquelyne Roque Barrêto (organizadora). - João Pessoa: Editora UFPB, 2020.

199 p. : il.

Recurso digital: 2,74 MB

Formato: e-book

Requisito do Sistema: Adobe Acrobat Reader

ISBN 978-65-5942-050-6

1. Tuberculose. 2. Integralidade – Serviços de saúde. 3. Saúde do idoso. 4. Enfermagem – Cuidados. 5. Enfermagem – Atenção primária à saúde. I. Barrêto, Anne Jaquelyne Roque. II. Título.

UFPB/BC

CDU 616-002.5

Livro aprovado para publicação através do Edital N° 01/2020/Editora Universitária/ UFPB - Programa de Publicação de E-books.

EDITORA UFPB

Cidade Universitária, Campus I,
Prédio da editora Universitária, s/n
João Pessoa – PB
CEP 58.051-970
<http://www.editora.ufpb.br>
E-mail: editora@ufpb.br
Fone: (83) 3216.7147



Sumário

APRESENTAÇÃO 7

**A INTEGRALIDADE NA PERSPECTIVA DA ALTERIDADE:
TRILHANDO UM CAMINHO PARA O CUIDADO
WDE ENFERMAGEM AO IDOSO COM TUBERCULOSE..... 9**

Janaína von Söhsten Trigueiro,
Renata Figueiredo Ramalho Costa de Souza,
Sérgio Augusto Freire de Souza,
Annelissa Andrade Virgínio de Oliveira
Haline Costa dos Santos Guedes

**FRAGILIDADES QUANTO À GESTÃO DO CUIDADO
AO IDOSO COM TUBERCULOSE: DISCURSO
DOS ENFERMEIROS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE..... 23**

Edna Marília Nóbrega Fonseca de Araújo,
Sthephanie de Abreu Freitas,
Amanda Haissa Barros Henriques,
Anne Jaquelyne Roque Barrêto,
Sérgio Augusto Freire de Souza

**DISCURSO DOS ENFERMEIROS A RESPEITO
DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA COMUNS
À PRÁTICA DO CUIDADO REALIZADO AOS HOMENS
IDOSOS COM TUBERCULOSE..... 39**

Sthephanie de Abreu Freitas;
Edna Marília Nobrega Fonseca de Araújo;
Amanda Haissa Barros Henriques;
Sérgio Augusto Freire de Souza;
Anne Jaquelyne Roque Barrêto



**CUIDADO AO IDOSO COM TUBERCULOSE:
DISCURSO DE FAMILIARES52**

Lilia de Medeiros Alcantara;
Amanda Haissa Barros Henriques;
Sthephanie de Abreu Freitas;
Rita de Cassia Cordeiro de Oliveira;
Anne Jaquelyne Roque Barrêto.

**PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DE CONTROLE
DA TUBERCULOSE EM PESSOAS IDOSAS:
DISCURSO DOS SUJEITOS GESTORES 65**

Adriana Maria da Silva,
Maria das Graças Nogueira Ferreira,
Salmana Rianne Pereira Alves,
Dilyane Cabral Januário,
Débora Raquel Soares Guedes Trigueiro

**A VULNERABILIDADE SOCIAL DAS PESSOAS
EM SITUAÇÃO DE RUA E AS POLÍTICAS PARA
O CONTROLE DA TUBERCULOSE NESTA POPULAÇÃO81**

Rodrigo Pinheiro Fernandes de Queiroga,
Andréa Gazzinelli Corrêa de Oliveira

**A TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO
DE RUA: ATUAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
E AS DIFICULDADES PARA O CONTROLE DA DOENÇA97**

Rodrigo Pinheiro Fernandes de Queiroga,
Andréa Gazzinelli Corrêa de Oliveira

**EXPERIÊNCIAS DE ADOECIMENTO DE PESSOAS
EM SITUAÇÃO DE RUA POR TUBERCULOSE..... 115**

Khivia Kiss da Silva Barbosa,
Jordana de Almeida Nogueira,
Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos,
Annelissa Andrade Virgínio de Oliveira,
Ana Cristina de Oliveira e Silva.



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA COINFEÇÃO TB-HIV NO ESTADO DA PARAÍBA	131
Ana Caroline Ferreira da Silva, Milena Kaline da Costa Silva, José Nildo de Barros Silva Júnior, Jordana de Almeida Nogueira, Séfora Luana Evangelista de Andrade	
PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE TUBERCULOSE NOS PRESÍDIOS DA PARAÍBA	144
Kallyany Santos Sousa, Nadjahélia de Lima Azevedo, Rayanne Santos Alves, Annelissa Andrade Virgínio de Oliveira, Séfora Luana Evangelista de Andrade	
CUIDADO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NA PARAÍBA: PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS	158
Rita de Cassia Cordeiro de Oliveira, Maricarla Eleotério do Nascimento; Carla Braz Evangelista; Ronny Anderson de Oliveira Cruz; Amanda Haissa Barros Henriques.	
RETARDO DO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA.....	172
Fernanda Araújo da Costa, Lauremília Maria Gomes Pereira, Dayse Caetano Beserra Dias Sobreira, Arieli Rodrigues Nóbrega Videres, Anne Jaquelyne Roque Barreto	
AUTORES	188



Apresentação

Esta coletânea tem o intuito de apresentar alguns resultados das pesquisas desenvolvidas pelo Grupo de Estudos e Qualificação em Tuberculose da Paraíba (GEO-TB), o qual é credenciado no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e vinculado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (PPGENF/UFPB).

Os estudos aqui descritos foram desenvolvidos em municípios do estado da Paraíba considerados, pelo Ministério da Saúde, como prioritários para o controle da tuberculose. As coletas de dados ocorreram em diferentes cenários da Rede de Atenção à Saúde, sendo eles os serviços de atenção primária e hospitalar.

O principal objetivo desse *E-book* é apontar, sobretudo, algumas reflexões acerca da tuberculose na perspectiva da Integralidade e Cuidado.

Sabe-se que o conceito de integralidade é plural, aqui é entendida como princípio e elemento constituinte do direito à saúde. Uma ação social resultante da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas de cuidado em saúde, nos diferentes níveis de atenção do Sistema. Nesse sentido, a integralidade converge para um fim: a efetividade do direito à saúde. Esse foi o norte para a formulação, execução e análise dos nossos estudos.

Partindo desse pressuposto, adotamos a concepção de cuidado como resposta frente à vulnerabilidade o que, dessa maneira, coloca em xeque a capacidade do outro – aqui representado pelos profissionais,

gestores e usuários do sistema de saúde – apreender na plenitude de sua dignidade, de sua diferença.

Tal posicionamento serve de pilar, uma vez que se pretende desvelar como os sujeitos participantes dos estudos, vivenciaram o adoecimento por tuberculose e como produziram o cuidado às pessoas portadoras da doença na perspectiva da integralidade.

Os doze trabalhos reunidos nesse *E-book* buscaram compreender a especificidade da produção do cuidado frente à heterogeneidade dos diversos atores e cenários pesquisados. Houve a necessidade de diversificar métodos e técnicas de análise para aprimorar a compreensão dos objetos de estudo, sendo enfatizadas aqui as estatísticas, de narrativas bem como de discurso.

Assim, espera-se que essa coletânea possa oferecer ao leitor uma gama de possibilidades para pensar e refletir a partir do que o Grupo inferiu até o presente momento sobre a produção do cuidado as pessoas com tuberculose, tendo como cerne a integralidade.

Não almejo aqui esgotar o conhecimento sobre essa temática, afinal o conhecimento é algo em constante movimento. A intenção é indicar caminhos para novos estudos, demonstrando aos profissionais de saúde e gestores o quão desafiante e complexa é a implementação de programas e ações que visem a efetividade do controle da tuberculose no estado da Paraíba.

Anne Jaquelyne Roque Barrêto



A Integralidade na Perspectiva da Alteridade: Trilhando um Caminho para o Cuidado de Enfermagem ao Idoso com Tuberculose

» *Janaína von Söhsten Trigueiro,*

» *Renata Figueiredo Ramalho Costa de Souza,*

» *Sérgio Augusto Freire de Souza,*

» *Annelissa Andrade Virgínio de Oliveira*

» *Haline Costa dos Santos Guedes*

Pensar na integralidade do cuidado à pessoa idosa em uma perspectiva da alteridade levinasiana é um convite à reflexão de diversos conceitos.

Em uma primeira abordagem, pode-se dizer que o termo integralidade é multifacetado. No entanto, é um termo que converge para um fim: o cuidado integral. Para Mattos (2006), essa expressão é polissêmica, abarcando diversos sentidos que se contrapõem ao reducionismo, à fragmentação e à objetivação dos sujeitos. A figura de um profissional que tenta ver o que está além da queixa do usuário, que procura perceber a subjetividade daquele ser cuidado, ilustra um dos seus diferentes significados.

No contexto histórico, um momento relevante para a discussão acerca da integralidade no Brasil foi a década de 1970, quando precisamente brotavam as ações do Movimento Sanitário, dando origem ao pensar coletivo da saúde atrelada a questões sociais. Tal debate ganha sustentação após a Reforma Sanitária, em 1986, quando surgem os novos conceitos de saúde, que culminaram na reorientação dos modelos de atenção e, assim, no desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS) (SOUZA, 2005; MENDES, 2002).

Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, diversas transformações começam a ocorrer no campo da saúde, fundamentadas, sobretudo, em conceitos relacionados à necessidade de uma atuação diferenciada dos profissionais frente ao processo saúde-doença (FERTONANI *et al.*, 2015).

A datar daquela época, as políticas governamentais vêm sendo explanadas como algo almejado pelo SUS, não sendo, todavia, uma realização concreta em virtude das sérias fragilidades dos serviços ofertados.

A integralidade na prática não é tarefa fácil, pois demanda mudança nos arcabouços institucionais historicamente instituídos, além de exigir dos profissionais e organizações o aprimoramento de metodologias que incluam permutas criativas entre as mais diversas áreas do saber e especialidades, poder horizontal, corresponsabilidades e autogerenciamento (LIMA, 2020).

Sob esse enfoque, a integralidade vem correspondendo, decerto, a um dentre os maiores entraves da atualidade do SUS, porque precisa desenvolvê-la nos distintos ciclos de vida e nos diversos pontos de atenção à saúde, nas práxis do cuidar e no vínculo do profissional com os usuários e suas famílias, e ainda com o meio onde vivem e desenvolvem as suas atividades laborais (SIQUEIRA; BUSSINGUER, 2010).

Compreende-se, nesse sentido, que a integralidade exige que os serviços atendam às necessidades de saúde da população (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; STARFIELD, 2002). Para tanto, as equipes de saúde devem reconhecê-las, considerando os aspectos orgânico, psíquico e social, percebendo os limites de sua atuação para daí buscar resolver as situações que surgem no dia a dia. Por sua vez, é primordial que haja o funcionamento de uma rede de atenção integrada que ofereça serviços necessários para a demanda, garantindo a resolutividade (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Segundo Mattos (2004), a integralidade é construída na prática dos profissionais dos serviços de saúde e nas distintas proporções de envolvimento desses com e no serviço. No que diz respeito à integralidade, verifica-se um processo de concordância com o descrito na Lei Orgânica de Saúde (Leis 8.080 e 8.142/90), como uma união, no entanto, conectada e consecutiva de ações e serviços equitativos na perspectiva da promoção, prevenção e reabilitação, individuais e coletivas, de maneira equânime, perpassando todos os níveis de complexidade do sistema, no cotidiano do processo de trabalho em saúde.

Nessa ótica, Mendes (2002) enfatiza que a qualidade da APS deve seguir, em sua totalidade, seis princípios ordenadores: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a focalização na família e a orientação comunitária. Desse modo, ao pensarmos na operacionalização do cuidado ao idoso, podemos destacar que Starfield (2002, p.62-63) coloca o princípio da integralidade como sendo parte constitutiva para a estruturação dos serviços:

A integralidade implica que as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de

atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas. Isto inclui o encaminhamento para serviços secundários para consultas, serviços terciários para manejo definitivo de problemas específicos e para serviços de suporte fundamentais, tais como internação domiciliar e outros serviços comunitários.

Além disso, Starfield (2006) recomenda que a saúde no nível primário tenha um olhar minucioso, que seja como um filtro. É ele quem elege, por peculiaridades, os que necessitam alcançar os benefícios do acesso. Evidenciando a APS como entrada preferencial de acesso ao serviço, como primeiro contato com o indivíduo, se identifica a real necessidade de cuidado apontada pelo usuário, no intuito de expandir a eficácia dos cuidados primários e serviços especializados, reduzindo ações desnecessárias e excessivas, que resultam em altos custos para o sistema de saúde.

Outrossim, é preciso que a APS perceba de modo satisfatório, através da integralidade, a pluralidade plena de necessidades referentes à saúde do indivíduo e oportunize artifício para abordá-las (STARFIELD, 2002). Deve representar, portanto, uma prática com escopo coletivo e individual, que propicia o alcance integral do cuidado, na proporção em que é o nível de atenção que potencializa e racionaliza os processos básicos e especializados, sinalizados para a promoção, manutenção e otimização da saúde (SIQUEIRA; BUSSINGUER, 2010).

Entretanto, investigações realizadas, respectivamente na Paraíba e em São Paulo, ao relacionar a integralidade e o controle da tuberculose (TB), constataram que na rotina dos serviços de saúde existe uma lacuna no entendimento do seu conceito, principalmente quanto ao acompanhamento e tratamento do usuário portador de TB no Sistema Único de Saúde

(SUS). Foi evidenciado que há desorganização estrutural que fragiliza o desenrolar das ações. Há bastante burocracia, informações insuficientes e descontinuidade da assistência na APS, mostrando a deficiência no sistema de referência e contra referência. Ademais, a assistência é centrada no aspecto biológico e no modelo curativo, que não atende às necessidades individuais do doente (ALVES et al., 2012; BALLESTERO et al., 2014).

A fim de destacar a integralidade como aporte teórico dessa discussão e, ainda, como ponto fulcral do cuidado integral ao idoso com TB, é preciso entendê-la como a garantia da prestação de serviços que devem atender aos entraves dos habitantes adscritos nos domínios da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado e da reabilitação. Tal prestação abrange a responsabilidade por ofertar serviços em diferentes níveis de atenção à saúde como componente integrador dos aspectos sociais, biológicos e psicológicos, coordenados pela APS (STARFIELD, 2002).

Contudo, restringir o termo integralidade a competências e tarefas técnicas é descartar a sua importante dimensão no que diz respeito ao cuidado. Ela vai além, no sentido de acolher, de ouvir o usuário e edificar vínculos de intersubjetividade (AYRES, 2004).

A integralidade se constrói no cotidiano dos serviços, na comunicação entre os diversos agentes sociais que integram o SUS. O sentido não é estável, exclusivamente a começar do que está constituído, mas se desenvolve nos movimentos constantes de transformação das práxis de saúde. Há a necessidade de constituição elos entre os sujeitos com TB e os profissionais de saúde, sustentada por uma abordagem dialógica que permita conhecer as pluralidades e os sentimentos que determinam o enfrentamento da doença e, por conseguinte, garantam a integralidade da atenção e a adesão à terapêutica (OLIVEIRA et al., 2015).

Partindo desse pressuposto, espera-se que o usuário seja identificado, sobretudo quando idoso, como sujeito inserido em um núcleo familiar e contexto sociocultural peculiar. Isso é fundamental para a implementação de cuidados integrais em saúde, uma vez que a integralidade do cuidado é compatível com o conceito ampliado de saúde, isto é, a saúde é considerada um retrato dos modos de vida dos indivíduos (MENDES, 2002). É nesse contexto plural que essa reflexão se move.

O termo retrato, utilizado acima, serve de pontapé inicial para levantar as concepções de Alteridade de Lévinas, na tentativa de pensá-las no contexto do cuidar em saúde. Assim, quando se pensa na imagem de uma fotografia, imagina-se ver pessoas e, ao vê-las, geralmente, em primeiro lugar, olhamos para seus rostos. É exatamente por meio desse “rosto” (PIMENTA, 2010, p.72), o qual faz parte de um todo – o corpo –, que se suscitará o primeiro contato.

Lévinas direciona o olhar para indivíduos de carne e osso, enfatizados por ele como o eu e o outrem que vivem a experiência do encontro movida pela sensibilidade (LÉVINAS, 1997). Cabe aqui lembrar a distinção, de certa forma antônima, dada por Lévinas, acerca do olhar e do rosto. O rosto é externo, se abre, é compreensivo, apresentado como transcendente. Já o olhar domina, engloba, é tido como apreensivo (LÉVINAS, 2008; LÉVINAS, 2009).

Baseando-se na filosofia da Alteridade levinasiana, é preciso valorizar a Sensibilidade para repensar as relações entre o cuidador e o ser cuidado. É durante o encontro face a face que se inauguram os novos modos de agir, em função da necessidade do outro. Nesse encontro, volta-se o olhar para a proximidade que há entre ambos, não para tentar compreender quem é aquele outro que faz face ao sujeito, mas para

ênfatar como emerge do seio mesmo desse encontro o sentido da ética (ALMEIDA; RIBEIRO JUNIOR, 2012, p. 408).

No encontro face a face dos enfermeiros com os idosos, eles manifestam, por meio de expressões, o medo e o entristecimento por vivenciarem o adoecimento por TB. É primordial ter a sensibilidade para acolher o idoso, direcionando o cuidado para as necessidades psicoafetivas associadas ao enfrentamento da doença. A valorização do rosto, do olhar e do diálogo no momento do encontro reflete em uma relação de alteridade, em que o profissional reconhece a subjetividade do outro.

Considerando o sofrimento um sentimento vivenciado pelo idoso com TB, Lévinas (1991) apud Paiva e Dias (2012) considera a sensibilidade como um sinônimo de vulnerabilidade, definida como um mal. Logo, a resposta a esse mal parte de um apelo ético do outro, no encontro face a face, conduzindo o eu à responsabilidade. Com isso, Lévinas (1980) menciona que na relação com o outro, o eu coloca a sua liberdade em questão e o chama à responsabilidade.

Deve-se então, como já dito anteriormente por Ayres (2004), estabelecer vínculos. Vínculos são favorecidos, segundo Síveres e Melo (2012, p. 35):

Quando se autoriza a entrada do outro no espaço próprio sem reservas ou desconfianças, ajudando-o a se sentir seguro, algo que somente ocorre quando se sente acolhido na casa, na vida e na história.

Mas, o que seria Alteridade? O termo deriva da palavra latina *alteritas* – Outro. Para a ontologia, a definição inclui a condição de um ser diferente do Outro na sua maneira de ser característico ou no fato de ser numérico, isto é, na sua peculiaridade ou no seu existir: confronta-se a personalidade de um ser consigo mesmo (BOUDON; BOURRICAUD, 1993).

Diversos autores tentam reproduzir o conceito de Alteridade dado por Lévinas e, embora haja diferenças na forma de defini-la, todos exaltam o outro. Costa e Caetano (2014) referem que Alteridade é a constituição para o Outro, por meio do seu rosto, a partir de onde deve ser estabelecida a sensibilidade da responsabilidade com o Outro. Já Hames et al. (2008) dizem que, por meio dela, é possível resgatar a empatia para o acolher do Outro; um comprometimento infinito que se determina a partir do encontro dos sujeitos defronte. Para Haddock-Lobo (2006), não é somente uma característica do Outro. É sua realidade, a verdade do seu ser. É difícil e igualmente sublime conviver com a diversidade, é viver o eu-tu intimamente.

A filosofia de Lévinas é provocadora. O desafio que ele coloca é justamente conhecer o desconhecido do Outro. É notória sua preocupação com a relação do encontro pautada na Ética, pois, de acordo com Costa e Caetano (2014, p. 199):

Ao olhar a outra pessoa deve-se guardar uma distância, não uma distância de temor, frieza ou de medo, mas uma distância de respeito pelo que a pessoa é e representa.

A fim de anexar o eu e o Outro em um contexto social, Lévinas idealizou também a figura do Terceiro. Para ele, Alteridade manifestada de forma solitária e assimétrica tem no Terceiro o referencial que se abre numa dimensão hiperbólica e ilimitada. O Terceiro é o Outro do Outro, na perspectiva social, que rompe a igualdade e linearidade da relação eu-tu. Uma relação dual se transforma em uma tríade interconexa, repleta de fissuras que desestabilizam e provocam um exame de consciência, indicando que somos todos responsáveis pelo Outro (MELO, 2003).

Em meio a tantos termos e definições, Síveres e Melo (2012, p. 37) acrescentam a concepção de Hospitalidade, enfatizando que:

É preciso aproximar-se do *Outro* gratuitamente, sem nada esperar, sentir-se hospedado por ele, ou seja, pensar a relação como acontecimento ético e libertador de sujeitos. Não há outra forma de se pensar a hospitalidade sem partir do *Outro*. Isso implica fazer da experiência da vida um lugar de construção de uma atitude de abertura, de acolhimento e de escuta sensível da palavra que vem do *Outro*, superando o lugar de exposição, de desprendimento e de conversão da visão objetivadora.

Assim, ao pensar no cuidado ao idoso na perspectiva da Alteridade, é imperativo considerar alguns dos termos aqui mencionados: o *Outro*, o Rosto, o Terceiro, a Sensibilidade, a Responsabilidade, o Acolhimento, a Proximidade, a Ética e a Hospitalidade. Além disso, acresce-se, para enfim inserir o cuidado ofertado pelo eu-enfermeiro, a Humanização. A Humanização, fundamentada pela filosofia levinasiana, abraça a dimensão humana que é indissociável ao cuidado de Enfermagem, já que faz a articulação entre o universal e o singular, sendo que o primeiro se origina como uma demanda proveniente da Alteridade (ALMEIDA, 2013).

O cuidado como elemento integrante da humanização funciona a partir da assimetria da relação com o outro (ALMEIDA; RIBEIRO JÚNIOR, 2010). Com base nos princípios de Lévinas, as relações humanas na Alteridade auxiliam na qualificação de qualquer profissional da saúde para elaborar o acolhimento, sem detrimento da sua própria humanização (SCHOLZE; DUARTE JUNIOR; SILVA, 2009).

A enfermagem, considerada a arte e ciência do cuidar, lida com diferentes âmbitos em suas práxis cotidianas. A primeira é a Ontologia, tida como a que conhece e toma posse do outro; a segunda é a Alteridade, que nem o mais pretensioso ser conseguirá compreendê-la em sua absoluta

essência, pois ela perpassa pelas diferentes interpretações, ficando aquém dos limites compreendidos por um eu-enfermeiro (ALMEIDA, 2012).

A escassa formação de humanidades na área da saúde nos leva à autocrítica da necessidade do aprofundamento filosófico que seria necessário para o entendimento do leitor da área. Porém, em momento ousado de reflexão interdisciplinar, emerge uma definição que, atrevidamente, é posta aqui: o cuidado é um movimento de abertura do eu para o Outro, um encontro do eu com o Outro, num tempo que é experiencial, procurando a Proximidade tanto a partir da linguagem que transcende as palavras quanto da Sensibilidade, não interpretando o Outro, mas sim respeitando a sua subjetividade (COSTA; CAETANO, 2014).

Na Alteridade, para compreender o Outro é preciso esvaziar-se de si, se doar. Nessa doação, que se manifesta durante o ato de cuidar, há um desarranjo do eu para o Outro. E quando esse Outro é um idoso com TB, é mais importante ainda enaltecer a existência do Terceiro, que constitui a dimensão social, significando a relação do eu-enfermeiro com o ser cuidado e com tudo o que está por trás dele, enxergando-o como parte de um todo. Reporta-se, assim, a um dos sentidos da integralidade, isto é, ver o Outro em sua totalidade, que segundo Lévinas, é incompreensível (LÉVINAS, 2008).

Para tanto, compreender significa retornar. O retorno é uma experiência gratificante. É o tempo experiencial visto novamente de outra forma, pois precisa constantemente ser abastecido pelo encontro (LÉVINAS, 2008).

Infere-se que, no cuidado doado pelo eu-enfermeiro para o idoso com TB há uma transcendência que excede a responsabilidade para com o Outro. É no vínculo construído, no encontro face a face, que os Rostos

se desnudam com a troca de olhares, para que cada um se veja no Outro. E assim se faz a Alteridade na perspectiva da integralidade ou vice-versa, em um caminho de conhecimento inacabado, resultante de um aprender curioso, que não cessa; porque a realidade não cessa.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D. V. **A humanização dos cuidados em saúde: uma proposta conceitual**. Goiânia: AB Editora, 2012a.

_____. Alteridade: ponto de partida da humanização dos cuidados em saúde? **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 26, n. 1, p. 399-407, jan./abr. 2012b.

_____. A filosofia levinasiana numa experiência de cuidar em enfermagem: a humanização decorrente da alteridade. **Revista de Enfermagem Referência**. III Série, n. 9 - Mar. pp.171-179, 2013.

ALMEIDA, D. V.; RIBEIRO JÚNIOR, N. Ética, alteridade e saúde: o cuidado como compaixão solidária. **Revista - Centro Universitário São Camilo**. 4(3):337-342, 2010.

_____. A filosofia levinasiana numa experiência de cuidar em enfermagem: a humanização decorrente da alteridade. **Revista de Enfermagem Referência**. III Série - nº 9 - Mar. pp.171-179, 2013.

ALVES, R. S. *et al.* Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm**. 2012; 21(3): 650- 7.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 8, n. 14. P. 73-92, 2004.

BALLESTERO, J.G.A. *et al.* Tuberculose multirresistente: integralidade da atenção à saúde na perspectiva discursiva. **Esc Anna Nery**. 2014; 18(3):515-521.

BOUDON, R.; BOURRICAUD, F. **Dicionário crítico de sociologia**. São Paulo (SP): Ática, 1993.

BRITO-SILVA, K.; BEZERRA, A.F.B.; TANAKA, O.Y. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para a sua efetivação. **Revista Interface Comunicação Saúde Educação**. v. 16, n.40, p. 249-259, jan/mar, 2012.

COSTA, J. X. S.; CAETANO, R. F. A concepção de alteridade em Lévinas: caminhos para uma formação mais humana no mundo contemporâneo. **Revista Eletrônica Igarapé**. n. 03, Maio, 2014.

FERTONANI, H. P. *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. V. 20, n.6, p. 1869-1878, 2015.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (orgs.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Seletiva ou coordenadora dos cuidados?** Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

HADDOCK-LOBO, R. **Da existência ao infinito**: ensaios sobre Emmanuel Lévinas. São Paulo: Loyola, 2006.

HAMES, M. L. C. *et al.* A alteridade como critério para cuidar e educar nutrízes: reflexões filosóficas da prática. **Rev Bras Enferm**, Brasília, mar-abr; 61(2): 249-53, 2008.

LÉVINAS, E. Linguagem e proximidade. In: LÉVINAS, E. **Descobrimo a existência com Husserl e Heidegger**. Lisboa: Instituto Piaget; 1997. p. 265-88.

_____. **Totalidade e Infinito**. 3 ed. Lisboa: Edições 70, 2008.

_____. **Humanismo do outro homem**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

_____. **Totalidade e Infinito**. Lisboa: Edições 70, 1980.

LIMA, T. G. **Avaliação multidimensional da pessoa idosa e interdisciplinaridade**. 1 ed. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2020. E-book.

MACHADO, M. F. A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, Apr. 2007.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**. 20(5): 1411-1416, 2004.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PAIVA, M. A.; DIAS, L. F. P. O enigma do mal no pensamento de Emmanuel Lévinas. **Filosofia Unisinos**, v. 13, n. 2, p. 134-150, mai./ago., 2012.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ- CEPESC- ABRASCO, 2006.

MEDEIROS, K. K. A. S. *et al.* O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate** [online]. 2017, v. 41, spe 3, pp. 288-295.

MELO, N. V. **A ética da alteridade em Emmanuel Lévinas**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003. 311p.

MENDES, E. V. A. **Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

OLIVEIRA, L. C. S. *et al.* A discursividade do sujeito sobre sentimentos associados ao enfrentamento da tuberculose. **Rev. Eletr. Enf.** jan./mar.;17(1):12-20, 2015.

PIMENTA, L. G. Justiça, alteridade e Direitos Humanos na teoria de Emmanuel Lévinas. **Revista USCS – Direito**, ano XI, n. 19, jul./dez. 2010.

SIQUEIRA, M. P.; BUSSINGUER, E. C. A. A Saúde No Brasil Enquanto Direito De Cidadania: Uma Dimensão Da Integralidade Regulada. **Revista de Direitos e Garantias Fundamentais**, n. 8, p. 253-309, 2010.

SÍVERES, L.; MELO, P.G.R. A pedagogia da hospitalidade a partir da filosofia da alteridade em Levinas. **Conjectura**. v. 17, n. 3, p. 34-48, set./dez. 2012.

SOUZA, M. A.; COSTA, L. C. **Sociedade e Cidadania: desafios para o século XXI**. Ponta Grossa: Editora UEPG, 2005. 232p.

SCHOLZE, A. S.; DUARTE JUNIOR, C. F.; SILVA, Y. F. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Vol. 13, n. 31, p. 303-314, 2009.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2002.

_____. Primary Care: the filter. **Rev. Bras Epidemiol**. V.9, N. 1, p. 144-151, 2006.



Fragilidades Quanto à Gestão do Cuidado ao Idoso com Tuberculose: Discurso dos Enfermeiros na Atenção Primária à Saúde

- » *Edna Marília Nóbrega Fonseca de Araújo,*
- » *Sthephanie de Abreu Freitas,*
- » *Amanda Haissa Barros Henriques,*
- » *Anne Jaquelyne Roque Barrêto,*
- » *Sérgio Augusto Freire de Souza*

INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) ainda se constitui como um grande problema de relevância global. Apesar do bacilo, *Mycobacterium tuberculosis*, ter sido descoberto há mais de um século e após cerca de 50 anos terem encontrado uma terapêutica adequada, a doença cresce em quantidade absoluta de casos, definindo-se como catástrofe negligenciada (ANDRADE et al., 2016).

Os principais fatores para que as pessoas sejam acometidas pela TB é a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), desnutrição, alcoolismo, tabagismo, enfermidades que diminuem o sistema imunológico e idade abaixo de dois anos ou acima de 60 anos (ROMERA et al., 2016).

Focando na pessoa idosa, essa é mais vulnerável para desenvolver a doença, decorrente da reativação endógena ou da reinfeção exógena. Sabe-se que a TB tem prioridade pela via aérea, e o idoso possui um sistema respiratório

atenuado, assinalado pela redução do vigor do sistema imunológico, por isso o risco da infecção aumenta significativamente (SÁ et al., 2015).

No Brasil, uma das prioridades das políticas governamentais é o controle da TB, sendo operacionalizada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como a principal porta de entrada (ROMERA et al., 2016). Desse modo, o objeto é proporcionar um atendimento qualificado, a fim de que o processo de trabalho das equipes de saúde possa ser executado da melhor forma (BRASIL, 2017).

Uma das circunstâncias que deve ser observada na organização do processo de trabalho, com destaque ao enfermeiro, é a produção do cuidado segundo os princípios da universalidade, equidade e integralidade, a fim de qualificar o atendimento. Logo, é preciso que esses trabalhadores tenham um conhecimento adequado acerca da TB em idosos, para que não atrase o diagnóstico (BRASIL, 2017).

Neste contexto, existem várias fragilidades quanto à maneira que os trabalhadores de saúde organizam e disponibilizam ferramentas para auxiliar no diagnóstico em tempo oportuno e quanto à prática do cuidado individualizado, focado no idoso acometido pela TB. Logo, o atraso no diagnóstico e o abandono do tratamento configuram-se como um dos obstáculos enfrentados pela gestão e pelos profissionais no cuidado à pessoa idosa com TB (JUNG; GONZALES, 2016).

Ademais, foi visto no estudo realizado, no município de João Pessoa-PB, que a ausência da Educação Permanente em Saúde (EPS) é vista como fator que enfraquece o processo de cuidado (ROMERA et al., 2016). Outro motivo que deve ser levado em consideração é a condição dos processos de gestão do cuidado à pessoa idosa, a qual deveria ser fundamentada a partir da construção do vínculo entre paciente e profissional (SÁ et al., 2015).

A gestão do cuidado, por sua vez, caracterizada por ser multidimensional, enfatizando a singularidade de cada pessoa, deve ser colocada em prática visando proporcionar conforto e interação entre os envolvidos no processo do cuidado. Neste contexto, a dimensão profissional destaca-se pela ligação entre profissional e usuário, baseando a expansão da micropolítica em saúde. Tal dimensão engloba três aspectos primordiais, tais como a capacidade técnica profissional, em consonância com sua experiência e concepção, pois é hábil para dar resolutividade à demanda do usuário; questões éticas profissionais; e, por fim, a construção do elo (CECÍLIO, 2015).

Dessa forma, o Enfermeiro, profissional que promove o cuidado, tem um papel relevante nas atividades de controle da TB, enquanto ESF, visto que exerce uma gestão em saúde com o foco no planejamento, na avaliação, na promoção e integração do trabalho em equipe no campo da APS e na articulação entre equipe/gestão/comunidade (KEBIAN; OLIVEIRA, 2015; SILVA; ROMANO, 2015):

Levando em consideração a complexidade do controle da TB na APS e analisando as condições de produção da vivência de cada enfermeiro entrevistado, esta pesquisa teve como objetivo analisar os discursos dos enfermeiros relacionados às fragilidades da gestão do cuidado à pessoa idosa com TB em serviços de APS.

MÉTODO

Configurou-se um estudo exploratório com abordagem qualitativa, desenvolvido no município de João Pessoa-PB, estimado pelo Ministério da Saúde (MS) como prioritário nas ações de controle da TB, especificamente nas Unidades de Saúde da Família (USF) localizadas nos cinco Distritos Sanitários do Município de João Pessoa/PB.

Para selecionar os participantes do estudo, realizou-se um levantamento junto à área técnica de Tuberculose e Hanseníase da Secretaria Municipal de João Pessoa (SMS-JP). Foi encontrado o registro de 34 idosos no total, porém, desse número, 26 foram atendidos pelo Hospital Clementino Fraga (HCF), 03 atendidos no Hospital Ortopedia de Mangabeira (Trauminha) e os 05 restantes foram atendidos pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), justificando a quantidade dos entrevistados desta pesquisa. A população do estudo envolveu os enfermeiros (N=5) que atuaram na gestão do cuidado aos idosos acima identificados, no âmbito da APS.

Com essas informações, realizou-se um levantamento das unidades que receberam esses idosos para poder identificá-las e selecionar os enfermeiros para as entrevistas (PARAÍBA, 2018).

Para resguardar o anonimato e constatar os discursos dos entrevistados desta pesquisa, empregou-se a sigla “E”, representando a abreviatura de *Enfermeiros*, sendo distribuídos de E1 a E5.

Com o intuito de operacionalizar a coleta de dados, utilizou-se um instrumento de entrevista semiestruturado, constituído por questões norteadoras relacionadas ao objeto de estudo; além disso, houve o auxílio do dispositivo de áudio de um celular. Criou-se uma pasta exclusiva para anexar esses áudios que, logo em seguida, foram transcritos pela própria pesquisadora. As entrevistas foram realizadas no período de abril a junho de 2019, no horário de atividades das USF selecionadas, de acordo com a disponibilidade dos enfermeiros.

Utilizou-se o dispositivo teórico-metodológico da Análise de Discurso (AD), de matriz francesa, para analisar os dados que, conforme

a teoria do conhecimento, se fundem em uma filosofia linguística, materialística e psicanalítica (MITANO et al., 2017).

Seguiram-se as seguintes fases: *primeira fase (passagem da superfície linguística para o objeto discursivo)*: fora realizada a transcrição das entrevistas audiogravadas e várias leituras para identificar as ideias que constituíram os recortes para o bloco discursivo; *segunda fase (do objeto do discurso para o processo discursivo)*: discriminaram-se as sequências discursivas ou significantes que têm um papel importante na criação de sentidos; *terceira e última fase (processo discursivo em si)*: formação ideológica.

Foram respeitados todos os aspectos éticos e legais da pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS)(BRASIL, 2012), com aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – UFPB (Parecer nº 3.173.004 e CAAE nº 7511419.9.0000.5188). Apresentou-se aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), documento no qual é explicitada a anuência do participante e/ou de seu responsável legal, de forma escrita.

RESULTADOS

Participaram do estudo cinco profissionais de saúde da categoria de enfermeiros, os quais prestam assistência à Comunidade nas Unidades Primárias de Saúde, do Município de João Pessoa- PB. Abaixo segue o perfil de cada colaborador de forma detalhada.

Quadro 1 - Perfil dos sujeitos colaboradores conforme o tempo de trabalho, tempo de atuação na unidade, regime de trabalho, titulação, quantidade de idosos com TB atendidos e ano de atendimento dos idosos com TB. João Pessoa-PB, 2019.

Col.	Tempo de trabalho	Tempo de atuação na Unidade	Regime de Trabalho	Titulação	Quantidade de idosos com TB atendidos	Ano de atendimento dos idosos com TB
E1	33 anos	18 anos	Efetivo	Especialização em Saúde da Família	01	2017
E2	30 anos	16 anos	Efetivo	Especialização em Saúde da Família	01	2016
E3	15 anos	09 meses	Prestadora	Especialização em Saúde da Família	01	2018
E4	16 anos	06 anos	Prestadora	Especialização em Saúde da Família	01	2016
E5	25 anos	12 anos	Efetivo	Especialização em Saúde da Família	01	2017

Fonte: Pesquisa Direta (2019).

Para a análise, constitui-se o seguinte bloco discursivo: *Fragilidades quanto à gestão do cuidado ao idoso com Tuberculose na Atenção Primária à Saúde.*

DISCUSSÃO

Bloco discursivo: Fragilidades quanto à gestão do cuidado ao idoso com Tuberculose na Atenção Primária à Saúde

Através do dizer da E1,

[...]Ele (idoso) é diagnosticado no Clementino, por exemplo, eles (do hospital) mandam a transferência para a unidade mais próxima da residência dele[...],

percebe-se que os idosos foram atendidos inicialmente por serviços especializados e não pela APS, que deveria ser a primeira opção. Dessa forma, os pacientes foram diagnosticados pelo Hospital de Referência de doenças infectocontagiosas, localizado no município de João Pessoa, no estado da Paraíba. Logo, essa postura ideológica que os enfermeiros da APS assumem revela fragilidades no processo de descentralização das ações de controle da TB, dado que não existe uma instrumentalização nas diversas formas de luta pelo combate da enfermidade na pessoa idosa.

Em todos os discursos, referentes à porta de entrada, observou-se que os pacientes foram atendidos pelos serviços de nível terciário: E4: [...] *Não fomos nós que diagnosticamos a TB no paciente, ele foi diagnosticado pelo Clementino [...],* podendo expressar uma possível fragilidade quanto à qualificação dos enfermeiros em diagnosticar os pacientes ou uma

provável carência de recursos no serviço da APS para realizar uma assistência de qualidade. Isso pode estar relacionado com a estrutura física da própria unidade, processo e gestão do trabalho e com a falta de capacitação dos profissionais.

Desse modo, o motivo pelo qual o diagnóstico não foi realizado na APS pode estar associado também à maneira pela qual o sistema de saúde local se distribui para tornar possível o acesso dos idosos com TB a esse diagnóstico. Ademais, os dizeres revelam também que, possivelmente, o enfermeiro e a equipe não conseguem coordenar ou gerir o cuidado, no âmbito da APS à pessoa idosa.

Analisa-se ainda, no fio dos discursos dos enfermeiros da APS, impregnados pelo discurso do outro, sentidos que demonstram certa desconfiança por parte dos doentes, os quais procuram outros serviços que não sejam as unidades de saúde.

Esse fato é ratificado em um estudo realizado em sete municípios brasileiros, ao mencionar que a APS não é o primeiro serviço que os pacientes procuram e, no caso do idoso, os profissionais de saúde, durante a consulta, não suspeitam de TB – essencialmente na primeira fase da doença –, o que leva ao atraso do diagnóstico (SÁ et al., 2015).

A partir dos dizeres supracitados, evidencia-se a importância de repensar sobre a organização dos serviços de saúde e a atuação dos profissionais para que o idoso com TB possa criar uma confiança no cuidado que é disponibilizado pela APS, buscando realizar o tratamento de forma adequada. É preciso incluir processos de acolhimento, vínculo e atenção integral nas ações de saúde.

Quanto à medicação, um estudo realizado em Campinas/SP mostrou que esse assunto deve ser algo dialogado com o paciente e o familiar,

encorajando-os pela continuidade da terapêutica e, conseqüentemente, há melhora dos sintomas (BERALDO et al., 2017). Dessa forma, posterior à adesão, torna-se imperativo o estabelecimento da longitudinalidade que ocorre com a construção do vínculo, relevante em todo o processo saúde-doença.

Nessa mesma lógica, a marca textual do E5 [...] *a dificuldade que a gente tem é essa: a aceitação do tratamento* [...] evidencia que a aceitação do idoso é outro ponto dificultador da produção de cuidado, uma vez que repercute em vários aspectos da doença. Percebe-se uma possível fragilidade em conversar com o idoso e relatar a importância da aceitação da terapêutica. É preciso escutar e criar um vínculo para que esses aspectos se fortaleçam. Entretanto, quando se tem uma escuta qualificada, estabelecendo um vínculo veemente entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidado, há a consolidação da confiança no cuidador e no serviço de saúde, o que acarreta a aceitação da doença.

É necessário perceber que o doente idoso com TB não é apenas um sujeito com demandas biológicas, mas sim biopsicossocial e espiritual, com direitos que devem ser estimados; assim, atestar sua dignidade ética é fundamental para que possam trilhar um caminho pautado pela humanização dos cuidados à saúde (RÊGO et al., 2015).

No discurso do E2,

[...] e muitas vezes a família não está presente, tá? As vezes são dois idosos ou um casal de idoso, então é um idoso segurando no outro. A família é imprescindível no processo[...],

percebe-se a relevância da família no processo de cuidado, caracterizada como potencializadora do cuidado, conferindo ao doente um

apoio biopsicossocial de grande importância na sua reabilitação, enquanto que sua ausência torna-se um desafio enfrentado pelos enfermeiros.

Desse modo, ao colocar a família como ferramenta facilitadora do processo saúde-doença da pessoa idosa, o sujeito está assujeitado por uma formação discursiva que contempla a relevância da família no processo de cura do paciente. A marca textual, [...] *a gente passa as orientações para a família [...]*, evidencia que a ação do controle da doença, desempenhada pelos profissionais de saúde, também é direcionada para os familiares, a fim de materializar a disciplina e vigilância que necessitam ser bem reforçadas no âmbito de controlar a TB.

Estudo realizado na África do Sul, especificamente, na província de Limpopo, evidenciou a vivência de familiares que cuidavam dos doentes com TB em casa, demonstrando que esses familiares disponibilizavam um suporte financeiro, alimentos, cuidados de higiene e locomoção aos membros adoecidos pela doença. Entretanto, no âmbito da saúde, nomeadamente, na enfermagem, o enfoque à família não ocorre na maneira em que as políticas de saúde preconizam. A prática de enfermagem ainda é marcada por um modelo biomédico, de estilo individualista (FURLAN et al., 2015).

Nota-se que a TB tem um grande valor para os sujeitos que prestam o cuidado, uma vez que, na maior parte, agem em consonância com o modelo biomédico, dificultando o vínculo entre esses atores. É preciso ressignificar tal modelo enraizado nesses indivíduos, ratificando a importância da subjetividade humana.

Diante das produções de sentido apreendidas através do discurso da E2, [...] *Então as dificuldades que eu encontro é primeiro o deslocamento do idoso, tá? [...]*, percebe-se que a acessibilidade é outra questão que dificulta

o idoso a procurar a unidade de saúde. Perante os dizeres dos enfermeiros, evidencia-se o protagonismo desses profissionais, a responsabilidade e cuidado diante dos idosos com TB, o que revela um provável vínculo firmado que, conseqüentemente, ajuda na adesão da terapêutica.

Quando se trata de acessibilidade, autores asseguram que os doentes possuem dificuldade em agendar suas consultas, seja devido às decorrentes longas filas, seja pela necessidade de se chegar muito cedo. Além disso, há a exposição à violência urbana, ficando susceptível a assaltos durante sua caminhada à unidade. Muitas vezes, quando não há oferta de transporte, os usuários não ficam satisfeitos, o que acaba influenciando negativamente sua ida; todavia, se houver o empenho da equipe em realizar o tratamento supervisionado, não haverá a inviabilidade da terapêutica (JUNIOR et al., 2016).

O discurso do E5, ao mencionar, [...] *Será que a prefeitura não pudesse disponibilizar um transporte, um ônibus, ou então, assim, tipo, tivesse um local na unidade onde a gente pudesse atender [...]*, incita a refletir que a ajuda, além das cestas básicas, produz o sentido de que os indivíduos adoecidos pela TB carecem de aspectos mínimos de sobrevivência. Assim, entende-se que a situação de adoecimento pela doença nos sujeitos suscita uma melhor atuação das diversas esferas da sociedade, determinada pela carência de circunstâncias ínfimas de vida, visto que levaria ao sujeito deliberar sobre questões pessoais.

Portanto, percebe-se que a condição de pobreza favorece para o abandono à terapêutica e, até nos momentos presentes, ainda constitui-se um grande problema. Acrescido a isso, acredita-se também que a baixa escolaridade e um relevante indicador de nível econômico influenciam no abandono do tratamento, visto que o nível escolar baixo do paciente

acarreta a não compreensão da doença e suas características, já que o adoecido não consegue, muitas vezes, tirar dúvidas (JÚNIOR et al., 2016).

Quanto ao uso de álcool e de outras drogas, fica nítido, nos discursos dos enfermeiros, que esses fatores dificultam a continuidade do tratamento e a adesão do paciente. Ademais, o consumo dessas drogas pode acarretar uma fragilidade no movimento de compreensão a respeito da relevância da terapêutica, inibindo as atividades dos profissionais de saúde. Nesse contexto, os mesmos significantes denunciam que a subjetividade do adoecido pela TB apresenta-se envolvida por questões, tais como: marginalização social e econômica. Logo, as ações e decisões estão assujeitadas pelas condições de produção, estabelecendo o que não pode ser dito e a direção das condutas.

Nos dizeres dos sujeitos enfermeiros, percebe-se, ainda, a relevância de inserir assuntos referentes ao álcool e às drogas no dia a dia das unidades de saúde, a fim de mostrar aos indivíduos os malefícios do consumo dessas drogas concomitante ao tratamento. Ao analisar o seguinte discurso: [...] É muito difícil e dizer que, assim, que ele não pode beber, que tem que deixar de fumar [...], percebe-se que há uma dificuldade dos idosos de aderir à terapêutica, o que demanda uma concentração de atividades e estratégias que envolvam educação e aconselhamento direcionados a essa população. Ademais, essa realidade suscita a realização de uma assistência pautada na integralidade, com a introdução de uma equipe multiprofissional (SOUZA; PINTO, 2012). Outro ponto observado no discurso é uma possível falta de entendimento dos idosos com TB a respeito dos prováveis efeitos de sustentar o uso dessas drogas, ao mesmo tempo do tratamento.

Acredita-se que o uso do álcool acarreta um mau prognóstico do tratamento da TB e que sua utilização pode ocasionar atraso e prolongamento da terapêutica. Foi considerado entre os cinco principais

fatores de risco para doenças, incapacidade e morte, assim como um grande fator de causa em mais de 200 enfermidades e agravos à saúde, tal como a TB, de forma mundial. Entende-se, portanto, que quase 10% dos casos de TB são decorrentes do uso de álcool. Discute-se que aqueles pacientes que ficam sem utilizar o álcool e as drogas terminam por produzir crises de abstinência, continuando o uso de tais substâncias e abandonando o tratamento. Há, também, aqueles que não conseguem deixar o vício e terminam por não incorporar a terapêutica da melhor forma (SILVA et al., 2018).

Seguindo com o gesto de interpretação, o discurso da E3 – [...] *não enfrentamos nenhuma dificuldade a respeito de paciente com TB não [...]* – se enquadra no esquecimento número 1, uma vez que há um esquecimento do assujeitamento ideológico, pois a profissional esquece que ela é um sujeito ideológico, responsável pelo cuidado do idoso com TB (SOUZA et al., 2014). Portanto, se ela afirma que não há dificuldades, pode-se supor que seja pelo fato de esquecer-se da posição enquanto profissional.

Assim como, tal discurso remete à reflexão de que a ausência de dificuldades com o paciente com TB, por parte do gestor, pode estar atrelada ao fato do idoso, mesmo recebendo o diagnóstico de TB na APS, pode buscar cuidados nas Unidades de Referências (UR), por meio de serviços especializados, visando maior efetividade no tratamento.

Desse modo, valoriza-se que os enfermeiros, atuantes nas APS do município de João Pessoa- PB, realizem um cuidado holístico e humanizado ao idoso com TB, desviando dos obstáculos e lembrando-se da sua posição enquanto enfermeiro, protagonista na gestão do cuidado, para que este último seja efetivado da melhor forma, favorecendo um diagnóstico precoce e um tratamento eficaz para idosos com TB.

CONCLUSÃO

Infere-se, portanto, que a partir dos discursos dos enfermeiros da APS do município de João Pessoa- PB é preciso repensar a forma como estão produzindo o cuidado à pessoa idosa diagnosticada com TB, pois essa população carece de uma atenção específica, com singularidades próprias.

Ressalta-se que é necessário que esses profissionais busquem mudanças na gestão do cuidado à pessoa idosa com TB em relação aos resultados deste estudo, principalmente quanto às questões logísticas, à acessibilidade, à construção do vínculo e ao estímulo da família como provedora deste cuidado.

Como limitação do estudo, tem-se a realização das entrevistas apenas com enfermeiros de um mesmo município, o que abrange situações e atributos singulares. Além disso, o número desses profissionais que atenderam idosos com TB no âmbito da APS foi reduzido, em comparação aos outros níveis de atenção.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, S. L. E. *et al.*. Tuberculose em pessoas idosas: porta de entrada do sistema de saúde e o diagnóstico. **Rev enferm UERJ**, v. 24, n. 3, p. 5702, 2016.
- BERALDO, A. A.; *et al.* Adesão ao tratamento da Tuberculose na Atenção Básica: percepção de doentes e profissionais em município de grande porte. **Esc Anna Nery**, v. 21, n. 4, e20170075, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012**: Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

CECÍLIO, L.C.O. **O cuidado em saúde**. Una-SUS. 2015. Disponível em:

<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/3244>. Acesso em: 18 jan 2018.

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

JUNG, B. C.; GONZALES, R. I. C. Gestão do cuidado às pessoas com sintomas da Tuberculose. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 07, n. 01, p. 159-175, 2016.

JUNIOR, G. M. S.; GIBAUT, M. A. M.; SANTOS, D. O.; BISPO, T. C. F. Tuberculose: Adesão ao tratamento e os fatores que desencadeiam em abandono. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 5, n. 2, p. 284-292, 2016.

KEBIAN, L. A. V.; OLIVEIRA, S. A. Práticas de cuidado de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Cienc. Cuid. Saude**, v. 14, n. 1, p. 893-900, 2015.

MITANO, F.; SICSU, A.N.; SOUSA, L.O.; SILVA, L.M.C.; PALHA, P.F. Discursos dos profissionais de saúde sobre ações de vigilância em saúde no controle da tuberculose. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 51, e 03213, 2017.

PARAÍBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Número de idosos cadastrados na Atenção Primária à Saúde do Município de João Pessoa- PB**. João Pessoa, 2018.

RÊGO, C. C. D.; MACEDO, S.M.; ANDRADE, C.R.B.; MAIA, V.F.; PINTO, J.T.J.M.; PINTO, E.S.G. Processo de Trabalho do enfermeiro junto à pessoa com tuberculose na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Baiana Enferm.**, v. 29, n. 3, p. 218-28, 2015.

ROMERA, A. A. *et al.*. Discurso dos enfermeiros gestores relacionados aos condicionantes que (des)favorecem o controle da tuberculose em idosos. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 37, n. 4, e57327, 2016.

SÁ, L. D.; SCATENA, L.M.; RODRIGUES, R.A.P.; NOGUEIRA, J.A.; SILA, A.O.; VILLA, T.C.S. Porta de entrada para diagnóstico da tuberculose em idosos em municípios brasileiros. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 68, n. 3, p. 408-14, 2015.

SILVA, D. R. *et al.* Fatores de risco para tuberculose: diabetes, tabagismo, álcool e uso de outras drogas. **J. bras. pneumol.**, v. 44, n. 2, p.145-152, 2018.

SILVA, T. F.; ROMANO, V. F. Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro. **Saúde debate**, v. 39, n. 105, 2015.

SOUZA, L. M.; PINTO, M. G. Atuação do enfermeiro a usuários de álcool e de outras drogas na Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 14, n. 2, p. 374-383, 2012.

SOUZA, S. A. F. **Análise de discurso:** procedimentos metodológicos. Manaus: Censur; 2014.



Discurso dos Enfermeiros a Respeito dos Atributos da Atenção Primária Comuns à Prática do Cuidado Realizado aos Homens Idosos com Tuberculose

- » *Sthephanie de Abreu Freitas;*
- » *Edna Marília Nobrega Fonseca de Araújo;*
- » *Amanda Haissa Barros Henriques;*
- » *Sérgio Augusto Freire de Souza;*
- » *Anne Jaquelyne Roque Barrêto*

INTRODUÇÃO

No Brasil, as diversas experiências de organização e oferta da Atenção Primária à Saúde (APS), no sistema de saúde, confluíram para o modelo de Saúde da Família, empregado progressivamente a partir dos anos 1990 como estratégia prioritária para a expansão e consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS) no país. Atualmente, ela é considerada a porta de entrada da rede de atenção à saúde e está pautada em atributos essenciais, são eles: *atenção ao primeiro contato; a longitudinalidade; a integralidade; e a coordenação* das diversas ações e serviços indispensáveis para resolver as necessidades da população (PORTELA, 2018; PINHEIRO et al., 2017; STARFIELD, 2002).

Dentre as diversas necessidades da população, as quais são de competência da APS, destacam-se as atividades ligadas ao controle da Tuberculose (TB), que é uma das doenças consideradas prioritárias na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) brasileira. Desde o ano de 2006, o Ministério da Saúde (MS) tem intensificado a descentralização das ações de diagnóstico, controle e tratamento da doença para os serviços da APS; pois é nesse nível de atenção que deve ser oferecido todo o cuidado ao doente de TB (RODRIGUES et al., 2017).

A TB é uma doença que acomete os seres humanos há milhares de anos, sem escolher idade e sexo; então o homem idoso não está muito distante dessas estatísticas. Para se ter uma dimensão do acometimento da TB na população brasileira, tomando, por exemplo, o ano de 2014, foram registrados 69.123 casos novos da doença (incidência de 34,1/100.000 hab.), dos quais 46.233 foram diagnosticados no sexo masculino (incidência de 46,2/100.000 hab.) e, desses, 9.983 homens apresentaram idades acima de 60 anos (incidência de 43,4/100.000 hab.). Nesse mesmo período, o estado da Paraíba notificou 1.018 casos novos (incidência de 25,81/100.000 hab.) e, desse total, 679 corresponderam aos casos diagnosticados no sexo masculino, dos quais 161 homens possuíam idade acima de 60 anos (BRASIL, 2016).

Partindo dessa premissa, em 2017, calcula-se que 10 milhões de pessoas adoeceram por TB e que ela tenha causado 1,3 milhão de mortes no mundo, o que a mantém entre as 10 principais causas de morte no planeta. Só no Brasil, em 2018, foram diagnosticados 72.788 casos novos, o que corresponde a um coeficiente de incidência de 34,8 casos/100 mil hab (BRASIL, 2019).

Dentre os membros da equipe de saúde, o enfermeiro é um dos profissionais que mais está em contato com os usuários do serviço. Isso

faz com que ele se torne um ator importante para a efetivação do cuidado da TB, na medida em que gerencia as ações de controle e compreende a complexidade envolvida nesse processo de saúde-doença (PELISSARI et al., 2018).

Mediante o exposto, o estudo norteou-se a partir do seguinte questionamento: como os enfermeiros, respaldados pelos atributos essenciais da APS, realizam o cuidado ao homem idoso com TB?

Assim, o presente estudo objetivou evidenciar, nas marcas textuais dos discursos dos enfermeiros, como as estratégias de cuidado aos homens idosos com TB estão sendo desenvolvidas a partir dos atributos da APS.

METODOLOGIA

Estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa, desenvolvido em João Pessoa, considerado um município prioritário para o controle da TB, pelo Ministério da Saúde, por meio da APS. Nos dias atuais, o município possui uma atenção à saúde organizada de forma regionalizada, perfazendo uma cobertura de Saúde da Família em 90% ofertada em cinco Distritos Sanitários (DS), totalizando 200 Estratégias de Saúde da Família (ESF), distribuídas em 125 Unidades de Saúde da Família (USF). A população da região é de 811.598 habitantes, sendo a oitava cidade mais populosa da Região Nordeste e a 23ª do Brasil (IBGE, 2017; SMS, 2017).

Os sujeitos desse estudo foram enfermeiros assistenciais, integrantes de equipes da ESF da zona urbana de João Pessoa-PB, que lidam com o controle da TB, sobretudo com homens de idade igual ou superior a 60 anos. Tais profissionais deveriam atender aos seguintes critérios de inclusão: possuir graduação em Enfermagem; ter prestado assistência durante o

tratamento de algum homem idoso com TB; estar atuando na ESF em que o homem idoso foi diagnosticado com TB.

De acordo com o banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa-PB, foram encerrados/curados 48 casos referentes a homens idosos tratados por TB, entre os anos de 2014 a 2016. No entanto, durante a coleta de dados, desses casos citados, em 7 não foi identificada a USF na qual o homem idoso com TB foi atendido, pois o endereço encontrava-se errado nos registros do município. Além disso, 5 desses homens idosos eram de áreas descobertas, portanto, esses não chegaram a ser atendidos nas USF pelo(a) enfermeiro(a) e, por isso, foram diretamente para o Complexo Hospitalar Clementino Fraga (CHCF).

Dessa forma, dos 36 casos de homens idosos com TB identificados, 30 casos não entraram no estudo, visto que os enfermeiros não atenderam integralmente aos critérios de inclusão da pesquisa, restando apenas seis enfermeiros que se enquadravam nos critérios estabelecidos na metodologia. Ressalta-se que alguns enfermeiros assistiram mais de um homem idoso durante o tratamento da TB. Portanto, conforme os participantes deste estudo, restaram 4 entrevistas, as quais corresponderam a seis casos de homens idosos com TB, aos quais as enfermeiras prestaram assistência na APS, durante o tratamento da doença até a cura.

Vale salientar que, durante a coleta de dados, realizada entre os meses de maio e julho de 2018, todas as entrevistas foram realizadas individualmente, com um dispositivo de áudio/gravador nas ESF, após o devido esclarecimento dos aspectos éticos da pesquisa, entrega e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Com intuito de preservar o anonimato e identificar os discursos dos colaboradores deste estudo, optou-se por utilizar a sigla "E", significando a abreviatura para os

Enfermeiros, dispostos na sequência em que foram entrevistados, sendo E1, E2 e assim sucessivamente.

Os dados empíricos foram analisados por meio do dispositivo teórico-analítico da Análise de Discurso (AD), de matriz francesa, a qual foi fundada por Michel Pêcheux, no final da década de 1960, e no Brasil, foi difundida pela doutora em linguística Eni Puccinelli Orlandi. A AD coloca o discurso em foco, caracterizando-o como um marco epistemológico que reconhece na Linguística, na Psicanálise e no Materialismo Histórico seus fundamentos teóricos. Portanto, o discurso é a relação da língua com a ideologia, determinando o sujeito e os sentidos (SOUZA, 2014).

Nesse sentido, cabe ao analista, inicialmente, fazer uma leitura flutuante do *corpus* (primeira relação com o texto) e a *posteriori* uma leitura analítica, com a finalidade de evidenciar os sentidos existentes no discurso. Sendo assim, o *corpus* deste estudo constituiu-se das transcrições das entrevistas dos quatro colaboradores da pesquisa.

A partir do *corpus*, o analista segmenta os textos do trabalho e organiza os grupos semânticos, por meio das marcas do discurso, reunindo o conjunto de segmentos que confluem. As segmentações textuais são o objeto empírico do analista. Trata-se aqui das porções do texto retiradas do *corpus* para que sejam trabalhadas teoricamente. Ao mobilizar a teoria na fronteira de contato com os segmentos textuais, organizados em grupos semânticos, o analista se vê na posição de trabalhar os movimentos parafrásticos do recorte. As parafrases de recorte são gestos de interpretação do analista e elas podem ser representadas por palavras, locuções, ideias, que serão utilizadas pelo analista para a escrita da análise dos discursos, por meio da inter-relação costurada com e a partir delas (SOUZA, 2014).

Por fim, com as questões postas, as marcas identificadas, os grupos semânticos organizados, as segmentações feitas e os recortes definidos, se faz necessário analisá-los. É preciso estender as marcas coletadas às propriedades do discurso, evidenciar seu funcionamento e descrever suas propriedades fundamentais. É quando se passa do discurso às discursividades, que é necessário estabelecer a relação do discurso com o político. Portanto, esse procedimento deve ser seguido até que a saturação dos discursos permita o acesso às discursividades (SOUZA, 2014).

Os resultados dessa análise serão apresentados em Sequências Discursivas de Referência (SDR), recortes da textualização dos quatro sujeitos que remetem às Formações Discursivas (FD) e Formações Ideológicas (FI) identificadas durante a análise do corpus discursivo, o qual constituiu-se das transcrições das entrevistas dos quatro colaboradores da pesquisa.

Este estudo atendeu aos preceitos éticos preconizados pela Resolução Nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), ao tratar-se de pesquisa com seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sob número de protocolo 2.303.457 e CAAE nº 76631817.2.0000.5188.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Buscou-se evidenciar nos discursos dos enfermeiros, do município de João Pessoa-PB, quais as práticas de cuidado utilizadas para assistir os homens idosos acometidos pela TB e, por meio dessa, buscar-se-á compreender se essa assistência está sendo condizente com a ideologia proposta pelos atributos da APS. Para este fim, o Bloco Discursivo: *“As práticas de cuidado realizadas pelo enfermeiro ao homem idoso com TB que*

dificultam a execução dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde” foi identificado mediante o sentido produzido pelos discursos dos enfermeiros participantes desse estudo.

No controle da TB na APS, o atributo primeiro contato, ideologicamente, encontra-se relacionado à porta de entrada ou à acessibilidade que os doentes de TB têm a consultas com os profissionais de saúde, exames necessários ao diagnóstico e as medicações para o tratamento da doença. No entanto, a partir da formação discursiva a seguir, do E3, se evidenciam algumas fragilidades, as quais infringem o atributo primeiro contato do homem idoso acometido pela TB:

[...] Ele foi acompanhado na unidade, porém ele não foi diagnosticado pela unidade. Ele foi diagnosticado no Clementino [...] ele foi para o Clementino, mas assim que começou o tratamento já veio para mim e eu dei continuidade.” [...] querendo ou não os pacientes eles acabam também tendo uma segurança maior em estar indo para o Clementino, porque tem um especialista lá. É mais fácil, porque lá não precisa fazer encaminhamento, marcar com o pneumologista, ir para fila de espera, ir para regulação, tudo isso, então muitas vezes realmente, a porta de entrada que eles acham é aqui e a do Clementino (E3).

Observa-se que o fragmento discursivo acima, pronunciado pelo enfermeiro, tem uma posição ideológica curativista, o que aponta para o modelo biomédico que vai de encontro aos atributos da APS, tendo em vista que o E3 comprova que os casos não são diagnosticados no serviço de saúde considerado a porta de entrada, que é a ESF, e em algumas situações, esses homens são apenas tratados. Esse diagnóstico é feito no hospital de referência estadual em doenças infectocontagiosas, o CHCF, que fica localizado no município do estado (PINHEIRO et al., 2017).

Diante dessa análise, evidencia-se que o enfermeiro silencia esse entendimento, apontando em sua memória discursiva que o hospital CHCF é o espaço de cura da TB e não a APS. Para o E3, esse serviço hospitalar é mais preparado – [...] *estar indo para o Clementino, porque tem um especialista lá* [...] *E é mais fácil, [...]* – do que a APS para receber os homens idosos. Starfield (2002) defende que os serviços da APS ocorrem a partir do momento em que o indivíduo reconhece sua necessidade de saúde e busca por cuidados específicos. Assim, o termo acesso pode ser compreendido como a entrada no sistema de saúde, a qual depende da decisão do usuário, pautada na efetividade do serviço para obter os melhores resultados possíveis de saúde.

Para tanto, após a adesão, torna-se imprescindível o estabelecimento da longitudinalidade do cuidado por meio do vínculo entre profissionais e doentes, principalmente em relação ao sexo masculino, que apresenta certa dificuldade em lidar com a doença (NEVES et al., 2016).

Dessa forma, o modo como esse doente é acolhido no serviço de saúde, por meio da consulta da enfermagem, influenciará na sua adesão ao tratamento, principalmente em se tratando da pessoa idosa, que necessita sentir confiança naquele que está exercendo o cuidado para com ele (PINHEIRO et al., 2017; NEVES, et al., 2016):

[...] Eles aceitam aqui, mas no domicílio os cuidadores sempre falam do trabalho, de ter que ficar em cima, porque senão não toma ou toma um mês e depois acha que tá bom e para.”
[...] Não adianta eu só dar a medicação. Eu tenho que saber se naquele mês ele vem tomando a medicação.” [...] Teve o vínculo pela irmã, toda mediação era pela irmã” (E1).

Destaca-se também as marcas textuais, *“toda medicação era pela irmã.”*, *“Ele vinha pegar as medicações e pronto”*. Percebe-se que o vínculo com estes homens idosos era frágil e, conforme o discurso do E1, apenas entregar

a medicação pode ser considerado um ato de cuidado; mas, analisando os enunciados, essa posição nada mais é do que uma ideologia reducionista do processo de cuidar. A prática do cuidado se dá pelo encontro entre sujeitos, trabalhador e usuário, que atuam uns com os outros, encontram-se, escutam-se, devendo haver uma acolhida das intenções e expectativas planejadas para um tratamento eficaz (BRASIL, 2011).

Assim, os benefícios da atenção integral podem ser esclarecidos por meio de ações preventivas:

[...] agentes de saúde que trazem nas visitas domiciliares as demandas tanto de homem como de mulher, então a gente não tem algo específico só para homens, porém a gente desenvolve ações para que pegue o público em geral (E1).

Na marca textual, “a gente não tem algo específico só para homens”, identifica-se que não há o reconhecimento por parte do enfermeiro de que a TB é um problema de saúde pública com altas taxas de incidência, prevalência e mortalidade em pessoas idosas, e que os homens são mais acometidos pela doença (RODRIGUES et al., 2017; STARFIELD, 2002).

Sabe-se que na APS existe uma grande variedade de problemas de saúde, e que é muito maior do que em qualquer outro tipo de atenção. Portanto, as formações discursivas abaixo evidenciam quanto os enfermeiros ainda têm dificuldades para trabalhar com a população masculina, utilizando-se da justificativa de que os homens não buscam o serviço com tanta frequência quanto as mulheres:

[...] Que não é fácil trabalhar com o grupo de (ênfatisou) homens. Primeiro, porque culturalmente eles não têm o hábito de vir para aqui. O hábito é da mulher se cuidar, (...) eles vêm para a unidade por uma contingência dos agravos de saúde ou hipertensão ou diabetes ou problema

prostático é o que traz ele a gente, tá? E nessa vinda dele aqui a gente busca e faz uma varredura naquilo que ele pode ter e mostra, que eles estão em uma fase de vida diferente, tá? Mas ainda estão ativos, tá? Então se ainda estão ativos, eles (homens idosos) ainda têm trabalho, então nem todo ele tem disponibilidade de vir à unidade, de fazer esse atendimento contínuo ou continuado. É mais pontual” (E4).

É importante destacar que grande parte da não-adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre das variáveis culturais. E, nesse sentido, cabe aos profissionais da APS manter o compromisso e a preocupação de fazer sempre a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas pelo homem idoso que busca o serviço, apresentadas ou moduladas em alguma(s) demanda(s) específica(s); como se encontra na seguinte marca textual *“faz uma varredura naquilo que ele pode ter”*, na qual o enunciador aproveita a presença do homem idoso para buscar outras necessidades de sua saúde e, com isso, tem a sensibilidade e o preparo para decifrar e saber atender da melhor forma possível essa pessoa idosa (CECÍLIO, 2015).

Para Starfield (2002), a coordenação do cuidado é essencial para a obtenção de bons resultados nos casos de TB em idosos; pois, sem ela, a longitudinalidade perderia muito de seu potencial, a integralidade seria dificultada e a função do primeiro contato tornar-se-ia uma função puramente administrativa:

[...] Ele tomava realmente a medicação. A Agente de Saúde passava lá, via a cartela e a esposa dele também foi muito colaborativa. A família em geral foi bem colaborativa e a gente conseguiu (E1).

[...] Quando chegou no mês que ele não houve ganho de peso, eu chamei a família, para que a família se tornasse parceira nesse cuidado, além da agente comunitária de saúde, que fiscalizava a tomada (da medicação) e pra deixar claro pra eles (familiares), que a feira era do paciente. Porque eu percebi que como é uma feirinha que tem certos requintes como o sustagem e coisas a mais, podiam estar sendo desviados (os alimentos) para outras pessoas, então chamei a filha e responsabilizei, que aquela feira deveria ser, prioritariamente, para o pai dela” (E4).

Observa-se nessas formações discursivas que a cura dos homens idosos diagnosticados com TB teve a participação da família, sob coordenação dos enfermeiros que estavam conduzindo os casos, “A família em geral foi bem colaborativa”, “não houve ganho de peso eu chamei a família”, enfatizando como o atributo derivativo da APS, centralização na família, é essencial no cuidado (RODRIGUES et al., 2017).

A partir dessa análise, identificou-se que as práticas utilizadas pelos enfermeiros, da capital paraibana, dificultam os atributos essenciais da APS, já que não há atenção ao primeiro contato ao homem idoso com TB nas ESF; falta acolhimento, vínculo e responsabilização desses profissionais para garantir a longitudinalidade do cuidado aos homens idosos acometidos pela TB. Também falta integralidade das ações e serviços de saúde, além da coordenação desses se encontrar frágil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante deste estudo, pôde-se ter uma visão sobre as estratégias de cuidado dos enfermeiros da APS aos homens idosos com TB. Com isso, identifica-se que a fragilidade conceitual expressa na assistência desses

profissionais reverbera as dificuldades técnicas e de gestão, que dificultam a assistência a essa população na rede primária de saúde do município.

Nesse ínterim, os enfermeiros podem tornar essa prática de cuidados mais eficaz por meio da gestão do cuidado alinhada à tecnologia de informação.

REFERÊNCIAS

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Brasil Livre da Tuberculose: evolução dos cenários epidemiológicos e operacionais da doença**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

CECÍLIO, L. C. O. **O cuidado em saúde**. Una-SUS. 2015. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/3244>. Acesso em 10 jul. 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados sobre o município de João Pessoa**. 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/joao-pessoa/panorama>. Acesso em 10 jul. 2020.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (João Pessoa). **Dados estatísticos da Secretaria Municipal de Saúde**. João Pessoa: SMS, 2017. Disponível em: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/gerente-saude-de-joao-pessoa-antecipa-politica-deatencao-basica-em-todo-pais/>. Acesso em 10 jul. 2020.

NEVES, R. R.; *et al.* Acesso e vínculo ao tratamento de tuberculose na atenção primária em saúde. **Rev. Fund. Care.**, v. 8, n. 4, p. 5143-5149, 2016.

PELLISSARI, D. M.; *et al.* Oferta de serviços pela atenção básica e detecção da incidência de tuberculose no Brasil. **Rev. Saúde Pública.**, 52:53, 2018.

PINHEIRO, P. G. O. D.; *et al.* Critical points for the control of Tuberculosis on Primary Health Care. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 70, n. 6, p. 1227-1234, 2017.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis Revista de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, 27(2): 255-276, 2017.

RODRIGUES, D. C. S.; *et al.* The discourse of people taken ill by tuberculosis about the treatment adhesion. **Ciencia Y Enfermería**, v. 23, n. 1, p. 67-76, 2017.

SOUZA, S.A.F. **Análise de discurso: procedimentos metodológicos.** Manaus: Instituto Census; 2014.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** UNESCO. Brasília, 2002.



Cuidado ao Idoso com Tuberculose: Discurso de Familiares

- » *Lilia de Medeiros Alcantara;*
- » *Amanda Haissa Barros Henriques;*
- » *Sthephanie de Abreu Freitas;*
- » *Rita de Cassia Cordeiro de Oliveira;*
- » *Anne Jaquelyne Roque Barrêto.*

INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) configura-se como uma problemática de Saúde Pública e, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é a doença infectocontagiosa de maior mortalidade no mundo. Em 2018, 10 milhões de pessoas adoeceram de TB e, destas, 1,5 milhão morreram, o que torna a situação alarmante, sobretudo pelas lacunas na detecção e no tratamento (WHO, 2019).

Juntamente com o avanço da doença, o Brasil vivencia um crescimento populacional de idosos e isso impõe maior preocupação aos estudiosos e às autoridades sanitárias. A acentuada vulnerabilidade da população idosa à TB é explicada pelas perdas funcionais associadas à idade, tais como déficits imunitários, o declínio na resposta mediada pelas células T, alterações no *clearance mucociliar* e na função pulmonar decorrentes do processo natural de envelhecimento, que aumentam o risco da infecção e morte por TB (ROMERA et al., 2016).

Diante da associação, disseminação da TB e envelhecimento populacional, passou-se a observar a incidência de TB em idosos. A predisposição em contrair doenças, a depressão das defesas orgânicas na idade avançada e as condições imunossupressoras associadas parecem ser as responsáveis pelo aumento da ocorrência de TB nessa faixa etária (PINHEIRO, 2016).

Com a problemática em questão, passou-se a refletir sobre o tipo de cuidado que está sendo ofertado a essa população. A discussão do cuidado vai além do constructo técnico de um conjunto de procedimentos, visando a alcançar um tratamento eficaz. Pauta-se na relação filosófica com as práticas de saúde, havendo interação de um ou mais indivíduos, utilizando-se de saberes específicos, com a finalidade de curar o sofrimento ou alcançar o bem-estar (CAMARGO et al., 2015).

Nesta condição, uma figura importante para auxiliar nos cuidados necessários durante o processo de adoecimento é o familiar, ou mais especificamente, o cuidador familiar. Para Queiroz e colaboradores (2016), a família possui um papel relevante frente ao controle da TB, uma vez que esta instituição atua auxiliando no processo saúde-doença, na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

O cuidador familiar é a pessoa da família que, frente ao adoecimento e dependência do idoso, assumirá múltiplas responsabilidades no cuidar, decorrentes, na maioria das vezes, da ausência de uma estrutura de apoio (FERNANDES; MARGARETH; MARTINS, 2018)

Tratando-se da problemática TB, e sabendo que o maior dos enfrentamentos para a cura da doença é a adesão ao regime terapêutico, o cuidador familiar será um ator fundamental nesse incentivo, no auxílio e na supervisão para a chegada até a cura.

Embora a literatura mencione as características do cuidado desenvolvido ao idoso dependente, existe uma escassez de estudos que versem sobre a importância do cuidador familiar no contexto do envelhecimento e, mais especificamente, no adoecimento por TB.

Com base no exposto, adotando o dispositivo teórico-analítico da Análise de Discurso (AD) de matriz francesa pècheutiana, direciona-se esta pesquisa a partir da seguinte questão norteadora: quais efeitos de sentidos são produzidos nos discursos dos cuidadores familiares relacionados ao cuidado ofertado às pessoas idosas com TB?

A relevância deste estudo centra-se no sentido de apresentar uma temática inovadora, trazendo aspectos inerentes ao cuidado ofertado ao idoso acometido por TB e à importância dos cuidadores familiares frente ao adoecimento e às peculiaridades que envolvem o processo de cuidar.

Assim sendo, objetivou-se analisar os sentidos e os significados dos discursos de cuidadores familiares relacionados ao cuidado às pessoas idosas com TB.

METODOLOGIA

O presente estudo configura-se do tipo descritivo, de natureza qualitativa e abordagem discursiva, realizado no município de João Pessoa-PB, considerado prioritário para o controle da TB pelo Ministério da Saúde (MS). Os sujeitos desse estudo foram cuidadores familiares de idosos acometidos por TB, os quais se enquadram nos seguintes critérios de inclusão: indivíduos com idade acima de 18 anos que, independentes da relação de parentesco, cuidaram do idoso e acompanharam o itinerário da pessoa idosa em busca do diagnóstico e tratamento da TB; residir no

domicílio do idoso ou próximo a ele; o idoso ter tido o diagnóstico da TB e sido acompanhado pelo serviço de Atenção Básica. Do total de 34 casos de TB diagnosticados em idosos no ano de 2017, seis enquadraram-se dentro dos critérios de inclusão, constituindo a amostra desse estudo.

As entrevistas foram realizadas individualmente na casa dos idosos, entre os meses de maio a julho de 2018, utilizando-se um gravador, após serem devidamente esclarecidos sobre os aspectos éticos da pesquisa, mediante entrega e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Primando pelo sigilo e anonimato de suas identidades, os participantes foram identificados com a sigla CF - Cuidadores Familiares, acrescidos dos algarismos arábicos que representam a ordem das entrevistas (CF1, CF2, CF3, CF4, CF5 e CF6).

A efetivação da análise foi ancorada no dispositivo teórico-analítico da Análise de Discurso, de matriz francesa, que traz a compreensão de como um objeto simbólico (enunciado, texto, pintura, música, etc.) produz sentidos e de como ele está investido de significância para e por sujeitos (SOUZA, 2014).

O texto é o objeto teórico do discurso, manuseado pelo analista e que compõe o *corpus*, que por sua vez, tem por objetivo selecionar os discursos que são representativos, considerando que essa representatividade concorde com o espaço, o tempo e a ideologia existente (SOUZA, 2014).

O *corpus* foi constituído pelas transcrições das entrevistas realizadas com seis sujeitos, identificados como enunciadores, tendo o conceito-análise definido como: cuidado ofertado ao idoso com TB.

Diante da análise, emergiu o seguinte bloco discursivo: dificuldades relacionadas ao cuidado do idoso com TB desenvolvido pelos cuidadores familiares.

Esta pesquisa seguiu as observâncias éticas preconizadas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – UFPB (Parecer nº 2.303.511 e CAAE nº 76727317.7.0000.5188).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao parafrasear as segmentações textuais retiradas dos discursos, o bloco discursivo ‘dificuldades relacionadas ao cuidado do idoso com TB desenvolvido pelos cuidadores familiares’ contemplou uma discussão pautada em quatro linhas: a sobrecarga de trabalho, o estigma da doença, as fragilidades da saúde do cuidador e o impacto financeiro apresentado frente ao adoecimento.

Assim, iniciamos nossa análise apresentando enunciados conformados sob o aspecto da sobrecarga de trabalho elencada pelos cuidadores:

*[...] é um trabalho **cansativo, exaustivo e estressante**.
[...] **eu não tenho ajuda de ninguém**, para tudo nessa casa sou eu (CF2).*

*[...] Meu dia a dia já é **bem exaustivo**, porque sou sozinha pra tudo, na época eu ficava **muito cansada** (CF3).*

*[...] Ela ficou bem debilitada no início e o cuidado tinha que ser maior, **dar remédio, fazer comida, levar pra médico, pra tudo**, tudo isso era eu que fazia [...] **era um pouco cansativo também** (CF4).*

O presente estudo traz em seus discursos a presença nítida da sobrecarga de trabalho vivida por esses cuidadores. Em consonância a essa afirmação, outros estudos trazem a problematização da alta prevalência de sobrecarga dos cuidadores (FERNANDES; ÂNGELO, 2016; COSTA et al., 2015).

Cuidar de um idoso é uma tarefa desgastante e, quando esse cuidado é delegado apenas a um membro da família, torna-se estressante, podendo acarretar frustrações e perdas sociais por dedicar todo o seu tempo a essa atividade. Alguns autores acreditam que quando a prática do cuidado vem associada à falta de ajuda e de divisão de responsabilidade de outros familiares, esse desgaste torna-se ainda maior (ANJOS et al., 2015). Cuidar de um idoso exige dedicação, conhecimento e, na maioria das vezes, abdicação interpessoal, podendo trazer consequências no seu bem-estar e na qualidade de vida (FUHRMANN et al., 2015).

Nesse contexto, esta pesquisa evidencia essa problemática através da fala: *“A gente tem muito conflito dentro de casa por diversos motivos [...] muito conflito na minha própria família”* (CF2). É importante dizer que a posição do sujeito ocupada pelo enunciador é a de um familiar que tinha a sua própria casa, a sua vida e a sua família, mas se viu no dever de largar tudo e assumir a vida e a casa do Outro.

Tal mudança traz consigo sentimentos, dúvidas, desgastes com filhos e marido e, conseqüentemente, com o familiar idoso. No entanto, observamos que o amor pelo familiar auxilia na manutenção da harmonia e do equilíbrio, como evidenciamos na fala a seguir: *“[...] mas, jamais vou largar, eu tenho que conciliar e nós nos gostamos, amamos um ao outro [...]”* (CF2).

Face ao exposto, é oportuno frisar que o ‘cuidador’ e o ‘cuidado’ representam uma interação especial, que o ‘afetar-se’ consolida-se no ‘querer bem’ ao outro que precisa dos cuidados. Isto também é possível

quando nos colocamos no lugar das pessoas que necessitam desse cuidado e isso requer uma cosmovisão do seu universo, elucidando, assim, a empatia. Esse apoio pode ser ofertado por familiares, que representa uma relação informal ou até mesmo pelos profissionais de saúde de uma maneira formal (CARNUT, 2017).

O apoio formal está ligado às ações de saúde e é proposto pela Atenção Básica. Tais ações devem ser planejadas visando à conjuntura familiar, na qual o idoso e o cuidador encontram-se inseridos, entendendo que cada família tem as suas particularidades, as subjetividades e o modo de cuidar (FERNANDES; ÂNGELO, 2016). Os profissionais de saúde precisam reconhecer que o cuidado deve ser direcionado ao doente e aos familiares que cuidam, identificando as suas necessidades biopsicosocioespirituais e, a partir daí, traçar as intervenções de forma pontual, melhorando a qualidade de vida desses cuidadores.

Como dito anteriormente, os não-ditos pressupõem significados e, diante dos discursos de CF2, CF3 e CF4 mencionados anteriormente, fica subentendido, através do silenciamento, que não existe apoio formal e informal a esses cuidadores. Interpretação semelhante foi identificada em uma pesquisa que sinalizou que o apoio formal à população estudada foi inexistente. No tocante ao apoio informal, apesar de sua existência, ele é viabilizado principalmente por familiares e esse apoio pode não ser suficiente, uma vez que ocorre de forma pontual frente a momentos de necessidades e emergências, e não no dia a dia (ANJOS et al., 2015).

Por fim, a partir da AD, podemos observar no FD de CF3, *“bem exaustivo”* e *“muito cansada”*, os termos, *“bem”* e *“muito”*, que semanticamente verbalizam de forma mais intensa e enfática o peso que o familiar carrega ao assumir o papel de cuidador.

Ainda no contexto da sobrecarga, essa pode contribuir para o aparecimento ou até mesmo agravos de saúde do cuidador, por negligenciarem, muitas vezes, seu próprio cuidado diante da rotina árdua com o idoso (FUHRMANN et al., 2015). Adiante, são apresentados os discursos que confirmam essa realidade:

*[...] Eu também **não tenho muita saúde**, entrei na menopausa e tenho sentido um monte de coisas, mas ainda não fui ao médico porque **fico preocupada cuidando dele** [...]* (CF3).

*[...] Eu não sou uma pessoa com uma saúde muito boa, porque **tenho uma diabetes descompensada** que me traz muitos problemas... eu **desenvolvi uma depressão** que só vem piorando cada vez mais [...]* (CF6).

*[...] Eu tenho um **problema de osso** por conta de uma febre que eu tive e fiquei com sequelas [...]* (CF2).

Percebe-se que a missão de ser cuidador carrega consigo entraves no cuidar da sua própria vida ou parte dela, negligenciando sua condição de saúde e mostrando que a prioridade é o cuidado ao seu familiar. Pesquisa realizada indica que o modo de cuidar do idoso em domicílio pode trazer limitações na vida cotidiana com riscos a sua saúde e ao seu bem-estar (ANJOS et al., 2015).

Observa-se, através dos silenciamentos, que há fragilidades com o autocuidado desses cuidadores. O autocuidado contribui para os fatores de riscos que interferem no processo saúde-doença. Existe um déficit de cuidado por parte dos cuidadores em relação a sua própria saúde e às necessidades terapêuticas, que faz com que a busca pelo cuidado institucionalizado ocorra apenas frente a um processo de agudização da doença (PATROCINIO, 2015).

Outros fatores apontados como predisponentes da dificuldade foram a questão do estigma da doença e o medo em contrair a TB:

*[...] eu peguei uma gripe e pensei que eu estava com Tuberculose, **fiquei doida de medo** (CF5).*

*[...] o **medo da doença**, o **medo de ter pego**, muita coisa passando pela cabeça (CF6).*

*A gente tem mais duas irmãs, mas elas sumiram, só restou eu, **as outras ficaram tudo com medo** (CF4).*

Como se sabe, a TB é uma enfermidade envolta por tabus e crenças de natureza simbólica que levam a estigmas e a preconceitos. Cabe ressaltar que os registros históricos nos permitem compreender que o estigma no seio familiar é uma questão antiga e, na maioria das vezes, o doente é visto como uma ameaça à vida do familiar, no entanto, é importante frisar que cada família reage de forma peculiar e própria.

Observa-se que esse medo apresentado nos discursos se encontra filiado à memória histórica e social da doença, marcada por estigma, segregação e exclusão. Para Chirinos, Meirelles e Bousfield (2015), a TB é uma doença temida e contagiosa e que traz consigo uma representação negativa, de angústia e de sofrimento, e que resulta nesse medo da infecção, afastamento e discriminação familiar.

Na perspectiva do dispositivo da AD, encontramos por meio do discurso de CF5 uma metáfora que reafirma toda a questão discutida, quando o enunciador diz “**fiquei doida de medo**”. O fragmento discursivo denota a condição social da TB, que traz ao cotidiano das pessoas essa ênfase e intensidade na reação do familiar.

Dando seguimento à análise de fragmentos que conformaram as dificuldades sentidas pelos cuidadores, os discursos a seguir evidenciaram

que o impacto financeiro é uma questão presente no cotidiano dos familiares:

*[...] outra dificuldade é a **questão financeira**, porque **ele não tem nenhum auxílio em dinheiro** e eu também só com um salário mínimo [...]* (CF5).

*[...] eles (filhos) acham que o **salário mínimo que ele ganha é suficiente** e não ajudam em nada* (CF2).

*[...] Para ser sincera, a gente depende da nossa família, **porque a gente não tem trabalho**, então **tinha dia que a gente não tinha nada em casa para comer*** (CF3).

Salientamos que a repercussão financeira constitui-se como um desafio que restringe cuidador e ser cuidado. Por um lado, a necessidade maior de permanência do cuidador no domicílio dificulta o acesso dele a emprego e outras oportunidades da vida profissional. Por outro lado, temos a condição do ser cuidado que necessita de um aporte financeiro adequado para minimamente manter uma vida confortável e condição clínica mais estável. Dessa forma, entendemos que a sobrecarga financeira é um fator causador de estresse e desgaste para o cuidador e toda a família (MASCHIO et al., 2019).

Uma estratégia apontada como positiva e que auxilia no financeiro e, consequentemente, contribui na manutenção da saúde é a disponibilização de cestas básicas. Os enunciadores mencionam a entrega delas: “*ele ficou pegando no posto de saúde a **cesta básica** também*” (CF5) e “*durante esse tempo a **cesta básica** ajudou nós demais*” (CF3).

Nesse contexto, pesquisadores alertam que esses incentivos sociais favorecem a adesão e a continuidade do tratamento da TB, a criação do vínculo, bem como proporcionam que o paciente seja um participante

ativo e autônomo nesse processo. Ainda assim, é preciso que, somada aos incentivos, seja assegurada a qualidade de vida das pessoas doentes e as ações intersetoriais que fundamentam a concepção da promoção da saúde e do cuidado integral (NEVES et al., 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apontou fragilidades e dificuldades no processo de cuidado ofertado aos idosos com TB por parte do familiar. Existe uma sobrecarga de trabalho e ela é decorrente da falta de apoio, tanto dos profissionais de saúde como dos demais familiares, levando esse ser que cuida à exaustão, ao estresse, à depressão e comprometendo a sua saúde, refletindo em fragilidades no autocuidado do cuidador.

O estigma que envolve a TB faz-se presente neste estudo, no qual existe um medo que é maior do que o amor ao familiar e que resulta no afastamento. Por fim, identificou-se que as dificuldades financeiras apresentadas pelos cuidadores afetam a qualidade do cuidado ofertado.

Este estudo sinaliza um desafio aos gestores e aos profissionais de saúde quanto à operacionalização de ações e estratégias capazes de fortalecer o apoio ao cuidador familiar, bem como qualificar os cuidadores para o cuidado às pessoas idosas com TB e auxiliar no enfrentamento das barreiras psicossociais frente à necessidade de 'si e do outro'.

Como limitação do estudo, é pertinente mencionar as dificuldades enfrentadas referentes à localização e ao acesso aos participantes da pesquisa, uma vez que a coleta ocorreu na residência dos idosos. O primeiro contato dependeu da disponibilidade do Agente Comunitário de Saúde (ACS), o que, por vezes, foi um impasse para a realização da pesquisa.

Sugere-se a realização de novos estudos relacionando o papel do cuidador e a TB, ampliando o conhecimento sobre os cuidadores familiares; principalmente, os estudos que tragam experiências nas intervenções que tenham sido adotadas e que tenham alcançado bons resultados na melhoria da qualidade de vida desses atores, servindo de modelo para que novas ações de apoio sejam praticadas.

REFERÊNCIAS

ANJOS, K. F.; BOERY, R. N. S. O.; PEREIRA, R.; *et al.* Associação entre apoio social e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 5, p.1321-1330, 2015.

CAMARGO DE, R. A. A.; ZUELLI, F. M. G. C.; TONETI, A. N.; *et al.* A formação do conceito de integralidade em saúde à luz da abordagem histórico-cultural. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v. 17, n. 4, p. 1-10, 2015.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde Debate**, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, 2017.

CHIRINOS, N. E. C.; MEIRELLES, B. H. S.; BOUSFIELD, A. B. S. Representações sociais das pessoas com tuberculose sobre o abandono do tratamento. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 36, n. spe, p. 207-214, 2015.

COSTA, T. F.; COSTA, K. N. F. M.; FERNANDES, M. G. M.; *et al.* Qualidade de vida de cuidadores de indivíduos com acidente vascular encefálico: associação com características e sobrecarga. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 49, n. 2, p. 0245-0252, 2015.

FERNANDES, C.; ÂNGELO, M. Family caregivers: what do they need? An integrative review. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 50, n. 4, p.672-678, 2016.

FERNANDES, C. S.; MARGARETH, Â.; MARTINS, M. M. Cuidadores familiares de idosos dependentes: mesmas necessidades, diferentes contextos – uma análise de grupo focal. **Geriatr. Gerontol. Aging.**, v. 12, n. 1, p. 31-37, 2018.

FUHRMANN, A. C.; BIERHALS, C. C. B. K.; SANTOS, N. O.; *et al.* Associação entre a capacidade funcional de idosos dependentes e a sobrecarga do cuidador familiar. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 36, n. 1, p. 14-20, 2015.

MASCHIO, G.; SILVA, A. M.; CELICH, K. L. S.; *et al.* Relações Familiares Vivenciadas no Percurso da Doença Crônica: O Olhar do Cuidador Familiar. **Rev Fund Care Online.**, v. 11, n. esp, p. 470-474, 2019.

NEVES, R. R.; FERRO, P. S.; NOGUEIRA, L. M. V.; *et al.* Acesso e vínculo ao tratamento de tuberculose na atenção primária em saúde. **Rev. Fund. Care.**, v. 8, n.4, p. 5143-5149, 2016.

PATROCINIO, W. P. Autocuidado do cuidador e o cuidado de idosos. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 18, n. 19, p. 99-113, 2015.

PINHEIRO, P. G. O. D. **Pontos de estrangulamento no controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde em João Pessoa - PB.** 130f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal da Paraíba: João Pessoa; 2016.

QUEIROZ, A. A. R. DANTAS, D. N. A.; LOPES, R. H.; *et al.* sobre a doença: estudo transversal. **Cogitare Enferm.**, v. 21, n. 1, p. 1 - 9, 2016.

ROMERA, A. A.; BARRÊTO, A. J.; PINHEIRO, P. G.; *et al.* Speech of nurse managers related to conditions that (dis)favor the control of tuberculosis in the elderly. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 37, n. 4, e57327, 2016.

SOUZA, S. A. F. **Análise de discurso: procedimentos metodológicos.** Manaus: Instituto Census; 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Tuberculosis Report.** 2019.



Planejamento das Ações de Controle da Tuberculose em Pessoas Idosas: Discurso dos Sujeitos Gestores

- » *Adriana Maria da Silva,*
- » *Maria das Graças Nogueira Ferreira,*
- » *Salmana Rianne Pereira Alves,*
- » *Dilyane Cabral Januário,*
- » *Débora Raquel Soares Guedes Trigueiro*

INTRODUÇÃO

As doenças incluídas na lista dos agravos de notificação compulsória carecem de estratégias gerenciais para minimização dos casos. Um exemplo delas é a Tuberculose (TB), a qual se encontra em posição de destaque, tratando-se da alta incidência e mortalidade. Este fato imputa ao Brasil a 20ª posição no ranking dos 30 países prioritários no planejamento de ações de controle da doença infecciosa, compondo uma das patologias com maior índice de mortalidade no mundo (BRASIL, 2019).

Sendo assim, dentre as metas preconizadas para o controle da TB, uma das principais está direcionada ao diagnóstico precoce para rápida instauração do tratamento, resultando na elevação da taxa de cura, eliminação da fonte de infecção e consequente quebra da cadeia

epidemiológica. No entanto, dois fatores ainda colaboram para o grave problema do retardo no diagnóstico da TB. O primeiro está relacionado ao usuário, por este apresentar conhecimento deficiente sobre a doença, não reconhecendo os sintomas como sendo de TB. O segundo relaciona-se aos serviços de saúde, que apresentam barreiras no acesso e profissionais com baixa capacidade para suspeição diagnóstica (PONCE et al., 2016). Sá et. al. (2013a) também abordam em seu estudo esses fatores de retardo, entre eles, o estigma e preconceito com a doença.

Na perspectiva do usuário e considerando os diferentes segmentos populacionais, ressalta-se a população idosa. O aumento da expectativa de vida e o processo de envelhecimento faz com que os idosos estejam mais vulneráveis para o desenvolvimento de algumas doenças, dentre elas a TB. A crescente incidência e prevalência da TB nesta população ocorre em virtude de que o portador de TB idoso apresenta sintomatologia atípica, dificultando o diagnóstico da doença e favorecendo ao retardo (SCHAAF et al., 2010; BYNG-MADDICK; NOURSADEGHI, 2016).

No ano de 2019, foram diagnosticados 73.864 casos novos de TB, uma incidência de 35,0/100.000 habitantes (BRASIL, 2020a). Nesse mesmo ano, a Paraíba notificou 1.420 casos novos de TB, e os municípios pertencentes à pesquisa tiveram 42 casos de TB notificados nos anos de 2015 a 2019, com destaque para os municípios de Barra de Santa Rosa, Pedra Lavrada, Picuí e São Vicente do Seridó, que apresentaram o maior número de casos (BRASIL, 2020b).

No município de João Pessoa, uma pesquisa constatou que há desconhecimento de alguns gestores sobre as ações de controle da TB e suas atribuições para o desencadeamento dessas ações. Desse modo, não existem ações voltadas para os idosos e não há o reconhecimento desse grupo como vulnerável ao adoecimento por TB, visto que o idoso

apresenta-se mais susceptível ao adoecimento por peculiaridades em relação à sintomatologia da doença, o que dificulta o diagnóstico (SÁ et. al., 2015).

Em estudo realizado por Trigueiro et. al. (2011), em municípios da região metropolitana de João Pessoa/PB, os autores apontam que a descentralização das ações de controle da TB para a Atenção Básica exige do gestor competência e habilidade para o planejamento de ações adequadas. Para que as metas sejam atingidas, os gestores precisam conhecer a realidade local, elencar as prioridades, ter a capacidade de coordenar os recursos disponíveis e os meios que serão utilizados para desenvolver as ações, como também manter uma inter-relação com quem executa as ações, a fim de que se tenha um controle da atividade.

Barrêto et al. (2012), em outra pesquisa efetuada na mesma região, apontam que o desenvolvimento de ações de controle da TB, apesar de ser importante, não é uma prioridade para os gestores, uma vez que os serviços de saúde apresentam poucos casos cadastrados. Dessa forma, as ações de planejamento são executadas a partir de novos casos que vão surgindo no serviço de saúde, deixando evidente que as ações planejadas não buscam incluir as verdadeiras necessidades de saúde da população.

Em estudo realizado em um município do estado da Paraíba acerca de fatores que impedem o controle da TB, foi possível compreender que apesar do cuidado ao doente de TB ter sido descentralizado para serviços da atenção primária, estes ainda não estão organizados para atender aos portadores de TB. É preciso que disponham de profissionais de saúde qualificados e uma rede de atenção que possa garantir ao doente uma assistência integral e resolutiva. Para os gestores, as ações de controle da TB em idosos não são vistas como prioridade, uma vez que nas ações de

qualificação para os profissionais da saúde o tema TB é posto em segundo plano (ROMERA et al., 2016).

Há poucos estudos que versam diretamente sobre o planejamento de ações para o controle da TB em pessoas idosas. A maioria dos estudos sobre TB é realizada principalmente em capitais e/ou grandes cidades, nenhum é realizado em municípios menores. Por isso, torna-se importante a realização de estudos em municípios de pequeno porte para avaliar se estão sendo desenvolvidas ações de planejamento em saúde para o controle da TB, principalmente em idosos. Levando-se em consideração a necessidade de se investigar mais profundamente as ações desenvolvidas pelos gestores para o controle da TB, principalmente em relação aos idosos, o presente estudo tem como objetivo analisar o discurso dos sujeitos gestores acerca da prática de planejamento das ações para o controle da TB, relacionada às pessoas idosas.

METODOLOGIA

Estudo de abordagem qualitativa que analisa o discurso de profissionais de saúde que atuam na função de gestores envolvidos com o controle da doença.

A pesquisa contemplou os municípios que fazem parte da 4ª Regional de Saúde da Paraíba (Região do Curimataú). A previsão era a participação de doze colaboradores no estudo, porém foram realizadas apenas nove entrevistas, tendo em vista que os gestores de três municípios não foram encontrados e/ou não foi possível agendar a entrevista.

Os critérios de inclusão foram: profissionais de saúde que atuavam nas equipes do Programa de Controle da Tuberculose (PCT)

de cada município; e aqueles que exerciam função de coordenadores de Vigilância em Saúde e coordenadores de Atenção Básica no período da coleta do estudo.

A coleta foi realizada nos meses de fevereiro a maio de 2016, tendo sido empregada a técnica da entrevista para a produção do material empírico – gravadas e transcritas na íntegra. Para análise do corpus constituído, foi utilizada a fundamentação teórico-metodológica na Análise de Discurso (AD) de matriz francesa. Na AD, realiza-se a passagem do material bruto (entrevistas transcritas), para o objeto discursivo, de acordo com os passos apresentados por Orlandi (2015): da superfície linguística para o texto (discurso); do objeto discursivo para a formação discursiva e do processo discursivo para a formação ideológica.

O conceito-análise presente na pesquisa está relacionado ao “planejamento de ações de controle para TB”. Estabelecido o conceito-análise, bem como a obtenção do *corpus* discursivo por meio da pergunta norteadora, “Como são planejadas as ações de controle da TB para a pessoa idosa?”, passou-se à identificação das marcas textuais que evidenciam os sentidos em relação ao conceito-análise, por meio delas também é possível verificar a posição ideológica dos sujeitos. Das marcas textuais, emergiu a Formação Discursiva (FD): “Planejamento das ações para o controle da TB”. O processo de elaboração da FD acarretou a terceira pergunta heurística, que procurou conhecer a que discurso pertencem as marcas linguísticas que determinam a forma de planejamento das ações de controle da TB.

O material utilizado neste trabalho é secundário, extraído do banco de dados do projeto PIBIC, intitulado como “Retardo do diagnóstico da tuberculose em pessoas idosas: ações da gestão em saúde nos municípios da região do Curimataú – PB”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com o parecer n. 1.350.573 e CAAE n. 47483015.1.0000.5575. Ressalta-se

que os dados utilizados ainda não tinham sido analisados, deste modo se garante o ineditismo do resultado neste trabalho.

A autorização dos sujeitos para gravação e uso das informações foi obtida mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, para garantia do anonimato, todos os gestores foram identificados com a primeira letra de sua função (G) e o número sequencial da entrevista (G1 a G9).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O planejamento para o controle da TB é essencial para o diagnóstico e tratamento precoce. Porém, os discursos dos gestores revelam que não há planejamento das ações de controle da TB, a preocupação dos gestores se volta para a TB apenas em épocas de campanhas, como evidenciado nos fragmentos discursivos.

[...] quando tem a campanha, acho que começa mais, desperta mais, tem mais assim um cuidado... digamos assim, pra que seja investigado e que solicite baciloscopia [...] a gente não trabalha com isso, não é uma rotina [...] até os próprios médicos não solicitam uma baciloscopia [...]. (G1)

Com a descentralização do cuidado da TB para a Atenção Primária à Saúde, torna-se responsabilidade desse serviço a realização de planejamento para as ações de controle da TB. Cabe, portanto, à gestão e às equipes gestoras incentivar e participar da realização do planejamento, além de compreender todas as peculiaridades apresentadas no território (BARRÊTO, 2014).

O discurso do gestor identifica que a prática de planejamento para o controle da TB é realizada de forma esporádica, desse modo o conhecimento passado à população é insuficiente para identificação e procura precoce dos serviços de saúde, contribuindo para o retardo do diagnóstico na população idosa e para a disseminação da TB.

Sá et. al. (2013b) abordam que as ações educativas são realizadas apenas em épocas de campanhas ou em função do aumento do número de casos de TB. Essas ações se resumem à distribuição de panfletos, fixação de cartazes e realização de palestras. A gestão precisa fornecer para os profissionais de saúde qualificações e mostrar a importância da troca de saberes, aumentando a capacidade dos usuários para enfrentar os problemas que venham a surgir com a TB.

Cardozo-Gonzales et. al. (2015) discorrem que, por se tratar de uma doença estigmatizante e transmissível, as ações educativas proporcionam segurança e vínculo entre o profissional de saúde e o doente. Além disso, a frequência com que são realizadas as ações influencia diretamente na capacidade do doente e do familiar em identificar os sinais e sintomas da TB, podendo reverter o agravamento da doença e diminuir a possibilidade de transmissão da TB.

Como o idoso apresenta peculiaridades com relação à sintomatologia da TB, na maioria das vezes o agravo é confundido com outras doenças do sistema respiratório, tanto pelos profissionais de saúde como pelo próprio idoso. Além da falta de planejamento de ações de cuidado para o controle da TB, o idoso não é visto pelos serviços de saúde como vulnerável ao adoecimento por TB e sim apenas por doenças crônicas não transmissíveis.

A falta de percepção de gestores e profissionais de saúde em considerar a TB como prioridade e o idoso como grupo de risco, aliada ao desconhecimento da população idosa, acaba por contribuir ainda mais para o retardo do diagnóstico.

As ações de controle da TB são realizadas apenas por meio do conteúdo abordado em cadernos da Atenção Básica e protocolos, segundo (G2):

[...] temos os cadernos da Atenção Básica, os protocolos, né? E a partir deles é que os profissionais, eles devem seguir exatamente desde identificação desse paciente, a notificação, é... o envio dessas informações à coordenação de vigilância epidemiológica e a partir daí todo o acompanhamento [...]. (G2)

Romera et al. (2016) abordam em seus resultados que a realização de qualificação contínua para os profissionais de saúde não é necessária na percepção dos gestores.

Por sua vez, o profissional de saúde não se sente capacitado para realizar o diagnóstico de TB, de modo que transfere essa responsabilidade para outros serviços de saúde. Concomitantemente, o serviço de saúde não se mostra efetivo, pois é necessário que os profissionais de saúde estejam qualificados para que possam reconhecer e diagnosticar precocemente a TB (OLIVEIRA et al., 2013).

Para reverter a problemática, Sá et al. (2013a) apontam que a realização de qualificações para todos os profissionais e trabalhadores de saúde é essencial para minimizar a falta de conhecimento sobre a TB e fortalecer a capacidade diagnóstica dos profissionais de saúde.

Como os profissionais de saúde utilizam apenas os cadernos da Atenção Básica e protocolos, não se pode ter a garantia de que as medidas

de controle realizadas por eles estão sendo eficazes e se essas ações estão voltadas para a população idosa, tendo em vista que o idoso não é considerado como grupo de risco ao adoecimento por TB. O gestor, em seu discurso, não deixa claro se há uma supervisão para avaliar as ações realizadas por esses profissionais. Também não há iniciativas do gestor para capacitar os profissionais de saúde que lidam diretamente com o idoso com TB.

Para os gestores, o controle da TB é realizado por meio de ações como busca ativa, avaliação de comunicantes e acompanhamento dos casos:

[...] a gente faz palestra, faz busca ativa, faz um trabalho de conscientização, faz o acompanhamento dos casos [...] faz toda avaliação dos comunicantes [...]. (G3)

A realização da busca ativa permite a identificação precoce de pessoas que estejam apresentando sintomas sugestivos de TB e a realização de um tratamento precoce, impedindo a transmissibilidade da doença (BRASIL, 2011).

É de responsabilidade dos serviços de atenção primária a realização de ações educativas para o controle da TB, fornecendo informações e possibilitando a formação de vínculo entre o profissional de saúde e o usuário. O controle de contatos é uma ferramenta importantíssima para a prevenção e diagnóstico de casos de TB ativos e latentes (BRASIL, 2011).

As ações desenvolvidas na Atenção Primária são essenciais para o controle da TB em idosos. A realização de ações de educação em saúde tem por objetivo informar os idosos que são mais vulneráveis ao adoecimento, tornando-os capazes de identificar os sinais e sintomas sugestivos de TB. É preciso que gestores e profissionais de saúde

conheçam a população para que possam planejar as ações, de modo que atendam suas necessidades específicas.

De acordo com os discursos dos gestores, não há planejamento para a TB, as medidas de controle são realizadas de forma pontual apenas quando há o surgimento de casos novos de TB. A realização do planejamento de ações é dada para doenças que estão em mais evidência:

[...] cada equipe deve, desenvolver sua ação de acordo com, assim, os casos notificados [...] mas todos (equipes de saúde) são orientados pra fazerem as palestras educativas e as ações de controle [...] de acordo com as notificações. (G5)

[...] a tuberculose fica até um pouco de lado como os demais temas [...] exclusivo pra tuberculose a gente não tem, a gente não faz assim, não existe essa política, essa preocupação voltada só pra tuberculose. (G7)

O discurso dos gestores G5 e G7 não diferem de outros estudos como o de Barrêto (2014), realizado em João Pessoa, em que os discursos dos gestores apontam que não há planejamento para o controle da TB na Atenção Básica; a TB é colocada como algo secundário e a realização do planejamento acontece de acordo com o quantitativo de casos, evidenciando uma ligação dos discursos dos gestores com o modelo assistencial biomédico.

Quando as ações de saúde são realizadas mediante o quantitativo de casos identificados no território, as reais necessidades da população não são atendidas. Para os gestores, a TB não é considerada uma problemática, podendo este fato estar relacionado ao desconhecimento sobre a vulnerabilidade que a população apresenta para o adoecimento de TB (BARRÊTO et al., 2012).

Com a descentralização do cuidado da TB para a atenção primária, cabe à Estratégia de Saúde da Família elaborar e desenvolver ações que assegurem o cuidado e a resolutividade dos problemas de saúde da população. Para que essas ações sejam eficazes, é preciso que o serviço disponha de profissionais de saúde qualificados e uma rede de atenção à saúde fortalecida, que garanta uma assistência integral e resolutiva (ROMERA et al., 2016).

Da mesma forma, o cuidado prestado ao usuário pelos serviços de saúde não deve ocorrer centralizado apenas em procedimentos, doenças ou partes do corpo; tampouco somente executado quando há demanda espontânea do doente ou sem articulação com outros serviços que incorrem em uma oferta de cuidado fragmentado (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Observa-se nos discursos que os gestores transferem a responsabilidade pelo processo de planejamento das ações de controle da TB para os profissionais que integram as equipes das unidades de saúde da família. Nessa perspectiva, Barrêto (2014) aborda que as práticas gerenciais no controle da TB se utilizam de modelos burocráticos, em que o cuidado ofertado é fracionado, ou seja, cada setor ou funcionário fica responsável por uma atribuição específica. Além disso, há fragilidade de entendimento do gestor para a elaboração do planejamento que, quando acontece, é centrada no modelo biomédico, prejudicando o controle da TB. Por se tratar de uma doença de cunho social, necessita da participação de todos: gestores, profissionais de saúde e comunidade, de modo que as decisões sejam planejadas e tomadas de forma coletiva.

O modelo biomédico ainda se encontra influente nas práticas assistenciais. Suas práticas de saúde estão voltadas para as queixas do indivíduo e tratamento das doenças. A promoção da saúde, o vínculo e o acolhimento não são vistos como prioridade. O planejamento em saúde é

pouco utilizado, o cuidado é fragmentado e realizado por meio de demanda espontânea (FERTONANI et al., 2015).

O modelo assistencial utilizado na Atenção Básica é composto pela execução de ações tanto individuais como coletivas, envolvendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, a reabilitação, a redução de danos e também a manutenção da saúde. O cuidado prestado ao usuário busca atuar na situação de saúde, autonomia e nos determinantes e condicionantes de saúde, proporcionando uma assistência integral (BRASIL, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante a análise dos discursos dos gestores sobre o planejamento das ações de controle da TB em idosos, foi possível compreender que para eles o planejamento não é visto como prioridade.

Os gestores relatam que não realizam planejamento e quando o fazem é apenas em épocas de campanhas ou com o surgimento de casos novos. Os gestores não promovem capacitações para os profissionais de saúde, quando estes realizam o planejamento para a TB, utilizam apenas os cadernos da Atenção Básica e protocolos. Apesar dos gestores relatarem que realizam busca ativa e que fazem controle de comunicantes, ainda é uma situação preocupante, pois a TB se apresenta de forma atípica na população idosa, dificultando seu diagnóstico e aumentando a transmissibilidade da doença. Por isso, é necessária uma reorganização dos serviços de saúde, com o objetivo de identificar, de forma precoce, os sintomáticos respiratórios para TB.

Destaca-se, como limitação, a inclusão apenas de gestores. Sugere-se a realização de outros estudos abordando a temática, abrangendo também profissionais de saúde que atuam na ESF. Além disso, aponta a necessidade de abranger outras microrregiões da Paraíba para que se possa ter uma visão mais ampla a respeito das ações de planejamento para o controle da TB em idosos, desenvolvidas pelos gestores.

Para que o controle da TB se torne efetivo na população idosa, é necessária uma reorganização nos serviços de saúde para capacitar gestores e profissionais de saúde. Isso deve acontecer tornando-os aptos e seguros na elaboração de um diagnóstico situacional por segmento populacional, na formulação de estratégias de identificação precoce de casos e na implementação de ações que garantam o diagnóstico em tempo oportuno, além da rápida realização de tratamento e o controle de comunicantes, efetuando, assim, um planejamento adequado e eficaz à população idosa.

REFERÊNCIAS

BARRÊTO, A. J. R.. 2014. 95 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014.

BARRÊTO, A. J. R. *et al.*. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1875-84, Jul. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação**. 2020b. Disponível em: <<https://datasus.saude.gov.br/aceso-a-informacao/casos-de-tuberculose-desde-2001-sinan/>>. Acesso em: 25 Jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 15 Jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**: volume único. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde 2019. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/junho/25/guia-vigilancia-saude-volume-unico-3ed.pdf>> Acesso em: 29 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf>. Acesso em: 16 Ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Tuberculose 2020**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020 a. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/24/Boletim-tuberculose-2020-marcas--1-.pdf>>. Acesso em: 25 Jun. 2020.

BYNG-MADDICK, R.; NOURSADEGHI, M. Does tuberculosis threaten our ageing populations?. **BMC Infectious Diseases**, v.16, n. 1, 2016. Disponível em:<<https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-016-1451-0>>. Acesso em: 20 Maio 2017.

CARDOZO-GONZALES, R. I. et al. Avaliação das ações de detecção de casos de tuberculose na atenção primária. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s.l.], v. 17, n. 4, p.1-8, 31 dez. 2015. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v17/n4/pdf/v17n4a19.pdf>>. Acesso em: 17 Jul. 2017.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/13.pdf>>. Acesso em: 15 Jul. 2017.

FERTONANI, H. P. et al. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20,

n. 6, p. 1869-1878, Jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601869&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Jul. 2017.

OLIVEIRA, A. A. V. et al. Diagnóstico da tuberculose em pessoas idosas: barreiras de acesso relacionadas aos serviços de saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 145-151, Fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 Out. 2015.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso**: princípios e procedimentos. 12 ed. Pontes Editora: São Paulo, 2015.

PONCE, M. A. Z. et al. Atraso do diagnóstico da tuberculose em adultos em um município paulista em 2009: estudo transversal. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 553-562, Set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000300553&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Jun. 2020.

ROMERA, A. A. et al. Discurso dos enfermeiros gestores relacionado aos condicionantes que (des)favorecem o controle da tuberculose em idosos. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 4, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000400404&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jul. 2017.

SÁ, L. D. et al. A discursividade de gestores sobre aspectos relacionados ao retardo do diagnóstico de tuberculose. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1165-1171, Out. 2013 a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000501165&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Jul. 2017.

SÁ, L. D. et al. Educação em saúde no controle da tuberculose: perspectiva de profissionais da estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 1, p. 103-111, mar. 2013b. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/15246>>. Acesso em: 17 Jul. 2017.

SÁ, L. D. et al. O discurso de enfermeiros gestores relacionado ao retardo do diagnóstico da tuberculose e suas implicações. In: CONGRESSO IBERO-

AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 4., 2015, Aracaju. **Atas...** Aracaju: Universidade Tiradentes, 2015. p. 487-91. Disponível em: <<http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/112/108>>. Acesso em: 31 Out. 2015.

SCHAAF, H. S. et al. Tuberculosis at extremes of age. **Respirology**, v. 15, n. 5, p. 747-763, 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1843.2010.01784.x/pdf>>. Acesso em: 21 Nov. 2015.

TRIGUEIRO, J. V. S. et al. Controle da tuberculose: descentralização, planejamento local e especificidades gerenciais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 6, p. 1289-1296, Dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Set. 2016.



A Vulnerabilidade Social das Pessoas em Situação de Rua e as Políticas para o Controle da Tuberculose nessa População¹

» *Rodrigo Pinheiro Fernandes de Queiroga,*

» *Andréa Gazzinelli Corrêa de Oliveira*

A tuberculose é uma doença de determinação social que representa um grave problema de saúde pública, estando diretamente associada à pobreza, à exclusão social e às más condições de vida – como moradia precária e desnutrição –, além da dificuldade de acesso aos serviços de saúde (DHEDA et al., 2015).

Nesse contexto, diversas iniciativas vêm sendo propostas e implementadas no mundo, na perspectiva de reverter o impacto da doença na sociedade. Entre as políticas e as ações de controle adotadas, destaca-se a estratégia DOTS (*Directly Observed Treatment Short-course*), lançada em 1993, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a TB como uma emergência de saúde pública global. O DOTS é constituído por 5 (cinco) componentes: detecção de casos por baciloscopia entre sintomáticos respiratórios que demandam os serviços gerais de saúde; tratamento padronizado de curta duração, diretamente observável e monitorado em sua evolução; fornecimento regular de drogas; sistema de registro e informação que assegure a avaliação do tratamento; compromisso

do governo colocando o controle da TB como prioridade entre as políticas de saúde (WHO, 2002).

Em 2002, após iniciativas do G8 (grupo dos sete países mais desenvolvidos do mundo e Rússia) e das Nações Unidas, foi criado o Fundo Global de Combate à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), TB e Malária². Em 2006, a OMS lançou a Estratégia Stop TB, com o objetivo de fortalecer a estratégia DOTS e reduzir o peso global da doença até 2015; finalmente, em 2014, foi aprovada, na Assembleia Mundial de Saúde, a Estratégia pelo Fim da Tuberculose, em que o Brasil figurou como principal proponente (BRASIL, 2017a). A Estratégia tem como visão um mundo livre da TB, com o fim da epidemia global da doença. As metas, para cumprimento em 2035, são de reduzir a taxa de incidência em 90,0% e o número de óbitos por TB em 95,0%, comparado com 2015 (WHO, 2017).

A Organização das Nações Unidas (ONU) definiu a meta de acabar com a epidemia da TB até 2030 nos novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que se baseiam nos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) (ONU, 2015).

O Brasil adotou a estratégia DOTS em 1999, quando aprovou o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), com a ordenação das ações de controle no País, e passou a considerar a doença como prioritária entre as políticas de saúde (BRASIL, 2014a). O país atingiu as metas estabelecidas nos Objetivos do Milênio e na Estratégia Stop TB de parar e reverter a tendência da taxa de incidência e reduzir em 50% a prevalência e a mortalidade por TB em 2015, em comparação a 1990. No entanto, o percentual de cura na última década não passou de 75% e o de abandono se manteve em torno de 9%. Apesar de esses percentuais apresentarem melhora ao longo dos anos, o país ainda possui valores inferiores aos definidos pela OMS³ (BRASIL, 2015).

Devido à maior vulnerabilidade⁴, a PSR é considerada como prioritária para o PNCT. As más condições de vida a que estas pessoas estão submetidas facilitam o desenvolvimento da forma latente para a forma ativa da doença. Além disso, as interrupções do tratamento podem resultar nas formas mais graves da doença, como a TB multidroga resistente e a TB extensivamente resistente, com maior risco de levar o paciente a óbito, além dos elevados custos para o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011).

A associação entre a condição de vulnerabilidade da PSR e a TB tem sido constatada em diversos estudos, ao demonstrarem que essas pessoas em situação econômica e social desfavoráveis apresentam risco aumentado à infecção por TB, além de uma maior ocorrência de desfechos desfavoráveis, inclusive de mortalidade (BERTOLOZZI et al., 2014; OXLADE, MURRAY, 2012).

Estudos realizados em vários países como Holanda, Portugal, Polônia, Estados Unidos, Coréia do Sul, Etiópia e Colômbia atestam a estreita relação entre TB e PSR, ao demonstrarem o maior risco de adoecimento e a imensa dificuldade de controle da doença nessa população. Quando comparada com a população geral, a PSR chega a ter uma taxa de incidência quase 80 vezes e uma prevalência 100 vezes maior do que na população geral. Os estudos revelam, ainda, que as altas taxas de TB nessa população são causadas tanto por comorbidades, quanto pelos determinantes relacionados à vida nas ruas, como maior prevalência de uso de álcool e outras drogas, baixo Índice de Massa Corporal (IMC) e coinfeção com o HIV (BAMRAH et al., 2013; CASTANEDA-HERNÁNDEZ et al., 2013; DIAS et al., 2017; FESKE et al., 2013; LEE et al., 2013; NOTARO et al., 2013; PENDZICH et al., 2015; SEMUNIGUS et al., 2016).

Sobre a ocorrência da TB na PSR do Brasil, levantamento realizado no município de São Paulo em 2015 estimou uma taxa de incidência da TB

na PSR de 2.446 casos por 100.000 habitantes (SÃO PAULO, 2016). Estudos realizados nos municípios de Porto Alegre, Rio de Janeiro e São Paulo determinaram uma prevalência da TB nessa população de até 70 vezes superior à da população geral (BRASIL, 2016). Estimativas do Ministério da Saúde apontam que a taxa de incidência da TB na PSR é 56 vezes maior que na população em geral (BRASIL, 2019).

Como se pode observar, os números atestam a gravidade da TB nessa população vulnerável, tanto do ponto de vista do acometimento, quanto pela dificuldade de controle e consequente ocorrência elevada de desfechos desfavoráveis, como o abandono e a falência do tratamento, além dos óbitos.

Deste modo, as pessoas em situação de rua apresentam necessidades sociais e de saúde associadas à vulnerabilidade à propagação da TB devido às condições em que se encontram, como alimentação precária, ambientes insalubres e superlotados, exposição a temperaturas inadequadas, entre outros (BRASIL, 2011).

No entanto, as necessidades da PSR, muitas vezes, divergem das ações ofertadas pelos serviços de saúde, quase sempre limitadas a medidas prescritivas. Essas necessidades vão além da conduta do profissional e dos serviços de saúde, configurando-se, dessa forma, como um problema social que não pode ser atribuído apenas à saúde pública, mas sim a uma questão de justiça social (ROCHA, ADORNO, 2012).

Dessa forma, o controle da TB na PSR deve seguir diretrizes específicas como as da Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua, que preconiza um conjunto de estratégias para que essa população possa ter acesso aos serviços de saúde. Como exemplo, pode-se citar a necessidade de haver profissionais preparados para atender

esse público com sensibilidade em lidar com o contexto de exclusão, o preconceito e o estigma a que está sujeita essa população, além da capacidade de estabelecer vínculos e atender à PSR com despojamento, empatia, respeito e capacidade de compreender sem julgar (BRASIL, 2008; BRASIL, 2012).

É importante ressaltar que a TB é uma doença de notificação compulsória no país e a responsabilidade dos serviços de atenção à saúde vai desde a identificação, disponibilização de medicamentos e acompanhamento, até a alta do paciente, realizado prioritariamente pela Atenção Primária à Saúde (APS). As principais medidas de controle da doença recomendadas pelo Ministério da Saúde são a adoção do esquema de tratamento padronizado, tratamento diretamente observado como estratégia de acompanhamento dos casos, investigação dos contatos, cura com comprovação laboratorial e adoção de estratégias diferenciadas para grupos mais vulneráveis, como atenção no local onde vive a PSR (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012).

Dentre as diversas ações que são de competência das unidades da APS, ganham destaque as atividades ligadas ao controle da TB, como a busca de Sintomáticos Respiratórios (SR) na população adscrita, a coleta de material e encaminhamento de usuários para a realização de exames (baciloscopia de escarro, teste tuberculínico, raio-X e cultura), garantia de fluxo de comunicação eficiente com os laboratórios, até o acompanhamento do tratamento com manejo clínico adequado e controle de comunicantes (BRASIL, 2011).

Sobre o atendimento à PSR susceptível à TB, observa-se que há uma dificuldade dos serviços de saúde, principalmente dos pertencentes à esfera da APS, em atender às pessoas que integram a população que vive nessas condições. Um projeto de extensão desenvolvido pela Universidade

Federal da Paraíba (UFPB), com o objetivo de identificar moradores de rua com sinais e sintomas de TB, mostrou a dificuldade encontrada pelos profissionais da Equipe de Consultório da Rua (ECR), vinculado à Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa, de sensibilizar o doente a procurar o serviço de saúde e dos profissionais a aceitá-lo e desenvolver estratégias que o façam permanecer e concluir o tratamento (Sá et al., 2012).

Por meio do referido projeto, pôde-se observar que, muitas vezes, o próprio serviço da APS recusa-se a receber o usuário que vive em situação de rua. Com frequência, há a alegação de que a pessoa que necessita de cuidados não pertence à área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS), fato que fere gravemente o princípio da universalidade no SUS. Outras vezes, os serviços da APS recebem a pessoa que vive em situação de rua, mas não há, na perspectiva do princípio da integralidade, como garantir a adequada atenção pelos serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS), necessários ao seu tratamento.

Diante das dificuldades de realizar o controle da TB na PSR, é imprescindível que haja articulação com os programas de assistência social governamentais, a despeito de auxílio moradia e alimentação, prioridade de acomodação em abrigos, admissão voluntária em hospitais especializados em TB, assistência na aplicação das autorizações de residência temporária e apoio familiar. Além disso, deve-se contar com o apoio de programas do Ministério da Saúde, a exemplo do consultório na rua, para realizar o atendimento local e facilitar o acesso nos demais serviços de saúde (CARNEIRO JÚNIOR et al., 2010).

Muito se tem discutido, há alguns anos, sobre a necessidade de desenvolver lógicas específicas para o acesso da PSR aos serviços de saúde (SOUZA, 2012). Não raro, encontram-se argumentos contrários, cujo núcleo é a crítica à vida nas ruas. Teme-se que a implementação de ações de cuidado

que reconheçam a rua como espaço de vida dessas pessoas, ainda que transitório, de algum modo estimule sua permanência nessa condição. Tal argumento é uma distorção da realidade. Uma pessoa em situação de rua que recebeu atenção e cuidado de uma equipe de saúde, criando vínculos, tem mais chance de reencontrar sua autonomia e deixar a vida nas ruas do que aquele que passivamente é aguardado nas Unidades de Saúde.

A Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua mostra que as principais razões que levam uma pessoa a chegar a esta situação são o alcoolismo, o uso de drogas, o desemprego e as desavenças com familiares. Além das adversidades do contexto da rua, a PSR tem que conviver, ainda, com situações discriminatórias, como o impedimento de entrar em transporte coletivo e de ter acesso aos serviços de saúde, demais órgãos públicos e políticas sociais (BRASIL, 2009a).

Nesse sentido, por encontrar dificuldade de acesso ao SUS, muitas pessoas em situação de rua procuram os serviços de saúde apenas quando os sintomas das doenças agravam e, muitas vezes, só acessam o sistema de saúde quando conduzidas pelo serviço de resgate ou por intermédio de instituições de assistência. A principal porta de entrada da PSR no SUS acaba sendo os serviços de urgência e emergência, quando condições crônicas mal cuidadas culminam em quadros agudos (SOUZA, 2012; VARANDA, ADORNO, 2004).

Além das barreiras institucionais, a PSR apresenta comportamentos que dificultam o cuidado oportuno e a adequada intervenção nos problemas de saúde. Grande parte desta população tende a normalizar seus sintomas e passam a priorizar suas necessidades de subsistência, o que resulta no retardo do diagnóstico de doenças como a TB, culminando em tratamento mais complexo e com dificuldade de adesão (CRAIG et al., 2014; MALEJCZYK et al., 2014).

A realização do tratamento é outro desafio que se impõe a esta população, quando acometida pela TB. A adesão ao tratamento é essencial para o controle da doença, uma vez que auxilia na recuperação precoce, reduz o risco de reativação e impede a transmissão (KHAN et al., 2011).

No entanto, observa-se que o controle da TB na PSR é dificultado pelas regras contraditórias e intransigentes, muitas vezes, impostas pelos serviços de saúde que representam barreiras adicionais para a adesão ao tratamento, como a rigidez do horário de atendimento, a falta de simpatia/sensibilidade de alguns profissionais ou a inabilidade de um único local atender à variedade de problemas apresentados por estas pessoas (CANDIANI, 2012; HALLAIS, BARROS 2015).

Frequentemente, as dificuldades expostas pelos serviços de saúde no gerenciamento de tais condições crônicas refletem, de alguma forma, o desempenho insuficiente de toda rede assistencial. No caso da TB, em especial, déficits na integração das ações com os serviços podem acarretar grandes problemas para o acompanhamento, integralidade da atenção e continuidade da assistência (ALMEIDA et al., 2010).

Nesse sentido, algumas estratégias vêm sendo desenvolvidas para intervir sobre o problema da TB na PSR. Programas de triagem para identificar a TB nesse público têm boa aceitação e proporcionam o monitoramento rigoroso da doença (JANSSENS et al., 2017). Estratégias de detecção de casos de TB, como o rastreio de grupos de risco (PSR) e a investigação dos contatos (TB latente), podem ser efetivas para reduzir ou até eliminar a doença (VAN HEST, DE VRIES, 2016). No entanto, é importante que ocorra a integração das ações e dos serviços de saúde, como os de combate às drogas, ao álcool e ao HIV, aliados à estratégia DOTS, para intervir sobre as complexas necessidades e a importância da TB na PSR (CRAIG, ZUMLA, 2015). Destaca-se que a estratégia DOTS,

ofertada por profissionais da APS, pode contribuir para controlar a TB na PSR (KAWATSU et al., 2013).

As ações voltadas para a PSR devem levar em consideração a complexidade do sujeito, suas necessidades individuais e coletivas (SERAFINO, LUZ, 2015). Sobre as ações realizadas pelo governo brasileiro para intervir sobre os problemas da PSR e os riscos inerentes a esse público, como a elevada ocorrência da TB e a dificuldade de controle da doença, destacam-se a Política Nacional para Inclusão Social da PSR (BRASIL, 2008) e a Política Nacional para a População em Situação de Rua (BRASIL, 2009b). Há também estabelecimentos que acolhem a PSR para abrigo e assistência, como as Unidades de Acolhimento Temporário e os Centros de Referência Especializados para a População em Situação de Rua - Centro POP⁵ (BRASIL, 2014b).

A Política Nacional para Inclusão Social da PSR tem como diretriz a promoção dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais. No que se refere à atenção à saúde, propõe a garantia da atenção integral, a equidade, o acesso universal ao SUS e a promoção de ações de melhoria de qualidade de vida da PSR, através de políticas intersetoriais (BRASIL, 2008).

A Política Nacional para a PSR foi instituída pelo decreto nº 7053, de 23 de dezembro de 2009, que criou também o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento e definiu como princípios a equidade, o respeito à dignidade, o direito à convivência familiar e comunitária, a valorização e o respeito à vida e à cidadania, o respeito às condições e às diferenças sociais, e o atendimento humanizado e universalizado de forma descentralizada (BRASIL, 2009b).

Além das ações e Políticas específicas, há os Programas Governamentais destinados às pessoas em situação de pobreza voltados para a distribuição de renda - Programa Bolsa Família – e acesso à habitação - Programa Minha Casa Minha Vida – que a PSR também pode usufruir. Destacam-se também as ações desenvolvidas pelo Sistema Único da Assistência Social, destinadas ao atendimento de pessoas em situação de vulnerabilidade social (BRASIL, 2014).

Esses Programas governamentais visam à redução das desigualdades sociais e das inequidades em saúde, contribuindo para o controle de doenças relacionadas à pobreza, como a TB (RASELLA et al., 2013). Entre os efeitos, o Programa Bolsa Família influenciou no aumento das taxas de adesão ao tratamento e cura da TB (TORRENS et al., 2016).

No entanto, mesmo após a criação do SUS, com a promulgação da Constituição de 1988, o direito à saúde não foi ampliado - de forma universal, integral e equânime – para toda a população. Considerando as especificidades e características da PSR, para a garantia do acesso ao SUS, tornou-se necessária a elaboração de estratégias para contemplar as particularidades dessa população, com a criação de serviços específicos (PRATES et al., 2011).

Nesse contexto, destaca-se a atuação da APS que, principalmente através da Estratégia Saúde da Família (ESF), se configura como proposta de reorientação do modelo de atenção à saúde. Na APS, o processo de trabalho é definido a partir da especificidade do território de atuação de cada equipe, considerando as características do ambiente, da população e a dinâmica social existente, com demarcação dos limites territoriais de atuação (BRASIL, 2017b; PAIM et al., 2011; SANTOS et al., 2018).

No entanto, o processo de territorialização, com a demarcação de limites de atuação das equipes da APS, pode resultar em barreiras para o acesso da PSR, em virtude de problemas como falta de documentos ou ausência de um endereço fixo, fatores erroneamente utilizados como argumentos pelos profissionais para não se realizar o atendimento da PSR (HALLAIS, BARROS, 2015; BRASIL, 2009a).

Importante ressaltar que, entre as atribuições de todos os profissionais que integram as equipes da APS, destaca-se a realização do cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da UBS e, quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários, com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas como a PSR. Ao mesmo tempo, a Política Nacional para a PSR define o objetivo de assegurar cuidados de saúde para este grupo populacional. Dessa forma, surge a necessidade de avançar na organização dos serviços, para que o atendimento aos usuários não seja condicionado apenas a um território geográfico delimitado ou a uma necessidade de um endereço fixo (HALLAIS, BARROS, 2015; BRASIL, 2009b; BRASIL, 2017b).

Sendo assim, diversas ferramentas foram pensadas para atuar de maneira efetiva na atenção à saúde da população que vive em situação de vulnerabilidade, destacando-se a Equipe de Consultório na Rua (ECR), que consiste em uma equipe itinerante para atenção integral à saúde da PSR (VARGAS, 2012).

As ECR, instituídas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), integram o componente atenção primária e devem atuar frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde da PSR. São constituídas por equipes multiprofissionais (Médico, Enfermeiro, Psicólogo, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Agente Social, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem e Técnico em Saúde Bucal) e prestam atenção integral à

saúde de uma referida PSR in loco. As atividades são realizadas de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades de Atenção Básica e outros serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) ou de ordem social, de acordo com a necessidade de cada usuário (BRASIL, 2017b; HALLAIS, DE BARROS, 2015).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA PF et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.

BAMRAH S et al. Tuberculosis among the homeless, United States, 1994–2010. **The international journal of tuberculosis and lung disease**, v.17, n. 11, p.1414-1419, 2013.

BERTOLOZZI MR et al. O controle da tuberculose: um desafio para a saúde pública. **Rev med**, v. 93, n. 2, p. 83-89, 2014.

BRASIL. Grupo de Trabalho Interministerial. **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua**. Brasília: 2008.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Rua: aprendendo a contar**. Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. Brasília: 2009a.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto nº 7053**, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua. Brasília: 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: 2011.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Panorama da tuberculose no Brasil:** indicadores epidemiológicos e operacionais.

Brasília: 2014a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.** Brasília: 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Detectar, tratar e curar:** desafios e estratégias brasileiras frente à tuberculose. Brasília: Boletim epidemiológico, v. 46, n. 9, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de Evidências para Políticas de Saúde:** adesão ao tratamento de tuberculose pela população em situação de rua. Brasília: 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Brasil Livre da Tuberculose:** Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública. Brasília: 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria 2436 de 21 de setembro de 2017:** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde.** 3 ed. Brasília: 2019.

CANDIANI C. Os problemas clínicos mais comuns junto a população em situação de rua. IN: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CARNEIRO JÚNIOR N, JESUS CH, CREVELIM MA. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. **Saúde Soc,** v. 19, n. 3, p. 709-16, 2010.

CASTANEDA-HERNANDEZ DM, BOLIVAR-MEJIA A, RODRIGUEZ-MORALES AJ. Epidemiology of Tuberculosis among Homeless Persons, Pereira, Risaralda, Colombia, 2007-2010. **Infect,** v. 17, n. 1, p. 48-49, 2013.

CRAIG GM, JOLY LM, ZUMLA A. Complex but coping: experience of symptoms of tuberculosis and health care seeking behaviours - a qualitative interview study of urban risk groups, London, UK. **BMC Public Health**, v. 14, n. 618, 2014.

CRAIG GM, ZUMLA A. The social context of tuberculosis treatment in urban risk groups in the United Kingdom: a qualitative interview study. **Int J Infect Dis**, v. 32, p. 105-10, 2015.

DHEDA K, BARRY CE, MAARTENS G. Tuberculosis. **Lancet**, v. 387, n. 10024, p. 1211-1226, 2015.

DIAS M et al. Tuberculosis among the homeless: should we change the strategy? **Int J Tuberc Lung Dis**, v. 21, n. 3, p. 327-332, 2017.

FESKE ML et al. Counting the Homeless: A previously incalculable tuberculosis risk and its social determinants. **American Journal of Public Health**, v. 103, n. 5, p. 839-848, 2013.

HALLAIS JAS, BARROS NF. Consultório na rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 7, p.1497-1504, 2015.

JANSSENS JP et al. Screening for tuberculosis in an urban shelter for homeless in Switzerland: a prospective study. **BMC Infect Dis**, v. 17, n. 1, 2017.

KAWATSU L et al. Leaving the street and reconstructing lives: impact of DOTS in empowering homeless people in Tokyo, Japan. **Int J Tuberc Lung Dis**, v. 17, n. 7, p. 940-6, 2013.

KHAN K et al. Active Tuberculosis among Homeless Persons, Toronto, Ontario, Canadá, 1998-2007. **Emerging Infectious Diseases**, v. 17, n. 3, 2011.

LEE C-H et al. Active pulmonary tuberculosis and latent tuberculosis infection among homeless people in Seoul, South Korea: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 13, p. 720, 2013.

MALEJCZYK K et al. Factors associated with noncompletion of latent tuberculosis infection treatment in an inner-city population in Edmonton, Alberta. **Can J Infect Dis Med Microbiol**, v. 25, n. 5, p. 281-284, 2014.

NOTARO SJ et al. Analysis of the health status of the homeless clients utilizing a free clinic. **J Community Health**, v. 38, p. 172-177, 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. **Transformando nosso mundo:** a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. 2015.

OXLADE O, MURRAY M. Tuberculosis and Poverty: why are the poor at greater risk in India? **PLoS ONE**, v. 7, n. 11, 2012.

PAIM J et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p.1778–97, 2011.

PENDZICH J et al. Tuberculosis among the homeless and inmates kept in custody and in penitentiary institutions in the Silesia region. **Pneumonol Alergol Pol**, v. 83, n. 1, p. 23-9, 2015.

PRATES JC, PRATES FC, MACHADO S. Populações em situação de rua: os processos de inclusão e exclusão precárias vivenciados por esse segmento. **Revista Temporalis**, v. 11, n. 22, p.191-215, 2011.

RASELLA D et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. **The Lancet**, v. 382, n. 9886, p.57–64, 2013.

ROCHA DS, ADORNO RCF. Abandono ou descontinuidade do tratamento da tuberculose em Rio Branco, Acre. **Saúde soc**, v. 21, n. 1, p. 232-245, 2012.

SÁ LD et al. **Práticas de educação popular e cuidado em saúde da população em situação de rua:** relatório. Projeto de Extensão – Universidade Federal da Paraíba – UFPB. João Pessoa: 2012.

SÁNCHEZ AIM, BERTOLOZZI MR. Operacionalização do conceito de vulnerabilidade à tuberculose em alunos universitários. **Ciênc saúde coletiva**, v. 16, n. 2, p. 669-75, 2011.

SANTOS DS, MISHIMA SM, MERHY EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 3, p.861-870, 2018.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Vigilância em Saúde. **Boletim TB:** cidade de São Paulo. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2016.

SEMUNIGUS T et al. Smear positive pulmonary tuberculosis and associated factors among homeless individuals in Dessie and Debre Birhan towns, Northeast Ethiopia. **Annals of Clinical Microbiology and Antimicrobials**, v. 15, n. 1, p. 50, 2016.

SERAFINO I, LUZ LCX. Políticas para a população adulta em situação de rua: questões para debate. **Rev katálysis**, v. 18, n. 1, p. 74-85, 2015.

SOUZA D. Especificidades do atendimento à população em situação de rua. IN: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

TORRENS AW et al. Effectiveness of a conditional cash transfer programme on TB cure rate: a retrospective cohort study in Brazil. **Trans R Soc Trop Med Hyg**, v. 110, n. 3, p.199–206, 2016.

VAN HEST R, DE VRIES G. Active tuberculosis case-finding among drug users and homeless persons: after the outbreak. **Eur Respir J**, v. 48, n. 1, p. 269-71, 2016.

VARANDA W, ADORNO RCF. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n.1, p. 56-69, 2004.

VARGAS T. **Consultório na Rua: novas políticas para a população de rua**. Agência Fiocruz de notícias. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **An expanded DOTS framework for effective tuberculosis control**: stop TB communicable disease. Geneva: 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2014**. Geneva: 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The end TB Strategy**. Geneva: WHO, 2017.

A Tuberculose na População em Situação de Rua: Atuação da Atenção Primária à Saúde e as Dificuldades para o Controle da Doença

» *Rodrigo Pinheiro Fernandes de Queiroga,*

» *Andréa Gazzinelli Corrêa de Oliveira*

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma das mais antigas doenças que acomete a humanidade e, atualmente, ainda representa um grave problema de saúde pública. É uma das dez principais causas de morte e a principal causa de mortalidade no mundo entre as doenças infecciosas, com 1,2 milhão de mortes em 2018. No mesmo ano, o número de casos novos de TB estimado no mundo foi de 10 milhões, equivalente a uma taxa de incidência de 132 casos por 100.000 habitantes (WHO, 2019).

A propagação da TB está associada à pobreza, à exclusão social e às más condições de vida, além da dificuldade de acesso aos serviços de saúde (DHEDA et al., 2015). A associação entre a pobreza e a TB tem sido constatada em diversos estudos, nos quais as pessoas em situação economicamente desfavorável são mais vulneráveis socialmente e



apresentam risco aumentado à infecção (BERTOLOZZI, 2014; OXLADE, MURRAY, 2012).

Dentre os grupos vulneráveis, encontra-se a População em Situação de Rua (PSR) que, segundo estimativas do Ministério da Saúde, apresenta uma taxa de incidência da doença 56 vezes maior do que na população em geral, na maioria das vezes decorrente de barreiras individuais e de acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2019).

Em geral, as pessoas em situação de rua normalizam sintomas e priorizam suas necessidades de subsistência, o que resulta no retardo do diagnóstico de doenças como a TB (CRAIG et al., 2014; MALEJCZYK et al., 2014). Em relação aos serviços de saúde, a rigidez do horário de atendimento, a falta de simpatia/sensibilidade de alguns profissionais ou a inabilidade de um único local de atender à variedade de problemas apresentados por estas pessoas são fatores que dificultam o controle da doença (BRASIL, 2012a; HALLAIS, BARROS, 2015).

As principais medidas de controle da TB recomendadas pelo Ministério da Saúde são o tratamento padronizado e diretamente observado, acompanhamento dos casos, investigação dos contatos, comprovação laboratorial da cura e adoção de estratégias diferenciadas para grupos mais vulneráveis, como atendimento no local onde vive a PSR. Várias dessas ações são de competência da Atenção Primária à Saúde (APS) que, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), desempenha um importante papel no controle de doenças como a TB (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012a).

Apesar de ser mundialmente reconhecido que a PSR é considerada vulnerável à TB, há poucos estudos sobre o tema que possam subsidiar ações de planejamento voltadas ao cuidado do doente e ao controle da

doença nessas populações (ALECRIM et al., 2016; DIAS et al., 2017; RANZANI et al., 2016).

Dessa forma, esse estudo teve como objetivo identificar as ações direcionadas para o controle da TB na PSR pelos profissionais da APS do município de Campina Grande/PB, observando a adequação com as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o adequado controle da doença.

MÉTODO

Esse estudo integra o projeto intitulado: “Análise dos pontos de estrangulamento no controle da tuberculose em populações em situação de rua nos municípios de João Pessoa e Campina Grande – PB”. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) envolvendo seres humanos do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sob o CAAE 20446513.0.0000.5188.

Entre os produtos, a pesquisa resultou na tese intitulada “Ações para o controle da tuberculose na população em situação de rua: fatores associados e desempenho de profissionais da atenção primária à saúde”, defendida pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, em 2018. Será abordado, no presente capítulo, um recorte dos achados nessa pesquisa.

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo transversal, desenvolvido em Campina Grande, município localizado na mesorregião do agreste paraibano e o segundo mais desenvolvido do Estado, concentrando 14,1% do total das riquezas produzidas na Paraíba. Com uma população de 409.731 habitantes, o município tem uma rede básica de saúde composta por 105 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), nove equipes do

Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e uma Equipe de Consultório na Rua (ECR), com uma cobertura populacional estimada de, aproximadamente, 90,0% (CAMPINA GRANDE, 2016; BRASIL, 2019).

A coleta de dados ocorreu nos meses de abril a julho de 2017. Participaram do estudo alguns profissionais de ensino superior da ESF, envolvidos com as ações para o controle da TB nos respectivos territórios de atuação. Todas as 95 equipes da zona urbana de Campina Grande foram visitadas e 171 profissionais aceitaram participar da pesquisa.

O instrumento para a coleta de dados foi concebido pelos pesquisadores do Grupo Operacional de Pesquisa e Qualificação em Tuberculose da Paraíba, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Trata-se de um questionário estruturado autoaplicável que aborda aspectos conceituais, da organização do serviço e da assistência à TB para pessoas em situação de rua pela APS.

O questionário resultou em 20 variáveis e foi elaborado com base no manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil, no manual sobre o cuidado à saúde junto à PSR e no instrumento para a avaliação da capacidade institucional para a atenção às condições crônicas, validado no Brasil e adaptado para a atenção à TB pelo Grupo de Estudos Epidemiológicos e Operacionais da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012a SILVA et al., 2016).

Para cada variável, foi definida a melhor resposta esperada e mais quatro possibilidades de resposta, de modo que houvesse uma gradação de cinco assertivas - escala tipo Likert - que parte do desconhecimento da variável à resposta ou execução da ação nos moldes preconizados pelo

Ministério da Saúde. As respostas receberam uma pontuação com variação entre 1 (pior resposta esperada) e 5 (melhor resposta esperada).

Foram coletados também dados sobre características dos sujeitos da pesquisa, da organização do serviço e da assistência à TB, com realização de análise descritiva, apresentação de frequências absolutas e relativas e cálculos das médias, de acordo com o tipo de cada variável pesquisada, com a utilização do pacote estatístico SPSS, versão 17.

DESCRIÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Participaram do estudo profissionais da ESF dos 7 distritos sanitários da zona urbana de Campina Grande-PB, destacando-se os distritos 5 (23,4%) e 6 (23,0%) que tiveram os maiores percentuais de participantes. A maioria dos profissionais trabalha 8 horas por dia (88,3%, média de 7,84 horas), é do sexo feminino (86,0%), é enfermeiro (a) (50,3%) e está na faixa etária de 31 a 40 anos (38,0%, média de idade de 41,5 anos). Entre os entrevistados, a maioria foi constituída de profissionais concursados (58,5%), com mais de cinco anos de atuação no serviço (65,5%, média de 09 anos), mais de 10 anos de formação (64,3%, média de 15,9 anos) e com pós-graduação relacionada ao trabalho desenvolvido na ESF (62,6%).

CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À TUBERCULOSE

A tabela 1 apresenta as características da assistência à TB com ênfase na PSR. A PSR estava presente em 21,1% dos territórios de atuação dos profissionais, sendo que 40,3% informaram que as equipes que integram já atenderam a essa população. No entanto, 22,2% dos profissionais não

souberam informar sobre a existência da PSR. A participação de toda a equipe na assistência à TB foi relatada por 30,4% dos profissionais, apesar de ser esperado que essa atuação ocorresse em todas as equipes, inclusive com a participação de profissionais da Equipe de Saúde Bucal e do NASF. Além disso, para 44,4% dos profissionais, o atendimento dos casos de TB é centralizado e realizado apenas pelo médico e/ou enfermeiro da equipe.

O atendimento à pessoa com TB e a identificação de sintomáticos respiratórios (SR) foram relatados por 88,3% e 79,0% dos profissionais, respectivamente, e 48,5% informaram ter casos de TB nos territórios de atuação. Ressalta-se que mais de 25,0% dos entrevistados não souberam informar se havia casos de SR ou de TB nas pessoas em situação de rua no território. Um percentual de 8,2% dos entrevistados relatou ter ocorrido identificação de SR e 11,1% a ocorrência de atendimento à TB na PSR pelas respectivas equipes (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização da assistência à TB na APS, com ênfase na PSR (n=171).

Variável	N	%
Atualmente há pessoas em situação de rua no território?		
Sim	36	21,1
Não	97	56,7
Não sabe informar	38	22,2
A equipe já atendeu pessoas em situação de rua?		
Sim	69	40,4
Não	91	53,2
Não sabe informar	11	6,4

Quem participa no atendimento dos casos de TB?

Médico e/ou enfermeiro	76	44,4
Todos os profissionais da equipe básica	52	30,4
Participação de outros profissionais (saúde bucal ou NASF)	43	25,2

Atualmente há pessoas com TB no território?

Sim	83	48,5
Não	74	43,3
Não sabe informar	14	8,2

A equipe já identificou SR?

Sim	135	79,0
Não	24	14,0
Não sabe informar	12	7,0

A equipe já atendeu pessoas com TB?

Sim	151	88,3
Não	14	8,2
Não sabe informar	6	3,5

Atualmente há PSR SR no território?

Sim	4	2,3
Não	112	65,5
Não sabe informar	55	32,2

Atualmente há PSR com TB no território?

Sim	2	1,2
Não	123	71,9
Não sabe informar	46	26,9

A equipe já identificou SR na PSR?		
Sim	14	8,2
Não	137	80,1
Não sabe informar	20	11,7
A equipe já atendeu pessoas com TB em situação de rua?		
Sim	19	11,1
Não	137	80,1
Não sabe informar	15	8,8

Realização das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o controle da tuberculose na População em Situação de Rua

O gráfico 1 mostra a análise descritiva das vinte variáveis do questionário com as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o adequado controle da TB na PSR.

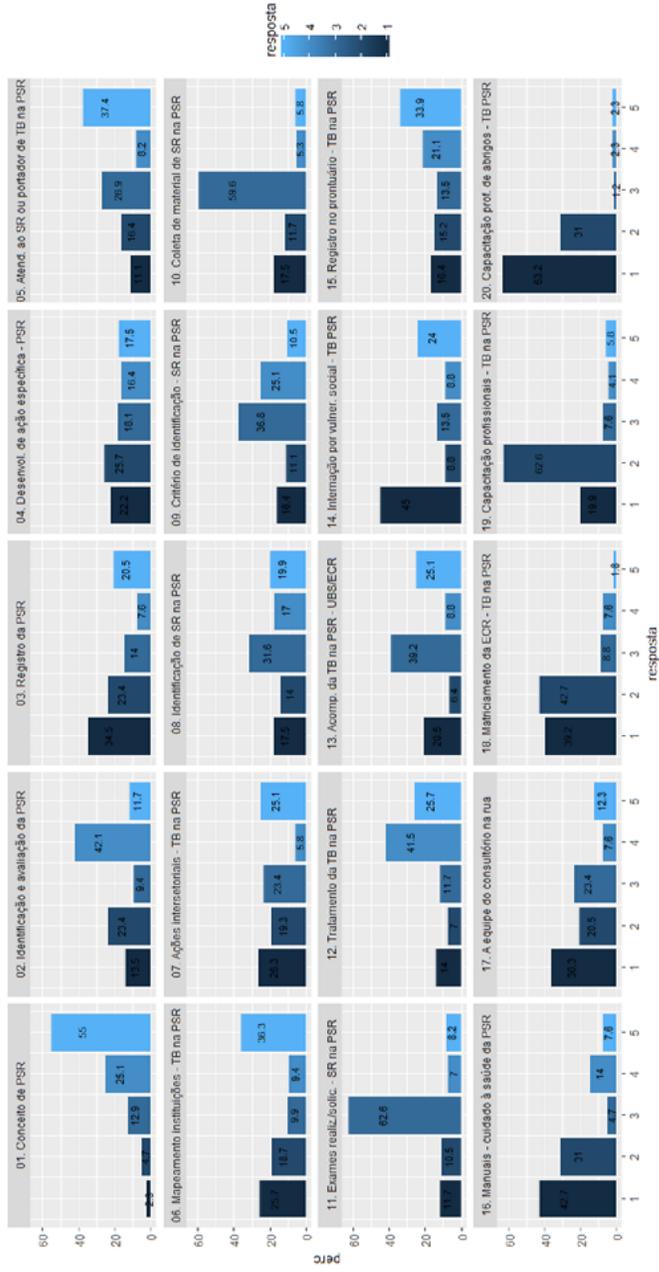
Apenas quatro variáveis tiveram um percentual de resposta acima de 50% para os itens 4 e 5 do questionário, as duas melhores respostas esperadas. Tais variáveis foram: conceito de PSR (80,1%); identificação e avaliação da PSR no território (53,8%); realização do tratamento da TB da pessoa em situação de rua (67,2%); e o registro da informação no prontuário do portador de TB em situação de rua (55,0%).

Em relação às piores respostas esperadas, 1 e 2, observa-se em sete variáveis um percentual de resposta superior a 50%. São elas: o registro da PSR no território (57,9%); a internação por vulnerabilidade social para os casos de TB (53,8%); acesso aos manuais sobre o cuidado à saúde para a PSR (73,7%); a equipe do consultório na rua (56,8%); matriciamento/parceria das ECR às equipes da APS para o controle da TB na PSR (81,9%); capacitação dos profissionais sobre TB na PSR (82,5%); e, por fim, sensibilização e capacitação

dos profissionais de abrigos, albergues e/ou casas de acolhida sobre TB na PSR (94,2%).

Para as demais nove variáveis, observa-se uma proporção maior de respostas no item 3 do questionário, valor que representa a resposta intermediária (identificação de SR em situação de rua no território; critério para identificação e exame dos SR em situação de rua; coleta de material de SR em situação de rua; exames realizados/solicitados no primeiro contato com SR em situação de rua e acompanhamento dos casos de TB pela equipe da UBS/ECR), ou uma distribuição percentual mais homogênea entre as cinco possibilidades de respostas (desenvolvimento de algum tipo de ação específica para a PSR no território; organização do serviço para atendimento ao SR ou portador de TB em situação de rua; realização de mapeamento das instituições que configuram a rede de atendimento ao portador de TB em situação de rua; e desenvolvimento de ações intersetoriais no atendimento ao portador de TB em situação de rua).

Gráfico 1 – Ações para o controle da tuberculose na população em situação de rua: distribuição percentual (n=171).



Constatou-se que os profissionais são capazes de identificar e avaliar a PSR no território, porém, fazem isso apenas quando demandado (42,1%). Da mesma forma, a maioria dos profissionais não realiza o registro dessa população (57,9%) com dados de identificação, dados clínicos ou resultados de exames, fragilizando, dessa forma, a continuidade da assistência prestada.

Sobre o desenvolvimento de ações específicas para a PSR no território relacionadas com a identificação, diagnóstico, tratamento, acompanhamento ou encaminhamento, alguns profissionais (22,2%) desconhecem completamente as ações que poderiam ser desenvolvidas para este grupo especial de indivíduos e outros simplesmente não as realizam (25,7%), mesmo tendo conhecimento da existência de pessoas em situação de rua no território. Vale ressaltar que 33,9% dos profissionais informaram que as intervenções são realizadas pelas respectivas equipes da ESF que integram e 18,1% se limitam a encaminhar os casos a centros especializados.

A organização do serviço para atendimento ao SR ou portador de TB em situação de rua faz parte da rotina das equipes de apenas 37,4% dos profissionais. Além disso, 26,9% mencionaram realizar apenas o encaminhamento a centros especializados.

Outro problema identificado diz respeito à realização de mapeamento das instituições que configuram a rede de atendimento ao portador de TB em situação de rua. Apenas 36,3% dos profissionais informaram haver uma definição das unidades que são referência para o atendimento da PSR portadora de TB, com estabelecimento fluxo claro entre estas e as da rede de proteção social.

Para o atendimento ao portador de TB em situação de rua, é essencial que as ações sejam intersetoriais, mas, em Campina Grande, 45,6%

dos profissionais desconhecem ou não realizam esse tipo de ação. Apenas 31% dos profissionais realizam ações intersetoriais por meio de comunicação ativa entre a unidade de saúde, as organizações e os portadores de TB.

A identificação de SR em situação de rua no território faz parte da rotina das equipes de 36,9% dos profissionais. Para 31,6% dos entrevistados, a identificação é realizada apenas quando demandado, em que a própria pessoa em situação de rua solicita o atendimento; e 31,5% dos profissionais desconhecem ou não realizam essa ação.

Quanto ao critério para identificação e exame dos SR em situação de rua, 36,8% dos profissionais informaram adotar o mesmo que é preconizado para a população geral e 27,5% desconhecem ou não realizam essa atividade. Apenas 10,5% dos profissionais examinam todos os que apresentam tosse, independentemente do tempo.

Outro importante problema identificado ocorre na coleta de material para a realização da baciloscopia no SR em situação de rua, pois, ao invés de tal coleta ser realizada no próprio serviço, o que garantiria e daria agilidade ao processo, os pacientes são encaminhados à unidade de referência para o procedimento. Apenas 5,9% dos profissionais a realizam no momento da consulta.

Sobre o tratamento da TB na PSR, apesar de ser oferecido o tratamento diretamente observado (67,3%), este é acompanhado apenas pelos profissionais da UBS (61,7%), sem a participação de instituições governamentais e não governamentais que poderiam ser envolvidas no processo, como os profissionais de abrigos. No registro da informação no prontuário do portador de TB em situação de rua, apenas 33,9% dos profissionais responderam que além das informações gerais, a equipe

registra no prontuário informações específicas da PSR, como todos os locais frequentados pelo usuário, durante o dia e/ou noite.

Apesar do município de Campina Grande contar com a ECR, no geral, há o desconhecimento dessa equipe enquanto modalidade de assistência ou existência no município (56,7%). Dos que mencionaram conhecimento da ECR, 23,4% informaram que esta não interage com as respectivas equipes que integram. Além disso, no matriciamento da ECR às equipes da APS para o controle da TB na PSR, 81,9% dos profissionais informaram desconhecer ou não ocorrer essa atividade.

Quanto à capacitação dos profissionais sobre TB na PSR, no conjunto das respostas, prevaleceu o desconhecimento ou a não realização da capacitação (82,5%). Da mesma forma, para o acesso aos manuais sobre o cuidado à saúde para a PSR, há o desconhecimento da existência ou da disponibilidade (73,7%).

CONTEXTUALIZANDO OS ACHADOS DA PESQUISA

No cuidado à PSR, é importante que os profissionais da saúde levem em consideração as características relacionadas aos hábitos de vida específicos desse grupo, assim como as barreiras para acesso aos serviços de saúde e de assistência social que dificultam o controle de doenças como a TB (CRAIG, 2014; DIAS et al, 2017; MALEJCZYK, 2014). Considerando as características dessa população, que possui percepção do adoecimento e exige cuidados peculiares com a saúde, além de estarem em risco ou acometidos pela TB, o Ministério da Saúde recomenda que os serviços adotem uma série de ações específicas a essa população para ampliar a

efetividade no controle da doença, principalmente pelos serviços da APS (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012a).

No entanto, os resultados da análise mostraram que uma parcela dos profissionais chega a desconhecer a existência da PSR nos respectivos territórios de atuação (22,2%). Apesar de responsáveis pelo atendimento dos casos de TB da população adscrita, uma parcela dos profissionais informou também desconhecer a existência de casos SR (32,2%) e de TB (26,9%) na PSR, no momento da entrevista. Essa situação está na contramão do que é preconizado para a atuação da ESF, que adota a lógica da delimitação de área de abrangência, adscrição de clientela e priorização das áreas de risco. Nesse contexto, uma equipe de saúde multiprofissional torna-se referência de uma área, adquire conhecimento das características e demandas dessa população específica e, partir daí, desenvolve ações no território que possibilitam o diagnóstico precoce e o controle de doenças como a TB (CRISPIM et al., 2012).

O protagonismo da APS na organização da rede de atenção à saúde, principalmente através da ESF, resultou na descentralização das ações do Programa de Controle da Tuberculose para esse nível de atenção, pois, em virtude da maior proximidade e do conhecimento da população nos respectivos territórios de atuação das equipes, há uma maior capacidade de detecção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos de TB (CECÍLIO et al., 2015; COSTA et al., 2016).

Mas, a análise evidenciou a deficiência dos profissionais da APS de Campina Grande no desenvolvimento de ações para o controle da TB na PSR. Os resultados mostraram que os profissionais são até capazes de desenvolver ações para as pessoas em situação de rua, no entanto, não consideram as especificidades dessa população e realizam as ações da mesma forma que para a população geral. Além disso, muitas vezes,

restringem o atendimento ao encaminhamento a centros especializados, minimizando, conseqüentemente, a atuação da APS que deveria ser a primeira responsável pela assistência a esses indivíduos.

Contribuindo para a manutenção do problema, a falta de capacitação e a não disponibilidade dos manuais com as diretrizes para o controle da TB foram apontados como fatores que prejudicam o suporte à decisão para executar atividades de prevenção, diagnóstico e assistência pelos profissionais da APS. A atenção à TB envolve a capacitação permanente desses profissionais para que seja garantido o atendimento oportuno e de qualidade para o adequado controle da doença (ANDRADE et al. 2017; OLIVEIRA et al., 2015; SILVA et al., 2016; SHUHAMA et al., 2017; WYSOCKI et al., 2017), pois a falta de recursos humanos qualificados é apontada como um dos fatores responsáveis pela limitada incorporação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o controle da TB pelo serviços da APS, como observado nessa pesquisa (CUNHA et al., 2012; WYSOCKI et al., 2017).

Outro problema identificado no estudo foi a ausência de parceria da ECR com as equipes da APS, uma atuação que poderia contribuir de forma significativa para aperfeiçoar as ações de controle da TB na PSR. A atuação das ECR, ao contribuir significativamente para o acesso dessa população aos serviços de saúde, amplia a detecção precoce, favorece o tratamento, o acompanhamento e a cura dos casos (ALECRIM et al., 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados evidenciaram que os profissionais da ESF de Campina Grande têm o conhecimento dos casos SR, de TB e da PSR nos respectivos

territórios de atuação, mas essa realidade não está presente na totalidade das equipes. Para uma pequena quantidade de profissionais entrevistados, há uma deficiência também no conhecimento de ações – realizadas pelas próprias equipes que integram – para o controle da doença, e o atendimento dos casos de TB é centralizado entre médicos e enfermeiros.

Observou-se que as especificidades da PSR não são consideradas no tocante ao desenvolvimento das ações para o controle da TB nesse público, quando estas são ofertadas, contrariando as recomendações do Ministério da Saúde. A oferta ou realização de ações de controle da TB ocorre da mesma forma que para a população geral e, muitas vezes, se restringe ao encaminhamento dos pacientes para a unidade de referência. A falta de capacitação dos profissionais, o deficiente acesso aos manuais sobre o cuidado à saúde para a PSR e a deficiente articulação e apoio da ECR fragiliza ainda mais a assistência prestada pelas equipes da ESF.

REFERÊNCIAS

ALECRIM TFA et al. Experience of health professionals in care of the homeless population with tuberculosis. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 50, n. 5, p. 808-15, 2016.

ANDRADE HS et al. Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose: um estudo de caso. **Saúde debate**, v. 41, p. 242-58, 2017.

BERTOLOZZI MR et al. O controle da tuberculose: um desafio para a saúde pública. **Rev med**, v. 93, n. 2, p. 83-89, 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Estimativas de População**. 2019. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=downloads>>. Acesso em: 14 mar. 2020.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: 2011.

CAMPINA GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. **Consolidado do segundo quadrimestre de 2016 da Gerência de Atenção Básica**: Relatório. Campina Grande: 2016.

CECILIO HPM et al. Opinião dos profissionais de saúde sobre os serviços de controle da tuberculose. **Acta paul. enferm.**, v. 28, n. 1, p. 19-25, 2015.

COSTA HMGS et al. A importância do trabalho em equipe na efetivação do tratamento diretamente observado em tuberculose. **Rev enferm UFPE**, v. 10, n. 4, p. 1202-9, 2016.

CRAIG GM, JOLY LM, ZUMLA A. Complex but coping: experience of symptoms of tuberculosis and health care seeking behaviours - a qualitative interview study of urban risk groups, London, UK. **BMC Public Health**, v. 14, n. 618, 2014.

DIAS M et al. Tuberculosis among the homeless: should we change the strategy? **Int J Tuberc Lung Dis**, v. 21, n. 3, p. 327-332, 2017.

CRISPIM JA et al. Agente comunitário de saúde no controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde. **Acta Paul Enferm**, v.25, n. 5, p. 721-7, 2012.

DHEDA K et al. Tuberculosis. **Lancet**, v. 387, n. 10024, p. 1211-1226, 2015.

DIAS M et al. Tuberculosis among the homeless: should we change the strategy? **Int J Tuberc Lung Dis**, v. 21, n. 3, p. 327-332, 2017.

HALLAIS JAS, BARROS NF. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cad Saude Publica**, v. 31, n. 7, p. 1497-1504, 2015.

MALEJCZYK K et al. Factors associated with noncompletion of latent tuberculosis infection treatment in an inner-city population in Edmonton, Alberta. **Can J Infect Dis Med Microbiol**, v. 25, n. 5, p. 281-284, 2014.

OLIVEIRA LGD, NATAL S, CAMACHO LAB. Análise da implantação do Programa de Controle da Tuberculose em unidades prisionais no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, v. 31, n. 3, p. 543-554, 2015.

OXLADE O, MURRAY M. Tuberculosis and Poverty: why are the poor at greater risk in India? **PLos ONE**, v. 7, n. 11, 2012.

RANZANI OT et al. The impact of being homeless on the unsuccessful outcome of treatment of pulmonary TB in São Paulo State, Brazil. **BMC Medicine**, v. 14, n. 41, 2016.

SHUHAMA BV et al. Evaluation of the directly observed therapy for treating tuberculosis according to the dimensions of policy transfer. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 51, e03275, 2017.

SILVA DM et al. Produção do cuidado aos casos de tuberculose: análise segundo os elementos do Chronic Care Model. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 2, p. 239-246, 2016.

OMS. World Health Organization. Global tuberculosis report. Geneva: WHO, 2019.

WYSOCKI AD et al. Primary Health Care and tuberculosis: services evaluation. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 20, n. 1, p. 161-75, 2017.



Experiências de Adoecimento de Pessoas em Situação de Rua por Tuberculose

- » *Khivia Kiss da Silva Barbosa,*
- » *Jordana de Almeida Nogueira,*
- » *Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos,*
- » *Annelissa Andrade Virgínio de Oliveira,*
- » *Ana Cristina de Oliveira e Silva.*

INTRODUÇÃO

A população em situação de rua se configura como um segmento social em situação limite de pobreza, que tem um lugar social demarcado por indiferença e hostilidade (PEREIRA, 2009). Nesse cenário, a constante exposição a condições insalubres repercute desfavoravelmente em seu estado de saúde, tornando-a vulnerável a contrair diversas doenças, dentre elas, a Tuberculose (TB).

Pessoas que vivem em situação de rua apresentam maior chance de adoecer e morrer por TB (OLIVEIRA et al, 2017) e, no Brasil, chegam a uma incidência até 67 vezes maior desse adoecimento do que a população em geral (ROCHA, ADORNO, 2012).

A associação TB e pobreza é bidirecional. Se, por um lado, a vulnerabilidade econômica, as condições sanitárias precárias e a nutrição inadequada tendem a potencializar o risco de adoecimento, por outro, a doença limita as oportunidades de trabalho e de subsistência (HINO,

CUNHA, VILLA et al., 2011; ARAÚJO et al., 2013; LONNROTH, JARAMILLO, WILLIAMS et al, 2009). Para além do aumento do risco de infecção, o acesso reduzido aos serviços de saúde, também reflexo da pobreza, pode interferir na incidência da doença, na demora do diagnóstico e do tratamento, no agravamento do quadro, no sofrimento e nos piores prognósticos (HOA, et al., 2011; OXLADE, MURRAY, 2012).

Por sua vez, as pessoas em situação de rua (PSR) muitas vezes não consideram sua saúde como prioridade, priorizando as necessidades de alimentação, abrigo e outras carências. Assim, as dificuldades para enfrentar a enfermidade numa estrutura social e econômica de pobreza configuram-se como uma importante barreira para a adesão ao tratamento e favorecem a irregularidade e/ou abandono ao tratamento de TB (SEMUNIGUS, TESSEMA, ESHETIE, MOGES, 2016).

Em geral, os estudos sobre a TB em PSR se voltam para aspectos epidemiológicos, para a avaliação de tendências epidêmicas e para inquéritos populacionais. Todavia, adoecer de TB é um processo subjetivo, permeado de saberes, de discursos e de práticas, que são produzidos no contexto histórico e cultural e influenciam a forma como o indivíduo dá sentido à sua experiência (SOUZA, 2012). Assim, na perspectiva de compreender esta experiência e contribuir para o planejamento de um cuidado em saúde direcionado às especificidades deste público, este estudo objetiva analisar os significados e as experiências de adoecimento de PSR por TB.

MÉTODO

O presente capítulo origina-se da tese de doutorado (BARBOSA, 2018), a qual integrou o projeto “Análise dos pontos de estrangulamento no

controle da tuberculose em populações em situação de rua nos municípios de João Pessoa e Campina Grande – PB”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Federal da Paraíba, protocolo nº 0478/13, financiado pela Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba (FAPESQ), sob o processo número 024/2014.

O desenho desta pesquisa ancorou-se no arcabouço teórico da metodologia proposta por Fritz Schütze (2011), que busca evidenciar os processos pessoais, sociais e os recursos de enfrentamento e mudanças trazidas nas narrativas autobiográficas diante de um sofrimento ou mudanças significativas na história de vida.

Foram realizadas entrevistas em profundidade com cinco PSR, selecionadas a partir dos seguintes critérios: ter o diagnóstico de TB no momento da pesquisa ou ter história de adoecimento por TB anterior à entrevista, mas que estivesse vivendo em situação de rua durante o adoecimento; ser maior de 18 anos e declarar verbalmente não estar em uso de álcool e/ou outras drogas no momento da entrevista.

Empregou-se a técnica de observação participante (JOVCHELOVITCH, BAUER, 2002), utilizando como ferramenta um diário de campo para registro de informações. A coleta foi realizada de fevereiro de 2015 a janeiro de 2016, em calçadas de vias públicas, onde as PSR circulavam. A participação foi voluntária, com assinatura (manual ou digital) do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para preservação do anonimato, utilizaram-se pseudônimos escolhidos de modo a homenagear poetas e/ou escritores brasileiros, que também foram acometidos por TB.

Todos os entrevistados tinham filhos e viviam separados deles. Tinham diagnóstico de TB multidroga-resistente (TB-MDR) e eram usuários de álcool (Quadro 1). A maioria relatou que foi morar na rua após conflitos familiares.

Quadro 1 – Perfil dos participantes.

Colaborador	Idade	Escolaridade	Naturalidade	Religião/ Crença	Profissão/ Ocupação	Estado civil
Augusto dos Anjos	30 anos	Fundamental I incompleto	Bayeux	Evangélico	Catador de produtos recicláveis	União estável
Auta de Sousa	30 anos	Fundamental I incompleto	Santa Rita	Não tem	Desempregada	União estável
Cruze Sousa	31 anos	Fundamental I incompleto	João Pessoa	Católico	Guardador de carro	Separado
Castro Alves	44 anos	Fundamental I incompleto	Condado	Católico	Desempregado	Viúvo
Pedro de Calasans	38 anos	Fundamental I completo	Conceição do Piauí	Evangélico	Desempregado	Solteiro

Fonte: Pesquisa direta, 2016.

O material empírico foi transcrito empregando-se o sistema denominado de TiQ – *Talk in Qualitative Research*, que procura destacar a entonação do discurso, as pausas, os risos e outros elementos da fala. São transcritas as características paralinguísticas, como o tom da voz ou as pausas, visando estudar a versão das histórias não apenas quanto ao seu conteúdo, mas também quanto à forma retórica (JOVCHELOVITCH, BAUER, 2002).

Quadro 2 – Códigos utilizados na transcrição e na análise das entrevistas

	Significado
(.)	Um ponto entre parênteses expressa uma pausa inferior a um segundo
(1)	Um número entre parênteses indica o tempo de duração de uma pausa em segundos
Exemplo	Palavras ou frases pronunciadas em tom de voz alto são colocadas em negrito.
Exemplo	Palavras ou frases pronunciadas de forma enfática são sublinhadas.
@exemplo@	Palavras ou frases pronunciadas entre risos são colocadas entre o sinal de arroba.
°exemplo°	Palavras ou frases pronunciadas em tom de voz baixo são colocadas em pequenos círculos.
exem-	A palavra foi pronunciada pela metade.
[[]]	Voz embargada
/exemplo/	Lágrimas contidas nos olhos
'exemplo'	Fala pausada
[..]	Supressão de palavras ou frases pronunciadas

Fonte: Adaptado de Otte (2008).

Os códigos [[]], “ ”, [...], /exemplo/ e ‘exemplo’ não fazem parte do modelo acima. Foram criados devido à necessidade durante as transcrições e a análise.

Para analisar os dados produzidos, optou-se pela análise narrativa (SCHÜTZE, 2011). Optando-se pelas etapas: 1. Transcrição detalhada de alta qualidade do material verbal; 2. Agrupamento e comparação das trajetórias individuais e comparação entre elas; 3. Derradeira comparação de casos, em que trajetórias individuais são colocadas dentro do contexto e semelhanças são estabelecidas. Esse processo permite a construção da síntese narrativa coletiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O tratamento da TB objetiva reduzir a morbidade, a mortalidade e a transmissão da TB. Ressalta-se, contudo, que a adesão do paciente ao tratamento ainda é um dos maiores desafios para o controle da doença (SILVA, SOARES, SAMPAIO, CHAVES, 2016).

De maneira geral, dentre os aspectos que dificultam a adesão terapêutica, pode-se elencar: tratamentos demorados e complexos, efeitos colaterais, esquecimento, outras prioridades, decisão de pular doses, falta de informação, fatores emocionais, entre outros (BROWNE et al., 2019).

Outros fatores contribuem para a não continuidade do tratamento, como: a escolaridade, o uso de álcool e outras drogas, barreiras sociais, econômicas, demográficas e culturais (SILVA, FRAZÃO, LINHARES, 2014).

É fato que viver na rua torna o indivíduo mais vulnerável a ingerir álcool e outras drogas. Esse uso pode ser apontado como um suporte para lidar com as questões da vida na rua (VILLA, 2017) e pode ser considerado

um estilo de vida sob a ótica cultural de quem vive no asfalto (SNOW, ANDERSON, 1998), o que resulta na descontinuidade do tratamento. O uso de múltiplas drogas, como o tabaco, o álcool e/ou o crack, é uma prática frequente entre os participantes deste estudo. Por isso, foram recorrentes os casos em que esses pacientes com TB abandonavam o tratamento para usar essas substâncias, conforme abaixo:

*Da outra vez que me internei, quando eu fugi, eu tava com três mês de tratamento, aí fiz mais um e quase matava o germe. °Mas eu gosto da lombrá° **Eu sei que faz mal.** @Mas eu gosto@. Faltava só dois mês, mas eu cai em contradição e comecei a beber, ai voltei pras droga [tosse]. [...] na rua você acaba caindo em @disperdição de novo e volta de novo a se drogar e esquece o remédio@. (Cruz e Sousa). Fiquei internado uns dias pra tratar a tuberculose e depois que fiquei um pouco melhor, pedi alta e fui embora (1). Fui embora porque não gosto de ficar preso, e também porque precisava tomar uma cachacinha. **Voltei pra rua! Eu pedi alta porque eram muitas furadas nas veias.** Fiquei uns dois meses ou três (.) **Era uma bolsa de remédio, e outra de comprimido. Muito ruim. E também sentia falta das droga lá no hospital. Ai quando estava me sentindo forte, pulei fora!** (Castro Alves). Na rua não tem como tratar. A pessoa só faz beber, levar fumaça na cara. (Pedro de Calasans).*

Nessa narrativa sobre a escolha por usar drogas, os sujeitos relatam conhecer o mal que elas fazem ao organismo. Entretanto, esta prática não pode ser compreendida sob uma ótica positivista, visto que ela é complexa e interpelada por fatores sociais, históricos, econômicos e culturais, que se afunilam com o campo das políticas públicas intersetoriais.

A respeito da internação para o tratamento da TB, estudo realizado com PSR (LINDNER, 2016) identificou que apesar de receberem suporte de

alimentação, higiene, repouso, além de aulas de português e de matemática, se desejassem, as PSR tinham sua liberdade afetada pelo confinamento e precisavam seguir regras, o que representa um entrave ao seguimento hospitalar – realidade semelhante a encontrada neste estudo.

*Mas tomém, assim que eu começo a ficar bom, eu quero logo é sair do hospital. Porque hospital não é lugar de gente. @ Eu sou bicho solto! @ **Eu fui pra rua porque eu precisava usar, né!?** E lá não dava. (Cruz e Sousa).*

A rua representa um espaço de novas sociabilidades e liberdades, especialmente para o uso de drogas, já que não há julgamentos da família ou de seu entorno. No entanto, quando as necessidades de saúde começam a exigir cuidados, também é preciso abrir mão dessa liberdade, porque a pessoa deverá ter disciplina para tomar os medicamentos, atenção redobrada à alimentação, aumentar a ingesta hídrica, tentar dormir melhor e, talvez, o mais complicado cuidado de todos: diminuir ou deixar de usar o álcool e outras drogas.

Essas exigências, muitas vezes coagidas, podem representar as mesmas condições que levaram as pessoas a decidirem morar nas ruas. Isso gera um impasse quando precisam decidir se cuidam da saúde e buscam a recuperação ou se seguem a vida em liberdade (LINDNER, 2016). A decisão a ser tomada retrata um desafio para aqueles que fazem da liberdade nas ruas uma alternativa de vida e para os que usam essa liberdade para ingerir álcool ou outras drogas como refúgio ou lazer, o que é uma barreira para que continuem a se tratar da TB.

Pesquisa sobre o perfil epidemiológico dos pacientes com TB em Hospital Universitário no Piauí (DEUS FILHO, CARVALHO, 2018) apontou que a principal doença relacionada com a TB foi o alcoolismo; e, em um estudo sobre a recidiva de TB na cidade de Jundiá, os autores constataram que

17,6% dos casos eram etilistas e 2,9% usavam outras drogas (BARDOU et al., 2018). Entre os fatores associados ao abandono do tratamento, destacam-se o etilismo, o tabagismo e o uso de drogas ilícitas, sendo o uso de drogas uma justificativa para que as PSR não façam o tratamento correto da doença (MAFFACCIOLLI, OLIVEIRA, BRAND, 2017).

Considerando a realidade dos participantes desta pesquisa, pode-se afirmar que uma justificativa para não priorizarem o tratamento da TB seria a necessidade fisiológica de usar drogas, denominada por eles de “fissura”, juntamente com o desejo de sentir o prazer que elas causam.

Apesar de conviverem com as mais diversas dificuldades por estarem expostos à rua, em alguns casos, a prioridade das PSR é o consumo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, que muitas vezes é anterior à vida nas ruas (XAVIER, LIMBERGER, MONTEIRO, ANDRETTA, 2018) e está associado, em sua maioria, ao prazer efêmero que elas proporcionam, ao amenizarem seu sofrimento físico e social. Assim, a imposição da abstinência relacionada ao uso de substâncias psicoativas se mostra como um empecilho à continuidade ao tratamento da TB. Além disso, os conflitos nas relações sociais, sobretudo no âmbito familiar e no afetivo-sexual, também impulsionam estas pessoas a usarem estas substâncias e a perderem o ânimo para cuidar da saúde (MAFFACCIOLLI, OLIVEIRA, BRAND, 2017).

Outro ponto relacionado à dificuldade de adesão e à continuidade do tratamento para a TB em PSR são situações comprometedoras com a Justiça. Nesse sentido, alguns sujeitos intitularam de ‘aventuras e viagens’ alguns crimes cometidos desde a adolescência, tais como furto, roubo, homicídio e tráfico de drogas.

*Porque lá no presídio tem mais droga do que na rua. **Aí debandei de novo.** Abandonei o tratamento. Foi desse jeito. (Pedro de Calasans). Por tudo que eu já passei, por*

tudo que eu já sofri (1) Sim, sofri porque eu já passei um bocado de tempo na cadeia. Se eu for contar o que fiz, vão me fazer voltar pra lá. (Castro Alves).

Destarte, devido ao risco de serem identificados como procurados pela polícia, eles se negavam a ser internados e a ficar em um local fixo, condição necessária para acesso às medicações e à continuidade ao tratamento. Tal fato é diferente de um estudo realizado no Rio de Janeiro, com profissionais de saúde e usuários e/ou traficantes de drogas acometidos por TB, em que fazer o tratamento superava os possíveis riscos de serem identificados e presos (FERREIRA, ENGSTROM, 2017).

A falta do cartão do SUS também foi apontada como justificativa para o abandono do tratamento da TB:

*A dificuldade que tenho é o cartão do SUS que o papai [o marido] rasgou numa briga. Ai agora eu não tenho mais. [...] **Sem o cartão do SUS, a gente não é ninguém, sabia?** Porque não atende em canto nenhum se você não tiver o cartão (Auta de Sousa).*

Questões acerca das concepções do adoecimento e do processo de cuidado das PSR contribuem para a não adesão aos tratamentos de saúde, porém os aspectos relacionados à organização do serviço também podem ser decisivos para facilitar ou dificultar o acesso, como por exemplo, a exigência de documentação (BRASIL, 2017).

Entre tantas outras condições que cessam o direito das PSR à saúde, a falta de documentos as impede de se cadastrar para ter acesso ao tratamento, mesmo que a Portaria nº 940 dispense a comprovação de endereço domiciliar da PSR (BRASIL, 2017). Assim, a falta de documentos (roubados ou perdidos) é apontada, nesse estudo e em outros, como uma importante barreira no acesso das PSR aos cuidados em saúde (DIAS et al., 2017).

Nessa perspectiva, é imprescindível que os serviços de saúde sejam reconstruídos com vistas a compreender as PSR como cidadãos que possuem o direito à atenção integral à saúde, garantido como uma questão de concretização da cidadania; bem como é evidente a necessidade de reorganização dos processos de trabalho para garantir a equidade no acesso aos serviços de saúde e continuidade do tratamento (DIAS et al., 2017).

SÍNTESE NARRATIVA

As trajetórias individuais dos colaboradores deste estudo são permeadas de subjetividade e multifacetadas. Elas foram comparadas pelas semelhanças e resultaram na apresentação de uma síntese narrativa, construída com base nos fragmentos das narrativas deles. Portanto, apresentamos uma síntese narrativa coletiva, elaborada com base nas experiências narradas, que representam os significados e as experiências de pessoas em situação de rua, relacionados ao viver na rua e ao adoecer de tuberculose.

“Sou um apanhado das histórias que narram os significados e as experiências de pessoas em situação de rua acometidas por tuberculose que aqui foram relatadas. Sou homem e mulher, tenho idades de adulto jovem, apenas creio em Deus e também posso ter várias religiões. Vivo longe de minha família há alguns anos. Saí de casa movido por conflitos familiares. Meu temperamento difícil gerava brigas. Fui forçado a deixar minha casa e foi melhor assim. Desde que vim para a rua, consigo meu sustento vendendo material reciclável, vigiando e lavando carros e mangueando nos semáforos. Mas também me envolvi em atividades ilícitas. Usei todos os tipos de drogas, das mais simples às mais pesadas. A sobrevivência na rua é muito difícil. Situações de solidão, medo, perdas, abandono e violência são muito constantes

em minha vida. Aos olhos dos outros, sou uma ameaça. E do mesmo modo, não sou ninguém. Não significo nada. Nem existo. Sou invisível. Porém, eu respeito a todos os que me respeitam e não me olham atravessado. Gosto de conversar bastante, mas tem horas que prefiro distância das outras pessoas. A visibilidade em relação a quem mora na rua é seletiva pela sociedade. E é demonstrada através do controle, da repressão, do viés do assistencialismo e da caridade. Exposto a todas as formas de exclusão e invisibilidades pelo meu despertencimento familiar, de moradia fixa e de trabalho formal, hoje tenho várias carências gritantes e algumas doenças. A tuberculose é uma delas. Lembro que, quando tive a notícia do diagnóstico, não fiquei assustado. Essa doença, para mim, não representa nada demais. Tudo o que faço nessa vida é viver um dia de cada vez. E apesar de ter sonhos, não penso muito no futuro. Preciso pensar em como conseguir comida para daqui a pouco ou até mesmo a droga. Também necessito ver onde vou dormir, caso esteja chovendo. Então, a tuberculose é apenas uma coisa a mais dentro do meu mundo de necessidades. Os sintomas são bastante incômodos, porém as condições de vida em que me encontro me fazem sofrer mais. Gostaria de fazer o tratamento dessa doença, mas é muito demorado. A rua não me dá condições para fazê-lo e por isso é necessário internamento. Porém, ficar no hospital não me agrada. Não gosto de ficar preso e curto o uso de álcool e/ou de outras drogas. Assim, logo que os sintomas desaparecem, eu volto para a rua antes de finalizar o tratamento. Sei que isso torna a tuberculose multirresistente e que isso não é bom. Na rua, tenho dificuldade de finalizar o tratamento, principalmente porque tenho a tentação das drogas. Eu gosto do efeito que elas fazem no meu corpo, embora saiba que elas podem me causar prejuízos. Então, acabo deixando a ingestão dos medicamentos para fazer o uso de drogas. Agora não consigo mais trabalhar como antes. E outras coisas não me ajudam nos cuidados que preciso para seguir o tratamento. Passo fome, frio. Meus medicamentos

estragam por causa da chuva ou ficam expostos ao sol. Até mesmo podem desaparecer. Os outros companheiros de rua podem vendê-los. Já aconteceu de não poder pegá-los porque meu cartão do SUS foi extraviado. Também não consigo dormir ou ter repouso direito porque a violência me tira o sono à noite e preciso correr atrás da minha comida, mesmo naqueles dias em que estou bem sofrido, com tosse, febre e muito cansaço. Preciso sair em busca do sustento diário. Eu tenho o sonho de ter uma casa para morar e dar abrigo a alguns dos meus companheiros de rua. Também gostaria de arrumar uma pessoa para amar e me fazer companhia. Mas também gosto da liberdade que tenho, morando na rua”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo construiu uma síntese narrativa de PSR acometidas por TB que é permeada de significados e experiências intensas e profundas.

Apresentou limitações na coleta de dados devido ao contexto (barulho, mudanças climáticas, ambiente hostil) onde foram coletados os dados, lugar escolhido pelos colaboradores.

Ao considerar a síntese narrativa em questão, chama-se atenção para a condição de pobreza extrema, a vulnerabilidade ao uso de álcool e outras drogas, bem como a falta do cartão do SUS como aspectos importantes na experiência de adoecimento das PSR por TB, refletindo na descontinuidade do tratamento da TB.

Além disso, uma questão marcante nesta pesquisa foi a constatação de que a luta pela (sobre)vivência na rua é assinalada por experiências extremamente contraditórias, que ora se apresentam como favoráveis, ora são adversas, conforme síntese narrativa apresentada.

REFERÊNCIAS⁶

PEREIRA, V.S. Expressões da questão social no Brasil e população de rua: notas para uma reflexão. **Libertas, Juiz de Fora** 2009; 4(1):179-205.

OLIVEIRA, A. A. V. et al. The access of the homeless persons with tuberculosis to the health care: an integrative review. **International archives of medicine**. 2017; 114(10): 1-10.

ROCHA, D. S.; ADORNO R. C. F. Abandono ou descontinuidade do tratamento da tuberculose em Rio Branco, Acre. **Saúde soc** 2012; 21(1): 232-245.

HINO, P.; CUNHA, T. N. da.; VILLA, T. C. S. et al. Perfil dos casos novos de tuberculose notificados em Ribeirão Preto (SP) no período de 2000 a 2006. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16 (Supl. 1):1295-1301, 2011.

ARAÚJO, K. M. F. A. et al. Evolução da distribuição espacial dos casos novos de tuberculose no município de Patos (PB), 2001- 2010. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 296- 302, 2013.

LONNROTH, K.; JARAMILLO, E.; WILLIAMS, B. G. et al. Drivers of tuberculosis epidemics: the role of risk factors and social determinants. **Soc Sci Med** 2009, 68:2240 - 2246.

HOA, N. B. et al. Household expenditure and tuberculosis prevalence in VietNam: prediction by a set of household indicators. **Int J Tuberc Lung Dis** 2011, 15(1):32–37.

OXLADE, O.; MURRAY, M. Tuberculosis and Poverty: why are the poor at greater risk in India? **PLOS ONE**. November 2012, Volume 7.

SEMUNIGUS, T.; TESSEMA, B.; ESHETIE, S.; MOGES, F. Smear positive pulmonary tuberculosis and associated factors among homeless individuals in Dessie and Debre Birhan towns, Northeast Ethiopia. **Ann Clin Microbiol Antimicrob**. 2016; 15(1)

SOUZA, D. Especificidades do atendimento à população em situação de rua. In: Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**.

Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2012.

BARBOSA, K. K. S. **Significados e experiências de pessoas em situação de rua acometidas por tuberculose**. [tese] João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2018.

SCHÜTZE, F. Pesquisa biográfica e entrevista narrativa. In: WELLER, W.; PFAFF N. **Metodologias da pesquisa qualitativa em educação**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista Narrativa. In: BAUER, M. W. GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, p. 90-113, 2002.

OTTE, J. **Trajetória de mulheres na gestão de instituições públicas profissionalizantes: um olhar sobre os Centros Federais de Educação Tecnológica**. [dissertação] Brasília: Universidade de Brasília; 2008.

SILVA, W. A.; SOARES, Y.J.A.; SAMPAIO, J.P.S.; CHAVES, T.V.S. Perfil epidemiológico dos casos notificados de tuberculose no Piauí nos anos de 2010 a 2014. **R. Interd.** 2017; 10(1): 110-117.

BROWNE, S.H.; UMLAUF, A.; TUCKER, A. J.; LOW, J.; MOSER, K.; GONZALEZ GARCIA, J.; et al. Wirelessly observed therapy compared to directly observed therapy to confirm and support tuberculosis treatment adherence: A randomized controlled trial. **PLoS Med**, 2019; 16(10).

SILVA, F. P.; FRAZÃO, I. S.; LINHARES, F. M. P. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. **Cad Saúde Pública**, 30:805-14, 2014.

VILLA, E. A. et al. Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de rua e a vulnerabilidade para o uso de substâncias psicoativas. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, 11(Supl. 5):2122-31, maio, 2017.

SNOW, D. ANDERSON, L. **Desafortunados: um estudo sobre o povo da rua** (S. Vasconcelos, Trad.) Petrópolis, RJ: Vozes. 1998.

LINDNER, L. da C. **Dando uma moral** - Moralidades, prazeres e poderes no caminho da adesão ao tratamento e da cura da tuberculose na população em

situação de rua do município de São Paulo. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

DEUS FILHO, A.; CARVALHO, I. M. S. Perfil epidemiológico dos pacientes com tuberculose em Hospital Universitário de Teresina - PI. **J. Ciênc. Saúde** [internet], 2018.

BARDOU, M. L. D. et al. Recidiva de tuberculose: perfil clínico e epidemiológico. **Medicina** (Ribeirão Preto), 49(3):258-64, 2016.

MAFFACCIOLLI, R.; OLIVEIRA, D. L. L. C.; BRAND, E. M. Vulnerabilidade e direitos humanos na compreensão de trajetórias de internação por tuberculose. **Saúde Soc.** São Paulo, v.26, n.1, p.286-299, 2017.

XAVIER, R. T.; LIMBERGER, J.; MONTEIRO, J. K; ANDRETTA, I. Políticas públicas de atenção aos usuários de drogas no contexto brasileiro: revisão narrativa de literatura. *Pesquisas e Práticas Psicossociais* 13(1), **São João del Rei**, janeiro-abril de 2018.

FERREIRA, J. T.; ENGSTROM, E. M. Estigma, medo e perigo: representações sociais de usuários e/ou traficantes de drogas acometidos por tuberculose e profissionais de saúde na atenção básica. **Saúde Soc.** São Paulo, v.26, n.4, p.1015-1025, 2017.

BRASIL. Ministério da saúde. **Plano Operativo para implementação de ações em saúde da população em situação de rua**, 2017.

BRASIL. Portaria n°940, de 28 de abril de 2011. **Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão)**. Diário Oficial da União 2011.

DIAS, M. et al. Tuberculosis among the homeless: should we change the strategy? **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Volume 21, Number 3, 1 March, pp. 327-332(6), 2017.



Perfil Epidemiológico da Coinfecção TB-HIV no Estado da Paraíba

- » *Ana Caroline Ferreira da Silva,*
- » *Milena Kaline da Costa Silva,*
- » *José Nildo de Barros Silva Júnior,*
- » *Jordana de Almeida Nogueira,*
- » *Séfora Luana Evangelista de Andrade*

INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) é considerada doença reemergente, uma vez que permanece com aumento no número de casos anualmente. Estima-se que, em 2017, a TB tenha causado 1,3 milhão de mortes, mantendo-se entre as 10 principais causas de óbito no planeta (WHO, 2018).

As desigualdades sociais e o advento da AIDS são os principais fatores que agravam a atual situação da TB (GUIMARÃES et al., 2012). No mundo, em 2017, dentre os 10 milhões de pessoas que desenvolveram a TB, aproximadamente 9% também estavam vivendo com o HIV. A TB continua a ser a principal causa de morte entre as pessoas que vivem com o HIV, sendo responsável por cerca de uma a cada três mortes relacionadas à AIDS (UNAIDS, 2019).

A elevação das taxas de coinfecção por HIV-TB determina desafios que impedem a redução da incidência de ambas as infecções. O aumento da prevalência global do HIV resultou em sérias implicações para os programas

de controle da TB, particularmente em países com alta prevalência dessa doença (GUIMARÃES et al., 2012).

O Brasil não possui uma epidemia generalizada da TB, estando concentrada em algumas populações, dentre as quais, as pessoas vivendo com HIV (PVHIV) (BRASIL, 2019a). No país, em 2017, foram notificados 69.569 casos novos e 4.534 óbitos. Dentre os casos novos, 8.515 (11,4%) tinham a coinfeção, com HIV diagnosticado durante a TB (BRASIL, 2018; BRASIL, 2019b).

É importante destacar que alguns estados brasileiros, em especial os da Região Nordeste, apresentam condições mais favoráveis à manutenção dos elevados índices de prevalência da infecção pelo HIV e da TB, devido aos grandes contingentes populacionais empobrecidos e à baixa resolutividade dos serviços públicos (BARBOSA; COSTA, 2014).

Entre as intervenções preconizadas pelo Ministério da Saúde para controle da coinfeção TB-HIV, destaca-se a testagem oportuna para HIV para todos os pacientes com TB, por meio do teste rápido. Além do diagnóstico precoce da TB, do tratamento da TB ativa e da infecção latente, do início precoce da terapia antirretroviral e da garantia de uma assistência integral e especializada aos coinfectados (BRASIL, 2013), recomenda-se melhor aproximação dos indivíduos aos serviços de saúde e maior adesão ao tratamento de ambas as infecções (BRASIL, 2019b; PEDRO; OLIVEIRA, 2013).

Tendo em vista a importância epidemiológica da TB da coinfeção TB-HIV, é evidente a necessidade de caracterizar essa problemática, a fim de contribuir para uma reflexão sobre o panorama da coinfeção TB-HIV em um estado nordestino e subsidiar novos estudos na área.

Diante desse contexto que repercute na saúde pública mundialmente, o presente estudo tem como objetivo caracterizar o perfil epidemiológico da coinfeção TB-HIV no Estado da Paraíba.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, que envolveu os casos novos de coinfeção TB-HIV, diagnosticados nos serviços de saúde do Estado da Paraíba.

Os dados foram coletados entre os meses de agosto e setembro de 2018, com inclusão dos casos de TB que testaram positivo para o HIV e notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), nos anos de 2016 e 2017, cujos indivíduos eram residentes em municípios do Estado da Paraíba, sendo excluídos aqueles cuja variável 'HIV' encontrava-se em andamento, deixada em branco ou não foi realizada.

Como variáveis do estudo, foram selecionadas: 1) sociodemográficas (sexo, raça/cor da pele, escolaridade e faixa etária), 2) clínicas e de encerramento (formas clínicas, cura, abandono, óbito por TB, óbito por outras causas, transferência, TB multirresistente a drogas, ignorada/sem preenchimento).

Os dados foram tabulados em uma planilha do programa MS Excel e analisados individualmente por meio de estatística descritiva. A discussão dos dados foi feita com base na produção científica sobre a temática.

A pesquisa atende à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012), com aprovação do comitê de ética do Centro Universitário Maurício de Nassau – Unidade Recife-PE, conforme o nº CAAE 84486118.4.0000.5193.

RESULTADOS

O estado da Paraíba notificou 2251 casos novos de tuberculose nos anos de 2016 e 2017. Destes, 175 eram coinfectados pelo HIV.

Na análise sociodemográfica dos casos de coinfeção TB/HIV (Tabela 1), verificou-se predomínio de sexo masculino (73,7%), de cor parda (78,8%), na faixa etária entre 36-45 anos (32,6%), com idade mínima de 16 anos e máxima de 85 anos. Quanto à escolaridade, 46,8% dos indivíduos não completaram o ensino fundamental e identificou-se, em 18,8% de casos, incompletude desta informação.

Tabela 1. Distribuição dos casos de coinfeção de TB-HIV, conforme variáveis sexo, raça, escolaridade e faixa etária. João Pessoa-PB, 2016 e 2017 (N=175).

VARIÁVEL	N	%
SEXO		
Masculino	129	73,7
Feminino	46	26,3
RAÇA		
Parda	138	78,8
Branca	21	12,0
Preta	11	6,3
Indígena	00	0,0
Amarela	00	0,0
Sem informação	05	2,9
ESCOLARIDADE		
Fundamental incompleto	82	46,8
Ensino fundamental completo	33	18,9
Ensino médio Incompleto	06	3,4
Ensino médio completo	12	6,9
Ensino superior completo	05	2,9
Ensino superior incompleto	04	2,3
Sem informação	33	18,8

FAIXA ETÁRIA		
16 – 25 anos	15	8,6
26 – 35 anos	52	29,7
36 – 45 anos	57	32,6
46 – 55 anos	34	19,4
Mais de 55 anos	16	9,1
Sem informação	01	0,6

Fonte: Dados do SINAN da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba, agosto de 2018.

Quanto à apresentação clínica e situação de encerramento dos casos de coinfeção de TB-HIV (tabela 2), verificou-se a predominância da forma clínica pulmonar (69,0%); índice de cura de 42,3%; 11,4% de abandono; e 2,3% de óbito, tendo como causa básica a Tuberculose.

Tabela 2. Distribuição dos casos de coinfeção de TB-HIV, conforme formas clínicas e situação de encerramento dos casos de Tuberculose no Estado da Paraíba. João Pessoa-PB, 2016 e 2017 (N=175).

FORMA CLÍNICA	N	%
Pulmonar	121	69,0
Extrapulmonar	42	24,0
Pulmonar + Extrapulmonar	12	7,0
SITUAÇÃO DE ENCERRAMENTO		
Cura	74	43,3
Ignorado/branco	33	18,9
Transferência	21	12,0
Abandono	20	11,4
Óbito por outras causas	18	10,3
Óbitos por TB	4	2,3

Mudança de esquema	4	2,3
Falência/abandono primário	1	0,5

Fonte: Dados do SINAN da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba, agosto de 2018.

DISCUSSÃO

A TB ativa em pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) é a condição de maior impacto na mortalidade por AIDS e por TB no país. Segundo o Relatório Global de Controle da TB, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), as PVHA são 21 a 34 vezes mais propensas a desenvolver TB ativa quando comparadas à população geral. Frequentemente, o diagnóstico da infecção pelo HIV ocorre durante o curso da TB (BRASIL, 2013).

No Brasil, dos casos novos de TB notificados no ano de 2017, 73,4% foram testados para HIV, apresentando 9,7% da coinfeção. A Paraíba testou 69,1% dos seus casos novos, ficando bem abaixo do percentual nacional (BRASIL, 2018; BRASIL, 2019b). Tal indicador pode estar relacionado às dificuldades de acesso ao teste rápido e à incompletude nos dados, uma vez que pode haver ainda casos com a situação do teste em andamento.

Observa-se que o percentual de coinfeção de 7,8%, obtido com os casos analisados no estudo, se aproxima dos dados nacionais para esse mesmo ano.

Ao analisar o perfil sociodemográfico dos casos, segundo a variável sexo, verificou-se predominância do sexo masculino, corroborando com estudos realizados em estados do Nordeste do Brasil (BARBOSA; COSTA, 2014; OLIVEIRA et al., 2018) e na região Sul (ROSSETTO, 2016). É importante destacar que o adoecimento nos homens está claro, pode-se considerar que

a coinfeção acomete mais o sexo masculino por este grupo se cuidar menos e procurarmenos os serviços de saúde, o que os torna mais vulneráveis às doenças (COSTA-JUNIOR; COUTO; MAIA, 2016).

Em relação à raça dos casos de coinfeção analisados, a maioria foi registrada como parda, corroborando os estudos de Oliveira et al. (2018) e Magno et al. (2017). Esses achados podem estar relacionados ao fato de a maioria da população da Paraíba e dos outros estados em estudo (Piauí e Amazonas) ser da raça parda, conforme afirma o IBGE (2010).

Em contrapartida, achados de um estudo realizado em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, que teve por objetivo analisar a ocorrência de coinfeção por TB/HIV/AIDS, no período de 2009 a 2013, verificou prevalência na raça branca, com 56,3% (ROSSETTO, 2016), o que sugere que o adoecimento tende a acompanhar a etnia específica da população/região.

Dentre os resultados encontrados na pesquisa, a prevalência em relação à escolaridade foi dos pacientes que não concluíram o ensino fundamental. O estudo realizado por Rossetto (2016) também verificou que 69,2% dos casos de coinfeção do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, não concluíram o ensino fundamental. A baixa escolaridade pode sugerir menos esclarecimento sobre as doenças e seus cuidados e aumentar os riscos de adoecer.

As condições socioeconômicas são decisivas para constituição das condições de vulnerabilidade. A TB e Coinfeção TB/HIV estão vinculadas à situação de pobreza e às condições de vida da população. A falta de esclarecimento, ocasionada pelo baixo nível de escolaridade desses indivíduos pode ter sido um fator de vulnerabilidade associado à coinfeção (ROSSETTO et al., 2019; OLIVEIRA NETO, 2016).

Com relação à faixa etária, destaca-se predominância de indivíduos de 36 a 45 anos, mas as idades variaram entre 16 anos e 85 anos. Esses dados também corroboram com o estudo de Oliveira et al. (2018), que mostraram a prevalência de pessoas coinfectadas entre 20 a 49 anos. Concordando com esses dados, outro estudo realizado no Nordeste do Brasil verificou que a faixa etária que teve maior predomínio foi de pessoas de 15 a 39 anos (BARBOSA; COSTA, 2014). Ressalta-se que a faixa etária acometida é predominantemente de adulto-jovem e que este fato pode ser justificado devido às atividades realizadas nesta fase da vida, como transfusão de sangue, relações sexuais e o uso de drogas injetáveis (BASTOS *et al.*, 2019).

Quanto à apresentação clínica, evidenciou-se predominância da forma clínica pulmonar, o que não difere da realidade nacional. Estudos realizados em Fortaleza e Porto Alegre registraram a ocorrência de formas pulmonares em 71,6% e 74,4%, respectivamente (LEMOS, 2013; ROSSETTO, 2016).

A forma clínica pulmonar é caracterizada pela alta infectividade, desta maneira, é necessário que haja uma confirmação precoce da infecção por TB, para que assim se possa interromper a cadeia de transmissão da doença (BRASIL, 2019a).

Sabe-se que essa é a forma mais predominante, até mesmo na PVHA, uma vez que há predileção do patógeno pelo parênquima pulmonar. Assim, nos coinfectados, a TB torna-se a infecção oportunista mais comum e uma das principais causas de hospitalização nesse segmento (BASTOS *et al.*, 2019).

Em se tratando do desfecho terapêutico, o percentual de cura registrado no Estado da Paraíba para os casos de coinfeção TB-HIV foi muito inferior ao recomendado pelo Ministério de Saúde, que prevê 85%

de cura, assim como o percentual de abandono ficou muito acima do preconizado, que seria de até 5% (BRASIL, 2011).

Outras causas de encerramento, como ignorado/branco e transferência também obtiveram índices consideráveis, com percentuais mais elevados que as médias brasileira na mesma faixa de tempo (BRASIL, 2019a).

A coinfeção TB-HIV continua sendo um grande desafio para o controle da TB e do HIV no Brasil, sendo o diagnóstico precoce da coinfeção TB-HIV a melhor vinculação dos indivíduos aos serviços de saúde, resultando na maior adesão ao tratamento de ambas as infecções e no alcance de um melhor prognóstico para a pessoa com a coinfeção (BRASIL, 2019b).

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos possibilitaram a compreensão do perfil epidemiológico dos casos notificados da coinfeção TB-HIV, na Paraíba, avaliando de forma indireta a qualidade do Programa de Controle da TB e do HIV. Os achados epidemiológicos indicaram que o adoecimento é maior em homens, da raça parda, na faixa etária adulto-jovem e que concluíram o ensino fundamental, o que corresponde ao perfil encontrado em outros estados do Brasil.

Logo, mesmo que os sujeitos possuam acesso ao tratamento das duas infecções e à testagem rápida para o HIV, fazem-se necessários o fortalecimento das intervenções e ações de controle voltadas ao diagnóstico precoce, tendo em vista diminuir a ocorrência, aumentar a adesão ao tratamento e a cura dos pacientes com TB, além da detecção dos coinfectados por TB e HIV.

Considera-se como limitação do estudo a restrição de variáveis e da faixa de tempo analisada. Nesta perspectiva, sugere-se a produção de pesquisas que investiguem os fatores relacionados aos índices do abandono e da mortalidade, conhecendo e analisando a real situação da doença entre diferentes sexos, raça/cor no país, com maior amplitude temporal, almejando a ampliação das vertentes de discussão, de forma a possibilitar maiores conhecimentos que favoreçam à tomada de decisão, direcionando as atividades para as metas de controle preconizadas.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, I.R.; COSTA, Í.C.C. Estudo Epidemiológico da coinfeção Tuberculose-HIV no Nordeste do Brasil. **Revista de Patologia Tropical**, v. 43, n. 1, p.1-12, 2014. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/iptsp/article/view/29369>>. Acesso em: 18 out. 2018.

BASTOS, S.H. *et al.* Perfil Sociodemográfico e de saúde da coinfeção tuberculose/HIV no Brasil: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.72, n.5, p.1458-1465, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672019000501389&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 29 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para o manejo da coinfeção TB-HIV em serviços de atenção especializada a pessoas vivendo com HIV/AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes_manejo_coinfeccao_tb_hiv.pdf>. Acesso em 24 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 08 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Implantação do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde**

Pública no Brasil: primeiros passos rumo ao alcance das metas. Boletim Epidemiológico, v.49, n.11, 2018. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/26/2018-009.pdf>>. Acesso em 24 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo hiv em adultos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<https://www.passeidireto.com/arquivo/36669748/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas---hiv-aids>> Acesso em 02 nov 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf>.

Acesso em 02 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em: <https://sbpt.org.br/portal/wp-content/uploads/2019/06/manual_recomendacoes_tb_2ed_atualizada_8maio19.pdf> Acesso em 02 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Panorama epidemiológico da coinfeção TB-HIV no Brasil.** Boletim Epidemiológico, v.50, n.26, 2019b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/66574/boletim_tuberculose_2019_internet.pdf?file=1&type=node&id=66574&force=1#:~:text=Para%20o%20ano%20de%202016,pessoas%20com%20coinfec%C3%A7%C3%A3o%20TB%2DHIV.>. Acesso em 24 abr. 2020.

COSTA-JUNIOR, F. M. da; COUTO, M. T.; MAIA, A. C. B. Gênero e cuidados em saúde: Concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar. **Sex., Salud Soc.** (Rio J.), Rio de Janeiro , n. 23, p. 97-117, Aug. 2016 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872016000200097&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 abr. 2020.

GUIMARÃES, R.M. *et al.* Tuberculose, HIV e pobreza: tendência temporal no Brasil, Américas e mundo. **J. bras. pneumol.**, v. 38, n. 4, p. 511-517, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132012000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jun. 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**. 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/pesquisa/23/25359>>. Acesso em 02 nov 2017.

LEMOS, L.A. Qualidade de vida, religiosidade e adesão aos antirretrovirais de coinfectados de HIV-Tuberculose. **Universidade Federal do Ceará**, v. 2, n. 1, p.1-93, 2013. Disponível em: <http://www.tede.ufc.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=10354>. Acesso em: 16 out. 2018.

MAGNO, E.S. *et al.* Fatores associados à coinfeção tuberculose e HIV: o que apontam os dados de notificação do Estado do Amazonas, Brasil, 2001-2012. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 5, p.1-12, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tling=pt&pid=S0102-311X2017000505006>. Acesso em: 25 out. 2018.

OLIVEIRA, L.B. *et al.* Análise epidemiológica da coinfeção Tuberculose/ HIV. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 1, p.1-8, 2018. Universidade Federal do Parana. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/51016>>. Acesso em: 17 out. 2018.

PEDRO A.S, OLIVEIRA R.M. Tuberculose e indicadores socioeconômicos: revisão sistemática da literatura. **Rev Panam Salud Publica**, v. 33, n. 4, p.294-301, 2013. Disponível em: <https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013000400009>. Acesso em: 25 set. 2017.

ROSSETTO, M. Estudo epidemiológico sobre coinfeção TB/HIVaids e fatores de risco para internação e mortalidade em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, v. 1, n. 1, p.1-145, 2016. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000990702&loc=2016&l=869035643c6e1523>>. Acesso em: 16 out. 2018.

ROSSETTO, M. *et al.* Coinfeção tuberculose/HIV/aids em Porto Alegre, RS - invisibilidade e silenciamento dos grupos mais afetados. **Rev. Gaúcha**

Enferm., v. 40, e20180033, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000100412&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 abr. 2020.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. **Relatório informativo – dia mundial contra a aids 2019**, 2019a. Disponível em: <https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2019/11/2019_UNAIDS_WAD2019_FactSheet.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2018. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <<http://www.who.int/iris/handle/10665/274453>>. Acesso em: 29 abr. 2020.



Perfil Clínico e Epidemiológico dos Casos de Tuberculose nos Presídios da Paraíba

- » *Kallyany Santos Sousa,*
- » *Nadjahélia de Lima Azevedo,*
- » *Rayanne Santos Alves,*
- » *Annelissa Andrade Virgínio de Oliveira,*
- » *Séfora Luana Evangelista de Andrade*

INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) é a principal causa de morte por um único agente infeccioso (bactéria *Mycobacterium tuberculosis*) em todo o mundo. Em 2018, havia um número estimado de 10 milhões de novos casos de TB mundialmente, e 1,5 milhão de pessoas morreram desta doença. Neste mesmo ano, o Brasil teve uma incidência de TB de 45 casos/100.000 habitantes e taxa de mortalidade relacionada a esta doença de 2,3 óbitos/100.000 habitantes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2016, reconheceu a TB como a doença infecciosa que mais mata no mundo, com cerca de 1,3 milhões de pessoas mortas em decorrência da doença. Nesse cenário, segundo características epidemiológicas, 87% dos casos de TB encontram-se concentrados em 30 países do mundo, dentre os quais o Brasil ocupa a 20ª posição na classificação de carga da TB (BRASIL, 2018).

Alguns cidadãos estão mais vulneráveis ao adoecimento por TB, seja por sua situação imunológica, pela dificuldade de acesso aos serviços públicos, bem como por suas condições desfavoráveis de vida. Neste contexto, estão incluídas as pessoas em situação de rua e privadas de liberdade no sistema prisional, usuários compulsivos de crack, álcool e outras drogas e pessoas vivendo com HIV/AIDS (BRASIL, 2017).

No tocante ao âmbito prisional, o índice da TB nos presídios é bastante preocupante, uma vez que a aglomeração de pessoas é o principal fator da transmissão que favorece a disseminação dessa bactéria transmitida pelo ar e, nos presídios, há a superlotação associada a condições precárias, falta de iluminação e ventilação (VALENÇA et al., 2016a).

Além disso, a desinformação das próprias Pessoas Privadas de Liberdade (PPL), dos funcionários do sistema carcerário e familiares torna-se uma das principais barreiras para o descobrimento dos sintomas e o diagnóstico precoce da TB, sendo o acesso ao tratamento e a cura as maiores preocupações das PPL (JÚNIOR; OLIVEIRA; MARIN-LÉON, 2013).

Vale ressaltar que, desde o ano 2014, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no sistema prisional (PNAISP), para garantir o direito à saúde a essa população, com o propósito de estender as ações de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). O intuito é o de que cada unidade básica prisional passe a ser vista como componente integrante da Rede de Atenção à Saúde do SUS (BRASIL, 2013).

Segundo o Sistema de Informações Estatísticas do Sistema Penitenciário Brasileiro – INFOPEN –, estima-se que apenas cerca de um terço (37%) das unidades prisionais no Brasil possui o módulo de saúde. Já no estado da Paraíba, 61% possuem esse módulo, qualificando a Atenção

Básica no âmbito prisional como porta de entrada do sistema e ordenando as ações e serviços de saúde pela rede (BRASIL, 2014).

O INFOPEN também revela que no estado da Paraíba a taxa de ocupação do sistema prisional é de 152%, sendo 143 casos de TB notificados. Destaca-se, entretanto, que apenas 33% das unidades prisionais informaram os dados (BRASIL, 2014).

São várias as condições que corroboram para o adoecimento em um cenário de condições precárias, como a exposição ao frio da noite, a má nutrição, o consumo de drogas lícitas e ilícitas e, principalmente, a perda da autonomia para cuidar de si próprio. Portanto, as PPL passam por difíceis sentimentos, constrangimentos, tristeza, vergonha, angústia e têm o seu dia-a-dia modificado à medida que os sintomas aparecem (SÁ, 2017).

Desta forma, observa-se que o controle da TB nas PPL tem como agravante os fatores estruturais e logísticos do sistema penitenciário, sendo possível destacar o diagnóstico tardio, o tratamento irregular, além da dificuldade na disponibilidade de viaturas e agentes que possam conduzi-los para as instituições de saúde e assistência hospitalar, contribuindo para um alto risco de adoecimento e morte pela TB (ALCANTARA et al., 2014).

Nessa perspectiva, visando à produção de conhecimento que possa contribuir para a compreensão da problemática em questão e, por conseguinte, seja capaz de subsidiar a elaboração de tomada de decisão no enfrentamento desta doença, a presente pesquisa visa responder à seguinte questão: qual o perfil clínico e epidemiológico dos casos de TB nos presídios estaduais da Paraíba? Para tanto, este estudo objetivou identificar o perfil clínico e epidemiológico dos casos de TB nos presídios do Estado da Paraíba.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, que utilizou dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de casos de TB, notificados no sistema prisional do Estado da Paraíba, entre os anos de 2012 a 2016.

A coleta de dados foi realizada nos meses de março e abril de 2019. Foram incluídos no estudo os dados dos casos confirmados de TB notificados no SINAN, de pessoas residentes no sistema penitenciário do Estado da Paraíba. Foram excluídos aqueles cuja variável TB encontrava-se em andamento, foi deixada em branco ou não foi realizada.

Fizeram parte da pesquisa as variáveis que caracterizam o perfil sociodemográfico dos indivíduos (sexo, raça/cor da pele, escolaridade e faixa etária), a forma clínica (pulmonar, extrapulmonar, pulmonar + extrapulmonar) e também a situação de encerramento (cura, abandono, óbito por TB, óbito por outras causas, transferência, TB multirresistente a drogas, ignorada/sem preenchimento).

Após a coleta, os dados foram tabulados em uma planilha do programa Microsoft Excel e analisados individualmente, por meio de estatística descritiva simples.

A pesquisa cumpriu as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre as pesquisas com seres humanos. Obteve-se aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética, designado CAAE: 84486118.4.0000.5193, com parecer N° 2.720.043.

RESULTADOS

Em relação à distribuição dos casos de TB nas PPL, entre os anos de 2012 a 2016, no estado da Paraíba (tabela 1), verificou-se que a forma da TB mais predominante foi a pulmonar, com 521 (94,2%) dos casos, e em homens, com 521 (94,2%) casos; da raça parda, constam 400 casos (72,3%); com idades que variavam entre 18 a 90 anos, com destaque para a faixa etária de 18 a 35 anos, o número é de 414 (74,9%) casos; e com ensino fundamental incompleto, são 250 casos (45,2%).

Tabela 1. Distribuição dos casos de tuberculose nas pessoas provadas de liberdade, conforme variáveis conforme variáveis sexo, raça, escolaridade, faixa etária e forma clínica. João Pessoa-PB, 2012 a 2016 (N=553).

VARIÁVEL	n	%
SEXO		
Masculino	521	94,2
Feminino	32	5,8
RAÇA		
Parda	400	72,3
Branca	78	14,1
Preta	49	8,9
Indígena	02	0,4
Amarela	05	0,9
Sem informação	19	3,4
ESCOLARIDADE		
Sem escolaridade	41	7,4

Ensino fundamental incompleto	250	45,2
Ensino fundamental completo	28	5,1
Ensino médio Incompleto	15	2,7
Ensino médio completo	19	3,4
Ensino superior completo	01	0,2
Ensino superior incompleto	04	0,7
Sem informação	195	35,3

FAIXA ETÁRIA

18 – 35 anos	414	74,9
36 – 59 anos	119	21,5
Mais de 60 anos	20	3,6

FORMA CLÍNICA

Pulmonar	521	94,2
Extrapulmonar	29	5,2
Pulmonar + Extrapulmonar	03	0,6

Fonte: Dados do SINAN da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba, março de 2019.

Por sua vez, este estudo também observou que a situação de encerramento dos casos de TB nos presídios do estado da Paraíba (tabela 2), em sua maioria – 363 (65,6%) –, foi por cura como desfecho terapêutico; seguido de abandono, 77 (14%), e óbitos por TB 10 (1,8).

Tabela 2. Situação de encerramento dos casos de tuberculose nas pessoas privadas de liberdade no Estado da Paraíba. João Pessoa-PB, 2012 a 2016 (N=553).

SITUAÇÃO DE ENCERRAMENTO	N	%
Cura	363	65,6
Ignorado/branco	20	3,6
Transferência	65	11,8
Abandono	77	14
Óbito por outras causas	9	1,6
Óbitos por TB	10	1,8
Mudança de esquema	8	1,4
Falência/abandono primário	1	0,2

Fonte: Dados do SINAN da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba, agosto de 2018.

DISCUSSÃO

Sabe-se que a TB no sistema prisional é um grave problema de saúde pública, já que é uma doença transmitida pelas vias aéreas, com transmissão facilitada em ambientes superlotados, de pouca ventilação e iluminação, favorável a recintos prisionais. O não controle da TB nos presídios repercute na população civil, pois os familiares e trabalhadores da prisão podem ser portas potenciais de saída para a transmissão da TB (MACHADO et al., 2016).

Estudo realizado em 13 unidades prisionais do Rio Grande do Sul (RS) revela a necessidade das ações de atenção à saúde serem ampliadas em relação à busca de sintomáticos respiratórios e adoção do TDO e ações de vigilância e registro em documentos oficiais do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (ALLGAYERI et al., 2019).

São fragilidades inerentes ao controle da TB nas prisões do RS: registros inadequados, falta de conhecimento técnico, quantitativo de profissionais insuficientes para atender à demanda e estrutura física inadequada para realização de cuidados à saúde (ELY et al., 2020).

Neste estudo, o sexo masculino corresponde à maioria dos casos entre as PPL com diagnóstico de TB, semelhante ao encontrado na pesquisa realizada por Marques et al. (2018), que também identificou uma maior incidência de casos nas PPL do sexo masculino.

Dados do Banco Nacional de Monitoramento de Prisões, fornecidos pelo Conselho Nacional de Justiça, evidenciam que cerca de 95,5% da população carcerária do estado da Paraíba é composta por homens, semelhante à porcentagem nacional, que é de 95,1% (LIMA et al., 2018). As diferenças de gênero podem ser decorrentes da maior presença de homens no mercado de trabalho, por eles se cuidarem menos e procurarem menos os serviços de saúde, condições essas que os tornam mais vulneráveis à infecção e ao adoecimento da TB.

Em relação à raça, a predominância de casos de TB em PPL da raça parda corrobora com os achados de estudo anterior, realizado nos presídios do estado da Paraíba, que também identificou maior incidência de casos em PPL da raça parda, representando (71,1%) das PPL (LIMA et al., 2018). Já na região sul do Brasil, uma realidade diferente foi constatada em um estudo do ano de 2016, com presos da Penitenciária Estadual de Venâncio Aires - RS, no qual de uma população de 33 PPL com TB, 25 (75,8%) pertenciam à cor branca (KIST et al., 2016).

Outro fator importante que pode influenciar a percepção do doente sobre sua condição de saúde, bem como na adoção de estratégias de autocuidado e prevenção, é a escolaridade. Neste estudo, a maioria dos

indivíduos não completou o ensino fundamental, resultado semelhante ao de outros estudos (LIMA et al., 2018; KIST et al., 2016). Assim, a baixa escolaridade nos presídios dificulta o conhecimento sobre a TB e corrobora para a irregularidade do tratamento.

Por sua vez, em relação à faixa etária das PPL com TB, este estudo identificou que os adultos jovens entre 18 a 35 anos foram os mais acometidos. Esses dados corroboram com outros estudos realizados em diferentes estados brasileiros: no estado de Goiás, cuja faixa etária de maior incidência foi 19 a 29 anos, e no Espírito Santo, entre 26 e 35 anos (COSTA-JÚNIOR et al., 2016; MACEDO; MACEDO; MACIEL, 2013). Ressalta-se que a faixa etária acometida é predominantemente de adultos jovens, o que é um retrato da população carcerária brasileira que, em sua maioria, é constituída por homens adultos jovens (SILVA; NAZARIO; LIMA, 2014).

Quanto à forma clínica da TB, a maioria das PPL em estudo apresentou a forma pulmonar da doença, o que reflete uma necessidade urgente de atenção precoce quanto à suspeição diagnóstica de infecção por TB dessa forma clínica, para que se possa interromper a cadeia de transmissão da doença nos presídios. Tal achado é semelhante ao encontrado em outros estudos que analisaram a forma clínica da TB em PPL (VALENÇA et al., 2016b; MACEDO; MACEDO; MACIEL, 2013).

Em se tratando da situação de encerramento dos casos de TB nas penitenciárias no estado da Paraíba, apesar da cura ter sido o desfecho principal, com um percentual de 66% dos casos, ele foi muito inferior ao recomendado pelo Ministério de Saúde, que preconiza 85% de cura, assim como o percentual de abandono (14%) ficou muito acima do recomendado, que seria de até 5% (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, a melhora do controle da TB nas prisões requer a implantação de ações específicas, tais como: reforçar a detecção passiva; instituir a detecção ativa (busca entre os recém-ingressos); instalar laboratórios intramuros; realizar o tratamento supervisionado; bem como conscientizar as PPL, seus familiares e os profissionais que atuam nas penitenciárias sobre a doença e seus cuidados (SANCHEZ; DIUANA; LAROUZE, 2010).

Outra importante estratégia, que deve partir dos gestores, é o investimento em recursos humanos e financeiros no sistema penitenciário brasileiro, para assim assegurar à PPL o acesso à saúde de qualidade (SACRAMENTO; GONÇALVES, 2017).

CONCLUSÃO

O objetivo do presente estudo foi alcançado pela possibilidade de conhecer e discutir os dados sobre o perfil clínico e epidemiológico dos casos de TB, nos presídios estaduais da Paraíba.

Verificou-se que no estado da Paraíba o adoecimento por TB na população carcerária é maior no sexo masculino e em pessoas autodeclaradas pardas, na faixa etária adulto-jovem (18 a 35 anos) e com ensino fundamental incompleto. A forma clínica mais predominante foi a pulmonar e a situação de encerramento de casos mais encontrada foi a cura. Tais dados corroboram com outros estudos realizados com PPL acometidas por TB em outros estados do Brasil.

No que se refere às limitações do estudo, a falta de dados oficiais sobre as questões sociodemográficas da população prisional da Paraíba

dificultou a relação entre os dados sociodemográficos e possível pertinência de casos novos da TB.

Foi possível identificar que a TB continua em ascensão no âmbito prisional, mesmo com a existência de políticas públicas e portarias específicas ao público carcerário quanto ao acesso e atenção à saúde por parte dos serviços do SUS. Assim, é imprescindível a implementação, monitoramento e avaliação de ações de saúde voltadas às PPL para um melhor controle e combate da TB.

Espera-se que novos estudos possam ser realizados na perspectiva de entender os desafios no enfrentamento da TB nas prisões, por parte dos gestores, profissionais de saúde e PPL, ampliando e aprofundando o tema abordado. Evidenciam-se como primordiais, portanto, os investimentos, por parte dos gestores e da academia, em cursos de educação continuada e permanente para o aperfeiçoamento de uma atenção à saúde das PPL no sistema prisional, de modo a subsidiar as ações na redução dos novos casos, agravos advindos do adoecimento e abandono do tratamento da TB.

REFERÊNCIAS

ALCANTARA, L.M. *et al.* Ações para Controle da Tuberculose no Sistema Penitenciário Masculino. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v.6, n.11, p.3823-3832, nov. 2014. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10128/10620>. Acesso em: 26 de junho de 2020.

ALLGAYERI, M. F. *et al.* Tuberculosis: health care and surveillance in prisons. **Rev. Bras. Enferm.** v.72, n.5, Sept./Oct., 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000501304. Acesso em: 19 de julho de 2020

BRASIL. Ministério da Justiça. Levantamento nacional de informações penitenciárias– jun., 2014. Brasília: [s.n.], 2014. 148 p. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/noticias/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen-nesta-terca-feira/relatorio-depen-versao-web.pdf>. Acesso em: 25 de junho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf>. Acesso em 02 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha para o Agente Comunitário de Saúde. Tuberculose. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília – DF, 2017. Disponível em:http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_agente_comunitario_saude_tuberculose.pdf. Acesso em: 26 de junho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde. Implantação do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil: primeiros passos rumo ao alcance das metas, v.49, mar. 2018. Disponível em:<http://portal.arquivos2.sau.gov.br/images/pdf/2018/marco/26/2018-009.pdf>. Acesso em: 26 de junho de 2020.

COSTA, A. O. C. *et al.* Tuberculose latente em indivíduos de uma unidade prisional do centro oeste do Brasil. *Revista de Patologia Tropical*, v. 45, n. 1, p.12- 22, jan. Mar. 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/299547487_TUBERCULOSE_LATENTE_EM_INDIVIDUOS_DE_UMA_UNIDADE_PRISIONAL_DO_CENTRO_OESTE_DO_BRASIL. Acesso em: 26 de junho de 2020.

ELY, K. Z. Bacteriological diagnosis of tuberculosis in prison inmates: actions taken by the primary health care teams in prisons. **J. bras. pneumol.** v.46, n.2, São Paulo, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132020000201002. Acesso em: 19 de julho de 2020

JUNIOR, S.F.; OLIVEIRA, H.B.; NARIN-LEON, L. Conhecimento, atitudes e práticas sobre tuberculose em prisões e no serviço público de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.16, n.1, p.100-113, 2013. Disponível em:<http://>

www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n1/1415-790X-rbepid-16-01-0100.pdf. Acesso em: 25 de junho de 2020.

KIST, K. *et al.* Avaliação da prevalência de tuberculose pulmonar na penitenciária estadual de Venâncio Aires, Rio Grande do Sul. **Repositório Institucional Unisc**, p.1-49, 2016. Disponível em: <https://repositorio.unisc.br/jspui/handle/11624/1460>. Acesso em: 26 de junho de 2020.

LIMA, L.E. *et al.* Incidência de tuberculose nas penitenciárias da Paraíba de 2007 a 2014. **Revista Interscientia**, v. 6, n. 2, p.174 -187, 2018. Disponível em: <https://periodicos.unipe.br/index.php/interscientia/article/view/790>. Acesso em: 25 de junho de 2020

MACEDO, L. R.; MACEDO, C. R.; MACIEL, E. L. N. Vigilância Epidemiológica da Tuberculose em Presídios do Espírito Santo. **Revista Brasileira de Promoção à Saúde**, v. 26, n. 2, p. 216-222, abr.jun. 2013. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2907>. Acesso em: 25 de junho de 2020.

MACHADO, J.C. *et al.* A incidência de tuberculose nos presídios brasileiros: Revisão sistemática. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v.14, n.47, p.84-88, jan. Mar.,2016. Disponível em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/3256. Acesso em: 21 de junho de 2020.

MARQUES, W. T. S. *et al.* Casos de tuberculose confirmados nos presídios e notificados no SINAN entre 2007 a 2012 em Sergipe. **Congresso nacional de enfermagem-CONENF**, maio, 2018. Disponível em:<https://eventos.set.edu.br/index.php/conenf/article/download/9397/4267>. Acesso em: 21 de junho de 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório global sobre tuberculose 2019. 297p. Geneva: OMS, 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329368/9789241565714-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 26 de junho de 2020.

SÁ, L. S. *et al.* Um estudo ecológico de tuberculose na população privada de liberdade da rede regional de atenção à saúde 11. **Colloquim Vitae**, v. 9, n. especial, p. 101-106, jul. Dez. 2017 Disponível em: <http://www.unoeste.br/site/enepe/2017/suplementos/area/Vitae/03%20-%20Medicina/Um%20estudo%20ecol%C3%B3gico%20de%20tuberculose%20na%20popula%C3%A7%C3%A3o%20privada%20de%20liberdade%20da%20>

rede%20regional%20de%20aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20sa%C3%BAde%2011.pdf. Acesso em: 21 de junho de 2020.

SACRAMENTO, D. S.; GONÇALVES, M. J. F. Situação da tuberculose em pessoas privadas de liberdade no período de 2007 a 2012. **Revista de enfermagem UFPE online**, v. 11, n.1, p.140-151, jan., 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11887/14350>. Acesso em: 21 de junho de 2020.

SANCHEZ, A. R.; DIUANA, V.; LAROUZE, B. Controle de tuberculose nas prisões brasileiras: novas abordagens para um antigo problema. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 850, May 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000500001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 de Julho de 2020.

SILVA, A. C. L. G.; NAZARIO, N. O., LIMA, D. C. Atenção à Saúde do Homem Privado de Liberdade. In: E. B. S. Coelho et al. (orgs.) Curso de Atenção à Saúde das Pessoas privadas de Liberdade. Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

VALENÇA, M.S. *et al.* Tuberculose em presídios brasileiros: uma revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n.7, p. 2147-2160, 2016a. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n7/1413-8123-csc-21-07-2147.pdf>. Acesso em: 21 de junho de 2020.

VALENÇA, M.S. *et al.* O processo de detecção e tratamento de casos de tuberculose em um presídio. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n.7, p. 2111-2122, 2016b. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n7/1413-8123-csc-21-07-2111.pdf>. Acesso em: Acesso em: 26 de junho de 2020.



Cuidado ao Paciente com Tuberculose em Hospital de Referência na Paraíba: Percepção de Enfermeiros

- » *Rita de Cassia Cordeiro de Oliveira,*
- » *Maricarla Eleotério do Nascimento;*
 - » *Carla Braz Evangelista;*
 - » *Ronny Anderson de Oliveira Cruz;*
 - » *Amanda Haissa Barros Henriques.*

INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) ainda se apresenta mundialmente como um desafiador problema de saúde pública. No mundo, em 2018, cerca de dez milhões de pessoas adoeceram por Tuberculose e 1,5 milhão de pessoas morreram em decorrência da doença. Tal doença acomete, desproporcionalmente, pessoas do sexo masculino, adultos jovens e países de baixa renda, e está vinculada a importantes fatores socioeconômicos (BRASIL, 2020; OLIVEIRA et al., 2016).

No Brasil, em 2019, foram diagnosticados 73.864 casos novos de TB, o que correspondeu a um coeficiente de incidência de 35,0 casos/100 mil habitantes. Os dados apontam que entre os anos de 2010 e 2016 houve uma queda no coeficiente de incidência da TB. No entanto, observou-se, nos anos de 2017 e 2018, um aumento de incidência na faixa etária de 10 a 64 anos (BRASIL, 2020).

Como resposta global para o controle da doença, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lança no ano de 1993 o *Directly Observed Treatment-short course* (DOTS). O DOTS corresponde a um conjunto de práticas que se ancoram em cinco pilares: 1) compromisso político; 2) mobilização social; 3) diagnóstico por meio de exames bacteriológicos de qualidade, fornecimento e gestão eficaz do medicamento; 4) sistema de monitoramento e avaliação; 5) Tratamento Diretamente Observado (TDO) na Atenção Básica (AB) (OLIVEIRA et al., 2016; BRASIL, 2019).

Cumprе salientar que a atuação da equipe de enfermagem é vista como primordial no cuidado aos pacientes, tanto no serviço de AB, como nos hospitais e centros de referência para o controle e tratamento da TB.

Dentre as competências e habilidades do enfermeiro para o cuidado ao doente de TB no âmbito hospitalar, destacam-se as relacionadas à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e à organização do processo de trabalho, no que diz respeito às medidas de biossegurança para evitar a disseminação da doença, bem como à adoção de práticas voltadas para o acolhimento desses pacientes e seus familiares. A SAE compreende toda a ação vinculada ao trabalho profissional do enfermeiro, possibilitando, assim, por meios de recursos técnicos, científicos e humanos a melhora da qualidade do cuidado ao paciente (OLIVEIRA, ALMEIDA, MOREIRA, 2019).

No cuidado ao paciente com TB, a equipe de enfermagem deve garantir que as ações sejam sistematizadas, contínuas e resolutivas. Neste contexto, o cuidado de enfermagem deve ser realizado por meio da elaboração dos protocolos de atendimento pautados nas diretrizes definidas pelo Ministério da Saúde (MS), mas que contemplem as especificidades locais e, principalmente, a dinâmica de trabalho da equipe, nos serviços de atenção a saúde (BRASIL, 2017).

Em vista do exposto, surge a seguinte questão de pesquisa: como é realizado o cuidado de enfermagem ao paciente com Tuberculose em um hospital de referência na Paraíba?

A justificativa para o desenvolvimento deste estudo dá-se pelo encontro de lacunas no gerenciamento da enfermagem ao paciente com TB, além da relevância da temática e contribuição para a formação dos profissionais de enfermagem que, tendo acesso às informações desta pesquisa, poderão ser sensibilizados para uma qualificação e melhoria do cuidado ao paciente com TB que procura o serviço de referência.

Assim sendo, objetivou-se investigar o cuidado de enfermagem ao paciente com Tuberculose em um hospital de referência no estado da Paraíba.

MÉTODO

Este estudo configurou-se em uma pesquisa de campo, do tipo descritivo, com natureza qualitativa. A presente pesquisa foi realizada em um Complexo Hospitalar, considerado unidade de referência no Estado da Paraíba para o tratamento da Tuberculose, Hanseníase, IST/HIV/AIDS, Dengue e Hepatites Virais.

O hospital conta com uma equipe de profissionais multidisciplinar (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas e fonoaudiólogos). Dispõe de serviços de tomografia, ultrassonografia, endoscopia, raios-x e laboratório para testagem rápida de HIV e de hepatite B. (PINHEIRO et al., 2017).

A população do estudo foi constituída por enfermeiros que atuam no hospital com experiência no cuidado a pacientes com TB. A amostra é

não probabilística e, por conveniência, foi constituída por 10 enfermeiros, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: atuar no hospital há pelo menos seis meses; prestar o cuidado de enfermagem a pacientes com TB; bem como, estar presente no hospital durante a coleta de dados. Os critérios de exclusão foram: não exercer prestação de cuidados a pacientes com TB e estar ausente no dia da coleta de dados.

O material empírico foi coletado nos meses de agosto a outubro de 2019, a partir de uma entrevista, utilizando um roteiro semiestruturado.

As entrevistas foram realizadas individualmente, mediante uso de gravador, em local reservado, garantindo o direito ao anonimato e à privacidade, e com o tempo médio de 10 minutos, sendo composta por duas partes: a primeira referente a perguntas fechadas destinada aos dados de caracterização da amostra, e a segunda foi constituída por questões abertas referentes à temática.

Os usuários participantes do estudo foram identificados pela letra E (Enfermeiros) e dispostos em sequência (E1 a E10), de acordo com a ordem de realização das entrevistas.

Para análise do material empírico, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo para identificação dos núcleos de sentido, codificação e categorização dos achados qualitativos (BARDIN, 2016). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de João Pessoa/Unipê, com o parecer nº 3.106.959 e CAAE: 04248718.5.0000.5176.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos dez participantes do estudo, 10 (100%) são do sexo feminino, 07 (70%) possuem idade entre 30 a 40 anos.

Observou-se que o tempo de serviço no hospital variou entre 06 meses a 20 anos ou mais, em que 06 (60%) dos participantes apresentaram um tempo de serviço de 06 meses a 05 anos; 01 participante (10%) com o tempo de 06 a 10 anos; 02 (20%) de 11 a 20 anos; e 01 (10%) com 20 anos ou mais de serviço prestado ao hospital. O tempo de atuação com pacientes com TB se diversifica entre: 04 meses a 01 ano para 03 participantes (30%), 02 a 04 anos para 05 participantes (50%) e 5 a 6 anos para 02 (20%) dos entrevistados.

Evidenciou-se que 08 (80%) dos enfermeiros entrevistados fizeram algum tipo de curso de qualificação profissional. Salienta-se que 05 (50%) enfermeiros realizaram algum tipo de especialização, 01 (10%) possui titulação de mestre e os 04 (40%) restantes apresentam apenas a graduação. Com base nos dados acima, observa-se que a média de enfermeiros qualificados com algum tipo de curso de especialização foi de cunho positivo, para a ocupação do cargo atual.

Da análise do material empírico, foi possível apreender duas categorias: (1) Experiência hospitalar do enfermeiro no cuidado ao paciente com Tuberculose; (2) Abandono do tratamento da Tuberculose: dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros.

Categoria 1 - Experiência hospitalar do enfermeiro no cuidado ao paciente com Tuberculose

A enfermagem demonstra-se como grande pilar na luta contra doenças infectocontagiosas, pois apresenta grande aparato científico tanto no cenário hospitalar, quanto no da Atenção Básica (AB), com a finalidade de por em prática o cuidado necessário à saúde do paciente

com TB, envolvendo a prevenção, tratamento e a formação de recursos humanos para atuação frente à doença (AYRES et al., 2012).

Quando questionados sobre sua experiência no cuidado ao paciente com TB, os enfermeiros (E3, E5, E10) informaram que na época em que foram escalados pela primeira vez para prestarem os cuidados aos pacientes com TB, tiveram um impacto negativo por conta do contágio da doença:

Eu tive aquele primeiro impacto, mas depois você vai se acostumando e você vai vendo que a tuberculose não é esse bicho de sete cabeças pra se trabalhar [...] (E3).

Quando eu cheguei aqui aí foi aquele impacto, poxa vou ficar logo na área de tuberculose? (E9).

[...] A coordenadora falou: não fique tensa. Usando os EPIs corretamente e seguindo as condutas certas tá tranquilo [...] (E10).

Tais enunciados correspondem ao estigma e ao preconceito que ainda paira sobre a TB, fazendo com que os profissionais de saúde de um serviço de referência em doenças infectocontagiosas manifestem-se apreensivos, mesmo dispondo das medidas de biossegurança utilizadas no cuidado a esses pacientes com TB.

O comportamento desses profissionais mostra-se como fator principal para a fragilidade do cuidado de enfermagem, além de reduzir as experiências no controle da patologia em questão.

A terapêutica utilizada em pacientes com TB está diretamente associada à atuação dos enfermeiros que devem apresentar preparo técnico-científico para contribuir com as ações necessárias ao tratamento, com o intuito de reduzir às fragilidades no cuidado à saúde (TEMOTEO et al., 2019).

Outra questão tratada pelos participantes sobre sua experiência com os pacientes de TB se deu, justamente, pelas medidas de prevenção com uso dos Equipamentos de Proteção Individuais (EPI) e para o manejo do paciente, citado como garantia de proteção durante o cuidado:

[...] temos os EPIs disponível na casa. É uma coisa que não falta. Então, tem todos os EPIs e principalmente a máscara N95. [...] (E1).

[...] faz a vacinação de rotina, uso de máscara N95, uso de luvas, jaleco e quando o paciente está em isolamento a gente também usa os aventais/suportes, material todo separado para esse paciente que estiver necessitando (E7).

[...] mascara N95, toucas, luvas, capotes se precisar de uma medida mais extrema, óculos luvas de procedimentos, luvas estéril [...] (E4).

[...] eu uso toda paramentação apropriada. Uso gorro, máscara, avental, luvas, e, para executar um procedimento, seja sonda vesical ou nasogástrica, seja um elétron [...] (E9).

Além do preparo técnico-científico, é dado enfoque à utilização correta dos EPIs que, segundo a Norma Regulamentadora (NR) 32, tem por objetivo precaver acidentes e/ou adoecimentos provocados pelo trabalho nos profissionais de saúde, reduzindo ou eliminando os fatores de risco presentes no serviço (BRASIL, 2011a).

Logo, é evidenciado que o cuidado de enfermagem aos pacientes com TB envolve as medidas de segurança para os profissionais. Por outro lado, identificaram-se questões gerenciais de ordens relacionadas ao fluxo de pacientes do setor de fisiologia, circulando livremente em outros espaços do hospital:

[...] Paciente deveria ficar dentro das enfermarias e não está transitando em corredores, mas não funciona, não funciona por quê? Porque aqui é um hospital que entra muita gente, aí muita gente transita nos corredores, pacientes vai para outras enfermarias de outros pacientes e isso favorece a transmissão [...] (E6).

A transmissão de infecções em ambiente hospitalar com grande circulação de pessoas gera preocupação, pois se torna difícil o controle do agente etiológico da doença, sendo uma das principais causas da disseminação e, conseqüentemente, da elevação de custo para o tratamento do doente (CRUZ; SANTOS; SOUZA, 2017).

Outro relato que merece atenção diz respeito à disseminação da doença entre profissionais:

[...] Muitos profissionais de saúde já tiveram Tuberculose aqui, [...] são multirresistentes e eles não trabalham mais na pneumo masculino[...] (E9).

Em estudo realizado acerca da utilização de indicadores para avaliação da qualidade de programas de prevenção de risco ocupacional à TB, foi evidenciado que, apesar das recomendações, algumas instituições de saúde no Brasil não estão usando o Teste Tuberculínico (TT) rotineiramente. O *Centers for Disease Control* recomenda a utilização do TT sempre que existir a possibilidade de elevada exposição à TB e que profissionais de saúde devem ser periodicamente avaliados quanto à infecção por Tuberculose latente, usando o TT (SANTOS et al., 2016).

Desse modo, é possível visualizar que os enfermeiros, quando prestaram o seu primeiro cuidado a esse paciente, sentiram-se impactados principalmente pelos estigmas relacionados à doença e à sua transmissão. Entretanto, verificou-se que o hospital em questão disponibiliza os EPIs

necessários e que os enfermeiros os utilizam e compreendem a importância das medidas de segurança para prevenir o adoecimento do profissional e de usuários do serviço.

Categoria 2 - Abandono do tratamento da Tuberculose: dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros

Os vícios enquadram-se como os principais fatores para o abandono do tratamento da TB, pois colaboram para uma destruição físico/psicológica dos dependentes, para que as medicações não sejam ingeridas nos horários corretos, e, conseqüentemente, ocorra a reincidência da doença.

O uso frequente das drogas lícitas ou ilícitas gera grande impacto à saúde pública, pois aumenta significativamente as possibilidades de complicações ocasionadas pela TB, afetando diretamente o sistema fisiológico e psicológico do paciente, o que eleva o índice de desistência do tratamento (DUARTE *et al.*, 2018).

Portanto, os fragmentos textuais enunciados pelos enfermeiros explicam essas características:

[...] Tem muitos pacientes que por ser dependente de drogas, eles abandonam o tratamento pela metade, saindo do hospital e volta pro vicio[...] (E2).

[...] Tem médico aqui que tenta segurar de 6 a 9 meses pra da alta por cura porque sabe que se der antes, eles vão voltar pro vicio, pra bebida, pra drogas e acaba voltando para cá e fica multirresistente [...] (E3).

[...] A dificuldade maior é exatamente essas saídas, essas idas e vindas, essa descontinuidade desse cuidado, e

às vezes a dificuldade é do paciente de não aderir o tratamento corretamente, entendeu? [...] (E9).

Diante dos depoimentos, observou-se que o uso de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas, a descontinuidade do cuidado e a dificuldade de aderir ao tratamento interferem negativamente na continuidade e êxito na terapêutica da TB, pois são os principais elementos para o abandono do tratamento.

A relação entre tuberculose e o uso de drogas ilícitas está aumentando, levando a um problema de saúde pública, pois envolve aspectos políticos, humanos, sociais e econômicos, fato que acarreta inúmeras complicações tanto individuais quanto coletivas, podendo evoluir para o óbito do doente (SILVA, MUÑOZ-TORRICO, DUARTE, et al., 2018).

Dessa forma, o contexto social se destaca como fator para a não adesão dos pacientes à terapêutica preconizada. Além disso, a longa duração do esquema terapêutico, os efeitos adversos associados às medicações, o uso excessivo de drogas e a falta de apoio familiar e comunitário elevam o risco da não continuidade do tratamento (BRASIL, 2019).

Com isso, é preconizada a ingestão de medicamentos com supervisão de profissional de saúde, no intuito de garantir o uso regular e possibilitar a identificação de vulnerabilidades dos pacientes, evitando a ampliação da resistência e aumentando a probabilidade de cura (BRASIL, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa possibilitou a identificação da experiência hospitalar do enfermeiro no cuidado ao paciente com Tuberculose,

evidenciando as dificuldades em manter o tratamento do paciente até o alcance da cura.

A grande demanda dos pacientes atendidos pelo público da pesquisa é vulnerável, fator que acarreta maior probabilidade de desistência da terapêutica prestada.

Também é válido salientar o conhecimento dos profissionais sobre a TB para o cuidado do paciente, assim como as orientações baseadas no programa de controle e prevenção, o qual visa ao bem estar individual e coletivo. Tal fato pode estar relacionado ao grande quantitativo de profissionais que possui qualificação, ao tempo de serviço na área e ao tempo de atuação na instituição que, para a grande maioria, foi superior a dois anos.

Por fim, o presente estudo contribuiu para a disseminação do conhecimento sobre o cuidado de enfermagem aos pacientes com Tuberculose no ambiente hospitalar. Além disso, permitiu identificar as dificuldades relacionadas ao tratamento do paciente, de modo a fortalecer as leituras sobre o tema e fazer com que os profissionais e pesquisadores reflitam sobre o atendimento direcionado ao paciente com Tuberculose, com vistas a proporcionar uma boa adesão ao tratamento do agravo e, conseqüentemente, à cura da doença.

Quanto às limitações, ressalta-se a resistência por parte dos enfermeiros em participar das entrevistas gravadas, mesmo mediante orientação quanto à privacidade, sigilo e anonimato das informações referentes à identificação do participante.

REFERÊNCIAS

AYRES, L. F. A.; Amorim W. M.; Teresa Cristina de Carvalho Piva T. C. C.; Porto F. R. As estratégias de luta simbólica para a formação da enfermeira visitadora no início do século XX. **Hist Cienc Saude-Manguinhos**, v. 19, n. 3, p. 861-882, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702012000300005&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 29 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial. Tuberculose 2020**. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/24/Boletim-tuberculose-2020-marcas-1.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf. Acesso em: 29 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_livre_tuberculose_plano_nacional.pdf. Acesso em: 29 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n.º 1.748, de 30 de agosto de 2011. NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. 2011. Disponível em: https://enit.trabalho.gov.br/portal/images/Arquivos_SST/SST_NR/NR-32.pdf. Acesso em: 05 de Nov. de 2019.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70; 2016.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 358/2009 de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e

dá outras providências. Brasília-DF, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 29 jun. 2020.

SILVA, D. R.; MUÑOZ-TORRICO, M.; DUARTE, R. *et al.* Fatores de risco para tuberculose: diabetes, tabagismo, álcool e uso de outras drogas. **J Bras Pneumol**. V. 44, n. 3, p. 145-152, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37562017000000443>. Acesso em: 29 jun. 2020.

CRUZ, R. F.; SANTOS, K. A. F.; SOUZA, R. D. **Instrução de Trabalho de procedimentos e condutas para prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde 2017/2019**. Juiz de Fora: Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2017. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/222346/2344967/MANUAL+2017a.pdf/2360905a-78ae-4edc-aa57-2d0dcfc66fef>. Acesso em: 29 jun. 2020.

OLIVEIRA, R. C. C.; ADÁRIO, K. D. O.; SÁ, L. D.; *et al.* Discursos de gestores sobre informação e conhecimento relacionado ao tratamento diretamente observado da tuberculose. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 2, e3210015, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016003210015> Acesso em: 29 jun. 2020.

OLIVEIRA, M.R.; ALMEIDA, P. C.; MOREIRA, T. M. M. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem: percepção e conhecimento da enfermagem Brasileira. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v. 72, n. 6, p. 1547-1553, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0606>. Acesso em: 29 jun. 2020.

PINHEIRO, P. G. O. D.; SÁ, L. D.; PALHA, P. F.; *et al.* Critical points for the control of Tuberculosis on Primary Health Care. **Rev Bras Enferm**, v. 70, n. 6, p. 1227-1234, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000601227&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 29 jun. 2020.

SANTOS, T. R.; PADOVEZE, M. C.; NICHIAITA, L. Y. I.; *et al.* Indicadores para avaliação da qualidade de programas de prevenção de risco ocupacional de tuberculose: São viáveis? **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, e2695, p. 1-7, 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100328&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 jun. 2020.

SILVA, D. R.; MUÑOZ-TORRICO, M.; DUARTE, R.; *et al.* Fatores de risco para tuberculose: diabetes, tabagismo, álcool e uso de outras drogas. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **J Bras Pneumol**, v. 44, n. 2, p.145-152, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v44n2/pt_1806-3756-jbpneu-44-02-00145.pdf. Acesso em: 29 jun. 2020.

TEMOTEO, R. C. A.; CARVALHO, J. B. L.; LIRA, A. L. B. C.; *et al.* Enfermagem na adesão ao tratamento da tuberculose e tecnologias em saúde no contexto da atenção primária. **Esc Anna Nery**, v. 23, n. 3, e20180321, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000300504&lng=en&nrm=iso&tlng=pt#B3. Acesso em: 29 jun. 2020.



Retardo do Diagnóstico da Tuberculose nos Serviços de Saúde Revisão Integrativa

- » *Fernanda Araújo da Costa,*
- » *Lauremília Maria Gomes Pereira,*
- » *Dayse Caetano Beserra Dias Sobreira,*
- » *Arieli Rodrigues Nóbrega Videres,*
- » *Anne Jaquelyne Roque Barreto*

A tuberculose (TB), doença infectocontagiosa de evolução benigna – quando tratada adequadamente –, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, permanece como um desafio histórico global de Saúde Pública. Ocupa o ranking entre as dez principais causas de morte no planeta, quando considerado seu impacto epidemiológico na sociedade. Mundialmente, foi responsável pelo adoecimento de 10 milhões de pessoas e pelo óbito de aproximadamente 1,3 milhão no ano de 2017 (WHO, 2018).

Contraopondo-se ao cenário mundial, no ano de 2018, o Brasil registrou cerca de 72.788 casos novos da doença, correspondendo a um coeficiente de incidência de 34,8 casos/100 mil habitantes (BRASIL, 2019).

Segundo Pinheiro et al. (2017), o maior desafio dos profissionais de saúde no cuidado e na minimização da incidência dos casos de TB no Brasil é o diagnóstico tardio, atribuindo esse atraso ao doente e ao serviço de saúde. Ao doente, pela demora na procura pelo serviço desde os primeiros

sintomas até a primeira consulta; e ao serviço de saúde, pelo tempo decorrido da primeira consulta até o diagnóstico. A descoberta precoce da TB contribui para a redução da transmissão da doença, justificando a necessidade de estratégias ativas para identificar e tratar precocemente os novos casos.

De acordo com Ponce et al. (2016), a detecção precoce dos casos de TB representa uma atividade essencial no controle da doença e no cuidado ao doente, pois possibilita a rapidez na introdução da terapia medicamentosa, contribuindo para a ruptura da cadeia de transmissão do bacilo e a redução da taxa de morbimortalidade.

Silva-Sobrinho et al. (2012) consideram relevante e necessária a realização de pesquisas de causa-efeito para determinar os componentes envolvidos no retardo do diagnóstico e, concomitantemente, desenvolver um planejamento efetivo de ações de cuidado e controle da TB nos serviços de Atenção Básica à Saúde, embasadas na situação epidemiológica de cada localidade.

Considerando que o diagnóstico tardio da TB se configura um grande desafio a ser enfrentado pela gestão e trabalhadores de saúde, no cuidado e na redução da incidência do agravo no país, devido à magnitude de suas consequências para o paciente, a família, a comunidade e o próprio sistema, questiona-se: Que aspectos contribuem para o retardo do diagnóstico da TB nos serviços de saúde no Brasil? Que conhecimentos foram produzidos e disponibilizados na literatura científica nacional sobre o diagnóstico tardio da TB?

Parte-se do pressuposto de que retardos na procura pelo serviço de saúde e na obtenção do diagnóstico comprometem o cuidado e o manejo clínico do doente com obtenção de sua cura, aumentam a gravidade

da doença e potencializam a disseminação da infecção na comunidade, elevando a taxa de mortalidade.

Nesse capítulo, propôs-se identificar os aspectos relacionados ao retardo do diagnóstico da tuberculose em serviços de saúde, a partir do desenvolvimento de uma síntese do conhecimento produzido na literatura, metodologicamente denominada revisão integrativa.

Destarte, investigações dessa natureza apresentam implicações relevantes para o avanço do conhecimento no campo do saber da Enfermagem e demais campos da Saúde, nas dimensões de ensino, pesquisa, gestão e assistência, por possibilitar reflexões quanto à necessidade de se prover um cuidado profissional mais humano, completo e multidimensional; de formular estratégias mais efetivas no controle da doença, de acordo com as singularidades geográficas e diversidade populacional; de envolver a gestão quanto ao reconhecimento da problemática e incentivo financeiro em recursos humanos, materiais e estruturais; e de incentivar novas pesquisas relacionadas à temática.

MÉTODO

O caminho metodológico percorrido para responder à questão de investigação foi a revisão integrativa, método de pesquisa que sintetiza resultados obtidos em estudos primários sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, almejando contribuir com o avanço de seu conhecimento (ROMAN; FRIEDLANDER, 1998).

Conforme elucidado por Souza, Silva e Carvalho (2010), diante da necessidade de assegurar uma prática embasada em evidências científicas, a revisão integrativa tem sido apontada como uma ferramenta ímpar no

campo da saúde, pois sintetiza as pesquisas disponíveis sobre determinada temática e direciona o profissional para uma prática fundamentada em conhecimento científico.

Com a diversidade de autores que desenvolveu e/ou pesquisa sobre a revisão integrativa, elegeram-se as etapas descritas por Botelho, Cunha e Macedo (2011) para estudos organizacionais, quais sejam: 1) identificação do tema e seleção da questão da pesquisa; 2) estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; 3) identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados, 4) categorização dos estudos selecionados; 5) análise e interpretação dos resultados; e 6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Na primeira etapa, definiram-se o problema, a questão de investigação, as estratégias de busca, os descritores e as bases de dados (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011). Após escolha e definição do tema, formulou-se a questão de pesquisa: Quais os aspectos relacionados ao retardo do diagnóstico da TB nos serviços de saúde no Brasil, no período de 2006 a 2016?

Realizou-se uma busca na literatura no *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), entre os meses de novembro e dezembro de 2017.

Consultaram-se bases de dados de literatura científica e técnica, como a Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), e Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME).

Como estratégia de busca, utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e o operador booleano “and”, assim definidos, “enfermagem and tuberculose and diagnóstico and serviços de saúde”.

Na etapa seguinte – estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão –, utilizaram-se as bases de dados selecionadas para buscar os estudos com base nesses critérios (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

Como critérios de elegibilidade, selecionaram artigos nacionais disponíveis na íntegra, no idioma português, publicados entre os anos de 2006 e 2016. Excluíram-se os artigos secundários, artigo de reflexão, relatos de experiências, casos clínicos, artigos em duplicidade e demais estudos que não responderam à questão de pesquisa.

A terceira etapa da revisão correspondeu à identificação dos estudos (pré) selecionados. Realizou-se a leitura dos resumos, palavras-chave e títulos das publicações completas, organizando os estudos pré-selecionados conforme as estratégias de busca e bases de dados. Posteriormente, ao verificar suas adequações aos critérios de inclusão e exclusão, identificaram-se os estudos selecionados para compor a amostra final da pesquisa (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

Após o cruzamento dos descritores, foram obtidos 2.178 artigos, sendo 77 disponíveis na SCIELO e 2.101 na BVS. Após aplicação dos filtros de pesquisa, foram selecionados 96 estudos, sendo 40 na SCILEO e 56 na BVS. Ao delimitar os critérios de exclusão, apenas nove estudos foram selecionados para compor a amostra posteriormente à leitura dos títulos, resumos, palavras-chave e texto na íntegra.

Para a realização da coleta de dados, utilizou-se o instrumento de dados validado por Ursi (2005), considerando os seguintes elementos: identificação do artigo original; características metodológicas do estudo; avaliação do rigor metodológico, das intervenções mensuradas e dos resultados encontrados.

Contruiu-se um quadro contendo a descrição dos autores, títulos, objetivos, ano, periódicos e participantes (Quadro 1). Variáveis como local da pesquisa, tipo e abordagem de estudo e instituição envolvida também foram descritas.

A posteriori, na quarta etapa, que correspondeu à categorização dos estudos selecionados, elaborou-se uma matriz de síntese e uma biblioteca individual, categorizando e julgando criticamente a qualidade das informações colhidas (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

Na quinta etapa, que trata da análise e interpretação dos resultados, os dados foram criticamente discutidos e confrontados com a literatura pertinente e relevante acerca da temática (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

Por fim, na sexta etapa, que trata da apresentação da revisão e síntese do conhecimento, elaborou-se um relatório final de pesquisa contemplando a descrição metodologicamente clara, objetiva e concisa das etapas percorridas pelo autor, bem como a síntese dos principais resultados e os apontamentos e reflexões para estudos futuros (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

Conforme visualizado no Quadro 1, percebe-se uma preocupação dos autores com a temática do diagnóstico da TB no cenário da Atenção Básica, por meio da investigação das características dos doentes e dos fatores que o interferem.

Nessa perspectiva, a maioria dos estudos (oito) analisou a temática na perspectiva dos doentes de TB e apenas um estudo na perspectiva de profissionais gestores em saúde. Os nove artigos foram publicados entre os anos de 2009 a 2016, em periódicos de forte impacto para a produção do conhecimento, com destaque para os periódicos na área da Saúde Coletiva, Enfermagem e Epidemiologia.

Em relação às variáveis local, tipo e abordagem de pesquisa, observa-se que os estudos foram desenvolvidos nas regiões Nordeste (João Pessoa e região metropolitana), Sudeste (São José do Rio Preto, Ribeirão Preto, Rio de Janeiro) e Sul (Foz do Iguaçu). Houve predominância do estudo epidemiológico transversal (seis artigos) e da abordagem quantitativa (sete artigos).

Quadro 1 - Descrição dos estudos selecionados conforme os autores, títulos, objetivos, ano de publicação, periódico e participantes do estudo. João Pessoa - PB, 2017.

Nº	Autores	Títulos	Objetivos	Ano	Periódico	Participantes
A1	SÁ, L. D. et al.	A discursividade de gestores sobre aspectos relacionados ao retardo do diagnóstico de tuberculose.	Analisar a discursividade de gestores sobre aspectos relacionados ao retardo do diagnóstico da tuberculose.	2013	Revista Escola de Enfermagem da USP	16 gestores de Unidades de Saúde da Família
A2	PONCE, M. A. Z. et al.	Atraso do diagnóstico da tuberculose em adultos em um município paulista em 2009: estudo transversal.	Analisar características dos doentes e dos serviços de saúde associadas ao atraso do diagnóstico da tuberculose no município paulista de São José do Rio Preto.	2016	Epidemiologia e Serviços de Saúde	99 doentes de tuberculose
A3	PAIVA, R. C. G. et al.	Acessibilidade ao diagnóstico de tuberculose em município do Nordeste do Brasil: desafio da atenção básica.	Analisar o desempenho dos serviços de saúde no diagnóstico da tuberculose.	2014	Revista Eletrônica de Enfermagem	101 usuários com tuberculose
A4	BERALDO, A. A. et al.	Atraso na busca por serviço de saúde para diagnóstico da Tuberculose em Ribeirão Preto (SP).	Analisar o atraso na busca por serviço de saúde para o diagnóstico da TB em Ribeirão Preto (SP), 2009.	2012	Ciência e Saúde Coletiva	94 doentes

A5	SILVA-SOBRINHO, R. A. et al.	Retardo no diagnóstico da tuberculose e município da triplíce fronteira Brasil, Paraguai e Argentina.	Identificar os aspectos relacionados aos doentes e aos serviços de saúde no retardo do diagnóstico da tuberculose.	2012	Revista Panamericana de Salud Pública	100 doentes de tuberculose
A6	SASAKI, N. S. G. M. S. et al.	Atrasos na suspeita e no diagnóstico de tuberculose e fatores relacionados.	Medir os atrasos na suspeita e no diagnóstico de tuberculose (TB) e identificar fatores relacionados.	2015	Revista Brasileira de Epidemiologia	100 doentes de tuberculose
A7	OLIVEIRA, A. A. V. et al.	Diagnóstico da tuberculose em pessoas idosas: barreiras de acesso relacionadas aos serviços de saúde.	Analisar as barreiras ao diagnóstico da tuberculose em idosos relacionados aos serviços de saúde no município de João Pessoa – PB.	2013	Revista Escola de Enfermagem da USP	7 idosos doentes de tuberculose
A8	MACHADO, A. C. F. T. et al.	Fatores associados ao atraso do diagnóstico da tuberculose pulmonar no estado do Rio de Janeiro.	Estimar o tempo decorrido entre o início dos sintomas e diagnóstico de tuberculose pulmonar e analisar os fatores associados ao atraso no diagnóstico da tuberculose pulmonar no estado do Rio de Janeiro.	2011	Jornal Brasileiro de Pneumologia	218 pacientes com tuberculose pulmonar
A9	SCATENA, L. M. et al.	Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil.	Avaliar as dificuldades de acesso para diagnóstico da tuberculose nos serviços de saúde no Brasil.	2009	Revista de Saúde Pública	Pacientes com tuberculose

Dos 37 autores responsáveis pelos nove estudos que compuseram a amostra dessa pesquisa, percebe-se que a Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e a Universidade de São Paulo (USP) foram as instituições de ensino com maior número de estudo e publicações em tuberculose.

Justifica-se o achado pelo fato dessas instituições possuírem Grupos de Estudos e Pesquisa relacionados à temática, a exemplo do Grupo de Estudo e Qualificação em Tuberculose da Paraíba (UFPB) e o Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose (GEO-TB). Ambos estão vinculados à Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE TB), desenvolvendo pesquisas operacionais em parceria.

Pela síntese do conhecimento relacionada aos principais resultados extraídos da amostra desse estudo, percebe-se que o retardo do diagnóstico da TB foi influenciado por fatores relacionados à organização dos serviços de saúde e aos profissionais de saúde, conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 – Aspectos que favoreceram o retardo do diagnóstico da tuberculose nos serviços de saúde. João Pessoa – PB, 2017.

Categoria	Aspectos relacionados à categoria
Aspectos relacionados aos profissionais de saúde	<ul style="list-style-type: none">- Falta de capacitação- Redução de profissionais- Ausência de busca ativa (atenção domiciliar)- Transferência de responsabilidades

Aspectos relacionados à organização dos serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none">- Demora para solicitação de exames diagnósticos- Demora no agendamento de consultas- Dificuldade no acesso- Estrutura inadequada
---	--

O despreparo da equipe, a falta de capacitação, o número reduzido de profissionais, a transferência de responsabilidades e a não realização da busca ativa por meio da atenção domiciliar contribuíram para o diagnóstico tardio da doença. Tais profissionais apresentaram deficiências em suas competências e habilidades para cuidar desse público específico, alegando o não provimento de treinamentos pela falta de uma política de educação em saúde efetiva. Apesar das dificuldades inerentes a cada categoria de trabalhadores, esses últimos deveriam ter se apoderado de seu processo de trabalho e incluído medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças no planejamento semanal das ações, conforme a diversidade de grupos sob suas responsabilidades.

A capacitação dos profissionais de saúde tem influência bastante relevante na captação dos novos casos de TB, assim como a participação de todos os profissionais da equipe da ESF na busca ativa dos sintomáticos respiratórios e no planejamento de ações que modifiquem a realidade e identifiquem, de fato, todos os casos de TB. Logo, é evidente que a não realização de nenhum tipo de busca ativa acarreta prejuízos que devem ser refletidos pelos gestores e trabalhadores de saúde.

Carnut (2017) afirma que, no âmbito da gestão do cuidado à verticalização, a burocratização, a pouca qualificação, e o não investimento

em educação dos profissionais, além dos os escassos investimentos em fomento a cogestão, os desrespeitos constantes aos direitos dos usuários do SUS e, acima de tudo, a desvalorização dos profissionais da saúde são fatores que ocasionam efeitos mais do que negativos na produção do cuidado em larga escala.

No que diz respeito aos aspectos relacionados à organização dos serviços de saúde, alguns fatores contribuíram para o diagnóstico tardio da TB, tais como: demora no agendamento de consultas e solicitação de exames diagnósticos, dificuldades no acesso e estrutura física inadequada.

Tais achados inferem a insuficiência da Atenção Básica para o diagnóstico da TB, revelando que o modelo de atenção vigente nos serviços de saúde não estava compatível ao modelo de atenção proposto pelo SUS, cujo paradigma da produção social em saúde é fortemente determinante às práticas de saúde.

Corroborando com esses achados, um estudo desenvolvido por Sacramento et al. (2019) correlacionou a forma como os serviços de saúde de Manaus estava organizada ao atraso no tempo para o diagnóstico da TB, período esse estimado em duas ou três semanas após o início dos sintomas. Apontaram, também, a dificuldade de acesso, a baixa resolutividade da atenção, a morosidade no agendamento de exames complementares e de marcação de consultas, além da baixa taxa de visita domiciliar como barreiras no diagnóstico e tratamento dos casos.

Malacarne et al. (2019) apontam a ineficiência da Atenção Básica para detectar sintomáticos respiratórios em aldeias brasileiras, elucidando que o acesso aos serviços de saúde para diagnóstico e tratamento da TB depende da oferta, estrutura e organização dos sistemas locais; e da superação de barreiras de ordem geográfica, econômica e funcional para a adequação das ações desenvolvidas pelos serviços às necessidades da população.

Pinheiro et al. (2017), ao analisarem os discursos de profissionais atuantes em serviço de referência sobre pontos de estrangulamento que afetam os atributos essenciais da APS relacionados ao controle da TB, no município de João Pessoa-Paraíba, apontaram alguns fatores como principais entraves no controle da doença: a ausência de vínculo e de acolhimento, o preconceito por parte dos profissionais, dificuldades de acesso à realização de exames, consultas e tratamento, falhas no sistema de referência e contrarreferência.

Destarte, observa-se que os entraves no diagnóstico precoce da TB são comuns em algumas regiões do Brasil, sendo necessária uma reflexão sobre a efetividade do modelo de saúde vigente e uma reorganização no sistema de serviços de saúde segundo a lógica da Rede de Atenção à Saúde, proposta por Mendes (2011), como suporte às políticas públicas e projetos em que os recursos são escassos e os problemas complexos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos desafios dos gestores e profissionais de saúde na redução da incidência de agravos no Brasil é o diagnóstico tardio da TB, situação essa que eleva a transmissão da doença e retarda o início do tratamento, evidenciando que os avanços na área da saúde e em suas políticas não estão sendo suficientes para seu controle e diagnóstico precoce.

Pela síntese do conhecimento sobre os fatores que favoreceram o diagnóstico tardio da TB, percebe-se que aspectos relacionados aos profissionais de saúde e à organização dos serviços de saúde contribuíram para a ocorrência dessa problemática, contradizendo as ações de controle da doença estabelecidas em protocolos ministeriais e contrariando as diretrizes e pressupostos da política de reorientação do modelo de atenção à saúde.

Fazem-se necessários investimentos em recursos físicos, materiais e humanos que assegurem uma melhoria da prática profissional na Atenção Básica, principalmente no tocante às ações de controle da TB. Os profissionais, gestores em saúde e os próprios pacientes devem se comportar na perspectiva das redes de atenção e da gestão compartilhada e corresponsável do cuidado.

REFERÊNCIAS

BALDERRAMA, P. *et al.* Porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose: avaliação da estrutura dos serviços. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 16, n. 3, p. 511-519, jul./set. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i3.21408>. Acesso em: 28 ago. 2019.

BERALDO, A. A. *et al.* Atraso na busca por serviço de saúde para diagnóstico da Tuberculose em Ribeirão Preto (SP). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3079-3086, nov. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100024>. Acesso em: 05 dez. 2017.

BOTELHO, L. L. R; CUNHA, C. C. A; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p. 121-136, mai./ago. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220>. Acesso em: 28 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasil livre da tuberculose: evolução dos cenários epidemiológicos e operacionais da doença. **Boletim Epidemiológico**, v. 50, n. 9, p. 1-18, mar. 2019. Disponível em: <https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/22/2019-009.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2020.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, out./dez. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711515>. Acesso em: 21 jun. 2020.

MALACARNE, J. *et al.* Acesso aos serviços de saúde para o diagnóstico e tratamento da tuberculose entre povos indígenas do estado de Rondônia, Amazônia Brasileira, entre 2009 e 2011: um estudo transversal. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 28, n. 3, p. 1-8, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742019000300002>. Acesso em: 12 jun. 2020.

MACHADO, A. C. F. T. *et al.* Fatores associados ao atraso no diagnóstico da tuberculose pulmonar no estado do Rio de Janeiro. **J Bras Pneumol**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 512-520, jul./ago. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132011000400014>. Acesso em : 05 dez. 2017.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

OLIVEIRA, A. A. V. *et al.* Diagnóstico da tuberculose em pessoas idosas: barreiras de acesso relacionadas aos serviços de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 145-151, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000100018>. Acesso em: 05 dez. 2017.

PAIVA, R. C. G. *et al.* Acessibilidade ao diagnóstico de tuberculose em município do Nordeste do Brasil. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 16, n. 3, p. 520-526, jul./set. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v16i3.23491>. Acesso em: 05 dez. 2017.

PINHEIRO, P. G. O. D. *et al.* Critical points for the control of tuberculosis on primary health care. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 6, p. 1227-1234, nov./dez. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0467>. Acesso em: 12 jul. 2019.

PONCE, M. A. Z. *et al.* Atraso do diagnóstico da tuberculose em adultos em um município paulista em 2009: estudo transversal. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 553-562, jul./set. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742016000300011>. Acesso em: 04 dez. 2017.

ROMAN, A. R; FRIEDLANDER, M. R. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 109-112, jul./dez. 1998. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v3i2.44358>. Acesso em: 29 out. 2017.

SÁ, L. D. *et al.* A discursividade de gestores sobre aspectos relacionados ao retardo do diagnóstico de tuberculose. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo,

v. 47, n. 5, p. 1170-1177, out. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000500022>. Acesso em: 05 dez. 2017.

SACRAMENTO, D. S. *et al.* Organização dos serviços de saúde para o diagnóstico e tratamento dos casos de tuberculose em Manaus, Amazonas, 2014.

Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, v. 28, n. 2, p. 1-13, abr./mai. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742019000200007>. Acesso em: 02 jun. 2020.

SASAKI, N. S. G. M. S. *et al.* Atrasos na suspeita e no diagnóstico de tuberculose e fatores relacionados. **Rev Bras Epidemiol**, v. 18, n. 4, p. 809-823, out./dez. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500040011>. Acesso em: 05 dez. 2017.

SCATENA, L. M. *et al.* Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 389-397, jun. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000022>. Acesso em: 05 dez. 2017.

SILVA-SOBRINHO, R. A. *et al.* Retardo no diagnóstico da tuberculose em município da tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina. **Rev Panam Salud Publica**, v. 31, n. 6, p. 461-468, 2012. Disponível em: <http://scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v31n6/461-468/pt>. Acesso em: 05 dez. 2017.

SOUZA, M. T. de; SILVA, M. D. da; CARVALHO, R de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, jan./mar. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>. Acesso em: 27 out. 2017.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa da literatura. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18072005-095456/pt-br.php>. Acesso em: 28 fev. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Tuberculosis Report 2018**. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274453/9789241565646-eng.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em: 11 jun. 2020.



Autores

- **Adriana Maria da Silva** - Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, Campus de Cuité/PB. Residência em Saúde Coletiva pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Secretaria de Saúde do Recife - PRMSC/SESAU/IMIP.
- **Amanda Haissa Bairros Henriques** - Enfermeira pela Universidade Federal de Campina (UFCG) - campus Cuité-PB. Especialista em Saúde da Família pela FIP, Mestre em Enfermagem pelo PAPGenf UPE/UEPB. Membro do Grupo de Estudos e Qualificação em Tuberculose da Paraíba (GEOTB/PB). Docente EBTT do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba/IFPB, Campus Avançado João Pessoa Mangabeira/PB.
- **Ana Caroline Ferreira da Silva** - Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Faculdade UNINASSAU. João Pessoa. Técnica em Enfermagem. Escola de enfermagem São Vicente de Paula.
- **Ana Cristina de Oliveira e Silva** - Enfermeira. Professora adjunto da UFPB, vinculado ao Departamento de Enfermagem Clínica. Professora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem - PPGENF/UFPB. Possui doutorado pela Universidade de São Paulo - USP pelo Programa de Pós- graduação em Enfermagem

Fundamental. Vice-coordenadora da residência multiprofissional do Hospital Universitário Lauro Wanderley. Líder do Núcleo de estudos e pesquisas em agravos infecciosos e qualidade de vida - NEPAIQV.

- **Andréa Gazzinelli Corrêa de Oliveira** – Enfermeira. Possui doutorado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. É professora titular aposentada da Escola de Enfermagem da UFMG atuando como professora permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFMG. Foi Pesquisadora Visitante no Centers for Disease Control and Prevention (CDC) -Atlanta/USA. É Pesquisadora 2 do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico -CNPq.
- **Anne Jaquelyne Roque Barrêto** - Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade Federal da Paraíba vinculada ao Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PPGENF/UFPB. João Pessoa, Paraíba, Brasil. Líder do Grupo de Estudos e Qualificação em Tuberculose da Paraíba - GEOTB/PB.
- **Annelissa Andrade Virgínio de Oliveira** – Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB). Enfermeira do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Membro do grupo de Estudos e qualificação em tuberculose da Paraíba - GEOTB/PB.

- **Arieli Rodrigues Nóbrega Videres** – Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Professora da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cajazeiras-PB. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa sobre a Assistência para a Saúde Humana (GEPASH/UFCG) e Grupo de Pesquisa e Qualificação em Tuberculose (GRUPO TB/PB -UFPB).
- **Carla Braz Evangelista** – Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba/PPGENF/UFPB. Doutoranda em Enfermagem pelo PPGENF/UFPB. Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba/UFPB. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem no Centro Universitário de João Pessoa/UNIPÊ.
- **Dayse Caetano Beserra Dias Sobreira** - Enfermeira pela Universidade Federal da Paraíba. Membro do Grupo de Estudos e Qualificação em Tuberculose da Paraíba (GEO/TB). Coordenadora da Atenção Primária à Saúde/Secretaria Municipal de Saúde de Lavras da Mangabeira, estado do Ceará.
- **Débora Raquel Soares Guedes Trigueiro** - Enfermeira. Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Integra o Grupo de Estudo e Qualificação em Tuberculose da Paraíba (Grupo TB/PB) e o Núcleo de Estudo em HIV/Aids, Saúde e Sexualidade da Paraíba (NEHAS/PB). Professora da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE) e coordenadora e corpo docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da FACENE.

- **Dilyane Cabral Januário** - Enfermeira. Especialista em Centro Cirúrgico e CME. Membro do grupo de Estudos e qualificação em tuberculose da Paraíba (GEOTB/PB).
- **Edna Marília Nobrega Fonseca de Araújo** - Enfermeira pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem – PPGENF da UFPB. Membro do Grupo de Estudo e Qualificação em Tuberculose da Paraíba (Grupo TB/PB). Atua na assistência no Hospital Municipal Dr. Newton Azevedo - Secretaria Municipal de Saúde de Natal. João Pessoa, PB, Brasil
- **Fernanda Araújo da Costa** – Enfermeira pela Universidade Federal de Campina Grande, campus Cuité.
- **Haline Costa dos Santos Guedes** – Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Membro do Grupo de Estudos e qualificação em tuberculose da Paraíba (GEOTB/PB).
- **Lauremília Maria Gomes Pereira**. Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Membro do Grupo de Estudos e Qualificação em Tuberculose da Paraíba (GEO/TB).
- **Janaína von Söhsten Trigueiro** – Enfermeira e Fonoaudióloga. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Professora Adjunta do Departamento de Fonoaudiologia da UFPB. Membro do grupo de Estudos e qualificação em

tuberculose da Paraíba (GEOTB/PB) e do Grupo de Estudos em Diversidade, Educação, Saúde e Fonoaudiologia (GEDESF).

- **Jordana de Almeida Nogueira** - Enfermeira. Doutorado e Pós-doutorado em Enfermagem e Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- EERP-USP. Integrou o Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacionais em Tuberculose (GEOTB) da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (2002- 2018). Bolsista Produtividade em Pesquisa, Líder do Núcleo de Estudo em HIV/aids, Saúde e Sexualidade (NEHAS/UFPB) e pesquisador colaborador do Grupo de Estudos Operacionais em HIV/aids da EERP/USP.
- **José Nildo de Barros Silva Júnior** - Enfermeiro. Especialista em Enfermagem e Saúde da mulher. Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (PPGENF/UFPB). Membro do grupo de Estudos e qualificação em tuberculose da Paraíba (GEOTB/PB).
- **Kallyany Santos Sousa** - Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Faculdade UNINASSAU. João Pessoa. Enfermeira do Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires.
- **Khivia Kiss da Silva Barbosa** - Enfermeira. Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. Professora adjunta da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG. Assistente de pesquisa do Grupo de Estudos e Qualificação em Tuberculose da Paraíba (GEOTB/PB) UFPB

e Pesquisadora no Núcleo de Cuidados Paliativos da UFCG (NECUP/UFCG).

- **Lilia de Medeiros Alcantara** – Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem – PPGENF – UFPB. Teleconsultora de Enfermagem do Telessaúde Brasil Redes/Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa (SMS-JP) e Assessora Técnica da Gerência da Atenção Básica (SMS-JP). Membro do Grupo de Estudos e Qualificação em Tuberculose da Paraíba (GEOTB/PB).
- **Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos** - Sociólogo. Doutorado (2007) em Saúde Coletiva pela UNICAMP. Realizou pós-doutorado em sociologia na Université Pierre-Mendès-France (2015), com o apoio da CAPES. Atualmente, é professor associado no Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Integra o Programa de Estudos em Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, Curso de Vida e Envelhecimento - UFBA, grupo de pesquisa cadastrado no CNPq.
- **Maria das Graças Nogueira Ferreira** – Enfermeira, graduada pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança -FACENE. Especialização em Urgência e Emergência. Atualmente é professora/preceptora das Faculdades de Enfermagem Nova Esperança/FACENE. Mestrado em andamento, em Saúde da Família nas Faculdades Nova Esperança/FACENE.

- **Maricarla Eleotério do Nascimento** – Enfermeira pelo Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ). Pós-Graduanda em Centro Cirúrgico, Recuperação anestésica e Central de material e esterilização. Técnica em Enfermagem no Hospital Universitário Lauro Wanderley HULW/UFPB.
- **Milena Kaline da Costa Silva**- Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Faculdade UNINASSAU. João Pessoa. Especializando em ginecologia e obstetrícia pela Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula (FESVIP). Coordenadora da Imunização da Prefeitura municipal de Bayeux-PB.
- **Nadjahélia de Lima Azevedo** – Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Faculdade UNINASSAU. João Pessoa. Pós-graduanda em ginecologia e obstetrícia pela Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula (FESVIP). Enfermeira na unidade básica de saúde Hélder Targino Maranhão, Araruna- PB.
- **Rayanne Santos Alves** - Enfermeira. Mestra em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem PPGENF-UFPB. Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Modelos de Decisão e Saúde. Docente do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ).
- **Renata Figueiredo Ramalho Costa de Souza** – Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Enfermeira Obstetra com atuação no Posto de Coleta de Leite Humano da maternidade do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB). Enfermeira do Núcleo Hospitalar de

Epidemiologia do Complexo Hospitalar Clementino Fraga-PB. Membro do grupo de Estudos e qualificação em tuberculose da Paraíba (GEOTB/PB).

- **Rita de Cassia Cordeiro de Oliveira** – Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGENF/UFPB. Pós-Doutorado pela Universidade de São Paulo (USP). Professora do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ). Professora Substituta do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba/IFPB, Campus Avançado João Pessoa Mangabeira/PB. Pesquisadora do Grupo de Estudo e Qualificação em Tuberculose da Paraíba (GEOTB/PB).
- **Rodrigo Pinheiro Fernandes de Queiroga** – Enfermeiro. Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. Atualmente é professor da Universidade Federal de Campina Grande, integrando o Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva (NUPESC); integra também o Grupo de Estudo e Qualificação em Tuberculose da Paraíba (GRUPO TB/PB) pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Universidade Federal da Paraíba, vinculado à Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE TB).
- **Ronny Anderson de Oliveira Cruz** – Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPB. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva, Especialista em Gestão em Emergências e Desastres, Ativação de Processos de Mudança na Formação

Superior de Profissionais de Saúde. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa sobre o Tratamento de Feridas (GEPEFE / UFPB). Professor do Curso de Graduação em Enfermagem no Centro Universitário de João Pessoa/UNIPÊ.

- **Salmana Rianne Pereira Alves** – Enfermeira. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, nível Mestrado Profissional pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. Professora da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE). Coordenadora do projeto de Extensão FAPH - FACENE no Atendimento Pré-Hospitalar.
- **Séfora Luana Evangelista de Andrade** - Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (PPGENF/ UFPB). Mestra em Enfermagem. Especialista em Saúde Pública CBPEX/PB. Licenciada em Enfermagem pela UFPB. Membro do grupo de Estudos e qualificação em tuberculose da Paraíba (GEOTB/PB). Membro do Núcleo de estudo em HIV/Aids, saúde e sexualidade.
- **Sérgio Augusto Freire de Souza** - Doutor em Linguística pela Universidade Federal de Campinas (UNICAMP), na área de Análise de Discurso. Líder do Grupo de Pesquisa Discurso e Práticas Sociais (UFAM/CNPq). Docente associado da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Licenciado em Letras e Psicologia pela UFAM.

- **Stephanie de Abreu Freitas** – Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem – PPGENF/UFPB. Membro do Grupo de Estudos e Qualificação em Tuberculose da Paraíba (GEOTB/PB). Orientadora Educacional na Editora Brasileiro & Passos, João Pessoa-PB, Brasil



‘Notas de fim’

- 1 Extraído da tese intitulada “Ações para o controle da tuberculose na população em situação de rua: fatores associados e desempenho de profissionais da atenção primária à saúde”, defendida pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais em 2018.
- 2 Organização internacional que tem como objetivo atrair e distribuir recursos adicionais para prevenir e tratar de HIV/AIDS, TB e malária (The Global Fund, Disponível em: <https://www.theglobalfund.org/en/>).
- 3 Percentual de cura superior a 85% e de abandono do tratamento inferior a 5% (WHO, 2014).
- 4 O termo vulnerabilidade refere-se à exposição das pessoas ao adoecimento como consequência de um conjunto de aspectos relacionados ao indivíduo e ao meio em que ele está inserido (SÁNCHEZ, BERTOLOZZI, 2011).
- 5 Realiza trabalho social de abordagem e busca ativa da PSR nos territórios para promover o acesso à rede de serviços socioassistenciais e às demais políticas públicas, na perspectiva de desencadear o processo de saída das ruas, com retorno familiar e comunitário (BRASIL, 2014b).
- 6 Agradecimentos: Equipe Consultório de Rua- Secretaria Municipal de saúde de João Pessoa; Comunidade Católica Filhos da Misericórdia; Fundação de Amparo à Pesquisa da Paraíba- FAPESQ (PB)

editora filiada à

Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

 Este livro foi diagramado pela Editora
da UFPA em Novembro de 2020,
utilizando a fonte Myriad Pro.

TUBERCULOSE, INTEGRALIDADE E CUIDADO

O QUE SABEMOS?

O livro Tuberculose, integralidade e cuidado: o que sabemos? tem o intuito de apresentar alguns resultados das pesquisas desenvolvidas pelo Grupo de Estudos e Qualificação em Tuberculose da Paraíba (GEO-TB), o qual é credenciado no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e vinculado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (PPGENF/UFPB).

Objetiva indicar caminhos para novos estudos, demonstrando aos profissionais da área os desafios para a implementação de programas e ações para o controle da tuberculose no estado da Paraíba.

Capa | Sumário

