



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Jéssica Barbosa Ramos Bandeira Sena

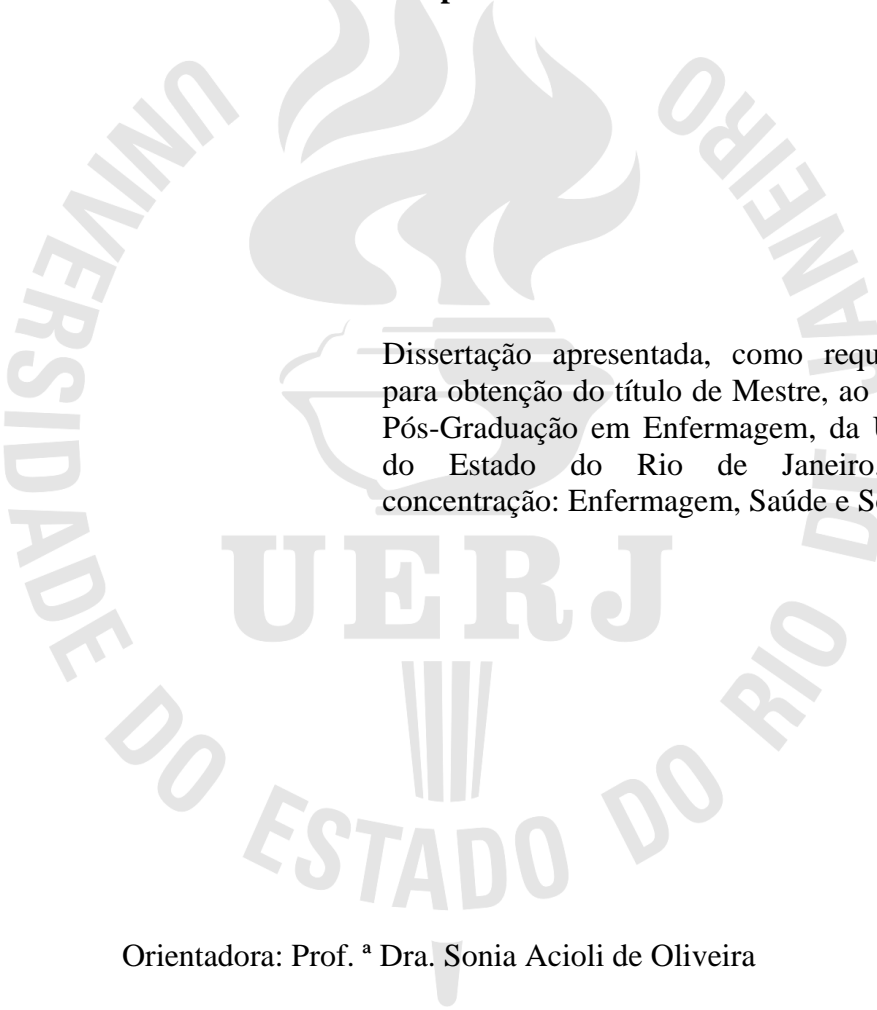
**Práticas de cuidado dos enfermeiros voltadas aos indivíduos com
tuberculose pulmonar em Eunápolis-BA**

Rio de Janeiro

2024

Jéssica Barbosa Ramos Bandeira Sena

**Práticas de cuidado dos enfermeiros voltadas aos indivíduos com tuberculose pulmonar
em Eunápolis-BA**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof. ^a Dra. Sonia Acioli de Oliveira

Rio de Janeiro

2024

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB/B

S474 Sena, Jéssica Barbosa Ramos Bandeira.
Práticas de cuidado dos enfermeiros voltadas aos indivíduos com
tuberculose pulmonar em Eunápolis-BA / Jéssica Barbosa Ramos Bandeira
Sena. – 2024.
89 f.

Orientadora: Sonia Acioli de Oliveira.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem.

1. Tuberculose pulmonar – Enfermagem – Tese. 2. Tuberculose
pulmonar – Epidemiologia – Eunápolis (BA). 3. Enfermeiras e enfermeiros.
4. Padrão de cuidado. 5. Estratégia Saúde da Família – Eunápolis (BA) –
Teses. 6. Atenção primária à saúde - Eunápolis (BA) – Teses. I. Oliveira,
Sonia Acioli de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de
Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Bibliotecária Diana Amado Baptista dos Santos CRB7/6171

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Jéssica Barbosa Ramos Bandeira Sena

**Práticas de cuidado dos enfermeiros voltadas aos indivíduos com tuberculose pulmonar
em Eunápolis-BA**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 26 de fevereiro de 2024.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Sonia Acioli de Oliveira (Orientadora)

Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Vanessa de Almeida Ferreira Corrêa

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Mercedes de Oliveira Neto

Faculdade de Enfermagem – UERJ

Rio de Janeiro

2024

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus pela oportunidade de realizar mais esse sonho. Ao meu esposo Haian, por ser esse homem incrível, que me incentiva todos os dias e faz com que eu me sinta bem e, mais ainda, por ser um excelente pai e cuidar muito bem do nosso filho, Miguel. Este eu agradeço a cumplicidade, pois mesmo tão pequeno entendeu e entende todas as vezes que não pude estar presente devido aos estudos; aproveito para pedir perdão pela ausência e dizer que sua mãe te ama muito.

Aos meus pais, meu irmão, minha tia Shirlene, meus primos Júlia e Luís Philipe, e a querida Fernanda pelo aparato familiar, pois ficar longe se tornou menos difícil porque tive pessoas que me apoiaram a todo instante e cuidaram muito bem do meu filho.

A Prefeitura Municipal de Eunápolis por acreditar em meu estudo e permitir a realização dele, e a cada colega que participou da pesquisa e contribuiu com esse momento ímpar. Aos colegas da Secretaria Municipal de Eunápolis, posso dizer que aprendi demais com vocês e sou grata a cada um e a cada lugar por onde passei, pois trabalhar com vocês me fez ser uma Jéssica que buscou novos horizontes e aprendizados. Também agradeço aos amigos que fiz nessa casa, e dizer que me sinto muito mais forte, pois sei que posso contar com vocês. Obrigada por cada troca de experiência e por todas essas horas diárias, pois realmente transformamos trabalho em felicidade.

Aos colegas do mestrado, doutorado, em especial Regina e Franciele, por estarem sempre ao meu lado e me ajudando nessa caminhada. Aos colegas do grupo SAPESC e todos os docentes que conheci na UERJ, pois vocês me ensinaram a olhar para a enfermagem através de uma lente da qual eu não me recordava mais da existência, saio do mestrado com imenso orgulho de dizer: SOU ENFERMEIRA. A UERJ pela oportunidade de conhecimento e tê-la em minha caminhada; é extraordinariamente incrível. Obrigada por fazer parte da minha história.

A minha orientadora, Sonia Acioli, por acreditar em mim, em minha pesquisa, por me fazer enxergar através de outros horizontes, por me proporcionar momentos maravilhosos, por me corrigir e me direcionar de uma forma leve e doce. Você é maravilhosa.

Agradeço a todos pelo amor.

RESUMO

SENA, J. B. R. B. **Práticas de cuidado dos enfermeiros voltadas aos indivíduos com tuberculose pulmonar em Eunápolis-BA.** 2024. 89 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

A tuberculose (TB) pulmonar é considerada um grave problema de saúde pública, o que implica múltiplos esforços para o seu controle. Espera-se que os indivíduos procurem atendimento na Atenção Primária à Saúde (APS), por ser reconhecida como a porta de entrada do serviço de saúde. Nesse contexto, existe o protagonismo do enfermeiro, que munido de saberes relacionados à doença e às experiências dos indivíduos com TB, devem aprimorar as suas práticas de cuidado visando uma atenção efetiva e integral. A pesquisa tem como objetivo analisar as práticas de cuidado dos enfermeiros voltadas aos indivíduos com tuberculose pulmonar na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Trata-se de uma pesquisa exploratória e analítica de abordagem qualitativa, realizada com 15 (quinze) enfermeiros atuantes nas ESFs do Município de Eunápolis-BA, entre o período de 15/06/2023 a 21/07/2023. A análise dos dados foi realizada mediante a análise de conteúdo de Bardin. A pesquisa respeitou os aspectos éticos dispostos nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde: n. 466/2012, n. 510/2016 e n. 580/2018. Os resultados nos permitiram identificar duas categorias: práticas de cuidado do enfermeiro na estratégia de saúde da família e aspectos da atenção à saúde e sua expressão na produção do cuidado. Uma verificação cuidadosa da formação desses profissionais revelou que as especializações não estão diretamente relacionadas ao campo de atuação específico dos enfermeiros das ESF. Contudo, apontou também um papel crucial dos enfermeiros no acompanhamento da tuberculose em Eunápolis, Bahia.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família (ESF); enfermeiros; práticas de cuidado; Atenção Primária à Saúde (APS); tuberculose.

ABSTRACT

SENA, J. B. R. B. Nurses' care practices for individuals with pulmonary tuberculosis in Eunápolis-BA. 2024. 89 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

Pulmonary tuberculosis (TB) is considered a serious public health problem, which implies multiple efforts to control it. Individuals are expected to seek care in Primary Health Care (PHC), as it is recognized as the gateway to the health service. In this context, nurses play a leading role. Their knowledge of the disease and the experiences of individuals with TB, they must improve care practices in order to provide effective, comprehensive care. The research aims to analyze the care practices of nurses for individuals with pulmonary tuberculosis in the Family Health Strategy (ESF). This is an exploratory and analytical study with a qualitative approach, carried out with 15 (fifteen) nurses working in the ESFs in the municipality of Eunápolis-BA, between 06/15/2023 and 07/21/2023. The data was analyzed using Bardin's content analysis. The research respected the ethical aspects set out in the Resolutions of the National Health Council: n. 466/2012, n. 510/2016 and n. 580/2018. The results allowed us to identify two categories: nurses' care practices in the family health strategy and aspects of health care and their expression in the production of care. A careful examination of the training of these professionals revealed that specializations are not directly related to the specific field of action of FHS nurses. However, it also pointed to the crucial role of nurses in monitoring tuberculosis in Eunápolis, Bahia.

Keywords: Family Health Strategy (FHS); nurses; care practices; Primary Health Care (PHC); tuberculosis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Os Atributos e as funções da Atenção Primária à Saúde	22
Figura 2 -	Macrorregião: Núcleo Regional de Saúde (NRS) do Extremo Sul	33
Quadro 1 -	Número de casos e coeficiente de incidência da tuberculose pulmonar por 100 mil habitantes. Macrorregião Região de Saúde Extremo Sul/Bahia, 2010-2019	33
Figura 3 -	Mapa do Município de Eunápolis-BA	34
Quadro 2 -	Apresentação dos Estabelecimentos de Saúde do Município de Eunápolis-BA, 2023	35
Quadro 3 -	Apresentação das Regionais de saúde do Município de Eunápolis-BA.....	36
Quadro 4 -	Comparativo entre Coeficiente de incidência e Cobertura da atenção básica do Município de Eunápolis-BA, entre os anos 2010 à 2021 ...	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE	Agente Comunitário de Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AB	Atenção Básica
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CI	Coeficiente de Incidência
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DO	Diário Oficial
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ILTB:	Infecção Latente da Tuberculose
MS	Ministério da Saúde
NHS	National Health Service
NRS	Núcleo Regional de Saúde
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAS	Plano Anual de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMCT	Programa Municipal de Controle da Tuberculose
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular

RAS	Rede de Atenção à Saúde
RS	Regionais de Saúde
REDA	Regime Especial de Direito Administrativo
RCR	Referência e Contrarreferência
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
SUVISA	Superintendência de Vigilância em Saúde
TB	Tuberculose
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TRM	Teste Rápido Molecular
UBS	Unidade Básica de Saúde
UHC	Universal Health Coverage
UNICEF	Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
1	REFERENCIAL TEMÁTICO	17
1.1	Atenção Primária à Saúde	17
1.1.1	<u>Um breve contexto histórico</u>	17
1.1.2	<u>O SUS e a Política Nacional de Atenção Básica</u>	20
1.2	O cuidado enquanto prática do enfermeiro	23
1.3	Epidemiologia Social da Tuberculose	28
2	METODOLOGIA	31
2.1	Natureza/abordagem do estudo	31
2.2	Cenário do estudo	32
2.3	Sujeitos da pesquisa	37
2.4	Coletas de dados	38
2.5	Análise de dados	39
2.6	Aspectos éticos	40
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
3.1	Caracterização dos participantes da pesquisa	42
3.2	Categoria 1: Práticas de cuidado do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família	44
3.3	Categoria 2: Aspectos da atenção à saúde e sua expressão na produção do cuidado	50
	CONCLUSÃO	59
	REFERÊNCIAS	61
	APÊNDICE A - Cronograma	74
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Enfermeiro	76
	APÊNDICE C - Roteiro das Entrevistas	79
	APÊNDICE D – Apresentação das Unidades de Significação	80
	APÊNDICE E – Apresentação das categorias de análise	82
	APÊNDICE F – Declaração de compromisso com as normas das resoluções CNS/MS 466/12, 510/16 e 580/18	83

APÊNDICE G – Carta de apresentação do projeto de pesquisa	84
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP	85
ANEXO B – Termo de Autorização Institucional	89

INTRODUÇÃO

O enfrentamento à tuberculose (TB) persiste enquanto desafio para profissionais e sistemas de saúde. Estima-se que, em 2019 no mundo, cerca de dez milhões de pessoas desenvolveram TB e 1,2 milhão morreram devido à doença (Who, 2020). Os boletins epidemiológicos apontam que no primeiro ano da pandemia, no mundo, aproximadamente 10,1 milhões de pessoas desenvolveram tuberculose, mas apenas 5,8 milhões (57,4%) foram diagnosticadas e notificadas, uma redução de 18% em relação a 2019 (Who, 2021).

Nesse mesmo ano o Brasil registrou 73.864 casos novos de TB, o que correspondeu a um coeficiente de incidência de 35,0 casos/100 mil habitantes (Brasil, 2020), já no ano de 2020 foram registrados 66.819 casos novos de TB, com um coeficiente de incidência de 31,6 casos por 100 mil habitantes (Brasil, 2021). O Brasil continua entre os 30 países de alta carga para a TB e para coinfeção TB-HIV sendo, portanto, considerado prioritário para as ações de controle da doença no mundo pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (Brasil, 2020). Além disso, em 2020, fez parte de um grupo de 16 países, que ficou responsável por uma redução de 93% das notificações de Tuberculose no mundo (Who, 2021).

A crise sanitária e social agravada pela pandemia da Covid-19 continua a ter um impacto negativo no acesso ao diagnóstico e ao tratamento da doença, pois os profissionais precisaram priorizar suas práticas de cuidado e atenção aos possíveis pacientes do coronavírus. Com isso os progressos alcançados ao longo dos anos anteriores à pandemia estagnaram (Who, 2022), e a retomada das ações necessita ser uma prioridade.

A descrição desse cenário desperta para adoção de estratégias que possam contribuir para o controle da tuberculose, uma vez que mesmo com a eficácia da medicação esta, sozinha, não responde pelo sucesso do tratamento e outras questões precisam ser observadas, pois existe uma associação direta, e bem estabelecida entre a TB e as condições de vida do indivíduo (Magalhães; medronho, 2017). Fatores como pobreza, baixa escolaridade, adensamento populacional sem o devido planejamento urbano, grandes movimentos migratórios e pessoas convivendo com HIV/AIDS influenciam a suscetibilidade à doença (Costa *et al.*, 2014).

Embora o acesso ao tratamento da TB seja assegurado por políticas públicas e esteja disponível nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), é muitas vezes pautado por procedimentos técnicos, o que não permite vislumbrar o aspecto mais relevante no cotidiano da assistência a

esses indivíduos: a relação estabelecida entre eles e os profissionais responsáveis por seus cuidados (Paz; Sá, 2009).

A Atenção Primária à Saúde (APS), principalmente na Estratégia de Saúde da Família (ESF), tem como atribuição realizar busca ativa de pessoas com suspeita de tuberculose, realizar a classificação e estratificação do risco, bem como o acompanhamento e tratamento, e se necessário, o encaminhamento para outro nível de atenção, garantindo sempre a vinculação do usuário com a equipe de APS (Brasil, 2019).

O enfermeiro, parte integrante da equipe de saúde da ESF, desenvolve suas práticas de cuidado de forma sistematizada na assistência à pessoa com TB, sendo evidente sua atuação como um agente participativo e organizativo nas ações de combate e controle dessa doença, bem como o seu acompanhamento, favorecendo a sua práxis (Sousa *et al.*, 2019). A interrupção desse cuidado e tratamento pode levar a desfechos nada favoráveis, abrindo espaço para resistência medicamentosa, manutenção da cadeia de transmissão da doença e possíveis óbitos com causa básica a TB (Pinto *et al.*, 2015).

Importante reforçar que os demais componentes da equipe precisam estar engajados no enfrentamento à TB, tendo como principal meta a manutenção da saúde e bem estar do indivíduo, família e comunidade. Em se tratando de práticas de cuidado, a ESF visa um diagnóstico precoce, seja por busca ativa ou passiva, identificação de sintomático respiratório, e avaliação de contatos, ações essas que podem ser distribuídas pelos membros da equipe (Brasil, 2022).

O enfermeiro, ao expressar seu cuidado ao indivíduo o faz de forma a atender as suas necessidades de saúde, visando um cuidado integral, que envolva também a família e/ou comunidade, contribuindo assim para o autocuidado, onde se estabeleçam responsabilidades durante o acompanhamento. Ao citar cuidado integral, pode-se inferir que se trata de uma atenção ao indivíduo, onde é contemplado seus aspectos de vida, sejam eles, social, físico, biológico, psicológico e/ou espiritual (Dantas; Santos; Tourinho, 2016).

Diante do exposto, para fins desse trabalho, o termo *práticas de cuidado* se configura a partir de uma expressão onde o cuidado é entendido também como uma prática, considerando que as ações e estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros são compreendidas como cuidado. O cuidado aparece como um elemento estrutural na prática de enfermagem, com isso, é cada vez mais necessário identificar, estudar, conhecer e analisar as práticas de cuidados que são realizadas pelos enfermeiros na ESF (Ferreira; Acioli, 2009).

É fundamental o amplo entendimento sobre todos os aspectos que influenciam o surgimento da tuberculose, além do biológico. Sob o mesmo ponto de vista é necessário um

compromisso ético e político com as políticas públicas, colocando no centro dos debates as desigualdades sociais e de saúde, uma vez que elas determinam a ocorrência da TB, dentre outros processos de adoecimento das populações.

A participação do enfermeiro no Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) envolve um conjunto de ações previstas e recomendadas nos documentos orientadores do Ministério da Saúde (MS). Corroborando com esse fator, Sá e Colaboradores (2011), revelam em seu estudo que os enfermeiros são comprometidos com o indivíduo com TB e suas práticas são definidas através da política de controle da TB e que suas ações estão pautadas no monitoramento da busca ativa de sintomáticos respiratórios, acompanhamento do tratamento e solicitação de medicação.

Portanto, a luta contra a tuberculose permanece. Cavalcante; Silva (2016) retratam em seu estudo que o processo de cuidar do indivíduo com TB envolve mais que a dispensação de antituberculostático e solicitação de exames. Parece-nos que os profissionais de saúde precisam se envolver de forma a compreender as implicações da doença na vida do indivíduo, e que esses fatores podem repercutir positivamente ou não durante o acompanhamento.

Torna-se necessário ultrapassar a estrutura física da ESF, estabelecer um cuidado que considere a família e comunidade, não apenas centrado no indivíduo com tuberculose (Macedo *et al.*, 2016). Sicsu e Colaboradores (2019) retratam em sua análise que o enfermeiro é sensível à necessidade de mudanças nas ações de controle da TB e que suas práticas precisam ser de acordo com a realidade de cada indivíduo.

O enfermeiro, atuante na ESF, se depara com o desafio de desenvolver o cuidado mediante uma escuta qualificada, respeito, diálogo e humanização. Contudo, muitas vezes, não é essa a percepção dos enfermeiros sobre o significado do seu fazer profissional dentro da ESF (Acioli *et al.*, 2014). Por vezes, as práticas de cuidado são percebidas como estando relacionadas apenas aos processos de adoecimento, onde o agir fica muito voltado a procedimentos técnicos, não sendo priorizados, muitas vezes, outras ações também importantes na atenção direcionada enquanto cuidado ofertado àquele indivíduo (Polaro; Gonçalves; Alvarez; 2013).

Na produção científica nacional, há uma reduzida produção bibliográfica relacionada ao cuidado do enfermeiro na ESF (Acioli *et al.*, 2014), fator esse que fortalece a necessidade de refletirmos sobre práticas de cuidado dos enfermeiros relacionadas aos indivíduos com tuberculose pulmonar na ESF. Isso nos demonstra a necessidade de identificar o que vem sendo desenvolvido pelo enfermeiro, bem como a forma como são aperfeiçoadas suas práticas, buscando assim potencializar as ações e estratégias existentes.

Com isso, essa pesquisa tem como questão norteadora: quais são as práticas de cuidado realizadas pelos enfermeiros junto aos indivíduos com tuberculose pulmonar no contexto da estratégia de saúde da família do município de Eunápolis-BA.

Objetivos

Objetivo geral

Analisar as práticas de cuidado dos enfermeiros voltadas aos indivíduos com tuberculose pulmonar na Estratégia de Saúde da Família.

Objetivos específicos

- a) Identificar as práticas de cuidado dos enfermeiros voltadas aos indivíduos com tuberculose pulmonar na Estratégia de Saúde da Família;
- b) Caracterizar as práticas de cuidado dos enfermeiros voltadas aos indivíduos com tuberculose pulmonar considerando o trabalho desenvolvido pela equipe de saúde;
- c) Discutir as práticas de cuidado identificadas considerando os documentos orientadores do Ministério da Saúde e publicações existentes.

Justificativa e Motivação

O estudo se justifica pelo fato da tuberculose (TB) permanecer como um grave problema de saúde pública, devido às altas incidências e taxas de óbitos existentes em todo o mundo, principalmente em países de baixa e média renda (Who, 2021). Mesmo sendo uma doença de fácil diagnóstico, curável, com tratamento gratuito e com uma eficácia de 95% (Rabahi *et al.*, 2017), existem barreiras no acesso e desafios a serem superados para o controle da doença.

Com a declaração dada pela OMS, em março de 2020, de pandemia do coronavírus, houve a necessidade de planejamento e organização dos serviços e profissionais de saúde, o que pode ter acarretado prejuízos aos programas de controle da TB. A exemplo podemos citar o isolamento social, benéfico no combate ao coronavírus, que, apesar de uma estratégia necessária, pode ter dificultado a realização do Tratamento Diretamente Observado (TDO) e

acompanhamento do usuário, bem como a dispensação de insumos e medicamentos utilizados (Togun *et al.*, 2020). O TDO foi implantado no Brasil em 1999, tornando-se o principal instrumento no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) para melhorar a adesão ao tratamento da TB e diminuir as taxas de abandono, óbito e transmissão da doença no país (Brasil, 2017).

Na APS as ações de prevenção, diagnóstico e tratamento da TB devem ser guiadas por serviços e profissionais acessíveis, que funcionem de forma efetiva, ancorados nas necessidades de saúde do indivíduo, família e comunidade. A TB ainda é conhecida como uma doença negligenciada, relacionada com a pobreza, presença de vulnerabilidades em saúde decorrentes do estilo de vida, e a mudança desse panorama inclui ações voltadas ao enfrentamento dos determinantes sociais da população (Paula *et al.*, 2014).

Nesse contexto, a atuação da enfermeira e do enfermeiro na APS são destaques nos processos que visam práticas de cuidados voltadas aos indivíduos com tuberculose, lembrando o papel histórico assumido pelas visitadoras sanitárias desde o acompanhamento e a supervisão do tratamento das pessoas adoecidas. No entanto, apesar da experiência dos enfermeiros e da sua história na saúde do Brasil, esses profissionais necessitam desenvolver práticas que garantam um cuidado integral, levando em consideração o modo de viver do indivíduo (Collet *et al.*, 2012).

Zoboli; Schweitzer (2013), em seu estudo relatam que o enfermeiro necessita ultrapassar as dimensões técnico-operativas no desenvolvimento da prática profissional, aplicar o conhecimento não apenas sobre situações concretas, mas, também, no planejamento do cuidado, considerando os diversos momentos do processo saúde-doença dos indivíduos e grupos. Ressaltam ainda que, o enfermeiro necessita desenvolver visão compreensiva e interativa das questões sociais e de saúde, com práticas de cuidados expressos através do interesse, respeito, atenção, compreensão, consideração e afeto pelo indivíduo, família e comunidade.

Nessa perspectiva, Cavalcante; Silva (2016) retratam em seu estudo que os enfermeiros necessitam de um olhar especial em relação às necessidades de saúde do indivíduo, família e coletividade, bem como ao contexto nos quais estão inseridos, seja ele social, econômico e/ou histórico. Pois, estar sensível às nuances vivenciadas pelos indivíduos pode contribuir positivamente em seu tratamento e no restabelecimento da saúde (Cavalcante; Silva, 2016).

Vale ressaltar também que, o atendimento dos pacientes de TB é realizado nas ESFs, seguindo as recomendações do Ministério da Saúde a respeito da descentralização do

atendimento para as equipes. Além do atendimento realizado nas unidades, o Município de Eunápolis conta com uma referência municipal para elucidação de casos e acompanhamento de crianças e casos complexos.

Os desafios que permeiam a tuberculose são antigos e diversos, porém a doença sempre está em pauta nacional e mundial, como exemplos, temos o Plano Nacional pelo fim da Tuberculose e a Agenda 2030, através do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 03, e com isso torna-se relevante pesquisar quais práticas de cuidados são realizados para com o indivíduo com tuberculose, visando a eliminação da doença, enquanto problema de Saúde Pública.

O atual panorama da tuberculose reafirma a importância de estudos relacionados às práticas do enfermeiro voltado ao indivíduo com TB. A revisão de literatura realizada nas bases de dados, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), no período de abril a outubro de 2023, demonstram um reduzido número de estudos voltados para a temática, principalmente a nível de Brasil.

Dessa forma, tem-se o papel da Atenção Primária à Saúde no sistema de saúde, enquanto ordenadora da rede de atenção e coordenadora do cuidado (Mendes, 2012), de modo que a APS cumpra sua função de porta de entrada, oferecendo assistência nas demandas emergentes dos pacientes com TB, sem prejuízos ao cuidado continuado àquilo que lhe é pertinente. Pois, percebemos que o processo do cuidar da pessoa com tuberculose é complexo do que imaginávamos, não se restringe às consultas mensais e entrega de medicamentos.

Com isso, espera-se que esse estudo abra portas para outras pesquisas, evidenciando a prática de cuidado do enfermeiro, o valorizando enquanto profissional ativo nas ações e estratégias de controle da tuberculose enquanto problema de saúde pública.

1 REREFENCIAL TEMÁTICO

1.1 Atenção Primária à Saúde

1.1.1 Um breve contexto histórico

Os períodos referentes ao final do século XIX e início do século XX foram marcados por uma série de fatores que trouxeram impactos também na saúde da população, como transição de uma sociedade rural-agrícola para uma urbano-industrial e capitalista; e que foram colocados a segundo plano a necessidade de controle social, de reprodução e manutenção da força de trabalho; centralização e concentração da atenção médica, tornando a saúde cara e pouco acessível (Aleixo, 2002).

Esses altíssimos custos dos sistemas de saúde existentes e ao mesmo tempo uma baixa resolutividade preocupava a maneira como a saúde era ofertada nos países desenvolvidos, com isso precisavam buscar outras formas de organização da assistência de forma eficiente e com gastos menores. No entanto, os países pobres e em desenvolvimento não possuíam as mesmas condições de investimento que os países ricos, e isso refletia em falta de acesso a cuidados básicos, resultando em alta mortalidade infantil, precárias condições sociais, econômicas e sanitárias (Fausto; Matta, 2007). Situação essa que evidencia a imensa lacuna existente relacionada às desigualdades sociais e de saúde vivenciadas pela população mundial.

O mundo pós-guerra já não era mais o mesmo. A existência de debates e pedidos por mudanças no sistema de proteção social era algo frequente, com isso o governo inglês solicitou soluções ao seu ministério, com a missão de organizar os serviços de saúde para toda a população de uma dada região (Kuschnir; Chorny, 2010). Eis que foi elaborado o Relatório Dawson, no Reino Unido em 1920, trazendo consigo a ideia do que seria a então Atenção Primária à Saúde (APS), onde pela primeira vez falou-se sobre uma rede regionalizada (Ministry of Health, 1920).

Esse clássico documento trabalha o conceito de APS em uma perspectiva de coordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), organizando de forma sistêmica, regionalizada e hierarquizada os sistemas de saúde, seguindo uma linha de nível de complexidade e territorialização. O relatório surpreende por sua especificidade e serviu de

influência para um pouco mais tarde, em 1948, ser criado o sistema de saúde britânico e apoiar a reorganização de outros em vários países do mundo (Lavras, 2011).

Nesse contexto, ocorre a criação do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido¹, a adoção de ideias de prevenção e racionalização do uso das tecnologias, e surge assim uma medicina preventiva, caminhando para uma integrativa e mais tarde para a medicina comunitária, fatores de extrema importância que dialogam com a caracterização da APS. (Junior, Alves, 2007). Reiteramos que esses movimentos ocorreram em momentos diferentes, não necessariamente consecutivos, porém, muitas vezes, se interseccionam.

Entendendo a saúde como uma preocupação a nível mundial, em setembro de 1978 foi realizada a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma Ata, capital do Cazaquistão, sendo organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). A Conferência resultou na adoção de uma declaração que reafirmou o significado da saúde como um direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde (Mendes, 2004).

A conferência de Alma Ata traz em sua declaração que os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Essa declaração abre caminhos também para outras discussões acerca da saúde, onde ações de promoção e proteção entram em pauta, com um pensamento além do biológico, bem como a perspectiva de que a saúde deve ser atrelada ao desenvolvimento econômico e social.

Em 2018, a Declaração de Alma Ata completou 40 anos; e para marcar essa data, foi realizado a Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde, em Astana, com o intuito de renovar o compromisso da APS para o alcance da cobertura universal em saúde e para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)² (Who, 2018).

A Conferência de Astana, realizada em 25 de outubro de 2018, ocorreu em um momento de conflitos e crises, onde políticas sociais foram cobradas de forma veemente,

¹ National Health Service (NHS).

² ODS – É o plano compartilhado do mundo, que possuem 17 objetivos para acabar com a pobreza extrema, reduzir a desigualdade e proteger o planeta, visando aqui também as questões ambientais, até 2030 (Brasil, 2018)

ataques à democracia e outras questões que ocorrem em todo o mundo. Tendo como relevante o Universal Health Coverage (UHC)³, que recebe uma forte influência de um modelo pautado em práticas curativas de saúde, que inclui redução da intervenção estatal e também a focalização das políticas públicas de saúde, se distanciando assim daquele cuidado mencionado em Alma Ata e do ODS 03, que tem como meta assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades (Giovanella *et al.*, 2019).

A proteção e promoção da saúde são extremamente importantes para o desenvolvimento econômico e social, e isso se discute desde Alma Ata, há mais de 30 anos. Essa promoção muitas vezes depende da articulação com outros setores e/ou departamentos, pois se refere a maneira e modo de vida das pessoas, como elas crescem, trabalham e envelhecem. Fatores como alimentação, educação, emprego e habitação também estão intimamente ligados à saúde, e trabalhar para reduzir as desigualdades presentes nessas áreas irá diminuir também as desigualdades em saúde da população (Oms, 2010).

O relatório mundial da saúde da OMS (2010), afirma que a necessidade de cobertura universal de saúde, e de meios para promovê-la, deve ser uma prioridade, haja visto que os problemas que circundam o globo são eminentes, com um mundo globalizado, urbanizado e envelhecendo, o que redobra a atenção para os cuidados crônicos, uma vez que a população tende a viver mais.

No entanto, o termo Cobertura Universal da Saúde (UHC) tem sido discutido pela comunidade científica devido a variedade de sentidos relacionados à universalidade implícitos nessa proposta.

O que nos remete a uma APS segmentada e seletiva, com intervenção mínima do Estado e serviços prestados principalmente pelo setor privado; oferta de um serviço básico de saúde, que muitas vezes pode não ser aquilo que o indivíduo necessita, levando assim o aumento das desigualdades de saúde (Starfield *et al.*, 2018). Com isso o acesso à saúde permanece restrito a quem pode pagar por ela, o que contradita a Constituição Brasileira, que coloca a saúde como um direito de todos e dever do Estado, e difere totalmente do acesso universal à saúde.⁴

Mesmo diante desse debate, o termo “cobertura universal” foi incorporado na Agenda 2030 como meta de um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS); o objetivo 3 compreende “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as

³ Universal Health Coverage - Cobertura Universal da Saúde.

⁴ Art. 196, CF/88. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

idades” (Brasil, 2018). Um objetivo que está relacionado ao SUS, pois mais de 70% da população brasileira faz uso exclusivo do sistema (Brasil, 2017).

O SUS provê aproximadamente 95% da Atenção Básica (AB), onde as ESF integram ações da AB, com intuito de prevenir e promover a saúde por meio das equipes multiprofissionais atuantes nos territórios (Brasil, 2017). A APS cobre 78,56% da população brasileira, com perspectiva de aumento da cobertura (E-Gestor, 2023).

Os fatores enfrentados na APS, como: condição inadequada das estruturas das físicas das Unidades Básicas de Saúde (UBS), financiamento insuficiente, dificuldades de integração da APS com a atenção especializada, míngua incorporação de recursos humanos qualificados (Mendonça *et al.*, 2018), configuram um desafio para oferta do cuidado, aumentando as desigualdades de saúde da população.

Somadas a essas condições, estão a autonomia dada à esfera municipal para definição dos serviços ofertados na UBS e a delimitação do espaço territorial de vinculação da população às equipes de saúde da família (Fausto *et al.*, 2018).

Destarte, a realidade dos dados encontrados referentes a cobertura das ESF, bem como aos danos sofridos pela Atenção Primária no Brasil, nos leva a refletir a respeito da inclusão do termo “cobertura universal”, onde o Estado está perdendo a sua capacidade de ofertar bens e serviços de saúde, e a população cada vez mais necessita buscar tais serviços por meios próprios.

1.1.2 O SUS e a Política Nacional de Atenção Básica

A Constituição Federal Brasileira de 1988 reconhece a conexão do desenvolvimento econômico e social e das condições ambientais na determinação do processo saúde-doença e estabelece “saúde como direito de todos e dever do Estado”⁵. Cria um sistema público universal de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), que, há 30 anos, busca cumprir com os princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação social (Giovanella *et al.*, 2019).

O SUS é reconhecido como a maior conquista do movimento sanitário brasileiro, com isso, nasce uma nova relação entre a sociedade civil e Estado, em benefício do acesso aos serviços de saúde. Ele se consolidou a partir do ponto de vista de que esses serviços precisam

⁵ Art. 196, CF/88.

de uma rede de cuidados, obedecendo uma organização articulada e fluxos definidos, ao alcance de toda a assistência, com objetivo de acolher as necessidades por parte dos usuários, gestores e sociedade, definidas por critérios epidemiológicos, econômicos e culturais (Elias, 2004).

A partir da implementação do SUS, o Governo Federal investiu em medidas para impulsionar a descentralização das ações e serviços de saúde para o nível municipal, dando uma nova forma no sistema de saúde nacional. Surge assim o PSF, como proposta para a reorganização dos serviços de APS, com conformidade com os princípios do SUS, que logo foi aderido pelos Municípios (Fausto; Almeida; Bousquat, 2018).

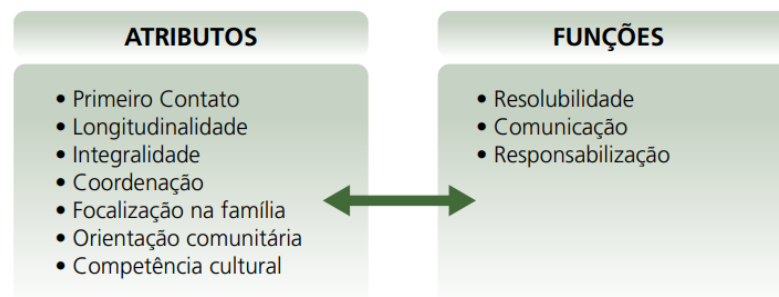
Anterior ao PSF, foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com o objetivo de melhorar a capacidade da população de cuidar da sua saúde, sendo o Agente Comunitário de Saúde (ACS), um elo entre o serviço e a população. O PSF aparece com uma nova dinâmica nas unidades de saúde, substituindo as práticas de saúde existentes por novos processos de assistência, incluindo uma equipe multiprofissional, possuindo muitas outras especificidades que não o configurava como apenas um programa de intervenção vertical. Ele passou a ser caracterizado como uma estratégia que possibilitaria a integração e promoveria a organização das atividades em um território definido (Paim, 2008).

Na promessa de atuar na perspectiva da vigilância em saúde, oferta organizada e acolhimento, é então incluída nesse momento a saúde da família, tida como uma mudança no modelo assistencial e visando ampliação do acesso (Paim, 2008). Com isso, surge a “Estratégia de Saúde da Família” (ESF), sendo uma tática importante para hierarquização do sistema de saúde, onde as Unidades Básicas de Saúde (UBS) atuam como a porta de entrada e primeiro nível de assistência do indivíduo, e trabalhando com uma população adscrita em um território geograficamente delimitado (Pinto; Giovanella, 2018).

A primeira política aplicada à APS foi em 2006, com isso a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) prevê a oferta e a organização de ações e serviços, com foco na integralidade da assistência, buscando impactar os determinantes sociais da saúde. No entanto, na atualização da PNAB de 2017, surgiram aspectos que ameaçavam essa estrutura, como a autonomia dada aos gestores municipais para definição dos serviços ofertados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Fausto *et al.*, 2018), a segmentação do acesso ao cuidado, a desvinculação das equipes dos territórios, e a desqualificação do trabalho de ACS e ACE, acentuando o caráter utilitarista de suas atividades, aproximando-se do modelo biomédico (Morosini; Fonseca; Lima, 2018).

Os fatores mencionados na atualização da PNAB (2017) contrariam os atributos da APS, pois esta representa o primeiro nível de atenção, e um modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde. Orienta-se por eixos estruturantes que definem seus atributos funções, como primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, foco na família, orientação comunitária e competência cultural. Espera-se que ela seja resolutiva, comunicativa e responsiva, tende assim, integrar a atenção quando há mais de um problema de saúde, lidando com o contexto na qual a doença existe (Starfield, 2002).

Figura 1 - Os atributos e as funções da Atenção Primária à Saúde



Fontes: Starfield (2002); Mendes (2012).

A APS se fortalece ao compartilhar o cuidado com outros pontos de atenção, quando seus usuários tendem a necessitar de outro nível de assistência ou múltiplos cuidados, devido à complexidade do seu estado de saúde, ela realiza a articulação necessária, fortalecendo o seu vínculo com o indivíduo e mostrando-se como seu ponto de apoio permanente (Junior, 2014).

Nesse sentido, a APS atua como primeiro nível de atenção, promovendo cuidados primários e coordenando o cuidado em todos os pontos da atenção, obedecendo relações de articulação de caráter horizontais, sendo a Rede de Atenção à Saúde (RAS) um conjunto de serviços de saúde, vinculados por uma ação que visa à garantia de oferta de atenção contínua e integral à determinada população (Brasil, 2010).

Como exemplo desse percurso, pode ser citado o indivíduo com tuberculose pulmonar, que ao adentrar o serviço de saúde pode se sentir estigmatizado e vulnerável devido a sua história de vida e rumores a respeito da doença. O indivíduo traz consigo seu conhecimento e suas necessidades que precisam ser atendidas, a equipe da unidade de saúde pode articular com outros profissionais e outros saberes, visando assim fortalecer o atendimento, seja por meio de um Plano Terapêutico Singular (PTS) e/ou apoio matricial, como também o encaminhamento para outro nível de assistência ou serviço para um atendimento integral a essa pessoa.

O Apoio Matricial em saúde tem como objetivo oferecer suporte/atendimento especializado a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, de maneira personalizada e interativa, juntos podem elaborar o PTS (Cunha; Campos, 2011). Para construção do PTS é necessário envolvimento dos profissionais, indivíduo-família, onde exista fortalecimento do vínculo e comprometimento para realizar o que for construído, pois trata-se de coparceira entre os envolvidos. É um instrumento voltado ao indivíduo em situação de vulnerabilidade, onde essas podem repercutir no seu processo de cuidado (Silva *et al.*, 2016).

Diante disso, a abordagem das equipes das ESF que compõem o SUS, somadas as potencialidades existentes na Redes de Atenção à Saúde (RAS), devem se basear nos determinantes sociais, na cultura e crenças da pessoa, bem como na sua história clínica, levando em consideração a atuação conjunta com equipes de outros pontos de atenção e parceiros de outros sistemas, como o socioassistencial, comunidade e família, respeitando a individualidade e a integralidade do cuidado. Nesse sentido, a equipe de saúde deve atuar de forma oportuna para identificar situações de vulnerabilidade entre pessoas diagnosticadas com tuberculose. Ou seja, não se trata de um projeto intrasetorial, mas, sim, intersetorial e com múltiplos parceiros e articulações (Brasil, 2022).

A reorganização da APS, no contexto brasileiro, se dá através da ESF, centrando sua atenção aos indivíduos, família, coletividade e ambiente, permitindo assim uma compreensão ampliada do processo saúde-doença (Oliveira; Pereira, 2013). O SUS tem a APS como base de sua estrutura organizativa, onde visa garantir a integralidade do cuidado, acesso aos serviços e cobertura universal (Lima *et al.*, 2018).

1.2 O cuidado enquanto prática do enfermeiro

Para uma melhor reflexão dos temas abordados nesse capítulo, iremos apresentar inicialmente o conceito de cuidado, que é amplo, e possui diversos significados.

O cuidado pode ser definido como atenção, zelo, dedicação, investigação e implica em colocar-se no lugar do outro, principalmente em situações complexas (Souza; Sartor; Prado, 2005). O cuidado manifesta-se na conservação ou readequação da saúde do indivíduo, firmando a vida como um bem valioso (Souza *et al.*, 2005).

Acioli e Colaboradores (2014) retratam em seu estudo que, durante o cuidado em saúde, o profissional inicia um diálogo, mediante escuta qualificada, olhar atento, valorizando a história de vida, a crença e a cultura de cada indivíduo. Waldow; Borges (2011) fortalecem a perspectiva de que o profissional deve ter clareza que as ações realizadas para com os indivíduos fazem parte do cuidado ofertado, realizando assim o processo de cuidar.

Com isso, para Waldow, Lopes, Meyer (1998), o cuidar em enfermagem, consiste em empenhar-se a promover, prevenir e contribuir para que o indivíduo/família/comunidade possa encontrar os significados do momento vivenciado, que podem estar relacionados ao diagnóstico de uma doença temida, significado da dor, da morte e até mesmo da cura.

A enfermagem é composta por um processo coletivo de trabalho, onde são realizadas ações de saúde, caracterizando-se como uma prática profissional socialmente relevante. Com isso, a atuação do enfermeiro na APS no Brasil passa a constituir-se como um instrumento nas mudanças de práticas de cuidado, que responde a demanda de um novo modelo assistencial, vislumbrado a partir do cuidado integral do indivíduo, intervenção frente aos fatores de risco, prevenção de doenças e agravos, e promoção da saúde com foco na qualidade de vida (Ferreira; Perico; Dias, 2017).

Caçador e Colaboradores (2015) expressam em seu estudo que, dentre os profissionais que compõem a ESF, o enfermeiro tem se mostrado de fundamental importância para a reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil, pois consegue desempenhar ações de natureza educativa, assistencial e administrativa, que vão desde a promoção à saúde e qualidade de vida, até prevenção de doenças e agravos, contribuindo para a resolutividade nos diferentes níveis de atenção à saúde da população.

Esses fatores fortalecem diálogos, pois de acordo Acioli e Colaboradores (2016), estudos estão atribuindo novos sentidos relacionados ao cuidado e a prática do enfermeiro atuante na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Logo, o cuidado constitui-se na prática do enfermeiro, dando ênfase a uma abordagem ampliada do ser humano, colocando em pauta questões subjetivas e sociais (Santos *et al.*, 2016).

Para isso, o enfermeiro necessita estar aberto às várias formas de conhecimento, indo do científico ao empírico, buscando horizontalizar o cuidado e estabelecer o vínculo para desenvolver uma visão integral dos fenômenos. Possuindo aptidão para relacionar diversos elementos que envolvam pessoas, recursos disponíveis, contexto social (Ferreira; Perico; Dias, 2017)

Ao disponibilizar seus conhecimentos no desenvolvimento das ações de enfermagem junto ao indivíduo, o enfermeiro deve demonstrar respeito, valorizando-o no planejamento de

suas ações de modo a legitimar que suas práticas tenham caráter mais participativo (Santos *et al.*, 2016).

Outro fator importante para a prática de cuidado do enfermeiro é a autonomia. Pires (2011) retrata em seu estudo que a autonomia é um componente da prática profissional, onde o enfermeiro tem a liberdade de tomada de decisões, pautadas em evidências científicas, cujo principal objetivo é o bem-estar do indivíduo.

Essa autonomia pode ser evidenciada dentro da ESF, onde o enfermeiro contribui para o fortalecimento e consolidação do SUS através de práticas, que incluem a organização da força de trabalho e serviços dentro da unidade de saúde, a potência para o trabalho em equipe e uma diversidade de ações que desenvolve em seu cotidiano (Pires, 2011).

São diversas as atribuições que os enfermeiros desenvolvem, sobretudo na ESF, as quais exigem conhecimentos de caráter geral e especializado, necessitando atenção ao gerenciamento do seu processo de trabalho, conhecimento técnico científico da área para manejar o leque de situações de saúde que são atendidas na ESF, e realizar um conjunto de práticas especializadas (Ferreira; Perico; Dias, 2017).

Alvarenga e Sousa (2022), retratam em seu estudo que os enfermeiros desenvolvem várias consultas destinadas aos indivíduos em seu cotidiano, dentre elas, consultas aos indivíduos com tuberculose pulmonar, e outras atividades regidas por legislações, protocolos clínicos e normativas técnicas. Associam-se ao escopo das competências desses profissionais a prescrição de medicamentos (antituberculostático) e a solicitação de exames (Baar de escarro e TRM genexpert), ações essas que contribuem para o atendimento efetivo e eficaz nas unidades de saúde.

Soder e Colaboradores (2020), abordam que existem também práticas de cuidado cuja função está voltada ao desenvolvimento de atividades que visam a promoção, manutenção e recuperação à saúde não só do indivíduo, como também de sua família e/ou comunidade. São práticas destinadas também à projetos terapêuticos, e para isso é necessário conhecer o território de atuação para realizar análise e monitoramento da situação de saúde da população.

Os enfermeiros são profissionais ativos no controle da tuberculose e as suas práticas direcionam-se para o fortalecimento da atenção humanizada aos usuários, o que pode favorecer sobremaneira a adesão ao tratamento (Rodrigues; Motta; Ferreira, 2015). Essas práticas ganham espaços importantes na Atenção Primária à Saúde (APS), pois elas estão mais próximas da população e assim as necessidades de saúde são identificadas *in loco*, o que pode proporcionar o desenvolvimento de práticas de cuidado mais eficazes (Acioli *et al.*, 2014).

A partir da perspectiva de que o cuidado está para além das dimensões das práticas técnicas, ações curativas e focadas na doença, quando estimula o diálogo o enfermeiro identifica as necessidades de saúde do indivíduo, valorizando sua história e abre, assim, espaço para o desenvolvimento de práticas de cuidado (Acioli *et al.*, 2014).

Cavalcante e Silva (2016) afirmam que o compromisso do enfermeiro para com o indivíduo com tuberculose é crucial para um desfecho favorável. Esse compromisso se dá mediante envolvimento do profissional ao estabelecer o cuidado, onde ele passa a compreender as repercussões da doença na vida do indivíduo e todos os fatores que podem interferir no acompanhamento. É necessário também garantir que o indivíduo seja tratado, que ele tenha acesso ao serviço e ao cuidado, estabelecendo práticas que cheguem de forma igual tanto para as áreas cobertas, quanto para as áreas descobertas da ESF (Brasil, 2011).

Os estudos reafirmam a importância do enfermeiro em respeitar a história de vida do indivíduo com tuberculose, uma vez que a doença carrega um grande impacto social. Guimarães e Colaboradores (2018) dispõem que a TB é uma grande preocupação social, e cujo risco primário para desenvolver a doença são as condições socioeconômicas da população. Com isso, o enfermeiro é tido como principal agente no controle a doença, ao assumir de papel de educador, realizando supervisão e acompanhamento dos casos, dando suporte à família e ao indivíduo.

Existem publicações que caracterizam a tuberculose enquanto uma prioridade do governo, como o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose com Problema de Saúde Pública, criado em 2017 e atualizado em 2022. Esse plano tem como meta menos de 10 casos por 100.000 habitantes, até o ano de 2035, e propõe estratégias que possam alterar o contexto da TB. Para isso, os programas de tuberculose, em todas as esferas, precisam fortalecer o acesso à prevenção, diagnóstico e tratamento da doença, diminuindo o número de casos e mortes no país.

As ações apresentadas no plano estão voltadas à prevenção e cuidado integral, centrado no indivíduo com tuberculose, com os objetivos de diagnosticar precocemente todas as formas da doença, bem como ofertar a realização da cultura e teste de sensibilidade; tratar de forma adequada todos os casos confirmados; intensificar as atividades TB-HIV; fortalecer as ações de prevenção; fortalecer a articulação intersetorial para garantia dos direitos humanos; estabelecer parcerias para fomentar realização de pesquisas aplicadas ao tema. Esses objetivos contemplam ações mais amplas, que são aplicadas as três esferas de governo.

Visando a consolidação dessas ações e estratégias, reafirmando o papel do enfermeiro enquanto agente ativo no controle a tuberculose, foi lançado O Protocolo de Enfermagem,

voltado à tuberculose na Atenção Primária à Saúde, que define algumas atribuições do enfermeiro frente ao controle da doença e amplia sua atuação nesse cenário, com atenção direta aos indivíduos e sua família, gerência, tanto do serviço quanto da enfermagem, além de atividades relacionadas ao ensino e pesquisa. Com isso ele caracteriza o processo de trabalho do enfermeiro em assistencial, gerencial, educacional e de pesquisa (Brasil, 2022).

Dessa forma, segundo este protocolo (Brasil, 2022) são atribuições do enfermeiro e equipe de enfermagem frente ao manejo da tuberculose: identificar os Sintomáticos Respiratórios (SR) e testá-los; solicitar exames para diagnóstico da TB ativa e ILTB; notificar os casos de TB e ILTB; solicitar teste de HIV; iniciar o tratamento da TB sensível; solicitar exames de acompanhamentos dos casos; preencher os livros de registros; coordenar as buscas ativas dos indivíduos que não retornam com os exames; solicitar assistência integral ao indivíduos e suas famílias, tanto na unidade, quanto em seus domicílios; realizar a consulta de enfermagem.

Ainda de acordo com o protocolo de enfermagem (Brasil, 2022), são atribuídos aos enfermeiros: convocar os contatos para investigação; orientar aos indivíduos e famílias a respeito do tratamento, reações adversas e demais questionamentos; instituir o TDO, se necessário, e treinar a equipe para a realização; organizar, planejar e coordenar as ações desenvolvidas pelos programas de TB e monitorá-las; participar e organizar as atividades de Educação Permanente (EP); orientar os técnicos e auxiliares de enfermagem frente aos procedimentos realizados; estar atento as noções de biossegurança e repassar a equipe; e envolver a sociedade civil nas ações de combate e controle da TB, a fim de captar atores no território envolvidos na causa.

É perceptível que as dimensões do processo de trabalho do enfermeiro, estão inseridas nas ações contidas, tanto no Plano Nacional, quanto no protocolo de enfermagem, reforçando assim, a importância desse profissional no enfrentamento e controle da TB.

Sanna (2007), em seu trabalho, discorre a respeito da constituição dos processos de trabalho do enfermeiro, a saber: administrar, assistir, ensinar, pesquisar e participar politicamente. Firmando assim, as cinco dimensões do processo de trabalho, sendo muitas vezes complementares e interdependentes.

O assistir tem como finalidade o promover, manter e recuperar a saúde dos indivíduos, família e comunidade. O administrar possui o objetivo de coordenar o processo de trabalho. O ensinar se configura em formar, treinar e aperfeiçoar recursos humanos de enfermagem. O pesquisar envolve descobrir novas e melhores formas de assistir, gerenciar, ensinar e pesquisar em enfermagem. O participar politicamente envolve conquistar melhores condições

para operar os outros processos de trabalho, colocando em pauta a força de trabalho da enfermagem e sua representatividade (Sanna, 2007). Cada uma dessas dimensões do processo de trabalho ajuda a analisar as práticas de cuidado dos enfermeiros voltadas aos indivíduos com tuberculose pulmonar, que é o objeto dessa pesquisa.

A eliminação da TB como problema de saúde pública mundial ficou ainda mais difícil, devido a diminuição nos diagnósticos em 25% e aumento de 26% nos óbitos por TB em todo o mundo (WHO, 2020). Outro fator prejudicial foi o aumento na vulnerabilidade social, onde diversas pessoas perderam seus trabalhos, fator esse que abala significamente a condição de vida e saúde da pessoa (Hino *et al.*, 2021).

Muitos são os desafios para o enfrentamento da doença, suas estratégias e práticas de cuidado devem ser difundidas nos serviços de saúde, onde os profissionais possam identificar e acompanhar esses indivíduos adoecidos.

O Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública, publicado em 2017 e atualizado em 2021, é um documento que traz estratégias e ações para um Brasil e mundo livre da TB e ainda reconhece esse compromisso através de uma perspectiva global, como o firmado com a OMS (Estratégia Global pelo Fim da TB – *End TB Strategy*), e com a ONU (Agenda 2030 – ODS).

Desta maneira, é importante construir um novo olhar para as práticas de cuidado dos enfermeiros, onde se tem por base o diálogo, buscando construir um conceito de cuidado, onde apenas quem direciona é o profissional, visando alcançar os planos e acordos firmados para se alcançar o fim da TB enquanto um problema de saúde pública, com práticas de cuidado mais direcionadas a realidade de cada indivíduo.

1.3 Epidemiologia Social da Tuberculose

A tuberculose é considerada uma das mais antigas doenças infecciosas da humanidade e, embora passível de tratamento efetivo, permanece como um grave problema de saúde pública mundial, com alta prevalência e potencial de disseminação. Por possuir níveis elevados e crescentes de morbimortalidade, emergência de casos multirresistentes, coinfeção com HIV principalmente nos países pobres por respondem por 95% dos casos novos e 98% dos óbitos, fizeram da doença uma condição mais que preocupante (Who, 2021).

O risco de morrer por tuberculose aumenta consideravelmente em contextos onde a desigualdade de renda resulta em aumento da pobreza, piora nas condições de moradia e alimentação e precarização do ambiente e das relações de trabalho, dos serviços de educação e saúde disponíveis à população (Ceccon *et al.*, 2017).

As condições socioeconômicas são colocadas como um forte fator associado ao desenvolvimento da TB (Fasca, 2008). O reconhecimento da existência das desigualdades sociais e em saúde aplicadas a essa doença, fez com que a Organização Mundial da Saúde (OMS) direcionasse atenção a redução da carga socioeconômica da TB como uma das mais importantes metas a se alcançar até 2015 (Who, 2015). Uma vez que, fatores como pobreza, desigualdade, pouca resolutividade dos serviços médicos, entre outros, são elementos centrais para qualquer explicação relativa à reemergência da tuberculose no mundo contemporâneo (Matthew; Zumla, 2002).

Com isso, a Organização das Nações Unidas (ONU) orienta que os Estados “assegurem uma vida saudável e promovam o bem-estar para toda a população, sem deixar ninguém para trás”, reduzindo também as desigualdades dentro e entre os países. Essa orientação se daria mediante cumprimento das metas estipuladas nos 17 objetivos que contemplam os ODS e a TB se encontra inserida nessa pauta, onde foi acordado acabar com a doença, enquanto endemia até 2030 (Who, 2021).

A OMS, para apoiar a meta destinada a TB dos ODS, adotou como estratégia o “End TB”, que tem como objetivo reduzir coeficiente de incidência em 90% e reduzir o número de óbitos em 95%, ambos comparados aos dados de 2015, no período entre 2015 a 2035 (Who, 2015). Essas metas dificilmente serão alcançadas sem mudanças reais na assistência à saúde, na proteção social, no contexto econômico e político regional. Trata-se de ações intersetoriais que podem contribuir para um novo panorama da doença (Maciel *et al.*, 2018).

A escolha referente a data base de 2015, se deu, pois, no Brasil, houve a menor incidência de TB nos últimos 10 anos (34,6/100.000 hab.), excluindo os anos de pandemia (Brasil, 2021). O país se esforça para atingir a meta de detecção de casos, proposta pela OMS até 2015 de 70%, no entanto, não tem conseguido atingir as taxas de cura de 85% e abandono menor que 5% (Beraldo; Villa, 2017).

Fator que precisa ser mencionado é que o Sistema Único de Saúde (SUS) garante a universalidade do acesso à saúde, e os níveis de cobertura da atenção básica em 72,08% (e-Gestor, 2022) são uma vantagem importante para manutenção do cuidado e alcance das metas estipuladas, especialmente quando comparamos com outros países de alta carga, sejam eles de média ou baixa renda (Trajman; Saraceni; Durovni, 2018).

A Atenção Primária à Saúde (APS), estruturada como Estratégia Saúde da Família (ESF) ou unidade de saúde tradicional, tem como atribuição realizar busca ativa de pessoas com suspeita de tuberculose, realizar a classificação e estratificação do risco, bem como o acompanhamento e tratamento, e se necessário, o encaminhamento para outro nível de atenção, garantindo sempre a vinculação do usuário com a equipe de APS (Brasil, 2019).

Nesse sentido, a equipe de saúde deve atuar de forma oportuna para identificar situações de vulnerabilidade entre pessoas diagnosticadas com tuberculose. Ou seja, não se trata de um projeto intrasetorial, mas sim intersetorial e com múltiplos parceiros e articulações (Brasil, 2022).

Muitos dos fatores que determinam a TB se sobrepõem em áreas de comunidades carentes urbanas, fazendo das metas pactuadas um desafio ainda maior de ser alcançado. Nesses locais, a nível de Brasil, a taxa de incidência de TB chega a mais de 65/100 mil habitantes, se comparada a 31,6/100 mil habitantes no país como um todo, ano de 2020 (Brasil, 2021). Os Estados brasileiros possuem estruturas diferentes e necessitam de estratégias distintas contra essa luta, encarando as desigualdades e intervindo nos problemas existentes.

2 METODOLOGIA

Essa pesquisa visa atender as recomendações estabelecidas no *consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ), um *checklist* utilizado no intuito de orientar os pesquisadores, em pesquisas qualitativas que coletam dados a partir de entrevistas ou grupos focais, no aperfeiçoamento de estudos a serem submetidos para publicação em revistas científicas (Souza *et al.*, 2021).

2.1 Natureza/abordagem do estudo

Realizou-se um estudo exploratório e analítico de abordagem qualitativa. Segundo Flick (2009, p.95), a pesquisa qualitativa é uma metodologia de sequência linear, organizada em etapas conceituais, metodológicas e empíricas, com interdependência mútua entre as etapas isoladas do processo.

Nesta metodologia o pesquisador volta à investigação para o significado das coisas (fenômenos, manifestações, ocorrências, fatos) considerando o seu papel ordenador das relações humanas. Minayo (2004, p.47) defende que esta abordagem busca explicar os meandros das relações sociais ditas essenciais e resultantes das atividades humanas, que são adotadas pelo cotidiano, vivência e experimentação do senso comum.

A pesquisa qualitativa não surge em oposição à metodologia quantitativa, entretanto requer apropriação de outras metodologias e instrumentos, por considerar aspectos da subjetividade. Dessa forma, Neves (1996) acredita que os métodos qualitativos contribuem para uma melhor compreensão dos fenômenos pela introdução de procedimentos racionais e intuitivos.

Para Godoy (1995, p.62), as principais características desta pesquisa são: o uso do ambiente natural como fonte direta de dados, o pesquisador como instrumento fundamental, o caráter descritivo, o significado que as pessoas dão às coisas e seu enfoque indutivo.

2.2 Cenário do estudo

O cenário do estudo foi o Município de Eunápolis, localizado no extremo sul da Bahia. A escolha do Município para desenvolvimento da pesquisa se deu mediante as considerações acerca das práticas de cuidado dos enfermeiros voltadas aos indivíduos com TB na ESF, detalhadas nos protocolos ministeriais, bem como ser o Município de residência e de experiência profissional da autora da pesquisa.

Além disso, fatores como Eunápolis ser considerado prioritário para ações de controle da tuberculose, devido à alta incidência da doença (Datusus, 2023), estar entre as cidades que mais arrecadam no Estado, porém com grandes desigualdades relacionadas à renda (IBGE, 2023), alta cobertura de atenção básica, com adscrição de clientela dentro do preconizado para o quantitativo populacional por equipe da ESF (E-Gestor, 2023), possui também um bom nível organizativo (Regionais de Saúde), com enfermeiras coordenando as regiões internas de saúde do município.

Segundo o Plano Diretor de Regionalização do Estado da Bahia, a região do Extremo Sul possuía uma área total em 2020 de 30.637,593 km² e uma população geral, em 2021, de 846.077 habitantes, distribuídos em 21 Municípios, cuja área de abrangência é composta por duas Regiões de Saúde (RS): Teixeira de Freitas e Porto Seguro. A sede do Núcleo Regional de Saúde (NRS) localiza-se na cidade de Teixeira de Freitas e uma base operacional é localizada na cidade de Eunápolis (Sesab, 2021).

Na RS de Porto Seguro, os dois Municípios mais populosos do território são Porto Seguro, com população de 152.592 mil habitantes, e Eunápolis, Município onde se deu a pesquisa, com 115.360 mil moradores. À exceção de Porto Seguro e Eunápolis, nenhum outro Município tem população superior a 31 mil munícipes (Ibge, 2021).

Figura 2 - Macrorregião: Núcleo Regional de Saúde (NRS) do Extremo Sul

Região de Saúde: Teixeira de Freitas			Região de Saúde: Porto Seguro		
Municípios: 13	POP 2021	Área em km ²	Municípios: 8	POP 2021	Área em km ²
	458.167	18.519,308		387.910	12.118,285
Alcobaça	22.509	1.477,929	Belmonte	23.540	1.939,447
Caravelas	22.166	2.377,889	Eunápolis	115.360	1.425,970
Ibirapuã	8.740	771,098	Guaratinga	20.565	2.189,404
Itamaraju	64.423	2.360,584	Itabela	30.901	924,914
Itanhém	19.231	1.394,174	Itagimirim	6.784	876,800
Jucuruçu	8.856	1.457,656	Itapebi	10.173	1.013,074
Lajedão	3.993	624,353	Porto Seguro	152.529	2.285,734
Medeiros Neto	22.741	1.311,739	Santa Cruz Cabrália	28.058	1.462,942
Mucuri	42.729	1.787,626			
Nova Viçosa	44.170	1.316,379			
Prado	28.214	1.692,100			
Teixeira de Freitas	164.290	1.165,622			
Vereda	6.105	782,159			

Fonte: SESAB-Plano Diretor de Regionalização do Estado da Bahia, 2021.

Na Macrorregião de Saúde Extremo Sul os dados referentes ao número de casos de tuberculose pulmonar, durante o período de 2010 à 2019, mostraram uma redução do Coeficiente de Incidência (CI) de 15,66%. Esses dados podem estar relacionados a melhores condições de vida da população e aumento da cobertura dos serviços de saúde. Contudo, a partir de 2012 até 2014 observou-se aumento do CI de 38,97%, com redução até 2017 e voltando a aumentar nos anos seguintes até 2019 (Sesab, 2021), conforme observado na tabela abaixo:

Quadro 1 - Número de casos e coeficiente de incidência da tuberculose pulmonar por 100 mil habitantes. Macrorregião Região de Saúde Extremo Sul/Bahia, 2010-2019

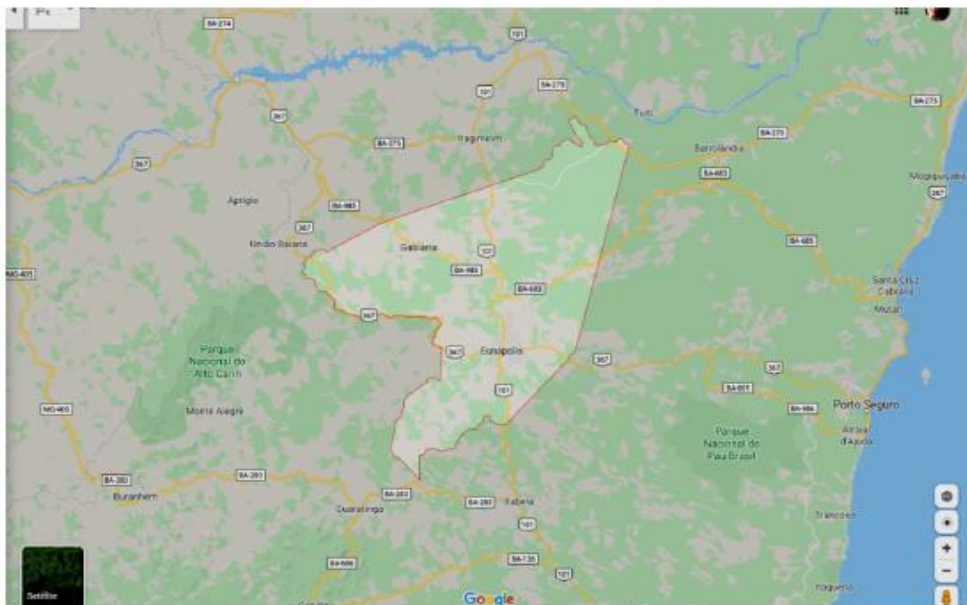
Ano	Número de Casos	Incidência da TB Pulmonar (casos/100.000hab.)
2010	356	45,89
2011	321	41,00
2012	262	33,16
2012	294	36,91
2014	370	46,09
2015	288	35,58
2016	249	30,53
2017	237	28,84
2018	269	32,48
2019	323	38,71

Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2021. *Dados extraídos em 10/05/2023, sujeitos a alterações.

Outro fator de extrema importância é que essa macrorregião, entre 2011 e 2019, possui valores superiores ao do E Estado, especialmente em 2014, quando a taxa de mortalidade por tuberculose na Bahia foi de 2,51 por 100 mil hab, na macrorregião foi de 3,74 (Sesab, 2021).

O Município de Eunápolis conta com densidade demográfica de 84,97 habitantes/km², sendo então a 16^a cidade mais populosa do Estado. Com relação à trabalhos e rendimentos, em 2020 o salário médio mensal dos trabalhadores formais era de 2,2 salários-mínimos, sendo apenas 20% (22.914) a proporção de pessoas ocupadas em relação a população total. Comparando esses dados com municípios do próprio Estado, significada dizer que está na posição 44 de 417 e 21 de 417, respectivamente. A nível de Brasil ocupa a posição 1177 de 5570 e 1388 de 5570, respectivamente (IBGE, 2021).

Figura 3 - Mapa do Município de Eunápolis-BA



Fonte: Google Maps, 2022.

Ainda de acordo com IBGE, também em 2020, 38,3% da população possuía rendimentos mensais de até meio salário-mínimo por pessoa, o colocava na posição 409 de 417 dentre as cidades do Estado e na posição 2967 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

Com relação à economia, um PIB *per capita* (2020) de R\$ 26.244,74, valor que o faz ficar na posição 26 em relação ao Estado e 2063 em relação ao Brasil. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM - 2010) de 0,677. O Município baiano possui uma taxa de escolarização, da faixa de 6 a 14 anos de idade, de 96,2%, conta com apoio de 47 escolas de ensino fundamental e 09 escolas de ensino médio (dados referentes ao ensino público) (IBGE, 2021).

No quesito saúde, o Município possui, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (2023) 54 estabelecimentos de saúde de gestão municipal, conforme observado na tabela abaixo:

Quadro 2 - Estabelecimentos de Saúde do Município de Eunápolis, 2023

Descrição	Quantidade
CAF-Centro de Abastecimento Farmacêutico	01
CAPS-Centro de Atenção Psicossocial	01
CAPS AD	01
CAPS IA	01
Central de Regulação de Eunápolis	01
Central de Regulação de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)	01
Centro de Zoonose	01
Centro de Especialidades em Saúde	01
Centro de Especialidades em Saúde Mental (CESM)	01
Hospital Geral	01
Laboratório Municipal	01
Polo Academia de Saúde	03
SAE – Serviço de Assistência Especializada	01
SAMU-Unidade Avançada	01
SAMU-Unidade Básica	03
Motolância	01
Secretaria Municipal de Saúde	01
Unidades de Saúde da Família – Estruturas físicas	36
Vigilância em Saúde	01
Vigilância Sanitária	01
TOTAL	54

Fonte: CnesNet. DataSUS. *Dados extraídos em 08/05/2023, podendo sofrer alterações.

O E-GESTOR AB (2022) demonstra que o Município possui 36 equipes de saúde da família, e dessa forma, conta com uma cobertura populacional de 82,68% (E-Gestor, 2021), de Atenção Básica. As unidades de saúde são organizadas em 05 regionais de saúde e cada regional é coordenada por uma enfermeira, admitidas através de processo seletivo ou cargo de nomeação, conforme tabela abaixo:

Quadro 3 - Regionais de saúde do Município de Eunápolis-BA

Regional 01	Regional 02	Regional 03	Regional 04	Regional 05
UBS Wanderley Nascimento I e II *	UBS Walda Moura	UBS Mário Meira I e II	UBS Doutor José Ramos Neto I e II	UBS Antônio Lima Ribeiro
UBS Rosa Neto	UBS Valdenor Cordeiro I e II *	UBS Josélia Borges	UBS Dinah Borges I, II e III	UBS Raimundo Fernandes I, II e III
UBS Frei Angélico	UBS Moises Reis I e II *	UBS Tadeu Tavares Leite	UBS João Nunes da Silva (Zona Rural)	UBS Ilda Lopes I e II
UBS Íris Lopes **	UBS Stela Reis *	UBS Antônio Soares Lopes I e II	UBS Isabel Araújo	UBS São João Batista
UBS Maravilha **		UBS Lourdes Seixas	UBS Osvaldo de Mello Silva	
UBS João Jacinto **				
UBS Olímpia Gomes				
**				

*Unidade de Saúde Mista **Unidade de Zona Rural

Fonte: Diário Oficial do Município de Eunápolis, 2018.

Estas unidades trabalham com uma população delimitada, sendo de 2500 até 4000 pessoas para cada equipe. Contam com espaço físico apropriado, seguindo recomendações do manual de estruturas físicas do MS. As unidades possuem locais onde diferentes profissionais de saúde conseguem interagir com os colegas e também com a comunidade.

O quantitativo de enfermeiros atuantes nas ESF do Município de Eunápolis, segundo CNES (2023), são no total de 41 trabalhadores. Nas quais são distribuídos entre as 36 equipes de saúde. Não há enfermeiro folguista ou a mais nas unidades, porém o CNES apresentou essa divergência.

Para uma melhor fundamentação a respeito da pesquisa, apresentamos um quadro detalhando a incidência dos casos de tuberculose no Município de Eunápolis, bem como a cobertura de Atenção Básica (AB) durante os períodos de 2010 a 2021:

Quadro 4 - Comparativo entre Coeficiente de incidência e Cobertura da atenção básica do Município de Eunápolis-BA, entre os anos 2010 e 2021

Ano	Incidência da TB Pulmonar (casos/100.000 hab)	Cobertura AB (%)
2010	58,92	69,31
2011	62,43	68,87
2012	34,29	68,03
2012	39,57	67,23
2014	73,87	72,26
2015	51,88	81,28
2016	55,40	91,44
2017	36,05	90,57
2018	46,60	90,43
2019	51,88	97,98
2020	23,74	100
2021	30,78	80,37

Fonte: Sinan, Divep/Suvisa/Sesab, 2024. CnesNet. DataSUS 2024. *Dados extraídos em 13/01/2024, podendo sofrer alterações.

Destaco aqui a incidência da TB em 2019 foi de 51,88/100.000 hab e uma cobertura de AB de 97,98%, e com a pandemia da Covid-19 os casos foram subnotificados, apresentando uma incidência em 2020 de aproximadamente 23,74/100.000 hab, mesmo com uma cobertura de AB em 100%.

Há necessidade de intervir nos fatores favoráveis ao surgimento da doença, bem como uma APS e Vigilância Epidemiológica ativas, onde seja imperativo a parceria dos departamentos e seus profissionais, planejando e monitorando as situações de saúde, permitindo assim que os enfermeiros e demais membros da equipe possam executar suas práticas de cuidado voltadas aos indivíduos com tuberculose pulmonar de forma a contribuir com o controle da doença.

2.3 Sujeitos da pesquisa

A entrada em campo deu-se mediante contato e autorização da gestão municipal, com a apresentação da proposta de pesquisa para secretária municipal de saúde, oportunidade na qual foi assinada a anuência, e após autorização do Comitê de Ética em pesquisa (CEP) foi realizado um segundo momento com os gestores da Atenção Básica e as coordenadoras regionais, visando uma melhor maneira de adentrar o campo.

Ato contínuo foi elaborado um cronograma de entrevistas, quando cada participante escolheu a melhor data e horário, para que a rotina de trabalho não fosse afetada; optou-se por realizar a entrevista na própria unidade de trabalho. Foi requerida autorização para a coleta de dados através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do profissional (APÊNDICE A), assinado em duas vias.

O critério de inclusão dos profissionais enfermeiros no estudo foi: (i) Enfermeiros atuantes nas estratégias de saúde da família há mais de 06 meses. E o critério de exclusão foi: (ii) Enfermeiros de férias, folga, atestado e/ou licença.

Definiu-se um período mínimo para atuação do enfermeiro na ESF devido ao estabelecimento de vínculo entre indivíduo e profissional, fator esse que fortalece a adesão ao tratamento de tuberculose pulmonar. O vínculo faz com que o indivíduo tenha mais acesso tanto ao profissional quanto ao serviço, momento esse em que deve ser captado informações favoráveis ao cuidado, como as necessidades do indivíduo e sua família, cultura e estilo de vida.

Com isso, no momento da realização da pesquisa 15 profissionais enfermeiros aceitaram participar, 02 profissionais estavam de férias, 04 profissionais de folga, 08 abstenções (foi realizado contato, porém não deram nenhum tipo de resposta) e 12 profissionais que não foram contatados devido a saturação dos dados.

2.4 Coleta de dados

Os dados dessa pesquisa foram produzidos a partir de entrevistas orientadas por roteiro semiestruturados contemplando os objetivos do estudo, obtidos juntos aos enfermeiros que aceitaram participar da pesquisa.

Na entrevista semiestruturada o pesquisador elabora um roteiro com perguntas abertas e fechadas, com a possibilidade de discorrer sobre o tema sem se prender ao roteiro elaborado. Assim, a função do entrevistador é estimular os participantes a falarem livremente sobre os temas abordados. Dessa forma, o pesquisador consegue captar a subjetividade do entrevistado e identificar o valor e o sentido de suas expressões (Minayo, 2013). (Polit; Beck; Hungler, 2011).

As entrevistas semiestruturadas realizadas com os enfermeiros seguiram um roteiro (APÊNDICE B) que contemplou dois blocos: o primeiro inclui os dados de identificação dos profissionais entrevistados e o segundo abrangeu as perguntas que abordam as práticas de cuidado voltadas ao indivíduo com tuberculose pulmonar. A coleta de dados foi realizada de 15 de junho a 07 de agosto de 2023, com duração média de uma hora cada.

Como dificuldades enfrentadas na realização do estudo, é possível citar a pouca disponibilidade dos enfermeiros para a realização das entrevistas, esse fator inviabilizou o teste piloto, com isso houve a necessidade de ir direto a campo. O tempo destinado a coleta foi pequeno, e caso fugisse do cronograma poderia comprometer outras partes do estudo. O fator positivo é que foi respeitado o melhor momento para encontro dos profissionais, não comprometendo assim sua atenção aos indivíduos nas unidades de saúde.

2.5 Análise dos dados

Optamos nessa pesquisa pela técnica de análise de dados, a Análise de Conteúdo defendida por Laurence Bardin. A Análise de Conteúdo é entendida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações o qual visa obter, por procedimentos objetivos e sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção dessas mensagens (Bardin, 2004).

Essa técnica se estrutura em 03 fases (Bardin, 2011), são elas:

- a) Pré-análise: nesse momento foi realizado uma leitura flutuante a partir do material coletado mediante entrevistas, constituição do *corpus*, escolha e preparação do material a ser utilizado, (re)visita aos objetivos;
- b) Exploração do material: período em que se estabelece as Unidades de Registro (URs), podendo ser representada por uma palavra, verbo, temática ou uma frase resultante da organização dos dados;
- c) Tratamento dos resultados: diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. É o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (FOSSÁ, 2013).

A fim de respeitar as fases citadas, as entrevistas foram gravadas em aparelho na função gravador, *ipad*, e posteriormente transcritas para o editor de textos *Microsoft Office Word* na sua íntegra, resultando em 72 páginas, caracterizando, assim, o *corpus* de análise.

Posteriormente, iniciou-se a fase de exploração do material, referente às operações de codificação, tomando os dados brutos e os transformando, com o objetivo de alcançar o núcleo de compreensão do texto (Bardin, 2011). Nessa etapa, realizou-se a identificação e codificação das unidades de registro (URs), que de acordo Oliveira (2008) são definidas como um recorte a partir do qual se faz a segmentação do conjunto do texto para análise, que pode ser uma frase, palavra, segmento do texto que expressa uma ideia e/ou um sentido que vai de encontro ao objetivo da pesquisa.

Essas URs foram retiradas a partir de segmentos das transcrições das entrevistas, essa codificação resultou um total de 501 URs no *corpus* de análise. As URs foram capturadas a partir das características em comum e classificadas em unidades de significação (US) ou temas (APÊNDICE C). O conjunto de URs semelhantes é representado por uma US. As US são definidas como unidades de compreensão e correspondem a um seguimento da mensagem

(Bardin, 2011). Assim, foram constituídas 32 US, que foram reagrupadas, dando origem a duas categoriais (APÊNDICE D).

As literaturas que abordam a análise de conteúdo não definem ou apontam um caminho relacionado a saturação dos dados, com isso, foi escolhido o que melhor se alinhou ao desenho da pesquisa.

A interrupção dos dados pode ocorrer, por parte do pesquisador, caso identificada a saturação por conveniência. Quando nenhum novo elemento é encontrado durante uma coleta de dados, deve ser considerada a saturação dos dados, pois essas informações não irão alterar a compreensão do fenômeno estudado (Nascimento *et al.*, 2018).

Com isso, a técnica de saturação dos dados realizada nesse estudo foi a sugerida por Fontanella e Colaboradores, (2011), que consiste em 08 passos procedimentais, são eles: (i) disponibilizar os registros de dados “brutos”; (ii) “imersão” em cada registro; (iii) compilar as análises individuais; (iv) reunir os temas ou tipos de enunciados para cada pré-categoria ou nova categoria; (v) codificar ou nominar os dados; (vi) alocar (numa tabela) os temas e tipos de enunciados; (vii) constatar a saturação teórica para cada pré-categoria ou nova categoria e; (viii) “visualizar” a saturação.

Dessa forma, durante a coleta de dados, as entrevistas eram transcritas, o que permitiu a leitura e a compilação desse material em temas ou unidades de significação. Essas unidades foram distribuídas em tabelas, que eram alimentadas a cada novo material e agrupados em categorias. A saturação foi visualizada quando novas unidades não surgiam a cada nova entrevista, conforme observado no APÊNDICE C.

Nas fases de tratamento dos resultados, e de inferência e interpretação dos dados coletados, os resultados brutos foram tratados de maneira a tornarem-se significativos, a partir do referencial temático do estudo (Oliveira, 2008).

2.6 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil, aprovada pelo CEP da UERJ (ANEXO A), sendo a instituição proponente do estudo, através do parecer nº 6.075.886, de 23 de maio de 2023. Também foi aprovada pela Prefeitura de Eunápolis, através do termo de autorização institucional assinado pela Secretária Municipal de Saúde (ANEXO B) em 13 de fevereiro de 2023.

Seguindo as determinações do Conselho Nacional de Saúde (Comissão Nacional De Ética em Pesquisa, 2012), na Resolução 466/2012, a qual dispõe sobre os estudos envolvendo seres humanos, os participantes deste estudo expressaram sua concordância através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Ainda de acordo com essa Resolução foi assegurado aos participantes e aos serviços o respeito à sua individualidade e privacidade, o anonimato e o sigilo de dados que possam revelar sua identidade e o direito de retirar-se da pesquisa a qualquer momento que desejarem.

Para preservar o anonimato, os participantes enfermeiros foram identificados através da sigla “ENF” (Enfermeiro), seguido de um número de 1 a 15.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os resultados do estudo, bem como sua discussão através da análise de conteúdo defendida por Laurence Bardin. O roteiro da entrevista semiestruturada foi construído por duas etapas, a primeira refere-se aos dados pessoais e profissionais dos enfermeiros, o que permitiu sua caracterização. A segunda etapa foi construída a partir de perguntas que visaram responder o primeiro e segundo objetivos específicos da pesquisa e deram base a elaboração das categorias. As categorias empíricas foram elaboradas mediante as unidades de significação identificadas nas entrevistas, são elas: práticas de cuidado dos enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família e aspectos da atenção à saúde e sua expressão na produção do cuidado.

O próximo tópico apresenta o perfil dos enfermeiros entrevistados, onde são detalhadas informações quanto sexo, faixa etária, orientação sexual, estado civil, filhos, se graduados em instituição pública ou privada, vínculo empregatício, cursos stricto e latu senso e tempo de atuação na ESF.

3.1 Caracterização dos participantes da pesquisa

Essa pesquisa envolveu 14 enfermeiras e 01 enfermeiro, com idade entre 25 e 59 anos. Com relação a raça/cor, os participantes se autodeclararam brancos e pardos. Todos se declararam heterossexuais, em sua grande maioria casados e com filhos. Quanto a formação acadêmica, 12 profissionais eram oriundos de instituição privada e 03 de instituição pública. Todos possuíam cursos de pós-graduação a nível de especialização, com diferentes áreas de atuação e uma enfermeira possuía curso de pós-graduação a nível de mestrado. Com relação ao tipo de vínculo empregatício, 07 profissionais eram do regime estatutário, 07 eram contratados por Regime Especial de Direito Administrativo (REDA) e um nomeado. O tempo de atuação na ESF variou entre 06 meses e 07 anos. A caracterização dos profissionais pode ser mais bem observada na tabela abaixo:

Tabela 1 - Caracterização dos profissionais entrevistados no Município de Eunápolis-BA, 2023

Caracterização dos profissionais	N (%)
Sexo	
Feminino	14 (93,34)
Masculino	01 (6,67)
Faixa etária	
25 a 29 anos	01 (6,67)
30 a 34 anos	02 (13,34)
35 a 39 anos	06 (40)
45 a 49 anos	02 (13,34)
50 a 54 anos	02 (13,34)
55 a 59 anos	01 (6,67)
Raça/cor	
Branca	05 (33,33)
Parda	10 (66,67)
Formação acadêmica	
Instituição privada	12 (80)
Instituição pública	03 (20)
Cursos de pós-graduação	
Stricto senso	01 (6,67)
Latu senso	15 (100)
Vínculo empregatício	
Regime estatutário	07 (46,67)
REDA	07 (46,67)
Nomeado	01 (6,67)
Tempo de atuação na ESF	
06 meses à 01 ano	04 (26,67)
02 anos	02 (13,34)
03 anos	01 (6,67)
04 anos	01 (6,67)
05 anos	01 (6,67)
06 anos	04 (26,67)
07 anos	02 (13,34)

Fonte: A autora, 2023.

Pode ser observado a quantidade significativa de enfermeiras mulheres, o que reafirma a enfermagem como uma profissão predominantemente feminina, com um perfil jovem, onde 53,34% das entrevistadas estão entre 30 e 40 anos. Corroboram com esses dados o estudo de Machado e colaboradores (2016), que aborda as características gerais da enfermagem brasileira.

A caracterização dos enfermeiros aponta que 66,67% se autodeclararam pardos. Contrapondo Machado et al (2016), onde os enfermeiros se declararam brancos.

Com relação aos cursos de pós-graduação cabe aqui destrinchá-los, conforme tabela abaixo, uma vez que todos os profissionais possuem dois ou mais cursos de especialização, fator que pode definir ou potencializar as práticas de cuidados ofertadas pelos enfermeiros.

Tabela 2 - Cursos de pós-graduação dos enfermeiros do Município de Eunápolis-BA, 2023

Cursos de pós-graduação	N (%)
Stricto sensu	
Mestrado em enfermagem	01 (6,67)
Latu sensu	
Saúde pública/coletiva	08 (53,34)
Urgência e emergência/UTI	08 (53,34)
Administração, Gestão e Planejamento	07 (46,67)
Enfermagem (obstétrica, trabalho, dermatológica)	08 (53,34)

Fonte: A autora, 2023.

Os cursos à nível de especialização não dialogam com a prática de atuação dos enfermeiros nas ESF, há essa heterogeneidade na busca pela qualificação devido ao fato de sete profissionais que atuam no serviço serem contratados através do REDA, esse vínculo empregatício se dá mediante avaliação curricular pautado, de acordo DO municipal (2022), na quantidade de cursos de pós-graduação que o profissional possui, independente do seu local de atuação.

3.2 Categoria 1: Práticas de cuidado do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família

Esta categoria foi criada assim que identificadas as práticas de cuidado dos enfermeiros voltadas aos indivíduos com tuberculose pulmonar. Ações como solicitações de exames complementares, baciloscopias, TRM, educação em saúde com o indivíduo, TDO, reunião de equipe são exemplos do dia a dia desse profissional dentro da ESF. Durante a discussão são apresentadas algumas falas dos enfermeiros, com intuito de confirmar o sentido atribuído a categoria empírica definida.

Verificou-se que a atuação do enfermeiro está pautada na consulta de enfermagem, enquanto instrumento capaz de possibilitar intervenções e orientações educativas, que contribuam para melhor compreensão referente a situação de saúde vivenciada pelo indivíduo,

favorecendo assim um espaço de acolhimento, escuta qualificada e práticas de educação em saúde, além de favorecer o estabelecimento de vínculo que potencializa o cuidado e favorece maior adesão ao tratamento. À medida que o enfermeiro consegue desenvolver uma consulta de enfermagem centrada na pessoa, ele garante assim o estabelecimento de vínculo e frequência desse indivíduo e sua família no serviço (Cavalheiro; Silva; Veríssimo, 2021), o que possibilita ao indivíduo maiores chances de alta por cura.

Eu utilizo muito da consulta de enfermagem, porque não dá para fazer ações sabe, não temos panfletos, ou coisas do tipo, então é nesse momento que procuro entender o que o paciente sabe sobre a doença, como está o psicológico dele, para aí então conduzir o caso ... e peço para me procurar sempre que tiver alguma dúvida. (ENF 02);

Muitas das vezes, o que temos a oferecer ao paciente é o nosso atendimento, então nesse momento eu aproveito para saber o conhecimento dele a respeito da doença, para ali traçarmos um plano de cuidado. Já entendi que não adianta eu ditar o que ele tem que fazer, é uma parceria ... então a consulta de enfermagem me ajuda a estar mais próximo dele. (ENF 07);

A consulta de enfermagem é importante também estabelecer o vínculo entre profissional e paciente, e isso ajuda muito no cuidado, o paciente se sente mais à vontade, não se sente excluído e com isso leva o tratamento até o final. Então eu tento entender o que o paciente sabe sobre a doença e depois tento passar de forma clara alguma informação, aí me coloco a disposição para esclarecimentos, porque é muita coisa para passar. (ENF 14).

De acordo com os resultados, a consulta de enfermagem é tida como um instrumento que aproxima o profissional ao indivíduo, pois além de ouvir as demandas trazidas por eles, os profissionais usam esse momento para estabelecer o plano de cuidado ideal para condução do caso, potencializando a adesão ao tratamento. Gomes e Sá (2009), em seu estudo considera que a maneira como se organiza a ESF promove a produção de vínculos entre o profissional e o indivíduo com TB, uma vez que favorece o primeiro contato e assim, estabelece um relacionamento mais próximo e duradouro durante o acompanhamento da doença.

A adesão ao tratamento da tuberculose é reconhecidamente um desafio para controle da doença, pois trata-se de um período longo de acompanhamento, porém quando o indivíduo reconhece a importância da continuidade, sua probabilidade de cura aumenta, interrompe a cadeia de transmissão da doença e diminui também a ocorrência de óbitos por TB (Brasil, 2002)

As práticas de cuidado dos enfermeiros voltadas aos indivíduos com tuberculose pulmonar apontam um agir orientado para a organização da assistência à pessoa e seus familiares no sentido de oferecer recursos e meios para o acompanhamento dos casos. Dentre as práticas desenvolvidas pelos enfermeiros estão solicitação de exames laboratoriais,

realização de testes diagnósticos e de acompanhamento dos casos e compartilhamento de informações necessárias a continuidade do cuidado com a vigilância epidemiológica. Os enfermeiros iniciam o tratamento quando recebem baciloscopia positiva, fazem rastreio dos contatos e os convocam para consulta de enfermagem, preenchem os livros de registros pertinentes ao programa, fazem uma pré-análise da condição socioeconômica do indivíduo e reunião com a equipe a respeito do caso.

Em Eunápolis existe um suporte interessante quanto ao diagnóstico, solicito baciloscopia, TRM, teste de sensibilidade e cultura, aí tem os exames laboratoriais que tem que pedir, tento fazer o teste de HIV logo na primeira consulta ... Solicito medicamentos para fase de manutenção e ataque, tanto para aqueles que estão em tratamento para os futuros casos (ENF 01);

Geralmente eu atendo o paciente, ele já chega com o resultado da baciloscopia positiva, aí faço a notificação e preencho os livros. Minha realidade é receber pacientes bem pobres sabe, daí vejo a possibilidade da cesta básica e vou negociando com ele que pra receber todo mês, ele precisa trazer as baciloscopias. Gosto de fazer reunião com a equipe para falar do caso, não para expor o paciente, mas para facilitar o acesso dele na unidade e comigo (ENF 06);

Geralmente costuma ser uma consulta bem demorada sabe, eu acabo fazendo tudo, solicito baciloscopia logo e cultura, entrego a medicação, solicito os exames que o programa exige, agendo retorno, pergunto se ele quer receber a visita do ACS, pois muitos não querem, aí registro isso tudo no prontuário ... (ENF 08)

Essas práticas atribuídas ao enfermeiro, dentro da ESF, corroboram com o explanado por Sanna (2007), dentro da dimensão assistir, nessa perspectiva, o cuidar em enfermagem tem como objeto o cuidado voltado aos indivíduos, família e coletividades, não dando ênfase apenas ao corpo biológico, mas também as demandas referentes a natureza física, psicológica e social.

Como pode ser observado nos resultados da pesquisa, as atividades assistenciais, na maior parte do tempo, são mediadas pela consulta de enfermagem. Através da Lei Federal nº 7.498/86, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87, o enfermeiro pode realizar consultas, prescrição de medicamentos e solicitação de exames. Dessa forma, esse estudo traz indícios que o enfermeiro se dedicaria a maior parte do tempo no assistir, realizando intervenções relativas às necessidades advindas do indivíduo, com a finalidade de conduzir um cuidado integral.

As práticas apontadas nos resultados da pesquisa também se enquadram dentro da dimensão administrar. Pois, administrar tem como agente o enfermeiro e cabe a ele o planejamento, a tomada de decisão, a supervisão e a auditoria, condições essas que trarão ao indivíduo um cuidado eficiente e eficaz (Sanna, 2007). No entanto, as atribuições do enfermeiro dentro da ESF muitas vezes podem o limitar para o gerenciamento da equipe e

saúde da população, pois necessitam dividir o seu tempo para assistência e administração da unidade.

O estudo realizado por Paula e colaboradores (2014) pontua que a unidade de saúde conta com apoio de duas enfermarias, onde uma atua como autoridade sanitária e responde pelo gerenciamento do serviço e a outra, dedica o seu tempo ao cuidado dos indivíduos. Realidade essa que diverge com a do Município estudado, onde um enfermeiro é responsável por todas as demandas na ESF.

Matsumoto e colaboradores (2011) abordam em seu estudo a questão da sobrecarga do enfermeiro somadas as atividades administrativas e assistenciais, onde é necessária a gestão das ações realizadas na ESF, de forma a contemplar toda a equipe, ficando o enfermeiro, disponível para suas atribuições reais. De acordo Ferreira, Périco e Dias (2018), é necessário compor equipes de saúde da família com maior número de enfermeiros, para que essas duas dimensões sejam realizadas de forma efetiva.

A gente tenta acompanhar o paciente da melhor forma, quando ele chega pra mim eu avalio até onde posso ir, ver se articulo com outros pontos da rede, ou se é um paciente que irá demandar da minha atenção e do médico, sabe? Tem paciente que dá para conduzir só, outros é necessário cuidar em equipe, envolver a família ... (ENF 03);

É bem gratificante ver o paciente ter cura após um cuidado em equipe sabe?! Tem paciente que fazemos ponte com NASF, porque eu tenho NASF aqui na unidade, eles me ajudam muito. O médico ajuda, o ACS ... o trabalho é feito em parceria mesmo (ENF 15)

Ao passo que o enfermeiro consegue se comunicar com o paciente e sua equipe, avaliar a melhor terapêutica junto com paciente, tomar decisões que vão de encontro as necessidades do indivíduo, ele desenvolve uma gestão do cuidado de forma satisfatória. Treviso e Colaboradores (2017) apontam em seu estudo que a gerência do cuidado é uma atribuição do enfermeiro e está relacionada ao assistir e administrar e, que esses dois processos não são paralelos, e sim concomitantes.

As práticas no âmbito da educação em saúde são desenvolvidas em sala de espera, ações no território, com a produção e distribuição de impressos e folhetos sobre a tuberculose, e outros meios que permitem o repasse de informações relevantes a respeito da doença e ao cuidado. Geralmente esse momento não é conduzido pelo enfermeiro, entretanto, ele quem faz essa organização durante as reuniões de equipe, visto que o enfermeiro utiliza sua consulta de enfermagem também para educar.

Então, essa parte de educação em saúde eu trato na consulta de enfermagem mesmo. As salas de esperas são feitas pelos ACS, e eles também realizam essa tarefa no território (ENF 05);

Trabalho esse tema o ano todo, já está na rotina de trabalho da equipe, geralmente nas reuniões de equipe a gente já faz o cronograma dessas palestras aí a gente desenvolve tanto dentro da unidade, quanto fora, faço salas de espera. Claro que no mês de março a intensificação das ações é maior, mas a gente sempre tá atendo, os ACS fazem a busca dos sintomáticos e no mês de março é maior a intensificação (ENF 11);

Outra prática apontada pelos enfermeiros foi a educação em saúde para o indivíduo, família e comunidades, se enquadra dentro da dimensão ensinar (Sanna, 2007). Conforme estudo de Paula e Colaboradores (2014), o período de espera entre as consultas pode ser demorado, com isso o indivíduo pode angustiado e gerar efeitos negativos quanto ao serviço. Esse momento deve ser mais bem aproveitado com práticas de educação em saúde e interação entre pacientes e trabalhadores.

Os modos de educação em saúde apresentados sugerem um modelo tradicional de educar. Contrapondo com Teixeira e Veloso (2006), a sala de espera é apenas um recurso a ser utilizado na educação em saúde, deve ser um momento dinâmico, passível de novos conhecimentos e troca de experiências, onde os temas a serem abordados devem ser construídos nesses espaços. De acordo Becker e Rocha (2017) é a partir dessa construção de saberes que ocorre a transformação social, aquisição de novos hábitos e reflexão sobre os temas abordados.

Não foram apontadas atividades de ensino voltadas aos enfermeiros ou demais membros da equipe, embora mencionado que a coordenação do programa municipal de tuberculose se colocava a disposição as dúvidas dos enfermeiros e acessível a questionamentos.

Tem um tempo que a gente não tem capacitação, mas sempre que tenho alguma dúvida eu ligo pra coordenadora e ela me ajuda. (ENF 04);

A gente teve uma reunião, foi até abordado a necessidade de treinamentos, mas não ficou nada definido. A coordenadora é bem acessível, aí quando surge alguma dúvida, mando mensagem (ENF 09).

Espera-se que o enfermeiro saia da graduação pronto para o cotidiano de sua prática. As publicações do MS, Plano Nacional para Fim da TB e Protocolo de enfermagem, enfatizam o papel crítico a ser desempenhado pelo enfermeiro na ESF, mas não detalham o processo de qualificação que esse profissional precisa galgar para desempenhar suas atividades com eficácia. A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) (2018), retrata a

ampliação do papel dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde, além de reforçar a necessidade política para o reconhecimento e fortalecimento desse profissional.

O estudo de Ferreira, Périco e Dias (2018) menciona alguns fatores necessários para a prática do enfermeiro na ESF, dentre elas: ampliar os estudos relacionadas as dimensões assistencial e gerencial, pois trata-se de atribuições distintas; promover a construção de uma carreira profissional pautada nas atuais atribuições dos enfermeiros na APS que esteja atento as situações de saúde do indivíduo e coletividade.

Estar atento às situações de saúde implica em conhecer o território. Para isso o enfermeiro deve buscar os interesses de saúde dos indivíduos, famílias, grupos sociais e comunidade, inclusive dele próprio, com condições favoráveis para operar os processos de trabalho (Sanna, 2007). Trabalhar no SUS e não lutar pela despreciação do trabalho e saúde para população contrariam todo profissional de saúde (Paula *et al.*, 2014).

O enfermeiro com formação crítica, deve participar da construção dos Planos Anuais de Saúde (PAS), das agendas anuais de saúde, dos planos municipais de saúde e das conferências municipais, e se possível estabelecer uma conferência local em seu território para conhecer as demandas trazidas pela população. São estratégias que em muitos casos são de conhecimento apenas da gestão, mas que se socializados para todos os profissionais de saúde, traria ganhos imensos à saúde da população.

Dessa forma, ao passo que os enfermeiros ofertam tais cuidados descritos nos resultados, possibilita que a ESF seja um espaço aberto e acessível, considerando a procura espontânea ao serviço, a partir do qual é possível ser estabelecida uma relação de confiança que media e favorece o cuidado.

O enfermeiro aparece como um importante elo de articulação do indivíduo com toda a equipe ao longo da atenção à saúde, sendo assim possível identificar suas necessidades de saúde e encaminhar para outros níveis de assistência à saúde. Nesse sentido, a ESF tem como proposta levar saúde para mais perto da população, onde o enfermeiro passa a atuar como agente articulador das ações que são desenvolvidas pelo serviço (Paula *et al.*, 2014).

Gosto de trabalhar aqui na unidade, as pessoas buscam por atendimento, no caso do paciente com tuberculose, a gente atende aqui, mas se precisar encaminhar para outro serviço, a gente consegue, não é tão difícil sabe ... (ENF 10);

A ESF aqui fica em um território muito humilde, a população faz uso mesmo do serviço, a unidade está sempre cheia aí tento envolver toda a equipe, desde o vigilante até o médico, pois sozinha eu não consigo, aí dependendo do caso do paciente eu peço ajuda do CAPS, NASF, Consultório na rua, Centro POP, referência municipal e até assistência social... tudo para ajudar o paciente (ENF 14).

Além do acompanhamento do indivíduo com TB na ESF, o enfermeiro precisa estar sensível a inserção dele em outro nível de assistência, se assim couber (Brasil, 2011), encaminhando-o à(s) referência(s), para que tenha o atendimento necessário sem perder seus laços com a unidade adscrita. Os serviços de referência devem se integrar aos demais níveis do sistema de saúde e esse fluxo de atendimento deve ser organizado e facilitado (Machado; Colome; Beck, 2011).

As práticas de cuidado dos enfermeiros se mostraram ativas no intuito de acolher e se preocupar com as demandas de saúde dos indivíduos. O acolhimento, que de acordo Franco, Bueno e Merhy (2003), é realizado mediante escuta qualificada das necessidades dos indivíduos, potencializando o vínculo e a acessibilidade aos serviços de saúde.

3.3 Categoria 2: Aspectos da atenção à saúde e sua expressão na produção do cuidado

A categoria empírica 02 foi construída através das unidades de significação identificadas como fatores e desafios no desenvolvimento das práticas de cuidado dos enfermeiros. Questões como ausência do profissional médico na assistência à saúde da população, hospital como porta de entrada do serviço de saúde, dificuldade de acesso ao serviço, práticas de cuidado atreladas as práticas médicas, valorização da referência médica para continuidade do cuidado, importância de ampliar o acesso ao enfermeiro na construção do cuidado e o reconhecimento de baixa adesão as práticas de controle da TB pulmonar atreladas à uma busca passiva de casos deram forma a essa categoria.

Os resultados da pesquisa apontam que existe uma ausência médica na assistência à saúde da população devido acordos relacionados a carga horária com a própria gestão municipal, onde o profissional médico trabalha somente alguns turnos na ESF. Pensar na ESF enquanto modelo estratégico para expansão da Atenção Primária à Saúde e capaz de reorientar as práticas de saúde voltada aos indivíduos de maneira positiva (Fertonani *et al.*, 2015) implica também na atuação de profissionais comprometidos e qualificados a atuarem na saúde da família (Oliveira *et al.*, 2016).

Olha, o médico aqui não fica o tempo todo né, ele vem alguns turnos e isso já é acordado com a gestão. Tem pacientes que chega no serviço e quer o médico, eu tento atender, acolher, mas as vezes é só com ele né (ENF 04);

Aqui é uma unidade mista, são duas equipes, mas as duas equipes têm esse problema referente a questão da carga horária do médico. As vezes o paciente vem e esparranha nisso, o cuidado tem que ser compartilhado ... enfim, eu faço minha parte (ENF 05); Então, é bem complicado, porque eu não tenho o profissional médico aqui sempre, quando ela aparece, faz três turnos. É uma dificuldade ela atender um paciente com tuberculose, geralmente eu assumo né, porque ela nunca está ... só quando é algo complexo aí eu faço uma triagem, solicito exames e já agendo para ela, aí eu adianto ne, para facilitar a vida do paciente (ENF 13).

Segundo Fertoni e Colaboradores (2016), os profissionais que atuam nas estratégias de saúde da família precisam, de fato, ser equipe, conhecer o território de atuação e participar da territorialização, realizar um diagnóstico situacional e identificar os determinantes sociais da saúde da população adscrita, assistindo essa população tanto na unidade de saúde quanto em seu domicílio, quando necessário.

Outro fator relatado pelos enfermeiros que dialoga com a ausência médica no estabelecimento de saúde é a porta de entrada invertida para os casos de tuberculose pulmonar. A porta de entrada invertida significa que os indivíduos procuram assistência no hospital municipal e lá são diagnosticados os casos e só então encaminhados à ESF de referência. Starfield (2002), destaca que o primeiro contato com o indivíduo deve ser na APS, e se houver a necessidade, encaminhá-lo para outro nível de assistência, no entanto, mantendo o vínculo e a continuidade do cuidado.

Com isso, os resultados apontam para um não cumprimento de um dos princípios do SUS, a hierarquização da atenção. Esse princípio organizativo consiste na hierarquização dos serviços de saúde, em níveis de atenção, visando o acesso aos mesmos dentro da sua complexidade (Lei 8.080).

Eu não me lembro de ter identificado um caso de tuberculose, os pacientes que eu tenho aqui já chega com resultado de baciloscopia positivo, geralmente eles vêm do regional (hospital) (ENF 02).

Aqui é muito comum os pacientes procurarem o hospital, então a porta é totalmente invertida nos casos de tuberculose, muitas vezes eles já chegam aqui com o resultado da baciloscopia. Então quando chega aqui eu marco com médico para ele prescrever a medicação e avaliar o paciente, ver como que tá a situação dele, aí depois vem pra mim e eu entrego a medicação e faço orientações (ENF 08).

Geralmente o paciente já chega pra mim com resultado da baciloscopia positiva, aí eu acolho e conduzo o tratamento conforme preconizado (ENF 12).

Há mais de 40 anos a APS é reconhecida como a base de um sistema responsivo e eficaz, fatores como “facilitar o acesso”, “saúde mais perto da população”, “atuar sobre os determinantes sociais” são as premissas do trabalho das equipes de saúde da família (Brasil, 2019). No entanto, os resultados dessa pesquisa divergem dessas questões abordadas, o Município de Eunápolis possui atendimento descentralizado para os casos de TB, onde,

segundo CNES (2022) são 36 equipes de saúde da família e uma cobertura de atenção básica de 86,74 % (2023). Um alto investimento em APS requer um retorno satisfatório frente as demandas que surgem nesse nível de assistência.

Uma das estratégias sugeridas para identificação do caso de tuberculose é a busca ativa de sintomático respiratório no território. Espera-se que os profissionais façam busca ativa desses indivíduos, tanto nas visitas domiciliares, quanto nas consultas cotidianas, com isso, os indivíduos devem ser identificados, atendidos e vinculados à atenção básica, por meio da ESF. A ESF deve ser a principal porta de entrada do SUS (Brasil, 2019).

Um dos profissionais engajados na busca ativa dos casos de tuberculose no território é o Agente Comunitário, no entanto, os enfermeiros relataram como desafios na coordenação do cuidado a existência de diferentes áreas do território que não dispõem de cobertura de agentes comunitários, entretanto as equipes buscam suprir essas lacunas através da proatividade desses profissionais, que mediante as visitas domiciliares, fortalecem o cuidado aos indivíduos que estão em processo de acompanhamento da tuberculose pulmonar.

Os ACS são parceiros demais, me dão suporte através das visitas domiciliares, reforçando a necessidade da tomada da medicação ou dia da consulta de retorno do paciente ... aquele paciente que precisa de TDO a gente institui, seguimos o acompanhamento dessa forma, meu grande problema é que minha área descoberta é grande, não dou conta de cobrir, mas aí quando tem pacientes de TB lá eu peço socorro a algum agente comunitário que cobre lá perto sabe (ENF 12);

Minha equipe é muito boa, gosto de trabalhar aqui, mas o meu grande problema é a área descoberta, estou há 04 anos nessa unidade e as áreas descobertas só aumentam, não tenho ACS suficientes. Daí inviabiliza o cuidado conforme solicitado (ENF 13).

Os relatos dos enfermeiros referentes a cobertura de agentes comunitários divergem do histórico de cobertura presentes no E-gestor (2020). Segundo o sistema, o Município de Eunápolis possui uma cobertura de ACS de 90,78%. Os ACS são fortes parceiros na luta contra a tuberculose, e agentes ativos na implementação do TDO, influenciando positivamente a adesão do paciente e possível alta por cura (Brasil, 2022).

Outro desafio apontado pelos enfermeiros foram as dificuldades em acompanhar os indivíduos de tuberculose pulmonar durante a pandemia, onde suas práticas de cuidado ficaram inviáveis devido ao não comparecimento dos indivíduos e redirecionamento de profissionais da ESF para outros níveis de atenção.

A Pandemia complicou ainda mais o tratamento dos pacientes de TB, muitos abandonaram o tratamento e eu ainda não consegui fazer com que eles voltassem (ENF 01);

Olha, foi um período muito difícil durante a pandemia, eu estava com dois pacientes nesse período, um abandonou e o outro eu consegui fazer com que ele terminasse. Não foi fácil, fiz tele consulta, disponibilizei meu número, fui até na casa dele pra levar a medicação, mas vencemos (ENF 05).

Apesar do isolamento social ser prevenção importante para os casos de coronavírus, (Nguyen, 2020) trouxe impactos para os indivíduos em acompanhamento da TB pulmonar, comprometendo o cuidado, favorecendo desfechos desfavoráveis a esse público (Hino *et al.*,2021). Embora relatado que a pandemia impossibilitou o acesso a ESF, com abandono de tratamento, nada foi mencionado a respeito da busca desses indivíduos.

Mesmo diante dos aspectos, como abandono ao tratamento durante a pandemia, ausência médica em algumas estratégias, e a realização do diagnóstico da TB pulmonar em âmbito hospitalar, a população também procura a ESF quando, por exemplo, tem tosse prolongada. O rastreamento da tosse é uma atividade de saúde pública orientada a identificar pessoas com TB pulmonar, esse rastreamento se dá mediante busca ativa no território de pessoas com sintomas respiratórios, quando a pessoa procura o serviço de saúde para atendimento é chamado busca passiva (Brasil, 2022).

Aqui não é uma unidade silenciosa não, os pacientes vêm com tosse, a gente solicita amostra e geralmente dá positivo (ENF 09);
Eu sempre tenho SR aqui na unidade, toda semana eu encaminho relatório das amostras, debatemos esse tema demais, então acho que eles estão sensibilizados (ENF 14).

A busca passiva, de acordo OMS (2013), se baseia em: (i) a pessoa reconhece os sintomas da TB e procura espontaneamente o serviço de saúde; (ii) o profissional de saúde reconhece os sinais/sintomas e critérios para suspeição diagnóstica; e (iii) o profissional de saúde conhece os métodos de diagnóstico para detectar a doença.

Com isso, as entrevistas também indicaram a baixa adesão às práticas de controle da tuberculose pulmonar. No entanto, há reconhecimento dessa deficiência e disposição para buscar estratégias de combate à doença. Entendendo o papel crítico a ser desempenhado pelo enfermeiro e a sua importância na história da tuberculose, os documentos “Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil” e “Ampliação do papel dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde” foram pilares para a implementação do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública, e subsidiaram o Protocolo de Enfermagem, que tem como foco o apoio aos profissionais de enfermagem na prevenção e no cuidado centrado na pessoa com TB na APS (Brasil, 2022).

Dessa forma, o enfermeiro, atuante na ESF, deve estar presente em todas as etapas do processo de cuidado que envolve a pessoa com tuberculose pulmonar, responsável por: (i) identificar a pessoa com sintomas respiratórios; (ii) solicitar exames para o diagnóstico da TB

ativa e ILTB; (iii) iniciar o tratamento de TB sensível, prescrevendo o esquema básico; dentre outras. Portanto, não há necessidade do profissional médico para identificar e iniciar o tratamento mediante resultado dos exames, já que o enfermeiro tem competência para conduzir todo esse processo (Brasil, 2022).

Olha, eu preciso reconhecer que estou falho nessas ações... geralmente eu faço quando vem algo da coordenação, mas não levo como uma prioridade, preciso colocar como rotina essa questão de identificação de sintomático respiratório, sei que o Município tem muitos casos, e eles estão aí né ... precisam ser encontrados (ENF 01);

Então, eu não faço muita coisa não. Faço orientações nas consultas, cobro os ACS em perguntarem sobre a tosse nas visitas, mas ações eu não programo (ENF 05).

Conforme abordado no referencial temático, além desses documentos norteadores, a Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou a Agenda 2030, que contém 17 objetivos a serem seguidos pelos países do globo, dentre estes ressalta-se o objetivo 03, em especial a meta 3.3, que visa acabar com a TB enquanto problema de saúde pública (Who, 2021). Com isso, esforços devem ser implementados a fim de diagnosticar casos de forma precoce e atuar sobre seus determinantes.

Mesmo com suas atribuições respaldadas nos protocolos, alguns enfermeiros desenvolvem suas práticas de cuidado atreladas a prática médica, pois mesmo o indivíduo sendo encaminhado pelo hospital, com a referência e diagnóstico em mãos, eles são agendados para o médico da unidade, para somente depois realizarem a consulta de enfermagem e seguirem com o acompanhamento. Apesar dos documentos do MS nortearam o tratamento para TB, os enfermeiros entrevistados optam por deixar a cargo do médico da unidade, e o Município não dispõe de protocolo de enfermagem municipal frente aos casos da doença, fator que pode inibir a atuação profissional.

Eu não inicio o tratamento não, quando o paciente chega com resultado eu encaminho para o médico para ele prescrever a medicação (ENF 01);

Olha, eu recebo o paciente, faço escuta, notifico, oriento quando a doença e como será o tratamento, mas a medicação eu só libero após prescrição médica (ENF 08).

Os dados da pesquisa demonstram que apesar de alguns enfermeiros dependerem do profissional médico para iniciar o tratamento de tuberculose pulmonar (esquema básico), outros já realizam esse cuidado mediante resultado do exame em mãos, caracterizando uma autonomia no cuidar, bem como o encaminha para outros profissionais envolvidos no cuidar. Nesse sentido, o enfermeiro deve imbuir-se de fatores que agreguem seu conhecimento e aumentem sua autonomia profissional. Essa autonomia é da prática do enfermeiro, e através

dela o profissional enfermeiro consegue realizar tomadas de decisões voltadas ao cuidado de forma assertiva (Pires, 2011).

Então, tenho muitos casos de tuberculose aqui, então as vezes eu solicito as amostras e as vezes esse paciente já chega com encaminhamento do hospital... não perco tempo esperando atendimento com médico não, eu já início conforme protocolo ministerial (ENF 13);

Eu penso em adiantar a vida do paciente, eu já não tenho médico todo o tempo aqui, então se está sintomático eu vou e solicito baciloscopia, se o paciente já chega com resultado aí eu conduzo, sou respaldada, eu posso fazer isso (ENF 14);
Quando eu tenho dúvidas com relação ao paciente e, o médico não está aqui, vejo com a referência uma vaga e encaminho ele para uma avaliação lá (ENF 02).

O Município de Eunápolis possui uma referência municipal para diagnósticos em crianças e tuberculose extrapulmonar, bem como suporte nos casos de difíceis diagnósticos, com isso, muitos enfermeiros encaminham os indivíduos para o serviço mesmo sendo casos passíveis de acompanhamento na ESF, para atendimento com infectologista e pneumologista da rede. Mendes (2010) afirma que o sistema de Referência e Contrarreferência (RCR) é tido como uma tecnologia em saúde que visa contribuir para o cuidado integral do indivíduo.

Dessa forma, é fácil reconhecer que nesse estudo a RCR se limita apenas ao encaminhamento dos indivíduos aos especialistas. Achados parecidos a este foram identificados no estudo de Oliveira, Silva e Souza (2021), onde sugere-se que a RCR é realizada de forma superficial, pois é necessário um olhar crítico capaz de compreender o sistema de referência e contrarreferência e suas aplicabilidades.

Assim, aqui tem a referência então eu sempre peço uma vaga para encaminhar meu paciente, e também vejo com a regulação a possibilidade de pneumo .. Depende muito, geralmente os pacientes ficam comigo aqui na ESF, quando paciente que faz uso de drogas, álcool ... aí eles conduzem melhor na referência, porque até pra marcar algum exame é mais fácil (ENF 06);

Eu não tenho dificuldade com solicitação de exames não, minha marcadora me ajuda demais com os pacientes de TB. A questão é que o laboratório é muito longe daqui e os pacientes muitas vezes não vão porque não tem como ir (ENF 09).

Existe uma situação muito complexa aqui, porque já é difícil a marcação de exames complementares e quando a gente consegue o paciente não vai porque o laboratório é muito longe, aí ele não tem transporte e perde a oportunidade, isso é muito triste porque muitas vezes tratamos as cegas (ENF 14).

A dificuldade de acesso ao serviço foi evidenciada no estudo, e expressa na dificuldade de acessar o exame e a consulta, devido a localização do laboratório e/ou policlínica estar distante da residência do indivíduo. O acesso é garantido pelo SUS, no entanto, nem sempre ocorre o acesso universal aos serviços públicos de saúde para toda a população, principalmente aquelas que vivem em situação de vulnerabilidade social (Noronha, 2013)

Observa-se uma incipiência destinada a logística de marcação de exames e consultas, não priorizando o acesso da comunidade. As limitações quanto a organização e oferta dos serviços de saúde impactam a qualidade de vida dos indivíduos e o seu cuidado (Garnelo; Sousa; Silva, 2017). Tais fatores dialogam com debate existente na literatura a respeito de cobertura e acesso que foi abordado no referencial temático dessa dissertação.

Os resultados dessa pesquisa corroboram com o conceito elaborado por Unglert (1990), onde é necessário priorizar o acesso/acessibilidade geográfica e valorizar a dificuldade/facilidade do indivíduo para o deslocamento a ser feito para percorrer a lacuna entre serviço de saúde e sua residência. Com isso, nesse estudo, a cobertura pode ser entendida como uma possibilidade de obter o cuidado, podendo essa possibilidade ser efetiva ou não (Noronha, 2013), como é o caso das barreiras mencionadas pelos enfermeiros.

Diante de todos os pontos abordados, os enfermeiros ainda reconhecem a tuberculose pulmonar como uma doença com alta determinação social, marcada por diferentes fatores que podem determinar o adoecimento. Percebe-se que os profissionais possuem essa compreensão, que evidencia diferentes aspectos das condições de vida dos indivíduos que contribuem para o processo saúde-doença.

O referencial temático dessa dissertação trouxe fundamentos para esse debate. Ayres (2002) defende que a vulnerabilidade fornece elementos para que todo e qualquer indivíduo adoça, considerando seus aspectos individuais (Ayres, 2002), no entanto, fatores como baixa escolaridade e baixa renda contribuem para o abandono frequente do tratamento da tuberculose pulmonar (Orofino, 2012). Reforçando assim, o caráter social da doença (Campani, 2011).

É complicado sabe, o público com escolaridade melhor entende os efeitos da doença e adere direitinho, mas uns não sem importam e abandona, e não volta de jeito nenhum (ENF 06);

Existe também aqui a dificuldade de acompanhar o público do privado, eles já chegam aqui com todos os exames, aí tem a negação, não entendem o motivo pelo qual tem a doença. Se negam a falar dos contatos, a receber o ACS, vem mesmo só para pegar a medicação (ENF 11).

Segundo Fernandes e colaboradores (2020), a representação da tuberculose está vinculada a sujeira, promiscuidade, e quando a pessoa adoce, se coloca de forma totalmente invisível, se excluindo dos familiares, por se sentirem vetores da doença, com isso, para não serem expostos, optam por ocultar seu diagnóstico. Os profissionais entrevistados reconhecem a carga estigmatizante em torno da tuberculose, considerando que muitos

indivíduos acometidos demonstram demora em procurar assistência, negando seus sintomas e se sentem constrangidos quando identificado a doença.

O estigma com relação a doença é muito grande. E os próprios pacientes já chegam aqui com isso, eles se sentem responsáveis pelo adoecimento de outras pessoas, tem vergonha de falar que tem TB, já tive pacientes que saíram de suas casas e ficaram sozinhos durante um período e mesmo a gente reforçando que após a baciloscopia negativa não tem mais risco de transmissão eles preferem se excluir do convívio familiar. Tive um paciente que falou bem assim pra mim: Como assim: eu tenho tuberculose? Mas eu não tenho HIV, minha casa é limpa, organizada, como fui pegar essa doença? ... outros que pedem para não ter visita do ACS pois a vizinha vai desconfiar de alguma coisa ... (ENF 14);

O estigma desvaloriza a pessoa, o que contribui para a desigualdade social, reduz oportunidades, com isso o indivíduo passa a ter uma ideia deturpada de si mesmo (Goffman, 2015). Apesar de reconhecer o aspecto estigmatizante da doença, as práticas desses profissionais pouco demonstram ações que contribuem para um enfrentamento racional do estigma junto aos indivíduos. O estudo de Fernandes e Colaboradores (2020) sugere que os profissionais de saúde da família têm o dever de amparar esse indivíduo carregado de estigmas, fazendo com que ele se fortaleça e realize o tratamento até o final.

Estudo de Touse e Colaboradores (2014) investigou o estigma da TB nas famílias, e pode observar comportamentos diferentes e separar a amostra analisada em quatro grupos (G1, G2, G3 e G4). No G1 e G2 manifestou-se a vergonha do familiar doente, onde a doença era “escondida” na comunidade e até no meio familiar o tema não era abordado. Essas pessoas tinham baixa escolaridade, pouco acesso aos meios de informação e pouco sabiam a respeito da doença. Nos G3 e G4, os perfis eram diferentes. Nestes grupos observou-se comportamentos positivos relacionados a doença, principalmente referente à cura, os indivíduos não se excluía do seu convívio familiar e social, apresentavam níveis de escolaridade, relatam ter acesso à informação.

Nessa perspectiva, os resultados da pesquisa corroboram com o estudo de Touse e Colaboradores (2014), pois demonstram grupos marcados pelo estigma e pela desigualdade social, e que demandam ações que extrapolam o setor saúde, pois está ligado também as condições socioeconômicas do indivíduo.

Uma equipe multiprofissional, que se sensibiliza com a problemática em questão, e que esteja disposta a elaborar intervenções junto aos indivíduos com tuberculose e suas famílias são passos importantes nessa luta, envolver participação comunitária, mobilização social, no intuito de visualizar a TB e sanar questões que estão próximas as suas realidades (Touse *et al.*, 2014)

Os documentos do Ministério da Saúde, como o Manual de Recomendações e Controle da Tuberculose no Brasil 2ª ed. (2019), bem como Plano Nacional e Protocolo de Enfermagem, reconhecem que o estigma é existente, mas pouco detalham como os profissionais podem atuar de forma a melhorar a condição do indivíduo.

CONCLUSÃO

Neste estudo, analisamos as práticas de cuidado adotadas pelos enfermeiros em relação aos indivíduos com tuberculose nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) em Eunápolis, Bahia. Uma verificação cuidadosa da formação desses profissionais revelou uma diversidade em seus cursos de especialização. Interessantemente, muitas destas especializações não estão diretamente relacionadas ao campo de atuação específico dos enfermeiros das ESF.

Este fato pode ter um impacto significativo nas práticas de cuidado que eles empregam. A discrepância entre a formação especializada e as demandas práticas do local de trabalho oferece uma perspectiva valiosa sobre como as abordagens de cuidado são moldadas e podem ser otimizadas no contexto da atenção à tuberculose.

Revelou também um papel crucial dos enfermeiros no acompanhamento da tuberculose em Eunápolis, Bahia. Eles são ativos na administração de medicamentos e na condução de consultas de enfermagem, demonstrando competência e dedicação no manejo desta doença. Entretanto, a pesquisa identificou uma lacuna significativa: a falta de busca ativa de casos de tuberculose pelos enfermeiros, apesar da gestão integral dos casos que chegam, utilizando recursos como o NASF, assistência social e o consultório na rua. Este aspecto destaca a necessidade de fortalecer a proatividade na identificação de casos de tuberculose, alinhando as práticas de cuidado dos enfermeiros com as diretrizes nacionais e globais para o controle efetivo da doença, como o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose e a Agenda 2030.

Do ponto de vista do ensino na saúde, os resultados do estudo apontam para a necessidade de incorporar no currículo de formação de enfermeiros, conteúdo específicos sobre o controle da tuberculose. Isso inclui estratégias para identificação precoce de sintomáticos respiratórios e avaliação de contatos, habilidades essenciais para a intervenção rápida e eficaz na cadeia de transmissão da tuberculose.

No aspecto social, a pesquisa reflete a realidade de muitos Municípios brasileiros, onde a alta cobertura de atenção básica não se traduz necessariamente em eficácia no controle de doenças específicas, como a tuberculose. Isso aponta para a necessidade de revisão e fortalecimento das estratégias de saúde pública, com ênfase na identificação precoce e no manejo de doenças infectocontagiosas.

Além disso, o estudo traz novos aspectos para o campo da enfermagem, especialmente no que se refere à dinâmica de atendimento e ao fluxo de casos de tuberculose no sistema de saúde. A inversão da porta de entrada, com casos sendo diagnosticados nos hospitais e referenciados para a atenção primária, revela uma fragilidade na identificação oportuna dos casos de tuberculose, ressaltando a importância de repensar as abordagens de triagem e diagnóstico precoce nas unidades de atenção primária.

Portanto, é imprescindível que estudos futuros foquem em desenvolver e avaliar intervenções que possam melhorar a busca ativa de casos de tuberculose pelos enfermeiros na atenção primária. Isso poderá não apenas contribuir para o controle mais efetivo da tuberculose, mas também para a melhoria geral do Sistema Único de Saúde (SUS), beneficiando a população de Eunápolis e potencialmente outras regiões vizinhas com desafios semelhantes.

Em relação às limitações deste estudo, destaca-se o fato de a pesquisa ter sido realizada com 15 profissionais, de um total de 36 enfermeiros atuantes nas ESF. Apesar dos participantes terem colaborado de forma excepcional e os resultados terem revelado aspectos importantes das práticas de cuidado, a metodologia de seleção dos entrevistados, que não foi realizada por regional de saúde, mas sim por disponibilidade para participação, podem influenciar a generalização dos achados. Portanto, é imprescindível a realização de mais estudos, em diferentes cenários e contextos, para analisar de forma mais abrangente as práticas destinadas aos indivíduos com tuberculose no Município.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S; KEBIAN, L.V.A; FARIA, M.G.A; FERRACCIOLI, P; CORREA, V.A.F. **Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica.** 2014. Disponível em: e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/12338/12288. Acesso em: 17 jun. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2014.12338>.
- ALEIXO, J.L.M. **A Atenção Primária à Saúde e o Programa de Saúde da Família: Perspectivas de Desenvolvimento no Início do Terceiro Milênio.** 2022. Revista mineira de saúde pública, nº 01, ano 01 janeiro a junho/2002. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/coleciona-sus/2002/28140/28140-391.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2023.
- ALVARENGA, J.P.O; SOUSA, M.F. **Processo de trabalho de enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado da Paraíba – Brasil: perfil profissional e práticas de cuidados na dimensão assistencial.** 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/fHpCjcKMpLwVQWpGVThG9SC/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 01 abr. 2023.
- AYRES, J.R.C.M; JÚNIOR, I.F; CALAZANS, G.J; FILHO, H.C.S. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios.** In: Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=-UEqBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA121&dq=ayres+&ots=CUC9_x8qNb&sig=tn8ozzNUUHifFEwYKnPrfxgVwKw#v=onepage&q=ayres&f=false. Acesso em: 08 out. 2023.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2004.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011.
- BERALDO, A.A; VILHA, T.C.S. **Adesão ao tratamento da tuberculose na Atenção Básica: percepção de doentes e profissionais em Município de grande porte.** 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/T33z97NnjVVPyD46HnmZpDK/?lang=pt>. Acesso em: 19 set. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0075>.
- BECKER, A.P.S; ROCHA, N.L. **Ações de promoção de saúde em sala de espera: contribuições da Psicologia.** 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v11n21/v11n21a04.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2024.
- BRASIL. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Ipea.** 2018. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/180801_ods_metas_nac_dos_obj_de_desenv_susten_propos_de_adequa.pdf. Acesso em: 22 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União 2010; disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos_prt4279_30_12_2010.pdf acesso em: 05 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim da tuberculose**. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2020/boletim-tuberculose-2020-marcas-1.pdf/view>. Acesso em: 26 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim da tuberculose**. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2021/boletim-tuberculose-2021_24.03. Acesso em: 13 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública**. 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_livre_tuberculose_plano_nacional.pdf. Acesso em: 16 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS** (Departamento de Informática do SUS).
BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).
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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Acesso em: 18 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Tuberculose na atenção primária: protocolo de enfermagem** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Acesso em: 15 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica – Protocolo de Enfermagem**. 2011. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento_diretamente_observado_tuberculose.pdf Acesso em: 16 abr. 2023.

BRASIL. **Relatório nacional voluntário sobre os objetivos de desenvolvimento sustentável**. 2017. Disponível em: https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/15801Brazil_Portuguese.pdf. Acesso em: 18 fev. 2023.

CAÇADOR, B.S; BRITO, M.J.M; MOREIRA, D.A; REZENDE, L.C; VILELA, G.S. **Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades**. 2015. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v19n3a07.pdf>. Acesso em: 29 set. 2022. DOI: 10.5935/1415-2762.20150047.

CAMPANI, S.T.A; MOREIRA, J.S; TIETBOHEL, C.N. **Fatores preditores para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil na cidade de Porto Alegre (RS)**. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/nDFKKmcMZYGN5jdWFGtdG4R/>. Acesso em: 18 set. 2023. DOI: 10.1590/S1806-37132011000600011.

CAVALCANTE, E.F.O; SILVA, D.M.G.V. **O compromisso do enfermeiro com o cuidado à pessoa com tuberculose**. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/WLxZ9pzRFcGygxqkZYyhnmw/citation/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 17 jan. 2023.

CAVALHEIRO, A.P; SILVA, C.L; VERÍSSIMO, M.L. **Consulta de enfermagem à criança: atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde**. 2021. Disponível em: https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles_xml/2357-707X-enfoco-12-03-0540/2357-707X-enfoco-12-03-0540.pdf. Acesso em: 10 jan. 2024. DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.4305.

CECCON; R.F; MAFFACCIOLLI, R; BURILLE, A; MENEGHEL, S.N; LEIDENS, D.L.C.O; GERHARDT, T.E. **Mortalidade por tuberculose nas capitais brasileiras, 2008-2010. 2017**. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ress/2017.v26n2/349-358/pt/>. Acesso em: 13 ago. 2022.

CONILL, E.M. **Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil**. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/3gfc4HQzBnfprcdP8793hJf/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 29 ago. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300002>.

CORRÊA, V.A.F; ACIOLI, S; TINOCO, T.F. **Cuidado do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: práticas e fundamentações teóricas**. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/6QRkdZdNCZzpTTvZZQZJ5Dk/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 14 jan. 2024.

COSTA, N.R, PINTO, L.F. **Piso da Atenção Básica: mudanças na estrutura**. In: Negri B, Viana ALD organizadores. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime; 2002.

COSTA, S.M; MENDOZA-SASSI, R.A; TEIXEIRA, T.P; LEIVAS, V.A; CÉZAR-VAZ, M.R. **Conhecimento dos clientes com tuberculose pulmonar e seus familiares sobre adesão ao tratamento e fatores associados, no Município do Rio Grande (RS)**. Ciênc. Saúde Coletiva, v.16, n.1, p.1427-1435, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/MHpWdMFWH3BbWbf3QLfmmnC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 set. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700078>.

CUNHA, G.T; CAMPOS, G.W.S. **Apoio matricial e atenção primária em saúde**. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/JFWjx7YnMz7mcDjFNDpxRcc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 jan. 2023.

DANTAS, C.N; SANTOS, V.E.P; TOURINHO, F.S.V. **Nursing consultation as a technology for care in light of the thoughts of bacon and galimberti.** 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/VtXc5rmVKh3H7QYrCPVVRB8d/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 14 jan. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-0707201500002800014>.

ELIAS, P.E. **Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo.** São Paulo perspect. [periódico na internet]. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000300005&lng=pt&nrm=isso. Acesso em 02 set. 2022.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 208 p. ISBN 978-85-7541-361-6. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/qxhc3/pdf/escorel-9788575413616.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2023.
Espaço para informação e acesso aos sistemas da Atenção Básica. **E-Gestor AB** Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/>. Acesso: 17 abr. 2023

FASCA, S.F. **Tuberculose e condições de vida: uma análise do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2000 a 2002** [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2008. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4895>. Acesso em: 11 set. 2022.

FAUSTO, M.C.R; ALMEIDA, P.F; BOUSQUAT, A. **Organização da atenção primária no Brasil e os desafios para integração em redes de atenção.** IN: MENDONÇA, M.H.M., MATTA, G.C., GONDIM, R., GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde no Brasil – conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. Acesso em: 20 set. 2022.

FAUSTO, M.C.R; MATTA, G.C. **Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas.** 2007. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/39171/Modelos%20de%20Aten%20E3o%20-%20Aten%20E3o%20Prim%20ria%20E0%20Sa%20FAde.pdf?sequence=2> . Acesso em: 16 jul. 2022.

FAUSTO, M.C.R; RIZZOTO, M.L.F; GIOVANELLA, L; SEIDL, H; BOUSQUAT, A; ALMEIDA, P.F; TOMASI, E. **O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil.** 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/bSpRGvzf54nJ4pQjMy7PY3r/?lang=pt>. Acesso em: 28 ago. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S101>.

FERREIRA, S.R.S; PÉRICO; L. A. D; DIAS, V.R.F.G. **A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde.** 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/qTVY5r3JLdL8xcTHNf9ZhxF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 set. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>.

FERREIRA, V.A; ACIOLI, S. **O cuidado na prática do enfermeiro no campo da atenção primária em saúde: produção científica.** rev. enferm. uerj, rio de janeiro, 2009 out/dez; 17(4):506-9;

FERTONANI, H.P; PIRES, D.E.P; BIFF, M; SCHERER, M.D.A. **Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira**. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZtnLRysBYTmdC9jw9wy7hKQ/>. Acesso em: 23 abr. 2023.

FONTANELLA, B.J.B; LUCHESI, B.M; SAIDEL, M.G.B; RICAS, J; TURATO, E.R; MELO, D.G. **Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica**. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/3bswnzmmdivythrncxmy9kjq/#>. Acesso em: 05 mai. 2023.

FOSSÁ, M.I.T. **Proposição de um constructo para análise da cultura de devoção nas empresas familiares e visionárias**. Tese (Doutorado em Administração). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

FRANCO, T.B; BUENO, W.S; MERHY, E.E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG)**. In: Merhy EE, organizador. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 37-54.

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**. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/Sf78MxgR9R6kmt4LjhwcD8y/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 dez. 2023.

GARNELO, L; SOUSA, A.B.L; SILVA, C.O. **Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios**. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/j77vcsPR76Hxb6zjPzD9bHS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2024.

GIL, C.R.R. **Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro**. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/d783NS5x4f47Z6pyBR5pgvv/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 25 jan. 2023.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M.H.M; BUSS, P.M; FLEURY, S; GADELHA, C.A.G; GALVÃO, L.A.C; SANTOS, F.S. **De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental**. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2019.v35n3/e00012219/>. Acesso em: 22 set. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219>.

GIOVANELLA, L; MENDOZA-RUIZ, A; PILAR, A.C.A; ROSA, M.C; MARTINS, G.B; SANTOS, I.S; SILVA, D.B; VIEIRA, J.M.L; CASTRO, V.C.G; SILVA, P.O; MACHADO, C.V. **Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias**. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2018.v23n6/1763-1776/pt>. Acesso em: 29 jan. 2023.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: LTC; 2015. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4216053/mod_resource/content/0/AULA%2012_Goffman%20-%20Estigma.pdf. Acesso em 10 out. 2023.

GOMES, A.L.C; SÁ, LD. **As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose.** 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/btYcmzrmBXVf5QS8gQ4TyLC/#> Acesso em: 17 jan. 2019;

GUIMARAES, T.M.R; AMORIM, C.T; BARBOSA, E.F.F; SILVA, F.M; FARIAS, C.E.L; LOPES, B.S. **Nursing Care to a Patient Having Pulmonary Tuberculosis Disease and Comorbidades: Case Report.** 2018. Disponível em: <https://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6167/pdf>. Acesso em: 13 set. 2023.

HINO, P; YAMAMOTO, T.T; MAGNABOSCO, G.T; BERTOLOZZI, M.R; TAMINATO, M; FORNARI, L.F. **Impacto da COVID-19 no controle e reorganização da atenção à tuberculose.** Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/7CHK6rszL4RzWRsrYQb4mVn/>. Acesso em: 10 jan. 2024.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/eunapolis/panorama>. Acesso em: 20 nov. 2022.

JUNIOR, A.G.S; ALVES, C.A. **Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas.** 2007. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/8459/modelosassistenciaisemsa%C3%BAde.pdf?sequence=1>. Acesso em: 19 jan. 2023.

JUNIOR, H.M.M. **Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. In: Revista divulgação. Redes de atenção à saúde – construindo um cuidado integral.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos-cit/2014/dezembro/1-b-divulgacao-52.pdf#page=17>. Acesso em: 07 set. 2022

KUSCHNIR, R; CHORNY, A.H. **Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate.** 2010. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v15n5/v15n5a06.pdf. Acesso em: 15 jul. 2022.

LAVRAS, C. **Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil.** 2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2011.v20n4/867-874/pt> Acesso em: 15 jul. 2022.

LIMA, J.G; GIOVANELLA, L; FAUSTO, M.C.R; BOUSQUAT, A; SILVA, E.V. **Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB.** 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dTT4C8BxFNTFMftQcdcZjqc/?format=html> Acesso em 02 set. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S104>.

MACHADO, M.H; FILHO, W.A; LACERDA, W.F; OLIVEIRA, E; LEMOS, W; WERMELINGER, M; VIEIRA, M; SANTOS, M.R; JUNIOR, PBS; JUSTINO, E; BARBOSA, C. **Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico.** 2016. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/686>. Acesso em: 24 jan. 2024.

- MACHADO, L.M; COLOMÉ, J.S; BECK, C.L.C. **Estratégia de saúde da família e o sistema de referência e de contra-referência: um desafio a ser enfrentado**. 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2337/1509>. Acesso em: 16 abr. 2023.
- MACIEL, E.L.N; SALES, C.M.M; BERTOLDE, A.I; REIS-SANTOS, B. **O Brasil pode alcançar os novos objetivos globais da Organização Mundial da Saúde para o controle da tuberculose?** 2018. Disponível: <https://www.scielosp.org/article/ress/2018.v27n2/e0200007/>. Acesso em: 18 ago. 2022.
- MAGALHÃES, M.A.F.M.; MEDRONHO, R.A. **Análise espacial da Tuberculose no Rio de Janeiro no período de 2005 a 2008 e fatores socioeconômicos associados utilizando microdado e modelos de regressão espaciais globais**. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LXgdxSH4wsGgV5vR4jLcqgh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2022;
- MATTHEW, G; ZUMLA, A. **The resurgence of disease: social and historical perspectives on the ‘new’ tuberculosis**. 2002. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953601001769>. Acesso em: 15 ago. 2022;
- MATUMOTO, S; FORTUNA, C.M; KAWATA, L.S; MISHIMA, S.M; PEREIRA, M.J.B. **Nurses’ clinical practice in primary care: a process under construction**. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2011 [cited 2024 Jan 17]; 19(1):123-30. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000100017>
- MENDES, E.V. 2012. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. acesso em: 07 jan. 2022.
- MENDES, I.A.C. **Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores**. 2004 . Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/65QpBZwZKrnzZwDRXYQHQm/?lang=pt>. Acesso em: 16 jul. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000300001>.
- MENDONÇA, M.H.M; MATTA, G.C; GONDIM, R; GIOVANELLA, L. **Atenção Primária à Saúde: conceitos, práticas e pesquisa**. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/YrGTVjjgJChHTcm8wzMsRLG/>. Acesso em: 03 jan. 2024.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.
- MINISTRY OF HEALTH. **Consultative council on medical and allied services**. Interim report on the future provision of medical and allied services. London, 1920. Disponível em: <http://www.sochealth.co.uk/history/Dawson.htm>. Acesso em: 16 jul. 2022.
- MOROSINI, M.V.G.C; FONSECA, A.F; LIMA, L.D. **Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde**. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7PPB5Bj8W46G3s95GFctzJx/?lang=pt>. Acesso em: 28 ago. 2022.

NASCIMENTO, L.C.N; SOUZA, T.V; OLIVEIRA, I.C.S; MORAES, J.R.M.M; AGUIAR, R.C.B; SILVA, L.F. **Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren**. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/SrfhX6q9vTKG5cCRQbTFNwJ/>. Acesso em: 27 set. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>.

NGUYEN, T.A; CUONG, Q.N; KIM, A.L; HUONG, T.N; NGUYEN, H.N; FOX, G.J; et al. **Adapting a TB contact investigation strategy for COVID-19**. 2020. Disponível em: <https://www.ingentaconnect.com/content/iuatld/ijtld/2020/00000024/00000005/art00022;jsessionid=6vi40p3c8au0o.x-ic-live-03>. Acesso em: 09 out. 2023.

NORONHA, J.C. **Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios**. Cad Saúde Pública. 2013 maio; 29(5):847-849. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/KM8zmWvsKqQkWLLCSx5kPsB/>. Acesso em: 10 out. 2023.

OLIVEIRA, M.P.R; CARVALHO, I.H; MENEZES, F.A; SOUSA, L.M; PEIXOTO, M.R.G. **Formação e qualificação de profissionais de saúde: fatores associados à qualidade da atenção primária**. RevBrasEducMéd 2016;40(4)547-59. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/9xmh853N9RkL7F8x97XFxxh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2024.

OLIVEIRA, C.C.R.B; SILVA, E.A.L; SOUZA, M.K.B. **Referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde**. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/3vhh4QL7xRM8tkRzZdcHZhK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 out. 2023.

OLIVEIRA, D.C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. Enferm. UERJ**, v.16, n.4, p.569-576, out/dez 2008. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a19.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2023.

OLIVEIRA, M.A.C; PEREIRA, I.C. **Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família**. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5XkBZTcLysW8fTmnXFMjC6z/?format=pdf&lang=pt>. acesso em: 29 jun. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Ampliação do papel dos enfermeiros na atenção primária à saúde**. Washington, D.C.: OPAS; 2018. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34960/9789275720035_por.pdf?sequence=6&isAllowed=y Acesso em: 18 jan. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal**. Relatório mundial de saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2010. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44371/9789899717848_por.pdf?sequence=33&isAllowed=y. Acesso em: 27 jan. 2023.

OROFINO, R.L; BRASIL, IPEA; TRAJMAN, A; SCHMALTZ, C.A.S; DALCOLMO M; ROLLA, V.C. **Preditores dos desfechos do tratamento da tuberculose.** J Bras Pneumol. 2012;38(1):88-97. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/ddKvFnG5WptTTR9jPBqNNf/?lang=pt>. Acesso em: 18 jun. 2023. DOI: 10.1590/S1806-37132012000100013

PAIM, J.S. **Modelos de Atenção à Saúde no Brasil.** IN: Giovanella, L.; Lobato, L.V.C.L. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/modelos_de_atencao_a_saude_no_brasil_-_paim_0.pdf. Acesso em: 28 set. 2022.

PAULA, M; PERES, A.M; BERNARDINO, E; EDUARDO, E.D; SADE, P.M.C; MULLER, L. **Características do Processo de Trabalho do Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família.** Rev. Min. Enferm. 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-727280>. Acesso em: 23 jul. 2023.

PAULA, M; PERES, A.M; B, E; EDUARDO, E.A; SADE, P.M.C; LARocca, L.M. **Characteristics of the nurses' work process in the family health Strategy.** 2014. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v18n2/en_v18n2a15.pdf. Acesso em: 10 jan. 2024.

PAZ, E.P.A; SÁ, A.M.M. **The daily routine of patients in tuberculosis treatment in basic health care units: a phenomenological approach.** Rev Latino-Am Enfermagem. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/H8Z7mNWPys5Cz7KWqrmJRDG/?lang=en>. Acesso em: 28 jun. 2022.

PINTO, L.P; GIOVANELLA, L. **Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB).** 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dXV7f6FDmRnj7BWPJFt6LFk/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 29 set. 2022. DOI: 10.1590/1413-81232018236.05592018.

PIRES, M.R.G.M. **Limites e possibilidades do trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: em busca da autonomia.** 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/JJVCQsCTQRMFdhTcPTbs9wz/?lang=pt>. Acesso em: 01 abr. 2023.

POLARO, S.H.I; GONÇALVES, L.H.T; ALVAREZ, A.M. **Construindo o fazer gerontológico pelas enfermeiras das Unidades de Estratégia Saúde da Família.** Rev esc enferm USP. 2013; 47: 160-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/jSCQ48ggNV3jcSvDRFXpPTj/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 23 ago. 2023.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORTELA, G.Z. **Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais**. 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/physis/a/GRC4bkWgdyGnGfcvczDByNh/?format=pdf&lang=pt#:~:text=O%20Relat%C3%B3rio%20Dawson%2C%20publicado%20em,e%20os%20custos%20do%20tratamento.> Acesso em: 25 jul. 2022.

RABAHI, M.F; JÚNIOR, J.R.L.S; FERREIRA, A.C.G; Tannus-Silva, D.G.S; Conde, M.B. **Tratamento da tuberculose**. J. bras. pneumol. 43 (06) Nov-Dec 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/fr4LscGzFpJFSm6P4Hd5gXL/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2023;

RÊGO, C.C.D; MACÊDO, S.M; ANDRADE, C.R.B; MAIA, V.F; PINTO, J.T.J.M; ÉRIKA SIMONE GALVÃO PINTO, E.S.G. **Processo de trabalho da enfermeira junto à pessoa com tuberculose na atenção primária à saúde**. 2015. Disponível em:

https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/13038/pdf_5. Acesso em: 05 dez. 2022.

RODRIGUES, I.L.A; MOTTA, M.C.S; FERREIRA, M.A. **Social representations of nurses on tuberculosis**. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(3):498-503. Acesso em: 22 set. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690316i>.

RODRIGUES, L.B.B; SILVA, P.C.D.S; PERUHYPE, R.C; PALHA, P.F; POPOLIN, M.P; CRISPIM, J.D.A, ... & ARCÊNCIO, R.A (2014). **A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa**. Ciência & Saúde

Coletiva, 19 , 343-352. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/nBKRxhLTPkdp489zfNGhKnt/?lang=pt>. Acesso em: 12 ago. 2023;

SÁ, L.D; OLIVEIRA, A.A.V; GOMES, A.L.C; NOGUEIRA, J.A; VILLA, T.C.S; COLLET, N. **Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras**. 2012. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/JJwxW5S7ZKkSpxPMtR8BZSN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 dez. 2022.

SANNA, M.C. **Os processos de trabalho em Enfermagem**. 2007. Rev Bras Enferm, Brasília 2007 mar-abr; 60(2):221-4.

SANTOS, F.P.A; ACIOLI, S; RODRIGUES, V.P; MACHADO, J.C; SOUZA, M.S; COUTO, T.A. **Nurse care practices in the Family Health Strategy**. 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/z3vFm46NRBZ6QXpFVxzNgHg/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 17 jun. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0273>.

SESAB. **Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado da Bahia**. 2021. Disponível em: https://obr.saude.ba.gov.br/assets/docs/Cartilha_PDR_2022.pdf. Acesso em: 22 abr. 2023.

SICSU, A.N; GONZALES, R.I.C; MITANO, F; SOUSA, L.O; SILVA, L.M.C; BALLESTERO, J.G.A; PERUHYPE, R.C; PALHA, P.F. **Nursing practices centered on individuals with tuberculosis: an interface with democracy**. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/SHn4YkRjYd3RwkKBNFzMB7s/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 8 ago. 2023.

SILVA, A.I; LOCCIONI, M.F.L; ORLANDINI, R.F; RODRIGUES, J; PERES, G.M; MAFTUM, M.A. **Projeto terapêutico singular para profissionais da estratégia de saúde da família**. 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4836/483653826002/483653826002.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2023.

SIQUEIRA, T.C; MARTELLET, M.G; TAVERNARD, G.L.N; SILVA, V.M; MOURA, S.T.S; SILVA, L.A.F; ORFÃO, N.H. **Percepção de enfermeiros: enfoque na família e orientação para a comunidade nas ações de tuberculose**. 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1121507>. Acesso em: 21 jan. 2024.

SODER, R.M; SANTOS, L.E; OLIVEIRA, I.C; SILVA, L.A.A; SANTOS, J.L.G. **Práticas de enfermeiros na gestão do cuidado na atenção básica**. 2020. Disponível em: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2815/531>. Acesso em: 01 abr. 2023;

SOUZA, M.L; SARTOR, V.V.B; PRADO, M.L. **Subsídios para uma ética da responsabilidade em enfermagem**. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/LBknwMQwgWCQ7Yb7cLdgC9q/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 19 jan. 2024.

SOUZA, V.R; MARZIALE, M.H; SILVA, G.T; NASCIMENTO, P.L. **Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ**. Acta Paul Enferm. 2021;34:eAPE02631. Acesso em: 06 set. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/actaape/2021AO02631>.

SOUZA, K.M.J; SÁ, L.D; SILVA, L.M.C; PALHA, P.F. **Atuação da Enfermagem na transferência da política do tratamento diretamente observado da tuberculose**. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reensp/a/nwF3sDffznQnwLcT3Lkv4dk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 jan. 2023.

SOUZA, M.L; SARTOR, V.V.B; PADILHA, M.I.C.S; PRADO, M.L. **O cuidado em enfermagem - uma aproximação teórica**. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/RPGd7WQhG6bbszqZZzjG4Rr/?lang=pt&format=html#>. Acesso em: 10 jan. 2024.

STARFIELD, B. 2002. **Atenção básica: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf. Acesso em: 28 jun. 2022.

STUCKLER, D; FEIGL, A.B; BASU, S; MCKEE, M. **The political economy of universal health coverage**. 2010. Disponível em:
<https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/2157/1/the%20political%20economy%20of%20u hc.PDF>. Acesso em: 29 jan. 2023

TEIXEIRA, E.R.; VELOSO, R.C. **O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde**. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/tce/a/Z4Jy4KyrH9Xp5rLfvGvNybb/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 17 jan. 2024

TEMOTEO, R.C.A; CARVALHO, J.B.L; LIRA, A.L.B.C; LIMA, M.A; SOUSA, Y.G. **Enfermagem na adesão ao tratamento da tuberculose e tecnologias em saúde no contexto da atenção primária**. 2019. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/ean/a/qZZksgVcvD5knRgG98vHZPS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 dez. 2022.

TOGUN, T; KAMPMANN, B; STOKER, N.G; LIPMAN; M. **Anticipating the impact of the COVID-19 pandemic on TB patients and TB control programmes**. 2020. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/341601403_Anticipating_the_impact_of_the_COVID-19_pandemic_on_TB_patients_and_TB_control_programmes. Acesso em: 26 dez. 2022.
 DOI: <https://doi.org/10.1186/s12941-020-00363-1>.

TRAJMAN, A; SARACENI, V; DUROVNI, B. **Os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e a tuberculose no Brasil: desafios e potencialidades**. 2018. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csp/a/9MWLDTgCndmRGZkmdqwyxy/>. Acesso em: 19 set. 2022.
 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00030318>.

TREVISIO, P; PERES, S.C; SILVA, A.D; SANTOS, A.A. **Competências do enfermeiro na gestão do cuidado**. Rev. Adm. Saúde Vol. 17, Nº 69, Out. – Dez. 2017. Disponível em:
<https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/59/0>. Acesso em: 15 out. 2023.

UNGLERT, C.V.S. **O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde**. 1990. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rsp/a/xQrcDcMF3c8bfctnHyqGmsD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2023.

WALDOW, V.R; LOPES, M.J.M; MEYER, D.E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Conference on Primary Health Care**. Disponível em: <https://www.who.int/primary-health/conference-phc>. Acesso em: 17 set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Report**. 2021. Disponível em:
<https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports>. Acesso em: 24 jul. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Systematic screening for active tuberculosis: principles and recommendations**, 2013. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK294083/>. Acesso em: 25 out. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The end tb Strategy**. 2015. Disponível em: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/the-end-tb-strategy>. Acesso em: 17 ago. 2022.

ZOBOLI, E.L.C.P; SCHVEITZER, M.C. **Valores da enfermagem como prática social: uma metassíntese qualitativa**. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/nQL7dvfwkLdxR8Z9HwS7hqq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 dez. 2022.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Enfermeiro

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada **“PRÁTICAS DE CUIDADO DAS ENFERMEIRAS VOLTADAS A TUBERCULOSE PULMONAR EM EUNÁPOLIS-BA”**, conduzida por Jéssica Barbosa Ramos Bandeira Sena. Esta pesquisa tem por objetivo, analisar as práticas de cuidado das enfermeiras voltadas aos usuários com tuberculose pulmonar na atenção primária a saúde, identificando essas práticas, caracterizando-as de acordo as atribuições da Atenção Primária à Saúde e, por fim, discutir as práticas de cuidado identificadas ponderando as recomendações de controle da tuberculose pulmonar contidos no objetivo de desenvolvimento saudável 03, na meta 3.3.

Você foi selecionada por ser enfermeira e atuante na equipe de saúde da família. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo a você enquanto pessoa ou profissional.

Os possíveis riscos e/ou danos da participação no estudo envolvem: desconforto, medo, vergonha, estresse, quebra de sigilo, cansaço, aborrecimento, quebra de anonimato, invasão de privacidade, possibilidade de constrangimento, disponibilidade de tempo para responder à entrevista, exposição da imagem e/ou voz do participante em vídeos (gravados ou não) que possam resultar na sua identificação, desconforto emocional relacionado a presença do pesquisador, discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado.

Frente aos possíveis riscos e/ou danos, a pesquisadora se compromete a realizar as medidas minimizadoras, tais quais: garantir o sigilo em relação as suas respostas, as quais serão tidas como confidenciais e utilizadas apenas para fins científicos; garantir o acesso em um ambiente que proporcione privacidade durante a coleta de dados; garantir a não identificação nominal no formulário nem no banco de dados, a fim de garantir o seu anonimato; esclarecer e informar a respeito do anonimato e da possibilidade de interromper o processo quando desejar, sem danos e prejuízos à pesquisa e a si próprio; garantir explicações necessárias para responder as questões; garantir a retirada do seu consentimento prévio, ou simplesmente interrupção do autopreenchimento das respostas e não enviar o formulário, caso desista de participar da pesquisa; garantir ao participante a liberdade de se recusar a ingressar e participar do estudo, sem penalização alguma por parte dos pesquisadores; garantir o zelo pelo sigilo dos dados fornecidos e pela guarda adequada das informações coletadas, assumindo também o compromisso de não publicar o nome dos participantes (nem mesmo as iniciais) ou qualquer outra forma que permita a identificação individual (a entrevistada será identificada por ENF^a 1 e assim por diante); garantir que não haverá interferência dos pesquisadores nos procedimentos habituais do local de estudo ou na vida do participante; garantir ao participante da pesquisa o acesso às perguntas somente depois que tenha dado o seu consentimento.

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador

Sua participação na pesquisa não é remunerada nem implicará em gastos para os participantes, e ela se dará nesta pesquisa através de uma entrevista, com roteiro semiestruturado, com perguntas que irá compreender os objetos da pesquisa e a data para a sua realização será em comum acordo entre a profissional e a responsável pela pesquisa. Será uma pesquisa de cunho qualitativa, e como instrumento para coleta de dados iremos realizar uma entrevista, que pode durar de 20 a 40 minutos, a data e local da mesma será acordada entre a entrevistadora e entrevistada.

A participação é voluntária, isto é, qualquer momento você pode recusar-se a responder a qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. O participante poderá desistir em qualquer momento do estudo. As despesas desta pesquisa são de inteira responsabilidade da pesquisadora, o participante da pesquisa não arcará com nenhum custo referente aos procedimentos do estudo.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. A entrevista será gravada, para posterior transcrição e devolução de uma cópia da transcrição às entrevistadas e entrevistados. No roteiro da entrevista o nome do participante irá constar e será substituído por um código dado ao participante forma aleatória posteriormente no corpo da dissertação só constará o código impossibilitando a identificação do participante mantendo o sigilo, só a pesquisadora e sua orientadora que terão acesso aos dados. Desta maneira, estes serão identificados através do código individual e sequencial: ENF 01, ENF 02, ENF 03, ENF 04, ENF 05, ENF 06, ENF 07, assim por diante. A entrevista será audiogravada. Na transcrição dos dados apenas estes códigos que serão colocados, a fim de não identificar o participante. Com isto manteremos o anonimato do participante. Corroborando assim com o CNS Resolução 466 de 12 de Dezembro de 2012 (item IV. 3. e) e CNS Norma Operacional nº 001/2013 (item 3.4.1 - 7).

Os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo, físico ou digital, sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora, por um período de 5 anos após o término da pesquisa, após este período os documentos serão picotados por máquinas de picotar papéis em concordância com a Resolução CNS n 466 de 2012 (item XI f). Caso concorde em participar da pesquisa, assinale ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável da pesquisa.

A pesquisadora responsável se compromete a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação dos participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável. Segue o telefone e o e-mail da pesquisadora responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador

Contatos do pesquisador responsável: Jéssica Barbosa Ramos Bandeira Sena, Celular: (73)98884-5046 e e-mail: jessicabrbandeiraa@gmail.com

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: coep@sr2.uerj.br - Telefone: (021) 2334-2180. O CEP COEP é responsável por garantir a proteção dos participantes de pesquisa e funciona às segundas, quartas e sextas-feiras, de 10h às 12h e 14h às 16h.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

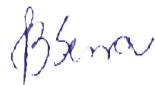
Eunápolis-BA, ____ de _____ de ____.

Nome do(a) participante: _____

Assinatura: _____

Nome do(a) pesquisador: Jéssica Barbosa Ramos Bandeira Sena

Assinatura:



APÊNDICE C - Roteiro das entrevistas**Data da entrevista:****Local:****Hora de início e fim:****Dados pessoais**

Nome:

Como gostaria de ser chamado:

Data de nascimento:

Raça/cor:

Orientação sexual:

Se graduou em instituição pública ou privada?

Qual seu vínculo no serviço?

Possui cursos de pós-graduação ou residência?

Qual/Quais?

Quanto tempo atua nessa estratégia de saúde da família?

Questões relacionadas aos objetivos

1. Você poderia me falar como tem sido suas práticas de cuidado com as pessoas em tratamento de tuberculose pulmonar? Como são as práticas de cuidado dos enfermeiros aos pacientes?
 2. Quais profissionais estão envolvidos nesse processo? Quais as suas atribuições?
 3. Fale sobre as estratégias e recursos utilizados para garantir adesão, continuidade e qualidade no tratamento ...
 4. O que você tem feito no território que ajuda nas ações de combate e controle da tuberculose?
 5. Para você por que as pessoas têm tuberculose? Me fale mais sobre isso.
- Tem alguma coisa que você gostaria de falar que eu não tenha perguntado?

APÊNDICE D – Apresentação das unidades de significação

CÓD DA UR	TEMAS/UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	ENF 01	ENF 02	ENF 03	ENF 04	ENF 05	ENF 06	ENF 07	ENF 08	ENF 09	ENF 10	ENF 11	ENF 12	ENF 13	ENF 14	ENF 15	TOTAL UR	TOTAL ENT
A	Ausência médica na assistência a população	-	-	-	02	01	-	-	-	-	-	01	-	02	-	-	06	04
B	ESF como facilitadora do acesso ao serviço	02	-	-	-	-	-	-	-	03	01	-	-	03	04	-	13	05
C	Gestão do cuidado na equipe	-	-	-	02	-	02	-	-	-	-	01	-	02	02	-	09	05
D	Atenção à saúde em área descoberta por ACS	-	02	-	-	-	-	-	-	01	-	-	03	01	02	-	09	05
E	O cuidado aos indivíduos de melhor poder aquisitivo	02	-	-	-	01	-	-	-	-	-	03	01	-	-	01	08	05
F	Acompanhamento e apoio técnico da gestão do programa municipal	-	01	-	01	-	-	02	-	01	-	-	-	-	-	01	06	05
G	Busca pelo atendimento mediante sintoma	01	01	-	-	-	-	-	-	02	01	-	-	02	03	-	10	06
H	Atividades educativas intersetoriais	-	-	-	-	01	01	-	-	-	-	01	01	01	03	-	08	06
I	Atividades de preceptoría como parte do acompanhamento dos casos	-	-	-	-	01	01	-	01	-	-	01	-	01	01	-	06	06
J	Percepção da adesão relacionada ao nível de escolaridade	02	-	-	-	-	01	-	-	01	-	-	01	02	-	01	08	06
K	Práticas atreladas a submissão médica	02	-	-	-	02	-	-	01	01	01	-	01	-	-	01	09	07
L	Prática educativa contínua na ESF (sala de espera)	-	02	01	01	-	01	-	-	-	-	01	-	02	02	-	10	07
M	O cuidado aos indivíduos de TB durante a pandemia	02	01	01	-	03	01	-	-	-	-	02	-	01	02	-	13	08
N	Autonomia do enfermeiro na prática do cuidado	-	03	01	01	01	-	01	-	-	-	01	-	02	03	-	13	08
O	Consulta de enfermagem como potencializadora da adesão	-	03	02	03	02	-	03	02	-	-	-	01	-	02	-	18	08
P	Necessidades de saúde do indivíduo com TB	01	-	-	02	-	01	01	-	02	-	-	-	02	03	01	13	08
Q	Importância da família no acompanhamento dos casos	02	01	01	03	-	-	01	-	01	-	01	-	03	01	-	14	09
R	Baixa adesão as práticas de controle da TB pulmonar	01	-	01	-	01	-	01	01	01	01	-	01	-	-	01	09	09

S	Hospital como porta de entrada para o atendimento	-	01	01	01	01	-	-	01	01	01	01	01	01	-	01	11	11
T	Vínculo como facilitador do cuidado e adesão ao tratamento	02	02	-	03	-	01	01	01	01	01	01	-	02	03	-	18	11
U	Discriminação e estigma com relação a doença	02	01	01	01	01	01	-	-	01	01	-	01	01	01	01	13	12
V	Ampliação do acesso ao enfermeiro na construção do cuidado	01	01	02	01	01	01	01	-	01	-	01	-	02	02	01	15	12
X	Dificuldade de acesso ao serviço	01	-	01	01	02	01	01	-	-	01	01	03	01	01	01	15	12
Y	Utilização de outros pontos da rede de assistência à saúde	02	01	-	02	01	03	02	02	03	01	04	-	03	03	-	27	12
W	Valorização da referência médica para continuidade do cuidado	02	02	02	02	01	02	02	-	02	02	03	01	02	01	-	24	13
Z	Cuidado multiprofissional e trabalho em equipe	01	03	03	02	01	02	-	01	01	-	01	01	02	03	01	22	13
&	Tuberculose como questão social	01	02	01	01	01	02	01	01	02	01	01	01	02	01	-	18	14
∑	Identificação e acompanhamento dos casos	04	02	03	03	02	-	01	02	02	02	01	01	04	05	02	34	14
€	Organização da assistência à saúde	07	04	04	05	04	03	02	03	04	03	04	02	05	06	03	35	15
£	Parceria dos ACS nas VD	03	03	04	04	02	05	03	02	03	03	03	01	05	06	02	49	15
μ	Educação em saúde baseada no repasse de informação ao indivíduo em acompanhamento	03	02	04	02	01	05	02	02	02	02	03	02	03	03	02	38	15
TOTAL																	501	

Fonte: A autora, 2023.

APÊNDICE E – Apresentação das categorias de análise

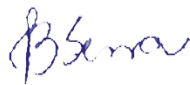
CÓD UR	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO/TEMAS	Nº UR	% UR	CATEGORIAS	Nº UR POR CATEGORIAS	% UR POR CATEGORIAS
O	Consulta de enfermagem como potencializadora da adesão	18	3,59	PRÁTICAS DE CUIDADO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	343	68,46
T	Vínculo como facilitador do cuidado e adesão ao tratamento	18	3,59			
P	Necessidades de saúde do indivíduo com TB	13	2,59			
Σ	Identificação e acompanhamento dos casos	34	6,78			
È	Organização da assistência à saúde	35	6,98			
Z	Cuidado multiprofissional e trabalho em equipe	22	4,39			
£	Parceria dos ACS nas VD	49	9,78			
C	Gestão do cuidado na equipe	9	1,79			
Q	Importância da família no acompanhamento dos casos	14	2,79			
F	Acompanhamento e apoio técnico da gestão do programa municipal	6	1,19			
I	Atividades de preceptoria como parte do acompanhamento dos casos	6	1,19			
B	ESF como facilitadora do acesso ao serviço	13	2,59			
G	Busca do atendimento mediante sintoma	10	1,99			
N	Autonomia do enfermeiro na prática do cuidado	13	2,59			
H	Atividades educativas intersetoriais	8	1,59			
μ	Educação em saúde no repasse de informação ao indivíduo em acompanhamento	38	7,58			
L	Prática educativa contínua na ESF (sala de espera)	10	1,99			
Y	Utilização de outros pontos da rede de assistência à saúde	27	5,38			
A	Ausência médica na assistência a população	6	1,19			
S	Hospital como porta de entrada para o atendimento	11	2,19			
R	Baixa adesão as práticas de controle da TB pulmonar	9	1,79			
D	Atenção à saúde em áreas descoberta por ACS	9	1,79			
Y	Dificuldade de acesso ao serviço	15	2,99			
M	O cuidado aos indivíduos de TB durante a pandemia	13	2,59			
J	Percepção da adesão relacionada ao nível de escolaridade	8	1,59			
E	O cuidado aos indivíduos de melhor poder aquisitivo	8	1,59			
U	Discriminação e estigma com relação a doença	13	2,59			
&	Tuberculose como questão social	18	3,59			
K	Práticas atreladas a submissão médica	9	1,79			
W	Valorização da referência médica para continuidade do cuidado	24	4,79			
X	Ampliação do acesso ao enfermeiro na construção do cuidado	15	2,99			
TOTAL		501				

Fonte: A autora, 2023.

APÊNDICE F - Declaração de compromisso com as normas das resoluções CNS/MS 466/12, 510/16 e 580/18

Eu, Jéssica Barbosa Ramos Bandeira Sena pesquisadora do projeto intitulado “**PRÁTICAS DE CUIDADO DAS ENFERMEIRAS VOLTADAS A TUBERCULOSE PULMONAR EM EUNÁPOLIS-BA**”, comprometo-me a seguir o que determinam as normas das Resoluções CNS/MS n. 466/2012, CNS/MS n. 510/2016 e CNS/MS n. 580/2018

Rio de Janeiro-RJ, 12 de setembro de 2022



Jéssica Barbosa Ramos Bandeira Sena

APÊNDICE G - Carta de apresentação do projeto de pesquisa

Rio de Janeiro-RJ, 20 de dezembro de 2022

A Senhora Pamela Aparecida dos Santos Silva
Secretária Municipal de Saúde

Vimos por meio desse ofício, apresentar o projeto de pesquisa intitulado **“PRÁTICAS DE CUIDADO DAS ENFERMEIRAS VOLTADAS A TUBERCULOSE PULMONAR EM EUNÁPOLIS-BA”**, que será conduzido pela discente Jéssica Barbosa Ramos Bandeira Sena, do programa de pós-graduação em enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e contará com a orientação da professora Dra. Sonia Acioli.

A pesquisa tem como objetivo geral analisar as práticas de cuidado das enfermeiras voltadas aos usuários com tuberculose pulmonar na atenção primária a saúde. Para tanto será realizado entrevistas, com roteiro semiestruturado, com as profissionais enfermeiras, atuantes das equipes de saúde da família do Município de Eunápolis-Ba, que aceitarem a participar da pesquisa.

Reitero, que o projeto de pesquisa será submetido a plataforma Brasil e que a pesquisa de campo, envolvendo as profissionais enfermeiras só será realizada mediante liberação do Comitê de Ética em Pesquisa, por se tratar de pesquisas envolvendo seres humanos. Sinalizamos, que posteriormente, após coleta e análise dos dados, o relatório da pesquisa estará à disposição da secretaria municipal de saúde de Eunápolis.

Desde já, agradecemos o apoio e nos colocamos a disposição através dos contatos do pesquisador responsável, Jéssica Barbosa Ramos Bandeira Sena, no celular (73) 98884-5046 ou e-mail jessicabandeiraa@gmail.com e da orientadora Dr^a Sonia Acioli, através do e-mail soacioli@gmail.com.

**Jéssica Barbosa Ramos Bandeira Sena**
Pesquisadora Responsável**Prof.ª Dr.ª. Sonia Acioli**
Orientadora

ANEXO A - Parecer consubstanciado do CEP



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO - UERJ

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Práticas de cuidado das enfermeiras voltadas a tuberculose pulmonar em Eunápolis-Ba

Pesquisador: JESSICA BARBOSA RAMOS BANDEIRA SENA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 69340823.7.0000.5282

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.075.886

Apresentação do Projeto:

A tuberculose (TB) pulmonar carrega o título de ser um grave problema de saúde pública, e isso implica múltiplos esforços para o seu controle. Espera-se que os usuários, procurem atendimento na Atenção Primária à Saúde (APS), por ser reconhecida como a porta de entrada do serviço de saúde, e nesse contexto existe o protagonismo da enfermeira, que munido de saberes relacionadas a doença e ao indivíduo, estará aprimorando as suas práticas de cuidado visando um cuidado integral. Objetivos: Analisar as práticas de cuidado das enfermeiras voltadas aos usuários com tuberculose pulmonar na atenção primária a saúde, bem como identifica-las e caracterizá-las, por fim discuti-las considerando suas atribuições na atenção primária à saúde. Método: Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória e analítica de abordagem qualitativa. Os dados serão coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com enfermeiras da Estratégia Saúde da Família (ESF), do município de Eunápolis-Ba. A trajetória analítico-interpretativa dos dados desta pesquisa será ancorada em princípios da hermenêutica dialética.

Os dados serão produzidos a partir de entrevistas orientadas por roteiro semiestruturados, obtidos juntos as enfermeiras, que serão gravadas. Para isso, serão elaborados roteiros de entrevistas contemplando os objetivos do estudo.



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO - UERJ



Continuação do Parecer: 6.075.886

Protocolo de pesquisa em co-participação com o Fundo Municipal de Saúde de Eunápolis (BA).

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as práticas de cuidado das enfermeiras voltadas aos usuários com tuberculose pulmonar na atenção primária a saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Desconforto, medo, vergonha, estresse, quebra de sigilo, cansaço, aborrecimento, quebra de anonimato, invasão de privacidade, possibilidade de constrangimento, disponibilidade de tempo para responder à entrevista, exposição da imagem e/ou voz do participante em vídeos (gravados ou não) que possam resultar na sua identificação, desconforto emocional relacionado a presença do pesquisador, discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado.

Frente aos possíveis riscos e/ou danos, a pesquisadora se compromete a realizar as medidas minimizadoras, tais quais: garantir o sigilo em relação as suas respostas, as quais serão tidas como confidenciais e utilizadas apenas para fins científicos.

Benefícios:

Analisar as praticas de cuidado das enfermeiras voltados aos pacientes com tuberculose no município de Eunápolis-Ba, e com isso, possibilitar práticas de cuidado integral.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo de pesquisa apresentado possui relevância científica e coerência interna que justificam a sua realização. É de interesse para a área saúde pública e, em especial, para a enfermagem que atua na atenção básica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

* Folha de Rosto: Apresentada. Adequada. Assinada, datada e carimbada pela diretora da Faculdade de Enfermagem UERJ

* Termo de autorização institucional (TAI): Apresentado. Adequado. Assinado pela Secretária de Saúde do município de Eunápolis (BA).

* TCLE: Apresentado. Adequado.

* Instrumento de coleta de dados: Apresenta roteiro de entrevista semi-estruturado, com questões de caracterização do grupo de participantes da pesquisa e questões relacionados ao objetivo do estudo.

* Instrumento de coleta de dados:

Continuação do Parecer: 6.075.886

* Cronograma: Apresentado. Adequado.

* Orçamento: Apresentado. Adequado.

OBS: Anexou também uma carta de apresentação da pesquisadora à secretaria municipal de Eunápolis (BA); uma declaração de compromisso com as normas éticas relacionadas à pesquisa com seres humanos; e uma declaração de financiamento próprio.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ante o exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP UERJ deliberou pela aprovação deste projeto, visto que não há implicações éticas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Faz-se necessário apresentar o Relatório Anual - previsto para maio de 2024. O Comitê de Ética em Pesquisa – CEP UERJ deverá ser informado de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Tendo em vista a legislação vigente, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP UERJ recomenda ao(à) Pesquisador(a): Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e/ou no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para análise das mudanças; informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa; o comitê de ética solicita a V.S.^a que encaminhe a este comitê relatórios parciais de andamento a cada 06 (seis) meses da pesquisa e, ao término, encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto; os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2098310.pdf	02/05/2023 16:35:28		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido.pdf	02/05/2023 16:35:07	JESSICA BARBOSA RAMOS BANDEIRA SENA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Assinada.pdf	30/03/2023 13:38:13	JESSICA BARBOSA RAMOS BANDEIRA SENA	Aceito
Outros	LINKS_CURRICULOLATTES.pdf	27/03/2023 20:30:48	JESSICA BARBOSA RAMOS BANDEIRA	Aceito



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO - UERJ



Continuação do Parecer: 6.075.886

Outros	LINKS_CURRICULOLATTES.pdf	27/03/2023 20:30:48	SENA	Aceito
Outros	Lattes_Sonia.pdf	27/03/2023 20:29:58	JESSICA BARBOSA RAMOS BANDEIRA SENA	Aceito
Outros	Declaracao_pesquisadora_sonia.pdf	27/03/2023 20:29:08	JESSICA BARBOSA RAMOS BANDEIRA SENA	Aceito
Outros	Curriculo_lattes.pdf	19/03/2023 17:11:24	JESSICA BARBOSA RAMOS BANDEIRA SENA	Aceito
Outros	Termo_de_autorizacao_institucional.pdf	19/03/2023 16:47:34	JESSICA BARBOSA RAMOS BANDEIRA SENA	Aceito
Outros	Carta_de_apresentacao_projeto_de_pes quisa.pdf	19/03/2023 16:46:43	JESSICA BARBOSA RAMOS BANDEIRA SENA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_jessica.pdf	19/03/2023 16:40:04	JESSICA BARBOSA RAMOS BANDEIRA SENA	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	19/03/2023 16:28:43	JESSICA BARBOSA RAMOS BANDEIRA SENA	Aceito
Outros	Declaracao_de_financiamento_proprio.p df	19/03/2023 15:56:47	JESSICA BARBOSA RAMOS BANDEIRA SENA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_pesquisadora.pdf	19/03/2023 15:53:02	JESSICA BARBOSA RAMOS BANDEIRA SENA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	19/03/2023 15:38:35	JESSICA BARBOSA RAMOS BANDEIRA SENA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 23 de Maio de 2023

Assinado por:

Rosa Maria Esteves Moreira da Costa
(Coordenador(a))

ANEXO B – Termo de autorização institucional

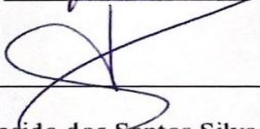
Pesquisa: **PRÁTICAS DE CUIDADO DAS ENFERMEIRAS VOLTADAS A TUBERCULOSE PULMONAR EM EUNÁPOLIS-BA**

Responsável: Jéssica Barbosa Ramos Bandeira Sena

Eu, Pamela Aparecida dos Santos Silva, secretária de saúde do município de Eunápolis-BA, declaro que fui informada dos objetivos da pesquisa acima, e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Caso necessário, podemos revogar esta autorização, a qualquer momento, se comprovadas atividades que causem algum prejuízo a esta instituição ou ao sigilo da participação dos integrantes desta instituição. Declaro, ainda, que não recebemos qualquer tipo de remuneração por esta autorização, bem como os participantes também não o receberão.

Registro a nossa anuência a respeito da realização da pesquisa com os profissionais enfermeiras do município de Eunápolis-Ba, e reitero que a mesma só terá início nesta instituição após apresentação do **Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos**.

Eunápolis-BA, 13 de fevereiro de 2023


Pamela Aparecida dos Santos Silva

Pamela Aparecida dos S. Silva Dadauto
Secretaria Municipal de Saúde
Decreto 10.954/2022

Se desejar qualquer informação adicional sobre este estudo, envie uma mensagem: Jéssica Barbosa Ramos Bandeira Sena, Celular (73) 98884-5046, e-mail jessicabrbandeiraa@gmail.com

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã – Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br – Telefone: (021) 2334-2180. O CEP COEP é responsável por garantir a proteção dos participantes de pesquisa e funciona as segundas, quartas e sextas-feiras, de 10h às 12h e 14h às 16h.