

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ

HOSANA MIRELLE GOES SILVA COSTA

**A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO EM EQUIPE NA EFETIVAÇÃO DO
TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO (TDO) EM TUBERCULOSE NO
MUNICÍPIO DE AREIA BRANCA/RN**

MOSSORÓ/RN
2014

HOSANA MIRELLE GOES SILVA COSTA

**A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO EM EQUIPE NA EFETIVAÇÃO DO
TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO (TDO) EM TUBERCULOSE NO
MUNICÍPIO DE AREIA BRANCA/RN**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE) como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Profa. Esp. Verusa Fernandes Duarte
CO-ORIENTADORA: Profa. Esp. Joseline Pereira Lima

MOSSORÓ/RN
2014

HOSANA MIRELLE GOES SILVA COSTA

**A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO EM EQUIPE NA EFETIVAÇÃO DO
TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO (TDO) EM TUBERCULOSE NO
MUNICÍPIO DE AREIA BRANCA/RN**

Monografia apresentada pela aluna Hosana Mirelle Goes Silva Costa do curso de Graduação em Enfermagem, tendo obtido o conceito _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora.

Aprovado (a) em _____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Esp. Joseline Pereira Lima (FACENE/RN)
CO-ORIENTADOR

Prof. Esp. Amélia Resende Leite (FACENE/RN)
MEMBRO

Prof. Esp. Karla Simões Cartaxo Pedrosa (FACENE/RN)
MEMBRO

AGRADECIMENTOS

A Deus pela força necessária para enfrentar esta etapa da minha vida. Somente Ele torna possível todas às coisas.

Aos meus pais, Osvalda e Tony, em virtude do amor e apoio incondicional dedicado a mim, e por serem os verdadeiros responsáveis pela minha formação. Obrigada por terem me incentivado e apoiado sempre durante o percurso acadêmico e pessoal, mesmo diante dos desafios que foram se apresentando pelo caminho. As mais belas palavras ainda serão insuficientes para expressar o meu amor e a minha gratidão a vocês dois.

A minha irmã, Maria Glória, pelo companheirismo e compreensão nos instantes de estresse.

Ao meu namorado, Jordan, pela paciência, apoio e amor. Obrigada por compreender meus estresses e, acima de tudo, por incentivar-me e levantar-me nos momentos em que a queda era inevitável. Saiba que estar ao seu lado faz de mim uma pessoa feliz e completa.

A minha “grande família”, obrigada por todo o carinho e amor. Tenho a certeza de que suas constantes orações me deram a coragem necessária para seguir em frente e sempre oferecer o melhor de mim.

À prof.^a Verusa Fernandes Duarte, minha orientadora, pelo incentivo e pela confiança em mim depositada. Tenho plena convicção que você já alcançou o respeito e a posição que os verdadeiros mestres merecem e que mesmo assim continua com sua humildade. Muito obrigada por toda a experiência transmitida e pela amizade durante o nosso convívio.

À prof.^a Joseline Pereira Lima por receber-me de braços abertos. Agradeço pelos ensinamentos transmitidos. Toda a sua dedicação e disponibilidade proporcionaram meu enriquecimento profissional e intelectual.

Aos membros da banca examinadora, Prof.^a Esp. Verusa Fernandes Duarte, Prof.^a Esp. Joseline Pereira Lima, Prof.^a Esp. Amélia Resende Leite e Prof.^a Esp. Karla Simões Cartaxo Pedrosa. As sugestões, considerações e discussões levantadas por vocês foram essenciais para a elaboração deste trabalho. Muito Obrigada.

Aos meus amigos, Larissa Suelem, Alana Carvalho, Witson Ronielly, Izabela

Gama e Ríssia Kelly. Sempre me lembrarei de vocês com muito carinho e amor, tenho a certeza de que ainda nos encontraremos, e que nunca esquecerei o sentimento sincero de amizade construído nesta etapa de nossas vidas.

Aos colegas da Turma de Enfermagem 2014.2 que compartilharam deste sonho junto comigo.

Aos professores que ao transferirem seus conhecimentos, contribuíram para a minha formação acadêmica.

Aos profissionais de saúde por aceitarem participar, contribuir e abrilhantar este trabalho.

Por fim, agradeço a todas as pessoas que, de alguma maneira, fizeram-se presentes e contribuíram para a concretização deste tão sonhado objetivo. A todos vocês, o meu: Muito Obrigada!

“Não desista enquanto você ainda for capaz de fazer um esforço a mais. É nesse algo a mais que está a sua vitória.”

Roberto Shinyashiki

RESUMO

Como estratégia para combater e controlar a Tuberculose recomenda-se que o tratamento seja realizado de forma supervisionada, a partir do Tratamento Diretamente Observado (TDO), pois este constitui como fator essencial para se promover o real e efetivo controle da tuberculose. A pesquisa teve como objetivo geral: Analisar a importância do trabalho em equipe na efetivação do Tratamento Diretamente Observado em Tuberculose no município de Areia Branca-RN. E como objetivos específicos: Caracterizar a situação profissional dos entrevistados; Conhecer na opinião dos profissionais a realização do trabalho em equipe no Tratamento Diretamente Observado em Tuberculose; Analisar na opinião dos profissionais a necessidade do trabalho em equipe na prática do Tratamento Diretamente Observado em Tuberculose; Conhecer as sugestões dos profissionais para a melhoria do trabalho em equipe no Tratamento Diretamente Observado em Tuberculose. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória com abordagem quantitativa e qualitativa. O presente estudo foi desenvolvido em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Areia Branca/RN, através da aplicação de um formulário em uma população que consistiu em médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, somando uma amostra de 28 (vinte e oito) profissionais. A pesquisa foi realizada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa (Protocolo nº: 79/14, CAAE: 32565114.3.0000.5179). Os dados quantificados foram analisados através da estatística descritiva. Para análise dos dados qualitativos foi utilizado o método da Análise Temática de Conteúdo de Bardin, onde foram aplicadas as seguintes categorias: a concepção de trabalho em equipe no TDO sob o olhar dos profissionais; a atuação dos profissionais na dinâmica do TDO; o envolvimento da equipe na prática do TDO; propostas para a potencialização do trabalho em equipe no TDO. A pesquisa obedeceu a Resolução nº 466/2012 CNS e a Resolução nº 311/2007 do COFEN. A pesquisa detectou que relacionado à caracterização dos profissionais houve o predomínio de profissionais do sexo feminino (86%); observou-se que 78% dos profissionais têm menos de 40 anos de idade, constituindo-se de uma população jovem; referente à formação profissional, cada categoria profissional correspondeu a um quarto (25%) do total de entrevistados; quanto a escolaridade, grande parte dos profissionais havia concluído o ensino superior (50%); em relação ao tempo de trabalho na ESF, prevaleceu os profissionais que atuam de 1 a 5 anos, aproximadamente, de trabalho. O desdobramento da pesquisa evidenciou que apesar de todos os profissionais (100%) reconhecerem a necessidade e a importância de se trabalhar em equipe na realização do TDO, pôde-se observar que na assistência, a princípio, o cuidado é centralizado pela enfermeira e que, apenas em seguida, ocorre a inserção de outros profissionais, fragmentando o cuidado. Percebeu-se ainda que, independente dos profissionais reconhecerem a importância que a diversidade dos conhecimentos exerce sobre o processo saúde-doença do paciente, eles não contribuem de forma ativa para o desenvolvimento da articulação entre a equipe. Ao serem questionados sobre as possíveis melhorias que deveriam ocorrer para um maior envolvimento dos profissionais na prática do TDO, os sujeitos da pesquisa, expressaram a carência de: um maior suporte estrutural, uma maior participação de alguns profissionais e a reorganização das práticas desenvolvidas para o sucesso do TDO. Diante disso, pode-se perceber que, os profissionais carecem, urgentemente, de uma reconstrução da sistematização na assistência prestada. Sendo, essa reconstrução baseada na interação, no diálogo entre os agentes e na superação da segregação de conhecimentos.

Palavras-chave: Tuberculose; Equipe de Assistência ao Paciente; Tratamento Diretamente Observado; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Currently, as a strategy to combat and control Tuberculosis is recommended that the treatment is performed supervised from the Directly Observed Treatment (DOT), since this is an essential factor to promote real and effective control of tuberculosis. The research had as general objective: To analyze the importance of teamwork in the execution of the Directly Observed Treatment for Tuberculosis in Areia Branca-RN. And as the specific objectives: To characterize the employment situation of the interviewers; Know the opinion of the professionals conducting the teamwork in the Directly Observed Treatment for Tuberculosis; Analyze the opinion of the professionals who need of teamwork in the practice of Directly Observed Treatment for Tuberculosis; Know the suggestions of professionals to improve the teamwork in the Directly Observed Treatment for Tuberculosis. It is a descriptive and exploratory research with quantitative and qualitative approach. This study was conducted in all Basic Health Units (BHU) of Areia Branca / RN, through the application of a form in a population that consisted of physicians, nurses, nursing technicians and health community workers, adding one sample of 28 (twenty eight) Professionals. The research was conducted after approval of the project by the Ethics and Research (Protocol: 79/14, CAAE: 32565114.3.0000.5179). The quantified data were analyzed using descriptive statistics to analyze the qualitative data method of analysis that was used in Bardin thematic content, where the following categories were applied: the concept of teamwork in the DOT under the gaze of professionals, the work of professionals in the dynamics of DOT, the team's involvement in the practice of DOT, proposals for the enhancement of teamwork in the DOT. Obeyed research Resolution No. 466/2012 CNS and Resolution No. 311/2007 from COFEN. The research detected that related to the characterization of professionals, there was a predominance of female sex workers (86%); it was observed that 78% were less than 40 years old, becoming a young population; related to professional formation, each professional category accounted for a quarter (25%) of total respondents; relation to education, most professionals had completed higher education (50%); in relation to working time in the FHS prevailed professionals who work 1-5 years, or thereabout time of work. The deployment of this research showed that despite all the professionals (100%) recognize the need and the importance of teamwork in achieving the DOT, it was observed that the assistance at first, care is centralized by the nurse and only then is the inclusion of other professionals, fragmenting the care. It was noticed also that, independent professionals recognize the importance of the diversity of knowledge has on the health-disease patient's role, they do not contribute actively to the development of the relationship between the team. When asked about possible improvements that should occur for there to be a greater involvement of professionals in the practice of DOT, the subjects expressed a lack of: a bigger structural support, bigger involvement of some professionals and the reorganization of practices developed to the success of DOT. Thus, it can be seen that professionals need, urgently, a systematic reconstruction of the care provided. Being this reconstruction, based on interaction, dialogue between agents and overcoming the segregation of knowledge.

Key Words: Tuberculosis; Patient Care Team; Directly Observed Treatment; Primary Health Care.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACE – Agente de Combate a Endemias
ACS – Agente Comunitário de Saúde
BAAR – Bacilo Álcool-Ácido Resistente
BCG - Bacillus Calmette-Guérin
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
ESF – Estratégia Saúde da Família
HIV/AIDS - Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome
OMS – Organização Mundial da Saúde
PACS – Agentes Comunitários de Saúde
PCT – Programa de Controle da Tuberculose
PNI – Programa Nacional de Imunizações
SESAP – Secretaria de Estado da Saúde Pública
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SINAN – Sistema de Agravos de Notificações
SR – Sintomático Respiratório
SUS – Sistema Único de Saúde
TB – Tuberculose
TDO – Tratamento Diretamente Observado
UBS – Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 JUSTIFICATIVA	11
1.2 HIPÓTESE	12
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3 REFERÊNCIAL TEÓRICO	15
3.1 CONCEITO DA TUBERCULOSE E EPIDEMIOLOGIA	15
3.2 O TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO COMO ESTRATÉGIA DE REORGANIZAÇÃO DO CONTROLE DA TB	17
3.2.1 O papel dos profissionais no TDO	18
3.3 O TRABALHO EM EQUIPE COMO FONTE INSPIRADORA	22
3.3.1 O trabalho em equipe na ESF	24
3.4 O TRABALHO EM EQUIPE COMO POTENCIALIDADE PARA O TDO NO CONTROLE DA TB	26
4 METODOLOGIA	28
4.1 TIPO DE PESQUISA	28
4.2 LOCAL DE PESQUISA	29
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	29
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	30
4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	30
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	30
4.7 PROCEDIMENTO ÉTICO	32
4.8 FINANCIAMENTO	32
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	33
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENTREVISTADOS	33
5.2 DADOS RELACIONADOS A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO EM EQUIPE NA EFETIVAÇÃO DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO (TDO)	35
5.2.1 A concepção de trabalho em equipe no TDO sob o olhar dos profissionais	35
5.2.2 A atuação dos profissionais na dinâmica do TDO	37
5.2.3 O envolvimento da equipe na prática do TDO	39
5.2.4 Propostas para a potencialização do trabalho em equipe no TDO	40
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS	45
APÊNDICES	50
ANEXOS	55

1 INTRODUÇÃO

No decorrer da trajetória da saúde mundial, a Tuberculose (TB) sempre foi considerada como uma das doenças infectocontagiosas com índices elevados. Apesar de tratar-se de uma enfermidade antiga, ainda consiste em um problema de saúde pública, que requer a elaboração de estratégias para seu controle, envolvendo diversos aspectos da sociedade: socioeconômicos, culturais e biológicos (BRASIL, 2012a).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em seu Relatório Global da Tuberculose de 2013 divulgou que dois bilhões de pessoas, correspondendo a 1/3 (um terço) da população mundial, está infectada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, agente etiológico da tuberculose. Desses, 89 mil dos casos ocorreram no Brasil (OMS, 2013).

Segundo a SESAP (Secretaria de Estado da Saúde Pública) foi registrado, no Estado do Rio Grande do Norte, um total de 1.270 casos de tuberculose, dos quais 60 foram a óbito (BRASIL, 2013b).

A tuberculose é uma patologia infectocontagiosa ocasionada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, seu agente etiológico. Sua transmissão ocorre através da inalação de aerossóis (decorrentes de tosse, espirro ou fala) produzidos pelo indivíduo portador da tuberculose pulmonar ativa. Ao expelirem, através das secreções, os bacilos permanecem suspensos no ar em gotículas que sofrem evaporação. O indivíduo sadio ao inalá-los, promove a instalação dos mesmos em seus alvéolos (WILDNER et al., 2011).

Segundo o autor supracitado os bacilos por sua vez, quebram o mecanismo de defesa inespecífico do hospedeiro, iniciando a multiplicação dentro dos macrófagos presentes na área. A partir desta instalação, pode ocorrer disseminação linfática e hematogênica contribuindo para Tuberculose disseminada, seja em forma pulmonar ou extrapulmonar. A demora no desenvolvimento da resposta imunológica favorece a multiplicação celular e conseqüentemente a transmissão. A quantidade inoculada e a virulência da cepa também são determinantes para o desenvolvimento da doença (WILDNER et al., 2011).

Atualmente como estratégia para combater e controlar a Tuberculose recomenda-se que o tratamento seja realizado de forma supervisionada, a partir do Tratamento Diretamente Observado (TDO), pois este se constitui como fator

essencial para se promover o real e efetivo controle da tuberculose. O TDO promove o aumento da adesão dos pacientes, maior descoberta das fontes de infecção, estabelecimento de vínculo o que facilita o aumento dos percentuais de cura e reduzindo-se o risco de transmissão da doença na comunidade (FIGUEIREDO, 2011).

Em seu Caderno de Diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2013-2015, o Ministério da Saúde lança como meta o aumento da proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera. Portanto, exige-se uma atuação comprometida, ética e humana das três esferas de gestão do SUS, profissionais de saúde e da população, com mobilização social nas ações de tratamento dos doentes com tuberculose, a principal estratégia para o alcance desta meta consiste no Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose (BRASIL, 2013a).

Para que a descentralização possa avançar com a garantia da qualidade das ações, é fundamental o envolvimento de todos os profissionais de saúde em equipes multidisciplinares, nas quais a participação de cada um é parte indispensável para o sucesso das ações. Enfim, esse trabalho em equipe e com foco no usuário são elementos chave para o alcance das metas e superação dos desafios (BRASIL, 2011b).

1.1 JUSTIFICATIVA

A escolha do tema se deu a partir da experiência de um estágio voluntário, onde foi observado que os usuários estavam internados para realização do tratamento e a apresentação de um elevado índice de casos de TB no município, supondo assim uma falha no tratamento dos indivíduos e uma possível demora de diagnóstico.

Esta pesquisa, portanto, constitui-se de uma importância ímpar para o campo da enfermagem, e relevante para o município pesquisado, pois tem como finalidade sensibilizar os profissionais de saúde engajados na Unidade Básica de Saúde acerca da importância da contribuição de cada um para o melhor prognóstico do paciente portador de Tuberculose submetido à realização do TDO. Contribui ainda como base para o planejamento de ações municipais que incentivem a cooperação dos profissionais de saúde na efetivação do TDO da tuberculose.

Observou-se uma escassez de pesquisas com este foco, devido aos grandes desafios encontrados no enfrentamento da pesquisa em TDO no País, em virtude da qualidade e organização do programa de controle da tuberculose, além da formação dos profissionais na atenção básica nas ações de tuberculose. Nesse sentido, a pesquisa em TDO tem como finalidade contribuir para a formulação de políticas públicas para operacionalização das ações de controle da enfermidade e subsidiar o planejamento dessas ações junto a gestores na execução, monitoramento e avaliação das atividades antituberculosas, incluindo a incorporação de novas metodologias que melhorem a adesão ao tratamento e a cura dos doentes.

Com base nessa perspectiva, cujo labor dos profissionais da saúde pode reduzir significativamente os números alarmantes já mencionados, o trabalho em equipe (estratégia de auto cooperação) é um meio viável na busca da erradicação da tuberculose. Além disso, faz necessário um Tratamento Diretamente Observado (TDO), pois a suscetibilidade da doença é universal.

Diante desse contexto se faz o seguinte questionamento: Qual a importância da articulação dos profissionais na efetivação do TDO?

1.2 HIPÓTESE

A execução do TDO exige dos profissionais de saúde inúmeras capacidades: capacidade gerencial que possibilite criar mecanismos de condução do processo de reorganização e planejamento das ações e serviços de acordo com as especificidades de cada contexto social e cultural onde se desenvolve tal atividade; capacidade organizativa, que possibilite aos profissionais de saúde, uma permanente articulação com outras equipes/unidades de saúde e os outros atores envolvidos com as ações de controle da TB, e capacidade técnico assistencial que garanta uma efetiva relação entre os profissionais de saúde e doentes de TB e família.

A deficiência na execução destes serviços demonstra a fragilidade do trabalho em equipe e desarticulação dos profissionais de saúde, provocando falha no TDO, prejudicando desta forma o paciente, não fornecendo ao mesmo um bom prognóstico.

O bom desempenho dos serviços de saúde na execução do TDO, não depende apenas da qualificação e supervisão contínua dos profissionais, mas,

também, da garantia de uma estrutura mínima para atuação das equipes de saúde e da integração de esforços entre os diferentes atores responsáveis pelo controle da TB visando à otimização dos recursos existentes e o bom desempenho dos profissionais de saúde no processo de cuidado.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a importância do trabalho em equipe na efetivação do Tratamento Diretamente Observado em Tuberculose no município de Areia Branca-RN.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a situação profissional dos entrevistados;
- Conhecer na opinião dos profissionais a realização do trabalho em equipe no Tratamento Diretamente Observado em Tuberculose;
- Analisar na opinião dos profissionais a necessidade do trabalho em equipe na prática do Tratamento Diretamente Observado em Tuberculose;
- Conhecer as sugestões dos profissionais para a melhoria do trabalho em equipe no Tratamento Diretamente Observado em Tuberculose.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 CONCEITO E EPIDEMIOLOGIA DA TUBERCULOSE (TB)

A tuberculose é dita como uma doença milenar, que pode ser considerada como a doença mais antiga do conhecimento da humanidade. Há relatos de lesões em ossos de humanos pré-históricos encontrados na Alemanha e em múmias do Egito, datados de 7000-3000 a.C (CONDE, 2000).

Com a permutação humana, em decorrência de guerras, conquistas e comércio, a tuberculose se espalhou pelo mundo. No século XVIII atingiu seu apogeu, na Europa, passando a ser chamada de Peste Branca, como um contraste à Peste Negra, ambas atingindo altos índices de mortalidade (CONDE, 2000).

Segundo Campos et al (2000), no Brasil, a tuberculose existe desde o descobrimento, onde foi introduzida pelos colonizadores. Grande parte dos portugueses que desembarcaram no Brasil durante as Grandes Navegações eram portadores da tuberculose e enxergavam em nosso clima tropical uma chance de cura.

Ao longo de sua história, a tuberculose fez vários óbitos e uma grande quantidade de portadores de seu agente etiológico, o que levou diversos estudiosos a procurarem explicações e/ou motivos que levassem as pessoas a adoecerem da tuberculose. Em meio a esses estudiosos, no ano de 1882, o médico alemão Robert Koch (1843-1910), descobriu o agente causador da tuberculose, o *Mycobacterium Tuberculosis*, ficando posteriormente e popularmente conhecido como Bacilo de Koch, em homenagem ao seu descobridor (CAMPOS et al, 2000).

Durante décadas a tuberculose era tratada por sanatórios que mantinham o paciente afastado da sociedade por um longo período, a ele era oferecido apenas repouso e alimentação adequada. Apenas nos anos 40 do século passado, houve a descoberta de drogas antituberculosas que revolucionaram o percurso tomado pela doença, provocando diminuição da morbimortalidade no mundo (CAMPOS et al, 2000).

Mesmo tendo passado por um processo de evolução, a tuberculose atualmente ainda é vista como um grande problema de saúde pública no mundo, pois continua a extinguir vidas. Logo, possui uma disseminação universal. No

mundo, a cada ano, cerca de 8 milhões de pessoas contraem tuberculose e 3 milhões morrem em decorrência dela. Os países em desenvolvimento são os mais atingidos, representando um total de 95% dos casos supracitados, porque a patologia associa-se às baixas condições socioeconômicas da população (OMS, 2013).

Ao analisar a situação mundial que a tuberculose encontrava-se, a OMS estabeleceu o Plano Global para o Combate da Tuberculose que traz como principal objetivo: reduzir, pela metade, a incidência e a mortalidade por tuberculose até 2015, em relação aos valores de 1990; e eliminar a tuberculose como problema de saúde pública até 2050 (BRASIL, 2012a).

Buscando efetivar as metas designadas pela OMS - detectar no mínimo 70% dos casos, tratar 100% destes e curá-los em 85% os profissionais de saúde deve assumir desse modo, um compromisso em unir esforços, no sentido de localizar, com celeridade, os sintomáticos respiratórios, reconhecer os casos positivos e disponibilizar o tratamento apropriado, cessando desta maneira o contágio da população (FIGUEIREDO, 2011).

A transmissão do *Mycobacterium tuberculosis* ocorre por gotículas contaminadas pelos bacilos, eliminadas por indivíduos infectados, através da tosse, fala ou espirro. O bacilo, concomitantemente, instala-se em qualquer órgão, sendo mais frequente nos pulmões, gânglios linfáticos, pleura, laringe, rins, cérebro e ossos; porém a TB pulmonar é a forma de maior relevância para a saúde pública (BRASIL, 2011a).

No momento atual, o diagnóstico da TB necessita de precocidade, e dá-se através da realização de exame clínico, baciloscopia e raio-x de tórax, prova tuberculínica e exames complementares (BRASIL, 2011a).

A TB possui cura em praticamente 100% dos novos casos, que têm sensibilidade aos medicamentos anti-TB, desde que haja disciplina no que tange à execução dos princípios básicos da terapia medicamentosa, sendo eles: associação medicamentosa adequada, doses corretas e uso por tempo suficiente; e na própria dinâmica do tratamento. Juntamente a estes princípios, soma-se o TDO como peça chave para o sucesso do prognóstico. Desempenhando tais parâmetros podemos evitar a persistência bacteriana e o desenvolvimento de resistência aos fármacos, assegurando, assim, a cura do paciente. (BRASIL, 2011b).

Ainda que os recursos tecnológicos sejam capazes de exercer certo “controle” da TB, não se podem criar expectativas de eliminá-la, em um futuro próximo, devendo ainda esta permanecer como problema de saúde pública. A TB avança com a necessidade de atenção especial dos profissionais e gestores de saúde, pois enquadrasse nos critérios de um agravo à saúde pública, caracterizando por uma patologia de grande magnitude, transcendência e vulnerabilidade (BRASIL, 2011a).

3.2 O TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO (TDO) COMO ESTRATÉGIA DE REORGANIZAÇÃO DO CONTROLE DA TB;

No ano de 1993, a OMS validou o Tratamento Diretamente Observado como tática principal para o combate da Tuberculose. Porém, apenas em 1998, a estratégia foi implantada no Brasil, através do Plano Nacional de Controle da Tuberculose (NOGUEIRA et. al., 2009).

A estratégia do TDO baseia-se na ingestão diária da medicação perante a observação de um profissional de saúde e apresenta como alguns de seus objetivos: promover acolhimento humanizado melhorando a atenção ao doente; viabilizar a adesão, assegurando a cura; minimizar a taxa de abandono; interromper o curso de transmissão da doença; educar de forma mais efetiva e individualizada o indivíduo, a família e a comunidade, tornando-os ativos em seu processo de doença (BRASIL, 2011b).

O TDO deve ser realizado em qualquer caso diagnosticado de Tuberculose e não se define apenas pela ingestão dos medicamentos. Torna-se essencial a criação de elos entre o doente e o serviço de saúde. Ainda é fundamental a remoção de barreiras que dificultem a adesão, empregando métodos que melhorem a autoestima e promova a qualificação profissional e outras necessidades sociais (BRASIL, 2011b).

Para adotar o TDO é necessário que ocorra uma decisão conjunta entre a equipe de saúde e o paciente, apreciando a realidade do indivíduo e não da unidade de saúde. Deve-se ainda utilizar métodos de incentivos (lanche, auxílio-alimentação e outros), e facilitadores de acesso (vale-transporte) são recomendados como motivação para o TDO (BRASIL, 2011b).

Para a implantação do TDO, aplicam-se as seguintes modalidades de supervisão:

- Domiciliar: observação realizada na residência do paciente ou em local por ele solicitado;
- Na unidade de saúde: observação em unidades de ESF, UBS, serviço de atendimento de HIV/AIDS ou hospitais;
- Prisional: observação no sistema prisional; e
- Compartilhada: quando o doente recebe a consulta médica em uma unidade de saúde, e faz o TDO em outra unidade de saúde, mais próxima em relação ao seu domicílio ou trabalho (BRASIL, 2011b).

Caso o TDO não seja realizado por profissionais de saúde, jamais deverá ser considerado para fins operacionais (inclusive para fins de notificação no SINAN) (BRASIL, 2011b).

Assim sendo, o TDO revela-se uma conduta eficaz na aderência ao tratamento da tuberculose e na diminuição da proporção de abandono, com redução da transmissibilidade da doença na comunidade, sucedendo em relevantes modificações nos indicadores epidemiológicos da tuberculose (PAZ et. al., 2012).

3.2.1 O papel dos profissionais no TDO

É função da saúde pública e de seus profissionais o reconhecimento de indivíduos que apresentem tosse em um período igual ou superior a três semanas, chamado Sintomático Respiratório (SR). Consistindo assim em uma das ações da ESF, a busca ativa, possui como objetivo principal a procura na população, como um todo, e em regiões com maior vulnerabilidade à doença, de maneira que esta ação tenha caráter rotineiro e não somente como norma emergencial, devendo essa ser feita por toda a ESF de forma multiprofissional (BRASIL, 1999).

As atribuições dos profissionais de saúde para a organização da Atenção Básica junto à Estratégia Saúde da Família – ESF e ao Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS foram estabelecidas através da Portaria nº 2488/GM, de 21 de outubro de 2011, enquanto as Normas de Manuais Técnicos da Vigilância em Saúde (BRASIL, 2008) assinalam as atribuições específicas desses profissionais no controle da tuberculose.

Sendo assim, no exercício de suas funções, os profissionais da ESF, na organização dos serviços, possuem em comum algumas atribuições:

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local.
- Realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente na unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário.
- Realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local.
- Garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde.
- Realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local.
- Realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo.
- Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde.
- Participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis.
- Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social.
- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da secretaria municipal de saúde.
- Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na atenção básica.
- Participar das atividades de educação permanente.
- Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais (BRASIL, 2006).

Já no combate/controlar da tuberculose os profissionais de Atenção Básica/Saúde da Família possuem atribuições específicas:

Agente Comunitário de Saúde

- Identificar os sintomáticos respiratórios nos domicílios e na comunidade.
- Encaminhar ou comunicar o caso suspeito à equipe.
- Orientar e encaminhar os contatos à unidade básica de saúde – UBS para consulta, diagnóstico e tratamento, quando necessário.
- Orientar a coleta e o encaminhamento do escarro dos sintomáticos respiratórios.
- Supervisionar a tomada de medicação, conforme planejamento da equipe.
- Fazer visita domiciliar, de acordo com a programação da equipe, usando a ficha do SIAB (B-TB) e a Ficha de Acompanhamento da Tomada Diária da Medicação, mantendo-a atualizada.
- Verificar no Cartão da Criança a situação vacinal, se faltoso encaminhar à UBS.
- Realizar busca ativa de faltosos e daqueles que abandonaram o tratamento.
- Verificar a presença de cicatriz da vacina BCG no braço direito da criança. Caso não exista e não haja comprovante no Cartão, encaminhar a criança para vacinação. Observar a indicação de vacinação preconizada pelo PNI (até 5 anos de idade).
- Realizar ações educativas junto à comunidade.
- Participar com a equipe do planejamento de ações para o controle da tuberculose na comunidade.
- Observar os cuidados básicos de redução da transmissão do *Mycobacterium tuberculosis* (BRASIL, 2008).

Médico

- Identificar sintomáticos respiratórios.
- Solicitar baciloscopia do sintomático respiratório para diagnóstico (duas amostras).
- Orientar quanto à coleta de escarro.
- Solicitar raio-X de tórax, segundo critérios definidos neste caderno.
- Aconselhar todo paciente com diagnóstico de tuberculose confirmado o teste sorológico anti-HIV.
- Iniciar e acompanhar o tratamento para tuberculose dos pacientes com tuberculose pulmonar.
- Explicar ao paciente porque o tratamento diretamente observado é necessário e quem vai realizar a supervisão.
- Convocar os contatos para consulta.
- Iniciar o tratamento da infecção latente da tuberculose para os contatos conforme orientação do Ministério da Saúde.
- Orientar pacientes e familiares quanto ao uso de medicação, esclarecer dúvidas e desmistificar tabus e estigmas.
- Solicitar baciloscopias para acompanhamento do tratamento.
- Iniciar e acompanhar tratamento dos casos de tuberculose pulmonar com baciloscopias negativas e dos casos de tuberculose

extrapulmonar quando o diagnóstico for confirmado após a investigação em uma unidade de referência.

- Dar alta por cura aos pacientes após o tratamento.
- Encaminhar, quando necessário, os casos que necessitam de um atendimento em unidade de referência, respeitando os fluxos locais e mantendo-se responsável pelo acompanhamento.
- Realizar assistência domiciliar, quando necessário.
- Orientar auxiliares e técnicos de enfermagem, ACS e ACE para o acompanhamento dos casos em tratamento e/ou tratamento diretamente observado.
- Contribuir e participar das atividades de educação permanente dos membros da equipe quanto à prevenção, ao manejo do tratamento, às ações de vigilância epidemiológica e controle das doenças.
- Enviar mensalmente ao setor competente as informações epidemiológicas referentes à tuberculose da área de atuação da UBS. Analisar os dados e planejar as intervenções juntamente à equipe de saúde.
- Notificar os casos confirmados de tuberculose.
- Encaminhar ao setor competente a ficha de notificação, conforme estratégia local.
- Fazer a programação anual das ações do PCT, segundo a matriz de programação do Ministério da Saúde.
- Observar os cuidados básicos de redução da transmissão do *Mycobacterium tuberculosis* (BRASIL, 2008).

Enfermeiro

- Identificar os sintomáticos respiratórios.
- Realizar assistência integral às pessoas e famílias na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio ou nos demais espaços comunitários.
- Orientar quanto à coleta de escarro.
- Administrar a vacina BCG.
- Realizar a prova tuberculínica. Caso não tenha capacitação para tal, encaminhar para a unidade de referência.
- Realizar consulta de enfermagem, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão.
- Solicitar exames (BAAR, raio-X de tórax, cultura, identificação e teste de sensibilidade para BK, prova tuberculínica), além do teste HIV sob autorização e aconselhamento, iniciar tratamento e prescrever medicações (esquema básico de TB), observadas as disposições legais da profissão e conforme os protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.
- Convocar os contatos para investigação.
- Orientar pacientes e familiares quanto ao uso da medicação, esclarecer dúvidas e desmistificar tabus e estigmas.
- Convocar o doente faltoso à consulta e o que abandonar o tratamento.
- Acompanhar a ficha de supervisão da tomada de medicação preenchida pelo ACS.
- Realizar assistência domiciliar, quando necessária.
- Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS, técnicos e auxiliares.

- Orientar os auxiliares e técnicos de enfermagem, ACS e ACE para o acompanhamento dos casos em tratamento e/ou tratamento diretamente observado.
- Contribuir e participar das atividades de educação permanente dos membros da equipe quanto à prevenção, ao manejo do tratamento, às ações de vigilância epidemiológica e ao controle das doenças.
- Enviar mensalmente ao setor competente as informações epidemiológicas referentes à tuberculose da área de atuação da UBS. Analisar os dados e planejar as intervenções juntamente à equipe de saúde.
- Notificar os casos confirmados de tuberculose.
- Encaminhar ao setor competente a ficha de notificação, conforme estratégia local.
- Fazer a programação anual das ações do PCT, segundo a matriz de programação PNCT/Ministério da Saúde.
- Observar os cuidados básicos de redução da transmissão do *Mycobacterium tuberculosis* (BRASIL, 2008).

Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem

- Identificar os sintomáticos respiratórios.
- Realizar procedimentos regulamentados para o exercício de sua profissão.
- Convocar os contatos para consulta médica.
- Identificar o pote de coleta do escarro.
- Orientar a coleta do escarro.
- Encaminhar o material ao laboratório com a requisição do exame preenchida.
- Receber os resultados dos exames, protocolá-los e anexá-los ao prontuário.
- Aplicar a vacina BCG e fazer prova tuberculínica, após capacitação.
- Supervisionar o uso correto da medicação nas visitas domiciliares e o comparecimento às consultas de acordo com a rotina da equipe.
- Agendar consulta extra, quando necessário.
- Convocar o doente faltoso à consulta e o que abandonar o tratamento.
- Dispensar os medicamentos, conforme prescrição.
- Orientar pacientes e familiares quanto ao uso da medicação, esclarecer dúvidas e desmistificar tabus e estigmas.
- Realizar assistência domiciliar, quando necessária.
- Programar os quantitativos de medicamentos necessários ao mês, para cada doente cadastrado na unidade básica de saúde, de forma a assegurar o tratamento completo de todos.
- Preencher o livro de registro e acompanhamento dos casos de tuberculose e o de sintomático respiratório na UBS.
- Realizar o tratamento diretamente observado para todos os pacientes com tuberculose, conforme orientação do enfermeiro ou médico.
- Notificar os casos suspeitos de tuberculose.
- Observar os cuidados básicos de redução da transmissão do *Mycobacterium tuberculosis* (BRASIL, 2008)

3.3 O TRABALHO EM EQUIPE COMO FONTE INSPIRADORA

Com o trabalho, o indivíduo realiza seus desejos e atende suas necessidades. A filosofia da maneira de fazê-lo vem ganhando nova conotação, antes as tarefas executadas individualmente ou em grupo passam agora para o âmbito de equipes. Essa modalidade de realização das tarefas revela vantagens e desvantagens que precisam ser consideradas, assim como as variáveis que podem dificultar o desenvolvimento do trabalho em equipe (FRANCO, 2008).

O trabalho em equipe é representado por um grupo de pessoas que tem como características, um forte poder na tomada de decisões individuais, que tenha um objetivo em comum e que, coletivamente, possa comunicar, compartilhar e consolidar saberes, propostas e perspectivas, determinando novas ações, metodologias e metas (PINHO, 2006).

Com o trabalho em equipe as pessoas realizam trocas (dar e receber) com os envolvidos: afeição, aceitação e significado de importância. Essa oportunidade favorece as relações humanas, proporcionando ao indivíduo capacidade de crescimento, fazendo-o considerar o trabalho como determinante, tornando o objetivo a ser alcançado dependente da satisfação psicológica do ser humano (FRANCO, 2008).

Mônaco (2001) discorre com outra definição para o trabalho em equipe: um grupo típico, em que os membros se identificam, com predominância da unidade de espírito, da coesão, das relações interpessoais, do engajamento pessoal e da adesão total dos membros ao grupo.

O trabalho em equipe facilita os processos de controle de qualidade, inovação e desenvolvimento de novos produtos, além de atender a necessidades dos clientes. Nos diversos estudos e discursos correntes o trabalho em equipe ganhou conotação e importância na esfera mundial, fazendo parte da vida das pessoas. (FRANCO, 2008)

A ideia da construção do trabalho em equipe foi uma forma de organizar estruturar e unir habilidades humanas especializadas isso possibilitou uma visão abrangente e coletiva do trabalho e reforçou a divisão de tarefas, bem como a necessidade de cooperação para, assim, alcançar objetivos comuns. Se não há interação entre profissionais, volta-se à mesma ideia de uma prática assistencial biológica, desumana e fragmentada (ARAUJO, ROCHA, 2007).

A comunicação entre os membros da equipe é fundamental para que os conflitos possam ser convergidos em crescimento do grupo, ou seja, um escutando o outro e aprendendo entre si, permitindo uma prática democrática para que cada indivíduo exerça uma prática individual, evitando assim a rotulação e deterioração das relações interpessoais (FRANCISCHINI; MOURA; CHINELLATO, 2008).

A criação e o desenvolvimento de equipes de trabalho nas organizações pode ser um fator de fundamental importância na busca de vantagens competitivas, porque a interação entre as pessoas envolvidas pode se transformar na base de sustentação da organização. As equipes de trabalho podem ser consideradas como elemento básico para o processo de desempenho diante do cenário de mudança nas organizações. Elas podem ser utilizadas como resposta ao cenário organizacional vivenciado no mundo atual, dinâmico e globalizado (FRANCO, 2008).

O trabalho em equipe surge assim como uma estratégia para redesenhar o trabalho e promover a qualidade dos serviços (PINHO, 2006).

3.3.1 O trabalho em equipe na ESF

A atenção à saúde da família consiste em uma estratégia que visa formular novas práticas de saúde, instituindo o paradigma da produção social da saúde.

Nessa perspectiva, as ações são realizadas por uma equipe de saúde que atua em um território de abrangência definido e são direcionadas às famílias e à comunidade de maneira contínua, ativa e personalizada (MENDES, 1999).

A Equipe Saúde da Família deve ser composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde, podendo ser incorporados outros profissionais tais como psicólogos, dentistas e assistentes sociais, conforme a necessidade local. Cada equipe deve ser responsável pelo atendimento de, no máximo, 4.500 pessoas (BRASIL, 2004).

Apesar de estarem assinaladas no documento do Ministério da Saúde as atribuições de cada um dos profissionais da equipe mínima da ESF (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde), torna-se necessário que os membros se conscientizem de que o trabalho deve ser compartilhado, humanizado, com responsabilidade e vínculo com a comunidade (BRASIL, 2000).

Esse grupo de profissionais com diferentes habilidades precisa unir seus saberes para oferecer à população uma assistência humanizada, baseada nos princípios do SUS, pois ao contrário, voltaremos ao modelo centrado. Como dizem Almeida e Mishima (2001):

A saúde da família pode se abrir para além de um trabalho técnico hierarquizado, para um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos agentes e maior integração da equipe.

De acordo com Piancastelli, Faria e Silveira (2005) é importante que esses profissionais entendam “o trabalho em equipe como uma estratégia, concebida pelo homem, para melhorar a efetividade do trabalho e elevar o grau de satisfação do trabalhador”.

O trabalho em equipe é tido como proposta estratégica para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde. Esse processo caracteriza-se pelo aprofundamento vertical do conhecimento e da intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar a articulação das ações e dos saberes de forma simultânea. (PEDUZZI, 2001)

A importância do trabalho em equipe na ESF (Estratégia Saúde da Família) é ressaltada, principalmente, pelo aspecto de integralidade nos cuidados de saúde. (ARAÚJO, 2007)

O trabalho em equipe tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos. (LEITE et al, 2001)

Assim, a abordagem integral dos indivíduos/famílias é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares. Dessa maneira, pode-se obter um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença (FRANCO, 2000).

Para que a Estratégia de Saúde da Família desencadeie um processo de construção de novas práticas, considera-se imprescindível que os trabalhadores, envolvidos nessa estratégia, articulem uma nova dimensão no desenvolvimento do trabalho em equipe. Faz-se necessária a incorporação não apenas de novos

conhecimentos, mas mudança na cultura e no compromisso com a gestão pública, que garanta uma prática pautada nos princípios da promoção da saúde. (ARAÚJO, 2007)

O trabalho em equipe no contexto da ESF ganha uma nova dimensão no sentido de dividir responsabilidades de cuidar entre os membros da equipe, na qual todos participam com suas especificidades, contribuindo para a qualidade da prestação das ações de saúde. (ARAÚJO, 2007)

3.4 O TRABALHO EM EQUIPE COMO POTENCIALIDADE PARA O TDO NO CONTROLE DA TUBERCULOSE

A essência do TDO resulta da intervenção dos profissionais da ESF, cuja atenção e atribuições devem apoiar-se na descoberta e cessação das fontes de infecção na comunidade. A contenção da tuberculose necessita de um olhar permanente, sustentado e organizado, baseado em uma assistência voltada para o atendimento de suas necessidades (QUEIROZ et al, 2012).

O trabalho com a tuberculose exige dos profissionais da ESF saberes específicos que englobem o indivíduo e a comunidade na qual está inserida em seu processo saúde-doença. É necessário o conhecimento de aspectos que se voltem para a disseminação da tuberculose no território e, ainda, uma maior especificidade quanto ao objeto e ao método de intervenção, que englobam orientação à família, controle dos contatos, imunização com BCG, etc. (MUNIZ et al, [2000?]).

Para que haja a implantação do TDO, exigem-se mudanças nas atividades de rotina das UBS e também de suas equipes de saúde. Inicialmente, a necessidade consiste no conhecimento da estratégia, entendimento de sua dinâmica operacional e a sua adequação à realidade local. Diante disso, surge a importância da promoção de reuniões com as equipes, incluindo profissionais de diferentes categorias e gerentes da Unidade (MONROE et al, 2008).

É indispensável, portanto, a articulação entre categorias profissionais de diferentes áreas, construindo entre essas novas relações de trabalho readequação de funções e papéis de cada profissional na equipe, transformando-os em participantes ativos em todo o processo. Essa interação multiprofissional gera ainda uma descentralização, tornando mais democrático o poder decisório e contribuindo para que a articulação das ações se volte para a realidade (MUNIZ et al, [2000?]).

O profissional de saúde, independente de seu poder decisório, deve sentir-se um participante ativo no processo de reabilitação ou na intervenção de programas que cessem um problema sanitário mais coletivo, como é o caso da tuberculose. Pois se o mesmo não exercer seu papel de tal forma, ele não só perderá princípios que levem a estimulação de sua criatividade, como também passará a perder a importância de se responsabilizar pelo objetivo final da própria intervenção (CAMPOS, 1997).

De forma geral e objetiva, pode-se definir que a organização dos profissionais integrantes das equipes de desenvolvimento do TDO possui como principal objetivo a promoção da adesão do paciente ao tratamento, bem como efetivar sua cura (QUEIROZ et al, 2012).

Ao incorporar-se à rotina do serviço, o trabalho em equipe abre olhares para novas alternativas de organização, proporcionando relações de trabalho entre profissionais de diferentes níveis. Podendo então ser considerado como uma inovadora intervenção que trilha uma perspectiva de mudança de modelo na área da saúde (MONROE et al, 2008).

É essencial, portanto, o desenvolvimento de estratégias de intervenção junto à equipe de saúde, podendo assim, essa estratégia estreitar as relações entre os profissionais, ampliando o conhecimento e o envolvimento com as ações do programa de controle da tuberculose (TEIXEIRA, 1998).

Sendo assim, através da edificação em conjunto de táticas efetivas que promovam uma contribuição de cada um desses profissionais, as metas de controle da TB possam ser alcançadas no Brasil (RODRIGUES, 2007).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

A pesquisa é de cunho descritivo e exploratório com abordagem quantitativa e qualitativa.

De acordo com Marconi e Lakatos (2007), a pesquisa se caracteriza como um procedimento formal que induz a um pensamento reflexivo sendo tratada como científica para que leve ao conhecimento da realidade ou de possíveis verdades. Portanto, baseia-se em uma hipótese que atua como ponto de partida para a averiguação dos fatos observados e provados. Além disso, a pesquisa constitui-se, ainda, de um processo de sistematização que exige veracidade e comprovação de dados já conhecidos ou descobertos.

Diferentemente da arte e da poesia que se baseia na inspiração, a pesquisa é uma trabalho artesanal que não prescinde da criatividade, realiza-se fundamentalmente por uma linguagem baseada em conceitos, proposições, hipóteses, métodos e técnicas, linguagem esta que se constrói com um ritmo próprio e particular (MINAYO, 2007, p. 25).

As pesquisas descritivas têm como principal objetivo a descrição das características de uma determinada população ou de determinado fenômeno. Um de seus constituintes mais expressivos é a coleta de dados por meio de questionário e de observação, habitualmente desenvolvidos por pesquisadores preocupados com a atuação prática dos profissionais investigados (GIL, 2010).

Ainda de acordo com Gil (2010), as pesquisas exploratórias visam prover o pesquisador de um maior conhecimento sobre o tema da pesquisa; têm o objetivo de proporcionar uma visão geral acerca de determinado fato, principalmente quando o tema escolhido é pouco explorado, dificultando a formulação de hipóteses específicas.

A pesquisa qualitativa estabelece uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito; consiste em uma forma adequada de entender a natureza de um

fenômeno social, podendo estar presente até mesmo em informações colhidas por estudos quantitativos (RICHARDSON, 2007).

A abordagem quantitativa é empregada com objetivo de quantificar informações coletadas através de processos estatísticos. A pesquisa quantitativa representa uma maior precisão nos resultados, evita falsas compreensões do que se é estudado e pesquisado proporcionando uma ampla fidedignidade desses resultados com uma margem de segurança (RICHARDSON, 2007).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Areia Branca/RN, um total de 07 (Apêndice A), por entender-se que os profissionais dessas unidades lidam diretamente com o Tratamento Diretamente Observado (TDO) em seu dia-a-dia.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população de uma pesquisa pode-se definir como um conjunto de indivíduos sobre os quais se quer obter informações, estes indivíduos devem apresentar entre si uma característica comum (GIL, 2010).

Portanto, a população foi composta por profissionais da Estratégia Saúde da Família, engajados no Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose do município de Areia Branca/RN.

Os participantes dessa população foram os médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das Unidades Básicas de Saúde. Os critérios de inclusão para participação da pesquisa foram: estar lotado em Unidades de Saúde da Família de Areia Branca há mais de 6 meses e ter idade superior a 21 anos. Os critérios de exclusão eram subsidiados aos de inclusão.

Para Marconi e Lakatos (2007), “[...] amostra ocorre quando não há necessidade de investigar toda a população, deixando assim que os resultados de pesquisa obtidos por um pequeno grupo selecionado sejam considerados como o todo.”

A amostra foi composta por 28 profissionais, dos quais 07 Médicos, 07 Enfermeiros, 07 Técnicos de Enfermagem e 07 Agentes Comunitários de Saúde.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados do tipo formulário foi composto por um roteiro de perguntas fechadas e objetivas como também subjetivas (APÊNDICE B), construído com base em diversos aspectos que podem estar relacionados à caracterização da situação profissional dos profissionais de saúde; avaliar o papel dos profissionais de saúde no TDO, focando em suas atribuições e buscar sugestões dos profissionais de saúde acerca da melhoria do trabalho em equipe no TDO em TB.

O formulário foi preenchido pelo entrevistador no momento da pesquisa, sendo composto por um roteiro de perguntas fundamentais e determinantes para a investigação social onde as informações foram obtidas diretamente do entrevistado (MARCONI; LAKATOS, 2007).

4.5 PROCEDIMENTO PARA A COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE-PB e após assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice C) pelos profissionais de saúde. A coleta de dados foi realizada nas Unidades Básicas de Saúde (APÊNDICE A) onde se aplicou um formulário (APÊNDICE B) com os enfermeiros, agentes comunitários de saúde (ACS's), médicos e técnicos de enfermagem. A coleta de dados ocorreu através de formulário composto por um roteiro de perguntas objetivas, como também subjetivas sobre a opinião dos profissionais na realização e necessidade do trabalho em equipe no Tratamento Diretamente Observado em Tuberculose e sugestões para a melhoria do mesmo.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantificados foram analisados através da estatística descritiva, portanto, foram utilizadas literaturas variadas com recursos que possibilitam avaliar determinada relação ou problema. Foram apresentados na forma de gráficos ou tabelas e em seguida, discutidos conforme literatura pertinente (Gil, 2009).

Para análise dos dados qualitativos foi empregado o método da Análise Temática de Conteúdo que Bardin (2009, p. 44) conceitua como:

Um conjunto de técnicas de análises das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativa ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Nesse sentido, a análise de conteúdo tem como domínio a iniciativa que consiste em explicitar o conteúdo das mensagens, como também a expressão desta, onde o analista pode dispor ou criar toda uma alternativa de operações de análises adaptadas à questão que busca resolutividade, aumentando assim a sua validade, almejando fundamentação na sua interpretação final (BARDIN, 2010).

Com relação à análise de conteúdo na modalidade temática, explica Minayo (2010) que esta é ligada a uma afirmação sobre determinado assunto ou tema. As relações da pesquisa podem ser graficamente apresentadas através de uma palavra, de uma frase ou resumo.

Operacionalmente, a análise temática, segundo Minayo (2010) são seguidos pelas seguintes etapas: a pré-análise, que se constitui na fase inicial do trabalho, compreende a leitura exaustiva do conjunto do material selecionado, para atingir níveis mais profundos de conhecimentos acerca do assunto; a escolha dos temas, técnicas empregadas, atributos dos interlocutores e a escolha dos documentos adequados que possam dar respostas aos objetivos do trabalho. Nessa fase é feita também a formulação e reformulação de hipóteses ou objetivos.

A segunda etapa compreende a realização da exploração do material, que se trata da análise propriamente dita. O investigador deve procurar as expressões ou palavras significativas e resumi-las em função das quais o conteúdo será organizado, e deve está em consonância com a relevância indicada na pré-análise (MINAYO, 2010).

A etapa final é marcada pela elaboração de interpretações inter-relacionando com as suposições teóricas delineadas inicialmente, ou abrindo pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material sintetizado (MINAYO, 2010).

É importante que a redação esteja em consonância com os objetivos, questões e pressupostos da pesquisa (MINAYO, 2007).

4.7 PROCEDIMENTO ÉTICO

O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa (Capítulo IV da Resolução CNS 466/12), sendo, portanto, dever de todo e qualquer profissional de enfermagem promover a interrupção da pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa (art. 90 da Resolução do COFEN nº. 311/2007), bem como terminantemente proibida ao profissional de enfermagem a publicação de trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização (Art. 98 da Resolução do COFEN nº. 311/2007) (BRASIL, 2012b; COFEN, 2007).

Foi garantido aos participantes o seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, garantidos através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) por parte dos sujeitos da pesquisa, ou seja, o entrevistado pôde desistir de participar da pesquisa no momento em que desejar. O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE/FAMENE.

A pesquisa apresentou riscos mínimos, como, por exemplo, desconforto aos participantes durante a coleta de dados. Porém as atividades ou questionamentos elementares são comuns do dia-a-dia e em momento algum causaram constrangimento à pessoa pesquisada. No entanto, os benefícios da pesquisa contribuíram para a ampliação de conhecimento frente à temática abordada entre outros.

4.8 FINANCIAMENTO

Os gastos necessários durante todo o processo, elaboração e execução do projeto de pesquisa foram de total responsabilidade da pesquisadora associada. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN se responsabilizou por disponibilizar referências contidas na sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como orientador e banca examinadora.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A amostra foi composta por 28 profissionais da Estratégia Saúde da Família, engajados no Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose do município de Areia Branca/RN. Na primeira parte será apresentada a análise dos dados quantitativos e posteriormente os dados qualitativos.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENTREVISTADOS

Tabela 1 – Caracterização dos profissionais

Fator avaliado	N	%
Gênero		
Feminino	24	86
Masculino	4	14
Idade		
De 18 a 28 anos	11	39
De 29 a 39 anos	11	39
De 40 a 50 anos	3	11
De 51 a 60 anos	3	11
Formação		
Agente Comunitário de Saúde	7	25
Técnico de Enfermagem	7	25
Enfermeiro	7	25
Médico	7	25
Escolaridade		
Ensino Médio Completo	4	14
Nível Técnico	6	21
Ensino Superior Incompleto	2	7
Ensino Superior Completo	14	50
Ensino Superior com Pós-graduação	2	7
Tempo de Atuação		
Menos de 01 ano	8	28

De 01 a 05 anos	12	43
De 05 a 10 anos	3	11
Mais de 10 anos	5	18
Total de Entrevistados	28	100%

Fonte: Dados da pesquisa

Foram, 28 profissionais entrevistados, segundo categoria profissional e sexo. Indica o predomínio de profissionais do sexo feminino (86%) sobre o sexo masculino (14%).

A média de idade dos funcionários entrevistados foi de 33 anos. Observa-se que 78% dos profissionais têm menos de 40 anos de idade, constituindo-se, portanto de uma população jovem.

No que refere-se à formação profissional, cada categoria profissional (agente comunitário de saúde, técnico de enfermagem, enfermeiro, médico) correspondeu a um quarto (25%) do total de entrevistados.

Quanto a escolaridade 4 (14%) haviam concluído o ensino médio, 6 (21%) possuíam o nível técnico, 2 (7%) estavam concluindo o ensino superior, 14 (50%) tinham concluído o ensino superior e 2 (7%) além do ensino superior possuem pós-graduação.

Em relação ao tempo de trabalho na ESF, 28% são recém-admitidos (com menos de 01 ano de atuação na ESF). A maioria dos profissionais, 12 (43%), tem aproximadamente de 1 a 5 anos de trabalho, 03 profissionais (11%) trabalham na ESF de 5 a 10 anos e outros 05 (18%) que estão a mais de 10 anos.

No tocante a opinião dos profissionais quanto a necessidade de se trabalhar em equipe na prática do TDO em TB foi constatado que 28 (100%) dos profissionais reconhecem que é imprescindível que a equipe esteja integrada para que haja a efetivação do TDO.

Acredita-se que este resultado desperte um pensamento reflexivo nesses profissionais de saúde, e ainda, que ampliem seus conhecimentos acerca da temática, contribuindo não apenas para o intelecto, mas especialmente para uma melhor assistência ao paciente.

Pois, percebe-se ao analisar os dados posteriores que apesar de reconhecer que é essencial o trabalho em equipe na dinâmica do TDO, grande parte dos profissionais não o desenvolvem de forma ativa.

5. 2 DADOS RELACIONADOS A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO EM EQUIPE NA EFETIVAÇÃO DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO (TDO)

Com o intuito de adquirir fundamentos que possuam relação com as informações dos profissionais de saúde da família referentes à importância do trabalho em equipe na efetivação do TDO, conforme a categorização de Bardin foi fundamental o emprego das seguintes categorias: 1 – A concepção de trabalho em equipe no TDO sob o olhar dos profissionais. 2 – A atuação dos profissionais na dinâmica do TDO. 3 – O envolvimento da equipe na prática do TDO. 4 – Propostas para a potencialização do trabalho em equipe no TDO.

Logo, objetivou-se averiguar a participação da equipe no TDO, desde seu posicionamento relacionado à importância do trabalho em equipe na prática do TDO até o papel desenvolvido pelo profissional nessa atividade, com a finalidade de analisar se o trabalho em equipe está sendo realizado, a importância desse para o TDO e seu impacto sob o prognóstico do paciente.

Através das categorias já mencionadas, foi realizada a análise dos dados, que está assim apresentada: citações de autores, fala dos entrevistados e opinião da pesquisadora.

Com o propósito de assegurar o anonimato dos profissionais de saúde da ESF, foram utilizados cognomes de frutas: Acerola, Ameixa, Cajá, Manga, Goiaba, Maçã, Banana, Laranja, Limão, Caju, Pêssego, Pinha, Morango, Mamão, Melão, Uva, Pera, Cereja, Graviola.

5.2.1 A concepção de trabalho em equipe no TDO sob o olhar dos profissionais.

Caracterizado pelo seu novo modo de atuar na saúde, o tratamento supervisionado em TB, foi preparado para provocar mudanças nas atividades dos sujeitos envolvidos (MUNIZ; VILLA; PEDERSOLLI, 1999).

Dessa maneira, é essencial que se conheça como se dá o processo do TDO, não é quem o realiza; já que considera-se que se o TDO for desenvolvido de acordo com a estratégia do acolhimento como organização do serviço e acesso, ira-se obter práticas baseadas na qualidade da assistência e que preservem a individualidade de cada paciente dentro de suas necessidades (SILVA, 2006).

Essencial para que ocorra a permanente comunicação e sintonia entres conhecimentos e experiências entre os agentes da equipe, o trabalho das equipes da Saúde da Família é identificado como um elemento-chave para o desenvolvimento eficaz dessas ações (URIAS, 2005).

O diálogo é imprescindível para que sejam superados os obstáculos na resolutividade do trabalho e o convívio entre as classes profissionais da equipe multidisciplinar, produzindo uma assistência sensata no serviço (VIEGAS; PENNA, 2013).

A maneira de sistematização da equipe para o desenvolvimento do serviço é decisivo para estimular a aceitação do paciente ao tratamento, reproduzindo a cura (BRASIL, 2011c).

Perante essa complexidade, é relevante que seja compartilhado entre equipe multidisciplinar o tratamento do paciente, para que esses possuam entre si a mesma finalidade: colaborar para um aperfeiçoamento da adesão ao tratamento e da cura da TB (BRASIL, 2011c).

Sobre a importância do trabalho em equipe no TDO em tuberculose, Acerola, Cajá, Manga, Limão e Pinha exprimem, respectivamente, que:

“... para a efetivação e eficácia do TDO é necessária a criação do vínculo e da empatia do usuário com todos os membros da equipe [...] fazendo com que o paciente sinta-se acolhido...”

“... o TDO não se resume somente a um profissional, visto que cada profissional tem seu papel nessa prática”

“... quando se trabalha em equipe, você integra os conhecimentos e o papel de cada um, contribuindo para um tratamento mais efetivo”

“... vai se criar estratégias para avaliar melhor o estado de saúde do paciente”

“Porque um complementa o outro, os aspectos que um não enxerga o outro observa”

Como podemos perceber as respostas dos sujeitos da pesquisa são bastante condizentes com a literatura, pressupondo que os profissionais observam a importância que o TDO com enfoque no trabalho em equipe, oferece de benefícios tanto para o paciente como para a própria equipe.

Para que isso ocorra, faz-se necessário que a equipe de saúde possua uma visão crítica e abrangente dos fatores que estão relacionados com cada um dos

indivíduos portadores da tuberculose, e sobre como mobilizar a equipe para realizar a abordagem a esse paciente com intuito de reduzir ou atenuar a interferência que esses fatores possam ter sob o tratamento.

5.2.2 A atuação dos profissionais na dinâmica do TDO.

Faz-se necessária uma abordagem compartilhada e uma consolidação da interação dos profissionais de saúde da atenção básica devido à diversidade e à complexidade exigida na abordagem da TB (UNIS, 2012).

Suas competências são indicar e prescrever o esquema básico do TDO, baciloscopias mensais de controle até o final do tratamento, identificar precocemente a ocorrência de efeitos adversos, receber os casos contra referenciados e encaminhar à unidade de referência os casos nas seguintes situações: casos com forte suspeita clínica, radiológica, com baciloscopias negativas, casos de difícil diagnóstico, casos de efeitos adversos que determinem a suspensão do tratamento, falência; qualquer tipo de resistência e casos com evolução clínica desfavorável (UNIAS, 2013, p.120).

Pode-se observar que a execução das tarefas associa-se as categorias profissionais de quem as realiza. Portanto, é imprescindível que cada sujeito da equipe conheça suas atribuições no TDO, podendo assim, ofertar uma assistência baseada na integralidade (SANTOS; NOGUEIRA; ARCÊNIO, 2012).

A responsabilidade pelas ações no TDO deve ser compartilhada com todos os profissionais de saúde. Isso faz com que desperte nos profissionais o sentimento de autoria dessa estratégia de trabalho. Além de tudo, a interação entre os profissionais da ESF deve favorecer de modo direto as ações de controle da TB (SILVA, 2006).

Laranja, Banana, Maçã, Goiaba, Ameixa e Cajá responderam, respectivamente, sobre seu papel na prática do TDO:

“... meu papel não é de forma ativa...”.

“Indo na residência duas vezes na semana observar a tomada da medicação, peso e entrego a medicação”.

“Trazendo o problema a unidade”.

“Levar a medicação todos os dias, trazer o paciente para a consulta com o médico e marcar exames”.

“Nas consultas três vezes por semana”.

“Entrego os medicamentos, observo o paciente tomando e avalio a evolução dele”.

Caju, Acerola, Manga e Limão foram mais coerentes em suas respostas, e relataram, respectivamente, que exercem seu papel no TDO:

“Investigando, diagnosticando e acompanhando a evolução do tratamento do paciente”.

“Através do agendamento das consultas, da entrega da medicação em pelo menos três dias da semana e da orientação aos agentes de saúde para a entrega em domicílio através da visita”.

“Realizar o diagnóstico, após realizar a notificação e iniciar o tratamento, fazer o acompanhamento na unidade e no domicílio; como também a orientação e a busca ativa dos comunicantes”.

“Fazemos o monitoramento semanal, durante três vezes na semana para verificar se a pessoa está fazendo o tratamento e dar algumas informações necessárias”.

A fala dos profissionais faz com que despertemos para uma reflexão sobre o modo como os serviços de saúde se organizam para a realização do TDO, focando na assistência prestada pelos profissionais. No primeiro momento, podemos perceber a falta de conhecimento dos profissionais sobre o seu real papel no TDO; já no segundo momento, observamos que os profissionais exercem sua atividade com um maior compromisso com o paciente e oferecendo um tratamento com continuidade.

O conhecimento superficial dos profissionais de saúde para lidar com a TB somada às falhas em sua formação direcionadas à assistência à doença gera um trabalho baseado em normas e rotinas estabelecidas pela organização do serviço, negligenciando, dessa forma, a essência do TDO (a singularidade de cada paciente).

Diante disso, faz-se necessário um olhar tático que possibilite uma assistência ampliada ao paciente e que, acima de tudo, transcenda os muros da instituição de saúde, considerando suas necessidades no contexto individual, familiar e coletivo.

Contudo, caso os profissionais de saúde não exerçam suas competências na condução do TDO e, além de tudo, não produzam a união de conhecimentos entre os profissionais integrantes da equipe, o cenário da negligência permanecerá e a TB seguirá uma doença sem controle.

5.2.3 O envolvimento da equipe na prática do TDO.

Desde sua implantação na década de 90, o TDO vem demonstrando relevantes índices de progresso em nível global, porém, pode-se observar que ainda possui algumas dificuldades para ser implantado efetivamente. Dentre as principais dificuldades, pode-se destacar a necessidade de fortalecimento do processo de trabalho das equipes da ESF, devendo a TB ser totalmente difundida nesse nível de atenção (LIMA, 2005).

Com o objetivo de respeitar o princípio da integralidade ao paciente com TB, é fundamental que seja incorporado ao processo de trabalho dos profissionais a dinâmica do trabalho em equipe e junto a ele seja estabelecido relações de diálogo, troca e interdisciplinaridade dos diversos saberes (SILVA; SENA, 2008).

A integração entre os diferentes profissionais produz inovações nas relações de trabalho e rearranjo nas funções e papéis dos profissionais, tornando-os autores responsáveis pelo tratamento. Ainda descentraliza e torna igualitário o comando decisivo, colaborando para o desenvolvimento de ações voltadas para as dificuldades locais (MUNIZ, 2000?).

Ao serem questionados a respeito da existência do trabalho em equipe na dinâmica do TDO, Goiaba e Banana responderam, respectivamente, que:

“Sim, pois ocorre um empenho e comprometimento de todos para o tratamento do paciente”.

“Existe, nós sempre ajudamos uns aos outros”.

Podemos, através das falas, perceber que uma ação fundamentada no trabalho em equipe, exige muitas vezes decisões e atuações de profissionais de diferentes categorias e funções, permitindo que, na prática, haja uma maior responsabilização e envolvimento do grupo com o tratamento do paciente.

No entanto, são poucas as unidades onde ocorre essa articulação entre os profissionais, pois em sua maioria o cuidado é prestado de forma fragmentada. Ao observarmos os trechos das falas descritas abaixo, poderemos perceber que o cuidado não é feito pela equipe, porque o paciente em TDO, à princípio, recebe uma atenção do enfermeiro e, em seguida, (caso ocorram intercorrências) dos outros profissionais.

Diante disso, ainda que se perceba que a diversidade de conhecimentos contribua com o controle da doença, os depoimentos ainda revelaram que a enfermeira, na maioria das vezes, centraliza as ações de cuidado ao doente de TB.

Desta forma, opondo-se aos depoimentos anteriores, Ameixa, Laranja, Acerola e Cajá relataram, respectivamente, que:

“... alguns profissionais tem uma maior participação”.

“Não, eu acho que esse assunto fica sempre com a enfermeira...”.

“Não, a realidade o que se presencia é a responsabilidade como sendo principalmente da enfermeira, com pouca participação dos demais profissionais, que só participam do tratamento em casos de intercorrências”.

“Nem toda a equipe participa...”.

A implantação e a sustentabilidade da estratégia TDO, dentre outros fatores, depende do envolvimento de atores-chave no que tange a garantia do cuidado continuado ao doente de TB (SÁ et al., 2011).

Os profissionais de saúde devem, urgentemente, ter essa consciência e perceber a TB com outro olhar, principalmente na organização dos serviços de saúde (SILVA, 2006).

O modo como as equipes de saúde da família têm organizado seus processos de trabalho carece de articulações (PEDUZZI, 2001).

Assim sendo, é primordial o desenvolvimento de uma articulação no diálogo dos profissionais, vencendo as barreiras que geram a segregação de conhecimentos. Levando os profissionais a elaborarem uma assistência edificada na interdisciplinaridade, onde sejam definidas as competências de cada profissional e da equipe, objetivando um prognóstico de qualidade ao paciente.

5.2.4 Propostas para a potencialização do trabalho em equipe no TDO.

O sucesso da estratégia TDO é sustentado por cinco importantes pilares (comprometimento político, detecção de casos bacilíferos, tomada supervisionada da medicação, fornecimento regular de tuberculostáticos de primeira linha e implementação de um sistema de notificação e de acompanhamento dos casos), destacando, o compromisso político e financeiro para a sustentação da mesma. Vale frisar que essa sustentação é entendida como a garantia da continuidade das ações

de controle da TB por meio da disponibilização financeira para recursos materiais e humanos (SANTOS, 2009).

Os diferentes níveis de governo (Federal, Estadual, Municipal e Distrital) devem colaborar vigorosamente com a estratégia e estabelecer como prioridade política o controle da tuberculose (MUNIZ, 2000?).

Sobre o comprometimento político e financeiro com as ações de TB, Maçã, Banana e Pêssego sugeriram, respectivamente, as seguintes mudanças:

“... possuir recursos para realizá-la (assistência)”.

“Disponibilizar recursos para a realização das atividades”.

“... a necessidade é mais a questão estrutural, que não dá suporte de trabalho”.

Diante da situação relatada acima, os profissionais se veem no dever de improvisarem e realizarem suas atividades em circunstâncias desfavoráveis com provável dano no convívio dos profissionais com os pacientes e no desempenho dos serviços de saúde, prejudicando o seguimento do TDO.

Para a viabilização das ações de controle da TB na ABS e para a viabilização de políticas, planejamento, avaliação e adequação em conjunto das estratégias e tecnologias adotadas principalmente no nível municipal – que é onde ocorre de fato a implementação das políticas – é fundamental a conscientização, o envolvimento, a integração e a articulação permanente dos responsáveis pelo controle da doença nos diversos níveis do sistema de saúde (MONROE, 2008).

O tratamento supervisionado – agregado à rotina da assistência como um serviço diário – cria espaço para inovadoras possibilidades de organização do trabalho, demanda readequação das funções e papéis de cada membro da equipe, como também proporciona novas relações de trabalho entre profissionais de diferentes patamares decisórios. Diante disso, essa nova forma de agir dirige-se a uma perspectiva de mudança no modelo de assistência ao paciente (MUNIZ, 2000?).

Referente a interação e envolvimento dos profissionais na dinâmica do TDO, Manga, Morango, Uva, Ameixa, Acerola e Cajá, proporam, respectivamente, as seguintes transformações:

“Uma maior inserção do técnico de enfermagem no TDO”.

“Uma maior integração dos técnicos de enfermagem”.

“Uma maior participação do médico”.

“Uma maior cooperação dos profissionais médicos”.

“Que os demais profissionais sintam-se corresponsáveis pelo tratamento...”.

“Um maior envolvimento de toda a equipe”.

Esse outro ponto referente à participação e envolvimento dos profissionais, evidenciado nos depoimentos acima relatados, também merece destaque, pois pode-se observar uma dificuldade de envolvimento dos membros da equipe. Urgindo, assim, a necessidade de ampliar no cotidiano dos serviços uma interação e participação permanente e contínua de toda a equipe de saúde.

Espera-se que essa tática estreite as relações entre os profissionais, ampliando o conhecimento e a ligação entre esses atores do labor medicinal.

A educação permanente em TB desenvolve um papel importante e garante o entendimento da doença e de seus condicionantes, como também das tecnologias utilizadas para seu controle e prevenção (MONROE, 2008).

Acerca da necessidade da educação permanente em TB, Limão e Caju recomendaram, respectivamente:

“Fazer mais reuniões para estruturar melhor o acompanhamento...”.

“Estimular reuniões periódicas entre a equipe para a atualização dos dados em relação ao seguimento do paciente...”.

É crucial o emprego da política de educação permanente, nas Unidades de Saúde da Família, com os profissionais de saúde, no que refere-se às atividades relacionadas a TB, propiciando um maior conhecimento para esses profissionais.

A rotina das equipes de saúde faz com que os profissionais centralizem suas ações no seu eixo de trabalho e dispersem sua atenção do paciente com tuberculose, isso torna a assistência meramente mecânica e dificulta a tramitação do tratamento que, por consequência, desfavorece seu desenvolvimento, ou seja, não alcança o prognóstico desejável.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O principal objetivo desta pesquisa foi analisar a importância do trabalho em equipe na efetivação do TDO no município de Areia Branca-RN. Devido à grande relevância da Tuberculose como doença de ordem social que produz um profundo impacto nos índices de saúde pública, faz-se indispensável a articulação de profissionais de saúde altamente comprometidos para que haja o entendimento dos agentes sociais do processo saúde-doença.

O desdobramento da pesquisa evidenciou que, apesar de todos os profissionais (100%) reconhecerem a necessidade e a importância de se trabalhar em equipe na realização do TDO, na maioria das unidades básicas de saúde não o realizam como preconiza o Ministério da Saúde.

O fracasso do TDO é condicionado por fatores como uma equipe desarticulada e uma visível segregação de saberes, impedindo que o paciente sinta-se protagonista de seu processo saúde-doença. Essa situação prejudica não só o serviço dos profissionais, que acabam sobrecarregados, como também infringe um dos princípios do SUS (integralidade), prestando ao paciente uma assistência fragmentada.

Pôde-se observar que na assistência, à princípio, o cuidado é centralizado pela enfermeira e, que, apenas em seguida, ocorre a inserção de outros profissionais, fragmentando o cuidado. Desta forma, percebeu-se que independente dos profissionais reconhecerem a importância que a diversidade dos conhecimentos exerce sobre o processo saúde-doença do paciente, eles não contribuem de forma ativa para o desenvolvimento da articulação entre a equipe.

Ao serem questionados sobre as possíveis melhorias que deveriam ocorrer para que houvesse um maior envolvimento dos profissionais na prática do TDO, os sujeitos da pesquisa expressaram a carência de: um maior suporte estrutural, uma maior participação de alguns profissionais e uma reorganização das práticas desenvolvidas para o sucesso do TDO.

Diante disso, pode-se perceber que os profissionais carecem, urgentemente, de uma reconstrução da sistematização na assistência prestada. Sendo essa reconstrução baseada na interação, no diálogo entre os agentes e na superação da segregação de conhecimentos.

Essa nova forma de trabalho fará com que os profissionais sintam-se na obrigação de deixarem seu papel de coadjuvante e passem a ser protagonistas na busca contínua pela cura do paciente com tuberculose. Produzindo uma prática baseada na interdisciplinaridade, que articule saberes e ações em uma só estratégia e que por fim promova, além do vínculo entre os profissionais, uma responsabilização dos pacientes.

Torna-se, ainda, indispensável a sensibilização das autoridades do poder público municipal para que elaborem novas metodologias de trabalho e disponibilizem condições mínimas para que ocorra a interação dos conhecimentos e a união de esforços entre diferentes profissionais responsáveis pelo controle da TB, tendo em vista uma boa atuação dos mesmos no processo de cuidado e contribuindo, ainda, no rompimento do estigma da tuberculose como uma calamidade negligenciada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo novas “autonomias” no trabalho. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu. V.5, n.9 p. 150-153, ago. 2001.
- ARAÚJO, M.B. DE S.; ROCHA, P. DE M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12 n. 2, p. 455-464, 2007.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BARDIN, L. **Analise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família – PSF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa de saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. (Série Pactos pela Saúde, v. 4) Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual nacional de vigilância laboratorial da tuberculose e outras microbactérias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Tuberculose na atenção primária à saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: MS; 2011a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica**. Protocolo de enfermagem. Brasília: MS; 1ª edição; 2011b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico: especial tuberculose**. Brasil, 2012a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466/2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: MS, 2012b.

Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>.
Acesso em: 14 mai. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Valéria Nepomuceno. Secretaria de Estado da Saúde Pública. **Sesap alerta para a importância do diagnóstico precoce da tuberculose**. Rio Grande do Norte: CONASS, 2013b.

CAMPOS, G.W.S. Análise crítica das contribuições da saúde coletiva e a organização das práticas de saúde no SUS. In: FLEURY, S.(org.) **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo, Lemos Editorial, 1997. p.113-124.

CAMPOS, M.L. et al. Tuberculose: como diagnosticar e tratar. **Rev. Bras. Med.** jun, 2000.v.57, n.6, p. 505-520.

CONDE, M.B, KRISTSKI, A.L, SOUZA, G.R.M. **A História da Tuberculose: do ambulatório à enfermaria**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n. 311 de 8 de fevereiro de 2007. **Apresenta o Código de ética dos profissionais de enfermagem**. 2007. Disponível em: <http://www.coren-rj.org.br/site/resolucoes/res_cofen_311-2007.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2014.

FIGUEIREDO, T. M. R. M. de; PINTO, M. L.; CARDOSO, M. A. A. Desempenho no estabelecimento do vínculo nos serviços de atenção à tuberculose. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 12, n. 8, p.1028-1035, 12 dez. 2011.

FRANCISCHINI, A.C.; MOURA, S.D.R.P.; CHINELLATO, M. A importância do trabalho em equipe no programa saúde da família. **Investigação**, v.8, n.1-3, p.25-32, jan./dez., 2008.

FRANCO, T. B. Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. In: CARVALHO, S. R.; FERIGATO, S.; BARROS, M. E. **Conexões: Saúde coletiva e Políticas de Subjetividade**. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 301-21.

FRANCO, T.B; MERHY, E.E. **PSF: contradições e novos desafios**. In: Conferência Nacional de Saúde. Tribuna Livre 2000. Disponível em:<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna.html>. Acesso em: 16 abril de 2014

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LEITE, J. C. A. et. al. Processo de trabalho em enfermagem: relação passado, presente, futuro. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 5, n. 1-2, p.67-72, jan./dez. 2001.

LIMA, D.S. **Plano de trabalho em parceria com os gestores municipais dos municípios prioritários de:** João Pessoa, Bayeux, Santa Rita, Campina Grande, Patos e Cajazeiras a ser cumprido em 2005-2006. João Pessoa: Secretaria de Estado da Saúde; 2005.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica.** 6 ed. São Paulo, editora Atlas, 2007.

MENDES, E. V. **Distrito sanitário:** o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde (4ª ed.). São Paulo: Hucitec, 1999.

MINAYO, M. C. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. (Org.). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 26. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

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

MONACO, P. R. **Desempenho em equipes de saúde:** manual. Rio de Janeiro: FGV; 2001.

MONROE, A. A. et al. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 262-267, 2008.

MUNIZ, J. N. et al. **Construindo e organizando a prática do tratamento supervisionado no controle da Tuberculose.** Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n2/doc/tuberculose.htm>>. [2000?]. Acesso em: 16 abr. 2014.

MUNIZ, J. N.; VILLA, T. C. S.; PEDERSOLLI, C. E. Tratamento supervisionado no controle da Tuberculose em Ribeirão Preto: Novo modo de agir em saúde. **Boletim de Pneumologia Sanitária.** São Paulo, p. 33-42. Jan-Jun. 1999.

NOGUEIRA, J. A. et al. O sistema de informação e o controle da tuberculose nos municípios prioritários da Paraíba - Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 125 - 131, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/16.pdf>>. Acesso em: 07 abr. 2014

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Global da Tuberculose 2013.** 2013. Disponível em: <http://www.who.int/tb/publications/global_report/fr/>. Acesso em: 24 fev. 2014.

PAMPLONA, Y. de A. P. **Desafios da estratégia DOTS no enfrentamento da Tuberculose na Região Central de Santos.** 2011. 99 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Departamento de Programa de Pós-graduação Strictu Sensu em Saúde Coletiva, Universidade Católica de Santos, Santos, 2011.

PAZ, L. N. F. da et al. Efetividade do tratamento da tuberculose. **Jornal Brasileiro de Pneumologia.** Belém, p. 503-510; 2012.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 2001;

PIANCASTELLI, C.H; FARIA, H.P; SILVEIRA, M.R. O trabalho em equipe. In: SANTANA, J.P (organizador). **Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família**. Brasília: OPAS/Representação do Brasil; 2005. p 45-50.

PINHO, M. C. G. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. **Ciências e cognição**. v.3, n.8, p. 68-86. Jun/Ago. 2006.

QUEIROZ, E.M et al. Tuberculose: limites e potencialidades do tratamento supervisionado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. mar.-abr. 2012

RICHARDSON, R. S. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

RODRIGUES, L. et al. Resposta brasileira à tuberculose:: contexto, desafios e perspectivas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p.1-2, jul. 2007.

SÁ, L. D.de et al.. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. **Texto & Contexto. Enfermagem**, v.16, n. 4, p.712-718, 2007.

SÁ, L. D. de et al. Implantação da estratégia DOTS no controle da Tuberculose na Paraíba: entre o compromisso político e o envolvimento das equipes do programa saúde da família (1999-2004). **Ciência & Saúde Coletiva**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 9, p.3917-3924, mar. 2011.

SÁ, L. D. de et al. Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras. **Rev Esc Enferm Usp**, João Pessoa, v. 46, n. 2, p.356-363, nov. 2012.

SANTOS, T. M. M. G. dos; NOGUEIRA, L. T.; ARCÊNCIO, R. A. Atuação de profissionais da Estratégia Saúde da Família no Controle da Tuberculose. **Acta Paul Enferm**, Teresina, v. 25, n. 6, p.954-961, maio 2012.

SANTOS, M. de L. S. G. **A estratégia DOTS no estado de São Paulo: desafios políticos, técnicos e operacionais no controle da Tuberculose**. 2009. 99 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Departamento de Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

SILVA, A. C. de O. e. **O Tratamento Supervisionado da tuberculose: percepções do enfermeiro do programa saúde da família de João Pessoa**. 2006. 85 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Departamento de Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

SILVA, K.L; SENA, R.R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 48-56, set 2008.

TEIXEIRA, G. **DOTS**: A retomada de uma estratégia. Rio de Janeiro, 5p/ mimeografado, 1998.

UNIS, G. Papel da atenção básica no controle da tuberculose. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Porto Alegre, v. 2, n. 3, p.120-121, 28 maio 2012.

URIAS, V.; WATANABE, V.L.B.S.; BERTOLOZA, M.R. Estudo sobre a estratégia do tratamento supervisionado para a tuberculose (DOTS) em uma Unidade Básica de Saúde do Município de São Paulo. **Saúde Coletiva**. v. 36, n. 2, p.84-88, 2005.

VIEGAS, S. M. F; PENNA, C. M. M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.133-141, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/19.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2014.

VIEIRA, R.C.A. et al. Perfil epidemiológico dos casos de tuberculose multirresistente do Espírito Santo. **Rev Bras Epidemiol**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 56-65, 2007.

WILDNER, L. M. et al. Micobactérias: Epidemiologia e Diagnóstico. **Revista de Patologia Tropical**. v. 40, n. 3, p. 207-229, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A – UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE - AREIA BRANCA/RN

- UBS Dr. Celso Dantas Filho – Av. Rui Barbosa, s/n, Bairro: Nordeste, CEP- 59.655-000.
- UBS Dr. Raimundo Fernandes – Av. Manoel F. dos Santos, 16, Ponta do Mel, CEP- 59.655-000.
- UBS Chico Costa – Rua: Projetada, s/n, Praia de São Cristóvão, CEP- 59.655-000.
- UBS José Bezerra de Menezes – Rua: Manoel Valdivino Souza, s/n, Pedrinhas, CEP- 59.655-000.
- UBS Aldeída Caldas de Freitas – Rua: Eduardo Bezerra de Queirós, Bairro: Nossa Senhora dos Navegantes, CEP- 59.655-000.
- UBS Ana Paulina Medeiros da Costa – Rua: Eduardo Bezerra de Queirós, Bairro: Nossa Senhora dos Navegantes, CEP- 59.655-000.
- UBS Maria Cícera de Medeiros – Rua: Mestre Silvério Barreto, 47, Bairro: Nossa Senhora Aparecida, CEP- 59.655-000.

APÊNDICE B - Instrumento de Coleta De Dados

FORMULÁRIO

PARTE I-CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

1. Gênero: () Masculino () Feminino
2. Idade: _____
3. Formação: _____
4. Escolaridade: _____
5. Tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família:
() Menos de 01 ano
() De 01 ano à 05 anos
() De 05 anos à 10 anos
() Mais de 10 anos

PARTE II - QUESTÕES ACERCA DA TEMÁTICA

6. Você enxerga a necessidade de se trabalhar em equipe na prática do TDO?
() SIM () NÃO
7. Por que o trabalho em equipe é importante para a efetivação do TDO? _____

8. De que forma você exerce seu papel no TDO? _____

9. Você observa a realização do trabalho em equipe no TDO? _____

10. Qual sugestões você daria para a melhoria do trabalho em equipe no TDO?

APÊNDICE C - TCLE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A pesquisa intitulada como **A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO EM EQUIPE NA EFETIVAÇÃO DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO (TDO) EM TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE AREIA BRANCA/RN** está sendo desenvolvida por Hosana Mirelle Goes Silva Costa, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró sob a orientação da pesquisadora responsável professora e especialista Verusa Fernandes Duarte. A pesquisa apresenta o seguinte objetivo geral: Analisar a importância do trabalho em equipe na efetivação do Tratamento Diretamente Observado em Tuberculose no município de Areia Branca-RN. E os seguintes objetivos específicos: Caracterizar a situação profissional dos entrevistados; Conhecer na opinião dos profissionais a realização do trabalho em equipe no Tratamento Diretamente Observado em Tuberculose; Analisar na opinião dos profissionais a necessidade do trabalho em equipe na prática do Tratamento Diretamente Observado em Tuberculose; Conhecer as sugestões dos profissionais para a melhoria do trabalho em equipe no Tratamento Diretamente Observado em Tuberculose.

A escolha do tema se deu a partir da experiência de um estágio voluntário, onde foi observado que os usuários estavam internados para realização do tratamento e a apresentação de um elevado índice de casos de TB no município.

Esta pesquisa, portanto, constitui-se de uma importância ímpar para o campo da enfermagem, e relevante para o município pesquisado, pois tem como finalidade sensibilizar os profissionais de saúde engajados na Unidade Básica de Saúde acerca da importância da contribuição de cada um para o melhor prognóstico do paciente portador de Tuberculose submetido à realização do TDO. Contribui ainda como base para o planejamento de ações municipais que incentivem a cooperação dos profissionais de saúde na efetivação do TDO da tuberculose.

A pesquisa apresenta riscos mínimos, como, por exemplo, desconforto aos participantes durante a coleta de dados. Porém as atividades ou questionamentos elementares são comuns do dia-a-dia e em momento algum causam constrangimento à pessoa pesquisada. No entanto, os benefícios superam os riscos.

Solicitamos sua contribuição no sentido de participar da pesquisa. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação. Ressaltamos que os dados serão coletados através de um formulário. Os usuários responderão as perguntas relacionadas ao trabalho em equipe no TDO em TB. Os dados farão parte de um Trabalho de Conclusão de Curso podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tantos a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do (a) senhor (a) será mantido em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o profissional não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora participante. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

A pesquisadora responsável¹ e o Comitê de Ética em Pesquisa² estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos a sua contribuição para a realização desta pesquisa.

Eu, _____, declaro que entendi o (s) objetivo (s), justificativas, direito de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que a pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE/FAMENE.

Estou ciente que receberei uma copia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Mossoró, ____ / ____ / 2014

Prof^a. Esp. Verusa Fernandes Duarte
Pesquisadora responsável

Participante da Pesquisa

¹ Pesquisadora Responsável: Verusa Fernandes Duarte

Endereço profissional do Pesquisador: Rua Neide Maria da Silva, 128, Residencial Verona, apt.101, Dix-Sept Rosado, CEP: 59.609-440

E-mail do pesquisador: verusafd@facenemosoro.com.br

Fone de contato profissional: (84) 3312 – 0143

² **Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:** Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil CEP.: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4790. E-mail: cep@facene.com.

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança



Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
 Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, - FACENE, da
 Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN
 Fone: (83) 2106-4790 E-mail: cep@facene.com.br

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 466/13 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 1º Reunião Extraordinária realizada em 16 de Julho 2014 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO EM EQUIPE NA EFETIVAÇÃO DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO (TDO) EM TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE AREIA BRANCA/RN", protocolo número: 79/14, CAAE:32565114.3.0000.5179 e Parecer do CEP:723.925, Pesquisadora responsável: **Verusa Fernandes Duarte** e das Pesquisadoras associadas: **Joseline Pereira Lima, Hosana Mirelle Goes Silva Costa e Amélia Resende Leite**.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30/12/2014, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 21 de Julho de 2014

Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
 Rosa Rita da Conceição Marques
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE

Rosa Rita da Conceição Marques
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE