



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM E SAÚDE

AMANDA DE FÁTIMA ALVES COSTA

ANÁLISE DAS REDES SOCIAIS NAS AÇÕES DE ACOMPANHAMENTO DA
TUBERCULOSE.

FORTALEZA

2016

AMANDA DE FÁTIMA ALVES COSTA

**ANÁLISE DAS REDES SOCIAIS NAS AÇÕES DE ACOMPANHAMENTO DA
TUBERCULOSE.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Área de Concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Linha de pesquisa: Políticas e Gestão para a Prática Clínica em Enfermagem e Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lucilane Maria Sales da Silva.

FORTALEZA- CEARÁ

2016

Costa, Amanda de Fátima Alves

Análise das redes sociais nas ações de acompanhamento da tuberculose. /
Amanda de Fátima Alves Costa. — Fortaleza, 2016.

112 p. ; il.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lucilane Maria Sales da Silva.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde) –
Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.

1. Rede Social. 2. Enfermagem. 3. Tuberculose. 4. Atenção primária à saúde. I.
Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.

AMANDA DE FÁTIMA ALVES COSTA

**ANÁLISE DAS REDES SOCIAIS NAS AÇÕES DE ACOMPANHAMENTO DA
TUBERCULOSE.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em
Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da
Universidade Estadual do Ceará, como requisito
parcial à obtenção do título de mestre em Cuidados
Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Lucilane Maria Sales da Silva (Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Prof^ª. Dr^ª. Helena Maria Scherlowski Leal David
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)
Membro Efetivo

Prof. Dr. Raimundo Augusto Torres Martins
Universidade Estadual do Ceará (UECE)
Membro Efetivo

Prof^ª. Dr^ª. Maria Rocineide Ferreira da Silva
Universidade Estadual do Ceará (UECE)
Membro Suplente

À minha família que esteve ao meu lado me apoiando em todas as minhas conquistas e me incentivando a alcançar meus ideais.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela força, paciência, equilíbrio e tranquilidade para superar todos os obstáculos que surgiram durante a caminhada, fazendo-me acreditar no meu potencial.

Aos meus pais e irmãos que me apoiaram em todas as minhas decisões nesses dois anos de mestrado e acreditaram no meu potencial. Sem eles nada seria possível.

Às minhas amigas de faculdade e mestrado pela amizade e por estarem presentes contribuindo para a minha formação acadêmica e pessoal, proporcionando momentos felizes e palavras de incentivo.

À minha amiga de infância, Ana Caroline Sousa, por participar de uma maneira brilhante de todos os momentos da minha vida, apoiando e incentivando.

À minha orientadora, Dra. Lucilane Maria Sales da Silva, pela contribuição ao meu crescimento como pesquisadora, incentivando, ao ensinar-me que a pesquisa é uma competência possível e essencial a todos que almejam um cuidar humanizado, gerenciado e qualificado.

COSTA, A. F. A. Análise das redes sociais nas ações de acompanhamento da tuberculose. 2016. 112f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde)–Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2010.

RESUMO

Objetivou-se analisar as redes sociais dos profissionais de saúde que atuam no acompanhamento da tuberculose no contexto da atenção básica do SUS. Estudo de abordagem quanti-qualitativa realizado em município da 3ª Coordenadoria Regional de Saúde de Maracanaú entre maio e setembro de 2016. A amostra foi composta por onze profissionais da Estratégia Saúde da Família, utilizando como critério de exclusão profissionais com menos de seis meses de atuação. Na primeira etapa, uma pergunta norteadora para identificação dos contatos realizados no atendimento do paciente com tuberculose. Posteriormente, utilizou-se o *software* O UCINET^(C) e NETDRAW^(C) para a análise dos dados, onde obteve-se a representação gráfica da rede social formada por esses profissionais. A segunda foi composta pela realização de entrevista semi-estruturada para aprofundamento sobre as relações formadas. Utilizou-se a análise de Bardin para análise das entrevistas dos profissionais. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (N o. 1.601.030). Da análise pelo *software* obteve-se a representação gráfica da rede social e o grau de centralidade dos atores envolvidos, destacando a predominância dos enfermeiros na rede social formada a partir das relações estabelecidas. A partir da análise de Bardin, emergiram duas classes temáticas, quatro categorias e nove subcategorias sobre a atuação profissional na condução do atendimento ao paciente com tuberculose e o cenário de acompanhamento de pacientes com Tuberculose. Encontra-se principalmente relatos sobre o panorama das ações no cuidado ao paciente com tuberculose, representando 38,8% das falas, envolvendo aspectos como o atendimento ao paciente(14,4%), os profissionais envolvidos no atendimento (12,2%) e a percepção dos profissionais a respeito do atendimento (13%). Outro destaque foi a configuração da assistência (33%), caracterizando aspectos da gerência do programa da tuberculose (24,8%) e sugestões e orientações para o atendimento (19%). Sobre o cenário do acompanhamento da tuberculose, destacou-se o perfil sociodemográfico da doença no município (63%), envolvendo o perfil do paciente (17,7%) e o cenário da pesquisa (15%). A percepção do profissional sobre o paciente com tuberculose (5,2%), envolvendo a estrutura municipal (2,6%) e o incentivo ao tratamento (2,6%). A partir da análise da representação da rede social foi possível perceber o papel central que o enfermeiro desenvolve, além da importância da articulação entre os profissionais envolvidos diretamente na assistência com os gestores, demonstrando a importância da atuação conjunta da equipe de saúde no atendimento dos pacientes com tuberculose. A partir das falas dos atores, foi possível perceber a necessidade de um direcionamento das ações, na prevenção e recuperação da doença, voltadas para o contexto social no qual os usuários estão imersos, representando uma necessidade de

estreitamento do vínculo entre a equipe multiprofissional e os pacientes.

Palavras-chaves: Rede social; Tuberculose; Enfermagem; Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the social networks of health professionals who work in the follow-up of tuberculosis in the context of SUS basic care. A mixed approach study carried out in a municipality of the 3rd Regional Health Coordination of Maracanaú between May and September 2016. The sample was composed of eleven professionals from the Family Health Strategy, using as a criterion for exclusion professionals with less than six months of performance. In the first step, a guiding question to identify the contacts made in the care of patients with tuberculosis. Subsequently, the software UCINET (C) and NETDRAW (C) were used to analyze the data, where the graphic representation of the social network formed by these professionals was obtained. The second was composed of a semi-structured interview to deepen the relations formed. The analysis of Bardin was used to analyze the interviews of the professionals. The project was approved by the Research Ethics Committee of the State University of Ceará (No. 1,601,030). From the analysis by the software the graphic representation of the social network and the degree of centrality of the involved actors was obtained, highlighting the predominance of the nurses in the social network formed from the relations established. From the analysis of Bardin, two thematic classes emerged, four categories and nine subcategories on the professional performance in the management of tuberculosis patient care and the scenario of follow-up of patients with Tuberculosis. There are mainly reports about the actions taken in the care of patients with tuberculosis, representing 38.8% of the speeches, involving aspects such as patient care (14.4%), professionals involved in care (12.2%), And the perception of professionals regarding care (13%). Another highlight was the assistance configuration (33%), characterizing aspects of tuberculosis program management (24.8%) and suggestions and guidelines for care (19%). The sociodemographic profile of the disease in the municipality (63%), involving the patient profile (17.7%) and the research scenario (15%), were highlighted. The professional perception about the patient with tuberculosis (5.2%), involving the municipal structure (2.6%) and treatment incentive (2.6%). From the analysis of the representation of the social network it was possible to perceive the central role that the nurse develops, besides the importance of the articulation between the professionals directly involved in the assistance with the managers, demonstrating the importance of the joint action of the health team in the care of the patients With tuberculosis. From the speeches

of the actors, it was possible to perceive the need for a direction of actions, in the prevention and recovery of the disease, focused on the social context in which the users are immersed, representing a need to narrow the link between the multiprofessional team and the Patients.

Keywords: Social Networking; Tuberculosis; Nursing; Primary health care.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Amostra para realização da entrevista semi-estruturada.....	35
QUADRO 2	Distribuição das classes temáticas, categorias, subcategorias e respectivas frequências Fortaleza-Ce. N=270.....	36
QUADRO 3	Distribuição das unidades de registro relacionadas às categorias e subcategorias pertencentes à Classe Temática I: Atuação profissional na condução do atendimento ao paciente com tuberculose.....	80
QUADRO 4	Distribuição das unidades de registro relacionadas às categorias e subcategorias pertencentes à Classe Temática II: Cenário de acompanhamento de pacientes com Tuberculose.....	101

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 Grau de centralidade dos profissionais envolvidos no acompanhamento dos pacientes com tuberculose.....	34
---	----

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 Representação da rede social dos profissionais envolvidos no acompanhamento da tuberculose.....	33
FIGURA 2 Representação da rede social considerando o grau de centralidade dos atores.....	35

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ARS	Análise de Rede Social
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRES	Coordenadoria Regional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IPECE	Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
LAPRACS	Laboratório de Práticas Coletivas em Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCT	Programa de Controle à Tuberculose
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PSF	Programa Saúde da Família
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TOD	Tratamento Diretamente Observado
TB	Tuberculose
UBS	Unidade Básica de Saúde
UR	Unidade de Registro
WHO	World Organization Health

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. OBJETIVOS	19
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
3.1 Tuberculose na Atenção Básica	20
3.2 Cenário da Tuberculose (TB)	22
3.3 Aproximação ao conceito de Rede Social	25
4. METODOLOGIA	28
4.1 Tipo de pesquisa	28
4.2 Cenários da pesquisa	29
4.3 Participantes do estudo	29
4.4 Técnicas para coletas de dados	30
4.5 Análises dos dados	30
4.6 Aspectos éticos	31
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	31
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS	53
APÊNDICES	62
APÊNDICE A	63
APÊNDICE B	64
ANEXO	113

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010), doenças negligenciadas, dentre estas a tuberculose, são aquelas que possuem em comum várias condições, na qual a pobreza é mais significativa. A denominação de doenças como negligenciadas é utilizada para se referir a um conjunto de enfermidades causadas por agentes infecciosos e parasitários (vírus, bactérias, protozoários e helmintos) que são endêmicas em populações de baixa renda vivendo, sobretudo, em países como na África, Ásia e nas Américas (BRASIL, 2010a). A disseminação dessas doenças é agravada devido às condições de moradia presentes em parcela considerável da população mundial, com maior impacto nos países denominados emergentes.

As doenças negligenciadas predominam em condições de pobreza e contribuem para a manutenção de um cenário de desigualdade, pois representam uma grande barreira para o desenvolvimento dos países, como é o caso do Brasil (BRASIL, 2010b). No país, essas condições são visíveis nas regiões marginalizadas pela sociedade e pelo Estado, principalmente, quando se refere ao descaso com as condições de moradia, alimentação e higiene dessas famílias.

No Brasil, foram definidas sete prioridades para atuação direcionada as doenças que apresentaram as características de negligenciadas no panorama nacional, por meio da realização de estudos epidemiológicos, demográficos e de impactos das doenças, são elas: tuberculose, doença de chagas, malária, esquistossomos, leishmaniose, hanseníase e dengue (BRASIL, 2010b). Com essa determinação houve um maior direcionamento das atenções para essas patologias, com isso os investimentos em estudos nessa área aumentaram, porém o quadro de incidência dessas doenças ainda é preocupante.

Nesse contexto, dentre as doenças negligenciadas, destaca-se nesta pesquisa a Tuberculose (TB), causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. A forma clínica de maior incidência é a de comprometimento dos pulmões (pulmonar), podendo atingir outros sítios anatômicos, denominada extrapulmonar ou ocorrer a manifestação disseminada (disseminada ou miliar) (SANTOS *et al.*, 2012). Caracterizada como crônica, a tuberculose também está relacionada à situação social precária acometendo na grande maioria as populações localizadas em regiões periféricas das grandes cidades. A negligencia recai dentre outros fatores pela ausência de políticas públicas efetivas bem como a melhoria da situação social.

Para a OMS (2013), 22 países concentram 80% dos casos de tuberculose no mundo, entre esses o Brasil ocupa a 16^a posição em número absoluto de casos; por sua vez a Índia, China e África

do Sul são os países com maior carga da doença. Assim, apesar da implantação de novas políticas de saúde direcionadas ao controle e erradicação da TB no Brasil, a incidência da doença ainda é um problema de saúde pública negligenciado.

Um dos fatores predominantes para a persistência desse problema de saúde pública no país ainda é a não aderência ao tratamento, gerando assim, uma resistência dos micro-organismos aos medicamentos adotados. Segundo o Boletim Epidemiológico sobre a tuberculose no Brasil (2015), a proporção de abandono do tratamento dos casos de TB no país ainda se encontram acima de 5% em vários estados.

Atualmente, uma das principais medidas de atenção à doença é o acompanhamento dos casos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde os profissionais realizam o monitoramento do tratamento e reabilitação desses pacientes. O enfermeiro é o profissional de referencia neste processo de acompanhamento dos pacientes de TB por representar o principal ator no cuidado direto aos casos desta doença principalmente, no que se refere ao funcionamento das atividades nas Unidades básicas de Saúde, estando o enfermeiro responsável pelo Programa de Controle à Tuberculose (PCT).

O enfermeiro é o profissional responsável pelo gerenciamento do PCT, assim sua atuação consiste em supervisionar diretamente este paciente, incluindo desde o diagnóstico, Tratamento Diretamente Observado (TDO) até o encaminhamento deste paciente para outros níveis de atendimento caso haja necessidade, caracterizando o cuidado integral desses indivíduos. Dentre as ações do programa, destaca-se o acesso das pessoas a todos os níveis de assistência nas várias fases de apresentação da doença. Atualmente, a enfermagem, uma das categorias de destaque nesse setor, esta presente em cargos de gestão no SUS, implantando e organizando as ações em todas as esferas de governo (SILVA *et al.*, 2011)

O acesso é estabelecido a partir da Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, que define a Regulação do Acesso à Assistência, também denominada regulação assistencial e tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos. É organizada pelo complexo regulador, suas unidades operacionais e também a regulação médica, exercendo autoridade sanitária, baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

A Regulação está prevista também na Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990) na qual o referenciamento dos casos de complicações faz parte da integralidade da assistência, um dos

princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), entendido como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. A partir desse princípio, a atenção à saúde passa a ser realizada em todos os níveis de assistência (primário, secundário e terciário), formando assim uma rede de atenção à saúde.

O termo rede tem varias definições, especificamente nesse estudo, considera-se para o estudo da tuberculose, aquela definida por Marteleto (2001) constituída por um sistema de nodos e elos; estruturas sem fronteiras; uma comunidade não geográfica; um sistema de apoio ou um sistema físico que se assemelha a uma árvore, assim, representando um conjunto de participantes unindo ideias e recursos em torno de valores e interesses compartilhados. A realização de atividades dessa maneira proporciona o atendimento dos indivíduos de acordo com suas necessidades.

Os referenciais das redes sociais consideram uma valorização das relações informais e dos elos em detrimento das hierarquias, caracterizando uma forma de organização humana nos mais diferentes níveis das instituições modernas, assim através dessas relações informais pode-se chegar a um ponto pré-determinado através de “caminhos irrestritos” sem que estejam implicadas a seguir trajetórias rígidas, visando o atendimento das solicitações e demandas diárias (Marteleto, 2001; Borgati, 2005; Landim, Fernandes, Mesquita, 2010). Porém, a realização do referenciamento no âmbito do SUS envolve a hierarquia no atendimento através da descentralização dos cuidados a saúde de acordo com a necessidade exigida por cada indivíduo.

Dessa maneira, pode-se compreender a importância da formação de redes sociais de apoio na realização dos cuidados a TB vinculadas ou não à hierarquia do sistema, pois possibilita a formação de um atendimento que perpassa por todos os níveis de assistência envolvidos e necessários em prol da integralidade da atenção a saúde, fazendo uso de relações entre os indivíduos, sejam elas formais ou informais.

O papel de cada indivíduo na formação de uma rede social de apoio (chamado de nó) é reconhecido a partir da identificação da frequência com a qual este é acionado para a resolução de pendências. O conjunto de contatos, os relacionamentos, as amizades e o conhecimento de determinado indivíduo envolvido no processo permite a este expandir o seu poder de acesso e resolubilidade quando inserido nas redes sociais de apoio, isto ocorre em detrimento da quantidade e qualidade de suas conexões (NASCIMENTO, MARTELETO, 2007). Cada indivíduo envolvido

em uma rede social desempenha um papel dentro desta, sendo assim capaz de utilizar alternativas de acordo com seu envolvimento com os demais membros inseridos no processo.

No cenário do Sistema Único de Saúde (SUS), essas relações que se configuram como uma rede social e devem ser reconhecidas para que se possa determinar a importância do enfermeiro na resolubilidade e referenciamento de pacientes no contexto do atendimento integral, fazendo-se conhecer as suas relações e influências dentro do sistema.

Diante do exposto, a análise das redes sociais aliada à leitura qualitativa dos eventos que ocorrem no âmbito da assistência as pessoas com TB, permite reunir elementos que apontam para os modos de comunicação, a produção, o conhecimento e o uso de informações pelos profissionais e entidades formadoras que atuam no Sistema Único de Saúde na realização de um atendimento integral às doenças negligenciadas, como é o caso da tuberculose no Brasil.

Aproximação ao tema se deu através da participação da pesquisadora no Laboratório de Práticas Coletivas em Saúde (LAPRACS), ocasião em que teve a oportunidade de acompanhar estudos que tinham como foco as redes sociais conforme definida neste estudo, além da interação com o grupo de pesquisa em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e a linha de pesquisa que participamos no LAPRACS, os quais desenvolvem pesquisas na temática da Análise de Redes Sociais. Além disso, as vivências durante os estágios de graduação em unidades básicas de saúde, especializadas no atendimento a tuberculose, despertou o interesse pela compreensão da sistemática de atenção ao indivíduo de forma integral envolvendo todos os níveis de atenção à saúde, em específico, através da formação de redes sociais, visando o enfermeiro como nó atuante nesse processo.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar as redes sociais dos profissionais de saúde que atuam no acompanhamento da tuberculose no contexto da atenção básica do SUS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estabelecer a configuração das redes sociais na gerência do cuidado no atendimento aos casos de TB segundo a análise estrutural de redes;
- Compreender as formas e processos pelos quais se constituem e operam as redes sociais no atendimento dos casos de TB;
- Apreender os significados e sentidos das redes sociais no atendimento à TB bem como as mediações sócio-culturais e políticas envolvidas.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Tuberculose na Atenção Básica

O intuito das mudanças no sistema de saúde na década de 90 direcionaram as atenções para a população como um todo, modificando o cenário de privilegiados que prevaleceu no país durante décadas e, assim, proporcionando à sociedade uma cobertura integral no atendimento de saúde, garantindo todos os níveis de cuidado, além de promover melhores condições sociais.

Para atingir esse objetivo, a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, determinando o dever do Estado de garantir a saúde da população com base na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais, visando à redução de riscos de doenças e de outros agravos, assegurando o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (BRASIL, 1990).

Para que o SUS atingisse suas políticas de saúde e os princípios do sistema pretendidos foram definidas a descentralização e a regionalização, entendidas como essenciais no novo momento da saúde no país (CARNEIRO, FORSTER, FERREIRA, 2014). Uma de suas características mais fortes é a descentralização das ações de saúde.

A descentralização envolve a reformulação das competências entre os gestores governamentais e reforça a importância da atuação dos executivos subnacionais, distribuindo o poder decisório, ações gerenciais e os recursos financeiros, antes concentrados na esfera federal, para estados e, principalmente, municípios (LIMA, *et al.*, 2012).

Essa perspectiva de mudanças no atendimento de saúde no Brasil promoveu o nascimento do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, com o objetivo de romper com o paradigma do sistema centrado no modelo curativista, assim, adotando um mecanismo de intervenção as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde (VIEIRA, FERREIRA, 2015).

A consolidação das ações do PSF ocorreu em 2007 com o reconhecimento como Estratégia Saúde da Família (ESF) caracterizando de forma permanente no cenário do SUS. Assim, a atuação da equipe multiprofissional, constituída por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, cirurgião-dentista, auxiliar em saúde bucal, técnico em saúde bucal e Agente Comunitário de Saúde (ACS), tornou-se fundamental para o alcance dos princípios estabelecidos na reforma sanitária (BRASIL, 2012).

Assim, a reformulação dos serviços de saúde objetivou a ampliação do atendimento a todas as camadas sociais, para que o sistema fosse eficaz no atendimento das necessidades da

população mediante uma maior aproximação entre os serviços de saúde e os indivíduos.

Essa aproximação entre os serviços de saúde e a população aconteceu significativamente através da criação da Atenção Básica, esta se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que envolve a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico e o tratamento; é exercida no maior grau de descentralização e capilaridade, aproximando o sistema de saúde do cotidiano das pessoas (BRASIL, 2011).

Assim, a atenção primária engloba uma gama de ações de saúde, caracterizando-se por uma alta demanda de serviços, logo se torna uma importante porta de entrada no sistema de saúde brasileiro. Lemões *et al.*, (2013) destaca a Estratégia Saúde da Família como grande impulsionadora da implementação de estruturas de regulação nos municípios brasileiros.

A Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, estabelece como fundamento e diretriz da Atenção Básica possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde e o estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade.

Segundo Cecílio *et al.* (2012), a atenção primária alcançou um papel de destaque no SUS, facilitando o acesso de cidadãos ao serviço de saúde, caracterizada como uma conquista a ser consolidada e defendida na cenário nacional.

Essa aproximação dos serviços de saúde com a comunidade possibilitou um maior acompanhamento de doenças com potencial para prevenção e cura na atenção primária. A tuberculose se enquadrou nesse cenário, quando em 1998 foi lançado o Plano Nacional de controle a Tuberculose (PNCT), ampliando as ações em todo o território nacional tendo como meta diagnosticar 90% dos casos esperados e tratar com sucesso no mínimo 85%, assim, formalizando a implantação do Tratamento Diretamente Observado (TDO) (BRASIL b, 2011).

Assim, a TB passou a ser caracterizada como uma doença de prevenção, identificação e tratamento realizado prioritariamente na atenção básica, denominando-se como sensível a atenção primária. Apesar dessas iniciativas, a tuberculose permanece no cenário nacional como importante problema de saúde, caracterizado pelos altos índices de incidência e abandono do tratamento.

A atenção primária aparece como importante foco das ações direcionadas ao atendimento da tuberculose, pois reúne profissionais de áreas variadas e, principalmente, é responsável pela formação de um vínculo mais próximo ao paciente, logo possibilita um acompanhamento mais

próximo e direcionado às necessidades da população acometida pela doença (NEVES, FERRO, NOGUEIRA, RODRIGUES, 2016).

Porém, atualmente ainda se faz necessária à associação entre o desenvolvimento de uma logística e tecnologia de implementação de políticas e programas baseados em necessidades prioritárias, vulnerabilidades e riscos, há a necessidade de mediação política e definição de diretrizes e critérios a partir dos cenários de controle e participação social (CARVALHO, *et al.*, 2012).

O atendimento a TB ainda não é caracterizado pela sua resolução na atenção primária, logo, é comum a articulação entre os níveis de assistência à saúde para o atendimento de forma integral do paciente.

Para a garantia do acesso aos três níveis de atenção à saúde, foi implementada a regulação do acesso à assistência de saúde, segundo a – NOAS-SUS 01/2002, na qual determina que os estados e municípios são responsáveis pela elaboração de seus respectivos planos de controle e que o gestor do SUS é responsável pela programação e regulação dos serviços de saúde segundo as necessidades identificadas na população.

A implementação, fortalecimento e concretização da regulação do acesso tem como objetivo a interação entre os níveis de assistência, considerando a dimensão territorial e os diversos cenários sociais e econômicos existentes, este modelo proporciona uma intercomunicação entre as esferas governamentais.

A utilização de um processo regulatório na gestão dos serviços de saúde apresenta-se no cenário nacional com um equalizador social do sistema de saúde, com o objetivo de sanar a desigualdade relacional entre o sistema público e privado, atenuando a relação entre necessidade, demanda e oferta, tornando-se coerente e atendendo as necessidades da população (VILARINS, SHIMIZU, GUTIERREZ, 2012).

Assim, pode-se perceber que o manejo da tuberculose no cenário nacional possui como porta de entrada do atendimento no Sistema único de Saúde a Estratégia Saúde da Família, porém a doença ainda não é resolvida nesse nível de atenção, necessitando da formação de elos entre os demais níveis de atenção.

3.2 Cenário da Tuberculose na atualidade

A Tuberculose (TB) permanece presente no cenário mundial com altas taxas de incidência e

de mortalidade, apesar de ser uma doença sensível à atenção primária, pois seu controle se concentra nesse nível de atenção, onde o diagnóstico precoce e o tratamento observado são realizados, porém ainda não foi alcançado o controle da infecção pelo bacilo.

A doença é considerada um dos principais problemas de saúde no mundo, em 2014 estima-se a existência de 9.6 milhões de casos novos no mundo, além disso, a taxa de mortalidade pela doença é inaceitavelmente elevada, pois quando detectada e tratada precocemente, as chances de cura são altas (WHO, 2015).

A mudança no cenário mundial em relação à epidemia da TB implica na redução dos níveis de infecção para menos de dez casos por 100.000 habitantes por ano, como acontece em países desenvolvidos, além disso, é necessário reduzir 90% a incidência de tuberculose e em 95% a mortalidade pela doença (UPLEKAR, *et al.*, 2015).

No Brasil, a doença ainda representa um sério problema de saúde pública, porém ao longo dos anos observa-se uma redução nos coeficientes de incidência, com uma redução de 41,5/100 mil hab. em 2005 para 33,5 por 100 mil hab. em 2014, o que corresponde a uma redução média de 2,3% ao ano nesse período (BRASIL, 2015).

Apesar das reduções observadas ao longo dos anos, a doença ainda é responsável por um elevado número de óbitos no país, com números muito acima do adequado. Com o intuito de direcionar ações de saúde às necessidades do país, foi publicada a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, que busca a articulação entre as prioridades das pesquisas em âmbito acadêmico e os princípios estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde.

Dentre as prioridades se encontra a tuberculose (TB), pois segue se destacando no cenário nacional, demonstrando a necessidade de direcionamento de ações voltadas à doença e exigindo o desenvolvimento de estratégias para o controle e, para isto, o conhecimento sobre sua morbidade (BRASIL, 2011).

Segundo Junior, Mendes e Almeida (2015), a tuberculose caracteriza-se como uma doença com diagnóstico e tratamento estabelecidos, porém não há políticas de saúde que a combatam de maneira eficaz. Assim, a definição de prioridades de saúde reforça a necessidade de desenvolvimento de estudos para essas áreas.

Sabe-se que a tuberculose envolve aspectos, socioeconômicos, culturais e políticos, logo as ações de combate à doença devem ser direcionadas ao cenário existente no país. Segundo Yamamura, *et al.*, (2014) a mudança em relação as desigualdades sociais representa uma importante meta a ser alcançada pelo governo brasileiro, juntamente com a descentralização da saúde no país representam estratégias para a mudança no cenário social e de saúde.

A política de descentralização estabelecida pelo Sistema Único de Saúde apresenta-se

como uma ferramenta de fortalecimento da Atenção Primária, dessa maneira, as doenças sensíveis a este nível de atenção estariam sob os cuidados diretos dos profissionais, além das ações de saúde serem direcionadas às realidades de cada localidade foco do atendimento.

Lopes, Vieira e Lane (2015) perceberam em seu estudo que o atendimento realizado na atenção primária aos portadores de tuberculose não incorporam os atributos necessários. Os mesmos relataram a existência de uma lacuna no atendimento do serviço que se configura como porta de entrada do sistema de saúde, assim, demonstrando a necessidade da determinação de um fluxo dos usuários no SUS.

No estado do Ceará, considerando os últimos dez anos (2004-2014), os casos confirmados de TB por ano de diagnóstico apresentam o maior número de indivíduos diagnosticados no ano de 2005 com 3.910 casos e o menor em 2014, com 3.254 casos, representando uma pequena diminuição da incidência (BRASIL, 2015). A persistência dos altos números relacionados à tuberculose no estado comprova a necessidade de um direcionamento de políticas e programas no combate a uma doença que se mantém no cenário estadual como uma epidemia.

Um fator a ser considerado é a prevalência da doença em homens com idade entre 20-49 anos, demonstrando um importante panorama relacionado à TB no Ceará, de acordo com dados coletados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN, 2015). Segundo Campos, *et al.*, (2014) a ocorrência da tuberculose na população masculina é comum, pois esse aspecto aparece em outras doenças, para isto, é necessário considerar o maior autocuidado realizado pela população feminina.

Além disso, segundo o informe epidemiológico e operacional da tuberculose no estado divulgado em maio de 2015, 7,57% de todos os casos da doença ocorrem na população prisional, esta se caracterizando como uma população vulnerável exposta a aglomerações e condições sanitárias precárias.

Segundo o censo penitenciário do estado (2013-2014), a população prisional é constituída principalmente por homens (95,2%), com idade predominante entre 22-29 anos, representando uma média de 31,1 anos. Esses dados convergem com os dados coletados no SINAN em relação ao perfil de portadores de TB, referente ao período mencionado.

Segundo Dara, *et al.*, 2015, apesar de um recente aumento da consciência política pública, a tuberculose continua a ser uma doença grave com alta incidência nos sistemas prisionais, caracterizando o sistema carcerário como reservatório do microrganismo, promovendo a infecção através de funcionários, visitantes e detentos libertados.

Dessa maneira, pode-se perceber que essa é uma realidade presente nos sistemas

penitenciários, inclusive em países desenvolvidos. Porém, o estado do Ceará se destaca na superlotação dos presídios, tornando-se um foco de infecção pelo patógeno.

Outro aspecto de destaque é a concentração dos casos na capital do estado, apresentando 18.224 casos (45,9%) entre 2004-2014 (SINAN, 2015). A predominância da ocorrência da doença na capital pode ser relacionada a uma maior aglomeração de indivíduos que vivem em ambientes com maior densidade populacional.

Para Harling e Castro (2014) em sua análise multivariada das taxas de notificação da TB no Brasil foi associada a uma maior proporção de famílias que vivem em condições precárias, em ambientes urbanos e com maior densidade populacional. Associado a isto, cabe ressaltar que a renda média domiciliar per capita do cearense ao longo dos cinco anos analisados não atinge o salário mínimo considerado no período de R\$ 622, 00 em 2012, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios- PNAD 2001-2009, 2011-2012.

O quadro referente à tuberculose no Ceará mostra que o estado reúne uma série de fatores de risco para a disseminação da doença. Pode-se associar a situação à deficiência do sistema público de saúde em erradicar ou, até mesmo, controlar os casos novos de infecção no estado, destacando a maior incidência na capital, onde, teoricamente, haveria uma maior acessibilidade da população aos serviços de saúde.

Assim, este estudo propõe-se ao conhecimento de como ocorre a participação do enfermeiro na regulação do acesso ao atendimento dos indivíduos com TB a partir de sua rede social partindo da atenção primária, onde se concentra o foco do cuidado a estes pacientes.

3.3 Aproximação ao conceito de Rede social

O atendimento aos pacientes portadores de tuberculose, frequentemente, envolve diferentes níveis de atenção à saúde (primária, secundária e terciária). Assim, os profissionais da área de saúde relacionam-se para garantir a integralidade do atendimento.

Segundo Silva, Fialho e Saragoça (2013) o termo rede comumente representa uma estrutura de laços entre indivíduos (atores) de um determinado sistema social, associada á isto, o homem como ser social vive em constante interação com diversos membros do sistema integrando-os, logo, este comportamento social do homem caracteriza o conceito de rede.

Na percepção das Redes Sociais as relações são percebidas como um entendimento inovador da sociedade, onde os princípios tradicionais são ultrapassados, nos quais os elos sociais são vistos como algo que se estabelecem em função de papéis instituídos e das respectivas funções

(MARTELETO, 2010).

A caracterização do termo rede social reflete diretamente a realidade do Sistema Único de Saúde, onde o atendimento através do referenciamento dos pacientes é realizado por meio da interação entre os profissionais envolvidos no processo, demonstrando a necessidade de compreensão dessas relações das diversas maneiras por qual existem.

Assim, o termo Rede Social é onipresente na atualidade ocupando um crescente espaço no âmbito acadêmico, nas mídias ou no senso comum, caracterizando um espaço comunicacional onde se conecta diferentes ações, além de comunicar diferentes modos de comunicação e transferência de informações (MARTELETO, 2010).

São redes de comunicação e interação que envolvem uma linguagem simbólica, através de limitações culturais e, principalmente, relações de poder, onde são capazes de expressar por meio de sua arquitetura de relações, as interações sociais, políticas e econômicas de caráter inovador, explicando algumas problemáticas atuais (FIALHO, 2015).

O conceito de Rede Social está fortemente relacionado ao funcionamento do Sistema Único de Saúde na garantia ao usuário do atendimento integral e universal à saúde, por isso se faz necessária a compreensão das relações sociais dentro do sistema. Segundo Griffiths, *et al.*, (2012), as informações que circulam nas redes sociais atuam fornecendo subsídios para a promoção de um apoio diagnóstico, a autogestão e o acompanhamento do tratamento para os indivíduos, além de auxiliar no planejamento e na prestação de cuidados de saúde para a comunidade.

Há uma distinção entre os estilos de atendimento, a maneira formal, esta ocorre respeitando as hierarquias e determinações no sistema, e a informal surgindo mediante as relações formadas entre os profissionais. A distinção entre apoio formal e informal pode fornecer diferentes tipos de assistências e afetar de maneiras diferentes as condições de saúde (SOUZA, *et al.*, 2015).

A análise das redes sociais fornece ferramentas úteis para a compreensão das interações entre os atores de diferentes campos profissionais durante o cuidado prestado ao paciente (SILVA, AVELAS, FARINA, 2013). Esse entendimento do processo possibilita a intervenção dos gestores para a promoção da eficiência do atendimento na saúde.

Segundo Fialho (2014), a análise das redes sociais vem beneficiando o desenvolvimento das técnicas de investigação, para isto, houve a necessidade da agregação de ferramentas informáticas devido à complexidade de visualização da formação dessas redes.

Segundo Fialho (2014), para a compreensão da estrutura da rede é importante o entendimento de três elementos básicos: a) nós ou atores; b) vínculos ou relações; c) fluxos.

- a) Os nós ou atores são as pessoas ou grupos de pessoas que se encontram movidas por um objetivo comum. Regularmente os nós ou atores representam-se por círculos. A

soma dos nós representa o tamanho da rede.

- b) Os vínculos são os laços que existem e se estabelecem entre dois ou mais nós. Numa rede de amigos, por exemplo, um ator exibe um vínculo direto com outro ator. Os vínculos de relações são representados por linhas.
- c) O fluxo indica a direção do vínculo. Estes fluxos podem assumir várias designações: unidirecional ou bidirecional. Quando um ator não tem nenhum tipo de fluxo, o que implica também a inexistência de vínculos, significa que se trata dum nó solto dentro da rede ou ator isolado.

Segundo Hanneman e Riddle (2005), o estudo das redes sociais formadas pode se direcionar de duas maneiras, egocêntrica e multicêntrica. No enfoque egocêntrico, o objetivo é identificar os atores principais e os nós aos quais estes estão intimamente relacionados e posteriormente identificar as ligações realizadas. Este tipo de abordagem é útil no estudo de grandes populações. Além de fornecer uma boa e confiável imagem das redes formadas, nela podem-se identificar quantas conexões e a intensidade das relações.

No enfoque multicêntrico, caracteriza-se pelo estudo das relações de um ator em uma rede multifacetada, onde os atores podem estar ligados em uma rede próxima ou em redes diferentes. Este tipo de abordagem caracteriza-se por sua complexidade e ainda é pouco explorada.

Para a compreensão das redes é importante destacar que o SUS possui a como um de seus princípios que regem a organização das ações de saúde a descentralização, logo essa percepção diferenciada das relações formadas no âmbito da saúde devem ser compreendidas de maneira diferenciada.

O Sistema Único de Saúde é caracterizado pela distribuição das competências de saúde nas três esferas de governo e este fator envolve uma burocracia no atendimento dos pacientes, logo é comum a existência de uma rede informal no atendimento dentro do sistema como forma de simplificar o processo. Segundo Gómez, Figueiras e Eusébio (2013) a interação entre atores é uma etapa fundamental para o entendimento do processo de tomada de decisão.

Bae, *et al.*, (2015) em seu estudo onde realizou uma revisão sistemática referente a análise das redes sociais formadas nos serviços de saúde, concluiu a ineficiência das equipes de saúde neste aspecto, destacando como deficiências nas redes de saúde: as necessidades dos pacientes, a ineficiência das equipes de saúde e a configuração do sistema, além dos sistemas de informação.

Percebe-se a necessidade de compreensão das relações formadas no sistema de saúde brasileiro, para a identificação das fragilidades e qualidades existentes no atendimento aos pacientes que necessitam dispor de atendimento diferenciado. A análise das redes sociais formadas entre os atores do sistema de saúde proporcionará um avanço para as gestões de saúde.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

Para atender aos objetivos traçados optou-se por uma abordagem mista de investigação. Inicialmente a temática será abordada de maneira qualitativa, pois conforma melhor as investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para a análise de discursos e de documentos (Minayo, 2008, p. 57). Essa perspectiva exige uma abordagem que considere os indivíduos em seu contexto local e as práticas de saúde como resultados das condições sociais e institucionais nas quais estão inseridos.

Como referencial teórico optou-se pela análise das redes sociais com enfoque sociocêntrico, pois se propôs ao estudo dos elos existentes entre os diversos profissionais envolvidos no atendimento aos casos de tuberculose no contexto da estratégia saúde da família. Além disso, conceitos de Bourdier em específico, o de campo e capital social. Considera-se estes pertinentes a compreensão da rede de relações que se estabelecem no trabalho dos profissionais que integram a estratégia saúde da família.

Posteriormente, será realizada a análise estrutural das redes sociais, identificando as redes formadas por enfermeiros, médicos e dentistas no ambiente da atenção básica na qual está inserido. Isto com objetivo de efetivação atendimento do acesso de usuário(s) portadores de TB a cuidados dentro da Atenção Básica e nos níveis de média e alta complexidade, visando, prioritariamente, identificar as relações e posições dos atores sociais nestas redes, buscando evidenciar também as posições relativas aos níveis de atenção. Assim, proporcionando uma abordagem quantitativa das relações existentes entre os profissionais envolvidos no atendimento aos casos de tuberculose.

Dessa maneira, será possível identificar a linha de cuidado, que é considerada o modelo organizacional mais adequado para o atendimento de problemas de saúde, promovendo a equidade e integralidade da atenção (BRASIL, 2009). Nela são desenhados os percursos assistenciais realizados pelo maior número de pessoas decorrentes de situações de saúde semelhantes, construídas preferencialmente pela atenção primária.

A análise de redes estabelece um novo modelo nas pesquisas sobre a estrutura social, tornando-se o meio para realizar uma análise estrutural cujo objetivo é mostrar a formação desta a partir dos fenômenos abordados (MARTELETO, 2001).

4.2 Cenários da pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Maracanaú sede da 3^o Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Ceará, esta é composta por oito municípios (Acarape, Barreira, Guaiuba, Maracanaú, Maranguape, Pacatuba, Palmácia e Redenção). O município de Maracanaú foi escolhido para a realização do estudo, pois é considerado polo segundo regionalização do estado do Ceará.

A regionalização da Saúde do Estado do Ceará é representada por 22 regiões de saúde e cinco macrorregiões de saúde (Fortaleza, Sobral, Sertão Central, Litoral Leste/Jaguaribe e Cariri), e cada região possui um órgão de representação da Secretaria Estadual de Saúde, denominada Coordenadoria Regional de Saúde – CRES, que ficará técnico-administrativamente sob a responsabilidade da Coordenadoria Regional de Fortaleza. (CEARÁ, 2010).

O município de Maracanaú está localizado na região metropolitana de Fortaleza, a 22 quilômetros da capital, com população estimada de 219.749 (IBGE, 2014). Sua economia, com base no Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará – IPECE (2014a), gira em torno da indústria.

4.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e agentes comunitários de saúde integrantes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) nos municípios anteriormente selecionados, com atuação na ESF por no mínimo seis meses. Foram entrevistados 11, entre eles: três enfermeiros, dois médicos, três Agentes Comunitários de Saúde e três técnicos de enfermagem. Um profissional médico foi retirado da amostra por não atender ao critério de inclusão de atuação de seis meses na ESF.

A rede social formada foi composta por 24 profissionais envolvidos no atendimento ao paciente com tuberculose desta rede de atenção.

As unidades selecionadas foram às três que possuíam o maior número de pacientes em acompanhamento de tuberculose na área central do município. Este dado foi obtido após contato com a secretária de saúde do município.

O contato foi realizado a partir de uma lista com os seus principais contatos profissionais e sociais com os quais mantém relações para o atendimento de pacientes portadores de TB nos

demais níveis de assistência.

Esse tipo de amostragem é a mais adequada no contexto no qual foi realizada a abordagem, pois considerou como ponto de partida os profissionais como atores a serem analisados no estudo para a identificação dos nós (atores) acionados na resolução de problemas (MARTELETO, 2001).

4.4 Técnicas para coletas de dados

Para a análise em um primeiro nível, foi colocado o questionamento com o objetivo de identificar os três indivíduos que se caracterizavam como os contatos, mediadores, facilitadores do acesso dos usuários mais acionados durante o atendimento do paciente com tuberculose.

A partir dessa informação, foi construída a rede social e considerado o grau de centralidade para seleção dos participantes da segunda etapa.

O grau de centralidade representa o número de ligações diretas de um ator, ou seja, demonstra as ligações existentes diretamente entre os nós (QUIROGA, MARTÍ, ISIDRO, JARIEGO, MOLINA, 2005). Assim, pôde-se identificar os indivíduos com maior grau de centralidade na rede, selecionando-os para a realização da segunda etapa do estudo.

Para o aprofundamento da análise das redes sociais foi realizada uma entrevista semi-estruturada. O roteiro foi constituído por duas partes. A primeira constou dos dados do entrevistado, como idade, tempo de formação, curso de especialização e tempo de atuação. A segunda parte do formulário contemplou questões que objetivavam conhecer as alternativas utilizadas e a influência exercidas por estes profissionais, formando dessa maneira uma rede social para o atendimento ao paciente foco do cuidado.

Para captar com maior fidedignidade e garantir o sigilo das informações, as entrevistas foram realizadas em ambiente reservado e gravadas, com a autorização prévia do entrevistado e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

4.5 Análises dos dados

A partir das referências identificadas pelos profissionais na formação da rede social no acompanhamento dos pacientes portadores da tuberculose foi utilizado o software UCINET^(C) (BORGATTI et al., Acessado em setembro de 2016), para o mapeamento da rede social, e sua extensão de representação gráfica NETDRAW^(C), possibilitando uma modelagem estatística, de acordo com as variáveis obtidas. O UCINET^(C) oferece recursos para métodos descritivos e visuais que permitem a constatação de grupos coesos (cliques) e regiões (componentes, cores), para

análises de centralidade, de redes a partir dos nós, dentre outras categorizações.

Após a identificação dos atores com maior influência na rede identificada após a utilização dos softwares acima citados foram realizadas as entrevistas. Estas serão analisadas através da análise de conteúdo, técnica de investigação que através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações (BARDIN, 2011, p.43).

A Análise de Conteúdo organiza-se em três polos cronológicos: a pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A etapa inicial, pré-análise é o momento de organização das informações, correspondendo a um período de intuições, porém com o objetivo de tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, conduzindo um esquema preciso do desenvolvimento de operações sucessivas, num plano de análise (BARDIN, 2011 p.125).

A exploração do material consistiu na fase de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas (BARDIN, 2011).

Por fim, foi realizado o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação, neste momento os resultados foram tratados de maneira a serem significativos e válidos, neste momento foram elaboradas categorias, realizando a confrontação sistemática do material e os tipos de inferências alcançadas podem servir de base para outras análises (BARDIN, 2011).

4.6 Aspectos éticos

O projeto de dissertação de mestrado foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, de acordo com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012). O estudo obteve aprovação com parecer nº1.601.030.

Os participantes da pesquisa foram convidados a participar após explanação dos objetivos, finalidades e contribuições que o estudo resultará, aos que aceitaram participar, foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este é caracterizado por ser um documento no qual é explicitado o consentimento livre e esclarecido do participante e/ou de seu responsável legal, de forma escrita, devendo conter todas as informações necessárias, em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, para o mais completo esclarecimento sobre a pesquisa a qual se propõe participar (BRASIL, 2012).

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O total de participantes do estudo foi de 18 profissionais. Dentre estes, 11 participaram da primeira etapa, com a realização da pergunta norteadora, e sete fizeram parte da segunda etapa da coleta de dados, com a realização da entrevista semi-estruturada. Dentre eles, 77,7% foi do sexo feminino (14), com idade média de 36,4 anos. Em relação ao exercício profissional, a média de atuação na área da saúde foi de dez anos, com atuação na atenção básica de sete anos.

No que se refere ao nível educacional, 55,5% (10) não possui pós-graduação. Vale destacar que todos os profissionais foram incluídos nessa porcentagem, considerando que é comum profissional em exercício de atividades de nível médio apresentar uma formação de nível superior. Em relação ao vínculo profissional com o município, 50 % (9) são contratados pelo município com regime temporário. Dos profissionais envolvidos, 61,1% (11) não possuem outro vínculo profissional.

A baixa porcentagem de profissionais que apresentam pós-graduação, apenas 44,5%, pode refletir uma realidade comum existente no Sistema Único de Saúde, segundo Griep *et al.*, 2013, a predominância do vínculo profissional temporário cabe a limitação do estímulo e de tempo para esses profissionais para a realização de cursos *stricto sensu*, pois exigem dedicação e maior tempo para a formação.

A média salarial dos profissionais está estimada em 3.768,75 reais. Destaca-se a discrepância a remuneração discrepante entre os profissionais médicos e os demais, estes a média salarial é de 9.000,00 reais.

A partir da pergunta inicial: Cite até três profissionais, em ordem de importância, que você aciona no acompanhamento do paciente com tuberculose? Pode-se apresentar a rede social formada no atendimento dos pacientes com tuberculose. Na rede, observa-se um total de 27 profissionais, onde 11 participaram da primeira etapa, respondendo a pergunta chave, e sete atores responderam a entrevista semi-estruturada, já que foram citados pelos demais profissionais como de grande influencia no tratamento da tuberculose no município.

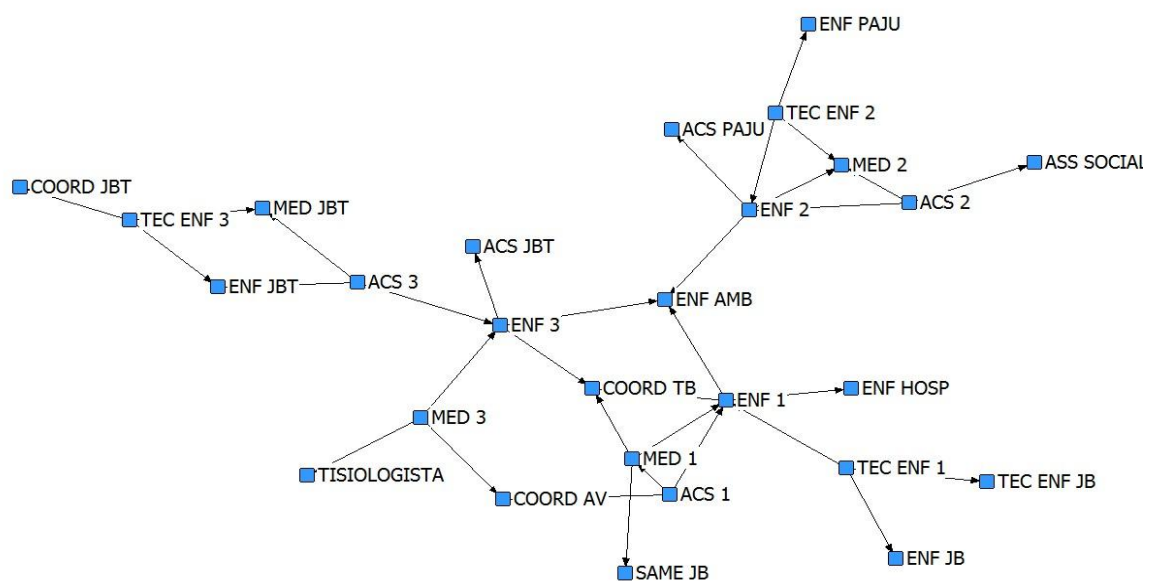
Dos profissionais escolhidos para a realização da segunda etapa do estudo, cinco eram enfermeiros, demonstrando um destaque para a atuação da enfermagem no cuidado de tuberculose. A atuação da enfermagem no atendimento à tuberculose está diretamente ligado a subjetividade envolvida no cuidado (SOUZA, SÁ, SILVA, PALHA, 2014).

Além disso, envolve aspectos que demonstram o compromisso com a TB, como: o empenho para controlar a transmissão da doença na família e no trabalho da pessoa com TB, impedindo a disseminação da doença; o respeito ao direito da pessoa de ser assistida por um sistema de saúde; a

preocupação com os indicadores epidemiológicos da doença e com mudanças que vêm ocorrendo no perfil das pessoas acometidas; e o empenho para reinserir a pessoa nos espaços sociais que a mesma frequentava antes de adoecer (CAVALCANTE, SILVA, 2016).

O papel do enfermeiro envolve uma série de aspectos, incluindo os aspectos assistenciais realizados diretamente ao paciente com tuberculose e as atividades gerenciais de todo o processo, envolvendo a questão epidemiológica e logística do cuidado. O enfermeiro ocupa um papel de liderança na equipe, coordenando o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e da equipe de enfermagem, participando do gerenciamento local e da educação dos trabalhadores, além de realizar atividades assistenciais específicas e compartilhadas (SOUZA, MANDU, ELIAS, 2013)

Figura 1: Representação da rede social dos profissionais envolvidos no acompanhamento da tuberculose.



Fonte: NETDRAW^(C) (2016)

Nesta figura podem-se observar as ligações entre os atores envolvidos no atendimento do paciente com tuberculose. Infere-se sobre as ligações que o ACS3 e ENF1, 2 e 3 apresentam um papel importante por propiciar a integração de vários outros atores a rede. O agente comunitário de saúde ligando vários atores permite a interlocução destes com os demais profissionais da rede. Além disso, o médico3 consegue articular na rede o especialista e a gestão coordenadora da avisa.

Outro dado analisado é a densidade da rede formada, esta é representada a partir do número de laços formados e o número de laços possíveis. Esta medida representa o grau de conectividade da rede, calculado a partir do número de ligações dos profissionais da rede e conforme os cálculos realizados nos programas de análise dos dados.

No estudo, obteve-se uma densidade de 3,8% indicando uma baixa conectividade entre os atores envolvidos. Esse valor pode representar uma dificuldade de articulação entre os profissionais. Esse fator reflete a continuidade, a organização dos fluxos dos usuários nos mais diversos pontos de atenção do sistema de saúde, assim, a baixa densidade de uma rede compromete a realização de um dos princípios doutrinários do SUS, a integralidade (ALVES, *et al.*, 2012).

O grau de centralidade representa as ligações existentes entre os indivíduos. O grau de saída representa o número de atores citados pelos profissionais questionados. O grau de entrada demonstra o número de vezes as quais esses profissionais foram citados. E as medidas denominadas normalizadas foram as consideradas para escolha da amostra e para a realização da segunda etapa com a entrevista semi-estruturada.

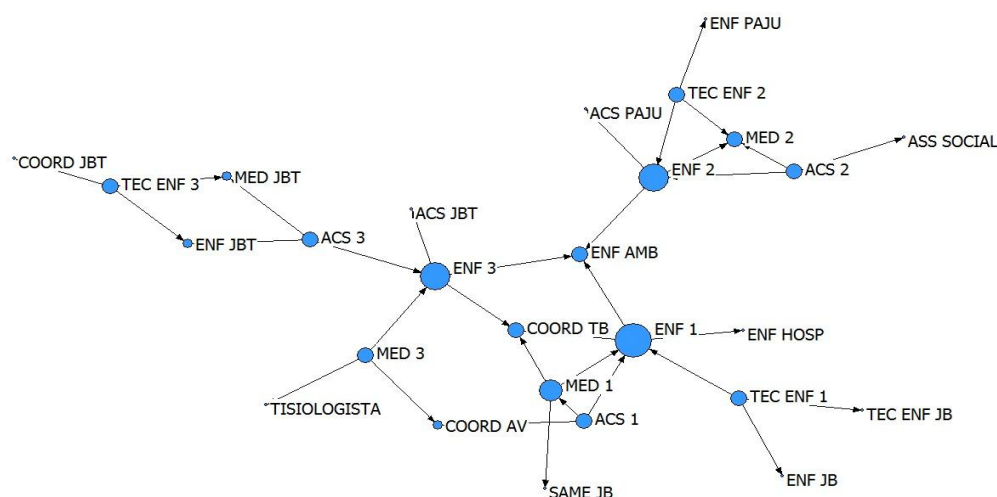
Tabela 1: Grau de centralidade dos profissionais envolvidos no acompanhamento dos pacientes com tuberculose (continua)

Profissionais	Grau de saída	Grau de Entrada	Grau de Saída Normalizada	Grau de Entrada Normalizada
ENF 1	6.000	9.000	0.049	0.073
ENF 2	6.000	6.000	0.049	0.049
ENF3	6.000	4.000	0.049	0.033
MED 1	6.000	1.000	0.049	0.008
MED 2	6.000	6.000	0.049	0.049
MED 3	6.000	0.000	0.049	0.000
TEC ENF 1	6.000	0.000	0.049	0.000
TEC ENF 2	6.000	0.000	0.049	0.000
TEC ENF 3	6.000	0.000	0.049	0.000
ENFA AMB	0.000	5.000	0.000	0.041
COORD TB	0.000	6.000	0.000	0.49
ENF HOSP	0.000	1.000	0.000	0.008
SAME JB	0.000	2.000	0.000	0.016
COORD AV	0.000	3.000	0.000	0.024
ENF JB	0.000	2.000	0.000	0.016
TEC ENF JB	0.000	1.000	0.000	0.008
ACS PAJU	0.000	2.000	0.000	0.016
ASS SOCIAL	0.000	1.000	0.000	0.008
ENFA PAJU	0.000	2.000	0.000	0.016
ACS JBT	0.000	2.000	0.000	0.016
TISIOLOGISTA	0.000	2.000	0.000	0.016
MED JBT	0.000	5.000	0.000	0.041
ENF JBT	0.000	5.000	0.000	0.041
COORD JBT	0.000	1.000	0.000	0.008

Fonte: Elaborada pelo autor (2016)

A partir da tabela pode-se perceber o predomínio da enfermagem, apresentando grau de centralidade mais elevado. Vale ressaltar o predomínio do enfermeiro nos cargos de gestão. A participação dos enfermeiros enquanto gerentes de programas e serviços de saúde representa a oportunidade de mudanças significativas em direção a implementação do sistema (SILVA, 2012).

Figura 2: Representação da rede social considerando o grau de centralidade dos atores



Fonte: NETDRAW^(C) (2016)

Na figura 2 o grau de centralidade de algumas categorias, representada pelas ligações existentes entre os indivíduos e o grau de entrada demonstram o número de vezes as quais esses profissionais foram citados, o destaque recai na categoria de Enfermagem e médica. Entretanto, o grau de saída representa o número de atores citados pelos profissionais questionados, ressalta-se o papel do agente comunitário de saúde como importante elo que permite a integração de vários profissionais ao ambiente da rede.

Assim, observa-se que, entre os atores com maior grau de centralidade, cinco são enfermeiros, considerando que o coordenador da tuberculose no município, o coordenador da avisa (denominação estabelecida no município para a regionalização estabelecida) são enfermeiras em cargos de gestão.

Quadro 1: Amostra para realização da entrevista semi-estruturada.

PROFISSIONAL	GRAU DE CENTRALIDADE
ENF 1	0.73
ENF 2	0.49
MED 2	0.49
COORD. TB	0.49
ENF. AMB	0.41
COORD. AVISA	0.24
ACS JBT	0.16

Fonte: Elaborada pelo autor (2016)

Na segunda fase do estudo, foi realizada entrevista semi-estruturada com os profissionais que se destacaram no atendimento aos pacientes com TB, conforme os próprios profissionais abordados na primeira fase do estudo. Para Recuero (2014), o grau do ator representa o número de conexões que esse ator apresenta, logo, quanto mais conexões, mais central é o nó que este representa para a rede.

Quadro 2: Distribuição das classes temáticas, categorias, subcategorias e respectivas frequências Fortaleza-CE. N=270 (continua)

CLASSES TEMÁTICAS	CATEGORIAS (Codificação)	f (%)	SUBCATEGORIAS (Codificação)	f (%)
I. Atuação profissional na condução do atendimento ao paciente com tuberculose	1. Panorama das ações de cuidado ao paciente com TB	105 (38,8)	1.1. Atendimento ao paciente com tuberculose	39 (14,4)
			1.2. Profissionais envolvidos no atendimento ao paciente com TB	33 (12,2)
			1.3. Percepção dos profissionais do atendimento de Tb no município	35 (13)
			2.1 Gerência do programa de atendimento a TB	67 (24,8)
			2.2 Sugestões e orientações para o atendimento do paciente com tuberculose	19 (7,0)
	2. Configuração da gerência do atendimento	89 (33)		

QUADRO 2: Distribuição das classes temáticas, categorias, subcategorias e respectivas frequências Fortaleza-CE. N=270 (conclusão)

II. Cenário de acompanhamento de pacientes com Tuberculose	3. Perfil			
	sociodemográ	63		48
	fico da doença	(23,3)	3.1. Perfil do paciente	(17,7)
	no município			
				15
			3.2. Cenário da pesquisa	(5,5)
	4. Percepção do			
	profissional			7
	do paciente	14	4.1 Estrutura	(2,6)
	com	(5,2)	Municipal	
	tuberculose			
			4.2 Incentivo	ao
			tratamento	7
				(2,6)

Fonte: Elaborada pelo autor (2016)

Classe Temática I: Atuação profissional na condução do atendimento ao paciente com tuberculose.

Essa classe temática é constituída por 198 unidades de registros (UR) divididas em cinco subcategorias e duas categorias, as quais se referem aos aspectos envolvidos no atendimento do paciente com tuberculose, relacionado aos profissionais envolvidos, percepção destes sobre o atendimento e questões gerenciais.

CATEGORIA 1: Panorama das ações de cuidado ao paciente com tuberculose

Essa categoria é dividida em três subcategorias que se referem aos aspectos ligados diretamente as questões assistências no acompanhamento do paciente com TB, dessa maneira definindo o panorama no qual ocorre o atendimento desse paciente. Destaca-se o fluxo que esse paciente faz no atendimento, tanto na

atenção primária, quanto na atenção secundária, devido às necessidades de referenciamento. Assim, pode-se perceber como ocorre o acompanhamento e identificar falhas existentes na rede formada. Nessa categoria foram contabilizadas 109 UR, divididas em três subcategorias.

1.1 Atendimento ao paciente com tuberculose

Nessa subcategoria foram identificadas 39 UR, representando 15,6% do total. O conceito norteador dessa subcategoria faz referencia ao acompanhamento e realização do tratamento do paciente, envolvendo os aspectos assistenciais diretos. A seguir identifica-se, a partir das falas dos profissionais, como ocorre o atendimento do paciente com tuberculose no SUS do município de Maracanaú.

“primeiramente o paciente tá com algum sintoma, tosse ha mais de duas semanas, febre vespertina, ele vem pra porta de entrada, ou posto de saúde ou hospital” (ENFA 1)

“Paciente entrou na rede, então ele já é iniciado o tratamento, no mais tardar no dia seguinte.” (COORD. AVISA)

“No caso a gente estabeleceu que: todos os pacientes, com tuberculose pulmonar bacilífera são atendidos nas equipes de saúde da família” (COORD. TB)

Inicialmente, a partir das falas, pode-se perceber que o atendimento da tuberculose está concentrado na atenção primária. Nesse cenário, a atenção básica, desenvolve programas e ações que atuam de forma a prevenir e tratar algumas patologias que sejam provenientes de sua comunidade adscrita, caracterizando as doenças sensíveis a atenção primária (Pereira, Silva, Neto, 2015). Assim, a TB é uma das doenças que são foco de ações e programas na atenção primária, pois já possui um protocolo de manejo definido, assim, seu controle é um dos principais alvos da atenção primária.

No município onde o estudo foi realizado, a incidência da tuberculose é ainda alta, no ano de 2015 foram notificados 3.887 casos segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN NET). Assim, apesar dos profissionais reconhecerem a importância das ações no atendimento na atenção primária, o município ainda é foco da doença.

Segundo os princípios doutrinários do SUS, a Estratégia de Saúde da Família poderia ser um locus privilegiado para o controle da tuberculose, ampliando a sua atuação além de sua adscrição e territorialidade visto que a TB é altamente infecciosa (SOBRINHO, *et al.*, 2014)

1.2 Profissionais envolvidos no atendimento ao paciente com tuberculose

Nessa subcategoria foram identificadas 33 unidades de registros (12%) que dizem respeito as relações profissionais referentes ao acompanhamento do paciente com TB, assim, identificando quais os profissionais que estão diretamente ou indiretamente envolvidos no cuidado a este.

“O ACS identifica, aí ele é referenciado pra enfermeira para fazer uma avaliação individual ou multiprofissional com o médico, pra fazer a notificação e identificar o caso e solicitar o tratamento, o último seria o médico” (COORD. AVISA)

“ACS identifica, vai pra unidade...mas geralmente elas levam essa demanda pro enfermeiro, não é pro profissional médico.” (COORD. TB)

“Geralmente a porta de entrada no posto é o enfermeiro.” (ENFA 1)

“Então geralmente os pacientes de TB vão ter o enfermeiro como referencia para o tratamento dele” (ENFA 2)

Nas falas dos profissionais, pode-se perceber uma diferenciação no que se diz respeito à identificação dos pacientes com suspeita de tuberculose. A visão dos gestores é direcionada a atuação do Agente Comunitário de Saúde como o primeiro profissional a identificar os casos suspeitos da doença. Segundo Souza, Sá, Silva e Palha (2014), o ACS tem destaque na atuação no acompanhamento da TB, pois reside e trabalha no mesmo território dos usuários, compartilhando a prática organizativa e cultural da comunidade.

Porém, as enfermeiras que atuam diretamente na assistência desses pacientes consideram que o fluxo do paciente com TB ocorre quando este busca espontaneamente o serviço de saúde, através da demanda livre, principalmente direcionada ao enfermeiro. Assim, o depoimento das enfermeiras confirmam as informações verificadas na conformação da rede assistencial em que as enfermeiras não reconhecem nos agentes comunitários de saúde um agente importante no atendimento as pessoas com TB.

A ausência de uma busca ativa de indivíduos sintomáticos, função de destaque do ACS, reflete a realidade identificada em outros estudos, apontando uma falta de envolvimento dos profissionais com esta atividade, além da dificuldade de realização de treinamentos (Cunha, *et al.* 2014; Cardozo-Gonzales, *et al.*, 2011). A ausência de um destaque para as ações do ACS desperta para uma reflexão sobre a percepção dos profissionais com ensino superior diante dessa categoria.

O conceito de capital social pode contribuir para a compreensão das relações percebidas em relação ao Agente Comunitário de Saúde. O capital social trás que as relações sociais podem ser

revertidas em capital, relações que podem ser capitalizadas, juntamente com o capital simbólico que se refere ao prestígio obtido por um indivíduo ou grupo (SETTON, 2006).

Logo, a posição do ACS na hierarquia estabelecida entre os profissionais de saúde pode estar relacionada à essas questões, pois este é um profissional de nível educacional inferior quando comparado aos de ensino superior, mesmo este estando diretamente implicado no acompanhamento do paciente com TB.

Assim, pode-se considerar o espaço de atuação da ESF como um campo que conforme descrito por Bourdieu é tomado como um sistema de relações sociais, não são relações entre agentes, mas relações entre posições, que os agentes ocupam no campo. Desta maneira, os campos apresentam-se como espaços estruturados de posições, em que propriedades dependem das posições nesses espaços, podendo ser avaliadas independentemente das características de seus ocupantes (BOURDIEU, 1983)

Desta forma, o campo é um espaço multidimensional que possui metas específicas e é hierarquizado conforme a distribuição desigual dos diversos tipos de capital de seus agentes, o que atribui a estes diferentes posições, poderes e força (BOURDIEU, 2007).

O papel do enfermeiro no desenvolvimento de ações voltadas para o paciente com tuberculose, não se limita as ações de cunho biológico, principalmente por reconhecerem que este estar envolvido em um contexto mais complexo, em situações de vulnerabilidade social. O enfermeiro demonstrava uma preocupação com os riscos que poderia agravar a doença e prejudicar o tratamento dessas pessoas, como o uso de drogas, abandono pela família ou ausência de recursos para uma boa alimentação (CAVALCANTE, SILVA, 2016).

Diante dessas considerações, o enfermeiro, em sua concepção, aparece para o paciente como um profissional mais próximo a este, o qual ele forma um vínculo de confiança para a realização do tratamento, já considerando o estigma presente na doença. Pode-se perceber essa relação a partir do relato:

“A questão de vê-lo mais frequentemente, porque a gente (enfermeiro) tem mais contato com o paciente semanalmente” (ENFA 2)

Apesar dessa notória atuação, o profissional de enfermagem que trabalha no contexto da ESF, ainda precisa barganhar capital social, para que possa ser reconhecido no âmbito econômico

de valorização de sua prática, bem como no âmbito das relações hierárquicas e de atuação nesse território.

A participação da enfermagem precisa ser mais efetiva no alcançar das metas traçadas para às ações de controle da TB, sendo esta um dos Objetivos do Milênio e que mesmo com as barreiras que permeiam a intersetorialidade, o atendimento ao paciente com TB exige da enfermagem uma aproximação para o alcance do sucesso do tratamento (BRUNELLO, *et al.*, 2015).

Assim, destaca-se a importância de uma maior sincronia entre os gerentes e os profissionais atuantes na assistência direta ao paciente com tuberculose para que ambos detenham um conhecimento sobre o panorama da tuberculose no município e dessa maneira as políticas possam ser direcionadas a realidade existente.

A importância do envolvimento nas ações de gerenciamento, assistenciais e de supervisão fica evidente para o manejo da tuberculose e até mesmo para o adequado preenchimento e utilização dos sistemas de monitoramento e registros, com o intuito de uma integração das ações e dos serviços entre os diferentes níveis de cuidado (BRUNELLO, *et al.* 2015).

1.3 Percepção dos profissionais acerca do atendimento de TB no município

“Hoje em dia não tem nenhuma dificuldade (no atendimento).” (ENFA 1)

“Então geralmente os pacientes de TB vão ter o enfermeiro como referencia para o tratamento dele” (ENFA 2)

“Então, assim, a gente tem um atendimento bem priorizado, entendeu?!” (ENFA 1)

“Aqui os exames a gente não tem dificuldades. Radiologia daqui, paciente que é daqui que precisa fazer raio x pra ele não ficar muito tempo lá.” (ENFA AMB)

O município onde foi realizado o estudo é caracterizado como referência na prioridade do atendimento da tuberculose. Isso se deve aos altos índices de morbidade apresentados ao longo dos anos. Os altíssimos coeficientes de incidências motivaram que fossem priorizados no Brasil, 315 municípios onde se concentraram 70% de todos os casos de tuberculose, normalmente capitais e municípios da região metropolitana (HIJJAR, PROCÓPIO, 2006). Assim, é notável nos discursos dos profissionais que não há dificuldades significativas no que se refere, principalmente, ao diagnóstico e medicação dos pacientes, pois o município recebe um maior investimento no combate a doença.

Outro fator a ser observado é a possibilidade de relação entre o tipo de vínculo existente para contratação dos profissionais, pois a grande maioria é contratada de maneira temporária, caracterizando uma instabilidade no exercício da profissão. Esse tipo de vínculo caracteriza uma precarização do trabalho, gerando uma instabilidade para o profissional que muitas vezes, reflete na qualidade do atendimento a saúde, devido a instabilidade do vínculo profissional usuário. Tal realidade está presente em outros municípios, segundo o estudo realizado por Eberhardt, e Carvalho, Murofuse (2015), identificaram que a grande maioria dos vínculos profissionais existentes no Paraná caracterizavam essa precarização do exercício profissional, mesmo após o direcionamento de ações desenvolvidas pelo governo federal para combatê-la.

Na segunda metade da década de 1990, o Programa de Saúde da Família caracterizou-se como a principal entrada de profissionais de saúde por meio de contratos precarizados (CARVALHO, SANTOS, CAMPOS, 2013).

Assim, o ACS, este possui vínculo profissional estatutário, representando uma maior estabilidade no exercício da profissão, esse trabalhador referiu insatisfação em relação ao diagnóstico dos pacientes com TB, como evidencia a seguinte fala:

“Tipo assim: que demora, tipo a baciloscopia, foi dito na reunião que era rapidinha...”
(ACS JBT)

Ainda nesta fala, pode-se perceber a incompatibilidade de informações entre a gerência do programa de tuberculose e a vivência relatada pelo Agente Comunitário de Saúde. Sá, *et al.*(2013) identificou em seu estudo que há uma contradição a respeito da organização dos serviços de saúde e sua relação com o atraso do diagnóstico da TB. O mesmo pode-se perceber nesta pesquisa, as diferentes visões entre os gestores e profissionais assistenciais.

CATEGORIA 2 : Configuração da gerência do atendimento

A segunda categoria identificada é composta por 89 UR, representando 33% . Esta é dividida em duas subcategorias onde se refere às ações desenvolvidas pela gerência do programa de tuberculose e aos direcionamentos realizados aos profissionais envolvidos no atendimento ao paciente com TB. Podem-se perceber as ações realizadas pela gerência envolvida no manejo da tuberculose no município.

2.1 Gerência do programa de atendimento a TB

A subcategoria é composta por 67 UR, representando 24,8%. Nela, as falas dos profissionais refletem a atuação dos gestores municipais envolvidos no acompanhamento do atendimento da tuberculose. A partir delas pode-se perceber uma satisfação profissional no que se refere ao acesso à gerência e a relação de apoio existente.

“Eu vejo que aqui tem um empenho maior tanto no diagnóstico como no tratamento, eles (gestores) se empenham bastante” (MED 2)

“Talvez a minha equipe me tenha como um apoio, até mesmo na duvida não sabe como proceder, vai realmente buscar ajuda na minha pessoa enquanto gerente.” (COORD. AVISA)

“Eu acho que o município de Maracanaú dá muita assistência ao paciente com tuberculose.” (ENFA 2)

“Se você pegar os outros municípios, Maracanaú se destaca.” (ENFA AMB)

As falas dos profissionais refletem uma relação de apoio existente entre os gestores responsáveis pelo acompanhamento da tuberculose no município. Para Baldan, Ferraudo e Andrade (2016), a priorização desse apoio entre os envolvidos no acompanhamento da tuberculose é imprescindível para o planejamento das ações, assim contribuindo para um efetivo controle da transmissão da TB e maior adesão ao tratamento.

As ações dos gestores devem ser direcionadas ao envolvimento do quadrilátero: formação, gestão e controle social, isso representa um forte dispositivo, capaz de aproximar todos os atores envolvidos, otimizando as discussões fundamentadas no programa específico a fim de implementar estratégias para o efetivo controle, considerando principalmente o usuário como ator principal (OLIVEIRA, *et al.* 2016).

Logo, essa disponibilidade dos gerentes identificada pelos profissionais atuantes possibilita a formação de um vínculo, possibilitando uma troca de informações sobre os pacientes assistidos, assim, permitindo uma atuação direcionada a realidade existentes.

2.2 Sugestões e orientações para o atendimento do paciente com tuberculose

A subcategoria é formada por 19 UR, com 7% do total identificado. Nesta destacam-se os direcionamentos sugeridos aos profissionais envolvidos no atendimento ao paciente com TB. A partir das falas, observou-se o posicionamento dos diversos profissionais envolvidos no cuidado, com o intuito de aperfeiçoar o atendimento. Vale destacar que a maioria dos entrevistados relatou

não enfrentar dificuldades para atender a demanda de pacientes, porém sugeriram ações em prol do paciente.

“Eu acho que com mais informações, campanhas educacionais.” (MED 2)

“E aí a gente tá mantendo sempre eles em treinamento.” (COORD. TB)

“Eu acho que tá bom, só que nesse meu paciente, o que eu vejo em relação a algum ponto a ser melhorado, em relação a resultado de exames” (ACS JBT)

“Às vezes a gente precisa se dispor mais de visita domiciliar e às vezes a gente não tem tempo só pra essa família.” (ENFA 1)

Uma das necessidades apontadas pelos profissionais foi a realização de estratégias educativas, tanto referente aos pacientes como para os profissionais envolvidos no cuidado. O enfermeiro é um dos atores de destaque em relação à sua atuação na educação em saúde. O compromisso profissional da enfermagem em adquirir conhecimento a respeito da tuberculose possibilitava um enriquecimento técnico e a habilidade de capacitar e integrar os demais profissionais e usuários (CAVALCANTE, SILVA, 2016).

Na questão referente a TB, a educação, capacitação é uma ferramenta fundamental na atuação dos profissionais da ESF, principalmente no que se refere às iniciativas de controle, pois a limitação de conhecimento dos envolvidos no processo de cuidar pode resultar no diagnóstico e início do tratamento (OLIVEIRA, *et al.*, 2016).

Essa questão do treinamento é importante principalmente para o Agente Comunitário de Saúde, pois este é o trabalhador que está diretamente envolvido na comunidade, logo é o principal ator na identificação dos casos suspeitos. Trabalhar com essa temática com o ACS provém da necessidade de empoderar esses trabalhadores da saúde para atuar junto e ativamente na identificação precoce de uma doença que apresenta um destaque no cenário nacional e internacional, pois está entre as principais causas de morbidade e mortalidade (FARÃO, *et al.* 2011).

Classe Temática II: Cenário de acompanhamento de pacientes com Tuberculose.

Nesta classe temática foram identificadas 77 UR, dividindo-se em duas categorias e cinco subcategorias, as quais se referem ao cenário envolvido no atendimento dos pacientes, considerando

características dos pacientes com TB, do panorama municipal estudado, relacionado a estrutura (instituições envolvidas), referente às parcerias entre os profissionais envolvidos no cuidado e às medidas de incentivo ao tratamento.

Categoria 3: Percepção dos profissionais sobre o perfil dos pacientes e do município de estudo.

Nessa categoria foram elencadas 63 UR (23,3%), dividindo-se em duas subcategorias que se referem às características do município em relação ao atendimento da tuberculose e o perfil dos indivíduos atendidos no município. Nessa categoria foi identificada nas falas dos profissionais a visão que estes possuem sobre os pacientes em acompanhamento e às características do município em relação ao atendimento da tuberculose.

3.1 Perfil do paciente acometido pela tuberculose

Nessa subcategoria foram identificadas 48 UR, representando 17,7% do total. O conceito norteador dessa subcategoria se refere à visão dos profissionais sobre o perfil dos pacientes com tuberculose acompanhados. A partir das falas pode-se perceber a percepção dos profissionais sobre esses indivíduos, referente a complexidade enfrentada na sensibilização deste sobre a doença e a dificuldade de acompanhamento do tratamento.

“Porque meu paciente é muito complicado...” (ACS JBT)

“Até as vezes ele se chateia e diz assim: tu não é minha mulher, não é minha mãe, porque eu fico cobrando, né?!” (ACS JBT)

“Às vezes é até, ele acha que é parte dele essa tosse...ou algum sintoma que acaba se acostumando... entendeu?” (COORD. AVISA)

“Talvez a nossa maior dificuldade seja a questão da própria adesão, da família entender a importância dele tomar direitinho a medicação, entendeu? Talvez seja isso...” (COORD. AVISA)

“Já na outra equipe eu tenho dificuldade com um paciente de 60 e poucos anos ele não tá querendo aderir ao tratamento, psicólogo já entrou, assistente social”. (ENFA 1)

“Muitas vezes não aderem ao tratamento, por isso em que ter esse controle maior.” (MED 2)

Com as falas, os profissionais direcionam as dificuldades no acompanhamento aos próprios pacientes, caracterizando uma culpabilização destes. O acesso ao tratamento envolve principalmente a decisão do usuário em aderir ao tratamento, não apenas à entrada na rede de saúde,

isso muitas vezes influenciada pela deficiência no conhecimento sobre a doença e os mecanismos de transmissão, ou mesmo, pelo medo do diagnóstico (NEVES, FERRO, NOGUEIRA, RODRIGUES, 2016).

O apoio explicativo e teórico do conceito de *campo* em Bourdieu (2007) permite olhar de modo crítico as relações que se estabelecem dentro do sistema de saúde, e nos serviços. Ao integrar a esfera estatal na implementação de políticas para o enfrentamento de problemas de saúde, estabelecem-se relações complexas, e que envolvem disputas e diferenças entre os agentes, sempre balizadas pelas condições estruturais presentes, ao mesmo tempo em que os agentes também podem modificar, em cada conjuntura, essa estrutura.

A tendência dos profissionais de saúde em direcionar a responsabilidade de sucesso ou fracasso na realização do tratamento ou abandono deste ao doente deve ser constantemente reavaliada, observando seus resultados, percebendo suas fortalezas e dificuldades existentes no serviço, buscando sensibilizar todos os envolvidos (BALDAN, FERRAUDO, ANDRADE, 2016).

Há necessidade de compreensão sobre a questão da vulnerabilidade para a compreensão da problemática da tuberculose, assim, representando um auxílio no enfrentamento da doença, possibilitando uma redução na sua incidência e uma maior possibilidade de elaborar estratégias para o acompanhamento do tratamento (MAFFACCIOLLI, *et al.*, 2015). Para Bourdieu (1989), a vulnerabilidade é influenciada pela disponibilidade de capitais econômico, social e cultural.

Assim, a compreensão por parte dos profissionais do contexto no qual o paciente está inserido é necessário para que este atue de forma eficiente e eficaz no acompanhamento dos casos. Nesse processo, o enfermeiro deve compreender e valorizar toda a situação em que se encontra o doente com TB, pois a essa análise possibilita o entendimento desse contexto, logo percebendo as vivências e o enfrentamento do processo saúde-doença (SOUZA, SÁ, SILVA, PALHA, 2014).

Para Alves, *et al.* (2012) o desconhecimento das singularidades favorece para que as necessidades do âmbito social contribuam diretamente para que a oferta de ações no âmbito da saúde não sejam resolutivas. Assim, é fundamental que os profissionais de saúde busquem se aprofundar a respeito do contexto social no qual os pacientes com TB estão inseridos, considerando os diversos fatores contribuintes no processo saúde-doença, para que assim possam direcionar suas ações aos pontos de fragilidades.

3.2 Cenário da pesquisa

Nessa subcategoria foram identificadas 15 UR (5,5%), onde se referem às características do município em relação ao atendimento da tuberculose. Nessa subcategoria foram relatadas as condições do município percebidas pelos profissionais que influenciam no acompanhamento dos pacientes com tuberculose.

“Mas eles (pacientes) chegam aqui: olha não quero fazer o tratamento lá no posto, porque não tem médico, nem enfermeira, nem agente de saúde.” (ENFA AMB)

“Você ta recebendo a vida do paciente, a questão da vivencia dele, como ele se comporta, quais as dificuldades, a questão social esta totalmente atrelada ao paciente com TB.” (COORD. TB)

“O meu maior dificultador é a questão mesmo da raiz da questão social do paciente” (COORD. TB)

A partir das falas pode-se perceber pelo relato dos profissionais que as condições sociais, influenciam diretamente na realização do tratamento. As atividades na área da saúde não se caracterizam por uma similaridade de seus resultados, logo, fatores sociais, econômicos e políticos devem ser considerados, pois influenciam no processo participativo e podem interferir de maneira positiva ou negativa no processo de cuidar (BISPO, MARTINS, 2014).

“Não adianta fazer a mesma receita de bolo pro paciente.” (COORD. TB)

Nesta fala, a gestora do programa de tuberculose reconhece a necessidade de um direcionamento das ações de acordo com as necessidades locais, não se padronizando completamente o atendimento do paciente com TB. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGEc, 2000), a Incidência da Pobreza é de 55,53% no município estudado.

Diante deste dado, o panorama municipal demonstra uma característica para alta incidência de doenças negligenciadas, como a tuberculose. Cavalcante e Silva (2013) corroboram com essa percepção dos profissionais no que se refere a situação socioeconômica que predomina nos pacientes, a renda insuficiente para a sobrevivência, o acesso aos serviços de saúde, o abandono por parte dos familiares, as necessidades sociais não atendidas pelas políticas públicas, à dificuldade na implementação resolutiva da política de atenção à saúde do idoso, dentre outras.

Assim, as políticas públicas precisam ser direcionadas para o contexto no qual esses indivíduos estão inseridos, considerando os aspectos social, econômico e cultural presente em cada

região atendida. Para isso, a política de descentralização e regionalização das ações em saúde deve ser priorizada.

CATEGORIA 4: Panorama de ações no acompanhamento da tuberculose

A quarta categoria formada é composta por 14 UR (5,2%) estando dividida em três subcategorias. Estas abordam a temática referente as instituições, a estrutura e as parcerias realizadas pelo município para atendimento dos pacientes com tuberculose. A partir das falas pode-se perceber a articulação dos atores envolvidos para a resolução das necessidades apresentadas pelos pacientes.

4.1 Estrutura municipal

Esta subcategoria possui cinco unidades de registro (1,9%). As falas são referentes às instituições envolvidas no acompanhamento do paciente. Nelas fica evidente as parcerias entre os diversos setores envolvidos, como a central de medicação municipal, facilitação para a participação dos gestores no comitê estadual da tuberculose e dificuldades enfrentadas nos recursos para o atendimento dos usuários.

“Entendeu...é só o tempo de chegar a notificação na CAF e eles dispensarem a notificação pra mim.” (COORD. AVISA)

“O município de Maracanaú, como é prioritário, nós participamos do comitê, todo mês nos reunimos, todo mês tem reunião dos municípios que são convidados, tipo Hospital de Messejana, todos os municípios prioritários do estado do Ceará estão lá.” (COORD. TB)

Para Martins, Artman e Rivera (2012), a constituição de novos arranjos institucionais buscam a maximização dos recursos disponíveis e uma maior integração entre as competências e os conhecimentos envolvendo atores e organizações. Assim, nas falas fica evidente a comunicação direta entre os profissionais e outros setores, como a central de abastecimento farmacêutico, para que dessa maneira se possa agilizar o início do tratamento do paciente com TB.

Essa articulação existente revela a atuação conjunta na prestação dos cuidados buscando compreender de forma cabal, assim preparando as melhores condições para o usuário, porém essa atuação ainda não é generalizado nos serviços de atendimento a tuberculose, mas representa uma

tendência a crescer, uma vez que a atenção primária tende a ser cada vez mais multidisciplinar (BRÁS, 2013).

A estrutura oferecida pelo município possibilitando uma flexibilidade de comunicação e acesso aos serviços envolvidos no atendimento da tuberculose promove um atendimento mais eficiente e eficaz com foco na solução das necessidades dos usuários. Outro aspecto em relação às parcerias formadas é o incentivo municipal à participação dos profissionais nas reuniões do Comitê Estadual da Tuberculose, percebendo-se o benefício nas falas desses.

No Brasil, as relações relevantes para a participação social deve envolver gestores, usuários e trabalhadores do SUS, além de pesquisadores em espaços de negociação e deliberação, assim, a reunião de pessoas em prol de ações coletivas, objetivando controlar doenças e promover a saúde da comunidade pode se configurar em um instrumento de negociação, deliberação e comunicação, como um comitê (BULGARELLI, VILLA, PINTO, 2013).

Diante disso, percebe-se a necessidade das articulações entre os diversos setores e esferas de governo objetivando a prevenção, controle e erradicação da tuberculose, destacando a flexibilidade e incentivo municipal para a participação ativa dos profissionais envolvidos.

4.3 Incentivo ao tratamento

Na subcategoria foram elencadas 7 UR (2,6%) referentes à necessidade de políticas de incentivo aos pacientes com tuberculose para que estes realizem o tratamento. Nas falas percebe-se o destaque dessas ações e o período de redução nas ações municipais em relação a esse tipo de política.

“Por que querendo ou não ele fazia o tratamento porque se ele fizer o tratamento ele sabe que vai á a cesta básica durante todo o tratamento prescrito, isso seria um estímulo” (COORD. AVISA)

“Muitas vezes são facas de dois gumes, você atrela isso, ah não vou fazer o TDO porque não tenho isso.” (COORD. TB)

“E antes pro paciente, é engraçado, pro paciente é pra ele receber a cesta básica dele, que já é um incentivo...” (ACS JBT)

A cesta básica é o foco das falas dos profissionais como facilitador para a realização do tratamento, pois se destaca o contexto social, discutido anteriormente, onde estão inseridos os pacientes com tuberculose. A importância de uma política de incentivo foi considerada e

confirmada por Orfão, *et al.*(2015) em seu estudo no qual selecionou as seguintes variáveis que influenciavam na organização da assistência da TB: unidade que iniciou e realiza o tratamento da TB, quantas vezes e onde retira o medicamento da TB, pessoa que observa a ingesta do mesmo, quantas vezes observam e em que horário; horário de preferência do doente para a ingesta do medicamento e incentivos que recebe do programa de TB.

Ferreira, Calliari e Figueiredo (2015) identificaram em seu estudo que os profissionais de saúde percebem o vínculo com os pacientes é fundamental para a realização do tratamento, realizando estratégias para manter os pacientes sob supervisão como: flexibilidade nos horários para supervisão da medicação e/ou a oferta de incentivos.

Assim, o investimento em incentivos em prol da realização de um acompanhamento e onde se considera os vários aspectos envolvidos no tratamento do paciente com Tb, contextualizando o usuário no seu âmbito social, cultural e financeiro é uma maneira de otimizar a realização do cuidado em saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu um conhecimento a cerca das relações estabelecidas, a partir da Estratégia Saúde da Família, entre os profissionais envolvidos no cuidado ao paciente com tuberculose, incluindo os três níveis de atenção à saúde e os responsáveis pela gerência do programa de atenção à tuberculose.

A partir da rede social representada e do grau de centralidade obtido após análise dos dados pode-se aprofundar os mecanismos envolvidos nas relações entre os atores. Dessa maneira, a utilização de um *software* para a obtenção desses dados foi de grande importância na identificação dos profissionais mais acionados no cuidado ao paciente com tuberculose, havendo destaque para a atuação da enfermagem no cuidado ao atendimento à TB e, principalmente, no exercício das funções gerenciais.

Assim, a enfermagem mostrou-se como importante articuladora no cuidado a tuberculose, destacando-se pelo maior vínculo estabelecido devido ao seu posicionamento diante do contexto social, cultural e econômico envolvido no cenário dos pacientes acometidos pela tuberculose. Esse dado foi apresentado pelo predomínio dos enfermeiros com maior grau de centralidade e confirmado a partir das falas dos atores.

Outro aspecto a ser destacado é o papel do Agente Comunitário de Saúde na prevenção e detecção precoce da doença, pois este não obteve um grau de centralidade significativo na análise dos dados. Tal fato necessita de uma maior investigação a respeito da importância destinada ao papel do ACS, pois este representa uma ligação direta do serviço de saúde com a comunidade.

Em relação ao panorama municipal de atendimento à tuberculose, identificou-se uma satisfação dos profissionais no que se refere ao suporte oferecido, porém destacando a política de incentivo ao tratamento, com o fornecimento de cestas básicas, que neste momento, encontra-se prejudicado devido uma política de corte de gastos. Essa questão merece destaque, pois o município é considerado prioritário na tratamento da tuberculose, logo não seria adequado uma redução de investimentos, principalmente na demanda de um aspecto de grande influencia para o sucesso na realização do tratamento, conforme se observou nas falas dos profissionais.

A percepção dos profissionais em relação ao insucesso do acompanhamento é destinada ao comportamento dos pacientes, na questão intelectual e cultural, porém há de se considerar o contexto de vulnerabilidade no qual estes indivíduos estão inseridos, a disponibilidade para uma alimentação adequada, o estigma da doença, as reações adversas geradas pela medicação, as condições sociais que influenciam diretamente nessa resposta ao tratamento. Logo, cabe aos profissionais buscarem medidas de sensibilização e empoderamento desses indivíduos para a realização do tratamento.

O vínculo de exercício dos profissionais investigados enquadrou-se majoritariamente em contratos temporários, logo, há de se questionar a influencia que essa situação gera diante da investigação da qualidade na infraestrutura, fornecimento de medicação, resultados de exames laboratoriais, entre outros fatores, pois a instabilidade do vínculo pode comprometer o relato desses profissionais.

Conclui-se que o estudo forneceu importantes considerações em relação ao acompanhamento do paciente com tuberculose no Sistema Único de Saúde, possibilitando aos profissionais responsáveis pela assistência direta e aos gerentes responsáveis informações sobre as fragilidades existentes, para que, dessa maneira, direcionem suas ações de maneira estratégica para atender essa população vulnerável.

A proposta de disseminação do estudo está pautada no retorno dos resultados para os profissionais e gestão do município. Divulgação dos resultados em eventos importantes da área da

saúde. Elaboração de artigos para colaborar com a discussão sobre TB e envio a s revistas científicas.

REFERÊNCIAS:

ALVES, R. S., *et al.* Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm.**, v. 21, n.3, p. 650-7, 2012. Disponível em:

BALDAN, S. S.; FERRAUDO, A. S.; ANDRADE, M. A eficácia da Estratégia Saúde da Família e do Tratamento Diretamente Observado no controle da Tuberculose. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 6, n. 4, out. 2016. ISSN 2238-3360. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/8193/5161>>. Acesso em: 18 nov. 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.17058/reci.v6i4.8193>.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Tradução Luis Antero Reto, Augusto Pinheiro- São Paulo: **Edições 70**, 2011.

BISPO, J. P. J.; MARTINS, P. C. Participação social na Estratégia de Saúde da Família: análise da percepção de conselheiros. **Saúde debate**, v. 38, n. 102, p. 440-451, jul-set 2014. Disponível em: http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/34885456/Meta_aval_Cebes_set_14.pdf?

BORGATTI, S. P. Centrality and network flow. *Social Networks*, v. 27, p. 55–71, 2005.

BOURDIEU, P. (1989), O poder simbólico. Rio de Janeiro: **Difel** - Bertrand, Lisboa, Rio de Janeiro.

BOURDIEU P. **O poder simbólico**. 11 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007

BRÁS, O. R. Trabalho político em saúde: a tuberculose no Rio de Janeiro. **SAÚDE & TECNOLOGIA**, suplemento, p. e65-e70. ISSN: 1646-9704, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/Amanda/Downloads/934-1924-1-SM.pdf>

BRASIL, **Academia Brasileira De Ciências. Doenças Negligenciadas**. 2010. Disponível em: <http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-199.pdf>. Acesso em 3 de mai.

_____. Ministério da saúde b. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos. **Rev. Saúde Pública**, v.44, n. 1, p. 200-2, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e organização e funcionamento dos serviços de saúde (públicos e privados) em todo território nacional.

_____. Ministério da Saúde, **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Norma Operacional da Assistência À Saúde / SUS - NOAS-SUS 01/02.

_____. Ministério da saúde. **Portaria Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS.

BRASILa. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, n.204, p.55, 24 out. 2011. Seção 1, pt1.

BRASILb. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição Tuberculose na atenção primária à saúde / organização de Sandra Rejane Soares Ferreira, Rosane Glasenapp /e/ Rui Flores; ilustrações de Maria Lucia Lenz. -- 1. ed. ampl. -- Porto Alegre : Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Detectar, tratar e curar: desafios e estratégias brasileiras frente à tuberculose**. Boletim epidemiológico. V.46, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) [online]. Brasília [s.d.]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinannet/tuberculose>. Acessado em 15 de outubro de 2015, 10 de novembro de 2015 e 17 de novembro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. Casos confirmados segundo Ano Diagnóstico Período: 2015-2016. Acesso em: 17 de novembro de 2016. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/tubercce.def>

_____. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRUNELLO, M. E. F., *et al.* Atuação da enfermagem na atenção a uma condição crônica (tuberculose): análise de fontes secundárias. **Rev. Gaúcha Enferm.** v.36 n. spe Porto Alegre 2015. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56363>

BOURDIEU P. **Questões de Sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983

BULGARELLI, A. F.; VILLA, T. C. S.; PINTO, I. C.. Organizacao social e controle da tuberculose: a experiencia de um municipio brasileiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 21, n. 5, p. 1039-1048, Oct. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000501039&lng=en&nrm=iso>. access on 22 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000500005>.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: Um Software Gratuito para Análise de Dados Textuais. **Temas em Psicologia** – 2013, v. 21, nº 2, p.513-518.

CARDOZO-GONZALES R. I.; COSTA L.M.; PEREIRA C.S.; PINHO L.B.; LIMA L.M.; SOARES D.M.D.; et al. Ações de busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose na visão dos profissionais de uma unidade de saúde da família. **Rev Enferm Saude**. v.1, n.1,p.24-32, 2011.

CARNEIRO, P. S.; FORSTER, A. C.; FERREIRA, J. B. B. A dinâmica de três colegiados de gestão regional: um olhar sobre a regionalização e pactuação. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 38, n. 100, p. 57-68, Mar. 2014.

CARVALHO, A. L. D. de. *et al.*, A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n. 4, p. 901-911, 2012.

CAVALCANTE, E. F. O.; SILVA, D. M. G. V. Perfil de pessoas acometidas por tuberculose. **Rev Rene**. v.14, n.4, p.720-9, 2013.

CARVALHO, M.; SANTOS, N. R.; CAMPOS, G. W. S. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica . **Saúde em Debate** • Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 372-387, jul/set 2013

CAVALCANTE, E. F. de O.; SILVA, D. M. G. V. O compromisso do enfermeiro com o cuidado à pessoa com tuberculose. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 3, e.3930015, 2016. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71446759006>

CEARÁ, Secretaria de Saúde. **Coordenadorias Regionais**. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/regionalizacao>. Acesso em: 7 de jun. 2015.

CEARÁ, Secretaria da Justiça e Cidadania do Estado do Ceará. **Censo Penitenciário do Estado do Ceará 2013-2014.** Disponível em: http://www.cnmp.gov.br/portal/images/Comissoes/CSP/censo_penitencirio_Cear%C3%A1.pdf.

CECILIO, L. C. de O.; *et al.*, A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, nov. 2012 .

CUNHA, N.V.; CAVALCANTI, M. L. T.; SANTOS, M. L. F.; ARAÚJO, V. L. A.; OLIVEIRA E CRUZ, D. M.; PESSANHA, G. F.; *et al.* Structure, organization and working processes within tuberculosis control in municipalities in the state of Rio de Janeiro, RJ, Brazil. **Interface**, v. 19, n. 53, pp. 251-563, 2015.

EBERHARDT, L. D., CARVALHO, M., MUROFUSE, N. T. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. **SAÚDE DEBATE**, v. 39, n. 104, p. 18-29, 2015.

FARÃO, E. M. D.; *et al.* Capacitação de agentes comunitários de saúde de unidade na busca ativa de sintomáticos de tuberculose. *Revista Texto e Contexto*, v. 10, n. 20, p. 795-8, 2011. Disponível em: <https://revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1662/1381>

FERREIRA, R. C. Z.; CALLIARI, J. S.; FIGUEIREDO, R. M. Concepções de enfermeiros sobre o tratamento supervisionado da tuberculose no Brasil. **RIASE online**, v. 1, n.2, p. 219 – 232, 2015. Disponível em: http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/63/97

FIALHO, J., Pressupostos para a construção de uma sociologia das redes sociais. **Sociologia**, Porto , v. 29, jun. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-34192015000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 05 dez. 2015.

GÓMEZ, D.; FIGUEIRA, J. R.; EUSÉBIO, A., Modeling centrality measures in social network analysis using bi-criteria network flow optimization problems. **European Journal of Operational Research**, v. 226, p. 354-365, 2013.

GRIEP, R. H., *et al.* Enfermeiros dos grandes hospitais públicos no Rio de Janeiro: características sociodemográficas e relacionadas ao trabalho. **Rev. bras. enferm., Brasília** , v. 66, n. spe, p. 151-157, Sept. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

71672013000700019&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Nov. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700019>.

HANNEMAN, R. A.; RIDDLE, M., Introduction to social network methods. **Riverside: University of California**, 2005.

HIJJAR, M. A., PROCÓPIO, M. J. Tuberculose-Epidemiologia e Controle no Brasil. Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ, v. 5, n. 2, p.15-23.

IBGEa, **Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais**. 2014. Disponível em:
<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=230765&search=ceara|maracanaui|infograficos:-informacoes-completas>. Acesso em: 11 jun. 2015.

IBGEb, **Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais**. 2014. Disponível em:
<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=230770&search=||infogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>. Acesso em: 11 jun. 2015.

IBGEc, Censo Demográfico 2000 e Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF 2002/2003. Disponível em:
<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=230765&idtema=19&search=ceara|maracanaui|mapa-de-pobreza-e-desigualdade-municipios-brasileiros-2003>. Acesso em: 21 nov. 2016.

IPECEa, **Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará**. 2014. Disponível em:
http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/perfil_basico/pbm-2014/Maracanaui.pdf. Acesso em: 11 JUN. 2015

JUNIOR, H. dos S. O.; MENDES, D. H. C.; ALMEIDA, R. B. de., Prevalência de casos de tuberculose durante os anos de 2002 a 2012, no município de Palmas-Paraná, Brasil. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.**, Florianópolis, v. 8, n. 1, p. 43-57, jan./abr. 2015.

LANDIM, F. L. P. ; FERNANDES, A. M.; MESQUITA, R. B. de; COLLARES, O. M. C.; FROTA, M. A. Análise das Redes Interpessoais: aplicação na realidade de uma equipe de enfermagem atuando em unidade de hematologia. **Saúde Soc. São Paulo**, v.19, n.4, p.828-837, 2010.

LEMOES, M. A. M.; *et al.*, Caracterização das ações de regulação assistencial articulada à Atenção Primária à Saúde em municípios do Sul e Nordeste do Brasil: 2001 a 2004. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 22, n. 4, dez. 2013 .

LIMA, L. D. de.; *et al.* Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n. 7, p.1903-1914, 2012.

LIMA, M. R. M.; *et al.* Regulação em saúde: conhecimento dos profissionais da estratégia saúde da família. **Rev. Rene**. v.14, n. 1, p.23-31, 2013.

MAFFACCIOLLI, R.; *et al.* A utilização da noção de vulnerabilidade na produção de conhecimento sobre tuberculose: revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm.** v.36, n. (esp), p.247-53, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0247.pdf>

MARTELETO, R. M. Analise de redes sociais - aplicação nos estudos de transferência da informação. **Ci. Inf., Brasília**, v.30, n.1, p. 71-81, jan./abr.2001.

MARTELETO, R. M. Redes sociais, mediação e apropriação de informações: situando campos, objetos e conceitos na pesquisa em ciência da informação. **Pesq. bras. ci. inf.**, v.3, n.1, p.27-46, jan./dez. 2010

MARTINS, W. J.; ARTMANN, E.; RIVERA, F. J. U. Gestão comunicativa para redes cooperativas de ciência, tecnologia e inovação em saúde. **Rev Saúde Pública**, v.46(Supl), p.51-8, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/co4174.pdf>

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2008.

NASCIMENTO, D. M. ; MARTELETO, R. M. Social field, domains of knowledge and informational practice. **Journal of Documentation**, v. 64 n. 3, p. 397-412, 2008.

NEVES, R. R.; FERRO, P. S.; NOGUEIRA, L. M. V.; RODRIGUES, I. L. A. Acesso e vínculo ao tratamento de tuberculose na atenção primária em saúde. **J. res.: fundam. care.** Online, v. 8, n. 4, p. 5143-49, 2016. DOI: 10.9789/2175-5361.

OLIVEIRA, R. G. de., **Qualificação de gestores do SUS**. / Organizado por Roberta Gondim de Oliveira, Victor Graboys e Walter Vieira Mendes Júnior. – Rio de Janeiro, RJ : EAD/Ensp, 2009. 404 p., il.

OLIVEIRA, R. C. C.; *et al.* Discursos de gestores sobre informação e conhecimento relacionado ao tratamento diretamente observado da tuberculose. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 25, n. 2, e3210015, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-7072016000200309&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Nov. 2016. Epub June 07, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016003210015>.

ORFÃO, N. H.; *et al.* Adesão terapêutica ao tratamento da tuberculose em um município do estado de São Paulo. **Cienc Cuid Saude**, v.14, n.4, p.1453-1461, 2015. Disponível em: <http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/25093>

PEREIRA, F. J. R., SILVA, C. C., NETO, E. A. L. Perfil das Internações por Condições

Sensíveis à Atenção Primária subsidiando ações de saúde nas regiões brasileiras. **SAÚDE DEBATE**, v. 39, n. 107, p. 1008-1017, OUT-DEZ 2015.

QUIROGA, A.; MARTÍ, J.; JARIEGO, I. M.; MOLINA, J. L. Talleres de autoformación com programas informáticos de análisis de redes sociales. **Servei de Publicacions**, 2006. Disponível em: http://revista-redes.rediris.es/recerca/jlm/public_archivos/autoformacion.1.pdf

RECUERO, Contribuições da Análise de Redes Sociais para o estudo das redes sociais na Internet: o caso da hashtag #Tamojuntodilma e #CalaabocaDilma. **Revista Fronteiras** – estudos midiáticos, v.16, n.2, p. 60-77 maio/agosto 2014. doi: 10.4013/fem.2014.162.01

SÁ, L. D., *et al.* A discursividade de gestores sobre aspectos relacionados ao retardo do diagnóstico de tuberculose. *Rev. Esc. Enferm. USP* v.47, n.5, 2013. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000500022>

SOBRINHO, R. A. S., *et al.* Ambivalência das ações de controle da tuberculose na atenção

básica à saúde. **Rev Rene**. v. 15, n.4, p.605-12, 2014. DOI: 10.15253/2175-6783.2014000400007

SOUZA, J. de, *et al.*, Structure of the Social Support Network of Patients with Severe and Persistent Psychiatric Disorders in Follow-Ups to Primary Health Care, **Archives of Psychiatric Nursing** (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2015.10.00101>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Report**, 2013. Disponível em: apps.who.int/iris/bitstream/10665/91355/1/9789241564656_eng.pdf. Acesso em: 17 mai. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Working to overcome the global impact of neglected tropical diseases. Geneva, 12 Oct. 2010. Disponível em: http://www.who.int/neglected_diseases/2010report/en/. Acesso em 22 de mai. 2015.

SANTOS, F. L. A. dos. *et al.* Pesquisa, desenvolvimento e inovação para o controle das doenças negligenciadas. **Rev Ciênc Farm Básica**, v. 33, n. 1, p. 37-47, 2012.

SETTON, M. G. J. Uma introdução a Pierre Bourdieu. **Revista CULT**, Ed. 128. Disponível em: <http://revistacult.uol.com.br/home/2010/03/uma-introducao-a-pierre-bourdieu>.

SILVA, F. H. C. A atuação dos enfermeiros como gestores em unidades básicas de Saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 67-82, jan./jun. 2012.

SILVA, A. S. da.; AVELAR, A. B. A.; FARINA, M. C.; Transferência de responsabilidade de pacientes: uma aplicação da análise de redes sociais. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 103-123, jul./dez. 2013.

SILVA, C. A. da; FIALHO, J.; SARAGOÇA, J. Análise de redes sociais e Sociologia da acção. Pressupostos teórico-metodológicos. *Revista Angolana de Sociologia*, *Revista Angolana de Sociologia* [Online], 11 | 2013, posto online no dia 09 Dezembro 2013, consultado no dia 30 Abril 2016. URL : <http://ras.revues.org/361> ; DOI : 10.4000/ras.361

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. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 5, p.874-82, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt_0080-6234-reeusp-48-05-874.pdf

SOUZA, M. G., MANDU, E. N. T., ELIAS, A. N. Percepções de enfermeiros sobre seu trabalho na estratégia saúde da família. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 772-9, 2013. Disponível em:

https://www.researchgate.net/profile/Edir_Mandu/publication/260777599_Perceptions_of_nurses_regarding_their_work_in_the_Family_Health_Strategy/links/02e7e53cd0393769cc000000.pdf

VIEIRA, M. A.; FERREIRA, M. A. M. Análise do processo de trabalho na estratégia saúde da família em relação à operacionalização dos princípios básicos do SUS. **Rev. Adm. Hosp. E Inov. Em Saúde.** v. 12, n. 3, 2015 .

YAMAMURA, M.; *et al.* Tuberculose e iniquidade social em saúde: uma análise ecológica utilizando técnicas estatísticas multivariadas, São Paulo, Brasil. **Rev. Panam. Salud Pública,** v. 35, n. 4, p. 270-277, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE
Entrevista nº _____. Data: __/__/__
1. Nome:
2. Sexo: M () F ()
3. Idade:
4. Tempo de atividade profissional: _____ anos.
5. Tempo de atuação na ESF: _____ anos.
6. Pós-Graduação: () S () N () Não se aplica. Se sim, qual? _____.
7. Tipo de vínculo empregatício: _____.
7. Possui outro vínculo empregatício: () S () N. Se sim, qual? _____.
8. Renda mensal: _____.
Questões Norteadoras
1ª) Como ocorre o atendimento da TB no município?
2ª) Com quem inicia e até onde vai, no âmbito da equipe multiprofissional, o tratamento/acompanhamento ao paciente com TB? Pela ordem de atendimento como seria essa sequência de profissionais? E qual a ordem que mais funciona hoje?
3ª) Qual o profissional que mais se destaca no atendimento a TB no município?
4ª) Como você percebe esse atendimento incluindo a gerência e a assistência?
5ª) Qual é o seu papel no atendimento dos pacientes com tuberculose no município de Maracanaú? Como você acha que as pessoas percebem esse papel?
6ª) Quais são os profissionais que você mantém relação e quais são os tipos de relação no atendimento da tuberculose?
7ª) Quais as principais dificuldades no atendimento a TB no município?
8ª) Como os profissionais podem atuar para modificar as dificuldades existentes no acompanhamento do paciente com tuberculose?
9ª) Você teria mais alguma sugestão para colaborar com o atendimento da TB no município? Mudaria alguma coisa na forma de atendimento que existe hoje?

APÊNDICE B – ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS SEGUNDO BARDIN

FASES: 1.

1.RECORTE: Unidades de registro (UR) escolhidas: Frases

Número de UR (total): 270

2. INVENTÁRIO

3. CATEGORIZAÇÃO

4. CODIFICAÇÃO

1. *É assim: ele vem pra consulta ou então a gente verifica alguns sinais que possa ser TB, tuberculose, ai ele vem pro médico, se não pegar ficha demanda livre, a gente vê com a doutora, a gente conta direitinha (ACS JBT)*
2. *Ai a gente... ai ela passa os exames: que é o raio X, a baciloscopia, é a médica passa, mas a enfermeira também pode passar, mas o raio x tem que ter o carimbo da médica, mas a baciloscopia, tranquilo. (ACS JBT)*
3. *A baciloscopia tem que ser dois dias consecutivos, da baciloscopia, entrega aqui mesmo e pega os copos aqui também... é isso, o primeiro ponto é isso. (ACS JBT)*
4. *Ai tem o acompanhamento do DOTS, que eu tenho que acompanhar ele, só que isso ai não foi passado pra mim como seria...eu sabia que tinha quer ver ele tomar a medicação, (ACS JBT)*
5. *Claro que quem vai dá o diagnostico é o médico, mas eu acho que assim, que é: ACS, o enfermeiro, a enfermagem e o médico, o medico eu digo que é primordial por dá o diagnostico e fechar o tratamento. (ACS JBT)*
6. *E assim...quase todos os dias eu to na casa dele pra ver essa tomada da medicação, (ACS JBT)*
7. *Se ele tiver precisando de uma consulta com a medica que não esteja programada, eu falo com a enfermeira, então vamos agendar pra tal dia. (ACS JBT)*
8. *são feitas as questões dos exames e uma busca ativa dos casos positivos... (COORD. AVISA)*
9. *Paciente entrou na rede, então ele já é iniciado o tratamento, no mais tardar no dia seguinte. (COORD. AVISA)*
10. *É notificado e acompanhado mensalmente até, realmente receber alta. (COORD. AVISA)*
11. *Eu não vejo, assim, não caracterizo nenhuma dificuldade. (COORD. AVISA)*
12. *Não, muito pelo contrario, realmente, tipo assim: se eu notificar um paciente hoje, ele vai, mais tardar, ele tem a medicação amanha de manha. (COORD. AVISA)*
13. *Então o atendimento é descentralizado nas equipes de saúde da família, (COORD. TB)*

14. *no entanto aqui nos temos um fluxo já estabelecido, porque nos temos uma...referencia secundaria, que no caso funciona no hospital de Maracanaú que é o ambulatório de tisiologia. (COORD. TB)*
15. *No caso a gente estabeleceu que: todos os pacientes, tuberculose pulmonar bacilífera são atendidos nas equipes de saúde da família (COORD. TB)*
16. *E a questão de coinfecção, de Tb extrapulmonar, Tb pleural, Tb renal, todos os tipos de Tb, qualquer tipo de Tb que não seja pulmonar bacilífera vai pro ambulatório também. (COORD. TB)*
17. *Sendo que nos pedimos, que embora não transmita, o paciente Tb extrapulmonar, nos pedimos a parceria das equipes pra fazer TDO desse paciente (tratamento diretamente observado), pra que: como o ambulatório vai ver aquele paciente uma vez por mês, ou uma vez...de quinze em quinze dias (COORD. TB)*
18. *então a gente pede naquele intervalo de 15 dias, no Maximo, sendo que no Maximo, em dois meses ele tem que ter o HIV realizado, por conta justamente da coinfecção. (COORD. TB)*
19. *primeiramente o paciente tá com algum sintoma, tosse ha mais de duas semanas, febre vespertina, ele vem pra porta de entrada, ou posto de saúde ou hospital, (ENFA 1)*
20. *se pede a baciloscopia, o resultado sai no máximo em 72 horas. (ENFA 1)*
21. *mas tem alguns que, é claro, eu acredito que é a minoria, que faz o fluxo de busca espontânea. (COORD. TB)*
22. *o medicamento, geralmente, a gente consegue no mesmo dia. se ele puder fazer o TDO, (ENFA 1)*
23. *se não puder fazer a gente usa uma estratégia, mas geralmente todos os pacientes conseguem fazer o TDO. (ENFA 1)*
24. *tem a demanda livre e eles as vezes não querem chegar quatro horas da manha pra pegar uma ficha pro médico,então a demanda da enfermeira é mais pratica, entendeu?! (ENFA 1)*
25. *então assim, a gente vê que o tratamento não ta sendo eficiente, que ele tá tendo resistência a alguns dos componentes da medicação, a gente entra em contato com a responsável pelo hospital, que é a Evandra, do setor lá de tísio, da parte ambulatorial, a gente já encaminha e ela fica dando um link. (ENFA 1)*
26. *(ENFA 1)*
27. *ai fica uma consulta semana, por causa da dose supervisionada e os exames chegam no prazo, a gente tem PPD, BCG tem sempre, eu digo assim pros recém nascidos pra diminuir esses riscos. (ENFA 1)*
28. *então assim sempre tem vaga pro infectologista, porque tem que ser regulado, mesmo não tendo vaga pra aquela semana, a Evandra encaixa, mesmo a vaga sendo pra outra semana. (ENFA 1)*
29. *inicialmente né?! o paciente sintomático respiratório chega, a gente solicita a baciloscopia, o raio x, iniciamos o tratamento com duas baciloscopias positivas. (ENFA 2)*
30. *a gente faz a notificação, encaminha pra farmácia, que eles solicitam a medicação. (ENFA 2)*

31. *ai eles ficam fazendo o tratamento supervisionado, que é uma vez na semana comigo e os outros dias o agente de saúde passa na casa do paciente. (ENFA 2)*
32. *como a gente tem mais acesso ao agente de saúde e ao paciente, a gente...faz a notificação e já encaminha pro medico fazer a consulta e prescrever o tratamento. (ENFA 2)*
33. *a gente cria esse livre acesso do paciente quando quiser chegar na unidade, falar com você, mesmo que você tenha as outras demandas, você atendo o paciente, (ENFA 2)*
34. *por isso a gente fica tão em cima deles quando é faltoso a gente vai buscar, liga ai eles criam esse vínculo com o profissional, de precisar procurar. (ENFA 2)*
35. *quando é um tratamento simples, é aquele que vem semanalmente, que vai negativando as baciloscopias, o vinculo fica só entre o enfermeiro e o medico, né?! a gente consegue da continuidade ao tratamento só com esses dois profissionais(enfa 2)*
36. *A gente orienta, conversa com os pacientes, dá toda a informação, porque geralmente, toda terça-feira tem dois , um, três novos. (ENFA AMB)*
37. *Já imaginou, aqui a gente não faz a dose supervisionada diária, ele vem de 15 em 15, 20 em 20, no Maximo de 30 dias(ENFA AMB).*
38. *Então eu não deixo paciente sair daqui ele já sai amarrado. Se ele não for daqui mas ele já sai sabendo o que vai fazer. E eu ainda digo assim, pegue o telefone daqui, se tiver qualquer duvida pode voltar que a gente resolve. (ENFA AMB)*
39. *Se o paciente precisa ir pra outro profissional, a gente, tudo tem que ser marcado pelo posto. (ENFA AMB)*
40. *é se necessário, é encaminhado para o laboratório de tisiologia aqui no hospital do (COORD. AVISA)Maracanaú.*
41. *O ACS identifica, ai ele é referenciado pra enfermeira para fazer uma avaliação individual ou multiprofissional com o médico, pra fazer a notificação e identificar o caso e solicitar o tratamento... ultimo seria o médico (COORD. AVISA)*
42. *Então, assim, o ACS identifica, mas isso não impede que eu enquanto enfermeira, ou o médico em uma consulta de um hipertenso de rotina, eu identifique um paciente suspeito de Tb e solicite os exames, um sintomático respiratório e vá avaliar, isso não impede. (COORD. AVISA)*
43. *No hospital tem o ambulatório de tisiologia e tem a parte mesmo da unidade, do nível terciário que é a internação da tisiologia, então tem enfermaria, uma ala só pra tisiologia, tanto para uma ala masculina como uma feminina. (COORD. TB)*
44. *e no caso de TB extrapulmonar, coinfeção TB/HIV, nos já direcionamos para o ambulatório de tisiologia, visto que doutor Marcos Vinicios que é o medico da tisiologia, ele é o mesmo do SAE. (COORD. TB)*
45. *Acs identifica, vai pra unidade...mas geralmente elas levam essa demanda pro enfermeiro, não é pro profissional medico. (COORD. TB)*

46. *Ai o enfermeiro atende, solicita a baciloscopia, (COORD. TB)*
47. *Acs, enfermeiro, médico (na alta). ... (COORD. TB)*
48. *o resultado vem pra gente, enfermeira, a gente olha, ai entra em contato com o agente de saúde (ENFA 1)*
49. *o agente de saúde solicita o paciente e na primeira consulta a gente já começa o tratamento. (ENFA 1)*
50. *mas geralmente a porta de entrada no posto é o enfermeiro. (ENFA 1)*
51. *ou as vezes ele (ACS) pede ao paciente pra vir e já começa o tratamento. (ENFA 1)*
52. *se ele já vier sido consultado no hospital, a porta de entrada é com o medico, porque ja vem com o bilhete: ao medico da equipe, ele vai direto pro medico(ENFA 1)*
53. *e tem também o ...o ACS que tá na aérea que faz a pesquisa dos sintomáticos respiratórios e já encaminha esses pacientes pra gente. (ENFA 2)*
54. *quem prescreve o tratamento e a alta é o medico. (ENFA 2)*
55. *ai o medico solicita a baciloscopia e quando chega o resultado positivo, já é pra mim. (ENFA 2)*
56. *de vê-lo mais frequentemente, porque a gente(ENFERMEIRO) tem mais contato com o paciente semanalmente, (ENFA 2)*
57. *mas, assim, quando é um paciente faltoso, quando ele tem algumas reações, a gente vai acionando outras instancias, a gente repassa o caso pra Mariana que é a responsável na secretaria (ENFA 2)*
58. *e ai a gente pede auxilio pra enfermeira Evandra e o Dr. Marcos Vinicius que são do hospital de Maracanaú (ENFA 2)*
59. *(EVANDRA) ela pede que marque pelo sistema pra que se tenha o numero de primeira consulta, mas sempre ela faz o encaixe no dia do atendimento do tisiologista, pra que esse paciente tenha o atendimento mais rápido que não seja só pelo sistema. (ENFA 2)*
60. *(EVANDRA) ela na capacitação ela já da o número pessoal dela, (ENFA 2)*
61. *caso não consiga seja um paciente muito complicado, faltoso, ai é que a gente passa pra mariana, no sentido de pedir orientação de como proceder com esse paciente. (ENFA 2)*
62. *Eles passam pelo profissional medico, enfermeiro, neuro...a gente ta com um neurológico. (ENFA AMB)*
63. *É com a enfermeira e vai pro medico, a gente tem o técnico de enfermagem, que também e a porta de entrada que recebe a paciente, são muitos bons, nos temos dois aqui. (ENFA AMB)*
64. *técnico de enfermagem, enfermeiro e medico, seria a sequencia aqui do setor, eles tem uma sessão educativa, geralmente na porta de entrada, geralmente na terça, feita geralmente pelo enfermeiro, mas se eu estiver ocupada o técnico vai lá. (ENFA AMB)*

65. *na verdade é um conjunto, inicia onde, é o profissional, tanto agente de saúde, a enfermeira, como o próprio atendimento que eu faço aqui, né?! (MED 2)*
66. *a rotina que mais acontece hoje seria Agente de saúde, médico, enfermeiro, finalizando com o medico (MED 2)*
67. *com a enfermeira e com o agente de saúde, mas pelo...mas nem é questão de hierarquia, é mais pela vivencia mesmo, (MED 2)*
68. *ACS, enfermeira, médico e se tiver alguma complicação ou precisar de algum auxilio, digamos assim, do medico especialista... (ACS JBT)*
69. *Entoa sempre a figura do enfermeiro tá presente diretamente na Tb. (COORD. TB)*
70. *a gente trabalha como medico da atenção básica, enfermeiro da atenção básica, o infectologista a nível secundário e tem o psicólogo quando a agente percebe alguma alteração, (ENFA 1)*
71. *Médico, enfermeiro e que eu repasso pro agente de saúde pra fazer o acompanhamento das visitas diárias. (ENFA 2)*
72. *Enfermeira, Mariana, radiologia (coordenadora), com todo mundo, a coordenadora do centro de especialidade ou com os profissionais que fazem os exames. (ENFA AMB)*
73. *(Atendimento) Não tem nenhuma dificuldade. (ACS JBT)*
74. *tipo assim: que demora, tipo a baciloscopia, foi dito na reunião que era rapidinha... (ACS JBT)*
75. *Tipo assim, a resposta eu não tenho como ver se ele fez, tipo assim: ele entregou a baciloscopia, ele entrega algum papel?Eu não vejo... (ACS JBT)*
76. *eu acho que assim: é uma porta bem mais próxima digamos assim, pra ele ter o acesso, assim. (ACS JBT)*
77. *Não tem dificuldade de medicação, não. (ACS JBT)*
78. *As equipes de saúde de saúde da família fazem a detecção precoce em suas equipes, onde são identificados pacientes com suspeita (COORD. AVISA)*
79. *e ela(ENFERMEIRA) que também fica em cima do paciente, ela junto com o agente de saúde, né?! (MED 2)*
80. *bom, ela(ENFERMEIRA) que corre atrás de tudo isso ai, essa questão burocrática, (MED 2)*
81. *E a enfermeira, a enfermeira é muito importante pra mim. (MED 2)*
82. *Enfermeiro, que tem o contato mais intimo com o paciente, né?! (ENFA 2)*
83. *como eu te falei, o enfermeiro ele fica é... com o contato de certa forma mais intimo com o paciente, com mais segurança, é tanto que quando ele começa, ele nunca vai procurar o medico da área, é sempre o enfermeiro,né?! (ENFA 2)*
84. *PROFISSIONAL QUE SE DESTACA) eu acho que é a enfermeira, (ACS JBT)*

85. *Assim, o acesso é muito bom, (ACS JBT)*
86. *è tem um vínculo de amizade. é tranquilo, mas com todas as meninas elas são assim, as outras agentes de saúde elas tratam assim, tranquilo. (ACS JBT)*
87. *a gente partir do principio da comunicação da comunidade, quem faz a detecção precoce desse paciente é o ACS, (COORD. AVISA)*
88. *é o ACS que identifica ele na comunidade e referencia ele pra equipe, para ser avaliado.*
89. *Na minha cabeça o ultimo profissional que avalia esse paciente é o médico porque é ele que vai dá alta. (COORD. AVISA)*
90. *Então é a enfermeira que coordena todo esse fluxo. (COORD. AVISA)*
91. *Então eu não tenho nem duvida que é a enfermeira. (COORD. AVISA)*
92. *Enfermeiro, médico, com o ACS (quando eu tenho que fazer alguma busca), com a própria gerente do programa de Tb (COORD. AVISA)*
93. *(PROFISSIONAL DE MAIOR DESTAQUE) a enfermagem, a enfermagem. (COORD. TB)*
94. *Eles tem muito convívio muita intimidade. Eles chamam a gente pelo nome, de tanto esse convívio, essa boa relação. (ENFA AMB)*
95. *Aqui os exames a gente não tem dificuldades. Radiologia daqui, paciente que é daqui que precisa fazer raio x pra ele não ficar muito tempo lá (ENFA AMB)*
96. *Hoje se você me perguntar, aqui no meu setor, eu não tenho dificuldade nenhuma. (ENFA AMB)*
97. *A tuberculose no município é muito boa. (ENFA AMB)*
98. *Não eu não acho que tem dificuldade, não. (ENFA 2)*
99. *eu acho que o município faz muito pelo paciente com tuberculose. (ENFA 2)*
100. *o enfermeiro fica com mais contato com o paciente. (ENFA 2)*
101. *fluxo: demanda livre, enfermeiro... (ENFA 1)*
102. *quando a gente sabe que é paciente de tb, a gente já tem um olhar...mais de acolhedor, especifico, então a gente diz assim: chegue as 10 horas pra você não ficar no aglomerado, (ENFA 1)*
103. *entao, assim, a gente tem um atendimento bem priorizado, entendeu?! (ENFA 1)*
104. *hoje em dia não tem nenhuma dificuldade (NO ATENDIMENTO). (ENFA 1)*
105. *pra TB eu não tenho dificuldades, pra hanseníase eu tenho, mas pra tb não. (ENFA 1)*

106. *E ai quando você ver um paciente quase abandonando, ai quando começo o paciente começa a da trabalhando, ai elas começam a ligar: Mariana o fulano ta querendo abandonar, ai eu começo, eu que começo a pensar nas parcerias. (COORD. TB)*
107. *E se você me perguntar qual é a falha na assistência: é a articulação de rede com o paciente com mais dificuldade de adesão ao tratamento. (COORD. TB)*
108. *e eu vejo que aqui tem um empenho maior tanto no diagnostico como no tratamento, eles se empenham bastante, (MED 2)*
109. *cobram da gente também... e essa questão bem rápida, a questão de exames, do diagnostico em geral, né?! então é bom... (MED 2)*
110. *como eu falei no começo, de uma forma geral é muito boa (gerencia da Tb). (MED 2)*
111. *eles procuram agilizar os processos, ne?! de exames, de tratamento, de tudo. e também uma coisa que eu acho importante, conforme tem demanda tem solução também...então é rápido e bom. (MED 2)*
112. *não, eu acho que do jeito que tá indo bem, resolvendo(MED 2)*
113. *culturalmente se vê na enfermagem essa função de ser gerente e ai devido a isso há essa cultura mesmo da enfermagem tomar mais pra si as coisas nesse sentido de levar pra si o paciente, no sentido de notificar o paciente, de tá tentando enviar as informações, de tá solicitando baciloscopia de controle, inclusive as minhas, (COORD. TB)*
114. *então eu tenho algumas dificuldades nesse sentido de gerenciamento. (COORD. TB)*
115. *então eu tenho algumas dificuldades nesse sentido, pra realmente acompanhar as taxas de transferências. (COORD. TB)*
116. *Eu consiga identificar mais rápido, porque como eu tenho o acompanhamento dos mapas, eu acompanho, monitoro isso, procuro monitorar bem. (COORD. TB)*
117. *Então eu sempre acompanho contatos avaliados, quem ta devendo, ai eu já faço um documento fico acompanhando junto com as gerentes de AVISA, enviando pra elas pra elas tarem me apoiando em relação a isso. (COORD. TB)*
118. *assim, Maracanaú, é um município prioritário pra tuberculose, justamente devido a nossa incidência alta, a nossa taxa de transferência alta. (COORD. TB)*
119. *Maracanaú, historicamente é um município acolhedor, porque nos começamos o hospital de Maracanaú há 60 anos atrás, os primeiros atendimento que faziam, era só voltado a tuberculose e na colônia era hanseníase, (COORD. TB)*
120. *E o meu abando, hoje Maracanaú, a agente não tem um abandono tão alto Fica 5%, porem a minha transferência é de 29 %, o que era pra ser em torno de 2%. (COORD. TB)*
121. *eu acho que o município de Maracanaú da muita assistência ao paciente com tuberculose. (ENFA 2)*

122. *eles prestam bastante auxilio a gente, em questão de duvida, a gente tem contato direto com a atenção secundaria com o hospital. (ENFA 2)*
123. *a gente não tem dificuldade, nem com a Mariana que e a responsável na secretaria de saúde, (ENFA 2)*
124. *ela sempre tem o contato direto com ela, questão de mapa de preenchimento de mapa, controle do acompanhamento do paciente, e de fácil acesso. (ENFA 2)*
125. *a gente nao tem dificuldade é tanto que as vezes a gente não passa nem pela mariana, né?! a gente já vai direto pra Evandra. (ENFA 2)*
126. *Eu acho que tá bom. Eu não acho que esteja ruim não. (ENFA AMB)*
127. *Se você pegar os outros municípios, Maracanaú se destaca. (ENFA AMB)*
128. *E o gerenciamento ate que é muito grande, a demanda é grande. (ENFA AMB)*
129. *Aqui tem uma enfermeira trabalhando. (ENFA AMB)*
130. *Aqui ate pra internar um paciente com tuberculose, a gente não tem dificuldade. Entra, em todo o processo, mas a gente, é de Maracanaú, a gente tem que priorizar. (ENFA AMB)*
131. *(QUESTÃO GERENCIAL)Eu acho boa, não tenho do que reclamar. (ENFA AMB)*
132. *Graças a Deus, tem a hierarquia , mas tem as facilidades também. (ENFA AMB)*
133. *A mariana é muito boa, é da secretaria de saúde. (ENFA AMB)*
134. *Então quando eu quero qualquer coisa que é da unidade básica eu ligo pra ela. (ENFA AMB)*
135. *Outra coisa que ta sendo feita agora no município, que tá melhorando, é a questão do matriciamento. (COORD. TB)*
136. *Se reúnem, tem as reuniões, como tem a PMAC, nos somos apoiadoras da PMAC também, são coisas que a gente via, tipo de falha: se eu to com um paciente que exige mais articulação, principalmente paciente com TB, ai geralmente eles usam, pegam aquele caso e se reúnem, geralmente numa sexta-feira, que e o dia que todos os profissionais do NASF estão no município, tem pessoal de 20 horas e 30 horas. (COORD. TB)*
137. *O que que acontece, geralmente na sexta-feira, não, na sexta-feira: todos os profissionais de todos os NASF estão no município, na sua AVISA, geralmente nesses dias, é o dia que eles tem pra discutir e fazer um planejamento, (COORD. TB)*
138. *ai acontece alguns matriciamentos, de pegar um caso mais complicado, e você discutir aquele caso e ver o que cada um pode atuar naquele caso pra melhorar. (COORD. TB)*
139. *Então hoje ta acontecendo isso(matriciamento), ta acontecendo bem isso, então é algo que eu vejo como positivo. (COORD. TB)*

140. *Porque no treinamento disse que era rápido, mas quando ele foi pro medico especialista, que teve que retornar a medica... (ACS JBT)*
141. *a gerente do programa é muito atuante, entendeu, então a gente tem um link quando é extra pulmonar, né?! com o hospital, (ENFA 1)*
142. *a gente recebe mapa cobrando mensalmente se os contatos foram avaliados, porque não foram avaliados então a gente tem esse retorno sempre. (ENFA 1)*
143. *aqui em Maracanaú não existe isso de afinidade, falo a nível de Maracanaú. (ENFA 1)*
144. *as vezes a agente nem conhece pessoalmente, mas a gente conhece, e a gente tem muitas reuniões (ENFA 1)*
145. *e o link mesmo a nível de gestão faz com que ele seja o link mesmo, gerencia, assistencial, supervisão, tudo, , entao assim, o nível mesmo avançado. (ENFA 1)*
146. *Assim, isso aqui é na pratica aqui, mas no treinamento elas falaram que era rápido, ate eu citei: o meu paciente aconteceu isso e isso... ai ela falou que não era pra acontecer...que o resultado é rápido. (ACS JBT)*
147. *eu digo não, porque quem ta lá as vezes não sabe da realidade que acontece. (ACS JBT)*
148. *Ai todo mês, no quinto dia do mês, eu recebo essas planilhas, que realmente comprove que esse paciente ta fazendo esse TOD ou não. (COORD. TB)*
149. *tanto que a gente fez ate uma capacitação agora, um curso, porque eles são a ponta de levar, identificar o sintomático respiratório pra levar pra unidade(COORD. TB)*
150. *como gerente do programa pra ta articulando as redes, sendo que é algo que poderia ser, já que tem aquele serviço, né?! (COORD. TB)*
151. *Eu que começo embora elas conheçam, embora já tenham, a gente já tenha feito varias reuniões pra falar das parcerias, eu ainda percebo a dependência deles da minha pessoa, (COORD. TB)*
152. *E da gerencia também é a questão mesmo, justamento de identificar o paciente que é possível, que pode ser transferido, realmente é a monitoração os seus indicadores, realmente a questão mesmo de..."ah mariana abandonou, infelizmente.." (COORD. TB)*
153. *por exemplo, eu mando a planilha de sintomático respiratório, os previstos de acordo com as equipes delas, a população, todo ano eu mando. (COORD. TB)*
154. *Nessa minha visão de gerenciamento nesse sentido,elas fazem, fazem, mas não é algo sistemático. (COORD. TB)*
155. *Porque eu trabalho na gestão, mas eu acho que de maneira geral, ele é muito bem acolhido, eu não vejo carência de falta de, por exemplo: falta medicação pra ele, não falta. (COORD. AVISA)*

156. *Talvez a minha equipe me tenha como um apoio,até mesmo na duvida não sabe como proceder, vai realmente buscar ajuda na minha pessoa enquanto gerente. (COORD. AVISA)*
157. *Se eu também não souber vou buscar com a gerente do programa, como funciona realmente a rede, esse mesmo o fluxo, realmente tem ou não tem? o que a gente pode tá fazendo? (COORD. AVISA)*
158. *A secretaria nos dá uma resposta muito rápida de qualquer demanda, (COORD. AVISA)*
159. *É tanto que eu sento mensalmente com a minha equipe pra programar, mensalmente só com as enfermeira pra gente realmente alinhar o discurso da enfermagem. (COORD. AVISA)*
160. *Eu tenho reuniões mensais com todos os meus coordenadores de unidade pra que todos falem a mesma língua e a gente que a gente seja compartilhada a demanda. (COORD. AVISA)*
161. *Talvez seja um diferencial ter um enfermeiro em cada programa, (COORD. AVISA)*
162. *alguém que realmente entende a realidade, entende como funciona a ponta, já vivenciou a essas dificuldades. (COORD. AVISA)*
163. *Então quando a gente liga pedindo apoio, não é alguém, um ser estranho que não sabe como funciona, porque só sabe na teoria: (COORD. AVISA)*
164. *o fluxo é assim, assim...não elas sabem na teoria, elas tem a vivencia da pratica, então isso concilia bem e facilita o nosso trabalho. (COORD. AVISA)*
165. *Gerenciamento tem muitas falhas, eu acredito que na assistência é um pouco melhor, justamente por conta do nosso fluxo que tá bem estabelecido, portanto que não fica só tudo pra elas e a questão mesmo dos parceiros pra assistência, tem o ACS que pode ir na casa. (COORD. TB)*
166. *Então essa parte do gerenciamento tá muito atrelado a enfermagem em si, então elas ficam sobrecarregadas. (COORD. TB)*
167. *realidade é assim: eu, a minha parte de gerenciamento, eu fico me preocupando qual é a função das gerentes dos programas, a gente fica se preocupando em treinar os profissionais. (COORD. TB)*
168. *Essa questão de ações de visibilidade de ações de tuberculose, se você ver ações grande, eu to envolvida na frente, principalmente em relação a cursos, a treinamento de equipe, a supervisões, como tá o trabalho? (COORD. TB)*
169. *Essa questão de como esta o trabalho esta diretamente ligada a minhas visitas de supervisão. (COORD. TB)*
170. *Essas dificuldades de algo que tá atrapalhando, dificultando o paciente ter o acompanhamento, o fluxo normal pra levar a cura ate o sexo mês, eu to envolvida. (COORD. TB)*
171. *É como eu te digo, o meu trabalho como gerentes aqui na secretaria,Nos aqui monitoramos o trabalho executado pelas equipe. (COORD. TB)*

172. *É função como gerente programa buscar recursos ou meios que venham a viabilizar melhor a adesão ao tratamento a uma melhoria de vida daquele paciente, algo mais macro, se reporta a mim. (COORD. TB)*
173. *nós participamos também da reunião do comitê, nos fazemos parte do comitê estadual da tuberculose. (COORD. TB)*
174. *E a minha função capacitar, isso ai da pra mim resolver. (COORD. TB)*
175. *Elaborar estratégias pra que a gente consiga concluir o tratamento prescrito. (COORD. AVISA)*
176. *Eu acho que tá bom, só que nesse meu paciente, o que eu vejo em relação a algum ponto a ser melhorado, em relação a resultado de exames (ACS JBT)*
177. *Eu vejo também que eu como gerente preciso fazer alguma coisa: diferente, esse ano é um ano diferente, ano de política é mais complicado, digo em que sentido, nos retirarmos profissionais pra fazer capacitação, retirar nesse período de julho ate outubro, foi o mês tipo: você muito, resolver coisas por telefone, sem poder se encontrar mesmo. (COORD. TB)*
178. *então a minha meta é: passou isso, a minha colega da epidemiologia tava falando: vamos sentar com elas e orientar, questão de preenchimento de mapa, que isso é gerenciamento, você preencher o mapa corretamente, você acompanhar a baciloscopia, os contatos daquele paciente, onde que bota alta. (COORD. TB)*
179. *E ai a gente ta mandando sempre eles em treinamento. (COORD. TB)*
180. *eu acho que deveríamos ter um momento de...a gente já é bem integrado, mas eu acho que a gente tem que ter uma reunião pra gente repassar as dificuldades de cada um, pra ver mesmo, nos fazermos uma auto avaliação, porque sempre tem algo pra melhorar. (COORD. TB)*
181. *Pra eles mesmos calcular, eu calculo pra eles, já dou todo mastigado, sintomático respiratório, questão da previsão dos identificados, então eu acho que no começo, (COORD. TB)*
182. *em janeiro eu tenho que fazer um momento com eles, já, pra eles calcularem, pra eles se apropriarem dos dados deles (COORD. TB)*
183. *faria mais atenção de fazer atendimento em um grupo familiar. (ENFA 1)*
184. *as vezes a gente precisa se dispor mais de visita domiciliar e as vezes a gente não tem tempo só pra essa família. (ENFA 1)*
185. *Mudaria um link relacionado a isso:A uma atenção mais voltada aos familiares, não só mais ao paciente. (ENFA 1)*
186. *a gente se determina muito ao paciente e esquece da arvore genealógica próxima. (ENFA 1)*
187. *a baciloscopia, ficar uma responsável técnica...não sei como é...ai tipo assim: ela vê realmente: entregou realmente, é um mês que vem a resposta ? é vinte dias? (ACS JBT)*

188. *ai...tipo assim: ela ligar ou então cadê os exames de tal dia ou mandar no wtt. (ACS JBT)*
189. *é isso. Eu acho que só. ou a enfermeira também vê isso, alguma coisa assim. (ACS JBT)*
190. *(MAIOR CONTROLE E COMUNICAÇÃO) Isso. Ou a Liana ter um controle maior. (ACS JBT)*
191. *se os exames dependem de alguém ir buscar, fazer um cronograma, pra o motorista fazer assim, passa tal dia, tal horário, já vai próximo. (ACS JBT)*
192. *eu acho que com mais informações, campanhas educacionais, (MED 2)*
193. *seria...que já acontece, mas poderia acontecer mais, como sempre tem outubro rosa, num sei o que azul...e assim vai, se tivesse mais seria melhor né?! (MED 2)*
194. *Porque meu paciente é muito complicado, (ACS JBT)*
195. *Porque o que eu sinto dele é que ele não tem interesse de deixar o tratamento, (ACS JBT)*
196. *Pra eles, eles acham que eu to fazendo mais que o meu serviço, "e o serviço dela passar aqui, é o dever dela..."pronto tranquilo. (ACS JBT)*
197. *Ate as vezes ele se chateia e diz assim: tu não é minha mulher, não é minha mãe, porque eu fico cobrando, né?! (ACS JBT)*
198. *Ai ele às vezes fala isso ai: tu não é minha baba, minha empregada. (ACS JBT)*
199. *porque é uma pessoa que você passa a não confiar. (ACS JBT)tem esse outro ponto, que eu nem sei se e dificuldade...tipo assim, como se fosse uma barreira, uma resistência. (ACS JBT)*
200. *Como se tivesse invadindo a privacidade dele mesmo. Tipo assim: Hoje eu nem quero tomar esse horário e ela já veio... (ACS JBT)*
201. *as vezes é até, ele acha que é parte dele esse tosse...ou algum sintoma que acaba se acostumando... entendeu. (COORD. AVISA)*
202. *Esse paciente já vem muito sofrido, porque o extra pulmonar, quando é ganglionar, é muito fácil, vai lá faz a biopsia, mas geralmente são dores, né!?*
203. *Vem sentindo dor não sabe onde é, se é na mama parece um nódulo, faz a ultrassom é um nódulo, faz mamografia, também... Por conta disso, ele já vem assim, de dois três meses passando por vários profissionais, depende da localização de onde é a tuberculose, eles passam por vários profissionais. (ENFA AMB)*
204. *Eles se sentem muito próximos da gente. Eles não tem aquela diferença, a gente tenta trabalhar isso ai. (ENFA AMB)*
205. *Acho que eles me veem como amiga. (ENFA AMB)*
206. *Aqui mesmo, ano passado ou foi ano passado, a gente fez um tratamento de um menino da Mc donalds, da Bebebu, uma funcionaria que trabalha na Carmem Sttefans. Não era daqui não, mas não queriam fazer o tratamento lá. (ENFA AMB)*

207. *peçoal acho que ta com tosse vou tomar remédio caseiro que fulano me indicou, (MED 2)*
208. *não vem, a gente solicita os exames não fazem, (MED 2)*
209. *muitas vezes não aderem ao tratamento, por isso em que ter esse controle maior, (MED 2)*
210. *quando o paciente começa a melhorar dos sintomas ele tem a tendência de querer abandonar o tratamento, (ENFA 2)*
211. *exatamente por essa tendência do paciente de quando melhorar dos sintomas, ele não quer da continuidade ao tratamento, (ENFA 2)*
212. *(DIFICULDADE) não vejo nem como os profissionais, eu vejo mais com os pacientes. (ENFA 2)*
213. *. eu vejo mais como o abandono mesmo do paciente, quando começa a não se queixar mais dos sintomas, mas graves, né!? (ENFA 2)*
214. *quando é um paciente de TB toda a família se envolve, questão de tomar medicação, se alimentar bem, (ENFA 2)*
215. *o principal familiar que convive mais, que é o que dá um puxanzinho de orelha quando falta, essas coisas. (ENFA 2)*
216. *Então o nosso perfil de pacientes: soro positivos, são os pacientes baciloscopia negativa, são aqueles que fazem BK, BK, BK, dá negativo mas o raio x tá dizendo que tu tem uma tuberculose, então é a nossa referencia, também. (ENFA AMB)*
217. *E perfil também, crianças, eles referenciam pra cá, porque tem o infectologista, né!? É o nosso perfil. E os extra-pulmonar, todos os pacientes que tem extra-pulmonar, são tratados aqui no ambulatório. (ENFA AMB)*
218. *E também os pacientes que vem de emergência, por exemplo: os médicos atendem lá, pedem a baciloscopia, onde e que eles vão encaminhar, encaminha logo pra cá. A gente inicia logo o tratamento, referencia pra unidade básica ou pro município de referencia, porque o hospital não atende só o município de Maracanaú, a gente tenta, (ENFA AMB) (ENFA AMB)*
219. *Todos os pacientes da gente, vou dizer 95% vem do HGF e do ICC, que são os pacientes que vem com suspeita de câncer e que e uma tuberculose, a gente tem mama, tuberculose de língua, de fígado, tuberculose óssea, do trato urinário. (ENFA AMB)*
220. *Todos os pacientes da gente, vou dizer 95% vem do HGF e do ICC, que são os pacientes que vem com suspeita de câncer e que e uma tuberculose, a gente tem mama, tuberculose de língua, de fígado, tuberculose óssea, do trato urinário. (ENFA AMB)*
221. *Geralmente a historia deles é que vão varias vezes a unidade e que tratam como uma gripe ou uma pneumonia, mas também ninguém pode acreditar 100%, as historias dele nunca é 100% tem sempre uma margenzinha de erro, a gente não pode nem dizer quanto, mas é... (ENFA AMB)*
222. *os meus são bem pontuais, nenhum me deu dificuldade de adesão ao tratamento. (ENFA 1)*

223. *já na outra equipe eu tenho dificuldade com um paciente de 60 e poucos anos e não ta querendo aderir ao tratamento, psicólogo já entrou, assistente social, (ENFA 1)*
224. *a maioria dos pacientes da minha aérea trabalha na Ceasa, lá e um foco. (ENFA 1)*
225. *Se não tiver uma pessoa em cima de mim: olhe vai ficar resistente, não vai ficar curado, tem que ter essa parceria, esse olhar diferenciado para os paciente, para a historia de cada um, cada um é diferente, cada um tem uma realidade diferente. (COORD. TB)*
226. *Então vamos realmente...aquele paciente já ta me dando um indicio, a vida dele já me diz que ele não pode ser tratado igual a outro paciente. (COORD. TB)*
227. *difícil pra mim reverter a situação daquele paciente e muitas vezes o paciente já ta numa situação que a vida dele não vale mais a pena, so pensa em droga, entendeu?Infelizmente essa é a minha realidade. (COORD. TB)*
228. *Ate a gente acione alguma parceria, a gente sente que as vezes, muitas vezes, tem uma resistência do paciente. (COORD. TB)*
229. *Eu fiz um levantamento aqui, acho que foi no começo do ano,Eu tava com 60% a 70% dos pacientes que na hora da notificação já tem uma pergunta chave: você é usuário de álcool, outras drogas. (COORD. TB)*
230. *Aquele paciente é um paciente que tem uma possibilidade de me dá mais trabalho nesse sentido de aderir ao tratamento, justamente pela questão social. (COORD. TB)*
231. *Que é morador de rua, usuário de drogas, de álcool, que tá crescendo muito. (COORD. TB)*
232. *Paciente já sabe que tem maior risco de abando, então aquele paciente você tem que ter um olhar diferenciado. (COORD. TB)*
233. *eu nao tenho como fazer por ele se ele não aderir. (COORD. AVISA)*
234. *Eu não posso obrigar ninguém...né?! (COORD. AVISA)*
235. *Talvez a nossa maior dificuldade seja a questão da própria adesão, da família entender a importância dele tomar direitinho a medicação, entendeu? Talvez seja isso... (COORD. AVISA)*
236. *Dificuldade de Adesão. (COORD. AVISA)*
237. *Eu tenho no jardim bandeirante, um que diz que não vai ser tratado E eu to passando por um problema grande, porque eu não tenho como obrigar. (COORD. AVISA)*
238. *Tu tá entendendo...então acho que é a adesão, é o compromisso do paciente do paciente em ser...eu vejo mais nesse ponto. (COORD. AVISA)*

239. *ele até disse que ia fazer o tratamento, mas quando a enfermeira foi novamente, ele disse que não que não vai...então assim...as vezes eu não entendo, (COORD. AVISA)*
240. *num caso desse eu nem sei o que eu poderia, ele não se coloca como um doente, ele não entende a importância dele se tratar para não contaminar outras pessoas, (COORD. AVISA)*
241. *ele não entende que ele doente, ele não vai fazer mal só a ele... (COORD. AVISA)*
242. *Ainda mais por ser um paciente do grupo prioritária, é um paciente que tem passe livre na unidade, se ele tá com duvida, ele vai ser realmente atendido, se ele procurar a unidade dele de origem, em uma manhã ou numa tarde ele vai ser atendido...entendeu. (COORD. AVISA)*
243. *tem a dificuldade, vai ter que fazer visitas semanais, tem, a enfermeira vai ter que fazer visitas semanais pra realmente checar se tá sendo realmente correto se a família tá realmente ajudando. (COORD. AVISA)*
244. *É uma problemática, a maioria dos pacientes que abandonam é usuário de álcool e drogas, e nos temos CAPS AD, nos temos uma rede boa aqui no Maracanaú, CAPS infantil, CAPS AD, CAPS geral, e aí, (COORD. TB)*
245. *E que a TB esta diretamente ligada com a questão social. (COORD. TB)*
246. *Vamos pensar agora dificultador a nível assistência, as vezes o que eu tenho mais dificuldade é a própria problemática por trás daquele paciente, é justamente a questão da vulnerabilidade. (COORD. TB)*
247. *Geralmente eu tenho dificuldade de pacientes que tem uma questão social pra ajudar na adesão do tratamento, é meio dificultador. (COORD. TB)*
248. *O meu maior dificultador é a questão mesmo, da raiz da questão social do paciente, (COORD. TB)*
249. *você tá recebendo a vida do paciente, a questão da vivencia dele, como ele se comporta, quais as dificuldades, a questão social esta totalmente atrelada ao paciente com Tb. (COORD. TB)*
250. *ele vai precisar de um acompanhamento melhor, maior, porque são pacientes que vai fazer tratamento por seis meses, tomar medicação forte por seis meses, são pacientes que não adianta... (COORD. TB)*
251. *Não adianta fazer a mesma receita de bolo pro paciente. (COORD. TB)*
252. *Eles se adequam, dia de quinta-feira é um dia que eu não trabalho, então eu já adequado um horário pra eles... (ENFA 1)*
253. *Mas eles chegam aqui : olha não quero fazer o tratamento lá no posto, porque não nem medico, nem enfermeira, nem agente de saúde. (ENFA AMB)*

254. *Ele não quer porque um amigo mora perto e eles não querem se expor. Sendo dessa forma a gente tenta convencer o paciente a ir pra lá, se a gente não convencer realmente, a gente não quer que ele deixe de fazer, ele faz aqui... Mesmo... (ENFA AMB)*
255. *mas o que eu vejo de, assim, a maior dificuldade mesmo é o nível cultural e educacional. (MED 2)*
256. *Que infelizmente, o meu indicador melhor é bem melhor que o do estado, é a questão do teste HIV com pacientes com Tb, Minha porcentagem é tipo de 90%.Então é bom, é um indicador que se destaca a nível do ceara. (COORD. TB)*
257. *E antes pro paciente, é engraçado, pro paciente é pra ele receber a cesta básica dele, que já é um incentivo... (ACS JBT)*
258. *Ai sempre ele me pergunta cadê minha cesta, porque ultimamente não tem vindo mais, ai no ultimo treinamento disseram que iria vir novamente. (ACS JBT)*
259. *Ai dessa vez que eu expliquei que : olhe essa ficha não é pra sua cesta básica, é pra eu ver você tomando a medicação. (ACS JBT)*
260. *por que querendo ou ele fazia o tratamento porque se ele fizer o tratamento ele sabe que vai á a cesta básica durante todo o tratamento prescrito, isso seria um estímulo, (COORD. AVISA)*
261. *Ou então alguma coisa que sirva de incentivo ao tratamento, (COORD. TB)*
262. *muitas vezes são facas de dois gumes, você atrela isso, ah não vou fazer o TDO porque não tenho isso. (COORD. TB)*
263. *Mas você sabendo direcionar bem, usar aquilo a seu favor, da pra melhorar adesão. (COORD. TB)*
264. *Que a gente tem uma parceria com a CAF pra conseguir essa medicação. (COORD. AVISA)*
265. *A gente realmente articula muito, até mesmo por que nos trabalhamos muito próximo da secretaria. (COORD. AVISA)*
266. *Entendeu...é só o tempo de chegar a notificação na CAF e eles dispensarem a notificação pra mim. (COORD. AVISA)*
267. *Então desde 2015, outubro de 2015 foi o mês que eu recebi a ultima cesta básica, então esse entrave de buscar recurso pra poder executar bem um programa de TB, pra ajudar na adesão é minha função, não é função de enfermeiro assistência. (COORD. TB)*

268. *O município de Maracanaú como [é prioritário, nos participamos do comitê, que todo mês nos reunimos, todo mês tem reunião dos municípios que são convidados, tipo hospital de messejana, todos os municípios prioritários do estado do ceará estão lá. (COORD. TB)*

269. *Ah eu tenho dificuldade...o que eu tenho dificuldade no momento em relação a insumo é a cesta básica, pois eu acho que necessita no município de Maracanaú, precisa de recursos pra ajudar na adesão ao tratamento. (COORD. TB)*

270. *Então atualmente, se vice for colocar lá, mencionar a única coisa que eu to sentido falta é a minha cesta básica. (COORD. TB)*

QUADRO 3. Distribuição das unidades de registro relacionadas às categorias e subcategorias pertencentes à Classe Temática I: Atuação profissional na condução do atendimento ao paciente com tuberculose (continua).

UNIDADES DE REGISTRO (UR)	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS
1. É assim: ele vem pra consulta ou então a gente verifica alguns sinais que possa ser TB, tuberculose, aí ele vem pro médico, se não pegar ficha demanda livre, a gente vê com a doutora, a gente conta direitinha (ACS JBT) 2. Aí a gente... aí ela passa os exames: que é o raio X, a baciloscopia, é a médica passa, mas a enfermeira também pode passar, mas o raio x tem que ter o carimbo da médica, mas a baciloscopia, tranquilo. (ACS JBT) 3. A baciloscopia tem que ser dois dias consecutivos, da baciloscopia, entrega aqui mesmo e pega os copos aqui também... é isso, o primeiro ponto é isso. (ACS JBT) 4. Aí tem o acompanhamento do DOTS, que eu tenho que acompanhar ele, só que isso aí não foi passado pra mim como seria...eu sabia que tinha que ver ele tomar a medicação, (ACS JBT) 5. Claro que quem vai dá o diagnostico é o médico, mas eu acho que assim, que é: ACS, o enfermeiro, a enfermagem e o médico, o medico eu digo que é primordial por dá o diagnostico e fechar o tratamento. (ACS JBT)	ATENDIMENTO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NO ATENDIMENTO PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO ATENDIMENTO DE TB NO MUNICÍPIO	PANORAMA DAS AÇÕES DE CUIDADO AO PACIENTE COM TB

6. E assim...quase todos os dias eu to na casa dele pra ver essa tomada da medicação, (ACS JBT)
7. Se ele tiver precisando de uma consulta com a medica que não esteja programada, eu falo com a enfermeira, então vamos agendar pra tal dia. (ACS JBT)
8. são feitas as questões dos exames e uma busca ativa dos casos positivos... (COORD. AVISA)
9. Paciente entrou na rede, então ele já é iniciado o tratamento, no mais tardar no dia seguinte. (COORD. AVISA)
10. É notificado e acompanhado mensalmente até, realmente receber alta. (COORD. AVISA)
11. Eu não vejo, assim, não caracterizo nenhuma dificuldade. (COORD. AVISA)
12. Não, muito pelo contrario, realmente, tipo assim: se eu notificar um paciente hoje, ele vai, mais tardar, ele tem a medicação amanhã de manha. (COORD. AVISA)
13. Então o atendimento é descentralizado nas equipes de saúde da família, (COORD. TB)
14. no entanto aqui nos temos um fluxo já estabelecido, porque nos temos uma...referencia secundaria, que no caso funciona no hospital de Maracanaú que é o ambulatório de tisiologia. (COORD. TB)
15. No caso a gente estabeleceu que: todos os pacientes, tuberculose pulmonar bacilífera são atendidos nas equipes de saúde da família (COORD. TB)
16. E a questão de coinfeção, de Tb extrapulmonar, Tb pleural, Tb renal, todos os tipos de Tb, qualquer tipo de Tb que não seja

pulmonar bacilífera vai pro ambulatório também. (COORD. TB)

17. Sendo que nos pedimos, que embora não transmita, o paciente Tb extrapulmonar, nos pedimos a parceria das equipes pra fazer TDO desse paciente (tratamento diretamente observado), pra que: como o ambulatório vai ver aquele paciente uma vez por mês, ou uma vez...de quinze em quinze dias (COORD. TB)
18. então a gente pede naquele intervalo de 15 dias, no Maximo, sendo que no Maximo, em dois meses ele tem que ter o HIV realizado, por conta justamente da coinfeção. (COORD. TB)
19. primeiramente o paciente tá com algum sintoma, tosse ha mais de duas semanas, febre vespertina, ele vem pra porta de entrada, ou posto de saúde ou hospital, (ENFA 1)
20. se pede a baciloscopia, o resultado sai no máximo em 72 horas. (ENFA 1)
21. mas tem alguns que, é claro, eu acredito que é a minoria, que faz o fluxo de busca espontânea. (COORD. TB)
22. o medicamento, geralmente, a gente consegue no mesmo dia. se ele puder fazer o TDO, (ENFA 1)
23. se não puder fazer a gente usa uma estratégia, mas geralmente todos os pacientes conseguem fazer o TDO. (ENFA 1)
24. tem a demanda livre e eles as vezes não querem chegar quatro horas da manha pra pegar uma ficha pro médico,então a demanda da enfermeira é mais pratica, entendeu?! (ENFA 1)
25. então assim, a gente vê que o tratamento não ta sendo eficiente, que ele tá tendo resistência a alguns dos componentes da

medicação, a gente entra em contato com a responsável pelo hospital, que é a Evandra, do setor lá de tísio, da parte ambulatorial, a gente já encaminha e ela fica dando um link.		
(ENFA 1) 26. (ENFA 1)		
27. aí fica uma consulta semana, por causa da dose supervisionada e os exames chegam no prazo, a gente tem PPD, BCG tem sempre, eu digo assim pros recém nascidos pra diminuir esses riscos. (ENFA 1)		
28. então assim sempre tem vaga pro infectologista, porque tem que ser regulado, mesmo não tendo vaga pra aquela semana, a Evandra encaixa, mesmo a vaga sendo pra outra semana. (ENFA 1)		
29. inicialmente né?! o paciente sintomático respiratório chega, a gente solicita a baciloscopia, o raio x, iniciamos o tratamento com duas baciloscopias positivas. (ENFA 2)		
30. a gente faz a notificação, encaminha pra farmácia, que eles solicitam a medicação. (ENFA 2)		
31. aí eles ficam fazendo o tratamento supervisionado, que é uma vez na semana comigo e os outros dias o agente de saúde passa na casa do paciente. (ENFA 2)		
32. como a gente tem mais acesso ao agente de saúde e ao paciente, a gente...faz a notificação e já encaminha pro medico fazer a consulta e prescrever o tratamento. (ENFA 2)		
33. a gente cria esse livre acesso do paciente quando quiser chegar na unidade, falar com você, mesmo que você tenha as outras demandas, você atendo o paciente, (ENFA 2)		
34. por isso a gente fica tão em cima deles quando é faltoso a gente vai buscar, liga aí eles criam esse vínculo com o profissional, de		

precisar procurar. (ENFA 2) 35. quando é um tratamento simples, é aquele que vem semanalmente, que vai negativando as baciloscopias, o vínculo fica só entre o enfermeiro e o medico, né?! a gente consegue da continuidade ao tratamento só com esses dois profissionais(enfa 2) 36. A gente orienta, conversa com os pacientes, dá toda a informação, porque geralmente, toda terça-feira tem dois , um, três novos. (ENFA AMB) 37. Já imaginou, aqui a gente não faz a dose supervisionada diária, ele vem de 15 em 15, 20 em 20, no Maximo de 30 dias(ENFA AMB). 38. Então eu não deixo paciente sair daqui ele já sai amarrado. Se ele não for daqui mas ele já sai sabendo o que vai fazer. E eu ainda digo assim, pegue o telefone daqui, se tiver qualquer duvida pode voltar que a gente resolve. (ENFA AMB) 39. Se o paciente precisa ir pra outro profissional, a gente, tudo tem que ser marcado pelo posto. (ENFA AMB) 40. é se necessário, é encaminhado para o laboratório de tisiologia aqui no hospital do (COORD. AVISA)Maracanaú. 41. O ACS identifica, ai ele é referenciado pra enfermeira para fazer uma avaliação individual ou multiprofissional com o médico, pra fazer a notificação e identificar o caso e solicitar o tratamento... ultimo seria o médico (COORD. AVISA) 42. Então, assim, o ACS identifica, mas isso não impede que eu enquanto enfermeira, ou o médico em uma consulta de um hipertenso de rotina, eu identifique um paciente suspeito de Tb e solicite os exames, um sintomático respiratório e vá avaliar, isso não impede. (COORD. AVISA) 43. No hospital tem o ambulatório de tisiologia e tem a parte mesmo		
--	--	--

da unidade, do nível terciário que é a internação da tisiologia, então tem enfermaria, uma ala só pra tisiologia, tanto para uma ala masculina como uma feminina. (COORD. TB)

44. e no caso de TB extrapulmonar, coinfeção TB/HIV, nos já direcionamos para o ambulatório de tisiologia, visto que doutor Marcos Vinicios que é o medico da tisiologia, ele é o mesmo do SAE. (COORD. TB)

45. Acs identifica, vai pra unidade...mas geralmente elas levam essa demanda pro enfermeiro, não é pro profissional medico. (COORD. TB)

46. Ai o enfermeiro atende, solicita a baciloscopia, (COORD. TB)

47. Acs, enfermeiro, médico (na alta). ... (COORD. TB)

48. o resultado vem pra gente, enfermeira, a gente olha, ai entra em contato com o agente de saúde (ENFA 1)

49. o agente de saúde solicita o paciente e na primeira consulta a gente já começa o tratamento. (ENFA 1)

50. mas geralmente a porta de entrada no posto é o enfermeiro. (ENFA 1)

51. ou as vezes ele (ACS) pede ao paciente pra vir e já começa o tratamento. (ENFA 1)

52. se ele já vier sido consultado no hospital, a porta de entrada é com o medico, porque ja vem com o bilhetinho: ao medico da equipe, ele vai direto pro medico(ENFA 1)

53. e tem também o ...o ACS que tá na aérea que faz a pesquisa dos sintomáticos respiratórios e já encaminha esses pacientes pra gente. (ENFA 2)
54. quem prescreve o tratamento e a alta é o medico. (ENFA 2)
55. aí o medico solicita a baciloscopia e quando chega o resultado positivo, já é pra mim. (ENFA 2)
56. de vê-lo mais frequentemente, porque a gente(ENFERMEIRO) tem mais contato com o paciente semanalmente, (ENFA 2)
57. mas, assim, quando é um paciente faltoso, quando ele tem algumas reações, a gente vai acionando outras instancias, a gente repassa o caso pra Mariana que é a responsável na secretaria (ENFA 2)
58. e aí a gente pede auxilio pra enfermeira Evandra e o Dr. Marcos Vinicius que são do hospital de Maracanaú (ENFA 2)
59. (EVANDRA) ela pede que marque pelo sistema pra que se tenha o numero de primeira consulta, mas sempre ela faz o encaixe no dia do atendimento do tisiologista, pra que esse paciente tenha o atendimento mais rápido que não seja só pelo sistema. (ENFA 2)
60. (EVANDRA) ela na capacitação ela já da o número pessoal dela, (ENFA 2)
61. caso não consiga seja um paciente muito complicado, faltoso, aí é que a gente passa pra mariana, no sentido de pedir orientação de

como proceder com esse paciente. (ENFA 2)

62. Eles passam pelo profissional medico, enfermeiro, neuro...a gente ta com um neurológico. (ENFA AMB)

63. É com a enfermeira e vai pro medico, a gente tem o técnico de enfermagem, que também e a porta de entrada que recebe a paciente, são muitos bons, nos temos dois aqui. (ENFA AMB)

64. técnico de enfermagem, enfermeiro e medico, seria a sequencia aqui do setor, eles tem uma sessão educativa, geralmente na porta de entrada, geralmente na terça, feia geralmente pelo enfermeiro, mas se eu estiver ocupada o técnico vai lá. (ENFA AMB)

65. na verdade é um conjunto, inicia onde, é o profissional, tanto agente de saúde, a enfermeira, como o próprio atendimento que eu faço aqui, né?! (MED 2)

66. a rotina que mais acontece hoje seria Agente de saúde, médico, enfermeiro, finalizando com o medico (MED 2)

67. com a enfermeira e com o agente de saúde, mas pelo...mas nem é questão de hierarquia, é mais pela vivencia mesmo, (MED 2)

68. ACS, enfermeira, médico e se tiver alguma complicação ou precisar de algum auxilio, digamos assim, do medico especialista... (ACS JBT)

69. Entoa sempre a figura do enfermeiro tá presente diretamente na Tb. (COORD. TB)

70. a gente trabalha como medico da atenção básica, enfermeiro da atenção básica, o infectologista a nível secundário e tem o psicólogo quando a agente percebe alguma alteração, (ENFA 1)
71. Médico, enfermeiro e que eu repasso pro agente de saúde pra fazer o acompanhamento das visitas diárias. (ENFA 2)
72. Enfermeira, Mariana, radiologia (coordenadora), com todo mundo, a coordenadora do centro de especialidade ou com os profissionais que fazem os exames. (ENFA AMB)
73. (Atendimento) Não tem nenhuma dificuldade. (ACS JBT)
74. tipo assim: que demora, tipo a baciloscopia, foi dito na reunião que era rapidinha... (ACS JBT)
75. Tipo assim, a resposta eu não tenho como ver se ele fez, tipo assim: ele entregou a baciloscopia, ele entrega algum papel?Eu não vejo... (ACS JBT)
76. eu acho que assim: é uma porta bem mais próxima digamos assim, pra ele ter o acesso, assim. (ACS JBT)
77. Não tem dificuldade de medicação, não. (ACS JBT)
78. As equipes de saúde de saúde da família fazem a detecção precoce em suas equipes, onde são identificados pacientes com suspeita (COORD. AVISA)
79. e ela(ENFERMEIRA) que também fica em cima do paciente, ela junto com o agente de saúde, né?! (MED 2)
80. bom, ela(ENFERMEIRA) que corre atrás de tudo isso aí, essa questão burocrática, (MED 2)

81. E a enfermeira, a enfermeira é muito importante pra mim. (MED 2)
82. Enfermeiro, que tem o contato mais intimo com o paciente, ne?! (ENFA 2)
83. como eu te falei, o enfermeiro ele fica é... com o contato de certa forma mais intimo com o paciente, com mais segurança, é tanto que quando ele começa, ele nunca vai procurar o medico da área, é sempre o enfermeiro,né?! (ENFA 2)
84. PROFISSIONAL QUE SE DESTACA) eu acho que é a enfermeira, (ACS JBT)

85. Assim, o acesso é muito bom, (ACS JBT)

86. è tem um vinculo de amizade. é tranquilo, mas com todas as meninas elas são assim, as outras agentes de saúde elas tratam assim, tranquilo. (ACS JBT)

87. a gente partir do principio da comunicação da comunidade, quem faz a detecção precoce desse paciente é o ACS, (COORD. AVISA)

88. é o ACS que identifica ele na comunidade e referencia ele pra equipe, para ser avaliado.
89. Na minha cabeça o ultimo profissional que avalia esse paciente é o médico porque é ele que vai dá alta. (COORD. AVISA)
90. Então é a enfermeira que coordena todo esse fluxo. (COORD. AVISA)
91. Então eu não tenho nem duvida que é a enfermeira. (COORD. AVISA)
92. Enfermeiro, médico, com o ACS (quando eu tenho que fazer alguma busca), com a própria gerente do programa de Tb (COORD. AVISA)
93. (PROFISSIONAL DE MAIOR DESTAQUE) a enfermagem, a

enfermagem. (COORD. TB) 94. Eles tem muito convívio muita intimidade. Eles chamam a gente pelo nome, de tanto esse convívio, essa boa relação. (ENFA AMB) 95. Aqui os exames a gente não tem dificuldades. Radiologia daqui, paciente que é daqui que precisa fazer raio x pra ele não ficar muito tempo lá (ENFA AMB) 96. Hoje se você me perguntar, aqui no meu setor, eu não tenho dificuldade nenhuma. (ENFA AMB) 97. A tuberculose no município é muito boa. (ENFA AMB) 98. Não eu não acho que tem dificuldade, não. (ENFA 2) 99. eu acho que o município faz muito pelo paciente com tuberculose. (ENFA 2) 100. o enfermeiro fica com mais contato com o paciente. (ENFA 2) 101. fluxo: demanda livre, enfermeiro... (ENFA 1) 102. quando a gente sabe que é paciente de tb, a gente já tem um olhar...mais de acolhedor, específico, então a gente diz assim: chegue as 10 horas pra você não ficar no aglomerado, (ENFA 1) 103. entao, assim, a gente tem um atendimento bem priorizado, entendeu?! (ENFA 1) 104. hoje em dia não tem nenhuma dificuldade (NO ATENDIMENTO). (ENFA 1) 105. pra TB eu não tenho dificuldades, pra hanseníase eu tenho, mas		
--	--	--

pra tb não. (ENFA 1) 106. E aí quando você ver um paciente quase abandonando, aí quando começo o paciente começa a trabalhar, aí elas começam a ligar: Mariana o fulano tá querendo abandonar, aí eu começo, eu que começo a pensar nas parcerias. (COORD. TB) 107. E se você me perguntar qual é a falha na assistência: é a articulação de rede com o paciente com mais dificuldade de adesão ao tratamento. (COORD. TB)		
108. e eu vejo que aqui tem um empenho maior tanto no diagnóstico como no tratamento, eles se empenham bastante, (MED 2) 109. cobram da gente também... e essa questão bem rápida, a questão de exames, do diagnóstico em geral, né?! então é bom... (MED 2) 110. como eu falei no começo, de uma forma geral é muito boa (gerência da Tb). (MED 2) 111. eles procuram agilizar os processos, né?! de exames, de tratamento, de tudo. e também uma coisa que eu acho importante, conforme tem demanda tem solução também...então é rápido e bom. (MED 2) 112. não, eu acho que do jeito que tá indo bem, resolvendo (MED 2) 113. culturalmente se vê na enfermagem essa função de ser gerente e aí devido a isso há essa cultura mesmo da enfermagem tomar mais pra si as coisas nesse sentido de levar pra si o paciente, no	GERÊNCIA DO PROGRAMA DE ATENDIMENTO A TB SUGESTÕES E ORIENTAÇÕES PARA O ATENDIMENTO DO PACIENTE COM TUBERCULOSE	CONFIGURAÇÃO DA GERÊNCIA DO ATENDIMENTO

sentido de notificar o paciente, de tá tentando enviar as informações, de tá solicitando baciloscopia de controle, inclusive as minhas, (COORD. TB)

114. então eu tenho algumas dificuldades nesse sentido de gerenciamento. (COORD. TB)

115. então eu tenho algumas dificuldades nesse sentido, pra realmente acompanhar as taxas de transferências. (COORD. TB)

116. Eu consiga identificar mais rápido, porque como eu tenho o acompanhamento dos mapas, eu acompanho, monitoro isso, procuro monitorar bem. (COORD. TB)

117. Então eu sempre acompanho contatos avaliados, quem tá devendo, aí eu já faço um documento fico acompanhando junto com as gerentes de AVISA, enviando pra elas pra elas tarem me apoiando em relação a isso. (COORD. TB)

118. assim, Maracanaú, é um município prioritário pra tuberculose, justamente devido a nossa incidência alta, a nossa taxa de transferência alta. (COORD. TB)

119. Maracanaú, historicamente é um município acolhedor, porque nos começamos o hospital de Maracanaú há 60 anos atrás, os primeiros atendimento que faziam, era só voltado a tuberculose e na colônia era hanseníase, (COORD. TB)

120. E o meu abando, hoje Maracanaú, a agente não tem um abandono tão alto Fica 5%, porem a minha transferência é de 29 %, o que era pra ser em torno de 2%. (COORD. TB)

121. eu acho que o município de Maracanaú da muita assistência ao paciente com tuberculose. (ENFA 2)

122. eles prestam bastante auxilio a gente, em questão de duvida, a gente tem contato direto com a atenção secundaria com o hospital. (ENFA 2)

123. a gente não tem dificuldade, nem com a Mariana que e a responsável na secretaria de saúde, (ENFA 2)
124. ela sempre tem o contato direto com ela, questão de mapa de preenchimento de mapa, controle do acompanhamento do paciente, e de fácil acesso. (ENFA 2)
125. a gente nao tem dificuldade é tanto que as vezes a gente não passa nem pela mariana, né?! a gente já vai direto pra Evandra. (ENFA 2)
126. Eu acho que tá bom. Eu não acho que esteja ruim não. (ENFA AMB)
127. Se você pegar os outros municípios, Maracanaú se destaca. (ENFA AMB)
128. E o gerenciamento ate que é muito grande, a demanda é grande. (ENFA AMB)
129. Aqui tem uma enfermeira trabalhando. (ENFA AMB)
130. Aqui ate pra internar um paciente com tuberculose, a gente não tem dificuldade. Entra, em todo o processo, mas a gente, é de Maracanaú, a gente tem que priorizar. (ENFA AMB)
131. (QUESTÃO GERENCIAL)Eu acho boa, não tenho do que reclamar. (ENFA AMB)
132. Graças a Deus, tem a hierarquia , mas tem as facilidades também. (ENFA AMB)
133. A mariana é muito boa, é da secretaria de saúde. (ENFA AMB)
134. Então quando eu quero qualquer coisa que é da unidade básica eu ligo pra ela. (ENFA AMB)
135. Outra coisa que ta sendo feita agora no município, que tá melhorando, é a questão do matriciamento. (COORD. TB)
136. Se reúnem, tem as reuniões, como tem a PMAC, nos somos apoiadoras da PMAC também, são coisas que a gente via, tipo de

falha: se eu to com um paciente que exige mais articulação, principalmente paciente com TB, ai geralmente eles usam, pegam aquele caso e se reúnem, geralmente numa sexta-feira, que e o dia que todos os profissionais do NASF estão no município, tem pessoal de 20 horas e 30 horas. (COORD. TB) 137. O que que acontece, geralmente na sexta-feira, não, na sexta-feira: todos os profissionais de todos os NASF estão no município, na sua AVISA, geralmente nesses dias, é o dia que eles tem pra discutir e fazer um planejamento, (COORD. TB) 138. ai acontece alguns matriciamentos, de pegar um caso mais complicado, e você discutir aquele caso e ver o que cada um pode atuar naquele caso pra melhorar. (COORD. TB) 139. Então hoje ta acontecendo isso(matriciamento), ta acontecendo bem isso, então é algo que eu vejo como positivo. (COORD. TB) 140. Porque no treinamento disse que era rápido, mas quando ele foi pro medico especialista, que teve que retornar a medica... (ACS JBT) 141. a gerente do programa é muito atuante, entendeu, então a gente tem um link quando é extra pulmonar, né?! com o hospital, (ENFA 1) 142. a gente recebe mapa cobrando mensalmente se os contatos foram avaliados, porque não foram avaliados então a gente tem esse retorno sempre. (ENFA 1) 143. aqui em Maracanaú não existe isso de afinidade, falo a nível de Maracanaú. (ENFA 1) 144. as vezes a agente nem conhece pessoalmente, mas a gente conhece, e a gente tem muitas reuniões (ENFA 1)		
--	--	--

145. e o link mesmo a nível de gestão faz com que ele seja o link mesmo, gerencia, assistencial, supervisão, tudo, , entao assim, o nível mesmo avançado. (ENFA 1)

146. Assim, isso aqui é na pratica aqui, mas no treinamento elas falaram que era rápido, ate eu citei: o meu paciente aconteceu isso e isso... ai ela falou que não era pra acontecer...que o resultado é rápido. (ACS JBT)

147. eu digo não, porque quem ta lá as vezes não sabe da realidade que acontece. (ACS JBT)

148. Ai todo mês, no quinto dia do mês, eu recebo essas planilhas, que realmente comprove que esse paciente ta fazendo esse TOD ou não. (COORD. TB)

149. tanto que a gente fez ate uma capacitação agora, um curso, porque eles são a ponta de levar, identificar o sintomático respiratório pra levar pra unidade(COORD. TB)

150. como gerente do programa pra ta articulando as redes, sendo que é algo que poderia ser, já que tem aquele serviço, né?! (COORD. TB)

151. Eu que começo embora elas conheçam, embora já tenham, a gente já tenha feito varias reuniões pra falar das parcerias, eu ainda percebo a dependência deles da minha pessoa, (COORD. TB)

152. E da gerencia também é a questão mesmo, justamento de identificar o paciente que é possível, que pode ser transferido, realmente é a monitoração os seus indicadores, realmente a questão mesmo de..."ah mariana abandonou, infelizmente..." (COORD. TB)

153. por exemplo, eu mando a planilha de sintomático respiratório, os previstos de acordo com as equipes delas, a população, todo ano eu mando. (COORD. TB)
154. Nessa minha visão de gerenciamento nesse sentido, elas fazem, fazem, mas não é algo sistemático. (COORD. TB)
155. Porque eu trabalho na gestão, mas eu acho que de maneira geral, ele é muito bem acolhido, eu não vejo carência de falta de, por exemplo: falta medicação pra ele, não falta. (COORD. AVISA)
156. Talvez a minha equipe me tenha como um apoio, até mesmo na dúvida não sabe como proceder, vai realmente buscar ajuda na minha pessoa enquanto gerente. (COORD. AVISA)
157. Se eu também não souber vou buscar com a gerente do programa, como funciona realmente a rede, esse mesmo o fluxo, realmente tem ou não tem? o que a gente pode tá fazendo? (COORD. AVISA)
158. A secretaria nos dá uma resposta muito rápida de qualquer demanda, (COORD. AVISA)
159. É tanto que eu sento mensalmente com a minha equipe pra programar, mensalmente só com as enfermeira pra gente realmente alinhar o discurso da enfermagem. (COORD. AVISA)
160. Eu tenho reuniões mensais com todos os meus coordenadores de unidade pra que todos falem a mesma língua e a gente que a gente seja compartilhada a demanda. (COORD. AVISA)
161. Talvez seja um diferencial ter um enfermeiro em cada programa, (COORD. AVISA)
162. alguém que realmente entende a realidade, entende como funciona a ponta, já vivenciou a essas dificuldades. (COORD. AVISA)

163. Então quando a gente liga pedindo apoio, não é alguém, um ser estranho que não sabe como funciona, porque só sabe na teoria: (COORD. AVISA)

164. o fluxo é assim, assim...não elas sabem na teoria, elas tem a vivencia da pratica, então isso concilia bem e facilita o nosso trabalho. (COORD. AVISA)

165. Gerenciamento tem muitas falhas, eu acredito que na assistência é um pouco melhor, justamente por conta do nosso fluxo que tá bem estabelecido, portanto que não fica só tudo pra elas e a questão mesmo dos parceiros pra assistência, tem o ACS que pode ir na casa. (COORD. TB)

166. Então essa parte do gerenciamento tá muito atrelado a enfermagem em si, então elas ficam sobrecarregadas. (COORD. TB)

167. realidade é assim: eu, a minha parte de gerenciamento, eu fico me preocupando qual é a função das gerentes dos programas, a gente fica se preocupando em treinar os profissionais. (COORD. TB)

168. Essa questão de ações de visibilidade de ações de tuberculose, se você ver ações grande, eu to envolvida na frente, principalmente em relação a cursos, a treinamento de equipe, a supervisões, como tá o trabalho? (COORD. TB)

169. Essa questão de como esta o trabalho esta diretamente ligada a minhas visitas de supervisão. (COORD. TB)

170. Essas dificuldades de algo que tá atrapalhando, dificultando o paciente ter o acompanhamento, o fluxo normal pra levar a cura ate o sexo mês, eu to envolvida. (COORD. TB)

171. É como eu te digo, o meu trabalho como gerentes aqui na secretaria, Nos aqui monitoramos o trabalho executado pelas equipe. (COORD. TB)

172. É função como gerente programa buscar recursos ou meios que venham a viabilizar melhor a adesão ao tratamento a uma melhoria de vida daquele paciente, algo mais macro, se reporta a mim. (COORD. TB)

173. nós participamos também da reunião do comitê, nos fazemos parte do comitê estadual da tuberculose. (COORD. TB)

174. E a minha função capacitar, isso ai da pra mim resolver. (COORD. TB)

175. Elaborar estratégias pra que a gente consiga concluir o tratamento prescrito. (COORD. AVISA)

176. Eu acho que tá bom, só que nesse meu paciente, o que eu vejo em relação a algum ponto a ser melhorado, em relação a resultado de exames (ACS JBT)

177. Eu vejo também que eu como gerente preciso fazer alguma coisa: diferente, esse ano é um ano diferente, ano de política é mais complicado, digo em que sentido, nos retirarmos profissionais pra fazer capacitação, retirar nesse período de julho ate outubro, foi o mês tipo: você muito, resolver coisas por telefone, sem poder se encontrar mesmo. (COORD. TB)

178. então a minha meta é: passou isso, a minha colega da epidemiologia tava falando: vamos sentar com elas e orientar, questão de preenchimento de mapa, que isso é gerenciamento, você preencher o mapa corretamente, você acompanhar a

baciloscopia, os contatos daquele paciente, onde que bota alta.
(COORD. TB)

179. E aí a gente tá mandando sempre eles em treinamento.
(COORD. TB)

180. eu acho que deveríamos ter um momento de...a gente já é bem integrado, mas eu acho que a gente tem que ter uma reunião pra gente repassar as dificuldades de cada um, pra ver mesmo, nos fazermos uma auto avaliação, porque sempre tem algo pra melhorar. (COORD. TB)

181. Pra eles mesmos calcular, eu calculo pra eles, já dou todo mastigado, sintomático respiratório, questão da previsão dos identificados, então eu acho que no começo, (COORD. TB)

182. em janeiro eu tenho que fazer um momento com eles, já, pra eles calcularem, pra eles se apropriarem dos dados deles (COORD. TB)

183. faria mais atenção de fazer atendimento em um grupo familiar.
(ENFA 1)

184. as vezes a gente precisa se dispor mais de visita domiciliar e as vezes a gente não tem tempo só pra essa família. (ENFA 1)

185. Mudaria um link relacionado a isso: A uma atenção mais voltada aos familiares, não só mais ao paciente. (ENFA 1)

186. a gente se determina muito ao paciente e esquece da árvore genealógica próxima. (ENFA 1)

187. a baciloscopia, ficar uma responsável técnica...não sei como

é...ai tipo assim: ela vê realmente: entregou realmente, é um mês que vem a resposta ? é vinte dias? (ACS JBT)

188. ai...tipo assim: ela ligar ou então cadê os exames de tal dia ou mandar no wtt. (ACS JBT)

189. é isso. Eu acho que só. ou a enfermeira também vê isso, alguma coisa assim. (ACS JBT)

190. (MAIOR CONTROLE E COMUNICAÇÃO) Isso. Ou a Liana ter um controle maior. (ACS JBT)

191. se os exames dependem de alguém ir buscar, fazer um cronograma, pra o motorista fazer assim, passa tal dia, tal horário, já vai próximo. (ACS JBT)

192. eu acho que com mais informações, campanhas educacionais, (MED 2)

193. seria...que já acontece, mas poderia acontecer mais, como sempre tem outubro rosa, num sei o que azul...e assim vai, se tivesse mais seria melhor né?! (MED 2)

QUADRO 4. Distribuição das unidades de registro relacionadas às categorias e subcategorias pertencentes à Classe Temática II: Cenário de acompanhamento de pacientes com Tuberculose.

1. Porque meu paciente é muito complicado, (ACS JBT) 2. Porque o que eu sinto dele é que ele não tem interesse de deixar o tratamento, (ACS JBT) 3. Pra eles, eles acham que eu to fazendo mais que o meu serviço, "e o serviço dela passar aqui, é o dever dela..."pronto tranquilo. (ACS JBT) 4. Ate as vezes ele se chateia e diz assim: tu não é minha mulher, não é minha mãe, porque eu fico cobrando, né?! (ACS JBT) 5. Ai ele às vezes fala isso ai: tu não é minha baba, minha empregada. (ACS JBT) 6. porque é uma pessoa que você passa a não confiar. (ACS JBT)tem esse outro ponto, que eu nem sei se e dificuldade...tipo assim, como se fosse uma barreira, uma resistência. (ACS JBT) 7. Como se tivesse invadindo a privacidade dele mesmo. Tipo assim: Hoje eu nem quero tomar esse horário e ela já veio... (ACS JBT) 8. as vezes é até, ele acha que é parte dele esse tosse...ou algum sintoma que acaba se acostumando... entendeu. (COORD. AVISA) 9. Esse paciente já vem muito sofrido, porque o extra pulmonar, quando é ganglionar, é muito fácil, vai lá faz a biopsia, mas geralmente são dores, né!? 10. Vem sentindo dor não sabe onde é, se é na mama parece um nódulo, faz a ultrassom é um nódulo, faz mamografia, também... Por conta disso, ele já vem assim, de dois três meses passando por	PERFIL DO PACIENTE CENÁRIO DA PESQUISA	CENÁRIO DE ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM TUBERCULOSE
---	--	--

vários profissionais, depende da localização de onde é a tuberculose, eles passam por vários profissionais. (ENFA AMB) 11. Eles se sentem muito próximos da gente. Eles não tem aquela diferença, a gente tenta trabalhar isso aí. (ENFA AMB) 12. Acho que eles me veem como amiga. (ENFA AMB) 13. Aqui mesmo, ano passado ou foi ano passado, a gente fez um tratamento de um menino da McDonalds, da Bebebu, uma funcionária que trabalha na Carmem Sttefans. Não era daqui não, mas não queriam fazer o tratamento lá. (ENFA AMB) 14. pessoal acho que ta com tosse vou tomar remédio caseiro que fulano me indicou, (MED 2) 15. não vem, a gente solicita os exames não fazem, (MED 2) 16. muitas vezes não aderem ao tratamento, por isso em que ter esse controle maior, (MED 2) 17. quando o paciente começa a melhorar dos sintomas ele tem a tendência de querer abandonar o tratamento, (ENFA 2) 18. exatamente por essa tendência do paciente de quando melhorar dos sintomas, ele não querer dá continuidade ao tratamento, (ENFA 2) 19. (DIFICULDADE) não vejo nem como os profissionais, eu vejo mais com os pacientes. (ENFA 2) 20. . eu vejo mais como o abandono mesmo do		
---	--	--

paciente, quando começa a não se queixar mais dos sintomas, mas graves, ne!? (ENFA 2) 21. quando é um paciente de TB toda a família se envolve, questão de tomar medicação, se alimentar bem, (ENFA 2) 22. o principal familiar que convive mais, que é o que dá um puxanzinho de orelha quando falta, essas coisas. (ENFA 2) 23. Então o nosso perfil de pacientes: soro positivos, são os pacientes baciloscopia negativa, são aqueles que fazem BK, BK, BK, dá negativo mas o raio x tá dizendo que tu tem uma tuberculose, então é a nossa referencia, também. (ENFA AMB) 24. E perfil também, crianças, eles referenciam pra cá, porque tem o infectologista, né!? É o nosso perfil. E os extra-pulmonar, todos os pacientes que tem extra-pulmonar, são tratados aqui no ambulatório. (ENFA AMB) 25. E também os pacientes que vem de emergência, por exemplo: os médicos atendem lá, pedem a baciloscopia, onde e que eles vão encaminhar, encaminha logo pra cá. A gente inicia logo o tratamento, referencia pra unidade básica ou pro município de referencia, porque o hospital não atende só o município de Maracanaú, a gente tenta, (ENFA AMB) (ENFA AMB) 26. Todos os pacientes da gente, vou dizer 95% vem do HGF e do ICC, que são os pacientes que vem com suspeita de câncer e que e uma tuberculose, a gente tem mama, tuberculose de língua, de fígado, tuberculose óssea, do trato urinário.		
---	--	--

(ENFA AMB) 27. Todos os pacientes da gente, vou dizer 95% vem do HGF e do ICC, que são os pacientes que vem com suspeita de câncer e que e uma tuberculose, a gente tem mama, tuberculose de língua, de fígado, tuberculose óssea, do trato urinário. (ENFA AMB) 28. Geralmente a historia deles é que vão varias vezes a unidade e que tratam como uma gripe ou uma pneumonia, mas também ninguém pode acreditar 100%, as historias dele nunca é 100% tem sempre uma margenzinha de erro, a gente não pode nem dizer quanto, mas é... (ENFA AMB) 29. os meus são bem pontuais, nenhum me deu dificuldade de adesão ao tratamento. (ENFA 1) 30. já na outra equipe eu tenho dificuldade com um paciente de 60 e poucos anos e não ta querendo aderir ao tratamento, psicólogo já entrou, assistente social, (ENFA 1) 31. a maioria dos pacientes da minha aérea trabalha na Ceasa, lá e um foco. (ENFA 1) 32. Se não tiver uma pessoa em cima de mim: olhe vai ficar resistente, não vai ficar curado, tem que ter essa parceria, esse olhar diferenciado para os paciente, para a historia de cada um, cada um é diferente, cada um tem uma realidade diferente. (COORD. TB) 33. Então vamos realmente...aquele paciente já tá me dando um indicio, a vida dele já me diz que ele não pode ser tratado igual a outro paciente.		
---	--	--

(COORD. TB) 34. difícil pra mim reverter a situação daquele paciente e muitas vezes o paciente já tá numa situação que a vida dele não vale mais a pena, só pensa em droga, entendeu? Infelizmente essa é a minha realidade. (COORD. TB) 35. Até a gente acione alguma parceria, a gente sente que as vezes, muitas vezes, tem uma resistência do paciente. (COORD. TB) 36. Eu fiz um levantamento aqui, acho que foi no começo do ano, Eu tava com 60% a 70% dos pacientes que na hora da notificação já tem uma pergunta chave: você é usuário de álcool, outras drogas. (COORD. TB) 37. Aquele paciente é um paciente que tem uma possibilidade de me dá mais trabalho nesse sentido de aderir ao tratamento, justamente pela questão social. (COORD. TB) 38. Que é morador de rua, usuário de drogas, de álcool, que tá crescendo muito. (COORD. TB) 39. Paciente já sabe que tem maior risco de abandono, então aquele paciente você tem que ter um olhar diferenciado. (COORD. TB) 40. eu não tenho como fazer por ele se ele não aderir. (COORD. AVISA) 41. Eu não posso obrigar ninguém...né?! (COORD. AVISA) 42. Talvez a nossa maior dificuldade seja a questão da própria adesão, da família entender a importância dele tomar direitinho a medicação, entendeu? Talvez seja isso... (COORD. AVISA) 43. Dificuldade de Adesão. (COORD. AVISA) 44. Eu tenho no jardim bandeirante, um que diz que		
---	--	--

não vai ser tratado E eu to passando por um problema grande, porque eu não tenho como obrigar. (COORD. AVISA) 45. Tu tá entendendo...então acho que é a adesão, é o compromisso do paciente do paciente em ser...eu vejo mais nesse ponto. (COORD. AVISA) 46. ele até disse que ia fazer o tratamento, mas quando a enfermeira foi novamente, ele disse que não que não vai...então assim...as vezes eu não entendo, (COORD. AVISA) 47. num caso desse eu nem sei o que eu poderia, ele não se coloca como um doente, ele não entende a importância dele se tratar para não contaminar outras pessoas, (COORD. AVISA) 48. ele não entende que ele doente, ele não vai fazer mal só a ele... (COORD. AVISA) 49. Ainda mais por ser um paciente do grupo prioritária, é um paciente que tem passe livre na unidade, se ele tá com duvida, ele vai ser realmente atendido, se ele procurar a unidade dele de origem, em uma manha ou numa tarde ele vai ser atendido...entendeu. (COORD. AVISA) 50. tem a dificuldade, vai ter que fazer visitas semanais, tem, a enfermeira vai ter que fazer visitas semanais pra realmente checar se ta sendo realmente correto se a família tá realmente ajudando. (COORD. AVISA) 51. É uma problemática, a maioria dos pacientes que abandonam é usuário de álcool e drogas, e nos temos CAPS AD, nos temos uma rede boa aqui no Maracanaú, CAPS infantil, CAPS AD, CAPS geral, e		
---	--	--

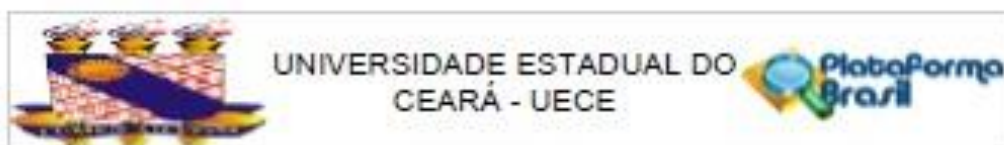
ai, (COORD. TB) 52. E que a TB esta diretamente ligada com a questão social. (COORD. TB) 53. Vamos pensar agora dificultador a nível assistência, as vezes o que eu tenho mais dificuldade é a própria problemática por trás daquele paciente, é justamente a questão da vulnerabilidade. (COORD. TB) 54. Geralmente eu tenho dificuldade de pacientes que tem uma questão social pra ajudar na adesão do tratamento, é meio dificultador. (COORD. TB) 55. O meu maior dificultador é a questão mesmo, da raiz da questão social do paciente, (COORD. TB) 56. você ta recebendo a vida do paciente, a questão da vivencia dele, como ele se comporta, quais as dificuldades, a questão social esta totalmente atrelada ao paciente com Tb. (COORD. TB) 57. ele vai precisar de um acompanhamento melhor, maior, porque são pacientes que vai fazer tratamento por seis meses, tomar medicação forte por seis meses, são pacientes que não adianta... (COORD. TB) 58. Não adianta fazer a mesma receita de bolo pro paciente. (COORD. TB) 59. Eles se adéquam, dia de quinta-feira é um dia que		
---	--	--

eu não trabalho, então eu já adequado um horário pra eles... (ENFA 1) 60. Mas eles chegam aqui : olha não quero fazer o tratamento lá no posto, porque não nem medico, nem enfermeira, nem agente de saúde. (ENFA AMB) 61. Ele não quer porque um amigo mora perto e eles não querem se expor. Sendo dessa forma a gente tenta convencer o paciente a ir pra lá, se a gente não convencer realmente, a gente não quer que ele deixe de fazer, ele faz aqui... Mesmo... (ENFA AMB) 62. mas o que eu vejo de, assim, a maior dificuldade mesmo é o nível cultural e educacional. (MED 2) 63. Que infelizmente, o meu indicador melhor é bem melhor que o do estado, é a questão do teste HIV com pacientes com Tb, Minha porcentagem é tipo de 90%.Então é bom, é um indicador que se destaca a nível do ceara. (COORD. TB)		
64. E antes pro paciente, é engraçado, pro paciente é pra ele receber a cesta básica dele, que já é um incentivo... (ACS JBT) 65. Ai sempre ele me pergunta cadê minha cesta, porque ultimamente não tem vindo mais, ai no ultimo treinamento disseram que iria vir novamente. (ACS JBT) 66. Ai dessa vez que eu expliquei que : olhe essa ficha não é pra sua cesta básica, é pra eu ver você		

tomando a medicação. (ACS JBT) 67. por que querendo ou ele fazia o tratamento porque se ele fizer o tratamento ele sabe que vai á a cesta básica durante todo o tratamento prescrito, isso seria um estímulo, (COORD. AVISA) 68. Ou então alguma coisa que sirva de incentivo ao tratamento, (COORD. TB) 69. muitas vezes são facas de dois gumes, você atrela isso, ah não vou fazer o TDO porque não tenho isso. (COORD. TB) 70. Mas você sabendo direcionar bem, usar aquilo a seu favor, da pra melhorar adesão. (COORD. TB) 71. Que a gente tem uma parceria com a CAF pra conseguir essa medicação. (COORD. AVISA) 72. A gente realmente articula muito, até mesmo por que nos trabalhamos muito próximo da secretaria. (COORD. AVISA) 73. Entendeu...é só o tempo de chegar a notificação na CAF e eles dispensarem a notificação pra mim. (COORD. AVISA) 74. Então desde 2015, outubro de 2015 foi o mês que eu recebi a ultima cesta básica, então esse entrave de buscar recurso pra poder executar bem um programa de TB, pra ajudar na adesão é minha função, não é função de enfermeiro assistência. (COORD. TB) 75. O município de Maracanaú como [é prioritário, nos participamos do comitê, que todo mês nos reunimos, todo mês tem reunião dos municípios que são convidados, tipo hospital de messejana,		
--	--	--

todos os municípios prioritários do estado do ceará estão lá. (COORD. TB) 76. Ah eu tenho dificuldade...o que eu tenho dificuldade no momento em relação a insumo é a cesta básica, pois eu acho que necessita no município de Maracanaú, precisa de recursos pra ajudar na adesão ao tratamento. (COORD. TB) 77. Então atualmente, se vice for colocar lá, mencionar a única coisa que eu to sentido falta é a minha cesta básica. (COORD. TB)		
--	--	--

ANEXO – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REDES SOCIAIS NAS AÇÕES DE ACOMPANHAMENTO DA TUBERCULOSE.

Pesquisador: Amanda de Fatima Alves Costa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 54953516.5.0000.5534

Instituição Proponente: PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.601.030

Apresentação do Projeto:

A denominação de doenças como negligenciadas é utilizada para se referir a um conjunto de enfermidades causadas por agentes infecciosos e parasitários (vírus, bactérias, protozoários e helmintos) que são endêmicas em populações de baixa renda. No Brasil, foram determinadas sete doenças como prioridades de atuação na saúde pública, visto que, são as de maior incidência no país. Dentre essas doenças, a tuberculose

aparece como doença crônica, sensível à atenção primária, porém, ainda, apresenta altas taxas de incidência no país. Para o atendimento desses, é necessário que o sistema de saúde atue de forma integral, dessa maneira, formando redes sociais entre os indivíduos envolvidos no cuidado. O termo rede constitui a formação de nós e elos em um sistema de apoio, representando um conjunto de participantes unindo ideias e recursos em torno de um objetivo. Assim, pode-se compreender a importância da formação de redes sociais no acompanhamento de pacientes com tuberculose

a partir da atenção primária. Para tanto este estudo traz como objetivo analisar as redes sociais nas ações de acesso dos casos de tuberculose no contexto da atenção básica do SUS.

Objetivo da Pesquisa:

objetivo geral: Analisar as redes sociais nas ações de acesso dos casos de tuberculose no contexto

Endereço: Av. Sias Munguba, 1700

Bairro: Iapari

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: PORTALEZA

Telefone: (85)3101-9990

Fax: (85)3101-9906

E-mail: cep@uece.br