

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE**

SABRINA DA SILVA DE SOUZA

APOIO ÀS PESSOAS COM TUBERCULOSE E REDES SOCIAIS

**FLORIANÓPOLIS
2010**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da
Universidade Federal de Santa Catarina

S728a Souza, Sabrina da Silva de
Apoio às pessoas com tuberculose e redes sociais [tese]
/ Sabrina da Silva de Souza ; orientadora, Denise Maria
Guerreiro Vieira da Silva. - Florianópolis, SC, 2010.
258 p.: il., tabs.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Serviços de saúde comunitaria. 3.
Humanização dos serviços de saúde. 4. Tuberculose.
5. Terapia. 6. Pesquisa Qualitativa. I. Silva, Denise Maria
Guerreiro Vieira da. II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III.
Título.

CDU 616-083

SABRINA DA SILVA DE SOUZA

APOIO ÀS PESSOAS COM TUBERCULOSE E REDES SOCIAIS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer

FLORIANÓPOLIS
2010

SABRINA DA SILVA DE SOUZA

APOIO AS PESSOAS COM TUBERCULOSE E REDES SOCIAIS

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

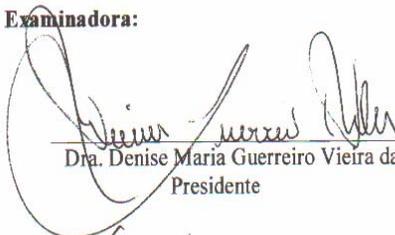
DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em 04 de março de 2010, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**

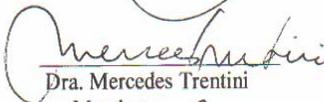


Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



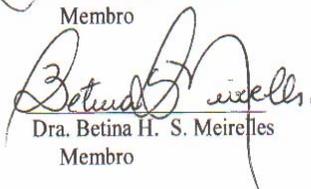
Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva
Presidente



Dra. Mercedes Trentini
Membro



Dr. Antonio Ruffino Netto
Membro



Dra. Betina H. S. Meirelles
Membro



Dra. Mirjam Süsskind Borenstein
Membro

Dedicatória

Aos meus pais. Diante do oceano de possibilidades da vida vocês me conduziram ao melhor caminho. Tive em vocês um exemplo vivo de generosidade e integridade. Obrigada por seus ensinamentos e valores, que construíram em minha vida, permitindo minha caminhada em busca de meus ideais com dignidade, solidariedade e responsabilidade. Vocês são o exemplo de entrega total na realização de nossos sonhos.

Ao meu pai, Luiz, por me incentivar e impulsionar em cada sonho contado, por vibrar com cada conquista e oportunizar a maioria delas, por me ensinar que o trabalho nos leva a conhecer pessoas e mundos.

À minha mãe, Zélia, mulher de garra, por me fazer uma mulher forte, por cultivar cada sonho, por aceitar com amor e paciência minhas escolhas, mesmo achando algumas vezes ousadas demais, por me ensinar que devo amar meu ofício com todo o coração e fazer sempre o meu melhor que o resto virá como consequência.

Agradecimento especial

À professora Denise, minha mentora intelectual, por me conhecer muito mais do que eu mesma, pela acolhida constante e presença em minha vida, por me direcionar nas tantas trilhas dessa caminhada; com você tive o privilégio de me renovar pessoal e profissionalmente. Obrigada por permitir que eu fizesse parte de sua vida e muito obrigada por ser parte da minha. Com sua competência soube delinear meus pensamentos desde o primeiro ano da graduação, seus ensinamentos permanecerão comigo. Você é fundamental! Gosto de você, não somente pelo que você é, mas pelo que sou quando estou com você. Gosto de você, pelo que consegue de você mesma e pelo que consegue de mim. Gosto de você, por essa parte de mim que revela.

Muito obrigada. Gosto muito de você.

Agradecimento especial

Ao meu esposo, Allison, que sempre me estimula a crescer científica, ética, profissional e pessoalmente e esteve comigo desde o início da concepção deste doutoramento, apoiando-me mesmo com todas as minhas ausências e aceitando o doutorado como parte do nosso casamento. Obrigada por todas as suas atitudes e palavras de amor, apoio e tranquilidade.

Agradecimentos

Na trajetória de elaboração de uma tese, o compartilhar é algo necessário para o nosso fortalecimento e crescimento. Houve momentos em que esse compartilhar foi mais intenso, houve momentos de introspecção, de reflexão. Às vezes, tristeza, solidão, medo e insegurança se alternavam. Em outros momentos, manifestavam-se alegria, prazer, satisfação. Tive de fazer escolhas, tanto pessoais como profissionais e abdicar de muitas coisas, mas valeu à pena... Assim, quero agradecer a todos que compartilharam dessa trajetória e que permitiram que este meu caminhar fosse mais tranquilo e sereno. Por isso agradeço a todos, profundamente.

A Deus, presença forte em minha vida, obrigada por me conduzir até aqui.

Aos meus irmãos, Rodrigo e Karina, presença constante na minha vida, minha eterna gratidão por poder viver com vocês e aprender o que de melhor há no ser humano, a sinceridade, a humildade, a generosidade, a verdade. E que Deus nos mantenha sempre unidos.

À minha grande família, por todos os momentos, pelo amor, carinho, pela acolhida, obrigada por todos os momentos que dividiram comigo, por suportarem minha ausência e em

alguns momentos até a minha presença, em especial a Vó Maria pela sua sabedoria, amor e paciência.

Aos mestres de toda e por toda a vida, que me ensinaram com prazer e dedicação parte do que sei e, o que é mais importante, ensinaram-me que se aprende uma vida inteira.

À professora Mercedes, por sua expressiva capacidade de partilhar seu saber e sua amizade em todos os momentos de orientação na construção do conhecimento.

À Betina, pela amizade, acolhimento, companheirismo, parceria e apoio mútuo, desde o nosso encontro no NUCRON.

À professora Mirian, por acreditar em minha potencialidade, por sua sabedoria, experiência e otimismo.

Ao Professor António Ruffino-Netto, por lições que não podem ser encontradas em livros.

Aos membros da banca, Betina Meirelles, Mercedes Trentini, António Ruffino-Netto, Ângela Alvarez, Maria Seloí Coelho e Mirian Suskind Borenstein, por aceitarem partilhar comigo este momento, de construção.

Às pessoas com tuberculose, sujeitos desta pesquisa, que não mediram esforços no sentido de colaborar com este estudo, apontando, com o

conhecimento que lhes é próprio, os problemas, mas também as possibilidades para aliviar o peso da doença.

Aos demais integrantes desta pesquisa, meu especial reconhecimento pela acolhida e por disponibilizarem do seu tempo para partilharem os seus valores, crenças, convicções e conhecimentos na tuberculose.

Aos colegas do NUCRON, pelo incentivo à pesquisa, pela camaradagem e por enriquecer meu processo de reflexão e discussão, que certamente contribuíram para a concretização desta proposta, em especial a Salete, Rita, Mariza, Seloi, Fabiane, Albertina, Betina, Denise, Mercedes, que me acompanham desde a graduação.

À Mariza, minha grande amiga do cotidiano, das discussões teóricas, dos encontros, do riso e do pranto, das confidências que fazem de uma existência comum o ato extraordinário que é a amizade.

À Seloi, gratidão pelos momentos fraternos de amizade, compartilhamento de ideias, dúvidas, angústias e construções.

À Albertina, pelo estímulo, por torcer por mim, por me possibilitar momentos de descontração que serviram como fonte de renovação e inspiração para este trabalho.

À amiga Penélope, pela amizade e companheirismo, pelos ensinamentos compartilhados, pela compreensão, ajuda e dedicação nos momentos mais difíceis vivenciados no doutoramento; pela presença sincera, o meu eterno agradecimento.

À Albanira, por me ouvir nos momentos de incertezas e também de alegria, por compartilhar o cotidiano da tuberculose e os desafios que ela apresenta. Obrigada pela segurança de poder contar com você.

À Ana Cláudia, pela sua serenidade, discrição e inteligência, pelas longas conversas e reflexões. Você é uma pessoa especial.

À Regina, pela escuta, amizade e preocupação dispensada. Os pequenos gestos foram fundamentais nesta jornada.

À Secretaria de Saúde de São José, que, com todas as dificuldades encontradas, acreditou na formação como uma possibilidade de uma saúde melhor, mais convergente às necessidades do usuário. Em especial, às enfermeiras Sandréa Vaz e Malu Yara Mendonça, que oportunizaram a minha liberação para formação, enquanto gerentes neste município.

Aos colegas de trabalho do Centro de Vigilância em Saúde, pelo riso, pelo pranto, por uma história de trabalho construída, pelos

ensinamentos transmitidos e pela gentil amizade de cada um de vocês.

Aos funcionários do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, em especial a Cláudia, Francini, Odete, pela disponibilidade incansável, empenho e convívio cordial.

Aos meus colegas de turma do Doutorado, pela acolhida e manifestações de amizade que permearam todo o convívio.

À minha equipe do HU (noite 3), por me acolher, pela espontaneidade, vigor, beleza e pelo jeito especial de cada um. Muito obrigada pelo agradável convívio e amizade.

Aos colegas do HU, por compartilharem comigo novas experiências de cuidado, em especial aos colegas da Emergência Adulto, que me acolheram de braços abertos, permitindo novos momentos de aprendizagem.

A Nardele, Mônica, Zuleide, Danton, Cristina, Leticia, Sônia, Darcita, Ivonice, pelos desafios que a tuberculose nos apresenta.

À CAPES e à Universidad de Sevilla, em especial ao Professor Isidro Maya Jariego, por me concederem a bolsa e me aceitarem para o doutorado sanduíche.

Ao Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), por reconhecerem meu trabalho na tuberculose.

SOUZA, Sabrina da Silva de. **Apoio às pessoas com tuberculose e redes sociais**. 2010. 258 p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

Orientadora: Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer

RESUMO

O presente estudo teve o objetivo de compreender os processos de apoio experienciados pelas pessoas com tuberculose em um município prioritário no controle dessa doença em Santa Catarina. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cujo referencial metodológico adotado foi a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), desenvolvida em um serviço de tuberculose de um município prioritário no controle da tuberculose em Santa Catarina – Brasil. Os sujeitos da pesquisa foram 16 pessoas com tuberculose e sua rede de relações, que totalizou 26 pessoas. A coleta de dados ocorreu no domicílio, no local de trabalho e nas unidades de saúde. Foram realizadas entrevistas em profundidade e foi orientada pela seguinte questão: Fale-me sobre a tuberculose. A partir desta foram explorados os aspectos do apoio para viver com a doença. A análise foi realizada através da codificação aberta, axial e seletiva que determinaram a inclusão dos cinco grupos amostrais, caracterizando com isto a amostragem teórica. Como resultado da análise, foi desenvolvida a teoria substantiva denominada “Apoio as pessoas com tuberculose e redes sociais”, composta dos seguintes fenômenos: Apoiando a pessoa com tuberculose; Passando pela experiência do tratamento; A tuberculose provocando mudanças na vida; Modificando os contatos sociais; Conhecendo as redes de apoio social às pessoas com tuberculose; e Processos interativos na rede social de pessoas com tuberculose. O fenômeno Passando pela experiência do tratamento é constituído por categorias que revelam a experiência da pessoa com tuberculose desde o momento em que percebe que algo não está bem até a decisão pela realização do tratamento e é compreendido a partir de duas categorias que envolvem: Fazendo o tratamento; e Abandonando o tratamento. Essas categorias se interconectam no aspecto de que a imagem negativa da doença pode influenciar na maneira como se percebe o tratamento, na decisão de

fazê-lo e como levar até o final. A rede de apoio à pessoa com tuberculose não é muito extensa, basicamente é composta de profissionais de saúde, familiares e amigos/vizinhos. A rede parece ter densidade, pois se observa que atende as necessidades percebidas. Apesar da compreensão de o apoio a essas pessoas ser referido como uma rede, sua concepção é restrita no sentido de que nem todos os elos dessa rede se intercomunicam. As mudanças provocadas pela tuberculose ocorrem ao longo do processo saúde e doença, iniciando no diagnóstico da doença. O isolamento se impôs de maneira punitiva, pois a pessoa passou a ser percebida como semeadora de bacilos e não como um sujeito que sofre e cumpre um tratamento longo e difícil. Os sentimentos negativos prevalecem na pessoa com tuberculose. A solidão está associada ao preconceito, especialmente decorrente da sensação de estar sendo evitada e sendo referida como uma preocupação constante. Essa situação só se modifica quando pode contar com uma rede de apoio social, formada por familiares e profissionais de saúde. A categoria Modificando os contatos sociais traz duas concepções que norteiam a construção da doença. O primeiro entendimento é de que a tuberculose faz a pessoa sentir-se discriminada e ao sentir-se assim ela se afasta do convívio social. O modelo teórico construído expressa a rede de apoio às pessoas com tuberculose, evidenciando dinamismo, capacidade de abstração e generalização teórica, conforme preconizado pela Teoria Fundamentada nos Dados. O modelo em seu processo de validação comunicativa foi considerado representativo, com poder de compreensão e de explicação de como o apoio social se inter-relaciona com outros aspectos do viver com tuberculose, tais como o preconceito. Estudar redes de apoio às pessoas com tuberculose contribui para o re-direcionamento de concepções teóricas e filosóficas das práticas atuais, visando à recuperação e a manutenção da saúde na busca de uma vida com mais qualidade. O estudo, nesse sentido, coloca-se como uma possibilidade de avançar na organização de serviços de saúde de tuberculose, para a inclusão da compreensão dos múltiplos aspectos do viver com essa condição de saúde.

Descritores: Enfermagem; Enfermagem em Saúde Comunitária; Assistência à Saúde; Assistência Integral à Saúde; Tuberculose; Apoio Social; Terapia; Pesquisa Qualitativa.

SOUZA, Sabrina da Silva de. **Support to people with tuberculosis and social networks**. 2010. 258 p. Thesis (Doctorate in Nursing). Post Graduation Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

Supervisor: Dr. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva

Research Line: Care and the process of living, being healthy and getting ill.

ABSTRACT

The present study aims to understand the support processes experienced by people with tuberculosis in a municipality that is a priority in the control of this disease in the State of Santa Catarina. It is about a qualitative research, whose methodological reference adopted was the Grounded Theory (GT), developed in a service of tuberculosis of a municipality that is a priority in the control of tuberculosis in Santa Catarina – Brazil. The research subjects were 16 people with tuberculosis and their relationship network, which had a total of 26 people. The data collection was carried out at home, at work and in the health unities. Detailed interviews were conducted and were oriented by the following question: Tell me about tuberculosis. From that, the supporting aspects in order to live with the disease were explored. The analysis was carried out through open, axial and selective coding, which determined the inclusion of the 5 sampling groups, characterizing the theoretical sampling. As a result of the analysis, the substantive theory named “Support to people with tuberculosis and social networks” was developed, composed by the following phenomena: Supporting the person with tuberculosis; Experiencing treatment; Tuberculosis causing changes in life; Changing the social contracts; Knowing the social support networks to people with tuberculosis; and Interactive processes in the social network of people with tuberculosis. The phenomenon Experiencing Treatment is composed by categories that reveal the experience of the person with tuberculosis from the moment that he/she notices that something is not fine until the decision of going through treatment and it is comprehended from two categories that involve: Undergoing treatment; and Abandoning treatment. These categories are interconnected in the aspect that the negative image of the disease can influence on the way how the treatment is perceived, the decision to

undergo it and how to make it to the end. The support network to the person with tuberculosis is not very large, it is wide, it is basically composed by health professionals, family and friends/neighbors. The network seems to have density, for we can observe that it fulfills the expected needs. Although the comprehension of the support to these people is referred as a network, its conception is restricted in the sense that not all the links of this chain intercommunicate. The changes caused by tuberculosis occur throughout the health/disease process, starting at the disease diagnosis. The isolation was imposed as a punishing way, for the person started to be seen as a bacillus sower and not as a subject that suffers and undergoes a long and hard treatment. Negative feelings prevail in the person with tuberculosis. Loneliness is associated to prejudice, especially from the feeling of being avoided and being referred as a constant concern. This situation can only be modified when the person can count on a social support network, created by family and health professionals. The Changing the social contacts category brings two conceptions that lead the disease construction. The first understanding is that tuberculosis makes the person feel discriminated and when feeling like that he/she gets out of the social living. The theoretical model built expresses the support network to people with tuberculosis, evidencing dynamism, abstraction ability and theoretical generalization, according to what was shown by the Grounded Theory. The model in its communicative validation process was considered meaningful, with the ability of comprehension and explanation of how the social support inter-relates with other aspects of living with tuberculosis, such as prejudice. Studying support networks to people with tuberculosis contributes to redirecting theoretical and philosophical conceptions of the current practices, aiming health recovering and maintenance in order to have a life with more quality. The study, in this sense, presents a possibility of advance in the organization of tuberculosis health services, for the inclusion of the comprehension of the multiple aspects of living with this health condition.

Key Words: Nursing; Nursing in Community Health; Health Assistance; Integral Health Assistance; Tuberculosis; Social Support; Therapy; Qualitative Research

SOUZA, Sabrina da Silva de. **El apoyo a las personas que padecen tuberculosis y las redes sociales**. 2010. 258 p. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Programa de Posgrado en Enfermería. Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

Orientadora: Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva

Línea de Investigación: El cuidado y el proceso de vivir, ser saludable y adolecer.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio es comprender los procesos de apoyo que viven las personas enfermas de tuberculosis, en un municipio de Santa Catarina que tiene como prioridad el control de esa enfermedad. Se trata de una investigación cualitativa, cuya metodología se basó en la Teoría Fundamentada (*Grounded Theory*). El estudio se desarrolló en un servicio de atención a la tuberculosis, de un municipio de Santa Catarina – Brasil. Los sujetos del estudio fueron 16 personas con tuberculosis y su red de relaciones, para un total de 26 personas. La recolección de los datos se hizo en el hogar, el trabajo y en los centros de salud. Se realizaron entrevistas en profundidad guiadas por la siguiente pregunta: Hábleme sobre la tuberculosis. A partir de esta pregunta se exploraron los aspectos del apoyo para convivir con la enfermedad. El análisis se llevó a cabo a través de la codificación abierta, axial y selectiva que determinaron la inclusión de los cinco grupos de muestras, que configurarían la muestra teórica. Como resultado del análisis, se desarrolló la teoría central titulada: "El apoyo a las personas que padecen tuberculosis y las redes sociales", compuesta por los siguientes fenómenos: El apoyo a la persona que padece tuberculosis; Vivir la experiencia del tratamiento; La tuberculosis produce cambios en la vida; Modificación de las relaciones sociales; Conocer las redes sociales de apoyo a las personas que padecen tuberculosis; Los procesos interactivos en la red social de personas con tuberculosis. El fenómeno Vivir la experiencia del tratamiento se constituye de categorías que revelan la experiencia de la persona con tuberculosis, desde el momento en que se da cuenta de que algo no está bien hasta que decide la realización del tratamiento, y es comprendido a partir de dos categorías: Hacer el tratamiento y El abandono del tratamiento. Esas categorías están relacionadas entre sí en el aspecto que la imagen negativa de la enfermedad puede influir en la manera cómo perciben el tratamiento, la decisión de hacerlo y cómo llegar hasta el final. La red de apoyo a las

personas con tuberculosis no es muy extensa, se compone, básicamente, de los profesionales del área de la salud, la familia y los amigos/vecinos. La red parece densa pues se puede ver que responde a las necesidades percibidas. A pesar de que el apoyo a esas personas pueda ser comprendido como una red, su diseño está restringido en el sentido de que no todos los enlaces de la red se comunican entre sí. Los cambios causados por la tuberculosis se producen durante el proceso de salud y enfermedad, a partir del diagnóstico de la enfermedad. El aislamiento se impone como una punición, ya que la persona es percibida como transmisora de bacilos, y no como un individuo que sufre y realiza un tratamiento largo y difícil. Los sentimientos negativos son frecuentes en las personas que padecen tuberculosis. La soledad está relacionada con los prejuicios, debido, especialmente, a la sensación de ser rechazada, y que es mencionada en las entrevistas como una preocupación constante. Esa situación sólo cambia cuando se puede contar con una red social de apoyo, formada por la familia y los profesionales de la salud. La categoría Modificación de las relaciones sociales tiene dos concepciones que guían el desarrollo de la enfermedad. La primera visión es que la tuberculosis hace que la persona se sienta discriminada, y al tener ese sentimiento se aleja de la vida social. El modelo teórico construido expresa la red de apoyo a las personas con tuberculosis, mostrando dinamismo, capacidad de abstracción y generalización teórica, según lo recomendado por la Teoría Fundamentada. El modelo en su proceso de validación comunicativa se consideró representativo, con poder de comprensión y explicación de cómo el apoyo social se interrelaciona con otros aspectos de la vida de las personas con tuberculosis, como los prejuicios. El estudio de las redes de apoyo para las personas con tuberculosis contribuye a la reorientación de los conceptos teóricos y filosóficos de las prácticas actuales, centrándose en la recuperación y el mantenimiento de la salud en busca de una vida con más calidad. En ese sentido, el estudio surge como una posibilidad de avance en la organización de los servicios de salud para la tuberculosis, a fin de incluir la comprensión de muchos aspectos de vivir con esa enfermedad.

Descriptor: Enfermería; Enfermería en Salud Comunitaria; Atención a la Salud; Atención Integral a la Salud; Tuberculosis; Apoyo Social; Terapia, Investigación Cualitativa.

LISTA DE SIGLAS

AIDS: SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA
AIS: AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE
ACS: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
CAPES: COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR
CNCT: CAMPANHA NACIONAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE
CNPS: COORDENAÇÃO NACIONAL DE PNEUMOLOGIA SANITÁRIA
DOTS: DIRECTLY OBSERVED THERAPY – SHORT-COURSE
DNT: DIVISÃO NACIONAL DE TUBERCULOSE
DNPS: DIVISÃO NACIONAL DE PNEUMOLOGIA SANITÁRIA
FUNASA: FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE
MDR: MULTIDROGA RESISTENTE
MS: MINISTÉRIO DA SAÚDE
OPAS: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE
OMS: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
PCT: PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE
PSF: PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
PACS: PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
SNT: SERVIÇO NACIONAL DE TUBERCULOSE
SUDS: SISTEMA ÚNICO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE
SUS: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SINAN: SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS NOTIFICADOS
WHO: WORLD HEALTH ORGANIZATION
INAMPS: INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SCIELO: SCIENTIFIC ELECTRONIC LIBRARY ONLINE
SES: SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Codificação aberta	65
Quadro 02: Agrupando códigos em conceitos provisórios – Codificação Axial.....	65
Quadro 03: Agrupando conceitos provisórios em categorias – Codificação Axial.....	66
Quadro 04: Agrupando subcategorias em categorias – Codificação seletiva.....	67
Quadro 05: Memorando.....	68

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo Teórico – Apoio a Pessoas com tuberculose e redes sociais..... **73**

MANUSCRITO 2

Figura 1: Apoio as pessoas com tuberculose e redes sociais. **93**

MANUSCRITO 4

Figura 1: Apoando a Pessoa com tuberculose. **128**

MANUSCRITO 6

Figura 1: Modelo Teórico – Processos interativos na rede social de pessoas com tuberculose **160**

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS.....	20
LISTA DE QUADROS	21
LISTA DE FIGURAS	22
ESTRUTURA DA TESE	25
INTRODUÇÃO	26
1.1 OBJETIVO.....	31
1.1.1 Objetivo geral	31
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	32
2.1. A TUBERCULOSE E O CONTEXTO SOCIOCULTURAL BRASILEIRO	32
2.1.1 Aspectos Epidemiológicos.....	43
2.2 AS REDES SOCIAIS EM SAÚDE	46
3 MÉTODO.....	54
3.1 TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS	54
3.2 LOCAL DA PESQUISA.....	56
3.3 SUJEITOS.....	57
3.4 COLETA DOS DADOS	62
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	63
3.6 VALIDANDO O MODELO DESENVOLVIDO	68
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	70
4 RESULTADOS.....	72
4.1 MANUSCRITO 1: REFLEXÕES SOBRE AS REDES SOCIAIS DE SUPORTE A PESSOAS COM TUBERCULOSE	74
4.2 MANUSCRITO 2: CONHECENDO AS REDES DE APOIO A PESSOA COM TUBERCULOSE	87
4.3 MANUSCRITO 3: A TUBERCULOSE PROVOCANDO MUDANÇAS E MODIFICANDO OS CONTATOS SOCIAIS	104
4.4 MANUSCRITO 4: APOIANDO A PESSOA COM TUBERCULOSE	120
4.5 MANUSCRITO 5: PASSANDO PELA EXPERIÊNCIA DO TRATAMENTO PARA TUBERCULOSE	137
4.6 MANUSCRITO 6: VALIDAÇÃO DE MODELO TEÓRICO: CONHECENDO OS PROCESSOS INTERATIVOS NA REDE DE APOIO ÀS PESSOAS COM TUBERCULOSE.....	155

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	170
6 REFERÊNCIAS	174
APÊNDICE.....	190
ANEXOS.....	193

ESTRUTURA DA TESE

Esta tese está sendo apresentada no formato alternativo de disponibilização de teses de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, 2010, conforme Instrução Normativa 01/PEN/2008 (Anexo A).

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa que utilizou Grounded Theory como referencial, realizada com pessoas com tuberculose em um município prioritário no controle dessa doença em Santa Catarina – Brasil.

Dessa forma, é constituída por introdução ao tema, objetivos, método, seis artigos, e as considerações finais que inclui as reflexões, contribuições e implicações do estudo para a prática, para o ensino e para a pesquisa. O primeiro artigo, de reflexão sobre redes sociais e tuberculose, submetido à Revista de Enfermagem da UERJ (2009), Qualis da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) Enfermagem¹ B2. O segundo artigo redes sociais de apoio a tuberculose será submetido à publicação no periódico Ciência & Saúde Coletiva, Qualis Enfermagem¹ A1. O terceiro artigo discorre sobre a tuberculose provocando mudanças e modificando os contatos sociais e será submetido Revista Brasileira de Enfermagem, Qualis CAPES Enfermagem¹ B1. O quarto artigo refere-se ao apoio à pessoa com tuberculose e será submetido à Revista Interface, Qualis CAPES Enfermagem¹ B2. O quinto artigo, que aborda o tema passando pela experiência do tratamento, será submetido à Revista Texto e Contexto, Qualis CAPES Enfermagem¹ A2. E o sexto artigo refere-se à validação do modelo teórico e será submetido à publicação na Revista Latino-Americana de Enfermagem, Qualis CAPES Enfermagem¹ A2. Em seguida, são apresentadas as considerações finais da tese.

¹ Disponível em: <http://qualis.capes.gov.br/webqualis/ConsultaListaCompletaPeriodicos.faces>. Acesso em: 05 fevereiro 2010.

INTRODUÇÃO

Estudar pessoas em condição crônica de saúde requer análise das várias realidades envolvidas no cotidiano delas. Nessa perspectiva, o que se observa hoje é que há necessidade de ultrapassar os limites do conhecimento biomédico, procurando um olhar mais integrativo do ser humano em seu contexto e com suas múltiplas relações.

Minha trajetória de estudos com pessoas em situação crônica iniciou-se no curso de graduação em enfermagem, na Universidade Federal de Santa Catarina, como bolsista de Iniciação Científica do CNPq, nos projetos desenvolvidos pelo Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas com Doenças Crônicas (NUCRON²), onde pesquisei as percepções e as vivências relacionadas a qualidade de vida, itinerário terapêutico e redes sociais de apoio à pessoa com doenças crônicas de saúde.

Há cinco anos estou realizando atividades de assistência e de coordenação no Programa de Combate à Tuberculose de um município de Santa Catarina, onde cuido de pessoas com tuberculose. Tenho percebido que o viver com tuberculose traz situações bastante complexas para as pessoas. O estigma parece ser um dos aspectos mais relevantes e que interfere na possibilidade de uma convivência mais harmônica com essa condição de saúde. Outro aspecto de destaque nesse processo é o isolamento social, especialmente decorrente do estigma, mas também pela falta de um suporte mais efetivo que essas pessoas poderiam ter dos profissionais de saúde, que mantêm sua prática educativa centrada na perspectiva informativa e de controle.

Essa percepção foi possível apenas a partir da convivência com pessoas com tuberculose, pois, em minha formação acadêmica e nos textos que abordam a questão da tuberculose, isso não é tratado com destaque, uma vez que a concepção de cura parece colocar a doença como algo que, ao ser descoberto e tratado, será resolvido. No entanto, com minha experiência prática e ao aprofundar os estudos nessa área, passei a compreender a tuberculose como uma condição crônica, pois requer que a pessoa entenda sua condição e passe a ter cuidados de longa duração. O Relatório Mundial da OMS (2003) incluiu a tuberculose como uma doença transmissível que se torna crônica, ressaltando que as condições crônicas não podem mais ser vistas na

² Grupo de Pesquisa vinculado ao Departamento de Enfermagem e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

forma tradicional, uma vez que o ponto de convergência entre elas é a persistência por um longo tempo e a necessidade de certo nível de cuidados permanentes.

Nos últimos anos, a tuberculose vem sendo considerada e pensada como condição crônica, fundamentalmente relacionada ao desenvolvimento do tratamento medicamentoso de longa permanência e ao aumento da suscetibilidade para a doença que a pessoa passa a apresentar. Essa cronicidade também está relacionada ao fato de a pessoa com tuberculose ficar “marcada” como “tuberculosa”, pois mesmo tendo ficado curada da doença, a imagem da tuberculose a acompanhará por longos anos, em virtude do estigma social, que também é da própria pessoa com tuberculose. (SOUZA, 2006).

Ainda nesse ponto de vista, pode-se conceber a condição crônica como uma possibilidade permanente de existência que altera o processo de ser saudável e encontra relação próxima com os significados estabelecidos, individual e coletivamente, para o processo de viver, "pois a dimensão da doença vai além dos aspectos biológicos, envolvendo os contextos social, psicológico, cultural e religioso das pessoas". (FREITAS; MENDES, 2004, p. 52).

O processo saúde/doença não tem sido centrado, unicamente, nos aspectos biológicos, mas sim relacionado às características de cada sociedade, em que tanto a concepção de saúde e doença quanto o doente são considerados dentro do contexto social. (MINAYO, 1991).

Tenho percebido, no cotidiano do cuidar dessas pessoas, a grande necessidade de ir além da prática assistencial curativa. Para entender melhor o viver com uma condição crônica de saúde, é necessário buscar maior compreensão da realidade dos fenômenos existentes no dia-a-dia dessas pessoas. É preciso redobrar esforços no sentido de ampliar o olhar para tais fenômenos, visualizando a gama de detalhes que compõem esse viver.

Convergente a isso, na tentativa de aprofundar esses estudos, foi durante o mestrado (2005-2006), no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC), que investiguei sobre as Representações Sociais de Pessoas com Tuberculose. Este estudo permitiu compreender que o significado do viver com tuberculose está entrelaçado às experiências pessoais de cada integrante, que se mostrou de maneira a representar sua construção social da tuberculose. Percebi que há um tema central que expressa como representam a tuberculose: viver com tuberculose é sofrido, pois o tratamento é difícil, a tuberculose afasta as pessoas e também porque a tuberculose muda a percepção de si. (SOUZA, 2006).

O Brasil ocupa o 18º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo. A OMS estima 92.000 casos novos no Brasil a cada ano, tendo o País detectado 78% desses casos. O número de óbitos vem caindo nos últimos anos e em 2007 foram aproximadamente 4.500. (BRASIL, 2009).

Segundo Ruffino-Netto (2000), nas últimas décadas, o controle da tuberculose foi fortemente negligenciado. As políticas públicas na área da saúde foram direcionadas para outros campos de atuação e, conseqüentemente, as ações de combate à tuberculose foram relegadas a um segundo plano, por ser considerada como um problema sob controle, afinal, já se conhecia bastante a enfermidade, sua fisiopatologia, diagnóstico, esquemas terapêuticos e medicamentos disponíveis. Não se considerou que, de nada adianta esse conhecimento prévio e os recursos disponíveis, se eles não forem colocados ao alcance da população.

Vale acrescentar que a tendência epidemiológica da tuberculose se articula com o desenvolvimento das sociedades. As condições de vida das diferentes classes sociais, nas diferentes partes do mundo, apresentam estreita relação com o número de doentes e com a disseminação da doença.

A tuberculose tem profundas raízes sociais, e está intimamente ligada à pobreza e à má distribuição de renda, além do estigma que pode contribuir para a não-adesão ao tratamento. O surgimento da epidemia de AIDS e o aparecimento de focos de tuberculose multirresistente agravam ainda mais o problema da doença no mundo. (BRASIL, 2009).

Apesar da grande produção na literatura acerca da tuberculose, o maior enfoque nos indicadores epidemiológicos da doença é baseado no diagnóstico e tratamento, não levando em consideração que os problemas de saúde/doença não são apenas biológicos, mas condicionados pela história e condição de vida, relacionados à situação sócio-econômica-cultural. (RUFFINO-NETTO, 1991). O autor esclarece ainda a importância da compreensão de alguns indicadores da doença, sejam eles epidemiológicos, operativos, técnicos e sociológicos, assinalando que pouco se tem trabalhado no sentido de desenvolver este último.

No mesmo sentido, Pena (1988) relata sobre a importância da discussão de outros elementos na determinação do comportamento epidemiológico da tuberculose. Para a autora, o impacto dos programas de controle, baseados no diagnóstico e tratamento de casos na transmissão do bacilo é apenas marginal, sendo o comportamento epidemiológico da doença determinado primariamente pela resistência ao adoecimento, resultado de fatores biológicos e sociais.

Frente a esse cenário, as autoridades sanitárias vêm propondo medidas com o propósito de reverter esse quadro. Os esforços globais e atuais para o controle da doença justapõem três distintas dimensões: humanitária, de saúde pública e econômica. Aliviar a doença, o sofrimento e evitar a morte dos indivíduos por tuberculose, assim como a convocação para aproximações centradas no indivíduo, constituem-se nos maiores interesses humanitários. Na dimensão da saúde pública, adota-se como prioridade os mecanismos que possibilitem diagnósticos e tratamento das pessoas com vistas à redução da transmissão da doença nas comunidades. Para isso, precisa-se do desenvolvimento de Programas de Controle da Tuberculose (PCT) bem organizados, que deem respostas e se adaptem à reforma do setor saúde. Na dimensão econômica, o controle da tuberculose está relacionado com a redução dos custos diretos e indiretos para os indivíduos e para a sociedade, com o alívio da pobreza e a promoção do desenvolvimento. (WHO, 2002).

A tuberculose, em algum membro da família, pode acarretar em mudanças nas relações familiares, na preocupação com a pessoa com tuberculose, na tomada da medicação, no contágio da doença, no afastamento do trabalho, enfim na resolução de problemas de ordem prática, como: trabalho, atividades do dia-a-dia, alimentação e outros compromissos.

A tuberculose, ao modificar o cotidiano das pessoas, requer a inclusão de novas ações que nem sempre podem ser realizadas pelo próprio indivíduo acometido pela doença, que passa a requerer novos apoios para conseguir agir frente a essas demandas. Também há as dificuldades emocionais diante da doença, pois a falta de apoio afetivo por parte dos familiares pode contribuir para uma experiência ruim no tratamento. Ter alguém que ofereça apoio em situações de necessidade pode facilitar o enfrentamento de problemas e diminuir os efeitos negativos de situações estressantes, favorecendo a saúde e o bem-estar emocional. (SEIDL, ZANNON e TRÓCCOLI, 2005).

A assistência às pessoas com tuberculose com ênfase nas redes de apoio social poderá melhor contemplar as necessidades político-sociais na institucionalização do SUS, pois o atendimento adequado às necessidades de saúde de uma população requer uma aproximação que contemple as múltiplas interconexões socioculturais que existem entre os clientes, os profissionais de saúde e os membros da comunidade, considerando que o estado de saúde-doença é determinado pela experiência subjetiva dos indivíduos e dos membros da comunidade, mais do que pelos aspectos clínicos e físicos. Isso nos exige considerar tanto esses aspectos pessoais como também os aspectos comunitários,

culturais, sociais e econômicos, que interferem nas redes de apoio para enfrentamento da tuberculose. (CUNHA *et al.*, 2006).

Nesse sentido, as redes de apoio social têm um papel determinante como mediadoras e facilitadoras no início da busca de apoio, já que seus membros, em sua maioria, proporcionam apoio contínuo às pessoas com tuberculose para aderir ao tratamento até a sua recuperação e controle da doença.

Sluzki (1997) pontua que a incorporação da dimensão rede social na prática da saúde expande a capacidade descritiva, uma vez que permite observar processos adicionais até então não reconhecidos, facilitando o desenvolvimento de novas hipóteses acerca das causas dos problemas, soluções, fracassos, sucessos, conflitos que constituem a prática da saúde, podendo orientar no sentido de sugerir novas intervenções.

Para incorporar as redes nas práticas de saúde, é necessário, em primeiro lugar, dar visibilidade a essas redes para, em seguida, ativá-las ou fortalecê-las. A capacidade de visibilizar as redes é um dos elementos mais importantes do pensamento e da abordagem em redes sociais.

Tem se buscado estabelecer relações mais efetivas entre os profissionais de saúde e a população, valorizando os saberes e as iniciativas populares, interagindo com os usuários e com os movimentos sociais. Porém, observamos que apesar do foco na família, evidenciado pela Estratégia Saúde da Família, a assistência ainda é centrada na doença, estabelecendo relações apenas com a pessoa adoecida. Outras formas de apoio para além das famílias dificilmente são consideradas pelos profissionais, que não identificam possíveis redes de apoio às pessoas, especialmente, as com tuberculose, objeto deste estudo.

A compreensão de que essas diversas formas de apoio poderiam consistir numa rede de apoio social à pessoa com tuberculose e o reconhecimento delas como tal é necessário, podendo contribuir para o entendimento da real situação de saúde dessas pessoas, assim como para uma assistência mais integral.

Pensando assim, desenvolvi uma pesquisa qualitativa com pessoas com tuberculose e sua rede de apoio, buscando compreender os processos interativos dessa rede. O estudo está integrado à linha de pesquisa “O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer”, do PEN/UFSC.

Desse modo, o presente estudo pretende responder à seguinte questão: Como as pessoas com tuberculose experienciam em sua rede social o apoio para viver com essa condição de saúde?

Essa questão, que norteou o estudo, teve como base a tese de que

as pessoas com tuberculose que têm uma rede de apoio social enfrentam melhor sua condição de saúde e doença.

1.1 OBJETIVO

1.1.1 Objetivo geral

Compreender os processos de apoio experienciados pelas pessoas com tuberculose em um município prioritário no controle dessa doença em Santa Catarina.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica é composta dos itens: A Tuberculose e o Contexto Sociocultural Brasileiro, Aspectos Epidemiológicos e As Redes Sociais em Saúde. A intenção de buscar uma fundamentação teórica foi didática, para reunir os dados disponíveis a cerca da tuberculose, contextualizando o cenário brasileiro e de ampliar a visão acerca do conceito de redes sociais que favorecessem uma maior exploração dos fenômenos.

Contudo, abordei esses itens porque a exploração teórica dos conceitos na literatura possibilitou uma compreensão mais abrangente do que estava sendo desenvolvido, contribuindo nas diferentes etapas do estudo, ou seja, desde a definição do objeto, do método e nas discussões dos achados.

2.1. A TUBERCULOSE E O CONTEXTO SOCIOCULTURAL BRASILEIRO

A evolução da imagem da tuberculose, na virada do século XIX para o XX, não apenas apresenta problemas de conceituação na saúde quanto a suas origens e métodos de tratamento, mas traz também questões relativas ao comportamento das pessoas. (PORTO, 2007).

No início do século XIX, havia uma visão romântica da doença. A “tísica” era a expressão física de uma interioridade rica em sentimentos conturbados, sendo reconhecida, no campo artístico e literário, como a doença da paixão. (NASCIMENTO; 2005)

Nascimento (2005) mostra que, na mitologia da tuberculose, geralmente há alguns sentimentos de paixão que provocam ataque da doença ou que se exprimem nesse ataque. A tuberculose era tema recorrente para os escritores românticos, pois eram raras as obras literárias e artísticas que não incluíam tísicos entre seus personagens. Estavam ligadas à tuberculose representações aparentemente opostas: a visão romântica da doença e a doença do mal social, da fraqueza, a tísica, a peste branca. (BERTOLLI FILHO, 2001).

No Brasil, essas representações decorriam da influência da chegada dos imigrantes europeus. A doença estava associada à ideia de sensibilidade às artes, ao amor, aos sentimentos. (GONÇALVES, 2000).

Quanto à representação de mal social, o estilo e as condições de vida eram tidos como relevantes para o adoecimento, tornando o indivíduo culpado, à medida que o adoecimento era consequência dos maus hábitos, das péssimas condições de higiene e vida. Na esperança de manter o controle da doença, políticas higienistas direcionavam suas ações com o objetivo de ofertar melhores condições locais e proteção para o trabalho nas indústrias. (BERTOLLI FILHO, 2001).

Bertolli Filho (2001) acrescenta que, ao longo do processo histórico, as representações da tuberculose se firmaram ou se modificaram. Em meados do século XIX (1860), a medicina associava a tuberculose diretamente às condições de miséria em que vivia a população. Naquele momento, a maior preocupação, em termos de saúde pública, estava na destruição dos cortiços e na recuperação da zona urbana da cidade. Os cortiços representavam um antro de doença, de pessoas perigosas, um local propagador e acumulador de sujeira, ou seja, um perigo social.

Até o fim desse mesmo século, atribuía-se à doença uma origem hereditária. Em geral, quando uma pessoa adoecia, vários membros da família também eram acometidos pela doença, que, não raro, dizimava todos, o que reforçava, entre médicos, a crença da hereditariedade. Esses profissionais não percebiam que o confinamento familiar favorecia a propagação da doença na família. (NASCIMENTO, 2005).

A ideia de hereditariedade ligou-se intimamente à de degeneração, tendo em vista que essas duas concepções coexistiam. O adoecimento de membros de uma família induzia o pensamento médico a acreditar na tuberculose como uma doença que nascia num organismo predisposto ou já vinha instalada no indivíduo. Para Nascimento (2005), tais representações e suas origens devem-se ao fato de que, naquela época, não havia métodos diagnósticos nem terapêuticos eficazes para se combater a tuberculose.

Porto (2007) afirma que as diversas formas de representação da tuberculose nada mais são que expressões da vontade coletiva de reorganização da ordem social, colocada em xeque por um tipo de fenômeno que escapa aos instrumentos desenvolvidos pela sociedade. As imagens criadas a partir da vivência coletiva da doença se adequam, enquanto metáforas, ao tratamento de situações tidas socialmente como indesejáveis.

O século XX se inicia tentando desmitificar a tuberculose e a figura do tuberculoso. A medicina investe em políticas de saúde pública, ao mesmo tempo em que a doença, já não mais expressa como uma mórbida elegância, ganha espaços evidenciando a miséria social. O

tuberculoso não é mais uma pessoa encantadora e exuberante, mas sim aquela pessoa comum, desprovida de recursos, que habita os centros urbanos e industrializados. A migração da tuberculose para as camadas mais pobres da população não impede, contudo, que alguns de seus traços mais característicos, o de “deturpação moral”, continue presente ao nível da percepção popular da doença. (PORTO, 2007).

A doença é associada à fome, à incapacidade de prover recursos para sua própria sobrevivência ou da família, mas também está associada aos excessos. O consumo de bebida e as festas, deixando transparecer o comportamento desregrado e amoral, fazem da tuberculose uma doença que envergonha. As ideias de contágio são difundidas, porém a observação de frequentes recaídas, nesses grupos sociais, provoca descrença na possibilidade de cura da tuberculose. Mesmo quando se admite que a doença tenha cura, há a crença de que a pessoa com tuberculose fica com "mancha no pulmão" e carrega uma marca que altera sua inserção no grupo social. Essas ideias aparecem ainda cristalizadas no imaginário popular. A persistência da estigmatização da tuberculose constitui ainda hoje um entrave no controle da doença. (PORTO, 2007).

No início do século XIX, a assistência às pessoas com tuberculose ocorria através de organizações filantrópicas. Já no começo do século XX, Oswaldo Cruz reconhece a necessidade da atenção das autoridades sanitárias sobre a tuberculose e institui um plano de ação para o combate da enfermidade, alcançando, todavia, pequeno impacto. Mas, com a Reforma Carlos Chagas, no final da década de 10 do século XX, criou-se a Inspeção de Profilaxia da Tuberculose, que preconizava o diagnóstico e tratamento dos casos da doença. (RUFFINO-NETTO, 2002).

Vale salientar que a filantropia era diferente das práticas caritativas, as quais eram entendidas como uma assistência desorganizada, aos pobres, desprovida de qualquer cientificidade. A filantropia, por sua vez, compreendia um modelo assistencial respaldado no cientificismo. (NUNES, 2005).

As Ligas Brasileiras Contra a Tuberculose expandiram-se pelo Brasil e tinham o objetivo de implantar no País os métodos científicos de tratamento e profilaxia. Houve incentivo à criação de sanatórios e hospitais. Essas instituições localizavam-se em cidades consideradas ideais ao tratamento, devido ao clima adequado, de acordo com o pensamento da época. Em 1902, foi inaugurado o primeiro dispensário e, em 1927, o primeiro preventório, os quais contribuíram como fatores de fortalecimento do crédito médico-social das Ligas. O dispensário era

uma unidade de saúde que desenvolvia ações de prevenção, diagnóstico e tratamento da tuberculose. (HIJAR *et al.*, 2007).

Mediante uma sucessão de fatos e acontecimentos sociais e econômicos – recessão econômica, desemprego, superexploração do trabalho – que levaram a epidemias, o Estado brasileiro assumiu a doença e redefiniu o seu papel frente à falência dos serviços de saúde pública, tornando-se imperativa uma reforma sanitária. Foi criado, então, o Departamento Nacional de Saúde Pública, dirigido por Carlos Chagas, que, na luta contra a tuberculose, criou a Inspeção de Profilaxia da Tuberculose, que sofreu influências advindas da Organização Sanitária Francesa, caracterizada pela multiplicidade de serviços especializados que incluíam a assistência aos doentes. (NUNES, 2005).

Em 1941, foi criado o Serviço Nacional de Tuberculose (SNT), com a função de estudar os problemas relativos à tuberculose e ao desenvolvimento de meios de ação profilática e assistencial. (RUFFINO-NETTO, 2002).

O SNT procurou desenvolver ações na luta contra a doença, como coordenar e finalizar as atividades das instituições ou organizações públicas ou privadas, com o propósito de ampliar a rede de construção de sanatórios, de forma a abranger todas as capitais e atingir a proporção de um leito para um óbito anual. (NUNES, 2005).

Em 1946, instalou-se a Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT), tendo por objetivos: coordenar todas as atividades de controle da doença; uniformizar a orientação nacional; sugerir descentralização dos serviços; e efetuar cadastramento torácico da população, que teve impacto imediato. (RUFFINO-NETTO, 2002).

Entretanto, na fase de constituição da CNCT, existiam duas correntes distintas: a corrente favorável ao dispensário, que se baseava na detecção dos casos mediante o cadastro torácico em massa; e a corrente favorável ao sanatório, que defendia a ideia de interrupção da doença através do isolamento dos focos. (RUFFINO-NETTO, 1999).

Destaca-se o incentivo da CNCT para a formação de profissionais de Enfermagem e Assistência Social, por meio de cursos de atualização para enfermeiras e assistentes sociais. Frente a essa movimentação científica em torno de uma doença, instituiu-se a especialização acadêmica em Tisiologia. (NUNES, 2005).

A partir da década de 40 do século XX, começa também grande alteração na tendência da mortalidade por tuberculose, em decorrência da utilização dos tuberculostáticos. A partir da década de 60 do mesmo século, começa efetivamente a utilização de esquemas terapêuticos

padronizados, e, em 1964, utilizava-se o esquema padrão de 18 meses de duração (SM+INH+PAS). Em 1965, o esquema terapêutico é reduzido para 12 meses e, em 1979, é introduzido o esquema de tratamento de curta duração, de seis meses (RMP+INH+PZA). (RUFFINO-NETTO, 2002).

No que tange à enfermagem, as novas tendências para o tratamento da tuberculose demandavam a necessidade de profissionais qualificados e atualizados para dar conta da assistência às pessoas nas diversas instituições de saúde. O novo Programa de Ação na Luta contra a Tuberculose no Brasil trouxe mudanças significativas nos aspectos do tratamento, passando a valorizar o tratamento dispensarial. (MONTENEGRO *et al.*, 2009).

Na década de 1950, pesquisadores nacionais e internacionais demonstraram que não era viável o tratamento hospitalar, independentemente da gravidade das lesões e das condições socioeconômicas, não sendo necessário o afastamento da pessoa com tuberculose das atividades laborais. As pesquisas indicavam que o uso regular dos medicamentos combinados, no tempo correto, assegurava a cura. Diante desse novo paradigma, houve um redirecionamento nas ações da CNCT, com a reorganização dos dispensários e implantação de novos serviços. (BARREIRA, 1992).

Em 1970, instala-se a Divisão Nacional de Tuberculose (DNT), substituindo o antigo SNT, com a criação, em 1971, da Central de Medicamentos, com o objetivo de fornecer tuberculostáticos para todas as pessoas com tuberculose no País. E, em 1973, ocorre a implantação da vacinação com BCG intradérmica, sendo obrigatória para menores de um ano de idade a partir de 1976. (RUFFINO-NETTO, 2002).

Em 1975, inaugura-se o II Plano Nacional de Desenvolvimento, que inclui o Programa de Controle da Tuberculose, tendo como objetivo integrar os diferentes níveis do governo para reduzir a morbidade, mortalidade e problemas socioeconômicos decorrentes da tuberculose. Em 1976, organiza-se a Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária (DNPS), cuja abrangência era ainda indefinida no momento da sua criação; com isso houve diminuição dos poderes e autonomia do antigo DNT. (RUFFINO-NETTO, 2002).

Após um período de euforia nas décadas de 70 e 80 do século XX, foram verificadas altas taxas de cura com o tratamento encurtado da tuberculose, o que resultou na ilusão de que a tuberculose estivesse sob controle, ocorrendo redução do interesse da comunidade acadêmica e da sociedade civil acerca da tuberculose. (KRITSKI *et al.*, 2007).

Entre as décadas de 1970 e 1980, com o declínio da incidência

generalizada da tuberculose nos países desenvolvidos, muitos médicos sentiram que talvez não fosse necessário mudar os hábitos, e o tratamento autoadministrado tornou-se uma prática da maioria dos grandes centros. (RUFFINO-NETTO; VILLA, 2006).

Na década de 80 do século XX, o PNCT iniciou o processo de descentralização do nível federal para o nível estadual, estendendo-se ao nível municipal a partir de 1990. Em 1993, o Ministério da Saúde definiu o plano de controle da doença, cujo alvo seria o fortalecimento do PNCT nos municípios. (GONÇALVES; PENNA, 2007).

Em 1981, é assinado o convênio entre INAMPS/SES/MS, com o objetivo de transferir a execução do controle da tuberculose para as secretarias estaduais de saúde. A partir de 1981, aparecem novas estratégias de organização dos serviços de saúde: Ações Integradas de Saúde (AIS), Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) e finalmente o Sistema Único de Saúde (SUS).

Avanços expressivos foram alcançados pelas AIS, em vários estados, possibilitando o fortalecimento da rede básica ambulatorial, aumentando a capacidade de atendimento à demanda, possibilitando a contratação de recursos humanos e a revisão do papel dos serviços privados. A descentralização das ações de controle da tuberculose para o nível estadual permitiu uma redução do gasto com a tuberculose. (FINKELMAN, 2002).

A nova Constituição Federal de 1988 incorporou mudanças no papel do Estado e alterou o sistema público de saúde, estabelecendo novas relações entre as esferas de governo, através de um processo de municipalização da saúde, que começou pela transferência da rede de atenção primária à saúde estadual para os municípios, dando origem ao Sistema Único de Saúde. (ANDRADE; SOARES; CORDONI JR., 2001).

Com vistas a regulamentar o processo de descentralização proposto pelo SUS, foram editadas as Normas Operacionais Básicas (NOB), que são instrumentos de regulação que tratam de aspectos de organização do sistema de saúde, como também da divisão de responsabilidades de gestão da saúde nas três esferas de governo. A descentralização, na área de saúde, representou um processo complexo diante das dificuldades financeiras, institucionais e administrativas dos estados e municípios. (RUFFINO-NETTO; VILLA, 2006).

Em 1990, criou-se a Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária (CNPS), ligada à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), e foi extinta a CNCT. Nesse momento, ocorreu a não-priorização do programa de controle da tuberculose, o enfraquecimento das

coordenações estaduais, a diminuição dos recursos financeiros, a diminuição das supervisões do programa, assim como a disseminação da AIDS, a diminuição da busca de casos novos de tuberculose e a piora dos resultados de tratamento com aumento do abandono. (RUFFINO-NETTO, 1999). Durante esse período, não havia disponível em todo o País as medicações para a tuberculose e a estrutura das equipes de saúde que trabalhavam na comunidade foram desarticuladas, não havendo mais integração entre os níveis de atenção dos sistemas de saúde. Os municípios assumiram o Programa de Controle da Tuberculose e as ações de busca ativa foram pouco incorporadas na rotina dos serviços de saúde. (RUFFINO-NETTO; VILLA, 2006).

Em 1993, a OMS declara o estado de emergência da tuberculose no mundo, o que fez o Ministério da Saúde elaborar o Plano Emergencial para o controle da doença, que foi implantado a partir de 1996. Esse plano tinha como objetivo aumentar a efetividade das ações de controle através da implementação de atividades específicas em 230 municípios prioritários, onde se concentravam 75% dos casos estimados de tuberculose, visando diminuir a transmissão do bacilo. (RUFFINO, 2000; SANTOS, 2007). A escolha dos municípios prioritários baseou-se em critérios de magnitude epidemiológica da tuberculose e da AIDS, tamanho da população e informações operacionais de vigilância dos casos. (RUFFINO-NETTO, 2000).

Naquele momento, a OMS propôs a estratégia *Directly Observed Therapy, short-course* (DOTS), cujas principais metas eram atingir 85% de sucesso de tratamento e 70% de detecção de casos. Essa estratégia tem sido recomendada e introduzida em diferentes partes do mundo. (WHO, 1994). No Brasil, ela faz parte do Plano Nacional de Controle da Tuberculose, que vem contando com as estratégias do Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, sugerindo que tal parceria possa vir a contribuir para a expansão das ações de controle da tuberculose, uma vez que essas estratégias têm a família e o domicílio como instrumentos de trabalho. Nessa perspectiva, é dada ênfase à atuação das equipes, enquanto contam com a possibilidade de ampliar a detecção de casos, melhorar a adesão terapêutica e reduzir o abandono ao tratamento. (MUNIZ, 2004).

A partir de 2001, as ações de controle da tuberculose vêm sendo desenvolvidas em seis eixos de atuação: mobilização técnica, política e social em torno de metas de controle da doença; descentralização das ações e mudança no modelo de atenção, com a reorganização dos serviços; melhoria da vigilância epidemiológica e do sistema de informação; ampliação e qualificação da rede de laboratórios; garantia

de assistência farmacêutica, com distribuição descentralizada e acompanhamento de estoques; e capacitação de recursos humanos. (FINKELMAN, 2002).

Dessa forma, é elaborado um novo plano, o Plano de Controle da Tuberculose no Brasil, para o período de 2001-2005. Esse plano conta com a Estratégia do Programa Saúde da Família, desde 2001, na sua proposta de trabalho. (BRASIL, 2000b).

O fortalecimento das ações em nível de atenção primária, sobretudo com a incorporação de atividades de prevenção e controle da tuberculose ao Programa Saúde da Família, prevê a ampliação da cobertura e melhora qualitativa das ações do PNCT. O PSF representa a possibilidade de se horizontalizar o combate à tuberculose, oferecendo uma maior oportunidade de diagnóstico e tratamento para a comunidade e facilitando o acesso.

Atualmente o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) está integrado na rede de Serviços de Saúde, e é desenvolvido por intermédio de um programa unificado, executado em conjunto pelas esferas federal, estadual e municipal. Conta com uma política de programação das suas ações com padrões técnicos e assistenciais bem definidos, garantindo a distribuição gratuita de medicamentos e outros insumos necessários, bem como ações preventivas e de controle do agravo, permitindo o acesso universal da população. (BRASIL, 2009).

Desde o lançamento em 1996 do Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose, o Ministério da Saúde recomenda a implantação do tratamento supervisionado, formalmente oficializado em 1999 por intermédio do PNCT. (BRASIL, 2009).

Observam-se ainda as dificuldades no processo de descentralização do Programa de Controle da Tuberculose para os municípios brasileiros, bem como na atenção às pessoas com tuberculose. Percebe-se inclusive que em muitos lugares o atendimento a pessoas com tuberculose continua ocorrendo em ambulatórios especializados, sem expansão para a rede básica. Entretanto, a descentralização das ações continua sendo uma das prioridades para que o PNCT atinja a meta de curar 85% das pessoas com tuberculose, diminuindo o abandono, evitando o surgimento de bacilos resistentes e possibilitando um efetivo controle da tuberculose no País. (BRASIL, 2009).

O tratamento supervisionado (TS), recomendado pela OMS, é um dos cinco elementos que compõem a estratégia DOTS. A adoção dessa estratégia exige um compromisso governamental em: garantir os recursos para o controle da tuberculose; organizar os serviços para a

descoberta, o diagnóstico e o tratamento de caso; promover o diagnóstico mediante o exame de escarro nos sintomáticos respiratórios que procuram os serviços de saúde; garantir o fornecimento regular dos medicamentos e insumos para todos os laboratórios em todos os serviços de saúde; e estruturar um sistema de informação eficiente de registro e acompanhamento até a cura. O DOTS é definido como uma das prioridades para o controle da tuberculose, principalmente para os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose notificados no mundo, dentre os quais o Brasil ocupa o 18º lugar. (BRASIL, 2009).

Têm-se observado, contudo, problemas de implantação ou implementação dessa estratégia, variando de região, de estado, de cidades e mesmo entre uma ou outra área de abrangência. Entre as dificuldades identificadas, reconhece-se que é preciso fortalecer o processo de trabalho na atenção básica, uma vez que as ações de controle da tuberculose devem ser amplamente difundidas nesse nível de atenção.

Figueiredo *et al.* (2009), ao analisarem o acesso ao tratamento para tuberculose em serviços de saúde vinculados ao Programa Saúde da Família e em ambulatório de referência em cinco municípios prioritários do Sudeste e em dois prioritários do Nordeste, verificaram que o tratamento supervisionado foi incorporado por poucos serviços e que, embora seja disponibilizado pelo serviço público de saúde, ainda representa um custo econômico para o paciente, em função da necessidade de deslocamento até o serviço de saúde e da perda do turno de trabalho, para ser consultado.

Scatena *et al.* (2009) pontuam que a descentralização das ações da tuberculose para o Programa Saúde da Família e ambulatório parece não ter apresentado desempenho satisfatório para o acesso ao diagnóstico de tuberculose, pois a organização dos serviços não garantiu acesso ao diagnóstico precoce da doença.

A estratégia DOTS tem sido pensada com o objetivo de diminuir as taxas de abandono. Nessa perspectiva, alguns estudos foram feitos buscando identificar os motivos para a não-adesão ao tratamento. A organização dos serviços de saúde é trazida como um fator importante, assim como as questões relacionadas ao trabalho das pessoas em tratamento.

Sá *et al.* (2007) identificaram que os motivos de abandono do tratamento da tuberculose estão associados a: falta de informação; representações negativas relacionadas à doença e ao tratamento; etilismo; tabagismo e uso de drogas ilícitas; crença da obtenção de cura

através da fé; problemas socioeconômicos; intolerância medicamentosa; regressão dos sintomas no início da terapêutica; tempo de tratamento; número de comprimidos ingeridos; e problemas relacionados ao trabalho desenvolvido por profissionais de Saúde da Família.

Nesse mesmo aspecto, Souza *et al.* (2009) realizaram um estudo para analisar as características relacionadas à adesão ao tratamento dos casos de tuberculose em unidades de referência em Salvador. Observou-se que as unidades com alta adesão possuíam equipe de saúde completa. A adesão foi um fator importante para a cura, porém o número de unidades que alcançaram a meta de cura foi baixo. Pode-se inferir que a presença de equipe multidisciplinar completa no programa de tuberculose pode contribuir para a compreensão da pessoa com tuberculose sobre a sua enfermidade e, dessa forma, contribuir para a adesão ao tratamento.

As estratégias para controle da doença precisam considerar os fatores associados ao abandono, que estão intimamente relacionados aos hábitos das pessoas e à maneira como elas se apoderam das informações sobre sua doença e são motivadas a completar seu tratamento (PAIXÃO; GONTIJO, 2007), pois, mesmo não tendo que pagar pelos medicamentos e tratamento da tuberculose, existem os custos familiares ligados à perda de rendimentos, por causa da doença, que também contribuem para o abandono. (COSTA *et al.*; 2005).

Lindoso *et al.* (2008) apontam que há baixa participação das unidades básicas de saúde no diagnóstico da tuberculose e a elevada subnotificação dos casos. Ainda que todas as pessoas com tuberculose sejam reconhecidas pelos serviços de saúde, a notificação desses casos pelo sistema de informação nem sempre ocorre, ou os registros são incompletos, dificultando o conhecimento da incidência da doença. (BRAGA, 2007).

A Lei Orgânica da Saúde prevê, como competências e atribuições comuns a União, estados e municípios, a organização e coordenação do Sistema de Informação em Saúde, no caso da tuberculose o SINAN é a principal fonte de registro. (NOGUEIRA *et al.*, 2009).

É importante destacar que a execução das atividades no combate e controle da tuberculose, nas Unidades de Saúde da Família, depende da intervenção dos profissionais, cuja atenção e atribuições devem estar direcionadas para a descoberta e anulação das fontes de infecção na comunidade. (II DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA TUBERCULOSE, 2004).

Apesar das dificuldades, observa-se que, ao longo das últimas décadas, os serviços públicos de saúde para o tratamento de tuberculose

no Brasil foram estruturados e descentralizados, com a política de controle firmemente atrelada ao nível básico de atenção à saúde. (JAMAL; MOHERDAUI, 2007).

O controle da tuberculose nas unidades de saúde requer uma atenção permanente, sustentada e organizada, com um sistema em que a porta de entrada pode estar situada tanto em um nível mínimo como em um nível de alta complexidade, contanto que seja assegurado ao doente, quando necessário, o direito de mover-se para os níveis de maior qualificação, com base numa assistência voltada para o atendimento de suas necessidades.

Por outro lado, o aumento da coinfeção entre o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e o bacilo da tuberculose (TB) apresenta desafios que dificultam a redução da incidência de ambas as infecções, os quais têm sido bem documentados ao longo dos últimos anos. O aumento da prevalência global do HIV teve sérias implicações para os programas de controle da tuberculose, particularmente em países com alta prevalência dessa doença, como o Brasil. O HIV, além de aumentar o número de casos de tuberculose, também tem sido um dos principais responsáveis pelo aumento da mortalidade entre os coinfectados. (JAMAL; MOHERDAUI, 2007).

A quimioterapia é considerada a principal estratégia de atuação do controle da tuberculose. As medicações para tuberculose são efetivas e sua finalidade é atuar em diferentes estágios do metabolismo bacilar, visando potencializar o efeito destrutivo. No Brasil, os esquemas medicamentosos são padronizados de acordo com a forma clínica e a história de tratamento anterior. Qualquer que seja o esquema, a medicação é de uso diário. (CAMPOS, 2009).

Com a descoberta da estreptomicina, em 1944, e o desenvolvimento de novos fármacos ativos contra o bacilo tuberculoso, o combate à tuberculose passou a ser efetivo, tornando possível curar a maioria das pessoas com tuberculose. Porém, o uso incorreto das drogas criou um novo obstáculo à cura: a seleção e o desenvolvimento de bacilos resistentes. (CAMPOS; MELO, 2000).

O uso inadequado das medicações preconizadas de primeira linha para o tratamento da tuberculose está relacionado ao aparecimento de cepas multirresistentes do *Mycobacterium tuberculosis*. A multirresistência é considerada um fenômeno biológico iatrogênico, devido a tratamentos inadequados, tanto pelo uso irregular das medicações quanto por esquemas de baixa potência. (DALCOMO; ANDRADE; PICON, 2007). A incidência de casos multirresistentes tem crescido desde a introdução do tratamento para tuberculose em 1944.

Em algumas regiões, o número de casos vem crescendo nos últimos anos, a saber: países da antiga União Soviética, Irã, Israel, China, e na América Latina, Argentina e Peru. O número de casos de MDR no mundo notificados à OMS em 2005 foi de 18.422, sendo que destes 23,8% estavam localizados nas Américas. Em 2006, foram publicados trabalhos revelando a chamada tuberculose extensivamente resistente – “XDR-TB”. Pelo inquérito desenvolvido pela OMS, foram identificados 37 países com essa forma de tuberculose, incluindo Estados Unidos, Canadá, México, todos os países do G8 e o Brasil, porém estima-se que deve haver em muitas outras partes do mundo. Entretanto, esses dados podem ser ainda mais alarmantes, ao se considerar que em muitas partes do mundo essa frequência seja maior, dado às dificuldades de recursos para diagnóstico e infraestrutura. (BRASIL, 2007).

Após o II Inquérito Nacional de Resistência aos Fármacos Anti-TB, realizado em 2007 e 2008, mostrando aumento na taxa de resistência primária à isoniazida e à rifampicina, comparado ao I Inquérito de Resistência em 1997, aliado às evidências internacionais, o esquema para tratamento de tuberculose no Brasil foi modificado no final do ano de 2009, passando a contar com um esquema chamado “quatro em um”, com dose fixa combinada de rifampicina+isoniazida+pirazinamida+etambutol (SBPT, 2009), todos esses fármacos em um único comprimido, estrategicamente pensados com o objetivo de impedir a tomada isolada dos medicamentos e maior conforto da pessoa pela redução do número de comprimidos. Assim, espera-se aumentar a adesão ao tratamento, maiores taxas de sucesso terapêutico e redução da resistência aos fármacos antituberculose. (BRASIL, 2009a).

2.1.1 Aspectos Epidemiológicos

Há uma década, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a tuberculose (TB) em estado de emergência no mundo, sendo ainda hoje a maior causa de morte por doença infecciosa em adultos. Segundo estimativas da OMS, dois bilhões de pessoas, correspondendo a um terço da população mundial, está infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, porém apenas cinco a dez por cento dos casos infectados desenvolverão a doença. Não há como eliminar o bacilo de todos os indivíduos infectados. Eles podem permanecer com os bacilos contidos pelas células de defesa do organismo indefinidamente e só

desenvolverem a doença se tiverem as defesas diminuídas. Destes, oito milhões desenvolverão a doença e dois milhões morrerão a cada ano. (BRASIL, 2009).

Calcula-se que uma pessoa bacilífera infecte cerca de dez a 15 outras por ano, na comunidade com a qual tem contato, antes de iniciar o tratamento específico. A transmissão através da via inalatória dificulta as chances de proteção humana. No Brasil, cerca de 90% dos novos casos notificados apresentam a forma pulmonar da doença. (II DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA TUBERCULOSE, 2004).

No Brasil e em outros 21 países em desenvolvimento, a tuberculose é um importante problema de saúde pública. Nesses países, encontram-se 80% dos casos mundiais da doença. Todos os anos são registrados por volta de oito milhões de novos casos e quase três milhões de mortes. Pessoas idosas, minorias étnicas e imigrantes estrangeiros são os mais atingidos nos países desenvolvidos. Nos países em desenvolvimento, o predomínio é da população economicamente ativa (de 15 a 54 anos) e os homens adoecem duas vezes mais do que as mulheres. (BRASIL, 2009).

Estima-se que mais de 50 milhões de pessoas no Brasil estejam infectadas pelo bacilo da tuberculose. Por ano, são notificados aproximadamente 100 mil casos novos e de cinco mil a seis mil mortes em decorrência da doença. Com o surgimento da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS), em 1981, observa-se, tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, um crescente número de casos notificados de tuberculose em pessoas infectadas pelo HIV. A associação dessas duas enfermidades constitui um sério problema de saúde pública, podendo levar ao aumento da morbidade e mortalidade pela TB em muitos países. (BRASIL, 2009).

O Brasil é o 108º país em incidência de tuberculose no mundo. A tuberculose é a quarta causa de mortes por doenças infecciosas no Brasil e a primeira causa de mortes das pessoas com AIDS. O número de óbitos vem caindo nos últimos anos e em 2007 foram aproximadamente 4.500. (BRASIL, 2009). Também em relação à incidência no Brasil, observa-se uma tendência à redução: no ano de 2005 a incidência era de 43/100.000 habitantes, em 2007 de 39/100.000 habitantes, em 2008 de 37,1/100.000 habitantes, sendo que a meta para 2015, segundo a OMS, é de 25,9/100.000 habitantes. (SANTA CATARINA, 2009).

No panorama nacional, Santa Catarina aparece como o 22º estado em incidência no País, nos anos de 2005, 2006 e 2007, a incidência ficou em torno de 27/100.000 habitantes, e, em 2008, tivemos um aumento, passando para 28,8/100.000 habitantes, contrária a tendência

nacional de queda. Vale destacar que, embora a incidência se apresente menor que a nacional, as cidades litorâneas catarinenses apresentam incidência de 31 a 41/100.000 habitantes, semelhante à média nacional, que em 2008 foi de 37,1/100.000 habitantes. (SANTA CATARINA, 2009).

Os municípios de Balneário Camboriú, Blumenau, Camboriú, Criciúma, Florianópolis, Itajaí, Joinville, Navegantes e São José são prioritários para a tuberculose, devido ao número de casos, altas taxas de incidência e alto percentual de coinfeção (TB/HIV/AIDS). (SANTA CATARINA, 2009).

A taxa de mortalidade no Brasil tem apresentado uma queda de 2% ao ano, em 2005 foi de 3,6/100.000 habitantes; 2006 foi de 3/100.000 habitantes; 2007 foi de 2,5/100.000 habitantes; e em 2008, de 2/100.000 habitantes. Neste aspecto, Santa Catarina ocupa a 26^o posição no País, sendo que a mortalidade nesses anos foi: em 2005 de 0,9/100.000 habitantes, em 2006 de 0,8/100.000 habitantes em 2007 de 0,6/100.000 habitantes e em 2008 de 0,9/100.000 habitantes. Em Santa Catarina, nesse mesmo período (2008), tivemos 0,9% de óbitos tendo como causa básica a tuberculose. Nesse período ainda quando analisamos o percentual de óbitos dentre o total de encerramentos observamos um percentual de 9,0% de óbitos por TB/HIV e 9,7% de óbitos por TB/AIDS. Nesse Estado, praticamente 50% (48,2) dos óbitos por tuberculose estão associados com HIV/AIDS. (SANTA CATARINA, 2009).

O Estado de Santa Catarina sempre esteve entre os Estados com baixas taxas de incidência em tuberculose, apresentando no ano de 2008 uma taxa de 28/100.000 habitantes. Os 1.700 casos novos de tuberculose daquele ano estão distribuídos segundo a forma: 16,3% por tuberculose extrapulmonar, ficando a pleural como mais frequente; 5,3 % pulmonar associada à extrapulmonar; e 78,4%, forma pulmonar. Esses números convergem com o observado nacionalmente, em que temos 82,3% na forma pulmonar, 14,3 % na extrapulmonar e 3,4 % pulmonar associada à extrapulmonar. (SANTA CATARINA, 2009).

Em relação à faixa etária, observa-se predomínio da população economicamente ativa. Em Santa Catarina, tivemos, no ano de 2008, 67% dos casos de tuberculose na faixa etária de 20 a 49 anos, convergente à nacional, que foi de 63,9%. Em relação ao sexo, há predomínio da população masculina, com 1,8 homens para cada mulher com tuberculose. (SANTA CATARINA, 2009).

No que tange a coinfeção TB-HIV, temos percebido o acréscimo em Santa Catarina. No ano de 2005, 17% das pessoas com tuberculose

tinham HIV; em 2006, 19%; 2007, 18%; e em 2008, 20%. (SANTA CATARINA, 2009). É importante destacar que no Brasil a oferta de testagem para HIV em pessoas com tuberculose é uma recomendação do Programa Nacional, porém a testagem é baixo no País como um todo, ficando em torno de 42%, e em Santa Catarina a testagem atinge 80%, o que pode ser responsável pelo índice elevado de casos com associação TB/HIV/AIDS superando o índice do Brasil, que é de 15%. Cerca de 70% dos casos estão entre a faixa etária de 20 a 50 anos e 66% dos casos notificados são do sexo masculino. (SANTA CATARINA, 2009).

Já em relação à estratégia DOTS, em 2008, Santa Catarina conseguiu alcançar 58% e o Brasil 40%. Porém, temos observado que, apesar dos avanços com essa estratégia, a cura ainda está abaixo do esperado, ficando Santa Catarina, em 2008, com 78% dos casos curados, nos coinfectados foi de 54,5% (SINAN, 2009), e o Brasil com 68%, sendo que nos coinfectados a cura foi de 49%. (SANTA CATARINA, 2009).

O abandono, em Santa Catarina, no ano de 2008, foi de 8,3% e, no Brasil, 7,9% colocando o estado na 10ª posição no ranking nacional neste aspecto. (SINAN, 2009).

Observa-se que algumas populações são mais vulneráveis para o adoecimento de tuberculose: a indígena apresenta quatro vezes mais chance de adoecer por tuberculose, as pessoas vivendo com HIV/AIDS, 30 vezes, as pessoas privadas de liberdade, 40 vezes, e os moradores de rua, 60 vezes. (BRASIL, 2009).

2.2 AS REDES SOCIAIS EM SAÚDE

A abordagem de redes tem sido utilizada em diversas áreas, como: redes digitais, redes de telecomunicações, redes migratórias, redes de solidariedade, redes sociais em saúde. Todas essas redes sociais são estratégias construídas pelas pessoas para potencializar seus trabalhos, desejos, interesses, ações sociais encontradas em diversas sociedades. (GUERRA, 2007).

As redes sociais constituem um tema em debate na atualidade sociológica para se compreender a complexidade da vida social. (MARTINS, 1997). A ideia de redes se desenvolve a partir da urgência teórica de se dar conta das interações complexas da vida social e dos desafios epistemológicos da integração nos diversos processos sociais. (OLIVEIRA, 2003).

A ideia de redes nas ciências sociais é aplicada à sociedade como um conjunto de relações e funções desempenhado pelas pessoas, umas em relação às outras. "Como característica das sociedades complexas, cada associação de seres humanos funciona de maneira muito específica, o que cria uma dependência funcional entre os indivíduos". Os vínculos entre esses indivíduos se fazem ininterruptamente, são ligações invisíveis, porém reais. (MARTELETO, 2000, p. 78).

Ainda que o conceito de rede seja utilizado para fazer referência a distintas realidades, apresenta, como ideia comum, a imagem de pontos conectados por fios, de modo a formar a imagem de uma teia. (OLIVEIRA, 2003).

Rede pode ser definida como um sistema de elos, como um grupo de pessoas no qual o indivíduo tem algum vínculo, uma estrutura sem fronteiras, uma comunidade não geográfica, um sistema de apoio. Nesse sentido, a rede social representa um conjunto de participantes autônomos, unindo ideias e recursos em torno de valores e interesses compartilhados. (GRIEP; FAERSTEIN; LOPES, 2003; MARTELETO, 2001; BARBOSA; BYINGTON e STRUCHINER, 2000; CASTELLS, 1999; SODRÉ, 2002; COSTA *et al.*, 2003). Ela inclui os relacionamentos mais próximos, como família e amigos íntimos, e relacionamentos formais. (SEEMAN, 1996). Pode ser entendida também como um sistema composto de várias pessoas, funções e situações, que oferece apoio instrumental e emocional à pessoa, em suas diferentes necessidades, e também a ações que levam a um sentimento de pertencer ao grupo. (DESSEN; BRAZ, 2000). A rede ainda pode ser definida como a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas. Essa rede corresponde ao nicho interpessoal da pessoa e contribui substancialmente para seu próprio reconhecimento, como indivíduo, e para a sua autoimagem. (SLUZKI, 1997). A rede pode desempenhar diferentes papéis, como: companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e conselhos, regulação social, ajuda material e serviços e acesso a novos contatos. (SLUZKI, 1997).

Para Castells (1999), rede é um conjunto de nós interconectados. Nó é o ponto no qual uma curva se entrecorta. O que um nó é, concretamente, depende do tipo de redes concretas de que falamos. Ele expõe que redes são estruturas abertas capazes de se expandir de forma ilimitada, integrando novos nós desde que consigam comunicar-se dentro da rede, ou seja, desde que compartilhem os mesmos códigos de comunicação, tais como valores.

A pessoa pode ter uma rede social e não receber necessariamente apoio dessa rede. Na verdade, "a rede social pode ser concebida como a

estrutura social através da qual o apoio é fornecido”. (GRIEP, 2003, p. 14).

Para Pinto *et al.* (2006), a rede social é um conceito em construção que envolve ao mesmo tempo a estrutura da rede de relações sociais e a adequação de sua função, especialmente o grau de satisfação da pessoa com o apoio que usufrui.

Na perspectiva de Meirelles (2004, p. 6), redes sociais são entendidas como:

(...) um tecido de relações e interações que se estabelecem com uma determinada finalidade e se interconectam por meio de linhas de ação, trabalhos conjuntos, ações integradas ou conjuntos de ações. Os pontos dessa rede podem ser pessoas, grupos e instituições, governamentais ou não.

Apoio social pode ser definido como qualquer informação ou auxílio material oferecidos por grupos ou pessoas que resultem em efeitos emocionais ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, que gera efeitos positivos para a pessoa que o recebe como também para quem oferece o apoio. (VALLA, 1999, 2000).

De acordo com as reflexões de Glanz, Rimer e Lewis (2002), o termo “rede social” se refere a uma rede de relações em torno do indivíduo. Apoio social é uma das importantes funções das relações sociais. As redes sociais, portanto, estão integradas entre as pessoas que podem prover apoio social.

Griep *et al.* (2003) citam que a relação do indivíduo com seu ambiente envolve processos dinâmicos, que requerem adaptações contínuas. Dessa forma, diferentes tipos de recursos são necessários para lidar com as demandas e os problemas da vida diária, dentre eles, a disponibilidade de redes sociais constituem-se recursos sociais importantes. A rede social pode ser definida como o grupo de pessoas com as quais o indivíduo mantém contato ou alguma forma de vínculo social.

A rede familiar e a comunidade são espaços naturais de proteção e inclusão social. Além disso, essas estruturas possibilitam a conservação dos vínculos relacionais, permitindo melhoria na qualidade de vida. É no ambiente familiar, no relacionamento com vizinhos, que as pessoas estabelecem relações primárias, as quais constituem a sustentação para o enfrentamento das dificuldades cotidianas.

A condição de saúde das pessoas influencia na situação de sua

rede social. Dessa condição, surgem situações em que a rede é mobilizada em uma contribuição positiva para a saúde.

Nessa perspectiva, o apoio social recebido e percebido pelas pessoas com tuberculose é fundamental para a manutenção da saúde e para o enfrentamento de situações estressantes.

Perder o contato com outras pessoas provoca, ao longo do viver, a perda de interesse pela vida. Para uma adaptação adequada, é imprescindível que haja um ambiente em que a pessoa com tuberculose possa se sentir como parte integrante de um grupo social. (PEDRO; NASCIMENTO; ROCHA, 2007).

A literatura tem mostrado que as redes sociais de apoio influenciam nas condições de saúde e mortalidade da população em geral. (PINTO *et al.*, 2006).

Tem-se observado a influência das redes de apoio nas doenças crônicas, nas reações da criança à hospitalização, nos processos de expansão da família, nas interações entre irmãos com deficiência mental, no cuidado ao prematuro, na depressão em idosos, na abordagem a pessoas vivendo com HIV, no cotidiano de pessoas com transtorno mental, na reabilitação de mulheres mastectomizadas, no apoio social na velhice, no nascimento dos filhos, entre outras situações. Em todos esses estudos, o apoio social se apresenta como uma possibilidade de enfrentar melhor os processos vividos naquele momento, pois o apoio social é um dos recursos mais importantes que se dispõe para lidar com as situações estressantes. Nesses estudos, identificou-se que: as pessoas que recebem mais apoio social, ou têm uma rede de apoio específico, têm uma melhor condição funcional e psicológica do que as que não têm; o tamanho da rede social não tem um papel importante na determinação das limitações funcionais das pessoas, mas, sim, sua densidade; a rede de apoio compreende aspectos afetivos e estruturais de apoio social. (SIMIONI e GEIB, 2008; JUSSANI; SERAFIM; MARCON, 2007; CARNEIRO *et al.*, 2007; GUEDEA *et al.*, 2006; PINTO *et al.*, 2006; ROSA *et al.*, 2007; COSTA e LUDERMIR, 2005; BARROS; SANTOS e ERDAMAN, 2008; SILVÉRIO *et al.*, 2008; SANTANA; ZANIN; MONIGLIA, 2008; BELTRÃO *et al.*, 2007).

A rede social e os padrões de apoio são determinados, parcialmente, pelo tipo de doença. Talvez isso possa estar relacionado às diferenças nas características das doenças, as quais têm diferente impacto psicossocial e implicação no viver das pessoas. As características da doença, tais como a sua progressão e a visibilidade dos sintomas, determinam o tipo de apoio, logo, a compreensão das

diferenças específicas das doenças e similaridades na rede social e nos padrões de apoio são úteis para lidar com as pessoas acometidas. (PENNINX, 2005).

Apresento alguns estudos da realidade brasileira e da latino-americana que utilizaram a abordagem de redes sociais e apoio social. Esses estudos foram selecionados em revistas de referência na área da pneumologia e na base de dados SciELO, utilizando os descritores redes sociais e apoio social.

Mazzei *et al.* (2003) desenvolveram um estudo que objetivou identificar os tipos de suportes sociais (emocional, instrumental ou informativo) existentes e oferecidos pelo Programa de Controle da Tuberculose (PCT) às pessoas submetidas ao tratamento supervisionado (TS) em Ribeirão Preto (SP). Foram identificados dois tipos de incentivos e benefícios: benefícios específicos à pessoa portadora de tuberculose – a cesta básica (mensal), um litro de leite (semanal) e o Abrigo Ana Diederichsen; e benefícios gerais que poderiam estar sendo disponibilizados a essas pessoas – Auxílio-doença, Amparo Assistencial ao Idoso e ao Deficiente, Bolsa Escola, Auxílio-gás e Seguro Desemprego. Consideram que quanto mais conhecimento a equipe de saúde tiver em relação às redes de apoio, mais habilidades terão para melhorar a situação de vida dos pacientes, contribuindo para a adesão ao tratamento. Apesar de os autores se referirem aos diferentes tipos de suporte, sua abordagem fica limitada quase que exclusivamente ao suporte instrumental.

Simioni e Geib (2008), no estudo da percepção materna quanto ao apoio social recebido no cuidado à criança prematura no domicílio, relatam que a percepção do apoio social interfere nos processos de adaptação da família ao nascimento de uma criança prematura. Neste estudo, as avós foram percebidas como as fontes de apoio mais significativas. Em relação às dimensões do apoio social recebido, as mães perceberam que o apoio material foi suprido exclusivamente pelos familiares. Na dimensão apoio de informação, a busca da orientação técnica foi percebida como uma ação resolutiva dos profissionais de saúde. Na dimensão apoio para a interação social, as mães perceberam o papel determinante dos amigos para a manutenção da normalidade da vida social.

Jussani, Serafim e Marcon (2007) estudaram a rede de suporte de famílias durante a gravidez e identificaram que as ações de apoio foram de natureza, principalmente, psicológica, vindas tanto de integrantes da família como de pessoas externas a ela. Esse apoio foi considerado fundamental para o bem-estar das mulheres grávidas, reforçando a

importância da rede social para a saúde física e emocional, interferindo de forma positiva em suas vidas. Revelou também que a rede social favorece o bom desenvolvimento da gestação e que para uma assistência mais eficaz é necessário que os profissionais de saúde atentem para o fato de a mulher ter uma rede de suporte com que possa contar durante a gravidez.

Ao discutirem a qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos, Carneiro *et al.* (2007) apontam que há relação entre habilidades sociais, apoio social e qualidade de vida na terceira idade. Os idosos não institucionalizados apresentaram níveis mais elevados de habilidades sociais, de apoio social e de qualidade de vida do que os idosos asilados, os quais, por sua vez, apresentaram níveis mais elevados de depressão. Esses resultados convergem com os estudos que indicam que as habilidades sociais são um componente importante para a qualidade de vida e a saúde dos idosos e que as deficiências em habilidades sociais constituem um fator de vulnerabilidade para a baixa qualidade de vida e para a depressão em indivíduos da terceira idade.

Guedea *et al.* (2006) também analisaram a relação de bem-estar nos idosos e perceberam que o bem-estar foi definido pela satisfação com a vida, os afetos positivos e afetos negativos. Também se confirmou o poder preditivo do apoio social no bem-estar dos idosos: a satisfação com a vida aumenta com a satisfação com o apoio percebido e com o apoio provido; os afetos positivos aumentam com a satisfação com o apoio; e os afetos negativos diminuem quando o idoso provê apoio aos outros.

Pinto *et al.* (2006), no estudo desenvolvido com idosos, assistido pelo PSF em Taquarituba (SP), observaram que o perfil do idoso com mais chance de inadequação do suporte social são mulheres, analfabetos, viúvos/solteiros, idosos com rendimento entre um e dois salários mínimos e idosos vivendo com menor número de pessoas.

Situação um pouco distinta foi encontrada no estudo realizado na cidade de Guadalajara (México). Robles (2000) evidenciou que as redes sociais dos idosos eram compostas, principalmente, de mulheres. Eram redes multigeracionais, proporcionando, em sua maioria, apoio emocional. As mulheres, os casados e os viúvos tinham redes maiores e recebiam mais apoio de natureza emocional que os homens e os solteiros.

Convergente ao estudo de Pinto *et al.* (2006), Rosa *et al.* (2007) descreveram a distribuição das redes sociais e de apoio aos idosos no município de São Paulo (SP) e observaram que idosos com níveis de renda mais baixos mostraram maiores chances de apresentarem piores

níveis de integração social e baixas frequências de apoio funcional. Apontam que as ações com vistas a prevenção e promoção de saúde, voltadas especificamente aos idosos e seus familiares, poderiam ser planejadas com o apoio da Estratégia Saúde da Família.

Costa e Ludermir (2005), ao estudarem o apoio social a pessoas com transtorno mental, em Pernambuco, indicam a importância de se investir em redes de apoio social para promover a interação dos indivíduos e aumentar a confiança pessoal e o poder de enfrentamento dos problemas. Um dado importante deste estudo é com relação à quantidade de pessoas por domicílio. Se, por um lado, dividir o espaço físico com muitas pessoas pode significar um maior apoio social, por outro, pode também representar uma redução da privacidade, que pode ser um fator estressante em longo prazo.

Barros, Santos e Erdmann (2008) estudaram a rede social de apoio às pessoas idosas estomizadas. Evidenciaram a importância do suporte social: na família, na rede de amigos e vizinhos, no serviço de estomaterapia, com seus trabalhadores, além do convívio com outros estomizados. Verificou-se uma lacuna, percebida na relação entre as pessoas idosas estomizadas e a rede básica de saúde, sendo necessária mais integralidade. A rede social de apoio mostra-se inserida num sistema social complexo.

Silvério *et al.* (2008), ao avaliarem o apoio social e a autoestima a pessoas com coronariopatias internadas para tratamento clínico, perceberam que o apoio social dos participantes mostrou-se elevado, tanto para a dimensão emocional quanto para a instrumental em ambos os sexos. Porém, as mulheres referiram que tiveram menor apoio social até um ano após o infarto agudo do miocárdio (IAM), em comparação com os homens, e que receberam menos assistência nas suas tarefas domiciliares de cuidadores informais.

Santana, Zanin e Moniglia (2008) avaliaram as estratégias de enfrentamento, rede e apoio social de pessoas com câncer de cabeça e pescoço atendidas em um hospital do interior paulista. A rede social apresentou-se ampla, mas com grau de intimidade baixo. Observou-se que usam pouco o suporte social, o que pode estar relacionado ao afastamento das pessoas devido à aparência física alterada pelo tratamento do câncer. Mesmo assim, consideraram satisfatórios seus relacionamentos sociais. Porém, a fragilidade dessas interações quanto ao grau de intimidade e reciprocidade é um fator que preocupa, pois os pacientes participam menos de situações em grupo e, portanto, têm menos contato com as pessoas que fazem parte de seu ambiente social.

Beltrão *et al.* (2007) aponta que o diagnóstico do câncer infantil

na perspectiva materna revelou uma experiência chocante, dolorosa e desesperadora, mas contar com o apoio familiar foi muito importante. Os suportes para o apoio familiar foram: as crenças religiosas individuais, a família, a equipe de saúde e os amigos. Outra forma de apoio foi o convívio diário no hospital com outras pessoas, que fez surgir amizades, minimizando o sofrimento. Esta rede de apoio auxiliou no enfrentamento da doença, contemplando aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

Procurei trazer alguns aspectos que vêm sendo abordados de uma forma geral sobre redes sociais e apoio social nos estudos na área da saúde, mostrando as produções que vêm sendo feitas pelos profissionais da saúde, sem, no entanto, ter a pretensão de esgotar o tema, mas, sim, de apresentar a importância de estudar redes sociais e apoio social nas diversas áreas e em especial na tuberculose. Na temática da tuberculose, percebo que os estudos ainda são centrados nas questões epidemiológicas e operacionais da doença, e nos programas de controle da doença. Assim, ainda identifico lacunas na abordagem das pessoas com tuberculose, principalmente no que diz respeito às repercussões da doença no seu viver, aos processos que alteram seu cotidiano e às suas redes de relações e interações.

A abordagem de redes sociais se apresenta como uma possibilidade de aproximação mais efetiva da complexidade que envolve o viver com tuberculose, podendo contribuir para uma assistência que considere a pessoa com tuberculose em seu contexto, a partir da compreensão do que efetivamente muda na vida das pessoas com o diagnóstico da tuberculose.

Na concepção do presente estudo, rede social é o conjunto de pessoas e/ou instituições ou organizações que dão algum tipo de apoio para o viver com tuberculose, visando contribuir para o bem-estar dessas pessoas. Essas redes nem sempre configuram conexões explícitas e reconhecidas entre seus integrantes, como proposto por Meirelles (2004). No entanto, o fato das pessoas buscarem e/ou receberem apoio de diferentes fontes (pessoas e/ou instituições), acabam por iniciar a tecitura dessas redes.

3 MÉTODO

Optei pela utilização da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), no inglês *Grounded Theory* pela possibilidade de explorar a riqueza e a diversidade da experiência humana, permitindo gerar conhecimento sobre as redes de apoio a pessoas com tuberculose. A escolha da Teoria Fundamentada nos Dados foi em decorrência de essa metodologia permitir o desenvolvimento do conhecimento de forma indutiva, a partir da realidade das pessoas com tuberculose. Este método visa compreender a realidade a partir da percepção ou “significado” que certo contexto ou objeto tem para a pessoa, gerando conhecimentos, aumentando a compreensão e proporcionando um guia significativo para a ação. (STRAUS; CORBIN, 2002, p. 14).

3.1 TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS

A TFD, ou *Grounded Theory*, é uma metodologia construída por Barney Glaser e Anselm Strauss, sociólogos norte-americanos, (GLASER; STRAUSS, 1967), sendo utilizada para gerar teorias fundamentadas em observações do mundo real. A Teoria Fundamentada nos Dados é baseada na formação ordenada de uma teoria a partir dos dados encontrados por meio da pesquisa social.

Para Glaser e Strauss (1967), teorizar no campo da sociologia é “uma estratégia para trabalhar com dados em pesquisa, fornecendo formas de conceituação para descrever ou explicar um fenômeno”. A teoria deve explicar claramente categorias e hipóteses de maneira que possam ser verificadas em pesquisas presentes e futuras, deve ser compreensível e ter aplicação prática. Segundo os idealizadores da Teoria Fundamentada nos Dados, essa metodologia consiste basicamente na descoberta e no desenvolvimento de uma teoria a partir das informações obtidas e analisadas de forma comparativa.

A TFD apresenta um método de análise comparativa constante, pois o pesquisador, ao comparar incidente com incidente, estabelece categorias conceituais que servem para explicar cada dado. A teoria, é gerada por um processo de indução, categorias analíticas emergem dos dados e são elaboradas conforme o trabalho avança, à medida que as categorias vão surgindo.(MELLO,2005)

Essa teoria não necessita de uma base epistemológica para

justificar seu uso. É um método abrangente, que pode utilizar diversas perspectivas teóricas, desde que pertinentes ao tema em estudo. A Teoria Fundamentada nos Dados é um modelo indutivo, que pode ser utilizado com qualquer tipo de fonte de dados, e é suficientemente generalista para ser usado por qualquer pesquisador em seu campo de atuação. (GLASER, 2005).

Glaser (2005) esclarece que sua teoria não está vinculada a nenhum marco teórico ou escola de pensamento. O Interacionismo Simbólico não é necessário para legitimar a Teoria Fundamentada nos Dados como método, mas pode ser utilizado como perspectiva sensibilizadora (MELLO, 2005)

Uma das recomendações da TFD implica em ir ao campo antes de construir o referencial teórico, para que este não funcione como um filtro pelo qual o pesquisador passe a observar o ambiente em estudo. Assim, a consulta ocorre ao longo do processo simultâneo de coleta e análise dos dados. Isso não significa que o pesquisador não tenha preconceitos e pressupostos, mas que ele não procure antecipada e formalmente organizá-los antes de ir ao campo.

Strauss e Corbin (2008) enfatizam que uma teoria fundamentada bem construída atenderá a quatro critérios centrais para julgar a aplicabilidade da teoria ao fenômeno estudado: (1) Ajuste – se uma teoria é fiel à realidade cotidiana deve se ajustar à área substantiva estudada; (2) Compreensão – por representar uma realidade, deve ser compreensível e fazer sentido tanto para as pessoas estudadas como para os práticos da área enfocada; (3) Generalização teórica – se o estudo é baseado em dados compreensíveis e em interpretação conceitual extensa, então a teoria resultante deve ser abstrata o bastante e incluir variação suficiente para torná-la aplicável a uma variedade de contextos relacionados àquele fenômeno; (4) Controle – a teoria deve prover controle, pois as hipóteses que propõem relações entre conceitos podem ser usadas para guiar ações posteriores.

Uma teoria que preenche esses requisitos deve ser adaptável ao tipo de situação que está sendo pesquisada e ser funcional quando colocada em uso. (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Glaser (1978) aponta que um requisito importante deste método é a capacidade de modificação da teoria à medida que surgem novos dados. As categorias pré-existentes podem adaptar-se aos dados.

Uma teoria, para Strauss e Corbin (2002), significa um conjunto de categorias, temas e conceitos relacionados de maneira sistemática que indicam relações, para formar um marco teórico explicativo de algum fenômeno. Os achados da investigação vão para além dos ordenamentos

conceituais e convertem-se em teoria a partir dessa relação entre conceitos, estabelecida dentro do marco teórico explicativo.

A construção de uma teoria fundamentada nos dados inicia a partir de uma situação de pesquisa. O pesquisador deve compreender o que está acontecendo e como os participantes percebem e significam o que está acontecendo. Teorizar é um trabalho que implica em conceber conceitos, e também formulá-los em um esquema lógico, e explicativo. (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Os pressupostos para a utilização dessa teoria, segundo Glaser e Strauss (1967), são os seguintes:

- a) toda a experiência humana é um processo que se encontra em constante evolução;
- b) a construção da teoria inclui abordagem dedutiva e indutiva;
- c) devem existir vários grupos amostrais, os quais são comparados entre si, ao longo do estudo, e darão origem aos conceitos da amostragem e à saturação categorial.

A receptividade do pesquisador deve ir além dos dados em si, pois, muitas vezes, novas situações e novas ideias poderão estar nas entrelinhas. Essa sensibilidade aos dados também requer que se registrem todos os eventos e acontecimentos observados no contexto estudado.

O pesquisador deve reconhecer as tendências dos participantes da pesquisa, ter capacidade de análise situacional e fazer uma leitura do contexto organizacional, impedindo algum viés possível no estudo. O investigador é parte integrante do processo de pesquisa, devendo ter habilidades próprias e reconhecer o seu papel nesse tipo de investigação científica.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em um município prioritário no Controle da Tuberculose em Santa Catarina, através das Unidades Básicas de Saúde que contam com o serviço de tuberculose. Esse município possui o Programa de Controle da Tuberculose desde 1998, quando foi criado, atendendo aos critérios exigidos pelo Ministério da Saúde para implantação do serviço de referência do Controle da Tuberculose.

Atendendo às exigências do Ministério da Saúde, em agosto de 2006, todas as unidades de saúde desse município passaram a ter o Programa de Controle da Tuberculose, ou seja, a pessoa com

tuberculose é atendida na Unidade Local de Saúde, por meio de consultas médicas e de enfermagem, visitas domiciliares e também do tratamento supervisionado (TS), pelo agente comunitário de saúde, com supervisão do enfermeiro da área.

O município conta com 20 unidades de saúde e 40 equipes de Estratégia Saúde da Família. A pesquisa foi realizada a partir de cinco unidades de saúde. Estas foram escolhidas por apresentarem o maior número de casos de tuberculose.

3.3 SUJEITOS

Os participantes deste estudo representam os sujeitos com tuberculose e aqueles que compõem a rede de relações e interações das pessoas com tuberculose, sendo eles: 16 pessoas com tuberculose, dois familiares de pessoa com tuberculose, dois médicos, quatro enfermeiras, uma coordenadora estadual do PCTB e um cirurgião dentista, totalizando 26 sujeitos, compondo cinco grupos amostrais.

O primeiro grupo amostral foi composto de oito pessoas com tuberculose consideradas boas informantes, ou seja, sabiam comunicar bem seus pensamentos e opiniões, com fluência e articulação das ideias. Para compor este grupo, foram observados alguns critérios, visando conferir maior fidedignidade aos resultados: ter mais de 18 anos; estar em tratamento para a tuberculose; não ter HIV; não ter abandonado o tratamento; pertencer a uma das unidades de saúde selecionadas; ter interesse em participar da pesquisa; e ter tuberculose pulmonar e/ou extrapulmonar.

Os demais grupos amostrais foram constituídos de acordo com a análise dos dados, as hipóteses geradas, a construção das categorias e seu refinamento, visando alcançar o objetivo proposto.

O número de participantes foi determinado pelo processo de amostragem teórica, como recomenda a Teoria Fundamentada nos Dados. Essa amostragem teórica possibilita a identificação, o desenvolvimento de conceitos pela coleta, a codificação e a análise dos dados. Por sua vez, o analista estabelece os tipos de dados que serão coletados e a seguir quais e quantos deverão ser os participantes das amostras, a fim de desenvolver o modelo teórico que está sendo construído. (GLASER; STRAUSS, 1967).

Amostragem teórica consiste em ter uma amostra baseada nos conceitos que têm relevância teórica para a teoria. A relevância teórica indica que certos conceitos são considerados significantes porque eles

estão repetidamente presentes. A amostragem teórica é cumulativa e aumenta em profundidade, na medida em que os conceitos e suas relações são acumulados através dos procedimentos de levantamento da análise dos dados. Ela parte da geração de categorias em uma área mais ampla para a concentração, densidade e saturação das categorias, focadas em ações específicas. Segundo Strauss e Corbin (2008), a saturação teórica é encontrada quando o desenvolvimento das categorias revela densidade e as relações entre elas são bem desenvolvidas e validadas.

A análise desenvolvida com os dados do primeiro grupo amostral fez surgir alguns questionamentos: O apoio que os profissionais de saúde e os familiares dão, muda de acordo com a etapa do tratamento da tuberculose? A tuberculose provoca separações e afastamento das pessoas, mesmo as mais íntimas? A tuberculose provoca isolamento social?

Na realização das entrevistas com este primeiro grupo amostral, foi tomado como pressuposto que a família era o principal apoio das pessoas com tuberculose. Como resultado da análise dos dados desse primeiro grupo, chamou atenção o fato de o profissional de saúde ser lembrado como importante apoio dessas pessoas, sendo muitas vezes reconhecido como o principal apoio. Associado a isto, alguns relacionamentos familiares pareciam ter sido abalados pela tuberculose, trazendo situações constrangedoras, como a separação conjugal. Por isso, para o segundo grupo amostral foram entrevistados profissionais de saúde.

Na análise dos dados das entrevistas, ainda do primeiro grupo amostral, não foram observadas diferenças na maneira de experienciar a doença e nos apoios que recebiam entre pessoas com tuberculose pulmonar e extrapulmonar. Aqueles com tuberculose extrapulmonar também vivenciam o preconceito e passam pelo mesmo processo de exclusão. Isso pode ser atribuído ao desconhecimento das formas de transmissão. Sendo assim, estas duas formas de tuberculose não foram mais consideradas como critério na escolha dos demais grupos amostrais.

O segundo grupo amostral foi constituído por seis profissionais da saúde, sendo entrevistadas: um médico na Unidade Básica de Saúde, uma enfermeira do Programa, uma enfermeira de um Hospital de Referência em atendimento de pessoas com tuberculose, duas enfermeiras de Unidade Básica de Saúde e um profissional de educação física que trabalha na coordenação estadual da tuberculose. Para compor este grupo, foi tomado como critério trabalhar com pessoas com

tuberculose na atenção primária de saúde e/ou secundária e/ou terciária.

Este segundo grupo amostral foi formado com intuito de responder aos seguintes questionamentos que surgiram da análise do primeiro grupo amostral, focalizando a percepção desses profissionais como integrantes da rede. Os questionamentos que orientaram as entrevistas foram: Como realizam o atendimento as pessoas com tuberculose? Como percebem a contribuição de seus apoios? Identificam lacunas no apoio que oferecem? A equipe de ESF está preparada para atender às pessoas em tratamento para tuberculose? O profissional de saúde inclui a família no cuidado das pessoas com tuberculose?

Na análise de dados desse grupo, foram reforçadas algumas hipóteses do primeiro grupo no que tange a consistência do apoio que os profissionais de saúde proporcionam às pessoas com tuberculose. Porém, reconhecem que em alguns momentos é necessária uma rede mais ampla de suporte a essas pessoas, em especial quando as envolvidas são aquelas “marginalizadas”. Outro aspecto pontuado foi de que a academia não prepara o profissional para a realidade da tuberculose, ressaltando que passaram a conhecer a tuberculose na prática profissional e que reconhecem que ela faz parte da atenção básica. Entretanto, reforçam a importância de contarem com o apoio do Programa de Controle da Tuberculose, com seus fluxos bem definidos e o controle exercido.

A análise dos dados levou ao seguinte questionamento: Pessoas com tuberculose e HIV experienciam os mesmos processos interativos na rede que as pessoas que têm somente tuberculose?

O terceiro grupo foi formado por quatro pessoas com tuberculose. Para compor este grupo, foram observados os seguintes critérios: estar em tratamento para tuberculose; ter HIV; não ter abandonado o tratamento; pertencer a uma das unidades de saúde selecionadas; e ter interesse em participar da pesquisa.

Os questionamentos que orientaram as entrevistas foram: Quem o apóia no tratamento da tuberculose? Quando recebem apoio? Como é este apoio?

Analisando os dados do terceiro grupo, reforçaram-se várias hipóteses levantadas nos grupos anteriores, porém uma nova hipótese surgiu: as redes de apoio a pessoas com tuberculose e HIV são semelhantes, não existindo diferença significativa entre elas.

A análise deste grupo despertou para a importância das redes contribuindo para desmitificar a doença e também como uma oportunidade de obter o apoio referido no segundo grupo amostral. Este novo dado orientou-nos no quarto grupo amostral.

O quarto grupo foi constituído por duas pessoas, familiares de pessoas com tuberculose. Para formar este grupo, foram observados os seguintes critérios: ser familiar de pessoa em tratamento para tuberculose; e ter interesse em participar da pesquisa.

Neste grupo, o objetivo foi verificar como era o apoio fornecido pelos familiares a pessoas com tuberculose e verificar se pessoas que têm uma rede de apoio social enfrentam melhor a doença e o tratamento.

Os questionamentos que orientaram as entrevistas foram: Como apóiam a pessoa durante o tratamento da tuberculose? Qual a importância desse apoio? Quando o apoio é necessário?

Procurou-se densificar as categorias e os temas emergentes surgidos, além de preencher lacunas de dados que, aparentemente, apresentavam-se deslocados, mas que poderiam ser ainda explorados no desenvolvimento e na construção do modelo teórico.

Este grupo reforçou a hipótese de que o apoio fornecido pelos familiares a pessoas com tuberculose ajuda a enfrentar melhor a doença e o tratamento.

O quinto grupo foi constituído por pessoas com tuberculose que haviam abandonado o tratamento. O objetivo deste grupo era compreender por que abandonavam o tratamento, e como a rede de apoio social participava desse processo de decisão.

Este grupo foi formado como decorrência da análise de dados desde o primeiro grupo amostral, como algo que não se explicitava, mas que havia algumas indicações meio veladas. Para constituir este grupo, foram observados os seguintes critérios: ter abandonado o tratamento para tuberculose; pertencer a uma das unidades de saúde selecionadas; e ter interesse em participar da pesquisa. Houve dificuldade em identificar esses sujeitos uma vez que aqueles que abandonam o tratamento se afastam das Unidades de Saúde, restringindo sua localização.

Os questionamentos que orientaram as entrevistas foram: Por que abandonou o tratamento? Contou com o apoio de alguém nesta decisão? Contou com o apoio de alguém durante o tratamento?

Este grupo reforçou a hipótese de que as pessoas com tuberculose que contam com rede de apoio conseguem enfrentar melhor a doença e o tratamento.

Neste processo, de coleta de dados, houve a necessidade de retornar a dois entrevistados, o que ocorreu seis meses após a primeira entrevista. Esse retorno foi necessário uma vez que no primeiro contato os entrevistados relataram eventos que na análise global se manifestam de forma isolada. A situação trazida de forma muito emocionada foi a questão da separação conjugal. Como essa questão não havia aparecido

em outras entrevistas, retornei a eles para poder compreender se as separações haviam ocorrido em decorrência da tuberculose. No primeiro contato com essas pessoas, elas estavam muito abaladas, tanto com a notícia da tuberculose como com a separação. Esperei concluírem o tratamento e retornei para a entrevista. Para ambos, a tuberculose foi a “gota d’ água” no relacionamento, reforçando o que já havia nas demais entrevistas, que o apoio recebido pela família no tratamento para tuberculose vai depender do contexto familiar.

A definição da amostra só se tornou possível a partir da coleta e análise dos dados concomitantemente, o que permitiu a emergência de novos questionamentos e em consequência novos sujeitos e grupos amostrais foram sendo incluídos. Segundo Strauss e Corbin (2008), a saturação teórica é encontrada quando o desenvolvimento das categorias revela densidade e as relações entre elas são estabelecidas e validadas. A amostragem teórica, neste trabalho, foi alcançada no quinto grupo amostral.

Para validação do modelo, participaram seis pessoas, sendo: três pessoas com tuberculose e três profissionais de saúde. Dentre as pessoas com tuberculose, duas participaram anteriormente das entrevistas e uma participou apenas da validação do modelo; dentre os três profissionais, um era médico, um enfermeiro e um odontólogo. Este último profissional foi incluído por ser considerado *expert* no método utilizado na pesquisa. Em relação aos outros dois profissionais, um havia participado da entrevista no momento anterior e o outro participou apenas da validação. Para compor este grupo, foram observados os seguintes critérios: para pessoas com tuberculose – estar fazendo o tratamento da tuberculose e já ter feito tratamento para tuberculose, pelo menos um dos sujeitos ter abandonado o tratamento; para os profissionais – trabalhar com pessoas com tuberculose e/ou já ter trabalhado; e para o *expert* do método, ter utilizado o método da pesquisa realizada.

A definição dos participantes da pesquisa e o período de coleta dos dados estão intrinsecamente relacionados, porque a teoria requer que a coleta dos dados seja concomitante à sua análise e interpretação, até que aconteça a saturação.

O número de participantes foi definido a partir do momento em que os depoimentos não trouxeram novas informações relevantes para a pesquisa.

3.4 COLETA DOS DADOS

Para esta etapa da pesquisa, contou-se com o auxílio das enfermeiras da Estratégia Saúde da Família das cinco unidades de saúde, que ajudaram a identificar os sujeitos que atendessem aos critérios de inclusão. Foi feito contato com elas explicando a pesquisa e solicitando que indicassem as pessoas que consideravam boas informantes. A partir dessa seleção, iniciou-se a pesquisa fazendo contato telefônico com as pessoas indicadas, explicando o objetivo da pesquisa e consultando sobre seu interesse em participar. Após o aceite, agendava-se a entrevista. Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora e ocorreram de junho de 2008 a julho de 2009.

A entrevista iniciava com a apresentação da pesquisa para a pessoa, explicando os objetivos, o método e solicitado o seu Consentimento Livre e Esclarecido para participar do estudo e para permitir a gravação da entrevista. Havendo acordo, fazia-se a entrevista. Após cada entrevista, fazia-se a transcrição o mais breve possível.

As entrevistas foram realizadas no local indicado pelo participante: algumas ocorreram em domicílio, outras no local de trabalho da pessoa, outras nas unidades de saúde, uma ocorreu em um hospital e outra aconteceu em um evento de tuberculose, sendo que os participantes decidiram a hora e o local.

A coleta dos dados foi feita por meio de entrevistas individuais com questões abertas a partir de uma questão inicial. Cada resposta suscitava perguntas complementares sobre o mesmo tema, que apontava novos caminhos para novos questionamentos.

As entrevistas ocorreram da forma mais livre possível, permitindo que os dados refletissem como as pessoas com tuberculose experienciam os processos interativos em sua rede social de apoio para viver com essa condição de saúde. A cada novo grupo amostral, as perguntas foram direcionadas para o desvelamento de determinadas questões levantadas no grupo amostral anterior.

A técnica de entrevista é utilizada, segundo Chenitz e Swanson (1986), quando se deseja informações em profundidade. Ao referir-se à entrevista, Lacerda (2000) comenta que a escuta atenta faz parte da ação desse instrumento. As entrevistas foram realizadas individualmente, gravadas em fita K7 e tiveram duração média de 30 minutos.

Strauss e Corbin (2008) referem que não há um modelo de entrevista, porém o pesquisador precisa ter um plano inicial que orienta a busca de dados sobre o assunto em estudo. Precisa também ter a

capacidade de diversificar as maneiras de conduzir a entrevista.

As primeiras entrevistas do primeiro grupo amostral tiveram como questão central: *Fale-me sobre o viver com tuberculose*. A partir dela, foi possível explorar os significados com questionamentos adicionais, especialmente focalizando as mudanças que ocorrem e os apoios necessários para formar as categorias iniciais. Com a análise, foi possível verificar que as interações e o apoio ocorrem na rede familiar e profissional. A partir da análise de cada entrevista, várias questões eram suscitadas, o que foi sendo explorado nas entrevistas seguintes.

A coleta do segundo grupo amostral, composto de profissionais da saúde, teve como questão central: *Como ocorre o atendimento às pessoas com tuberculose?*. A partir dessas entrevistas, foi possível explorar como ocorrem os processos interativos para o apoio nas instituições de saúde com as pessoas com tuberculose.

No terceiro grupo amostral, constituído por pessoas com tuberculose e HIV, a questão central foi: *Fale-me sobre o viver com tuberculose tendo HIV*. Neste grupo, foi possível verificar as diferenças e similaridades tendo tuberculose e sendo coinfestado.

A coleta do quarto grupo amostral, formado por dois familiares, teve como questão central: *Como ocorre o apoio à pessoa com tuberculose durante o tratamento?*. Aqui foi possível explorar como ocorre o apoio na rede familiar, em que momentos ele ocorre e que tipo de apoio é ofertado.

E, por último, o quinto grupo amostral, composto de três pessoas com tuberculose que abandonaram o tratamento, teve como questão central: *Fale-me do viver com tuberculose e do que o levou a abandonar o tratamento*. Neste grupo, foi possível explorar os significados do tratamento da tuberculose, os motivos do abandono e como a rede se apresenta para este grupo.

Após a construção e reconstrução das categorias, a partir da comparação constante dos dados, procurou-se refiná-las, na busca pela delimitação da categoria central.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

O processo de análise inicial deu-se através da codificação aberta, em que as falas foram detalhadas, através do exame do conteúdo. A codificação aberta é o primeiro passo e consiste no processo de separar, examinar, comparar e conceitualizar os dados. Durante a codificação, os

dados brutos podem ser separados em palavras, linhas, sentenças ou parágrafo. O processo de codificação aberta utilizado teve como referência as sentenças, porém algumas vezes o sentido era captado no parágrafo. A seguir, foram examinados e comparados por similaridades e diferenças entre os dados de uma mesma entrevista e com as demais entrevistas daquele grupo amostral e dos grupos anteriores. Para cada incidente, evento ou ideia foi dado um nome, formando os códigos conceituais. Esta etapa teve por objetivo a redução dos dados e ocorreu com todas as entrevistas.

Os códigos foram sendo agrupados por similaridade e diferenças e posteriormente designados em subcategorias e categorias, como parte da codificação axial.

A análise comparativa dos dados é essencial para gerar uma teoria fundamentada nos dados. Consiste em comparar incidente com incidente, incidente com categoria, categoria com categoria, como descrito anteriormente. Nesse processo, os procedimentos de codificação envolveram o desmembramento do todo em suas partes, a análise, a comparação e a categorização dos dados. Para Strauss e Corbin (2008), a codificação compreende o conjunto de operações realizadas para a análise dos dados, que se distingue em três tipos: aberta, axial e seletiva. Os quadros 1, 2, 3 e 4 apresentam exemplos desse processo.

Conteúdo entrevista 06	Códigos
<p>P: Comente como que é viver com tuberculose. E: É, o nome assim é muito pesado, o nome é muito pesado, <u>a gente jamais vai imaginar que tem essa doença</u>, né. Aí a partir do momento que tu descobre, <u>tu começa a descobrir um mundo diferente, que tu nunca imagina, e tu faz o tratamento, mas não é um bicho-de-sete-cabeças</u>, né. <u>Tem cura sim</u>, se tu fizer a tua parte, o medicamento faz a parte dele...é um conjunto, né, cada um tem que fazer a sua parte. Mas não é difícil, não é impossível. <u>Como eu disse assim, a tuberculose antigamente tinha aquele mito, tem ainda até hoje, aquele mito de que não tem cura, de que tu vai morrer, de que acabou, pronto...</u> Basta querer, basta fazer o tratamento certinho. <u>O tratamento certo é não falhar em tudo. Não é fácil porque o medicamento no começo tem vários, o medicamento tem várias reações. Eu tive várias</u></p>	<p>1-Não acreditando ter tuberculose 2-Desmitificando a tuberculose 3-Acreditando na cura da tuberculose 4-Compreendendo a tuberculose 5-Enfrentando o tratamento 6-Tendo reações ao tratamento 7-Percebendo as reações adversas do medicamento</p>

<p><u>reações, mas eu não desisti, não deixei de tomar nenhum dia, fiz tudo certinho e hoje eu estou curada. Olha no começo ele me deu várias reações. Ele me deu, ele me deu coceira, uma coceira nas partes íntimas, muita coceira, muita mesma. Me deu, ele me deu, ele me dava enjôo, me dava ânsia de vômito, me dava mal-estar. Olha assim, foi um choque, né, pra todo mundo, mas assim a minha família, até eu moro aqui no condomínio, a minha família não se afastou de mim, vinham me visitar. Assim não veio muitas crianças, até por ter cuidado, mas assim vinham me visitar, cuidaram de mim. Aqui no condomínio todas cuidaram de mim, minhas vizinhas vinham, traziam almoço, janta. Vieram cuidar de mim mesmo, e não tiveram medo. Mas assim, pro doente não é fácil; pro doente. Porque queira ou não tu, tu... olha pra pessoas e pode ter medo que aquela pessoa pode está com a imunidade baixa, e tu pode passar. Pro doente, pra mim não foi fácil, né, mas as pessoas não se afastaram de mim.</u></p>	<p>8-Tendo o choque do diagnóstico 9-Contando com o apoio da família 10- Contando com o apoio dos vizinhos e familiares 11-Tendo medo de transmitir a doença</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: Pesquisa de campo, São José, 2008.

Quadro 01: Codificação aberta

A codificação axial é o conjunto de procedimentos e atividades nos quais os dados são agrupados de maneiras novas, sendo feitas as conexões entre as categorias.

Agrupando os códigos	Conceitos provisórios
<p>Contando com apoio familiar Contando com apoio emocional familiar Contando com apoio funcional familiar Recebendo apoio funcional Recebendo apoio emocional Recebendo apoio instrumental e emocional do amigo Aceitando os cuidados da família</p>	<p>Tendo apoio familiar</p>

Fonte: Pesquisa de campo, São José, 2008.

Quadro 02: Agrupando códigos em conceitos provisórios – Codificação Axial

Conceitos provisórios	Códigos Conceituais/ Categorias
Sentindo-se discriminado Afastando-se	Modificando o contato social

Fonte: Pesquisa de campo, São José, 2008.

Quadro 03: Agrupando conceitos provisórios em categorias - Codificação Axial

A codificação seletiva consiste no processo de selecionar a categoria central e relacioná-la com as outras categorias sistematicamente analisadas. A categoria central é o fenômeno ao redor do qual todas as outras categorias estão integradas. Refere-se, portanto, à última etapa do processo de codificação ou análise dos dados, também considerada como a etapa de modificação e integração dos conceitos. Glaser e Strauss (1967, p. 109) descrevem-na como sendo a etapa da delimitação da teoria. Essa delimitação começa a ocorrer no momento da redução das categorias e quando elas se tornam teoricamente saturadas, isto é, quando nenhum dado novo ou relevante emerge.

Foi utilizado um esquema organizacional, denominado por Strauss e Corbin (2008) como “paradigma”, para classificar e organizar conexões emergentes entre as categorias, este esquema uma maneira de reunir os dados e integrá-los sistematicamente, de forma que estrutura e processo sejam integrados, para que seja possível capturar a dinâmica e a natureza evolutiva dos fatos.

Os componentes básicos deste esquema são: condições e consequências. As “condições” são uma forma conceitual de agrupar respostas às questões. Reunidas, elas referem-se à estrutura, ou seja, circunstâncias, acontecimentos ou fatos pertencentes a um fenômeno. Já as “consequências” são resultados das interações (processos). (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Os dados foram organizados conforme condições causais, intervenientes, contextuais, estratégia e consequências. As condições causais são aquelas que desencadeiam o fenômeno; as condições intervenientes interferem ou alteram as condições causais nos fenômenos; as condições contextuais configuram-se como local onde as ações/interações acontecem; as estratégias são o conjunto de ações/interações estratégicas utilizadas para lidar com o fenômeno; e, por último, as consequências referem-se aos resultados das ações/inte-

rações. (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Dando sequência à análise, as subcategorias e categorias foram organizadas com a finalidade de compreender as relações entre elas e reduzi-las, buscando encontrar a categoria central. As categorias e subcategorias serão apresentadas a seguir:

Subcategorias	Categorias
Recebendo apoio profissional	Apoiando a pessoa com tuberculose
Recebendo apoio familiar	
Sentindo-se discriminada	Modificando o contato social
Afastando-se	
Fazendo o tratamento	Passando pela experiência do tratamento
Abandonando o tratamento	
Descobririndo estar com tuberculose	Provocando mudanças na Vida
Tuberculose deixando marcas	
Interagindo na rede	Processos interativos na rede social de pessoas com tuberculose

Fonte: Pesquisa de campo, São José, 2008.

Quadro 04: Agrupando subcategorias em categorias - Codificação seletiva

Assim, a partir da identificação das categorias, buscou-se a integração e conexão entre elas, com o intuito de construir o fenômeno central, o qual consistiu na teoria substantiva ou modelo teórico explicativo.

Analisando os dados, emergiu a essência do estudo, convencionalmente denominado de categoria central. Para se chegar a ela, foi realizada a inter-relação das categorias apreendidas no estudo, a fim de compará-las e analisá-las, para compreender a interação entre os seus componentes. O método da Teoria fundamentada nos dados preconiza o desenvolvimento de um modelo teórico representativo que ilustre a categoria central.

A categoria central – Apoiando a pessoa com tuberculose - emergiu das relações entre as categorias, como elemento constituinte do

fenômeno nomeado **Redes de Apoio Social às Pessoas com Tuberculose.**

Com a identificação das categorias, o próximo passo foi o desenvolvimento do modelo de integração, que é a conexão entre as categorias, sistematicamente analisadas. O modelo de integração é um esquema que, segundo Althoff (2001), estabelece relações entre as categorias e a natureza delas.

Segundo Strauss e Corbin (2008), para sistematizar e solidificar as conexões, usamos uma combinação de pensamentos indutivos e dedutivos, na qual constantemente nos movemos entre fazer perguntas, hipóteses e comparações.

Outra forma de registro foram os memos ou memorandos, que consistem em formas de registros referentes à formulação da teoria e podem tomar conformação de notas teóricas, notas metodológicas, notas de observação. Eles são construídos durante todo o processo de coleta e análise dos dados com o objetivo de guardar ideias sobre códigos, categorias e relações entre elas. São tipos de registros que garantem a “memória” de dados subjetivos e que também serão analisados, codificados e incorporados ao relatório da pesquisa.

Memorando
<p>As interações na rede das pessoas com tuberculose ocorrem no cotidiano das unidades de saúde e do convívio familiar. Nas unidades de saúde, as interações ocorrem quando encontram um profissional disposto a atendê-las, escutá-las e auxiliá-las nos momentos de crises.</p> <p>Já na família essas interações ocorrem diariamente, quando auxiliam na realização das atividades conjuntas, nas atitudes emocionais, na compreensão/apoio, nas interações para promover um ambiente favorável, compartilhando informações, ajudando materialmente, auxiliando nas atividades do dia-a-dia.</p>

Fonte: Pesquisa de campo, São José, 2008.

Quadro 05: Memorando

3.6 VALIDANDO O MODELO DESENVOLVIDO

Para efetuar a validação da teoria, optei por utilizar como referencia o modelo teórico construído. Criamos algumas estratégias de validação, atendendo ao critério de avaliação da qualidade – validação comunicativa –, proposto por Bauer e Gaskell (2002), e atendendo aos

critérios centrais propostos por Strauss e Corbin (2008), específicos da TFD: Ajuste, Compreensão, Generalização teórica. O controle foi excluído, por requerer a aplicação do modelo, considerada outra etapa, o que será efetuado em outro momento.

Optei pela validação comunicativa com intuito de averiguar se aquilo que as pessoas vivenciam o modelo teórico construído conseguia representar, agora, não mais na fala literal, mas na abstração dos dados. Logo, a justificativa para a escolha da validação comunicativa se assenta na percepção de que o ponto de nossos questionamentos era se o modelo construído conseguia representar os apoios recebidos na tuberculose e como ocorriam as relações na rede de apoio.

Na validação comunicativa, procurei avaliar os critérios de compreensão, ajuste e generalização teórica. Com relação aos demais critérios de validade de pesquisa, eles permearam todos os processos deste trabalho, mantendo o rigor no estudo qualitativo e a qualidade dele durante a sua elaboração. As dúvidas eram: se o modelo englobava toda a experiência das pessoas com tuberculose em relação ao apoio; se as relações entre os fenômenos convergiam; se o modelo abstrato representava os apoios na rede de pessoas com tuberculose; e se os componentes eram compreendidos da mesma forma que os pesquisadores os haviam nomeado.

Participaram desta etapa seis pessoas com tuberculose e três profissionais de saúde. Foram estabelecidos como critérios para a seleção das pessoas com tuberculose: a) terem passado pela experiência da doença (duas pessoas) e estarem passando, com a intenção de incluir o olhar dos diferentes momentos da experiência; b) ter disponibilidade de tempo para participar da pesquisa; c) ter, no mínimo, ensino médio completo, para possibilitar a compreensão do modelo teórico e poder se expressar a respeito dele; d) ter mais de 18 anos; e) pelo menos dois deles terem sido entrevistados na pesquisa que gerou o modelo. Com relação aos profissionais da saúde, consideramos como critérios: a) dois profissionais com experiência na área do atendimento a pessoas com tuberculose há, no mínimo, dois anos; b) uma das profissionais ser enfermeira; c) um profissional que tenha realizado pesquisa usando a TFD.

Para a coleta de dados na validação, elaborei uma síntese da investigação incluindo os objetivos, o referencial metodológico, com explicitação das estratégias de análise, as categorias e as subcategorias, que foram impressos e entregue para cada validador. Essa síntese teve como objetivo orientar a análise do modelo com relação ao ajuste e à compreensão. Anexeí a esse material o diagrama representativo do

modelo e solicitamos ao avaliador a descrição oral dele, a partir de algumas indicações/questões. No primeiro momento, foi solicitado que descrevesse o modelo falando sobre o esquema e sobre o que compreendeu com a figura. O segundo momento constava da identificação dos seis componentes: contexto, condições causais, condições intervenientes, estratégias, consequências e fenômeno. Para auxiliar nessa etapa, foi apresentado o esquema proposto por Sousa (2008), que facilita a identificação dos seis componentes: O que está acontecendo aqui? (fenômeno); Onde acontece? (contexto); O que influencia? (condição causal); O que pode restringir/facilitar/difícultar? (condição interveniente); Quais estratégias são utilizadas para lidar com o fenômeno? (estratégias); O que acontece como resultado? (consequência).

Num terceiro momento, quando a pessoa já havia evidenciado que compreendia o que estava sendo apresentado, solicitei que comentasse acerca de como ele percebia sua experiência nesse modelo, expresso pelos seis componentes, e se algo pelo qual tinham passado ou estavam passando não estava representado no modelo. Para os profissionais, foi solicitado que, além de analisarem se percebiam que o modelo expressava a realidade que conheciam a respeito de quem vivia com tuberculose, analisassem também se havia integração entre as categorias, adequação da nomeação das categorias e nível de abstração do modelo, focalizando então a validade da generalização teórica.

As entrevistas para a validação foram gravadas em fita K7 e transcritas imediatamente após cada validação, o processo de análise dos dados deu-se através da codificação, em que as falas foram detalhadas, através do exame do conteúdo, buscando analisar os critérios selecionados para o estudo, ou seja, se o modelo atendia ao ajuste, à compreensão e à generalização teórica, sofrendo o mesmo rigor de análise exigido na Teoria Fundamentada nos Dados.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

A ética transcende o comportamento de determinados grupos socioculturais. Ela vê o ser humano como sujeito, com potencialidades, e as valoriza no desenvolvimento individual e coletivo, através da participação consciente. É o respeito ao ser, a busca de condições para tornar o processo de viver mais humano.

Foram respeitados os quatro princípios éticos universais:

beneficência (isenção de dano, isenção de exploração); não-maleficência (abster-se intencionalmente de realizar ações que possam causar danos ou prejudicar outras pessoas); respeito à dignidade humana (direito à autodeterminação e o direito à revelação completa, consentimento autorizado); e justiça (direito a tratamento justo e direito à privacidade).

Os sujeitos foram convidados a participar desta pesquisa recebendo todas as informações sobre a proposta. O consentimento foi formalizado através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), garantindo o respeito, o sigilo e a liberdade de participação, podendo retirar-se em qualquer momento da pesquisa. Os dados das falas dos participantes aparecem no texto com número da entrevista, para garantir o anonimato.

Para poder trabalhar no referido município, foi encaminhada uma requisição à responsável pela Vigilância Epidemiológica, esclarecendo os objetivos do estudo, assim como cópia do projeto e do instrumento de coleta de dados que seriam utilizados. Com a referida aprovação (Anexo B), encaminhamos o projeto para o Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, para sua apreciação, sendo aprovado em 30 de junho de 2008, mediante o Parecer n° 122/08 (Anexo C).

Após as aprovações, foi realizado contato com os profissionais de saúde que atendem nos locais, apresentado a proposta de pesquisa e a solicitação da colaboração deles para a seleção dos participantes.

A ética permeou todo o trabalho, sendo que algumas decisões metodológicas foram pautadas no limite ético estabelecido no início do trabalho. Com os dois entrevistados que foi preciso retornar, prevaleceu o limite ético ao invés do científico, uma vez que, pelo método escolhido para este estudo, entrevistar as companheiras dessas pessoas seria importante para compreender melhor os processos interativos na rede de pessoas com tuberculose, porém isso não ocorreu, pois, ao entrevistar essas mulheres, poder-se-ia estar comprometendo as informações sigilosas das entrevistas e de alguma forma expor os entrevistados.

4 RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados os resultados da pesquisa no formato de seis manuscritos científicos, na formatação de cada periódico para publicação, conforme as normas que seguem anexas no final do trabalho.

O modelo teórico construído também é um desses resultados e será mostrado na página seguinte na Figura 1.

O primeiro artigo constitui o texto elaborado para a qualificação com o propósito de elaborar uma primeira aproximação da temática das redes e tuberculose.

A seleção desses artigos contempla a estrutura da teoria substantiva elaborada apresentando seus componentes. O fenômeno “Apoio a Pessoas com tuberculose e redes sociais” se expressa pelo conjunto desses componentes, apresentado no segundo artigo.

Os processos interativos na rede de apoio que constituem o contexto, está contemplado em cada um dos artigos.

Provocando mudanças na vida e Modificando os contatos sociais estão apresentados no terceiro artigo e foram apresentados no mesmo texto pela sua clara inter relação.

O quarto e quinto texto contemplam os componentes Apoiando à pessoa com tuberculose e Passando pela experiência do tratamento para tuberculose. A decisão de apresentar o sexto manuscrito, foi em decorrência da dificuldade que encontrei na literatura em validação do modelo ainda como o resultado do processo de pesquisa.

Os manuscritos estão apresentados de acordo com as instruções aos autores dos periódicos, com adaptações na apresentação gráfica para atender às Normas de Apresentação para Teses e Dissertações, conforme disposto no Guia Rápido para Diagramação de Trabalhos Acadêmicos, da Universidade Federal de Santa Catarina.

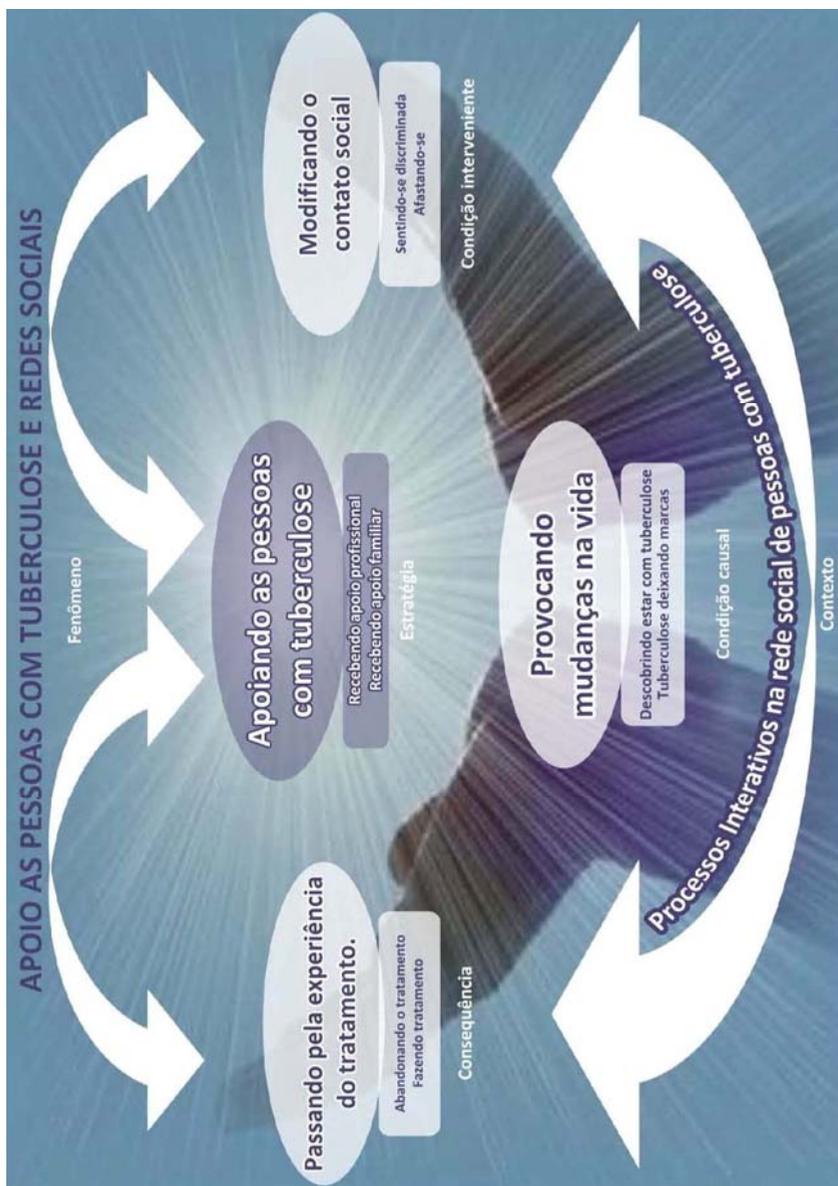


Figura 1: Modelo Teórico – Apoio a Pessoas com tuberculose e redes sociais

4.1 MANUSCRITO 1: REFLEXÕES SOBRE AS REDES SOCIAIS DE SUPORTE A PESSOAS COM TUBERCULOSE

Manuscrito já submetido ao periódico *Revista de Enfermagem da UERJ*, apresentado conforme a Instrução para Autores da própria revista (Anexo D), está em processo de análise. A autoria desse texto é de integrantes da banca de qualificação e que integram o grupo de pesquisa NUCRON.

**REFLEXÕES SOBRE AS REDES SOCIAIS DE SUPORTE A
PESSOAS COM TUBERCULOSE**

**REFLEXIONES SOBRE LAS REDES SOCIALES DE APOYO A
LAS PERSONAS CON TUBERCULOSIS**

**REFLECTIONS ON THE SOCIAL NETWORKS OF SUPPORT
TO PERSONS WITH TUBERCULOSIS**

Sabrina da Silva de Souza

Enfermeira do Programa de Controle de Tuberculose de São José/SC e do Hospital Universitário HU/UFSC. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSC.

Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva

Professora do departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Coordenadora do NUCRON. Bolsista de Produtividade do CNPq.

Mercedes Trentini

Doutora em Enfermagem. Professora Aposentada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Betina H.S. Meirelles

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSC. Membro do Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde às Pessoas com Doenças Crônicas (NUCRON).

Autor para correspondência:

Sabrina da Silva de Souza

Rua Francisco Antonio da Silva 1954

Sertão do Maruí- São José-SC. Cep:88122010

E-mail: enfermeirasabrina@gmail.com

REFLEXÕES SOBRE AS REDES SOCIAIS DE SUPORTE A PESSOAS COM TUBERCULOSE

REFLEXIONES SOBRE LAS REDES SOCIALES DE APOYO A LAS PERSONAS CON TUBERCULOSIS

REFLECTIONS ON THE SOCIAL NETWORKS OF SUPPORT TO PERSONS WITH TUBERCULOSIS

Resumo: O foco deste artigo é refletir sobre a importância das redes de apoio social no suporte às pessoas com tuberculose. A tuberculose ainda não está sob controle, apesar do expressivo conhecimento desenvolvido nas últimas décadas. O preconceito referente à tuberculose ou às pessoas portadoras está presente na sociedade e resulta no maior sofrimento dos indivíduos com a doença. Genericamente, as redes sociais de apoio são classificadas em duas categorias: redes de apoio formal constituídas pelas instituições de saúde e redes de apoio informal formadas pelas pessoas que mantêm laços de parentesco e ou de amizade e ou associações comunitárias. Surge assim, a importância da intersectorialidade, na perspectiva de redes sociais mais amplas, comprometidas com os princípios da equidade, integralidade, cidadania e participação social, procurando atender as necessidades e demandas das pessoas que vivem com tuberculose.

Palavras-chave: Tuberculose pulmonar. Ação intersectorial. Apoio social. Rede social.

Abstract: The focus of this is to reflect on the importance of social support networks in support people with tuberculosis. Tuberculosis is not yet under control, despite the significant knowledge developed in recent decades. The bias regarding tuberculosis is present in society and results in increased suffering of individuals with this disease. Generally, social networks of support are classified into two categories: formal support networks formed by healthcare institutions and informal support networks formed by people and maintains ties of kinship or friendship and / or community associations. This leads to the importance of intersectoral, in the context of broader social networks, committed to the principles of equity, integrity, citizenship and social participation, seeking the needs and demands of people living with tuberculosis. Key words: pulmonary tuberculosis, intersectoral action, social support, social network

Resumen: El objetivo de esto es reflexionar sobre la importancia de las redes de apoyo social en apoyo a las personas con tuberculosis. La tuberculosis todavía no está bajo control, a pesar de los importantes conocimientos desarrollados en las últimas décadas. El sesgo en relación con la tuberculosis está presente en la sociedad y los resultados en el aumento de los sufrimientos de las personas con esta enfermedad. En general, las redes sociales de apoyo se clasifican en dos categorías: las redes de apoyo formal formado por instituciones sanitarias y las redes informales de apoyo formado por personas y mantiene lazos de parentesco o amistad y / o asociaciones comunitarias. Esto lleva a la importancia de la intersectorial, en el contexto más amplio de las redes sociales, comprometidos con los principios de equidad, la integridad, la ciudadanía y la participación social, la búsqueda de las necesidades y demandas de las personas que viven con tuberculosis.

Palabras claves: tuberculosis pulmonar, la acción intersectorial, apoyo social, red social.

Introdução

Neste início de século, a tuberculose permanece como um desafio ao campo da saúde. Apesar de alguns avanços tecnológicos e políticos, tais como a estratégia da dose de tratamento supervisionado (DOTS), a descentralização das ações da tuberculose para as Unidades de Saúde, os tratamentos quimioterápicos, as técnicas de diagnóstico e de medidas de controle mais eficientes, a tuberculose ainda mantém-se endêmica no Brasil, apresentando uma realidade complexa. Seu controle é uma preocupação mundial, principalmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil. Embora tenha havido esforços para o controle da doença, no ano de 2008 foram registrados 72 mil novos casos, com uma média nacional de 38,2 casos por 100 mil habitantes. O levantamento também aponta 4,5 mil mortes neste ano em decorrência da doença no Brasil^{1,2}. As medidas de controle não têm sido suficientes para dar conta da complexidade da doença, que envolve não somente aspectos biológicos, mas também as repercussões sociais, como o preconceito e o estigma de viver com tuberculose, e a consequente exclusão social^{3,4}. Outros aspectos também relacionados a essa situação dizem respeito à dificuldade de acesso aos serviços e ao tipo de assistência prestada, que ainda permanece centrada na doença e não na pessoa.

A tuberculose não tem um perfil epidemiológico definido, mas o

que iguala as pessoas que dela adoecem é a situação social: “doença de pobres, mal nutridos, mal informados, com condições de salubridade das suas habitações e comunidade inadequadas”^{5:92}. Assim, está relacionada com as condições de vida das pessoas, com consequências como a detecção tardia, que dificulta o tratamento; o abandono do tratamento, que aumenta as recidivas e diminui a eficácia do tratamento; o preconceito e a desinformação, que faz com que as pessoas não procurem os serviços para evitar as reações de rejeição da comunidade. Todos esses problemas fazem com que os índices de mortalidade ainda sejam alarmantes, mesmo sendo uma doença curável⁵.

A construção de estratégias para superar a dificuldade de realizar o tratamento e reverter a expansão da tuberculose, remete-nos à importância das redes de suporte social como possibilidade de enfrentamento da doença. Apesar de as redes sociais serem bastante visíveis no suporte a algumas doenças, como a AIDS⁶, na tuberculose essa rede ainda não vem sendo discutida e investigada com a mesma intensidade, embora alguns autores venham tangenciando essa temática, abordando questões relacionadas à mobilização social, ao suporte ou apoio social como possibilidades de contribuir para um controle mais efetivo na doença³.

O apoio que as redes proporcionam remete ao dispositivo de ajuda mútua, potencializado quando uma rede social é forte e integrada. Quando nos referimos ao apoio social fornecido pelas redes, ressaltamos os aspectos positivos das relações sociais². Na situação de enfermidade, a disponibilidade do apoio social aumenta a vontade de viver e a autoestima da pessoa, o que contribui com o sucesso do tratamento³.

Várias são as pessoas que podem oferecer suporte/apoio à família e à pessoa doente, promovendo, assim, uma melhoria na qualidade de vida daqueles beneficiados⁵. Dentre elas, destacam-se os próprios membros familiares, outros parentes da família extensa (avós, tios, primos), amigos, companheiros, vizinhos e profissionais, que podem auxiliar de diversas maneiras: fornecendo apoio material ou financeiro, executando tarefas domésticas, orientando e prestando informações e oferecendo suporte emocional. Os suportes sociais recebidos e percebidos pelas pessoas são fundamentais para a manutenção da sua saúde e para o enfrentamento de situações estressantes.

Nesse sentido, o desenho ideal para o tratamento e controle da tuberculose seria estruturado a partir de unidades de atenção

descentralizadas e enraizadas na comunidade, em “associação com as redes primárias e associativas, que formariam grupos de apoio para o tratamento da tuberculose, envolvendo, além das pessoas acometidas pela doença, os familiares, a vizinhança, o suporte associativo e o Terceiro Setor”^{5:92}.

Genericamente, as redes sociais de apoio podem ser classificadas como: a) redes de apoio formal constituídas pelas instituições de saúde e outras instituições, como igrejas, associações, organizações; e b) redes de apoio informal compostas das pessoas que mantêm laços de parentesco e ou de amizade com as pessoas com tuberculose⁵.

As pessoas que compõem a rede social de apoio e as funções que exercem mudam de acordo com o contexto sociocultural, o tempo histórico, o momento da vida da pessoa e da família enquanto grupo e também de acordo com o tipo de doença e seu estágio de desenvolvimento.

A condição de enfermidade, por si só, coloca as pessoas diante de limitações, impedimentos e situações que mudam sua relação com o trabalho, com seus familiares, amigos e parceiros, bem como abalam sua identidade. Muitas vezes, a pessoa doente experimenta fragilização da identidade, do próprio sentido da vida e da capacidade de resolver problemas que o afetam, já que tudo aquilo que organizava a identidade é alterado de forma brusca com a doença⁷.

Uma das maneiras pelas quais podem ser compreendidas as influências positivas da rede social na saúde, em particular quando nos referimos às ações terapêuticas prolongadas, é a constatação de que a convivência entre as pessoas favorece comportamentos de monitoramento da saúde.

Os vínculos entre essas pessoas se fazem ininterruptamente, são ligações invisíveis, porém reais. Para o Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas com Doenças Crônicas (NUCRON)^{8:6}, que vem realizando estudo acerca dessa temática, a rede social tem sido definida como:

Um tecido de relações e interações que se estabelecem com a finalidade de promover um viver melhor das pessoas com doenças crônicas. Rede é constituída por participantes autônomos, grupos e instituições governamentais ou não, unidos por ideias e recursos e motivada e mobilizada por valores e interesses compartilhados. A rede é dinâmica, estabelecendo novos contornos no decorrer do processo de viver e ser saudável diante da realidade social, promovendo a construção de conhecimentos próprios num enfoque intersectorial.

Nesse sentido, propomo-nos a refletir como as redes sociais podem contribuir no cuidado de pessoas com tuberculose. Esse tema apresenta-se relevante, pois a realidade tem mostrado que não existe densidade associativa para ações de combate à tuberculose, pois, como é uma doença silenciosa e com perfil epidemiológico concentrado em populações de baixa renda, “a sociedade civil não despertou para a importância da prevenção e tratamento da tuberculose”^{5:102}.

Redes de Suporte Social

Redes sempre pressupõem agrupamentos, são fenômenos coletivos, sua dinâmica implica relacionamento de grupos, pessoas, organizações ou comunidades. Possibilitam diversos tipos de relações – de trabalho, de estudo, de amizade, entre outras, apesar de quase sempre passarem despercebidas.

Sendo um espaço de interação, as redes possibilitam contatos que proporcionam diferentes informações, imprevisíveis, e determinadas por um interesse que as movem em direção à contribuição na construção da sociedade.

Rede é "onde as conexões e as interseções tomam o lugar do que seria antes pura linearidade"^{9:14}. Essas conexões e interações no âmbito das redes sociais ocorrem pelo contato direto e pelo indireto, utilizando-se um veículo mediador, que atualmente vem se expandindo, como, por exemplo, o uso da internet.

A interação social ocasiona mudanças estruturais, promovendo maior informação e mais conhecimento, quanto mais informação trocamos com o ambiente que nos cerca, com os atores da nossa rede, maior será nossa bagagem de conhecimento, maior será nosso estoque de informação¹⁰.

A ideia de redes nas ciências sociais é aplicada à sociedade como um conjunto de relações e funções desempenhadas pelas pessoas, umas em relação às outras. "Como característica das sociedades complexas, cada associação de seres humanos funciona de maneira muito específica, o que cria uma dependência funcional entre os indivíduos"^{11:78}.

Essas redes podem ser referidas como de suporte social ou também de apoio social. O suporte social define-se, de modo genérico, como a existência ou disponibilidade de pessoas confiáveis, pessoas que se mostram preocupadas, que valorizam e expressam sentimentos positivos para com o outro¹².

Apoio social pode ser compreendido como qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material oferecidos por grupos

e/ou pessoas com os quais se tem contatos sistemáticos e que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. O processo do apoio social implica necessariamente em uma troca, na qual tanto aquele que recebe quanto o que oferece o apoio é beneficiado, por darem um maior sentido às suas vidas e se perceberem exercendo um maior controle sobre elas¹².

Assim, as redes sociais, de suporte social e de apoio social, estão em planos distintos, considerando a comunicação, a informação, os interesses, a complexidade das ações e interações entre os elos dessas redes. Ao abordarmos as redes sociais de pessoas com tuberculose, buscamos refletir também sobre a atuação dos profissionais de saúde, que, no cuidado à saúde, constituem-se como veículo mediador e fomentador das redes possíveis e existentes.

Redes Sociais e as Pessoas com Tuberculose

Pensar no cuidado à saúde de pessoas com tuberculose nos remete a refletir sobre a necessidade que elas têm de apoio. As pessoas com tuberculose requerem uma atenção especial, seja por ser uma doença periférica, em termos do investimento dos profissionais de saúde e também das políticas públicas, seja pela experiência pessoal e social das pessoas, por se sentirem, de certa forma, marginalizadas.

A nossa experiência no cuidado às pessoas com tuberculose nos oportunizou ouvir delas, em várias ocasiões, que após o diagnóstico da tuberculose ocorreram mudanças radicais na forma como passaram a viver e a encarar sua situação/condição. Essas mudanças estão carregadas de percepções negativas, decorrentes da dificuldade de realizar o tratamento, do isolamento social que vivenciam e de outras limitações a que estão expostas em decorrência da tuberculose. Geralmente, essas pessoas expressam sofrimento devido às perdas, demonstram tristeza, descontentamento e revolta⁴.

O ser humano, ao longo de sua vida, vai construindo suas crenças, valores, padrões de avaliação sobre saúde e doença, de maneira a converter esses fatores em determinantes para a fixação de conceitos e parâmetros, que se transformam em reais indicadores para o estabelecimento de uma relação muito simplificada entre a normalidade e a patologia, entre saúde e doença.

Dessa forma, a autoestigmatização está ligada à identidade do “eu”, que é experimentada pelo próprio indivíduo de forma subjetiva. Como o indivíduo estigmatizado vive na mesma sociedade que os demais, incorpora padrões, normas e modelos de identidade, o que conduz à autodepreciação e certa autocontradição ou ambivalência¹³.

Decorrente do estigma social que envolve o viver com tuberculose, há o receio em desvelar o diagnóstico. Manter o segredo reside no temor quanto ao julgamento social, ou seja, no medo da exclusão. Desse modo, utiliza-se o segredo como forma de autoproteção¹⁴ para evitar possíveis reações negativas, até mesmo dos mais íntimos. No entanto, há implicações importantes para essas pessoas, que se tornam mais vulneráveis.

A estrutura das redes sociais parece ser um elemento propício para a redução dos efeitos negativos do estar com tuberculose, auxiliando no tratamento, ajudando a enfrentar o preconceito da doença e a desmitificá-la.

Refletir sobre a importância dessas redes nos remete a questões que envolvem o contexto onde as pessoas com tuberculose estão inseridas, nos seus enfrentamentos cotidianos e nos limites que lhe são colocados. Esses limites podem tanto ser colocados externamente ou internamente pelas pessoas com tuberculose, que passam a se considerar contaminantes e se isolam¹⁵.

A comunidade está organizada com associações de moradores, igrejas, sindicatos, cooperativas, grupos de convivência, conselhos comunitários, dentre outras formas de organização, conseguindo muitas vezes serviços adequados às suas necessidades. Mais uma vez, limitados pelo preconceito e estigma da tuberculose, as pessoas com essa doença não buscam essa possível rede, limitando-se à rede familiar e aos serviços de saúde.

Profissionais da Saúde como parte da Rede Social de pessoas com Tuberculose

Os profissionais de saúde, como parte da rede social das pessoas com tuberculose, podem contribuir para o alcance do bem-estar dessas pessoas, especialmente compreendendo a forma como vivem, seus valores e percepções acerca do mundo. É preciso ter em mente que esses elementos influenciam de alguma maneira nesse bem-estar, bem como os relacionamentos que as pessoas mantêm (com os outros e consigo mesma) e as influências desses relacionamentos em suas vidas. Desde o nascimento até a morte, o ser humano participa de uma trama interpessoal que vai influenciar na composição, relevância e amplitude de sua rede social. Acreditamos que o suporte social recebido e percebido pelas pessoas é fundamental para a manutenção da saúde e para o enfrentamento de situações estressantes – como estar com tuberculose ou cuidar de pessoas com tuberculose.

Uma rede social sensível, ativa e confiável poderá: proteger a

pessoa na vida cotidiana, atuando como agente de ajuda e encaminhamento; interferir na construção e manutenção da autoestima; acelerar os processos de cura e recuperação; aumentar a sobrevivência; enfim, gerar saúde, tanto nos aspectos físicos quanto nos psicossociais e afetivo-emocionais.

Refletir junto aos profissionais de saúde acerca das redes sociais de pessoas com tuberculose significa levar em consideração a particularidade do estigma da tuberculose e o processo de (des)estruturação social resultante da trajetória do viver com tuberculose. Significa incorporar o campo institucional (os profissionais de saúde e suas instituições), porque nesse espaço passa a acontecer parte significativa do cotidiano dessas pessoas. Isso nos aponta para a responsabilidade que temos enquanto profissional de saúde, de mobilizar a formação e participar das redes sociais de pessoas com tuberculose.

No Brasil, a VIII^o Conferência Nacional de Saúde (1986), com base na Carta de Otawa, estabeleceu os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre esses princípios estão: a universalidade do acesso; a integralidade das ações; e a equidade.

A falta de equidade e de integralidade da atenção à saúde tem levado à busca de novos arranjos e articulações para o enfrentamento de tais problemas. Essas articulações e arranjos tornam-se possíveis através da construção de parcerias entre diferentes segmentos sociais: universidades, serviços de saúde, associações, organizações e serviços comunitários. Caminha-se, portanto, para a instituição de um novo paradigma da produção social da saúde: a intersetorialidade¹⁶.

A ação intersetorial envolve a criação de espaços comunicativos, a capacidade de negociação e também a superação de conflitos para que finalmente se possa chegar, com maior potência, às ações – que implicam principalmente na acumulação de forças, construção de sujeitos e descobertas de possibilidades de agir¹⁶. A abordagem de intersetorialidade nos remete, por sua vez, à compreensão de suporte social como o processo (percepção ou recepção) pelo qual o recurso em uma estrutura social permite satisfazer necessidades em situações cotidianas e de crise¹⁷.

Estudos sobre redes de apoio social apontam também para um enfrentamento mais ativo da doença, ajudando a reduzir significativamente os seus efeitos negativos¹⁸ e também modificando a expressão da doença nos organismos. Nesse sentido, o apoio social poderia ser um elemento a favorecer o *empowerment*, processo no qual o indivíduo, grupo social e organização passam a ganhar mais controle

sobre seus próprios destinos¹².

A discussão sobre redes, suporte social, apoio social e *empowerment* chama a atenção para o saber e o poder que as próprias pessoas, organizados em comunidades e movimentos sociais, podem adquirir para influir nas várias dimensões de sua saúde, desde a interferência sobre as próprias condições individuais de saúde até as condições de funcionamento e atendimento dos serviços de saúde¹⁹.

A concepção da participação dos usuários nos serviços públicos de saúde como parte da política do SUS vem sendo cada vez mais difundida como essencial para o avanço substantivo na qualidade dos serviços e das ações de saúde, sejam elas preventivas ou de promoção. A população participa não só apontando problemas, mas especialmente indicando caminhos para a solução deles, de forma que o sistema atenda suas demandas de maneira contextualizada.

Considerações finais

A concepção do cuidado em saúde como parte da rede social das pessoas com tuberculose parece ser um elemento distinto nesse processo, contribuindo para reduzir os efeitos negativos do estar com tuberculose. Pode auxiliar no tratamento, ajudando a enfrentar o preconceito da doença, desmitificá-la e promover a reintegração dessas pessoas em seu contexto social.

A rede social formal da qual o profissional de saúde faz parte precisa estabelecer parcerias com a rede informal das pessoas, para que essas, em conjunto, possam agregar os saberes profissional e popular, bem como os demais recursos da comunidade, proporcionando um cuidado mais convergente às necessidades das pessoas com tuberculose.

É importante que as redes sociais sejam reconhecidas, não somente como solução para as situações decorrentes da precariedade das condições de vida das pessoas e, sim, como condição essencial para o exercício da cidadania e da construção de novos espaços sociais, como a estruturação de serviços e associações com uma percepção mais ampliada de saúde.

Destaca-se, assim, a importância da intersetorialidade na perspectiva de redes sociais, principalmente, na construção de um agir em saúde na construção de redes sociais mais amplas, comprometidas com os princípios da equidade, integralidade e participação social, procurando atender e organizar as ações em função das necessidades e demandas das pessoas que vivem com tuberculose.

Referências

1. Ministério da Saúde. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalhes&id_area=124&CO_NOTICIA=10034 Acesso em: 2009 Abril 03.
2. Rodrigues L, Barreto M, Kramer M, Barata RCB. Resposta brasileira à tuberculose: contexto, desafios e perspectivas. *Rev. Saúde Pública* 2007; 41:1-2.
3. Santos Filho ET, Gomes ZMS. Estratégias de controle da tuberculose no Brasil: articulação e participação da sociedade civil. *Rev. Saúde Pública* 2007; 41:111-116.
4. Souza SS, Silva DMGV. Grupos de Convivência: contribuições para uma proposta educativa em Tuberculose. *Revista Brasileira de enfermagem* 2007; 60:90-95.
5. Fontes B. Interfaces do combate/prevenção de aids e tuberculose no Recife. In: Fontes B, Martins PH. *Redes, práticas associativas e gestão pública*. Recife: Universitário/UFPE; 2006.
6. Meirelles BHS. *Redes sociais em saúde: desafio para uma nova prática em saúde e Enfermagem*. Trabalho apresentado para Concurso Público ao cargo de Professor Adjunto - Depto de Enfermagem, CCS: UFSC: Florianópolis, 2004.
7. Giddens A. *As conseqüências da modernidade*. São Paulo: UNESP; 1991.
8. NUCRON - Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde à Pessoas com Doenças Crônicas. Projeto: redes Sócias de apoio a pessoas com doenças crônicas. Florianópolis: s/ed; 2009.
9. Sodré M. *Antropológica do espelho: uma teoria da comunicação linear e em rede*. Petrópolis: Vozes; 2002.
10. Tomaél MI, Alcará AR, Di Chivara IG. Das redes sociais a inovação. *Ciência da Informação* 2005;34.
11. Marteleto RM. Análise de redes sociais: aplicação nos estudos de transferência de informação. *Ciência da Informação* 2000; 30:71-81.
12. Valla VV. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cadernos de Saúde Pública* 1999; 15:7-14.
13. Claro LBL *Hanseníase: representações sobre a doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.
14. Goofman E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4 ed. Rio de Janeiro: LCT; 1988.
15. Souza SS. *Representações Sociais do viver com tuberculose [dissertação]*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.

16. Feuerwerker LCH. Intersetorialidade na Rede Unida. *Revista Divulgação Saúde Debate* 2000; 22:25-35.
17. Pereira JPS. Suporte social em doentes mentais de evolução prolongada e população. Lisboa: Instituto de Psicologia Aplicada/ISPA; 1996.
18. Sá LD, Souza, KMJ, Nunes MG, Palha PF, Nogueira JÁ, Villa TCS. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. *Texto & Contexto Enferm* 2007;16(4):712-718.
19. Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. *Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice*. San Fransisco: Wiley Sons; 2002.

4.2 MANUSCRITO 2: CONHECENDO AS REDES DE APOIO A PESSOA COM TUBERCULOSE

Manuscrito a ser submetido ao periódico *Ciência & Saúde Coletiva*, apresentado conforme a Instrução para Autores da própria revista (Anexo E).

REDES DE APOIO A PESSOA COM TUBERCULOSE¹**SUPPORT NETWORKS TO PEOPLE WITH TUBERCULOSIS****REDES DE APOYO A LA PERSONA CON TUBERCULOSIS**

Sabrina da Silva de Souza²
Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva³
Mercedes Trentini⁴

RESUMO: Este estudo teve o objetivo de conhecer a rede de apoio social a pessoa com tuberculose de um município prioritário no controle dessa doença em Santa Catarina. Utilizou-se como referencial metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados. Foram entrevistadas 26 pessoas no período de junho de 2008 a junho de 2009. A análise comparativa dos dados possibilitou a construção da teoria substantiva, conhecendo as redes sociais de pessoas com tuberculose. As fases dessa teoria expressam a experiência de ter tuberculose como componente de um processo no qual o apoio da rede social é necessário, desde o momento em que recebem o diagnóstico até o término do tratamento. O apoio de familiares, amigos, colegas de trabalho e profissionais de saúde contribui para aliviar a tensão permanente em função do medo que a doença traz, colaborando para a recuperação da pessoa com tuberculose e para sua reintegração social.

Palavras-chave: Enfermagem; Pesquisa Qualitativa; Tuberculose; Apoio Social.

¹ Artigo resultado extraído da tese de doutorado: Apoio às pessoas com tuberculose e rede social.

² Pós-graduanda (Doutorado) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Enfermeira do Programa de Controle de Tuberculose de São José (SC) e da Emergência para Adultos do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). Florianópolis (SC), Brasil. Endereço: Rua Francisco Antônio da Silva, 1954, Sertão do Maruí. São José (SC), Brasil. CEP: 88.122-010. Telefone: (48) 99820686. Email: enfermeirasabrina@gmail.com

³ Doutora em Enfermagem. Professora associada do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Florianópolis (SC), Brasil. Bolsista de produtividade da CNPq. Email: denise@ccs.ufsc.br

⁴ Doutora em Enfermagem. Professora aposentada do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC).

ABSTRACT: This study aims to know the social support network to the person with tuberculosis of a municipality that is a priority in the control of this disease in Santa. The Grounded Theory was used as a methodological reference. 26 people were interviewed in the period of June 2008 to June 2009. The comparative analysis of the data enabled the construction of the substantive theory, knowing the social networks of people with tuberculosis. The phases of this theory express the experience of having tuberculosis as a component of a process in which the support of the social network is necessary, from the moment the diagnosis is received until the end of the treatment. The support from family, friends, co-workers and health professionals contributes to relieving from the permanent tension caused by the fear that the disease brings, cooperating for the recovery of the person with tuberculosis and for his/her social reintegration.

Key-Words: Nursing; Qualitative research; Tuberculosis; Social Support

RESUMEN: El presente estudio tuvo como objetivo conocer la red social de apoyo a la persona con tuberculosis, en un municipio de Santa Catarina que tiene como prioridad el control de esta enfermedad. La metodología utilizada fue la Teoría Fundamentada. Se entrevistaron 26 personas en el período de junio de 2008 a junio de 2009. El análisis comparativo de los datos permitió la construcción de la teoría central: conocer las redes sociales de las personas con tuberculosis. Las fases de esta teoría expresan la experiencia de la tuberculosis como parte de un proceso en el que se necesita el apoyo de la red social, desde el momento en que las personas reciben el diagnóstico hasta el final del tratamiento. El apoyo de la familia, los amigos, compañeros de trabajo y profesionales de la salud contribuye para aliviar la tensión constante en función del temor que la enfermedad produce, y colabora a la recuperación de las personas que padecen tuberculosis y a su reintegración social.

Palabras clave: Enfermería; Investigación Cualitativa; Tuberculosis; Apoyo Social.

INTRODUÇÃO

Apesar de ser uma das doenças infecciosas mais antigas, a tuberculose permanece como um dos principais agravos à saúde a ser enfrentado em âmbito global. Contribuem para esse fato as desigualdades sociais e a insuficiência de novas abordagens assistenciais mais convergentes às necessidades da pessoa com tuberculose¹.

A tuberculose foi equivocadamente considerada controlada nos anos de 1980, especialmente nos países desenvolvidos². Hoje, o Brasil ocupa o 18º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo³.

Diante desse desafio, importantes ações em âmbito internacional tentaram impulsionar governos e sociedade civil para ampliar as ações de controle da doença nas últimas décadas. Em 1993, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o estado de urgência da tuberculose, conclamando governos, comunidade científica e sociedade civil a redobram seus esforços para o controle da doença⁴.

Durante a última década, o Brasil experimentou grandes mudanças na organização do sistema de saúde, sendo que na atenção básica foram introduzidos programas inovadores e estratégicos que possibilitaram a implementação das políticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)⁴.

O estabelecimento de novas dimensões, com o enfoque na família e orientado para a comunidade através de serviços de atenção primária, evidenciou a necessidade de promover mudanças na qualidade e reforçar o compromisso e envolvimento entre profissionais de saúde, indivíduos, famílias e comunidades, para que todos possam ser "sujeitos ativos" na busca de melhores condições de vida⁵.

Nessa perspectiva, surgiu a necessidade de tentar criar alternativas para o controle da tuberculose voltadas para essa prática participativa, coletiva, integral, vinculada à realidade da comunidade e capaz de ultrapassar as fronteiras dos serviços de saúde^{2,6}.

A organização social, com ênfase nas redes sociais, pode ser uma importante alternativa para promover uma melhor qualidade de vida para essas pessoas, de modo que os cuidados e tratamentos com a tuberculose não sejam apenas responsabilidade pessoal. Nesse processo, está envolvida uma aproximação que contemple as múltiplas interconexões socioculturais que existem entre os clientes, os profissionais de saúde e os membros da comunidade, considerando que o estado de saúde-doença é determinado pela experiência subjetiva dos indivíduos e dos membros da comunidade, mais do que pelos aspectos

clínicos e físicos. Isso nos remete à importância de considerar tanto esses aspectos pessoais como também os aspectos comunitários, culturais, sociais e econômicos que interferem nas redes de apoio para enfrentamento da situação⁷.

Rede social pode ser compreendida como um grupo de pessoas no qual o indivíduo tem algum vínculo⁸, incluindo os relacionamentos mais próximos, como família e amigos íntimos⁹.

O apoio social fornecido pelas redes evidencia os aspectos positivos das relações sociais, como compartilhar informações, o auxílio em momentos de crise e a presença em eventos sociais¹⁰. Na situação de enfermidade, a disponibilidade do apoio social aumenta a vontade de viver e a autoestima da pessoa com tuberculose, o que contribui com o sucesso do tratamento⁴.

Essas considerações foram tomadas como referências para a definição do estudo que efetuamos¹¹, voltado para melhor compreender a rede social de apoio às pessoas com tuberculose, com contribuições para o desenvolvimento de práticas mais convergentes às necessidades dessas pessoas.

O objetivo deste artigo é apresentar o modelo de apoio recebido pelas pessoas com tuberculose, estudo este extraído de um anterior de tese que teve como propósito compreender os processos de apoio experienciados pelas pessoas com tuberculose em um município prioritário no controle dessa doença em Santa Catarina.

MÉTODOS

O delineamento do estudo¹¹ original foi a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD)¹² que se destina à descoberta de teoria a partir de dados sistematicamente obtidos e analisados pela comparação constante entre eles, de um ir e vir aos dados, da coleta para a análise e da análise à coleta¹².

A pesquisa foi realizada em um município prioritário no controle da tuberculose em Santa Catarina, nas Unidades Básicas de Saúde que contam com o serviço de tuberculose e foi realizada a partir de cinco unidades de saúde que foram escolhidas por apresentarem o maior número de casos de tuberculose. O município possui 20 unidades de saúde e 40 equipes de Estratégia de Saúde da Família.

Os participantes foram pessoas com tuberculose e indivíduos que compõem a rede de relações das pessoas com tuberculose, sendo eles: 16 pessoas com tuberculose, dois familiares dessas pessoas, dois médicos, quatro enfermeiras, uma coordenadora de programa de tuberculose e um odontólogo, totalizando 26 participantes. Estes

formaram cinco grupos amostrais determinados pela necessidade de obter informações focalizadas.

A coleta dos dados foi feita por meio de entrevistas individuais abertas em profundidade, a partir de uma questão inicial: “Fale-me sobre o viver com tuberculose”. Cada resposta suscitava perguntas complementares sobre o mesmo tema, que apontava novos caminhos para novos questionamentos. A cada novo grupo amostral, as perguntas foram direcionadas para o desvelamento de questões focalizadas levantadas na análise das entrevistas do grupo amostral anterior. O período da coleta de dados foi de junho de 2008 a julho de 2009.

O processo de análise inicial deu-se através da análise comparativa dos dados, que consiste em comparar incidente com incidente, incidente com categoria, categoria com categoria. A análise nesse método é desenvolvida a partir dos procedimentos de codificação, que são considerados o processo central pelo qual as teorias são construídas. A codificação compreende o conjunto de operações realizadas para a análise dos dados, que se distingue em três tipos: aberta, axial e seletiva¹³.

A pesquisa base da tese obedeceu à Resolução n° 196/96, que dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentares na Pesquisa com Seres Humanos, e foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo aprovada mediante o Parecer n° 122/08.

RESULTADO - A TEORIA SUBSTANTIVA

As categorias identificadas, assim como as conexões teóricas realizadas, resultaram de um processo analítico explicativo das experiências das pessoas com tuberculose, representado pela teoria substantiva **Apoio as pessoas com tuberculose e redes sociais** apresentada na figura 1.

Figura 1: Apoio as pessoas com tuberculose e redes sociais.



As informações mostraram que o apoio as pessoas ocorre ao longo do adoecimento da tuberculose e estas pessoas experienciam vários processos e subprocessos tais como descritos a seguir.

A TUBERCULOSE PROVOCANDO MUDANÇAS

O início da movimentação na rede é a descoberta da tuberculose, que ocorre quando a pessoa percebe que algo não está bem, com manifestações como: emagrecimento, tosse, hemoptise. O diagnóstico estabelece importantes **mudanças na vida**, seja na percepção de si mesmo, seja na percepção do outro para consigo, que representa a condição causal uma vez que influencia todo o processo de viver com tuberculose. Na percepção de si mesmo, expressam que se sentem como fonte de infecção, trazendo a doença em seu corpo. Outra percepção é a limitação que encontram em realizar atividades cotidianas, o vigor físico muda, podendo apresentar algumas limitações nas atividades diárias, tais como não conseguir realizar atividades domésticas e ter que se afastar das atividades laborativas remuneradas. Essas situações contribuem para reforçar o isolamento social, ou pela impossibilidade física, ou pelo estigma da doença.

Na visão do outro, a mudança é percebida quando os colegas demonstram medo em contrair a doença, percebido através do afastamento social, quando apoiam o afastamento do serviço mesmo que isso acarrete em sobrecarga de trabalho, quando separam utensílios domésticos.

Esse processo “a tuberculose provocando mudanças” se desdobra em dois sub processos: *Descobrimdo estar com tuberculose e Tuberculose deixando marcas*

Descobrimdo estar com tuberculose

A descoberta da doença ocorre quando a pessoa percebe que algo não está bem, com manifestações físicas que incluem emagrecimento, tosse e hemoptise. Esses são os sintomas mais comuns que as fazem procurar ajuda nos serviços de saúde, geralmente por iniciativa própria, mas também como decorrência da sugestão de alguém próximo que percebeu as manifestações.

A crença das pessoas é de que a tuberculose é uma doença altamente contagiosa, e por isso surge a noção de uma doença suja. As pessoas tendem a se isolar devido a auto-imagem comprometida que acaba por afetar também sua auto-estima, pelo temor às reações sociais negativas da doença. A falta de conhecimento da doença é um fator determinante na estigmatização.

Receber o diagnóstico da tuberculose as faz sentirem-se desesperadas, procurando respostas para suas indagações a partir de concepções prévias que têm da doença com seus significados simbólicos, carregados de preconceitos.

Tuberculose deixando marcas

A tuberculose deixa marcas nas pessoas, ficando impressas as situações que modificaram seu viver, envolvendo marcas físicas, sociais e emocionais. Cada uma dessas marcar tem sua repercussão. As sequelas físicas, como o comprometimento da função pulmonar, podem levar a ter dificuldades de reinserção no trabalho. As marcas emocionais podem provocar dificuldades em reconstruir sua auto-imagem e auto-confiança para enfrentar seu cotidiano. As sociais podem interferir de forma significativa na maneira como a pessoa se insere na sociedade e se relaciona com as outras pessoas.

Essas marcas podem ser suavizadas pela presença de uma rede de apoio social consistente e adequadas as suas necessidades. O papel do profissional da saúde é essencial no sentido de reconhecer essas marcas e de potencializar o apoio.

MODIFICANDO O CONTATO SOCIAL

Se por um lado o apoio ajuda a enfrentar a doença, confortando e promovendo melhor aceitação do tratamento, por outro nem sempre ele consegue influenciar na condição interveniente do processo, uma vez que pode restringir, facilitar ou dificultar a experiência da doença, que é **modificando os contatos sociais**. Essa interação é uma constante nas pessoas que passam pela experiência da tuberculose e é descrita a partir de duas concepções. A primeira concepção é de que a tuberculose faz a pessoa sentir-se discriminada e a segunda é de que ao sentir-se discriminada a pessoa com tuberculose afasta-se do convívio social.

Essas pessoas sofrem com a aquisição da tuberculose, não só pelas manifestações clínicas, mas também pela possibilidade de vivenciar preconceito e rejeição, afetando conseqüentemente seus relacionamentos sociais. Sentem-se discriminadas, pois já têm preconceitos pessoais em relação à doença e acabam transpondo essa percepção para o outro, acreditando que as demais pessoas também têm uma percepção ruim da doença; é como se fosse um espelho, vêem no outro a imagem que tinham anteriormente da doença. Nessa perspectiva, algumas pessoas assumem uma postura de auto preservação, isolando-se antes que os demais a isolem.

Sentindo-se discriminada

A discriminação inicia com seus próprios preconceitos pessoais em relação à doença. A imagem que a pessoa com tuberculose tinha da doença era negativa e acaba transpondo essa percepção para o outro, acreditando que as demais pessoas também têm uma percepção ruim da doença, é como se fosse um espelho, vêem no outro a imagem que tinham anteriormente da doença.

Afastando-se

A transmissibilidade da doença é algo que permeia as preocupações das pessoas com tuberculose. Seja por elas se sentirem contaminando o outro, seja o outro pensando que está sendo contaminado. A principal conseqüência dessa idéia de transmissibilidade é o afastamento dessas pessoas. Algumas vezes, por perceberem a reação dos outros; no início do tratamento, por recomendação dos profissionais; mas também se afastam como uma antecipação da reação do outro, como já comentado anteriormente. Nesta perspectiva, algumas pessoas assumiram uma postura de evitação, isolando-se antes que os demais a isolassem.

PASSANDO PELA EXPERIÊNCIA DO TRATAMENTO

A pessoa com tuberculose ao iniciar o tratamento tem de seguir sua vida tendo a expectativa de melhorar e ficar curada, mas para isso terá de conviver por algum tempo com a conseqüência desse processo, que é representada por **passando pela experiência do tratamento**, que é representada como conseqüência, considerando que é decorrente da decisão da pessoa de efetuar ou não o tratamento. A experiência do tratamento compreende: fazendo o tratamento e abandonando o tratamento.

Fazendo o tratamento

Passar pela experiência do tratamento é trazido como um momento de mudança na maneira de perceber a doença, pois as crenças e os valores são colocados a prova e desmitificados. As pessoas descobrem que a imagem que tinham da doença se modifica no momento em que passam a tê-la, porque observam que a percepção que tinham não condiz com a situação experienciada. Com a descoberta da doença, passam a ter conhecimentos e modificam seu conceito acerca da doença e das pessoas acometidas.

Suportar o tratamento parece ser um dos grandes desafios da tuberculose, já que precisam superar uma série de efeitos colaterais. Acreditar na cura é o que faz as pessoas aderirem ao tratamento e suportar as adversidades impostas.

O tratamento da tuberculose provoca várias reações indesejáveis, que em algumas situações podem contribuir para o abandono do tratamento. Por outro lado, aqueles que conseguem suportar as reações percebem-se com garra, capazes de levar um tratamento “forte” adiante e por isso se sentem vitoriosos. Relatos mostram que as pessoas com tuberculose, ao relatarem sobre seu tratamento, colocam-se como pessoas que travam uma luta, construindo uma imagem de vencedores ao conseguirem levar o tratamento até o fim¹⁵.

Abandonando o Tratamento

A não-realização do tratamento não está vinculada somente aos efeitos colaterais da medicação sendo mais frequente entre os usuários de álcool e outras drogas.

A dependência química influencia no abandono do tratamento, pelo fato de as pessoas recorrerem menos à rede de apoio social para enfrentar a doença, em virtude do padrão comportamental não aceito socialmente e da falta de vínculo, elementos que se contrapõem ao

comportamento de solicitar ajuda. Além disso, o etilismo traz consequências para o ambiente familiar, como geração de conflitos e agressões, situações que dificultam e até impedem o apoio social. Logo, a pessoa pode até ter rede de apoio social disponível, mas não possui habilidades para recorrer a ela, ou não se submete às regras dessa rede, que não aceita o uso de drogas.

Outro fator que contribui para o abandono é quando esse tratamento requer afastamento do trabalho e a renda familiar fica comprometida, não se conseguindo honrar compromissos financeiros, ou mesmo manter o sustento da família.

As relações trabalhistas são trazidas como contribuindo para o abandono do tratamento, uma vez que essa situação não é facilmente resolvida entre trabalhador, saúde e empregador. Para o empregador, o afastamento das atividades está resolvido com o afastamento do trabalho, porém para o trabalhador isso pode trazer prejuízos econômicos, interferindo na sobrevivência sua e de sua família, o que faz repensar a continuidade do tratamento.

Uma outra situação é usar a tuberculose para obter vantagens, como, por exemplo, obter a aposentadoria ou ser hospitalizado para garantir a remuneração integral.

APOIANDO A PESSOA COM TUBERCULOSE

O anúncio deste processo – estar com tuberculose – faz com que a pessoa com tuberculose mobilize a rede e busque estratégias para enfrentar a doença. Assim, **apoiando a pessoa com tuberculose** e a estratégia desse processo, uma vez que pode representar a possibilidade de lidar melhor com a doença e seu tratamento.

O apoio recebido pelas pessoas com tuberculose está disponível na sua rede social, composta por familiares, principalmente mãe e esposa, e também os filhos e vizinhos e/ou amigos. Esse apoio ocorre quando a pessoa com tuberculose solicita, ou quando os familiares percebem que aquela pessoa precisa de ajuda, permeando todo o processo de doença.

O apoio social fornecido pela rede influencia expressivamente o enfrentamento da doença. Os conhecimentos prévios que as pessoas tinham sobre a tuberculose estavam vinculados às concepções de que a tuberculose atinge pessoas com vida promíscua, com falta de higiene e/ou que fazem uso de drogas. Quando essas pessoas experinciam a doença, passam a não se identificar com aquele esteriótipo e buscam informações que os auxiliam na construção de um significado para sua condição. Como um outro fator importante na construção desses

significados, está o apoio que recebem da família e os esclarecimentos dos profissionais de saúde, que vão promovendo uma nova conceituação da doença. Por outro lado, aqueles que se identificam nesse quadro de promiscuidade e de uso de droga, geralmente não contam com uma rede de apoio ampliada e são os que têm mais dificuldades de levar o tratamento adiante, com frequentes abandonos. Amigos que compartilham o mesmo comportamento de usuários de drogas trazem um apoio que é exatamente o oposto do desejado, ou seja, estimulam a continuidade do uso de drogas e a vida desregrada, contrapondo-se ao tratamento.

O momento do apoio parece acontecer quando a pessoa se sente só, quando precisa de ajuda para ir às consultas e/ou fazer exames, para buscar a medicação, para incentivar na continuidade do tratamento, para tirar dúvidas sobre a doença/tratamento e para levantar a autoestima.

A intensidade do apoio é maior no momento do diagnóstico, no qual tanto a rede familiar como as pessoas com tuberculose ficam mais sensíveis e fragilizadas com a notícia da doença. O apoio irá perdurar durante todo o tratamento, porém em menor intensidade ou quando houver alguma intercorrência.

A finalidade do apoio parece ser para restaurar a saúde da pessoa com tuberculose, para que ela consiga levar o tratamento sem grandes problemas e, no final, fique curada, trazendo benefícios para a pessoa e para toda a comunidade e família.

Outra forma de apoiar as pessoas com tuberculose é capacitando os profissionais, acerca das especificidades da doença e tratamento e das novas políticas de atendimento a essas pessoas. Com isso, os profissionais podem oferecer atendimento mais qualificado e convergente às necessidades da população, contribuindo para o fortalecimento da rede de apoio às pessoas com tuberculose.

A experiência da pessoa com tuberculose ocorre num **contexto** de relacionamentos interpessoais que afetam crenças, emoções, comportamentos e decisões. Essas interações ocorrem no cotidiano das unidades de saúde, no convívio familiar, com os vizinhos e amigos, que e representado pelos processos interativos na rede social de pessoas com tuberculose. Nas unidades de saúde, as interações ocorrem no encontro com profissionais que possam atendê-la, escutá-la e auxiliá-la em suas necessidades.

Com os familiares, essas interações ocorrem diariamente, quando auxiliam na realização das atividades diárias, quando compreendem o momento que estão vivendo, quando ouvem, quando dão uma palavra de conforto, quando levam aos serviços de saúde. Logo, a rede das

pessoas com tuberculose é composta basicamente de familiares e vizinhos, formando a sua rede primária, e de profissionais de saúde, compondo a rede secundária.

No entanto, esses integrantes da rede nem sempre se conhecem/reconhecem, o elo entre eles é a própria pessoa com tuberculose, que se movimenta na rede buscando o apoio que necessita.

DISCUSSÃO

Os dados convergem ao trazer que as histórias das pessoas com tuberculose revelam que algumas vezes são alvos de preconceito e discriminação, ou seja, tornam-se vítimas da crença compartilhada por grande parte da sociedade, de que representam perigo iminente de contaminação¹⁶. A pressão social, de forma explícita ou disfarçada, para que as pessoas com tuberculose fiquem isoladas para o tratamento, ainda é presente, fazendo a pessoa se sentir excluída do convívio social.

De acordo com os estudos feitos, o apoio social pode ser fornecido por companheiros, amigos, profissionais de saúde, colegas de trabalho e família¹⁷. Um dos espaços mais tradicionais de suporte social é a família, tendo em vista a aproximação física e emocional entre seus membros. Outro estudo¹⁸, com mulheres com AIDS, também apontou que a maior fonte de apoio é a própria família, provendo suporte do tipo emocional (afeto, aceitação e compromisso familiar) e do material (moradia, transporte e ajuda nas atividades do lar).

O estigma foi percebido como o fato de alguém ser mal avaliado socialmente, seja por um problema físico ou por um defeito de ordem moral¹⁹. Nesse sentido, argumentam que essas pessoas tenderão, portanto, a desenvolver uma postura tímida, o que não contribui para pertencerem a redes sociais grandes e densas. Isso converge com o presente estudo ao verificar que a rede de apoio à pessoa com tuberculose não é muito extensa, basicamente é composta de profissionais de saúde, familiares e amigos/vizinhos.

Outro achado foi de que a presença do apoio social quando associada à diminuição da vivência do estigma pode significar mudanças práticas na vida da pessoa. Essa observação também foi encontrada em outros estudos¹⁷.

No que tange à experiência do tratamento, este estudo vai ao encontro do apresentado^{15,20}, quando aponta que as pessoas com tuberculose, ao relatarem sobre seu tratamento, colocam-se como pessoas que travam uma luta, construindo uma imagem de vencedores ao conseguirem levar o tratamento até o fim. Muitos não conseguem dar continuidade ao tratamento, por problemas como utilismo, tabagismo e

uso de drogas ilícitas, como apontaram os estudos²¹⁻²² que reforçam que esses problemas dificultam a obtenção do sucesso terapêutico.

Outra situação que contribui para a não-completitude do tratamento são as questões financeiras. Esse achado corrobora com o estudo²³ que aponta que problemas sociais, como o desemprego e a dificuldade financeira, concorrem para que a pessoa com tuberculose abandone o tratamento, influenciando na decisão de não dar continuidade ao processo terapêutico. As interações sociais mostram-se importantes nesse processo e a rede de apoio foi o principal motivo para a continuidade do tratamento.

Sendo assim, o suporte social à pessoa que vivencia a doença tem sido pensado e argumentado como cuidado de enfermagem, no sentido de ajudá-la a reconhecer suas redes de suporte, fortalecê-las e utilizá-las nas situações de estresse. O suporte social é fundamental para a manutenção da saúde física e mental, podendo facilitar o enfrentamento de eventos estressantes²⁴.

CONCLUSÕES

A teoria substantiva apresentada oferece uma visão da rede de apoio as pessoas com tuberculose e evidencia que ter apoio influencia de forma significativa no enfrentamento da doença.

Este estudo mostra que, quando a rede de apoio social promove a aceitação da doença, acolhe dúvidas, proporciona apoio, compartilha idéias e sentimentos, facilita o enfrentamento da doença. Trabalhar com as redes de apoio, respeitando a condição de cada membro, poderá auxiliar no redirecionamento das ações voltadas para um viver com tuberculose com mais dignidade.

Ampliar e fortalecer as redes de apoio social às pessoas com tuberculose tem sido pensado como parte do cuidado de enfermagem, no sentido de ajudá-las a reconhecerem suas potenciais fontes de apoio, formas de oferecer esse apoio e de utilizá-lo nas situações de estresse e enfrentamento do tratamento. A rede de apoio social é fundamental para a manutenção da saúde física e mental, podendo facilitar o enfrentamento de eventos estressantes e permitir efeitos benéficos a quem está vivenciando uma situação desgastante.

A presença do apoio social ajuda a romper o circuito entre medo de rejeição e isolamento social. O apoio de familiares, amigos, colegas de trabalho e profissionais de saúde contribui para aliviar a tensão permanente em função do medo que a doença traz, colaborando para a recuperação da pessoa com tuberculose e sua reintegração social.

Sendo assim, o suporte social à pessoa que vivencia a doença tem sido pensado e argumentado como cuidado de enfermagem, no sentido de ajudá-la a reconhecer suas redes de suporte, fortalecê-las e utilizá-las nas situações de estresse.

REFERÊNCIAS

- 1 Barreira D, Grangeiro A. Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2007;41(Supl. 1):4-8.
- 2 Ruffino-Netto A. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. *Inf Epidemiol SUS* 2001; 10(3):129-38.
- 3 Ministério da Saúde (MS). Programa Nacional da Tuberculose. [internet]. 2009 [acessado em 2009 Out 26]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31101
- 4 Organização Mundial de Saúde (BR). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília: OMS: 2003.
- 4 Valla VV. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. *Interface* 2000; 4(7):37-56.
- 5 Oliveira SAC, Ruffino Neto A, Villa TCS, Vendramini SHF, Andrade, RLP, Scatena LM. Serviços de saúde no controle da tuberculose: enfoque na família e orientação para a comunidade. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2009; 17(3):361-367.
- 6 Mendes EV. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde: uma agenda para a saúde. 2a. ed. São Paulo (SP): Hucitec; 1999.
- 7 Cunha MA, Silva DMGV, Souza SS, Martins ML, Meirelles BHS, Bonetti A, et al. Suporte social: apoio a pessoas com doenças crônicas. In: *Anais do XIV Jornadas de Jovens pesquisadores da AUGM; 2006; Campinas.*
- 8 Griep RH, Chor D, Faerstein E, Lopes C. Confiabilidade teste-reteste de aspectos da rede social no Estudo Pró-Saúde. *Revista de Saúde Pública* 2003; 37:379-385.
- 9 Seeman TE. Social ties and health: The benefits of social integration. *Annals of Epidemiology* 1996; 6:442-451.

- 10 Dessen MA, Braz MP. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* [periódico na internet]. 2000 [acessado 2009 Ago 27]; 16(3) Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>
- 11 Souza SS. Apoio as Pessoas com Tuberculose e Redes Sociais [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; Florianópolis, 2010.
- 12 Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory*. New York: Aldine; 1967.
- 13 Strauss A, Corbin J. *Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. 2.ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- 14 Althoff CR. *Convivendo em família: contribuição para a construção de uma teoria substantiva sobre o ambiente familiar* [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.
- 15 Souza SS. *Representações Sociais do viver com tuberculose* [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.
- 16 Pereira ME. *Psicologia Social dos Estereótipos*. São Paulo: EPU; 2002.
- 17 Casaes NRR. *Suporte social e vivência de estigma: um estudo entre pessoas com HIV/AIDS* [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2007.
- 18 Owens S. (2003). African american women living with HIV/AIDS: Families as sources of support and of stress. *Social-Work* 2003; 48 (2), 163-170.
- 19 Carter WC, Feld SL. Principles relating social regard to size and density of personal networks, with applications to stigma. *Social Networks* 2004; 26:323-329.
- 20 Souza SS, Silva DMGV. Grupos de Convivência: contribuições para uma proposta educativa em Tuberculose. *Rev. bras. enferm.* 2007; 60(5):590-595.
- 21 Lima MB, Mello DA, Morais APP, Silva WC. Estudo de casos sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na

perspectiva dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). Cader. Saúde Pública. 2005 Jul-Ago; 17 (4): 877-85.

22 Oliveira HB, Moreira FDC. Abandono de tratamento e recidiva da tuberculose: aspectos de episódios prévios, Campinas, SP, Brasil, 1993-1994. Rev. Saúde Pública. 2000 Out; 34 (5): 437-43.

23 Sa LD, Souza KMJ, Nunes MG, Palha PF, Nogueira JÁ, Villa TCS. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. Texto contexto - enferm. 2007; 16(4):712-718.

24 Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck, G, Lopes C. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. Caderno de Saúde Pública 2005; 21(3), 703-714.

4.3 MANUSCRITO 3: A TUBERCULOSE PROVOCANDO MUDANÇAS E MODIFICANDO OS CONTATOS SOCIAIS

Manuscrito a ser submetido ao periódico *REBEN - Revista Brasileira de Enfermagem*, apresentado conforme a Instrução para Autores da própria revista (Anexo F).

A TUBERCULOSE PROVOCANDO MUDANÇAS E MODIFICANDO OS CONTATOS SOCIAIS¹

TUBERCULOSIS CAUSING CHANGES AND MODIFYING THE SOCIAL CONTACTS

LA TUBERCULOSIS PRODUCE CAMBIOS Y MODIFICACIONES EN LAS RELACIONES SOCIALES

Sabrina da Silva de Souza²
Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva³

RESUMO: Este estudo objetivou Conhecer as mudanças provocadas na vida da pessoa ao receber o diagnóstico de tuberculose. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cujo referencial metodológico foi a Teoria Fundamentada nos Dados. Os sujeitos foram dezesseis pessoas com tuberculose e sua rede de relações que totalizou dez pessoas incluindo familiares e profissionais de saúde. Dentre as inúmeras repercussões da tuberculose, as mudanças provocadas na vida e modificando os contatos sociais são trazidos como processos que alteram o cotidiano dessas pessoas. As principais mudanças incluem: o afastamento do serviço, fazer o tratamento, mudanças na imagem corporal, mudanças na percepção de si mesmo. Essas mudanças são processuais, alterando-se de acordo com o momento da doença, ou seja, ao descobrirem a doença, durante o tratamento e ao final do mesmo, que levam as pessoas a modificarem seus contatos sociais, pois sentem-se discriminadas por ter tuberculose e acabam se afastando do convívio social.

Palavras Chaves: tuberculose, enfermagem, estigma, apoio social

¹ Artigo resultado da tese de doutorado: Apoio às pessoas com tuberculose e rede social.

² Pós-graduanda (Doutorado) do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Enfermeira do Programa de Controle de Tuberculose de São José/SC e da Emergência adulto do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC – Florianópolis - SC, Brasil. Rua Francisco Antonio da Silva 1954 - Sertão do Maruí - São José - SC, Brasil. Cep:88122010. Fone: 48-99820686. Email: enfermeirasabrina@gmail.com

³ Doutora em Enfermagem, Professora associada do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC – Florianópolis - SC, Brasil. Bolsista de produtividade da CNPq. Email: denise@ccs.ufsc.br

ABSTRACT: This study aims to know the changes caused in the life of the person when receiving the diagnosis of tuberculosis. It is about a qualitative research, whose methodological reference was the Grounded Theory. The subjects were 16 people with tuberculosis and their relationship network that had the total of ten people including family and health professionals. Among many repercussions of tuberculosis, the changes caused in life and modifying the social contacts are brought as processes that change these people's routines. The main changes include: job dismissal, undergoing treatment, changes in the body image, and changes in the perception of oneself. These alterations are part of the process, changing according to the disease moment, i.e. when discovering the disease, during the treatment and at the end of it, which lead the people to modify their social contacts, since they feel discriminated for having tuberculosis and they end up getting away from the social living.

Key Words: tuberculosis; nursing, stigma, social support

RESUMEN: El objetivo de este estudio es conocer los cambios producidos en la vida de una persona que recibe el diagnóstico de la tuberculosis. Se trata de una investigación cualitativa, cuyo marco metodológico fue la Teoría Fundamentada. Los sujetos del estudio fueron dieciséis personas que padecen tuberculosis y su red de relaciones sociales, formada por diez personas, entre ellas: la familia y los profesionales de la salud. Entre las múltiples repercusiones de la tuberculosis, los cambios producidos en la vida y la modificación de las relaciones sociales son presentados como procesos que afectan la vida cotidiana de esas personas. Los principales cambios incluyen: retirarse del empleo, hacer el tratamiento, cambios en la imagen corporal y en la percepción de sí mismos. Estos cambios son de procedimiento, según las etapas de la enfermedad, es decir, al descubrir la enfermedad, durante y al final del tratamiento, lo que hace conque las personas cambien sus relaciones sociales, porque se sienten discriminadas por ser tuberculosas, por lo cual terminan alejándose de la vida social.

Palabras clave: Tuberculosis, Enfermería, Estigma, Apoyo social

INTRODUÇÃO

A tuberculose tem sido ao longo da história da saúde mundial, uma das doenças infecto-contagiosas que prevalece com altos índices em muitos países. O Brasil ocupa o 18º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo, sendo o 108º país em incidência⁽¹⁾.

Há uma década, a Organização Mundial da Saúde⁽²⁾ declarou a tuberculose (TB) em estado de emergência no mundo, sendo ainda hoje a maior causa de morte por doença infecciosa em adultos⁽³⁾.

Nos últimos anos, a tuberculose vem sendo considerada e pensada como condição crônica, fundamentalmente após o desenvolvimento do tratamento medicamentoso de longa permanência e a suscetibilidade para a doença. Esta cronicidade também está relacionada ao fato da pessoa com tuberculose ficar “marcada” como “tuberculoso”, pois mesmo tendo ficado curado da doença, a imagem da tuberculose o acompanhará por longos anos em virtude do estigma social, mas que também é da própria pessoa com tuberculose^(3,4).

As diversas formas de representação da tuberculose nada mais são que expressões da vontade coletiva de reorganização da ordem social. As imagens criadas a partir da vivência coletiva da doença se adequam, enquanto metáforas, ao tratamento de situações tidas socialmente como indesejáveis. Mesmo com a migração da tuberculose para as camadas mais pobres da população ela não perde seu traço característico, o de “deturpação moral”, continuando presente ao nível da percepção popular da doença. Essas ideias parecem ainda cristalizadas no imaginário popular. A persistência da estigmatização da tuberculose constitui ainda hoje um entrave no controle da doença⁽⁵⁾.

Apesar da existência de programa de saúde integrante do Sistema Único de Saúde (SUS) que disponibiliza tratamento eficaz que leva à cura da tuberculose, com gratuidade dos medicamentos e com acompanhamento sistemático, não se tem alcançado os resultados esperados nas ações de controle desta doença. O preconceito, a exclusão social, o estigma são alguns dos elementos, já conhecidos, que integram a experiência da pessoa que tem tuberculose. Porém, consideramos que eles são parte das dificuldades que essas pessoas enfrentam e que não são suficientemente conhecidos pelos profissionais da saúde. Muitas tentativas de resposta têm sido buscadas, porém, acreditamos que existem aspectos do viver com esta condição que ainda precisamos conhecer e serem melhor explorados.

Alguns dos aspectos que ainda não são bem conhecidos estão

relacionados ao suporte necessário para o viver com a tuberculose, no sentido das redes de apoio que existem e/ou são necessárias para promover o enfrentamento mais efetivo da tuberculose. No entanto, entendemos que esse suporte está integrado de forma articulada e dinâmica com a maneira como essa doença passa a fazer parte do viver das pessoas, incluindo o que efetivamente muda na vida dessa pessoa, as repercussões da doença no seu viver e os processos que alteram seu cotidiano e que podem influenciar de forma direta ou indireta no sucesso do tratamento.

Foi com esta intenção que desenvolvemos um estudo com o propósito de compreender os processos de apoio experienciados pelas pessoas com tuberculose em um município prioritário no controle dessa doença em Santa Catarina, do qual dois dos aspectos focalizados constituem os objetivos do presente texto: Conhecer as mudanças que ocorrem na vida das pessoas em decorrência de terem tuberculose e compreender como ocorrem as mudanças nos contatos sociais.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa que teve como referencial metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) ou "Grounded Theory"⁽⁶⁾. O termo "Teoria Fundamentada nos Dados" refere-se à descoberta de teoria a partir de dados sistematicamente obtidos e analisados pela comparação constante destes⁶.

Local da pesquisa: A pesquisa foi realizada no período de junho de 2008 a julho de 2009, em um município prioritário no controle da Tuberculose em Santa Catarina- Brasil, nas Unidades Básicas de Saúde que contam com o serviço de Tuberculose. O município possui 20 unidades de saúde e 40 equipes de Estratégia Saúde da Família. A pesquisa foi realizada a partir de cinco unidades de saúde que foram escolhidas por apresentarem o maior número de casos de tuberculose.

Sujeitos da Pesquisa: Os participantes deste estudo foram pessoas com tuberculose (pulmonar e extra-pulmonar) e pessoas que compõem a rede de relações e interações das pessoas com tuberculose, sendo eles: dezesseis pessoas com tuberculose; dois familiares de pessoa com tuberculose; dois médicos; quatro enfermeiras; uma representante da coordenação do programa de Tuberculose e um odontólogo, totalizando 26 pessoas. Foram formados cinco grupos amostrais de acordo com a análise dos dados pois o número de participantes foi determinado pelo processo de amostragem teórica.

Essa amostragem teórica possibilita a identificação e o desenvolvimento de conceitos a fim de desenvolver o modelo teórico⁶. O número de participantes foi definido a partir do momento em que os depoimentos não trouxeram novas informações relevantes para a pesquisa, processo chamado de saturação teórica.

Coleta de dados: A coleta dos dados foi feita através de entrevistas individuais abertas. As entrevistas foram conduzidas de forma que as pessoas entrevistadas pudessem se expressar livremente. A cada novo grupo amostral, as perguntas foram direcionadas para o desvelamento de determinadas questões levantadas na análise das entrevistas do grupo amostral anterior.

Análise dos dados: A análise deu-se através da codificação aberta, em que as falas foram detalhadas, através do exame do conteúdo e consistiu no processo de separar, examinar, comparar e conceitualizar os dados. Durante a codificação, os dados brutos foram separados em palavras, linhas, sentenças e parágrafo. A seguir, foram examinados e comparados por similaridades e diferenças entre os dados de uma mesma entrevista e com as demais entrevistas daquele grupo amostral e dos grupos anteriores. Para cada incidente, evento ou ideia foi dado um nome, formando os códigos conceituais. Esta etapa teve por objetivo a redução dos dados e ocorreu com todas as entrevistas. Os códigos foram sendo agrupados por similaridade e diferenças e posteriormente designados em subcategorias e categorias, como parte da codificação axial. Na codificação seletiva foi selecionada a categoria central e relacionou-se com as outras categorias sistematicamente analisadas.

Aspectos éticos: A pesquisa obedeceu a Resolução nº 196/96 dispõe sobre Diretrizes e Normas regulamentares na Pesquisa com Seres Humanos e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sendo aprovado, mediante o Parecer nº122/08. Para preservar o anonimato, as falas foram identificadas, ao longo do texto, com as letras PT – pessoa com tuberculose, RF – rede familiar, e RP – rede profissional, seguidas de algarismos arábicos que representam a ordem da realização das entrevistas.

RESULTADOS

As mudanças provocadas pela tuberculose são de âmbito físico, emocional e social e foram percebidas como o que mobiliza a rede, ou seja, foi compreendida como a causa dos processos interativos. Essas mudanças se expressam de forma tão importante que acabam intervindo nas interações das pessoas com tuberculose e têm

consequências nos processos interativos. Não foram observadas diferenças significativas entre pessoas com diferentes formas da doença (pulmonar ou extra-pulmonar), com co-infecção HIV/TB e também relacionadas às características sociodemográficas, como idade, sexo e escolaridade.

A TUBERCULOSE PROVOCANDO MUDANÇAS

As principais mudanças que a tuberculose traz para a vida das pessoas incluem: o afastamento do serviço, fazer o tratamento, mudanças na imagem corporal, mudanças na percepção de si mesmo. Essas mudanças são processuais, alterando-se de acordo com o momento da doença, ou seja, ao descobrirem a doença, durante o tratamento e ao final do mesmo, diferentes requerimentos e situações se apresentam. Esse processo está representado por duas subcategorias, denominadas: *Descobrimdo estar com tuberculose e Tuberculose deixando marcas*

Observamos que os sentimentos negativos são os que prevalecem na pessoa com tuberculose. A solidão está associada ao preconceito, especialmente decorrente da sensação de estar sendo evitado e sendo referida como uma preocupação constante. O isolamento se impôs de maneira punitiva, pois a pessoa passou a ser percebida como semeadora de bacilos e não como um sujeito que sofre e cumpre um tratamento longo e difícil. Esta situação só se modifica quando podem contar com uma rede de apoio social, composta principalmente por familiares e profissionais de saúde.

Descobrimdo estar com tuberculose

A descoberta da doença ocorre quando a pessoa percebe que algo não está bem, com manifestações físicas que incluem emagrecimento, tosse e hemoptise. Esses são os sintomas mais comuns que as fazem procurar ajuda nos serviços de saúde, geralmente por iniciativa própria, mas também como decorrência da sugestão de alguém próximo que percebeu as manifestações.

Ao receber o diagnóstico da tuberculose, há mudanças na percepção de si mesmo, como por exemplo, “sentir se podre”. Esta é uma maneira pela qual expressam seu sentimento a respeito da invasão de seu corpo pela doença. Isto evidencia uma concepção prévia da doença, envolta no preconceito deles mesmos acerca da doença, influenciando na maneira como lidam com o diagnóstico, numa concepção de que são pessoas que podem trazer o mal em seu corpo.

Ah eles ficaram assim; ficaram assim, eles não acreditaram né.

Por fora parecia um guri saudável, por dentro, podre. (PT05)

A crença das pessoas é de que a tuberculose é uma doença altamente contagiosa, e por isso surge a noção de uma doença suja. As pessoas tendem a se isolar devido a auto-imagem comprometida que acaba por afetar também sua auto-estima, pelo temor às reações sociais negativas da doença. A falta de conhecimento da doença é um fator determinante na estigmatização.

Por outro lado, a imagem que tinham da tuberculose, como algo que trazia consigo o significado de uma profunda deterioração da saúde e da própria condição humana, não condizia com sua situação, era distinta do que apresentavam. Apenas quando há outros casos na família é que esta imagem é diferente e mais condizendo com a atual realidade da doença.

[...] mas eu jamais pude, jamais pensei que eu pudesse passar por esse processo. Porque eu não vou assim, em tipo não ando em favela, não moro em morro essas coisas, não tenho contato com pessoas com l Tuberculose né. ... Porque a gente ouve assim casos de pessoas que morrem né. Aí quando o médico falou que eu estava com Tuberculose, eu achei que fosse morrer. [...] (VPT1)

O tempo entre a percepção de que algo não está bem até a procura de um serviço de saúde é geralmente prolongado, o que se observa também em outras condições crônicas de saúde. A demora na procura pelo serviço de saúde é, muitas vezes, influenciado pelas pessoas próximas, que não reconhecem a distinção de outras doenças mais comuns, como gripes, bronquites e outras doenças do sistema respiratório. Neste período, a pessoa permanece com a doença, sem, no entanto, suspeitar da tuberculose. Somente quando escarram sangue pensam que pode ser algo mais grave e então buscam de forma mais insistente um diagnóstico.

[...]Eu nunca tive gripe com tosse, mas é que eu estava em casa, eu lembro como hoje. Assim, foi uma segunda-feira eu estava deitado na hora do almoço, e começou me dar aquela, é como chama assim? A primeira vez que comecei a tossir e aí saiu sangue, bastante sangue. Chegava até quase me afogar, cada vez que tossia saía esse sangue vivo. Depois disso aí que começou. Parava, dava um tempo, parava. Isso já faz uns cinco anos, já. [...] (PT7)

Muitas vezes, a demora na procura dos serviços de saúde, faz com que o quadro se agrave. Quando há grande comprometimento,

recorrem então, aos serviços de emergências hospitalares, onde ocorre a identificação da doença.

A situação mais comum é a busca de atendimento nas unidades básicas de saúde, onde dificilmente o diagnóstico é feito imediatamente. Unidades em locais onde há maior prevalência da doença, o diagnóstico é realizado mais rapidamente. Geralmente, buscam mais de dois serviços até a confirmação da doença, com exceção de quando já estão escarrando sangue e há um emagrecimento evidente. Isto mostra a baixa resolutividade dos serviços de atenção básica no que tange a tuberculose.

Receber o diagnóstico da tuberculose as faz sentirem-se desesperadas, procurando respostas para suas indagações a partir de concepções prévias que têm da doença com seus significados simbólicos, carregados de preconceitos.

Atribuem a gravidade da doença ao local onde são tratados, ou seja, se requer internação, é uma doença forte e grave. Quando o tratamento é realizado em casa, significa que a tuberculose é fraca. As repercussões que isso pode ter na forma como realizam o tratamento é relativa e está mais condicionada a outros fatores, tais como, uso de drogas, apoio recebido, vínculo com os profissionais de saúde e dificuldades financeiras.

[...]E acho que eu tive um pouquinho de sorte, não precisei ser internada, graças à Deus![...] (PT12)

Tuberculose deixando marcas

A tuberculose deixa marcas nas pessoas, ficando impressas as situações que modificaram seu viver, envolvendo marcas físicas, sociais e emocionais. Cada uma dessas marcar tem sua repercussão. As sequelas físicas, como o comprometimento da função pulmonar, podem levar a ter dificuldades de reinserção no trabalho. As marcas emocionais podem provocar dificuldades em reconstruir sua auto-imagem e auto-confiança para enfrentar seu cotidiano. As sociais podem interferir de forma significativa na maneira como a pessoa se insere na sociedade e se relaciona com as outras pessoas.

A crença na cura sempre está presente, embora se sintam mais vulneráveis para a recidiva da tuberculose, principalmente quando ficavam com uma marca física como a cicatriz radiológica. Neste sentido, a tuberculose é percebida como deixando marcas no corpo e reforçando a concepção de condição crônica, como se fosse um carimbo, marcando a pessoa para sempre como “aquela que teve tuberculose”.

[...]Ainda estive falando com a médica minha agora, ela me explicou que até o pulmão vai ficar com uma lesão. Sempre fica né. Todo machucado fica uma cicatriz. Então, o negócio vai ficar[...] (PT18)

A incapacidade de realizar atividades cotidianas devido ao comprometimento do vigor físico, decorre de alterações da capacidade pulmonar e do emagrecimento, mas também como consequência da repercussão negativa da doença na auto-estima, levando-a a um isolamento e falta de vontade de manter contato com outras pessoas.

[...]Ah Deus meô livre! Eu ajudo a mãe de manhã, mas meu Deus dá uma canseira danada. Não posso trabalhar mais, eu trabalho na pintura, mas é cheiro de tinta, é poeira demais, é subir escada, trabalho na altura. Um prédio de 12 andares, como eu vou fazer ai, tô morto! [...] (PT21)

Por outro lado, quando voltam às atividades anteriores, recriando situação de estabilidade, significa a retomada do seu papel social, enquanto figura ativa, capaz de produzir e de manter seus relacionamentos.

As marcas emocionais estão relacionadas ao preconceito, que tanto pode ser interno, da própria pessoa com relação à tuberculose, quanto ao perceberem o estigma que a doença tem. Expressam-se pelo medo de serem identificados como “tuberculoso”, uma vez que a doença frequentemente é associada a desvios de conduta, como usuários de drogas, boêmios, pessoas privadas de liberdade, andarilhos ou de pessoas que vivem na miséria.

As marcas sociais envolvem também o preconceito decorrente do estigma da doença. Assim, podem ter dificuldade para obter novos empregos ou terem sua renda comprometida, isolarem-se e terem seu papel social modificado, conforme será abordado na categoria que será apresentada a seguir.

Essas marcas podem ser suavizadas pela presença de uma rede de apoio social consistente e adequadas as suas necessidades. O papel do profissional da saúde é essencial no sentido de reconhecer essas marcas e de potencializar o apoio.

MODIFICANDO O CONTATO SOCIAL

Esta categoria foi construída a partir de duas concepções. A primeira concepção é de que a tuberculose faz a pessoa sentir-se discriminada e a segunda concepção é que, ao sentir-se discriminada, a

pessoa com tuberculose se afasta do convívio social.

Sentindo-se discriminada

A tuberculose pode afetar a vida da pessoa, refletindo conseqüentemente, nas relações com os outros. Pessoas com tuberculose sofrem com a aquisição desta doença, não só pelas manifestações clínicas, mas também pela possibilidade de vivenciar preconceito e rejeição, afetando conseqüentemente as relações sociais em geral.

A discriminação inicia com seus próprios preconceitos pessoais em relação à doença. A imagem que a pessoa com tuberculose tinha da doença era negativa e acaba transpondo essa percepção para o outro, acreditando que as demais pessoas também têm uma percepção ruim da doença, é como se fosse um espelho, vêem no outro a imagem que tinham anteriormente da doença.

[...]Ah parece assim, que quando tu chegas em algum lugar, todo mundo já sabe que tu está com alguma doença. Porque está acostumada contigo com uma estatura, né...maior. Hoje tu tá com 67 quilos, o pessoal te olha assim, com um olho meio que atravessado. Medo de chegar perto de ti, de ti tocar, entendeste? [...] e tem muitas pessoas, que não sabem, que acham que pegando com a mão vai pega, né. (PT12)

A mudança física, pelo emagrecimento acentuado e a tosse constante, leva, com frequência, a sentimentos de vergonha e medo de exposição social. O estigma associado à tuberculose chama a atenção devido a sua intensidade e permanência nos diferentes contextos e no tempo, desconsiderando a evolução no tratamento da doença.

As experiências vivenciadas pelas pessoas com tuberculose estão diretamente ligadas ao convívio na rede familiar, podendo surgir sentimentos negativos devido às associações que podem fazer: “Se ele tem tuberculose, pode ter aids”. Alguns não revelam o diagnóstico à família e principalmente aos amigos, justamente pelo fato de terem medo de ser discriminados.

[...] ela terminou o relacionamento comigo, porque estava com medo de pegar a doença...ela ficou ressabiada comigo e não estava mais dando certo[...] (PT01)

Por outro lado, a reação familiar costuma ser mais de acolhimento, afeto e companheirismo, sendo apenas eventuais as atitudes de afastamento. As reações de preconceito com relação a

tuberculose, são, de certo modo, frequentes, mas geralmente de pessoas não muito próximas e de quem não conhece o processo da doença e do tratamento, mantendo como representação, a imagem da doença construída na literatura e no cinema ao representarem um tempo onde não havia a cura ou, mais recentemente, vinculada morte em pessoas com aids. A superação dessa discriminação é superada com a presença da rede de apoio social que ajuda a enfrentar a doença e suas adversidades.

Afastando-se

A transmissibilidade da doença é algo que permeia as preocupações das pessoas com tuberculose. Seja por elas se sentirem contaminando o outro, seja o outro pensando que está sendo contaminado.

As causas da doença são sempre procuradas, para identificar a fonte, para entender qual sua responsabilidade e também como uma forma de avaliar se tem “culpa” pela ocorrência da doença. Buscam compreender se a tuberculose estava relacionada aos seus comportamentos, mas também pensavam na vulnerabilidade e hereditariedade.

[...]Eu acho que eu peguei da minha irmã, que teve há um ano atrás, em agosto de 2007. Eu já tinha dois casos na família. a minha irmã e o meu mano também fizeram o tratamento, e eu já estou no segundo mês[...] (PT15)

ns

[...] Às vezes, tu tomas um cafezinhos ali, um copo de água, tu sabes como é que é copo, roda. Isso eu não peguei na rua com certeza, nem na minha casa, porque nós não tínhamos isso. Se eu trabalho seis dias da semana e folgo um, dizer que eu peguei no dia da folga! Difícil né! Então provavelmente de um copo lá, porque eu acho que pega assim. Com certeza foi lá, porque sobra um pouquinho de água mineral, aí tu vai toma num copinho que as vezes está mal lavado e tal coisa. [...] (PT20)

A ideia da transmissibilidade pelos objetos é associada à sujeira, e que pode ser vinculada a profissão, como evidencia a fala anterior.

A questão da transmissibilidade é bastante complexa na tuberculose, uma vez que a doença apresenta formas transmissíveis e não transmissíveis, sendo que mesmo as contagiantes, após iniciado o tratamento, tendem a não contaminar mais. Porém, esta diferença não é clara entre as pessoas, pois mesmo aqueles que tinham a forma extra

pulmonar da doença relatavam sentir-se como potencial contaminador, e as pessoas próximas reforçavam esta ideia.

[...] A minha tuberculose é no intestino...mas ela ficou assim...sismada.. que talvez ia passar para ela e para crianças...Achou que podia contaminar...[...] (VT01)

A principal consequência dessa ideia de transmissibilidade é o afastamento dessas pessoas. Algumas vezes, por perceberem a reação dos outros; no início do tratamento, por recomendação dos profissionais; mas também se afastam como uma antecipação da reação do outro, como já comentado anteriormente. Nesta perspectiva, algumas pessoas assumiram uma postura de evitação, isolando-se antes que os demais a isolassem.

[...] Bom, é que eu não quero transmitir essa doença para minha família, né. Para os meus sobrinhos né, eles vivem agarrado comigo. Hoje eu estou morando sozinha com mais uma amiga minha, numa casa que é da minha família, que tá lá fechada. Então essa minha amiga já fez o exame, e ela não tem, não pegou. No início eu usava máscara direto, porque aí eu tinha muita tosse, muita febre. Aí, eu evitava ter muito contato com eles, entedesse?(PT12)

A máscara passa a ser o símbolo dessa transmissibilidade, representando sua preocupação com o outro. No entanto, para os outros se torna mais visível a condição do outro como um transmissor da doença e o uso da mesma faz com que os outros se afastem numa atitude de preocupação e de discriminação.

[...]Não normal, não mudou, mas eles ficaram até com medo, né!Tu vê, eu pedi para sair. Eles até disseram o hora que o médico disser que tu tá curado eu posso te empregar de novo. Queria que eu ficasse no INSS. Mas não tinha como. [...] (PT20)

O afastamento formal do trabalho parece ser uma alternativa interessante para as empresas e demais funcionários, porém para a pessoa com tuberculose, não é tão simples assim, ela percebe nesta conduta que seus pares querem seu afastamento, e sentem-se aliviados quando isto ocorre.

DISCUSSÃO

Um dos elementos mais importantes desse processo de mudança é o preconceito e as concepções não atualizadas da doença, especialmente a transmissibilidade. A doença é temida ainda por ser

expressão de algo que é socialmente digno de censura, e por representar o estágio último de miséria humana, persistindo, no imaginário social como forma de relação da sociedade com o doente⁽⁵⁾.

O estigma, ainda bastante presente, é como se fosse uma “morte social”, levando a pessoa a sentir-se sozinha. Na imagem da tuberculose estão incluídas todas as formas de comunicação, do imaginário, da mudança de atitude, da cognição e dos comportamentos⁷. O estigma é, portanto, um atributo depreciativo que inabilita a pessoa para a aceitação social plena provocando o isolamento social. É o estabelecimento de uma identidade social que o faz sentir-se diferente dos outros, deixando de ser considerado um ser comum, reduzindo-se a uma pessoa carregada de atributos negativos⁽⁸⁾.

A compreensão que tivemos de que as experiências vivenciadas pelos portadores de tuberculose estão muito mais relacionadas ao preconceito que a doença carrega consigo, do que com a própria manifestação da doença, e foram também referidas por outros autores⁽⁹⁾.

A falta de informação em relação à transmissão da doença provoca comportamentos preventivos não condizentes ao conhecimento atual sobre a tuberculose. Esses comportamentos causam constrangimentos à pessoa com tuberculose, pois são carregados de preconceito que levam a discriminação, e que acaba por fazer com que a pessoa com tuberculose tenha marcas que contribuem para seu sofrimento e/ou que se isolem das demais a fim de se protegerem⁽⁴⁾.

O uso da máscara é, geralmente, uma iniciativa das pessoas com tuberculose e de alguns profissionais que desconhecem o processo de transmissibilidade da doença após o início do tratamento. A transmissibilidade do bacilo é muito maior que a taxa de ataque da doença, os quais vão depender da resposta imunológica individual. Esta questão é numericamente evidenciada pelo Ministério da Saúde ao apontar que cerca de 1/3 da população mundial está infectada pelo bacilo de Koch, porém, apenas 5-10% dos casos infectados desenvolverão a doença, uma vez que outros fatores estão relacionados no desenvolvimento da mesma⁽¹⁾.

Estudos apontam que pessoas com tosse procuram várias vezes os serviços de saúde com sintomas de tuberculose e os profissionais de saúde não diagnosticam. A tosse não é um sintoma que preocupa muito as pessoas, pois geralmente, está presente em várias e frequentes doenças respiratórias, como gripes e resposta ao fumo^(10,11). Apesar de alguns estudos evidenciarem que a demora no diagnóstico da

tuberculose também está relacionada ao medo da confirmação da doença⁽¹²⁾, esta situação não se expressou da mesma maneira no grupo estudado.

As mudanças que ocorrem na vida das pessoas que tem tuberculose são processuais e não são definitivas, podendo voltar a sua condição anterior. No entanto, nem sempre as pessoas têm esta clareza, pois se sentem marcadas pela doença, seja no sentido físico, emocional ou social. Acreditar na possibilidade de recuperar sua saúde é o que move as pessoas a superarem as dificuldades trazidas pela sua condição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma questão fundamental quando se pensa em tuberculose é o estigma, o preconceito e a discriminação consequente. As mudanças que a tuberculose provoca como, o afastamento do trabalho, o emagrecimento, o isolamento social pela percepção de reações negativa dos outros, foram apontadas como situações que provocaram mudanças em suas vidas. Este estudo destacou que as reações de evitação e afastamento são frequentes, mas a auto-estigmatização foi mais expressiva. O estigma parece ser um dos aspectos mais relevantes e que interfere na possibilidade de uma convivência mais harmônica com essa condição de saúde.

Outro aspecto de destaque nesse estudo foi o isolamento social, especialmente decorrente do estigma, mas também pela falta de um suporte mais efetivo que essas pessoas poderiam ter dos profissionais de saúde, que mantêm sua prática educativa centrada na perspectiva informativa e de controle. A presença da rede de apoio social tem um papel de grande relevância, ajudando a enfrentar melhor a doença e também a modificar as percepções e crenças em relação a tuberculose.

A falta de informação aparece como principal fator que contribui para as ações sociais negativas e o estigma associado à doença. Neste sentido a compreensão desses aspectos poderá representar uma estratégia necessária para os serviços avançarem na assistência a pessoas com tuberculose, diminuindo esses sentimentos negativos.

É necessário que se estabeleça uma nova visão frente a problemática da tuberculose com enfoque na promoção da saúde, especialmente pela inclusão das pessoas com tuberculose e seus familiares.

REFERÊNCIAS

1 Ministério da Saúde (MS). Programa Nacional da Tuberculose.

- [internet]. 2009 [acessado em 2009 Out 26]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31101
- 2 Organização Mundial de Saúde (BR). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília: OMS: 2003.
 - 3 II Diretrizes Brasileiras para Tuberculose. Jornal Brasileiro de Pneumologia 2004; 30(3):4-5.
 - 4 Souza SS. Representações Sociais do viver com tuberculose [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.
 - 5 Porto A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. Rev. Saúde Pública 2007; 41(1):43-49.
 - 6 Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory. New York: Aldine; 1967.
 - 7 Sontag S. A doença como metáfora. 3a. ed. Rio de Janeiro: Graal; 2002.
 - 8 Goofman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4 ed. Rio de Janeiro: LCT; 1988.
 - 9 Bertazone EC, Gir E. Aspectos gerais da sexualidade dos portadores de tuberculose pulmonar atendidos em unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto-SP. Rev. latino-am.enfermagem 2000; 8(1):115-122.
 - 10 Muniz JN, Palha PF, Monroe AA, Gonzales RC, Netto AR, Villa TCS. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. Ciência Saúde Coletiva. 2005 Abr-Jun; 10 (2): 315-21.
 - 11 Harries A, Maher D, Graham S. TB/HIV: a clinical manual. 2 edição. World Health Organization library. Geneva, 2004.
 - 12 Gonçalves H. A tuberculose ao longo dos tempos. História, Ciências, Saúde - Manguinhos 2000; VII(2): 303-25.

4.4 MANUSCRITO 4: APOIANDO A PESSOA COM TUBERCULOSE

Manuscrito a ser submetido ao periódico INTERFACE - Comunicação, Saúde, Educação, apresentado conforme a Instrução para Autores da própria revista (Anexo G).

APOIANDO A PESSOA COM TUBERCULOSE¹
SUPPORTING THE PERSON WITH TUBERCULOSIS
EL APOYO A LA PERSONA CON TUBERCULOSIS

Sabrina da Silva de Souza²
Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva³

Resumo

Trata-se de um estudo qualitativo que objetivou conhecer o apoio social de pessoas com tuberculose. Utilizou-se como referencial metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados. Os dados foram coletados através de entrevistas em profundidade com cinco grupos amostrais, totalizando 26 pessoas. A codificação e a análise dos dados permitiram identificar duas categorias: recebendo apoio familiar e recebendo apoio profissional. A rede de apoio à pessoa com tuberculose não é muito extensa, basicamente composta de profissionais de saúde e de familiares e amigos/vizinhos. As redes sociais de apoio revestem-se de importância para as pessoas com tuberculose, visto que o sentimento de ser amado e valorizado leva os indivíduos a escaparem do isolamento e a enfrentarem melhor a doença.

Palavras-chave: Enfermagem; Tuberculose; Apoio Social; Pesquisa Qualitativa.

Abstract

It is about a qualitative study that aims to know the social support

¹ Artigo resultado da tese de doutorado: Apoio às pessoas com tuberculose e rede social.

² Pós-graduanda (Doutorado) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Enfermeira do Programa de Controle de Tuberculose de São José/SC e da Emergência Adulto do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). Florianópolis/SC, Brasil. Rua Francisco Antônio da Silva, 1954. Sertão do Maruí. São José/SC, Brasil.

³ Doutora em Enfermagem. Professora associada do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Florianópolis/SC, Brasil. Bolsista de produtividade do CNPq. E-mail: denise@ccs.ufsc.br

to people with tuberculosis. The Grounded Theory was used as a methodological reference. The data were collected through detailed interviews with five sampling groups with a total of 26 people. The data coding and analysis allowed identifying two categories: receiving family support and receiving professional support. The support network to the person with tuberculosis is not very wide, it is basically composed by health professionals, family and friends/neighbors. The support social networks are very important to the people with tuberculosis, since the feeling of being loved and valorized leads the individuals to escape from isolation and face the disease better.

Key-words: Nursing; Tuberculosis; Social Support; Qualitative Research.

Resumen

Se trata de un estudio de carácter cualitativo con el objetivo de conocer el apoyo social a las personas que padecen tuberculosis. Como marco teórico metodológico se utilizó la Teoría Fundamentada. La recolección de los datos se hizo por medio de entrevistas en profundidad con cinco grupos de muestras, para un total de 26 personas. A partir de la codificación y el análisis de los datos se identificaron dos categorías, a saber: el apoyo familiar y el apoyo profesional. La red de apoyo a la persona que padece tuberculosis no es muy extensa, se compone, básicamente, de los profesionales del área de la salud, la familia y los amigos/vecinos. Las redes sociales de apoyo son de gran importancia para las personas con tuberculosis, ya que el sentimiento de ser amadas y valorizadas les permite salir del aislamiento para convivir mejor con la enfermedad.

Palabras Clave: Enfermería; Tuberculosis; Apoyo Social; Investigación Cualitativa.

Introdução

A tuberculose tem sido ao longo da história mundial uma das doenças infecto-contagiosas que prevalece com altos índices em muitos países, como é o caso do Brasil. É uma enfermidade que persiste como sério problema de saúde pública, necessitando de ações mais efetivas. Seu controle foi negligenciado, por ter sido considerada sob controle após a descoberta da cura por meio de uma combinação de

medicamentos. Não se considerou que de nada adianta esse conhecimento e os recursos existentes se eles não forem colocados ao alcance da população (Rufino-Netto, 2000). As atuais políticas de saúde têm procurado superar essa situação, porém com sucesso ainda limitado, pois os indicadores epidemiológicos mostram que o Brasil é o 108º país em incidência de tuberculose no mundo e o 18º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo, sendo a tuberculose a quarta causa de mortes por doenças infecciosas no Brasil e a primeira causa de mortes das pessoas com AIDS (Brasil, 2009).

Além disso, a doença não atinge somente o corpo da pessoa, mas passa a fazer parte do seu viver, especialmente em decorrência da imagem que a doença tem na sociedade atual, como mal que atinge pessoas com vida promíscua, na pobreza, usuários de drogas, gerando preconceito e exclusão social. Pode alterar as relações familiares, seja por esse preconceito; por alterações na renda familiar, como consequência do afastamento do trabalho, mesmo que temporário; pelo medo do contágio; ou por outras alterações no cotidiano que acabam por modificar as relações e os papéis de seus membros. Um outro aspecto que também tem interferido na adesão ao tratamento são os efeitos colaterais dos medicamentos, que provocam, algumas vezes, sintomas mais desconfortáveis que a própria doença.

A tuberculose, ao modificar o cotidiano das pessoas, requer a inclusão de novas ações que nem sempre podem ser realizadas pela própria pessoa, que passa a requerer novos apoios para conseguir agir frente a essas demandas. Surgem também dificuldades emocionais diante da doença, que se agravam com a falta de apoio afetivo por parte dos familiares e contribuem para uma experiência ruim no tratamento. Ter alguém que ofereça apoio em situações de necessidade pode facilitar o enfrentamento de problemas e diminuir os efeitos negativos de situações estressantes, favorecendo a saúde e o bem-estar emocional. (Seidl, Zannon e Tróccoli, 2005).

Assim, as redes de apoio social têm papel determinante como mediadoras e facilitadoras do enfrentamento da condição de saúde. Rede de apoio social pode ser definida como um sistema de elos, como um grupo de pessoas no qual o indivíduo tem algum vínculo, uma estrutura sem fronteiras, uma comunidade não geográfica, um sistema de apoio. Nesse

sentido, a rede social representa um conjunto de participantes autônomos, unindo ideias e recursos em torno de valores e interesses compartilhados (Griep; Faerstein; Lopes, 2003; Marteleto, 2001; Barbosa; Byington; Struchiner, 2000; Castels, 1999; Costa, 2003; Sodré, 2002), incluindo os relacionamentos mais próximos, como família e amigos íntimos, e relacionamentos formais, como outros grupos (Seeman, 1996).

Sluzki (1997) pontua que a incorporação da dimensão “rede social” na prática da saúde expande a capacidade descritiva, uma vez que permite: observar processos adicionais até então não reconhecidos; facilitar o desenvolvimento de novas hipóteses acerca das causas dos problemas, das soluções, fracassos, sucessos e conflitos envolvidos na situação; e orientar a terapêutica no sentido de sugerir novas intervenções.

Na concepção do presente estudo, rede social é o conjunto de pessoas e/ou instituições ou organizações que dão algum tipo de apoio para o viver com tuberculose, visando contribuir para o bem-estar dessas pessoas. Essas redes nem sempre configuram conexões explícitas e reconhecidas entre seus integrantes, como proposto por Meirelles (2004). No entanto, o fato das pessoas buscarem e/ou receberem apoio de diferentes fontes (pessoas e/ou instituições), acabam por iniciar a tecitura dessas redes.

O papel do profissional da saúde se expande para além do controle da doença apenas através de orientações acerca da transmissibilidade da doença e do tratamento a ser realizado, especialmente sobre o controle do uso de medicamentos. Passa a envolver uma compreensão ampliada da situação da pessoa com tuberculose, incluindo as mudanças que a doença traz para o viver da pessoa e as dificuldades que enfrenta, tanto do ponto de vista social quanto do ponto de vista físico e relacional. Nesse sentido, suas ações também se ampliam, como, por exemplo, mobilizando e ampliando a rede de apoio a essas pessoas. Para que possam desempenhar este papel, há necessidade de terem um maior conhecimento a respeito dessas redes, de como acontecem as interações, quem as compõe, os apoios necessários.

No entanto, poucos são os estudos que têm contemplado esse olhar para a experiência de viver com tuberculose, focalizando as experiências subjetivas dessas pessoas.

Foi com essa intenção que desenvolvemos um estudo qualitativo, que teve como objetivo de tese compreender os

processos de apoio experienciados pelas pessoas com tuberculose em um município prioritário no controle dessa doença em Santa Catarina. O objetivo deste artigo foi conhecer o apoio social de pessoas com tuberculose.

Método

Esta é uma pesquisa qualitativa, cujo referencial metodológico adotado foi a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) ou *Grounded Theory*. Trata-se de uma metodologia desenvolvida por sociólogos americanos, que construíram uma teoria assentada nos dados a partir da exploração do fenômeno na realidade em que ele se insere, sendo que a construção teórica explica a ação no contexto social (Strauss; Corbin, 2008).

A pesquisa foi realizada em um município prioritário no Controle da Tuberculose em Santa Catarina através de Unidades de Saúde que contam com o serviço de Tuberculose, que foram escolhidas por apresentarem o maior número de casos de tuberculose.

Os participantes deste estudo foram 26 pessoas, que representam os sujeitos com tuberculose e a rede de relações e interações das pessoas com tuberculose.

Foram formados cinco grupos amostrais de acordo com a análise dos dados, as hipóteses geradas, a construção das categorias e o seu refinamento, visando alcançar o objetivo proposto, constituindo a amostragem teórica. Desse modo, o número de participantes foi definido a partir do momento em que os depoimentos não trouxeram novas informações relevantes para a pesquisa.

A coleta dos dados foi feita através de entrevistas individuais abertas, em profundidade. Os dados foram coletados em domicílio, local de trabalho e nas unidades de saúde, conforme preferência dos sujeitos.

O processo de análise inicial deu-se através de análise comparativa dos dados, que consiste em comparar incidente com incidente, incidente com categoria, categoria com categoria. A análise nesse método é desenvolvida a partir dos procedimentos de codificação, que é considerada o processo central pelo qual as teorias são construídas.

Como resultado dessa análise, foi desenvolvida a teoria substantiva, denominada Apoio as pessoas com tuberculose e redes sociais, composta dos seguintes fenômenos: Apoiando a

pessoa com tuberculose, Passando pela experiência do tratamento, A tuberculose provocando mudanças na vida, Modificando os contatos sociais, Apoio às pessoas com tuberculose e redes sociais e Processos interativos na rede social de pessoas com tuberculose.

Neste texto, apresentamos e discutimos o fenômeno:

Apoiando a pessoa com tuberculose.

A aceitação dos sujeitos foi efetivada com a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a fim de garantir a observação dos princípios éticos. A pesquisa obedeceu à Resolução nº 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõem sobre Diretrizes e Normas Regulamentares na Pesquisa com Seres Humanos, e foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo aprovada em 30 de junho de 2008, mediante o Parecer nº122/08.

Para preservar o anonimato, as falas foram identificadas, ao longo do texto, com as letras PT – pessoa com tuberculose, RF – rede familiar, e RP – rede profissional, seguidas de algarismos arábicos que representam a ordem da realização das entrevistas.

Resultados e Discussão

O fenômeno “Apoiando a pessoa com tuberculose” surgiu a partir dos agrupamentos e interpretação das mensagens que os participantes expressaram durante as entrevistas ao falarem sobre a experiência de viver com tuberculose.

A rede de apoio à pessoa com tuberculose não é muito extensa, basicamente é constituída por profissionais de saúde e por familiares, amigos/vizinhos. A rede parece ter densidade, pois se observa que há conexão entre os membros e não é dispersa, já que as relações ocorrem no cotidiano dessas pessoas.

Apesar da concepção do apoio a essas pessoas ser referido como uma rede, sua concepção é restrita no sentido de que nem todos os elos dessa rede se intercomunicam.

Outro achado que consideramos relevante neste estudo foi de que pessoas com tuberculose associada ao HIV/AIDS não têm uma rede de apoio diferente das que sofrem com a

tuberculose. A existência de Organizações Não-Governamentais (ONGs) que atuam especialmente no atendimento de pessoas com HIV/AIDS não foi referida por essas pessoas como parte de sua rede de apoio. Isso provavelmente está relacionado ao tipo de ações dessas ONGs, que têm atuado mais no campo político e vinculadas a algumas instituições, como abrigos, orfanatos, ou atendimentos a grupos específicos, como prostitutas e crianças, que não fizeram parte deste estudo.

Outra questão foi de que as mulheres apresentam uma rede de apoio maior do que os homens, estas contam com o apoio da família, vizinhos, amigos e profissionais de saúde. Os homens buscam mais a rede familiar, a esposa é a principal referência do apoio, embora considerem que amigos e profissionais de saúde também dão apoio. A forma clínica da tuberculose não influencia no tipo de apoio que recebem e na extensão da rede, assim como a idade não apresentou variação em relação à rede e aos apoios recebidos.

A finalidade do apoio, do ponto de vista da família, é favorecer a recuperação da pessoa, tanto com relação à sua saúde física quanto seu bem-estar emocional. Esse apoio é natural, não há qualquer tipo de questionamento ou negociação. A preocupação com a contaminação dos demais membros da família surge de maneira velada, não sendo explicitada como uma finalidade do apoio.

Os profissionais, apesar de certo envolvimento emocional com essas pessoas, expressaram como finalidade de seu apoio a cura. Aspectos epidemiológicos sempre se colocam como parte dessa intenção, no sentido de diminuir os dados estatísticos, para evidenciar a competência do serviço.

Na perspectiva das pessoas com tuberculose, o apoio que recebem supre suas necessidades e é descrito a partir de quatro componentes: fonte de apoio, os momentos do apoio, os tipos de apoio e as percepções do apoio, conforme descrito na figura 1.

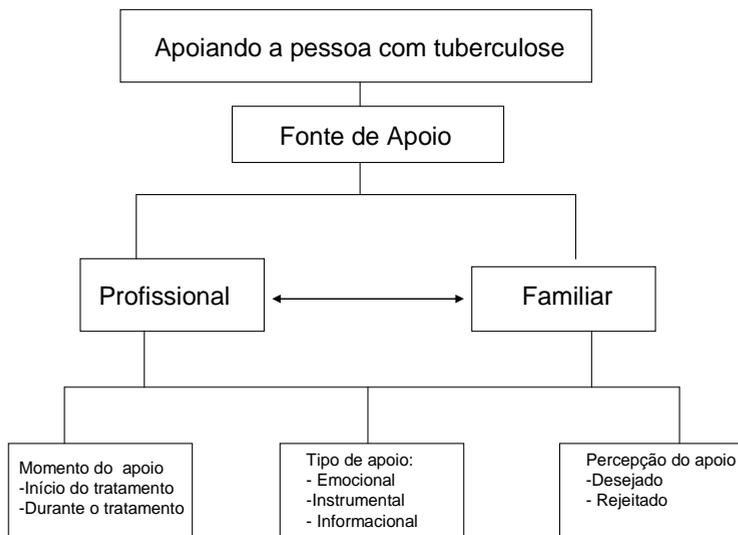


Figura 1: Apoiando a Pessoa com tuberculose.

Para uma apresentação mais sistemática, faremos a apresentação e discussão desses componentes a partir das fontes de apoio: recebendo apoio familiar e recebendo apoio profissional.

RECEBENDO APOIO FAMILIAR

O apoio recebido pelas pessoas com tuberculose está disponível na sua rede social, formada pelos familiares, principalmente mãe e esposa, e também os filhos e vizinhos e/ou amigos. Não há uma distinção muito clara entre vizinhos e amigos, pois, muitas vezes, os amigos são os vizinhos.

O **momento do apoio** ocorre quando a pessoa com tuberculose solicita, ou quando os familiares percebem que aquela pessoa precisa de ajuda. O apoio permeia todo o processo de doença, porém ele ocorre com mais intensidade no momento do diagnóstico da doença, em que o choque do diagnóstico a faz sentir-se frágil, física e emocionalmente.

No decorrer do tratamento, esse apoio vai perdurar, só que em menor intensidade, é como se ele estivesse ali disponível, bastando ser solicitado para receber. Nos momentos

de crise e/ou exacerbação da doença, a rede se move novamente no sentido de dar apoio e ajudar a resolver o problema.

[...] Ah, a família toda, mãe, pai, veio tudo do Paraná, mulher, meu irmão, quando souberam da doença... Ajudaram no psicológico também, né, e falaram que isso aí é uma coisa que passa, que tem cura... [...] (PT7)

O **tipo de apoio** está relacionado com a situação que a pessoa está vivendo: quando se sente só, quando precisa de ajuda para ir às consultas e/ou fazer exames, para pegar medicação, para incentivar na continuidade do tratamento, para tirar dúvidas quanto à doença e para aumentar a autoestima. Nesse sentido, Sluzki¹¹ afirma que a rede familiar pode desempenhar papéis diferentes, vinculados ao tipo de apoio que a pessoa necessita, tais como: companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e conselheiro, regulação social, ajuda material e serviços e acesso a novos contatos.

O apoio emocional diz respeito à disponibilidade de alguém com quem falar e inclui as condutas que fomentam sentimentos de bem-estar afetivo. As demonstrações de afeto se expressam especialmente na garantia de dar o melhor, de estar presente, de evidenciar sua preocupação. Mesmo quando os familiares estavam oferecendo algum apoio instrumental, como a alimentação, havia um sentido maior que o da nutrição, como evidencia a fala que segue:

Incentivando nos remédios, que é muito importante. Na alimentação também. Ele agora está muito fraquinho, muito triste, muito aborrecido com tudo isso. E eu sempre peço ajuda da filha também... Aí eu sempre converso com ele: Vamos tomar o remedinho! E sempre procuro ver uma coisa boa que ele pensa em comer, eu ajudo ele, eu vou e compro. Agora, até o médico receitou para ele aquele leite de Sustagem, pra ele ficar mais forte, mas é bem complicado, não é fácil não... A gente fica até triste, porque não é qualquer coisa que come, ele não aceita. É difícil, porque para ele, às vezes, nada para ele está bom, é meio complicado. (RF23)

Este apoio ajuda a pessoa a sentir-se querida, amada, respeitada e integrante de uma família. Expressões ou demonstrações de amor, afeto, carinho e estima estavam presentes nas falas dos entrevistados.

O apoio instrumental caracteriza-se por ações específicas, como o fornecimento de materiais, que favorecem a resolução de problemas práticos, e/ou facilitar a realização de tarefas cotidianas. Nesse aspecto, os familiares se preocupam não somente em dar seu apoio, mas também em viabilizar outros apoios, solicitando ajuda de outros familiares e ou amigos. Concentram este apoio na alimentação, tentando garantir que se alimentem melhor e ganhem peso rapidamente, e também na continuidade do tratamento medicamentoso, especialmente em decorrência dos efeitos colaterais.

Um outro tipo de apoio é o informacional, que se refere ao processo através do qual as pessoas recebem informações ou orientações relevantes que as ajudam a compreenderem o seu mundo e/ou ajustar-se às alterações que existem nele. Entre os familiares, esse tipo de apoio se expressa na prática de tratamentos coadjuvantes, com chás e uso de alimentos especiais. Dentre os alimentos especiais, citam a pele de galinha e o ovo, que são alimentos que integram a história da tuberculose num tempo em que não existia tratamento medicamentoso e havia uma concentração em promover uma melhor nutrição. O repouso é outro elemento destacado e que também se assenta na história da doença.

[...] Inclusive estou aqui por causa da minha esposa. Ela disse: vai, vai, tem que ir. Por que algum tempo andei até escarrando sangue, né... Ah, ajudava a tomar os remédios na hora e tudo. Um senhor disse: toma umas canjas de noite que é bom... Ele falou que a pele da galinha é boa para tuberculose. Essas coisas, nem sei se é verdade. (PT20)

[...] Quem tem me ajudado, nesse tratamento, é a minha esposa, minha mãe... Falam que se eu fizer o tratamento certo, logo já passa. Mandando eu parar de fumar. Essas coisas assim, me ajudam desse jeito assim... Isso, apoio, só a minha família... (PT18)

Ter alguém com quem contar pode ser considerado quase uma garantia de continuidade do tratamento e gera maior segurança no controle da doença e, também, vem a tornar menos penosas as dificuldades do tratamento e as rejeições que podem ter.

Por outro lado, os familiares ao darem apoio percebem

que isso nem sempre é algo fácil, exige dedicação e paciência. Ter de assumir mais uma função no dia-a-dia tem implicações, pois precisam aliar o apoio às demais atividades diárias. Percebem que o apoio oferecido é importante para a pessoa com tuberculose manter o tratamento e sentir-se cuidada, amada pelo outro, e, com esse intuito, abrem mão de suas necessidades ou sobrecarregam-se, mas procuram garantir o apoio.

É para mim assim, é que eu pude trabalhar para cuidar, correr de um lado para o outro, para exames, para médico, para lá e para cá. Porque ele também é soro positivo. Mas, no mais está, agora, está bem normal... Eu ajudo com o horário dos remédio assim, eu faço uma vitamina para ele, eu levo vitamina, eu que dou os remédios, sempre no horário certinho. Procuo sempre alertar, para não pegar muita friagem, esses tipos de cuidado assim. (RF17)

Neste ponto de vista, a **percepção do apoio** recebido é semelhante à encontrada no estudo de Souza (2009), que trabalhou os apoios sociais recebidos e percebidos pelas pessoas com doenças crônicas. Em outro estudo, esses apoios são considerados fundamentais para a manutenção da saúde e para o enfrentamento de situações estressantes, uma vez que, na situação de enfermidade, a disponibilidade do apoio social aumenta a vontade de viver e a autoestima da pessoa, o que contribui com o sucesso do tratamento (Lima; Mello, Morais et al, 2005).

O diálogo entre quem dá e quem recebe apoio, às vezes, tem perspectivas distintas. Há situações em que o apoio é ofertado, porém não é percebido pela pessoa com tuberculose da mesma forma. O apoio soa como cobrança, fazendo-a se sentir não apoiada pela família. A família, por sua vez, ao sentir que seu apoio é rejeitado, acaba deixando de lado e não se envolvendo.

Essa dissonância, se não percebida e trabalhada, poderá contribuir para o abandono do tratamento.

Pessoas com alguma dependência química têm uma rede de apoio social mais frágil, em virtude do padrão comportamental do usuário de drogas, que enfraquece as relações familiares, com história de conflitos, agressividade e exclusões. O diagnóstico da tuberculose nem sempre mobiliza

essa família para o apoio. Também a pessoa com tuberculose não solicita ajuda, gerando um ciclo que reforça o afastamento e o isolamento, o que também acaba contribuindo para a não-realização de tratamento.

Esses achados são convergentes com os que Lima; Mello, Morais et al, (2005) e Oliveira e Moreira (2000) mostraram em seus estudos, reforçando que problemas como etilismo, tabagismo e uso de drogas ilícitas, concomitantes ao tratamento da tuberculose, dificultam a obtenção do sucesso terapêutico e agravam o quadro clínico, podendo progredir para doença cavitária crônica.

[...] E também porque tem a cervejinha, “pá”... (risos)[...] É porque aí eu esqueço de tomar o remédio, né... Um dia não. É dois, três, quatro.... Eu moro com a minha mulher, né. Mas o pai está sempre lá enchendo o saco, todo mundo aliás... Meu pai dizia: Se eu não quero me cuidar direito, por que que eles têm que se envolver, entendeu? [...] (PT22)

Assim, a maneira como o apoio é recebido e percebido vai depender da história dos relacionamentos familiares. Pessoas com relacionamentos familiares estáveis tendem a perceber e aceitar o apoio, já aquelas com relacionamentos familiares não harmônicos podem ter dificuldades em perceber, receber e aceitar o apoio.

RECEBENDO APOIO PROFISSIONAL

O apoio também é **recebido** dos profissionais de saúde. O enfermeiro teve papel de destaque especial para essas pessoas, tanto no apoio instrumental como emocional e informacional, mas relatam também o apoio recebido do médico, dos auxiliares e técnicos de enfermagem. O tratamento supervisionado¹ pode ser uma das razões de reaproximação da enfermeira, estabelecendo um vínculo mais próximo e frequente, evidenciado na fala:

[...] é uma enfermeira, a minha enfermeira, é uma pessoa que, meu Deus, devo um monte para ela, morro e não pago! Eu

¹ O tratamento supervisionado é uma das cinco estratégias que compõem o DOTS (sigla em inglês para Estratégia do Tratamento Supervisionado da **Tuberculose**) na tuberculose, consistindo em observar a pessoa com tuberculose tomar as medicações.

venho tomar o meu remédio, quando está chovendo, ela manda a voluntária levar, sábado e o domingo... Aí ela sempre traz meu pãozinho, ela sempre dá um pãozinho e pega o cafezinho lá dentro, daí eu espero um pouco, coisa de 10 minutos. Aí eu tomo o meu cafezinho, depois eu vou. Mas ela é bem boa, viu, bem querida assim para mim a enfermeira, é uma das enfermeiras que olha! Lá no Hospital Regional eles também me trataram muito bem, eu fiquei lá acho que 20 dias, me trataram bem, até eles descobrirem que era a tuberculose. Só que lá eu acho que não tinha como o tratamento ser feito, daí o médico disse para mim vir embora. [...] (PT19)

O apoio instrumental envolve o preocupar-se com a disponibilização e tomada da medicação e com garantia de um atendimento sem filas de espera e com encaminhamentos para outros profissionais ou serviços de forma facultativa.

O apoio emocional envolve o ouvir a pessoa com tuberculose, aconselhar a seguir o tratamento, vibrar com a melhora física. Isso ocorre ao mostrar-se disponível, presente, valorizar queixas e priorizar atendimentos.

[...] Na forma de apoio, de conversar. Aquele primeiro dia que eu estive aqui, conversei, não sei se foi com você. Daí, nesse primeiro dia que eu estive aqui, para pegar o remédio, falar com doutor, ele falou para vir direto aqui e conversar com o enfermeiro, ali no postinho, ele é um excelente garoto, sabe? Então, assim, o apoio dos postos de saúde para mim ajuda bastante... Porque tenho vontade de acabar o remédio domingo e ir lá buscar, sabendo que tem, que a gente chega lá e tem o apoio de uma pessoa que me trata bem, que vai conversar comigo: Pois então, tais melhor? Tais bem? Estás disposta, estás outra pessoa! No início quando a pessoa te viu, entendeste? [...] Para você estar bem, também depende da ajuda deles. E eles também fazem esforço, porque para eles é bom também, né. É gratificante para eles saberem que estão fazendo o bem para uma pessoa, e a pessoa está se ajudando. (PT12)

O apoio informacional acontece quando a pessoa busca no profissional as explicações para a doença, para o tratamento, para os cuidados, para o prognóstico. Essas informações são compreendidas e auxiliam na continuidade do tratamento.

Assim como entre os familiares, o apoio dos profissionais é mais intenso no diagnóstico da doença, quando as pessoas procuram explicações sobre o porquê da tuberculose. Ao receberem as primeiras informações acerca do diagnóstico, tratamento e evolução, percebem que elas são diferentes do conhecimento anterior, evidenciando que esta nova situação parece não corresponder com o que consideravam ser. Procuram frequentemente o serviço de saúde na busca de respostas para inúmeras questões, sendo que a mais expressiva é: “Por que eu estou com tuberculose?”.

Quando se sentem seguros e modificam a percepção da tuberculose a partir da sua própria experiência, conseguem enfrentar melhor a doença e assim buscam menos a rede de apoio profissional.

Com relação ao tratamento supervisionado, é percebido, por algumas pessoas, como uma forma de apoio que expressa o interesse por elas. No entanto, para outras, é percebido como uma estratégia de controle por parte dos profissionais de saúde, soando como um apoio ruim, que as faz se sentirem privadas de sua liberdade e com exposição de seu diagnóstico à comunidade. É como se o sigilo da doença fosse quebrado, evidenciando que têm uma doença que requer a presença constante dos profissionais de saúde.

Essa forma compulsória de realizar o tratamento foi concebida, inicialmente, como sendo uma possibilidade de ação intersetorial entre a pessoa com tuberculose, comunidade e serviço de saúde. No entanto, vem sendo percebida por algumas pessoas mais como uma ação de “policiamento” do que como uma facilidade⁸.

Apesar de os profissionais da saúde compreenderem que a família precisa fazer parte do cuidado, isso na prática ainda não ocorre, mostrando que o modelo de saúde ainda é centrado no indivíduo, contrapondo-se à filosofia dos programas governamentais como o “Estratégia Saúde da Família”, no qual o foco deveria ser a família, e não o indivíduo.

A Estratégia Saúde da Família, através de suas equipes, representa um espaço importante de ligação entre os diversos atores que compõem as redes sociais, uma vez que estabelece contato com a família e vizinhos, podendo incentivar a interação entre as várias iniciativas de apoio, incorporando as práticas de apoio social às ações de saúde. No entanto, essa prática não é

devidamente considerada por grande parte dos profissionais, que não percebem a prática de apoio social como parte do processo terapêutico⁷.

O apoio institucional representado pelos profissionais de saúde se mostra como uma possibilidade de intersecção, articulação, interferência e produção de redes de cuidado¹⁴.

Considerações Finais

O apoio recebido pelas pessoas com tuberculose muda de acordo com o estágio de desenvolvimento da doença, as pessoas que compõem essa rede e a função que nela exercem, bem como pode mudar de acordo com o contexto sociocultural e o tempo histórico. No início da doença, a família é percebida como o mais importante integrante da rede de apoio social. Em seguida, salientam a necessidade de cuidado pelos profissionais da saúde, com destaque específico aos apoios que recebem dos enfermeiros. Com o passar do tempo, essa rede se amplia, porém os familiares e os profissionais da saúde permanecem como a principal rede de apoio social.

O apoio social não é simplesmente uma construção teórica, mas um processo dinâmico e complexo, que envolve transações entre indivíduos e as suas redes, no sentido de satisfazer necessidades sociais, promovendo e completando os recursos pessoais que possuem, para enfrentar novas exigências e atingir novos objetivos.

As redes sociais de apoio revestem-se de importância para as pessoas com tuberculose, dado que os sentimentos de ser amado e valorizado e de pertencer a grupos de comunicação e obrigação recíprocas levam os indivíduos a escaparem do isolamento e a enfrentarem melhor a doença.

Apesar do estigma que a tuberculose ainda carrega, as pessoas que fizeram parte do estudo expressaram contar com importante apoio para tratar com sua condição.

Este estudo contribui para o estabelecimento de relações mais efetivas entre os profissionais de saúde e a população, valorizando os saberes e as iniciativas populares, interagindo com os usuários e com os movimentos sociais. Reconhecer como as redes estão estabelecidas pode facilitar aos profissionais lidarem com elas e conseqüentemente lhes dar visibilidade.

Colaboradores

As autoras trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

Referências

BARABOSA, Maria Tereza; BYINGTON, Maria Rita; STRUCHINER, Cláudio J. Modelos dinâmicos e Redes Sociais: revisão e reflexão a respeito de sua contribuição para o entendimento da epidemia do HIV. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, Supl.1, p.37-51, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional da Tuberculose**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31101>. Acesso em: 26 outubro 2009.

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede**. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

COSTA, Larissa et al. **Redes**: uma introdução às dinâmicas da conectividade e da auto-organização. Brasília: WWF-Brasil, 2003.

GRIEP, Rosane Harter et al. Confiabilidade teste-reteste de aspectos da rede social no Estudo Pró-Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p.379-385, jun. 2003.

LIMA, M.B.; MELLO, D.A., MORAIS, A.P.P., et al. Estudo de casos sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). **Cader. Saúde Pública**, v. 17, n. 4, p. 877-85, 2005.

MARTELETO, R. M. Análise de redes sociais: aplicação nos estudos de transferência de informação. **Ciência da Informação**, v. 30, n. 1, p. 71-81, 2001.

OLIVEIRA, H.B; MOREIRA, F.D.C. Abandono de tratamento e recidiva da tuberculose: aspectos de episódios prévios, Campinas, SP, Brasil, 1993-1994. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 437-43, 2000.

RUFFINO-NETTO, A. Controle da tuberculose no Brasil: dificuldades na implantação do programa. **Jornal de Pneumologia**, v. 26, n. 4, p. 159-162, 2000.

SEEMAN, T. E. Social ties and health: The benefits of social integration. **Annals of Epidemiology**, n. 6, p. 442-451, 1996.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C.; TROCCOLI, B. T. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. **Psicol Reflex Crit.**, v. 18, n. 2, p. 188-195, 2005.

SLUZKI, C.E. **A rede social na prática sistêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SODRÉ, Muniz. **Antropológica do espelho**: uma teoria da comunicação linear e em rede. Petrópolis: Vozes, 2002.

SOUZA, Márcia São Pedro Leal et al. Características dos serviços de saúde associadas à adesão ao tratamento da tuberculose. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 6, p.997-1005, 2009.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TRATAMENTO PARA TUBERCULOSE

Manuscrito a ser submetido ao periódico *Revista Texto e Contexto*, apresentado conforme a Instrução para Autores da própria revista (Anexo H).

PASSANDO PELA EXPERIÊNCIA DO TRATAMENTO PARA TUBERCULOSE¹

EXPERIENCING TREATMENT FOR TUBERCULOSIS

LA EXPERIENCIA VIVIDA AL REALIZAR EL TRATAMIENTO PARA LA TUBERCULOSIS

Sabrina da Silva de Souza²

Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva³

RESUMO: Estudo qualitativo que objetivou conhecer a experiência de realizar o tratamento para tuberculose. Utilizou-se como referencial metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados. Os dados foram coletados através de entrevistas com cinco grupos amostrais, totalizando 26 pessoas. A codificação e a análise dos dados permitiram identificar duas categorias: Fazendo o tratamento e Abandonando o tratamento. Fazer o tratamento inclui: tomar os medicamentos; ir às consultas; fazer exames; ficar afastado do trabalho; fazer alimentação consistente; fazer repouso. Os fatores relacionados ao abandono do tratamento da tuberculose são complexos e não estão relacionados somente aos efeitos colaterais da medicação, uso de álcool e drogas. Ter a renda comprometida, não conseguir ficar na perícia e não conseguir ficar internado são situações que podem contribuir para o abandono. A obtenção do sucesso do tratamento vai além da eficácia farmacológica, existindo dificuldades relacionadas à pessoa com tuberculose, ao tratamento empregado e ao tipo de atenção recebida.

Palavras-chave: Tuberculose; Enfermagem; Apoio Social; Terapia; Vínculo; Humanização.

¹ Artigo resultado da tese de doutorado: Apoio às pessoas com tuberculose e rede social.

² Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Enfermeira do Programa de Controle de Tuberculose de São José/SC e da Emergência Adulto do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), Florianópolis/SC, Brasil. Rua Francisco Antônio da Silva, 1954. Sertão do Maruí, São José/SC, Brasil. CEP: 88122-010. Telefone: (48)99820686. E-mail: enfermeirasabrina@gmail.com

³ Doutora em Enfermagem. Professora associada do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC), Florianópolis/SC, Brasil. Bolsista de produtividade do CNPq. E-mail: denise@ccs.ufsc.br

ABSTRACT: A qualitative study that aims to know the experience of undergoing the tuberculosis treatment. The Grounded Theory was used as a methodological reference. The data were collected through interviews with five sampling groups, with a total of 26 people. The data coding and analysis allowed identifying two categories: undergoing treatment and abandoning treatment. Undergoing treatment includes: taking the medications; seeing the doctor; running tests; staying away from work; having a consistent feeding; resting. The features related to abandoning treatment of tuberculosis are complex and are not related only to the medication collateral effects, use of alcohol and drugs. Having the income compromised, not being able to stay away from work and not remaining in hospital are situations that can contribute to abandoning. The treatment success is beyond the pharmacological efficacy, there are difficulties related to the person with tuberculosis, to the treatment employed and the kind of attention received.

Key-Words: Tuberculosis; Nursing; Social Support; Therapy; Bond; Humanization.

RESUMEN: Es un estudio cualitativo con el objetivo de conocer la experiencia vivida al realizar el tratamiento para la tuberculosis. Como marco teórico metodológico se utilizó la Teoría Fundamentada. La recolección de los datos se hizo por medio de entrevistas con cinco grupos de muestras, para un total de 26 personas. A partir de la codificación y el análisis de los datos se identificaron dos categorías, a saber: Hacer el tratamiento y Abandonar el tratamiento. La primera incluye: tomar los remedios; ir a las consultas; hacer los exámenes; retirarse del trabajo; alimentarse correctamente; descansar. Los factores relacionados con el abandono del tratamiento de la tuberculosis son complejos y no están relacionados solamente con los efectos colaterales de los medicamentos, el uso de bebidas alcohólicas y las drogas. Otros factores que también pueden contribuir para el abandono del tratamiento de la tuberculosis son: la disminución del sueldo, la imposibilidad de estar en la pericia y de ser hospitalizado. El suceso del tratamiento va más allá de la eficacia farmacológica, existiendo dificultades relacionadas a la persona con tuberculosis, al tratamiento empleado y al tipo de atención recibida.

Palabras Clave: Tuberculosis; Enfermería; Apoyo Social; Terapia; Vínculo; Humanización.

INTRODUÇÃO

A tuberculose constitui-se em uma doença infecciosa milenar que tem como agente causal o *Mycobacterium tuberculosis*. Atualmente, apesar dos recursos tecnológicos para promover seu controle, sua erradicação é um objetivo que está longe de ser obtido em um futuro próximo.

Configura-se ainda como um sério problema da saúde pública, com profundas raízes sociais, intimamente ligadas à pobreza e à má distribuição de renda, além do estigma que pode contribuir para a não-adesão ao tratamento. O surgimento da epidemia de AIDS e o aparecimento de focos de tuberculose multirresistente agravam ainda mais o problema da doença no mundo.¹

O tratamento da tuberculose precisa ser compreendido em sua complexidade para alcançar seu êxito. Nesse sentido, apesar das drogas serem efetivas contra o bacilo² e dos serviços de saúde terem estrutura para promover o tratamento, o que vai determinar sua realização é o comportamento das pessoas.³

A quimioterapia é considerada a principal estratégia de atuação do controle da tuberculose. As medicações para tuberculose são efetivas e sua finalidade é atuar em diferentes estágios do metabolismo bacilar, visando potencializar o efeito destrutivo.⁴

No Brasil, os esquemas medicamentosos são padronizados de acordo com a forma clínica e a história de tratamento anterior. Qualquer que seja o esquema, a medicação é de uso diário.

O uso inadequado dessas medicações está relacionado ao aparecimento de cepas multirresistentes do *Mycobacterium tuberculosis*, conforme foi observado nos inquéritos realizados em 1997 e 2007 no Brasil, culminando com a mudança do esquema terapêutico da tuberculose, que passou a contar com o esquema chamado “quatro em um”, com dose fixa combinada de rifampicina + isoniazida + pirazinamida + etambutol.⁵ Todos esses fármacos em um único comprimido foram estrategicamente pensados com o objetivo de impedir a tomada isolada dos medicamentos e também para proporcionar maior conforto para as pessoas em tratamento com a redução do número de comprimidos.¹

Os efeitos colaterais indesejáveis das drogas, seja pelo próprio princípio ativo ou pelos seus metabólitos, estão relacionados a uma maior taxa de abandono do tratamento,⁴ uma vez que acarretam maior tempo de terapia e maior número de hospitalizações e de consultas ambulatoriais e domiciliares.⁶

Na cotidianidade dos serviços de saúde que oferecem ações do

Programa de Controle da Tuberculose, vê-se que as práticas de atenção às pessoas com tuberculose estão fundadas em relações que podem variar do total empenho para manutenção do tratamento, com superproteção, para a inexistência de qualquer vínculo, sendo que ambos podem prejudicar a efetividade do tratamento.⁷

A estratégia DOTS (sigla em inglês para Estratégia do Tratamento Supervisionado da Tuberculose) tem sido pensada como parte do tratamento da tuberculose, visando diminuir as taxas de abandono. A adoção dessa estratégia exige um compromisso governamental em: garantir os recursos para o controle da tuberculose; organizar os serviços para a descoberta, o diagnóstico e o tratamento de caso; promover o diagnóstico mediante o exame de escarro nos sintomáticos respiratórios que procuram os serviços de saúde; garantir o fornecimento regular dos medicamentos e insumos para todos os laboratórios em todos os serviços de saúde; e estruturar um sistema de informação eficiente de registro e acompanhamento até a cura. O tratamento supervisionado é um dos componentes do DOTS.¹

Há uma variedade importante de estudos científicos apontando que o abandono está associado à coinfeção pelo HIV e à história de tratamento anterior para a tuberculose.⁸ Entretanto, é necessário considerar que a adesão ao tratamento transcende a clínica tradicional e está relacionada à forma como a pessoa concebe a doença e como vive.⁹ Logo, a adesão ultrapassa o ato de ingerir o medicamento e relaciona-se diretamente ao lugar ocupado pela pessoa no processo de produção e reprodução social, na medida em que desse processo decorrem condições favoráveis ou limitantes para a efetivação da manutenção terapêutica.⁸

Nessa perspectiva, coloca-se como necessário aos profissionais de saúde transcender o entendimento da estratégia para além de garantir a ingesta da medicação, mas é necessário conhecer também a pessoa e seu contexto, os modos de vida da pessoa, sua dinâmica familiar, suas crenças, opiniões e conhecimentos a respeito da doença e do próprio tratamento.¹⁰

A atenção à tuberculose implica em trabalhar com uma doença considerada como uma *condição crônica*, que exige habilidades específicas para o atendimento, uma vez que é de longa duração e o planejamento das ações deve incluir aspectos sócio-econômico-culturais da pessoa com tuberculose, assim como o estabelecimento de vínculo entre o serviço de saúde, a pessoa com tuberculose e sua família.¹¹

Com o intuito de avançar sobre o conhecimento da experiência do viver com tuberculose é que este estudo foi desenvolvido, motivado pelo

objetivo de compreender a experiência do tratamento de pessoas com tuberculose de um município de Santa Catarina. Este trabalho é parte da tese Apoio a pessoas com tuberculose e redes sociais que teve como objetivo geral compreender os processos de apoio experienciados pelas pessoas com tuberculose em um município prioritário no controle dessa doença em Santa Catarina.

MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa qualitativa, cujo referencial metodológico adotado foi a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), ou *Grounded Theory*. Trata-se de uma metodologia desenvolvida por sociólogos americanos, que construíram uma teoria fundamentada nos dados a partir da exploração do fenômeno na realidade em que ele se insere, sendo que a construção teórica explica a ação no contexto social.¹²

A pesquisa foi realizada em um município prioritário no Controle da Tuberculose em Santa Catarina, através de cinco Unidades Básicas de Saúde que contam com o serviço de tuberculose e foram escolhidas por apresentarem o maior número de casos de tuberculose. Esse município conta com 20 unidades de saúde e 40 equipes de Estratégia Saúde da Família.

Os participantes deste estudo representam os sujeitos com tuberculose e a sua rede de relações e interações, sendo eles: 16 pessoas com tuberculose; dois familiares de pessoa com tuberculose; dois médicos; quatro enfermeiras; um odontólogo e um representante da coordenação estadual do Programa de Controle da Tuberculose.

Foram formados cinco grupos amostrais de acordo com a análise dos dados, as hipóteses geradas, a construção das categorias e o seu refinamento, visando alcançar o objetivo proposto. Assim, os participantes do segundo grupo amostral foram selecionados com base nos dados coletados com o primeiro grupo e assim sucessivamente.

A definição dos participantes da pesquisa e o período de coleta dos dados estão intrinsecamente relacionados, porque a teoria requer que a coleta dos dados seja concomitante à sua análise e interpretação, até que aconteça a saturação.

O número de participantes foi determinado pelo processo de amostragem teórica, como recomenda a Teoria Fundamentada nos Dados. Essa amostragem teórica possibilita a identificação e o desenvolvimento de conceitos pela coleta, codificação e análise dos dados. Por sua vez, o pesquisador estabelece os tipos de dados que serão coletados e a seguir quais e quantos deverão ser os participantes das

amostras, a fim de desenvolver o modelo teórico que está sendo construído.¹³

Para a coleta de dados, contou-se com o auxílio das enfermeiras da saúde da família das cinco unidades de saúde, que ajudaram a identificar os sujeitos que atendessem aos critérios de inclusão, estabelecidos de acordo com cada grupo amostral. Foi feito contato com elas explicando a pesquisa e solicitando que indicassem as pessoas que consideravam boas informantes. A partir dessa seleção, iniciou-se a pesquisa fazendo contato telefônico com as pessoas indicadas, explicando o objetivo e consultando sobre seu interesse em participar do estudo. Após esse aceite, agendava-se a entrevista.

As entrevistas foram realizadas no local indicado pelos participantes: algumas ocorreram em domicílio, outras no local de trabalho deles, outras nas unidades de saúde, uma ocorreu em um hospital e outra aconteceu em um evento de tuberculose, sendo que os participantes decidiram a hora e o local.

A coleta dos dados foi feita por meio de entrevistas individuais abertas em profundidade a partir de uma questão inicial. Cada resposta suscitava perguntas complementares sobre o mesmo tema, que apontava novos caminhos para novos questionamentos. A coleta foi realizada no período de junho de 2008 a julho de 2009.

As entrevistas ocorreram da forma mais livre possível, permitindo que os dados refletissem como as pessoas com tuberculose experienciam os processos interativos em sua rede social de apoio para viver com essa condição de saúde. A cada novo grupo amostral, as perguntas foram direcionadas para o desvelamento de determinadas questões levantadas no grupo amostral anterior.

O processo de análise inicial deu-se através da análise comparativa dos dados, que é essencial para gerar uma teoria fundamentada nos dados. Consiste em comparar incidente com incidente, incidente com categoria e categoria com categoria, que representam a codificação aberta, axial e seletiva.

Como resultado da análise, foi construída a teoria substantiva, que é composta dos seguintes fenômenos: Apoiando a pessoa com tuberculose, Passando pela experiência do tratamento, A tuberculose provocando mudanças na vida, Modificando os contatos sociais, Conhecendo as redes de apoio social às pessoas com tuberculose e Processos interativos na rede social de pessoas com tuberculose.

Neste texto, será apresentado o fenômeno **Passando pela experiência do tratamento**.

A pesquisa obedeceu à Resolução nº 196/96 e suas

complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (CNS/MS), que dispõem sobre Diretrizes e Normas regulamentares na Pesquisa com Seres Humanos, e foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo aprovada pelo Comitê de Ética dessa universidade em 30 de junho de 2008, mediante o Parecer nº122/08. A aceitação dos sujeitos foi efetivada com a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a fim de garantir a observação dos princípios éticos.

Para preservar o anonimato, as falas foram identificadas, ao longo do texto, com as letras PT – pessoa com tuberculose –, seguidas de algarismos arábicos que representam a ordem das entrevistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O fenômeno Apoio as pessoas com tuberculose e redes sociais é integrado por categorias que revelam a experiência da pessoa com tuberculose desde o momento em que percebe que algo não está bem até a decisão pela realização do tratamento. Dentre as inúmeras repercussões da tuberculose, o tratamento é um dos elementos de destaque nesse processo.

Assim, passando pela experiência do tratamento é compreendido a partir de duas categorias que envolvem: Fazendo o tratamento e Abandonando o tratamento.

Fazendo o tratamento

Fazer o tratamento inclui: tomar os medicamentos, de forma individual ou de forma supervisionada; ir às consultas; fazer exames; conhecer mais sobre a doença e o tratamento; ficar afastado do trabalho; fazer uma alimentação mais consistente; e fazer repouso.

Suportar o tratamento medicamentoso parece ser um dos grandes desafios enfrentados pelas pessoas com tuberculose, que relatam uma série de efeitos colaterais: alteração da coloração da urina, coceiras pelo corpo, vermelhidão na pele, aumento do apetite, dor no estômago, vontade de vomitar, moleza, fraqueza, diarreia, câibras. Esses efeitos colaterais também são trazidos na literatura como indesejáveis no tratamento da tuberculose, porém na maioria das vezes toleráveis.¹⁴⁻¹⁵ O que as mobiliza para superar as adversidades envolvidas é acreditar na cura, levando essas pessoas a aderirem ao tratamento.

Eu tive várias reações, mas eu não desisti, não deixei de tomar nenhum dia, fiz tudo certinho e hoje eu estou curada. (PT6)

Dá uma fraqueza nas pernas, muita fraqueza das pernas... Aí eu como bastante banana. E também tive muita diarreia, a urina ela fica mais assim... Muda de cor, né. E dá umas coceiras assim. No começo, nas primeiras semanas que tu estava tomando, depois já começa a estabelecer, que o organismo já começa a aceitar já, né. (PT18)

Há momentos em que os efeitos colaterais das medicações parecem trazer mais sinais e sintomas que a própria doença. Essas reações indesejáveis, que em algumas situações poderiam contribuir para o abandono do tratamento, precisam ser superadas. Quando isso acontece, essas pessoas sentem-se fortalecidas, percebem-se como fortes, com garra, capazes de levar um tratamento “forte” em frente e, por isso, sentem-se vitoriosas. Essa imagem também foi observada em outro estudo, em que as pessoas com tuberculose, ao relatarem sobre seu tratamento, colocavam-se como pessoas que travam um luta, construindo uma imagem de vencedores ao conseguirem levar o tratamento até o fim.¹⁶⁻¹⁷

O tratamento envolve também ir às consultas e fazer exames. Essas atividades são incorporadas nessa etapa do processo saúde/doença e podem modificar o cotidiano, como, por exemplo, perder o dia de trabalho para cumprir com os compromissos que a doença impõe. A perda do dia de trabalho e o tempo de espera para as consultas e exames são elementos que podem ter repercussões econômicas, podendo, por vezes, ter descontos salariais ou mesmo demissões.¹⁸

Ser incluído no tratamento supervisionado como parte do regime terapêutico na tuberculose traz implicações tanto do ponto de vista operacional como do emocional. Quando há essa supervisão, as pessoas em tratamento reconhecem sua importância, trazendo vários benefícios, tais como a desmitificação da doença pelo contato constante com os profissionais de saúde, contribuindo para modificar também a imagem e o medo que as pessoas próximas tinham do contágio. Um outro aspecto positivo do tratamento supervisionado é a percepção de estar recebendo um atendimento diferenciado, deixando de ser apenas mais um número e reconhecendo o investimento do Estado em sua saúde. Isso lhe traz um certo compromisso com a continuidade do tratamento, que, aliado ao vínculo que acaba se formando entre elas e o profissional que realiza o tratamento supervisionado, fortalece ainda mais a decisão de realizá-lo. Essa relação com o profissional da saúde deixa de ser meramente de prestação de serviço para ser algo mais próximo, possibilitando conversas mais íntimas, compartilhando experiências, o que as ajuda a terem maior liberdade para expor suas angústias e esclarecer sobre a

doença. O afeto é expresso por palavras de carinho, consideração e grande envolvimento por parte de ambos.

Assim, o tratamento supervisionado implantado na atenção básica como uma estratégia de cura através da garantia de que as pessoas iriam efetivamente tomar os comprimidos e tendo como pano de fundo aspectos econômicos, acaba por contribuir com a efetivação de uma outra política do Sistema Único de Saúde (SUS), que é a humanização, ao promover o estabelecimento de vínculo entre os profissionais e as pessoas com tuberculose.

Dessa forma, o papel do profissional no tratamento supervisionado passa a ter uma relevância maior do que a literatura tem apresentado. Deixa de estar focado somente no controle do bacilo, mas favorece o estabelecimento de uma relação mais próxima entre pessoas com tuberculose e profissionais da saúde. Isso contribui para o enfrentamento da doença, seja pelo apoio instrumental com a entrega dos comprimidos em domicílio, seja pelo emocional e/ou informacional. Esses achados convergem ao autor¹⁹ que trabalhou as histórias de abandono de tratamento em Unidades Básicas de Saúde.

Isso reforça a importância das políticas de saúde que privilegiam os aspectos humanos, principalmente em doenças estigmatizantes como a tuberculose.

Na literatura é reconhecida essa positividade do tratamento supervisionado domiciliar, porém destacando os aspectos instrumentais, tais como diminuir as despesas da família com transporte e facilidade de acesso às unidades de saúde.^{17,20}

[...] O pessoal do posto de saúde, as enfermeiras, o pessoal que vinha aqui sempre. O posto de saúde foi muito importante para mim. Eles vinham aqui contavam os comprimidos, me auxiliando, dizendo para eu não desistir, que eles faziam a parte deles, mas eu tinha que fazer a minha. Foram bem persistentes comigo. O médico, o pessoal do posto de saúde foi muito bom para mim. Inclusive eu fui muito bem atendida; até eu não conhecia esse programa, né. Tu só conheces quando tu fazes parte, eu nem sabia que tinha isso deles virem nas casas das pessoas, vir aqui, saber como é que estava, vinha o médico e tal. [...] (PT 06)

Receber orientações acerca da doença e do tratamento faz parte dos cuidados e são realizadas e valorizadas quando são efetuadas como parte de uma relação entre o profissional e a pessoa com tuberculose. Estão vinculadas à necessidade de estabelecer um diálogo mais aberto, em ter alguém com quem conversar, trocar ideias, desabafar. Assim,

buscam uma maior proximidade com os profissionais da saúde que estabeleceram um vínculo maior, visitando-os com maior frequência. Sempre trazem uma justificativa para essas visitas, que poderiam ser adiadas, mas que, de alguma forma, os faz sentirem-se amparados, por ganharem mais atenção, para sentirem que não estão sozinhos e também para terem maior segurança sobre a cura e a transmissão da doença.

O afastamento das atividades laborativas também é um elemento do tratamento, porém esse afastamento pode causar constrangimentos às pessoas com tuberculose, ao perceberem que estão sendo discriminadas. Além disso, o afastamento também tem repercussões econômicas e, algumas vezes, é motivo de abandono do tratamento, pois a recomendação é que a pessoa com tuberculose pulmonar fique afastada enquanto a baciloscopia for positiva. Pessoas que têm atividade mais autônoma, em que seus vencimentos estão relacionados ao que efetivamente realizam, como, por exemplo, comissionadas, são as que mais sofrem. Essas pessoas somente se afastam do trabalho quando têm apoio financeiro da família. Uma outra situação é quando após o afastamento, no seu retorno, ocorre a demissão. O que parece estar por traz é o preconceito vinculado à transmissibilidade e ou à imagem que também têm da tuberculose, ou seja, é uma doença que atinge as imagens criadas a partir da vivência coletiva da doença e se adequam, enquanto metáforas, ao tratamento de situações tidas socialmente como indesejáveis.²¹

A alimentação é outro componente importante do tratamento. A pessoa com tuberculose acredita que precisa alimentar-se bem para conseguir enfrentar a doença e restaurar sua saúde. A busca por peso é uma compensação pelo emagrecimento que ocorre no início da doença. Esse processo de alimentar-se bem para engordar e ter mais energia está entrelaçado com a modificação da imagem corporal, querendo voltar ao peso anterior, para evidenciar que a doença vai se afastando e a cura se torna mais evidente. Surgem alimentos que integram a história da tuberculose num tempo em que não existia tratamento medicamentoso e havia uma concentração em promover uma melhor nutrição, tais como a pele de galinha e o ovo. Outro aspecto que contribui para isso é que as medicações para o tratamento da tuberculose aumentam o apetite.

[...]Um senhor disse: toma umas canjas de noite que é bom... Ele falou que a pele da galinha é boa para tuberculose. Essas coisas, nem sei se é verdade, mas eu como, ajuda. (PT20)

O repouso também é lembrado como parte do tratamento ajudando a recuperar a energia e restaurar a saúde. Na maioria dos

casos, está atrelado à falta de disposição para atividades que exigem maior esforço, envolvendo dificuldade respiratória. Em algumas situações, mesmo não havendo uma limitação física evidente, a pessoa parece usar essa situação para justificar sua maior permanência em casa, evitando contato com outras pessoas, isolando-se.

Cuidados como repouso, superalimentação e bom clima eram as únicas medidas para o tratamento da tuberculose até o aparecimento das medicações, por volta de 1944. Porém, observa-se que elas ainda são trazidas como parte do tratamento, mostrando o quanto o conhecimento popular influencia as ações do cuidado das pessoas, o que pode também ser observado no trabalho que refere que a alimentação complementava qualquer prescrição, estando presente em todas as recomendações clínicas.²²

Abandonando o tratamento

Os fatores que influenciam no abandono do tratamento da tuberculose, alguns já enfatizados anteriormente, são bastante complexos e não estão relacionados somente aos efeitos colaterais da medicação, uso de álcool e drogas, como diversos estudos apontam. Ter a renda familiar comprometida, honrar compromissos financeiros, não conseguir ficar na perícia e não conseguir ficar internado foram situações relatadas que acabaram por determinar o abandono do tratamento.

Se o afastamento tiver como consequência a diminuição dos vencimentos, com implicações no sustento da família, a decisão poderá ser prorrogada, até que sua situação fique tão grave que a pessoa não tenha outra opção.

É. Três meses eu fiz, três meses e alguns dias. Aí tive que parar... Parei, porque eu tive um grande problema. Eu recebia do patrão 2000 reais. Quando eu fui para o INSS, passou para 490. Aí como é que eu ia sobreviver com isso? Não tinha como sobreviver com isso. Aí eu tive que parar, largar e ir trabalhar. A doutora não me deu alta, e também nem poderia, né. Peguei fiz um acordo na firma e fui trabalhar assim. E aí, agora voltei, né... Porque lá não ia poder trabalhar, só com alta da doutora. Não tinha alta, aí como é que tu ia sobreviver com 500 reais, não sobrevivia. Ninguém sobrevive. Então não adianta, tu tem uma força de um lado, mas financeiramente. Por exemplo, eu sou comissionado, eu ganho um por fora, então, se eu trabalho, eu ganho, se eu não trabalho, não ganho... Não, eu até queria ter continuado. Aí me obriguei, pedi as minhas contas, fui embora trabalhar em outro serviço. Foi o que aconteceu... Eu acho até que a doutora está correta,

porque ela não poderia deixar eu trabalhar mesmo, é uma doença contagiosa. Só que infelizmente não deu para continuar, eu tive que ir à luta. (PT20)

As relações não são facilmente resolvidas entre trabalhador e empregador. Nem sempre o empregador está preocupado com a saúde de seus empregados e, para ele, o afastamento é uma determinação a ser cumprida, resolvendo a situação. Porém, para o trabalhador, há repercussões na sua sobrevivência e de sua família, o que o leva a repensar a continuidade do tratamento e buscar emprego em outro lugar para honrar seus compromissos, sem avaliar as implicações de manter-se como potencial transmissor.

Corroborando com isso, o estudo também aponta para essa questão mostrando que, em alguns casos, problemas sociais, como o desemprego e a dificuldade financeira, concorrem para que a pessoa com tuberculose abandone o tratamento, influenciando na decisão de não dar continuidade ao processo terapêutico.¹⁹

Um outro aspecto identificado no estudo foi a dificuldade de realizar o trabalho pela falta de energia decorrente da doença, também verificado nos estudos apontados ao indicarem que o tratamento da tuberculose impõe custos à pessoa e à sua família, pois pessoas com tuberculose são menos dispostas ao trabalho, não conseguindo, algumas vezes, gerar renda suficiente para a família.²³

O ambiente pode ser um elemento que contribui para a não-realização do tratamento, especialmente entre os usuários de drogas (lícitas ou ilícitas). O ambiente em que vivem não é propício, pois os amigos constituem apoio negativo, ao estimularem a continuidade das drogas. Além disso, o usuário de droga geralmente não tem determinação, não investe em seu autocuidado e tem dificuldades na manutenção das relações familiares, com conflitos e agressões, situações que dificultam e até impedem o fornecimento desse suporte social, especialmente para as pessoas enfrentarem a situação da doença. Isso é expresso na fala a seguir:

[...] E também porque eu cervejinha, “pá”... (risos)... É porque aí eu esqueço de tomar o remédio, né... Um dia não. É dois, três, quatro... Eu moro com a minha mulher, né. Mas o pai está sempre lá enchendo o saco, todo mundo aliás... Meu pai dizia: Se eu não quero me cuidar direito, por que que eles têm que se envolver, entendeu?. [...] (PT22)

O etilismo, o tabagismo e o uso de drogas ilícitas, concomitantes ao tratamento da tuberculose, são reconhecidos como dificultando a

obtenção do sucesso terapêutico. Pessoas com alguma dependência química recorrem menos ao suporte social para enfrentamento da doença, em virtude do padrão comportamental de independência, autonomia, agressividade, elementos que se contrapõem ao comportamento de solicitar ajuda.²⁴

A intolerância medicamentosa decorrente da palatabilidade e da quantidade de comprimidos tomados bem como a melhora dos sintomas, criando a ilusão da cura antes da conclusão do tratamento, são outros elementos que contribuem para o abandono. Apesar de ser referido que a maioria das pessoas com tuberculose conclui o tratamento sem apresentar reações adversas decorrentes do uso das drogas antituberculosas,²⁵ muitas pessoas referem que os efeitos colaterais contribuem para a interrupção do tratamento ou, pelo menos, têm que lutar contra a ideia de interromper.

Mas é assim guria, tu sentes um gosto, assim, de tijolo, assim, sabe, na boca. Assim, a ânsia de vômito, mas não vomita é só aquela ânsia. (PT19)

[...] *É que eu não consegui tomar o remédio. É muito remédio de manhã cedo. Dava vômito, e outro também, é que eu trabalho demais, né! Ai o meu remédio, que eles deram para mim tomar, era antes de tomar café. Ai não tem condições de tomar, né. Toma nove remédio um atrás do outro sem tomar nada, é impossível fazer isso.* (PT22)

Numa perspectiva que amplia o tradicional conceito de abandono ao tratamento, observa-se que a adesão, no cotidiano da assistência, deve considerar as implicações da doença e do tratamento na vida da pessoa, além de suas crenças, opiniões e conhecimentos sobre a doença e tratamento.⁹

Um outro elemento que merece ser considerado com relação aos profissionais de saúde é a falta de formação genérica ou específica para lidarem com pessoas com essa doença. A falta de conhecimento acerca do tratamento e mesmo das formas de transmissão faz com que o senso comum seja referência para o cuidado que realizam inicialmente. Sendo assim, nem sempre se envolvem ativamente com essas pessoas, podendo de uma forma involuntária contribuir para o abandono. Nesse sentido, estudos¹⁹ apontam que “o modo como a equipe de saúde se organiza, para desenvolver o seu trabalho, é determinante para promover a adesão da pessoa com tuberculose ao tratamento”. A falta de formação adequada é destacada em alguns estudos,² porém, trazemos aqui as implicações que isso tem para a saúde, podendo ser um dos elementos

que contribuem para o abandono.

Essa situação de falta de preparo para cuidar de pessoas com tuberculose se modifica quando se deparam com a necessidade de prestar esse cuidado, quando passam a buscar informações, especialmente contando com o apoio dos profissionais do Programa de Controle da Tuberculose, buscando formas de enfrentar essa experiência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento da tuberculose não depende apenas e especificamente da existência e gratuidade dos medicamentos e de sua eficácia farmacológica, há de se considerar os demais elementos no processo de atenção, tais como a melhora do acesso aos serviços de saúde, a adesão e a co-participação da pessoa com tuberculose e da sua família.

A família e a equipe de saúde são apontadas como importante apoio à pessoa com tuberculose, que reconhece esse envolvimento como um fator que contribui para completude do tratamento, pois encontra nesses ambientes a possibilidade de compartilhar e enfrentar as dificuldades impostas pela tuberculose.

O vínculo é um elemento fundamental para a realização do tratamento, seja com o profissional ou com o familiar. Os vínculos estabelecidos não são apenas instrumentais, mas afetivos também. Estes ficaram mais evidentes entre os profissionais que realizam o tratamento supervisionado, estabelecendo-se de forma mais significativa entre eles e reforçando o princípio da Política Nacional de Humanização, que é a transversalidade, na qual se desenvolvem concepções e práticas que atravessam as diferentes ações, aumentando a comunicação, refletindo em mudanças nas práticas de saúde e ampliando o diálogo entre os profissionais de saúde e a população.

REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde (MS). Programa Nacional da Tuberculose. [internet]. 2009 [acessado em 2009 Out 26]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31101
- 2 Kritski AL Duas décadas de pesquisa em tuberculose no Brasil: estado da arte das publicações científicas. Rev Saúde Pública 2007;41(1):9-14.
- 3 Davies PD. The role of DOTS in tuberculosis treatment and control. Am J Respir Med 2003;2(3):203-9.

- 4 Dalcolmo P, Andrade M, Noronha MK Dornelles P. Tuberculose multirresistente no Brasil: histórico e medidas de controle. *Rev Saúde Pública* 2007;41(1):34-42.
- 5 Conde MB, Melo FAF, Marques AMC, Cardoso NC, Pinheiro VGF, Dalcin PTR et al. III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. *J. Bras. Pneumol.* 2009 Out; 35(10): 1018-1048.
- 6 Yee D, Valiquette C, Pelletier M, Parisien I, Rocher I, Menzies D. Incidence of serious side effects from first-line anti-tuberculosis drugs among patients treated for active tuberculosis. *Am J Respir Crit Care Med* 2003;167(11):1472-7.
- 7 Paz EPA, Sa AMM. Cotidiano do tratamento a pessoas doentes de tuberculose em unidades básicas de saúde: uma abordagem fenomenológica. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2009;(17) 2:180-186.
- 8 Albuquerque MFM, Leitão CCS, Campelo ARL, Souza WV, Salustino A. Fatores prognósticos para o desfecho do tratamento da tuberculose pulmonar em Recife/ PE/ Brasil. *Rev. Panam. Salud Pública/Pan Am J Public Health* 2001;9(6):368-74.
- 9 Bertolozzi MR. A adesão ao tratamento da tuberculose na perspectiva da estratégia do tratamento diretamente observado (DOTS) no município de São Paulo/SP. [Tese]. São Paulo. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005.
- 10 Terra MF, Bertolozzi MR. O tratamento diretamente supervisionado (DOTS) contribui para a adesão ao tratamento da tuberculose? *Rev Latino-Am Enfermagem* 2008;(16)4: 659-664.
- 11 Gonzales RIC et al. Desempenho de serviços de saúde no tratamento diretamente observado no domicílio para controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP* [online]. 2008; 42(4):628-634.
- 12 Strauss A, CORBIN J. Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- 13 Glaser B, Strauss A. The discovery of grounded theory. Chicago, Aldine, 1967.
- 14 Arcênio RA. A organização do tratamento supervisionado nos municípios prioritários do estado de São Paulo. [Dissertação]. Ribeirão Preto/SP: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de

São Paulo; 2005.

15 Waisboard S. Beyond the medical informational model: recasting the role communication in tuberculosis control. *Soc Science e Med* 2007;65:2130-2134.

16 Souza, SS. Representações Sociais do Viver com Tuberculose. [Dissertação]. Florianópolis/SC: Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.

17 Souza SS, Silva DMGV. Grupos de Convivência: contribuições para uma proposta educativa em tuberculose. *Rev Bras Enferm* 2007;60(5):590-595.

18 Needham DM, Bowman D, Foster SD, Godfrey-Faussett P. Patient care seeking barriers and tuberculosis programme reform: a qualitative study. *Health Policy* 2004;67(1):93-106.

19 Sa LD. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. *Texto & Contexto Enferm* 2007;169(4):712-718.

20 Arcênio RA, Oliveira MF, Cardozo-Gonzales RI, Ruffino-Netto A, Pinto IC, Valla TCS. City tuberculosis control coordinators' perspectives of patient adherence to DOT in São Paulo State, Brazil, 2005. *Int Journal Tuberculosis Lung disease* 2008;12(5):527-31.

21 Pôrto, A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. *Rev. Saúde Pública, Set 2007, vol.41, suppl.1, p.43-49.*

22 Bertolli Filho C. Antropologia da doença e do doente: percepções e estratégias de vida dos tuberculosos. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* 2000; 6(3):493-522.

23 WHO. Global TB control, surveillance, planning, financing. Geneva: WHO; 2005.

24 Santana JJRA, Zanin CR, Maniglia JV. Pacientes com câncer: enfrentamento, rede social e apoio social. *Paidéia (Ribeirão Preto)* [online]. 2008;18(40):371-384. I

25 Ministério da Saúde (BR).. Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica. Brasília (DF): MS; 2002.

4.6 MANUSCRITO 6: VALIDAÇÃO DE MODELO TEÓRICO: CONHECENDO OS PROCESSOS INTERATIVOS NA REDE DE APOIO ÀS PESSOAS COM TUBERCULOSE

Manuscrito a ser submetido ao periódico *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, apresentado conforme a Instrução para Autores da própria revista (Anexo I).

Validação de modelo teórico: conhecendo os processos interativos na rede de apoio às pessoas com tuberculose¹

Theoretical model Validation: knowing the interactive processes in the support network to people with tuberculosis

Validación del modelo teórico: conocimiento de los procesos interactivos en la red de apoyo a las personas con tuberculosis

Sabrina da Silva de Souza²

Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva³

RESUMO:

Este trabalho objetivou validar o modelo teórico construído a partir de um estudo sobre processos interativos na rede de apoio às pessoas com tuberculose, utilizando a Teoria Fundamentada nos Dados como referencial metodológico. Optamos pela validação comunicativa, que foi realizada com três pessoas com tuberculose e três profissionais de saúde. A validação comunicativa foi efetuada a partir da apresentação da síntese do modelo aos avaliadores para que eles analisassem quanto: ao ajuste, se a teoria estava expressando a realidade vivida pelas pessoas com tuberculose; à compreensão do modelo pelos seis componentes; à generalização teórica pela sua interpretação conceitual e aplicação a outras realidades. O modelo foi validado e expressa os processos interativos, possibilitando ser usado como referencial para o cuidado à pessoa com tuberculose, no sentido de dar visibilidade e mobilizar as redes para favorecer a efetivação do tratamento e uma vivência mais harmônica com a tuberculose.

Descritores: Enfermagem; Teoria Fundamentada nos Dados; Tuberculose; Pesquisa Qualitativa; Validade.

¹ Artigo resultado da tese de doutorado: Apoio às pessoas com tuberculose e rede social.

² Pós-graduanda (Doutorado) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Enfermeira do Programa de Controle de Tuberculose de São José/SC e da Emergência Adulto do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). Florianópolis/ SC, Brasil. Rua Francisco Antônio da Silva, 1954. Sertão do Maruí – São José/SC, Brasil.CEP: 88122-010. Telefone: (48)99820686. E-mail: enfermeirasabrina@gmail.com

³ Doutora em Enfermagem. Professora associada do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Florianópolis/SC, Brasil. Bolsista de produtividade da CNPq. E-mail: denise@ccs.ufsc.br

ABSTRACT:

This paper has as an aim to validate the theoretical model built from a study about interactive processes in the support network to people with tuberculosis, by using the Grounded Theory as a methodological reference. We have chosen the communicative validation, which was carried out with three people with tuberculosis and three health professionals. The communicative validation was done from the presentation of the synthesis of the model to the evaluators so that they could analyze about: adjustment, if the theory was expressing the reality lived by the people with tuberculosis; the comprehension of the model by the six components; the theoretical generalization by its conceptual interpretation and application to other realities. The model was validated and it expresses the interactive processes, allowing it to be used as a reference for the care to the person with tuberculosis, in the sense of making it visible and mobilize the networks in order to favor the treatment effectuation and a more harmonic living with tuberculosis.

Key words: Nursing; Grounded Theory; Tuberculosis; Qualitative Research; Validity

RESUMEN:

El objetivo del presente trabajo fue validar el modelo teórico construido a partir de un estudio sobre los procesos interactivos en la red de apoyo a las personas con tuberculosis, utilizando la Teoría Fundamentada como marco metodológico. Se optó por la validación comunicativa, realizada con tres personas que padecen tuberculosis y tres profesionales del área de la salud. La validación comunicativa fue hecha por medio de la presentación de la síntesis del modelo a los evaluadores para que ellos analizaran: el ajuste, si la teoría expresaba la realidad vivida por las personas con tuberculosis, la comprensión del modelo por los seis componentes, la generalización teórica por su interpretación conceptual y su aplicación en otras realidades. El modelo fue validado y expresa procesos interactivos, lo cual permite su empleo como referencial para el cuidado de personas con tuberculosis, en el sentido de darles visibilidad y movilizar las redes de apoyo para favorecer la realización del tratamiento y una convivencia armonica con la tuberculosis.

Descriptor: Enfermería; Teoría Fundamentada, Tuberculosis; Investigación Cualitativa; Validación.

INTRODUÇÃO

A avaliação da qualidade de um estudo científico é uma estratégia que promove a credibilidade de seus resultados, sendo basicamente composta de validade e confiabilidade. É um processo comum e bem estruturado na tradição da pesquisa quantitativa, geralmente dirigido para os instrumentos desenvolvidos, para avaliar uma variável de interesse. Validade tem, basicamente, a intenção de verificar se um instrumento mede o que supostamente deveria medir e a confiabilidade, a consistência de um instrumento para medir um atributo ou conceito.

De modo distinto, na pesquisa qualitativa ainda há muita discussão acerca da necessidade de avaliar seus resultados e também sobre como realizar essa avaliação. O consenso está mais relacionado à intenção da avaliação na pesquisa qualitativa, que é definir se a construção elaborada pelo pesquisador corresponde àquilo que os dados informam. A validade é resumida como a “tentativa de definir se o pesquisador vê o que ele acha que vê”^(1:232,2).

Existem três posições distintas no processo de avaliação em um estudo qualitativo⁽³⁾: a) projetar os mesmos critérios de representatividade, fidedignidade e validade da pesquisa quantitativa, posição bastante rejeitada pelos pesquisadores qualitativos, uma vez que o caráter e a intenção são distintos da pesquisa quanti; b) rejeitar totalmente qualquer tipo de avaliação, pois argumentam que a essência da pesquisa quali é contrária a qualquer tipo de controle; c) apoiar critérios de qualidade que considerem as especificidades da pesquisa quali, “fundamentada na defesa do *ethos* científico na pesquisa social”^(3:480). Os autores defendem esta última posição e apresentam uma proposta constituída por seis critérios de avaliação da qualidade de estudos qualitativos: 1. triangulação e reflexividade; 2. transparência e clareza nos procedimentos; 3. construção do *corpus*; 4. descrição detalhada; 5. a surpresa como uma contribuição à teoria e/ou ao senso comum; e 6. validação comunicativa.

A confiabilidade e a validade são defendidas como relevantes para a pesquisa qualitativa e as consideram como processuais, no sentido de acompanharem todo o desenvolvimento da pesquisa e não deverem ser verificadas somente ao término do estudo, pois os pesquisadores correm o risco de comprometer a qualidade do trabalho, tanto em termos de sua confiabilidade quanto da validade⁽⁴⁾. Indicam o uso de estratégias de verificação como: a coerência metodológica (congruência entre a questão do estudo e os métodos), a amostra adequada (evidência da adequação pela saturação e replicação), a coleta e análise dos dados simultaneamente, o pensar teoricamente (ideias

vindas dos dados e sendo confirmadas por novos dados) e o desenvolvimento teórico (como um resultado do processo da pesquisa).

Consideramos que essas estratégias e critérios propostos contemplam os aspectos do rigor do estudo, necessário em qualquer investigação, apresentando procedimentos específicos que possam contribuir para a avaliação da qualidade do estudo.

A validação vem se consolidando como um fator importante nas pesquisas^(5, 6, 7,8), no sentido de evidenciar a capacidade que o estudo teve de captar ou revelar um dado fenômeno. Contribui para a verificação da representatividade e extensão de cada item no fenômeno investigado, além de estabelecer o domínio de interesse e a dimensão de cada categoria dentro daquilo que o fenômeno investigado revela, ou seja, evidenciar que as interpretações que o pesquisador fez “representam a ‘realidade’ e são mais do que o produto da imaginação fértil do pesquisador”^(3: 482).

Concordando com a posição de autores que defendem a importância da avaliação da qualidade dos resultados de uma pesquisa qualitativa, através de critérios específicos para essa abordagem, destacamos a validação comunicativa como uma possibilidade.

A validação comunicativa inclui o retorno aos sujeitos do estudo para que confirmem se o que foi elaborado corresponde ao que experienciam, tanto em relação ao conteúdo quanto às relações propostas⁽³⁾. São ressaltadas algumas dificuldades de realizar esse tipo de validação em situações em que os achados podem gerar conflitos para os sujeitos ou pode promover uma autoridade para esse sujeito, que pode não estar preparado ou ter capacidade de abstração para analisar as interpretações do pesquisador⁽³⁾.

Reconhecendo a importância da validação como parte da construção teórica, desenvolvemos uma proposta para o modelo teórico construído como resultado de uma pesquisa fundamentada na *Grounded Theory*, ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), acerca dos processos interativos na rede de apoio às pessoas com tuberculose, representado pelo diagrama que segue (Figura 1).

Figura 1: Modelo Teórico – Processos interativos na rede social de pessoas com tuberculose



Na TFD, a validação é considerada uma estratégia metodológica na qual o processo de análise é encerrado pela “validação” da teoria. A teoria emerge dos dados pela integração de conceitos e categorias, representando uma construção abstrata da compreensão dos dados brutos. “É importante determinar como a abstração se ajusta aos dados brutos e também determinar se algo importante foi omitido do esquema teórico”^(9:157). Os participantes devem perceber a teoria como uma explicação razoável do que está acontecendo, mesmo que nem todos os detalhes se ajustem. A validação de uma teoria na pesquisa qualitativa não tem a ideia de testar, como é na pesquisa quantitativa. A validação consiste em comparar conceitos e determinar o quanto eles são apropriados para a investigação que foi desenvolvida.

Construir uma teoria apoiada na TFD significa reduzir dados de muitos casos a conceitos, convertendo-os num conjunto de afirmações que explicam, em sentido geral, o que está acontecendo. Uma TFD bem construída atenderá a quatro critérios centrais para julgar a aplicabilidade da teoria ao fenômeno estudado: **Ajuste** – se uma teoria é

fiel à realidade cotidiana deve se ajustar à área substantiva estudada; **Compreensão** – por representar uma realidade, deve ser compreensível e fazer sentido tanto para as pessoas estudadas como para os práticos da área enfocada; **Generalização teórica** – se o estudo é baseado em dados compreensíveis e em interpretação conceitual extensa, a teoria deve ser abstrata o bastante e incluir variação suficiente para torná-la aplicável a uma variedade de contextos relacionados àquele fenômeno; **Controle** – a teoria deve prover controle, pois as hipóteses que propõem relações entre conceitos podem ser usadas para guiar ações posteriores⁽⁹⁾.

Mesmo tendo seguido todos os critérios do rigor científico em cada uma das etapas da pesquisa, acreditamos que a validação é mais uma dessas etapas. Nesse sentido, realizamos o estudo com o objetivo de **validar o modelo teórico Conhecendo as redes de apoio social à pessoa com tuberculose.**

MÉTODOS

Para efetuar a validação do modelo teórico construído, criamos algumas estratégias, atendendo ao critério de avaliação da qualidade expressa como validação comunicativa⁽³⁾, e atendendo aos critérios centrais propostos⁽⁹⁾, específicos da TFD: Ajuste, Compreensão, Generalização teórica. O critério de Controle foi excluído, por requerer a aplicação do modelo, considerada outra etapa, que será efetuada posteriormente.

Optamos pela validação comunicativa com intuito de averiguar se aquilo que as pessoas vivenciam está expresso no modelo teórico construído, agora, não mais na fala literal, mas na interpretação dos dados que levaram à elaboração da teoria, expressando um nível mais elevado de abstração. Logo, a justificativa para a escolha da validação comunicativa se baseou na preocupação em verificar se: o modelo englobava toda a experiência das pessoas com tuberculose em relação ao apoio; se as relações dos fenômenos convergiam; se o modelo abstrato representava os apoios na rede de pessoas com tuberculose; e se os componentes eram referidos da mesma forma que os pesquisadores haviam nomeado.

A validação do modelo foi realizada com seis pessoas com tuberculose e três profissionais de saúde. Foram estabelecidos como critérios para a seleção das pessoas com tuberculose: a) terem passado pela experiência da doença (duas pessoas) e estarem passando, com a intenção de incluir o olhar dos diferentes momentos da experiência; b) ter disponibilidade de tempo para participar da pesquisa; c) ter, no mínimo, ensino médio completo, para possibilitar a compreensão do

modelo teórico e poder se expressar a respeito dele; d) ter mais de 18 anos; e) pelo menos dois deles terem sido entrevistados na pesquisa que gerou o modelo. Com relação aos profissionais da saúde, consideramos como critérios: a) dois profissionais com experiência na área do atendimento a pessoas com tuberculose há, no mínimo, dois anos; b) uma das profissionais ser enfermeira; c) um profissional que tenha realizado pesquisa usando a TFD.

Para a coleta de dados, apresentamos o diagrama representando o modelo construído e elaboramos uma síntese da investigação incluindo: os objetivos, o referencial metodológico, com explicitação das estratégias de análise, as categorias e as subcategorias, que foram impressos e entregues para cada validador. Essa síntese teve como objetivo orientar a análise do modelo com relação ao ajuste e à compreensão. No primeiro momento, foi solicitado ao validador que descrevesse o modelo apresentado no diagrama, falando sobre o que compreendeu da figura. O segundo momento constava da identificação dos seis componentes: contexto, condições causais, condições intervenientes, estratégias, consequências e fenômeno. Para auxiliar nesta etapa, foi apresentado o esquema proposto⁽¹⁰⁾, que facilita a identificação dos seis componentes: O que está acontecendo aqui? (fenômeno); Onde acontece? (contexto); O que influencia? (condição causal); O que pode restringir/facilitar/dificultar? (condição interveniente); Quais estratégias são utilizadas para lidar com o fenômeno? (estratégias); O que acontece como resultado? (consequência).

Num terceiro momento, quando a pessoa já havia evidenciado que compreendia o que estava sendo apresentado, solicitamos que comentasse acerca de como ela percebia sua experiência nesse modelo, expresso pelos seis componentes, e se algo pelo qual tinham passado ou estavam passando não estava representado no modelo. Para os profissionais, foi solicitado que, além de analisarem se percebiam que o modelo expressava a realidade que conheciam, analisassem também se havia integração entre as categorias, adequação da nomeação das categorias e do nível de abstração do modelo, focalizando então o critério de generalização teórica. Esses momentos foram gravados em fita cassete e transcritos imediatamente após cada encontro com o validador.

O processo de análise dos dados teve o mesmo rigor de análise exigido na TFD e deu-se através da codificação, em que as falas foram detalhadas, através do exame do conteúdo, buscando identificar os critérios selecionados para o estudo, ou seja, se o modelo atendia ao

ajuste, à compreensão e à generalização teórica.

O estudo obedeceu à Resolução nº 196/96 do CNS/MS, que dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentares na Pesquisa com Seres Humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina em 30 de junho de 2008, mediante o Parecer nº122/08. A participação dos sujeitos foi autorizada a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para a manutenção do anonimato dos participantes, suas falas são identificadas no texto por códigos: VP – validação profissional e VPT – validação pessoas com tuberculose, seguidos de um número.

RESULTADOS

Os resultados da validação comunicativa serão apresentados a partir dos três critérios centrais estabelecidos⁽⁹⁾ para julgar a aplicabilidade da teoria ao fenômeno estudado. A separação dos critérios é apenas didática, pois, no momento da validação com os sujeitos, os critérios foram referidos de maneira integrada.

Primeiro Critério: Ajuste

Esse critério teve a intenção de verificar se a teoria é fiel à realidade cotidiana das pessoas com tuberculose e se está ajustada aos processos interativos na rede de apoio, expressando a realidade vivida por essas pessoas⁽⁹⁾.

Os validadores, ao descreverem o modelo, mostraram a interligação entre os componentes, num movimento multidirecional que contemplava o ciclo da experiência com tuberculose, evidenciando o dinamismo preconizado na TFD. As categorias apresentadas foram consideradas representativas de cada etapa desse ciclo. As pessoas com tuberculose expressaram, através de exemplos e de comparações com sua própria experiência, sua concordância com o que estava descrito no modelo, no sentido de que as categorias integrantes refletem os momentos que passam ou passaram.

Na validação com as pessoas com tuberculose, a descrição da figura ocorreu de forma mais literal. Ao comentarem sobre o modelo, perceberam-se nele, fazendo comparações com sua experiência, detendo-se, especialmente, em partes que envolveram suas emoções, como o afastamento e a discriminação. A descrição de cada categoria evidenciava os momentos vivenciados durante a doença, conforme os relatos:

[...] *Muito bem feito esse desenho. Tudo que está aqui é o que tu vive, porque além de tu teres a doença, tu precisa ser cuidado, né? Uma*

experiência que tu passa no tratamento, então tudo que está aqui é tudo o que tu vive ali, a discriminação, as pessoas que se afastam, então assim ó, tudo o que está aqui é o que tu vive. Por que assim, eu costumo dizer que tem o antes e o depois do TB. Não que eu fiquei com sequelas, eu não tenho sequela nenhuma, tanto é que eu fiz um raio X do meu pulmão e eu não tenho nem cicatriz no meu pulmão, eu não tenho nem marca. Eu não tenho sequela nenhuma, tenho saúde perfeita, mas o antes e o depois que eu falo é por tu não conhecer a doença, entende? Quando eu soube que eu tinha TB, eu achei que eu ia morrer e depois eu vi que não, assim, eu vi que era diferente. As enfermeiras me deram, não tu vai ficar boa, tu vai ficar curada, tu vai fazer o tratamento e tu vai ficar e eu acreditei nisso. Então eu acreditei, fiz o tratamento e fiquei curada. E eu vi a importância da gente ter disciplina. Eu tive disciplina no meu tratamento. [...] (VPT3)

Com relação à validação pelos profissionais, foi destacada também a dinamicidade do modelo e a concepção de sua processualidade, mostrando as conexões que ocorrem, como evidencia a fala que segue:

[...] Esses balonetes aqui provocando mudanças na vida em relação à doença tuberculose. Eu acho que sim, eu acho que quando a pessoa descobre que tem a doença, o que acontece, logo provoca uma mudança na vida dela. [...] Ou essa é a fase do tratamento e esse aqui é o que acontece socialmente. Ela se sente discriminada e se afasta do contato social por conta disso. Acho que é exatamente isso que você colocou, não tem nada de diferente. A gente, quando trabalha aqui, percebe exatamente isso. A pessoa acaba se isolando porque acredita que as pessoas tenham um certo preconceito da doença, que existe realmente. As pessoas têm preconceito por falta de conhecimento até da própria doença. É exatamente isso, eu acho que é uma coisa dinâmica e você escreveu a palavra certa, uma coisa é interligada na outra. O que acontece aqui, acaba refletindo nos outros fatores, não trata direito porque também está se sentindo isolado, é uma coisa interligada na outra. [...] (VP1)

O modelo, portanto, foi considerado validado no critério de **Ajuste**, uma vez que as pessoas perceberam que o que estava representado no modelo expressava sua experiência pessoal ou o conhecimento adquirido na prática profissional. Nesse critério, não houve mudanças no modelo por sugestão dos validadores ou decorrentes da análise efetuada pelas pesquisadoras.

Segundo Critério: Compreensão

Nesta fase, foi verificado se a teoria que representa a realidade das pessoas com tuberculose é compreensível e faz sentido, tanto para as pessoas com tuberculose quanto para os profissionais da saúde⁽⁹⁾.

Os validadores consideraram o modelo apresentado compreensível, o que foi evidenciado através de suas descrições e explicações do que estavam observando no diagrama. Essas descrições e explicações foram analisadas quanto à sua lógica interna e também comparadas com a interpretação que as pesquisadoras tinham feito ao elaborarem cada uma das categorias, verificando, desse modo, a correspondência entre essas descrições e a concepção teórica proposta. De forma resumida, descreveram que o processo é iniciado quando percebem que algo não está bem consigo mesmo e procuram ajuda/apoio nos serviços de saúde e na família, o que acaba provocando mudanças em suas vidas. Passam, então, pela experiência de viver com a tuberculose e com a realização do tratamento, havendo a possibilidade de realizá-lo ou não. Toda essa experiência modifica seus contatos sociais, pois se afastam ou se sentem discriminados. Sentem-se cuidados quando recebem o apoio da família, dos vizinhos e amigos, e dos profissionais de saúde, delineando assim os processos interativos na rede social de pessoas com tuberculose.

Todos os validadores afirmaram compreender o modelo exposto, porém houve diferença para alguns na nomeação dos seis componentes, ou seja, se era Causa Consequência, Condição causal, Condição interveniente, Estratégia ou Contexto.

Os componentes que apresentaram divergência foram: *Passando pela experiência do tratamento*, *Modificando o contato social* e *Apoiando as pessoas com tuberculose*.

Passando pela experiência foi nomeado como Condição causal e como Consequência. A partir da análise dos argumentos colocados e tendo como referência os conceitos que orientaram a elaboração do modelo e de uma reanálise global dele, foi decidido manter como Consequência, considerando que é decorrente da decisão da pessoa de efetuar ou não o tratamento e da necessidade de apoio ou não neste processo.

Modificando o contato social foi nomeado como Consequência e como Condição interveniente. A partir do processo de análise foi decidido manter como Condição interveniente, considerando que este componente pode restringir, facilitar ou dificultar a experiência da doença e também dificultar/facilitar o estabelecimento de redes de apoio.

Apoiando a pessoa foi nomeado como Consequência e Estratégia. Com a análise global do modelo, optou-se por manter como Estratégia, por considerar que este componente pode ser uma opção para alcançar um viver melhor com tuberculose.

Todos esses componentes foram rediscutidos, procurando rever cada argumento colocado pelos validadores, no sentido de verificar a convergência de suas interpretações com a interpretação das pesquisadoras.

A tomada de decisão também foi decorrente da análise do que as pessoas com tuberculose tinham falado ao explicarem sua compreensão do modelo, mesmo não fazendo a identificação desses elementos.

[...] isso apoiando as pessoas com tuberculose está no centro da figura, na base da figura eu tenho o processo interativo na rede social de pessoas com tuberculose. Esse processo interativo na rede me faz interpretar que existe uma série de elementos na rede, pessoas, organizações, fluxos, que seriam esses processos interativos, então, que esses elementos fariam interação na rede, para melhorar a condição de vida de pessoas com tuberculose. Aí, dessas interações saem no primeiro lado passando pela experiência do tratamento, e no outro modificando o contato social. Não me dá a entender que são coisas opostas, mas talvez dois caminhos ou dois fenômenos talvez separados. Passando ele fez o tratamento, ouvi falar sobre tuberculose, fazendo o tratamento, melhorou o tratamento. Bem, aqui essa fica claro que é a porta de referência para fazer o tratamento, ou seja, sabia o que era, ouvi falar da doença, adquiriu, foi tratado, e aí agora tem o processo de tratamento, é longo. O outro lado seria modificar o contato social e aí talvez trouxesse consequências, então, de estar com tuberculose, se sentir discriminada, a pessoa afastando-se do convívio social. Então uma consequência de ter tuberculose seria a modificação do contato social... É, eu acho que tem muito a ver com o que foi falado aqui, a tuberculose provocando mudanças na vida, descobrimos que está com tuberculose... Bem, apoiando as pessoas com tuberculose, ou seja, essa central aqui do desenho, então seria essa luz apoiando as pessoas com tuberculose... Bem me diz o que, que na verdade é um processo totalmente retroalimentar, esse processo interativo. Estão relacionados, claro, tem muito a ver com interação, quando a interação é importante. (VP3)

A análise desse processo de validação teve como referência que uma teoria denota um conjunto de categorias bem construídas, temas e conceitos relacionados de maneira sistemática, para formar um marco

teórico explicativo de algum fenômeno social. Consideramos que os achados da investigação ultrapassaram a condição de mero ordenamento conceitual, estabelecendo suas relações, como foi expresso pelos validadores.

Assim, no critério **compreensão**, o modelo foi considerado validado, uma vez que as pessoas compreenderam o modelo apresentado e conseguiram identificar os componentes, apesar de neste critério terem surgido algumas pequenas diferenças de nomeação de componentes entre os validadores, mas estas contribuíram para pequenos ajustes na definição das categorias.

Terceiro Critério: Generalização teórica

Nesta etapa, foi avaliado o nível de abstração do modelo e sua aplicabilidade a diferentes contextos⁽⁹⁾.

Neste critério, mais avaliado pelos profissionais da saúde, foi considerado que o modelo apresenta capacidade de abstração e generalização teórica, capaz inclusive de ser utilizado para a compreensão da situação vivenciada por pessoas com outras doenças com características semelhantes às da tuberculose, como, por exemplo, a hanseníase, indicada por um dos validadores. Essa avaliação enfatiza sua abrangência e poder de generalização, uma vez que este modelo tem potencial para ser adaptado para outras condições crônicas de saúde, conforme o relato.

[...] olha, se eu pensasse na hanseníase, eu acho que dá para abstrair para hanseníase também. Eu acho que tem tudo a ver, porque a gente precisa também estar apoiando essas pessoas, desmitificar a doença. Nesse sentido, a estar formando redes de apoio, porque a gente sabe que se a gente não tiver o apoio da família, é mais difícil, se não tiver esse apoio do profissional capacitado, também é mais difícil nesse processo. Eu acho que dá de aplicar na hanseníase [...] (VP2)

Cada conceito que compõe o modelo possibilitou remeter à experiência concreta e diversificada, abarcando os diferentes conteúdos que levaram a construção daquele conceito. Por exemplo, ao falarem de *Modificando o contato social*, os participantes trouxeram problemas de relacionamento, de exclusão, de preconceito, de estigma, permitindo a compreensão do que estava envolvido e também a percepção do conjunto de concepções que expressam o nível de abstração do conceito.

No critério **generalização teórica**, o modelo foi considerado validado, na medida em que os validadores consideraram o modelo abstrato o bastante, tendo variação suficiente para aplicá-lo a outros

contextos semelhantes.

CONCLUSÕES

Pode-se afirmar que o modelo proposto foi considerado válido quanto ao seu conteúdo, compreensão, originalidade, poder de generalização, abstração e aplicabilidade a uma população de pessoas na mesma condição de saúde ou em condição de saúde semelhante (condições crônicas transmissíveis).

Essa validação do modelo teórico toma como referência tanto a capacidade de representar a realidade vivida pelas pessoas com tuberculose quanto de ser compreensível na expressão gráfica, nas relações que se estabeleceram entre os conceitos, no nível de abstração, que facilmente se traduz na experiência concreta da pessoa e dos processos interativos das pessoas com tuberculose, evidenciando que não importa a extensão da rede, mas, sim, a intensidade do apoio que recebem.

A proposta do modelo foi aceita pelos avaliadores, que julgaram o modelo com capacidade de abstração, representando o viver das pessoas com tuberculose. Entretanto, estamos alertas e conscientes da possibilidade de incompletude da construção teórica, representada nas brechas e falhas que a integração da teoria pode apresentar. Isso inclui o compromisso da contínua busca de uma melhor elaboração da teoria, fazendo revisões contínuas e aprimorando sua análise. É preciso adotar uma postura de “eterno-desenvolvimento”, que contribui para a riqueza, complexidade e densidade da teoria⁽¹¹⁾.

A experiência de validar um modelo teórico é desafiadora, pois para o pesquisador a disposição dos componentes e categorias expressa a interpretação que fez das falas dos sujeitos, que lhe parecem claras e coerentes. No entanto, sempre surge a dúvida se realmente estão compreensíveis, por isso a validação é importante para conferir o rigor científico da pesquisa.

O processo de validação nesses três critérios possibilitou um nível de confiança e segurança para sua aplicação na prática, no sentido de validar o quarto critério, que é o controle, pois a aplicação do modelo provoca o surgimento de novas ideias, proporciona outras perspectivas, e assim conduz a avanços cognitivos, possibilitando movimentos recíprocos entre teoria e prática.

REFERÊNCIAS

1. Flick U. Uma Introdução à pesquisa qualitativa. 2 ed. Porto Alegre:

Bookman, 2004.

2. KIRK, J.L, MILLER, M. Reliability and validity in qualitative research. In: Flick U. Uma Introdução à pesquisa qualitativa. 2 ed. Porto Alegre: Bookman; 2004.

3. Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes; 2002.

4. Morse JM, Barrett M, Mayan M, Olson K, Spiers J. Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods* 2002;1(2), Article 2.

5. Martins EAP, Haddad MCL. Validação de um instrumento que classifica os pacientes em quatro graus de dependência do cuidado de enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*, Ribeirão Preto, 2000;8(2):74-82.

6. Vituri DW, Matsuda LM. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. *Rev Esc Enfermagem USP*. 2009;43(2):429-437.

7. Perroca MG, Gaidzinski RR. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. *Rev Esc Enfermagem USP*. 1998; 32(2):153-68.

8. Rocha PK. Construção e validação de um instrumento para avaliação de modelos de cuidado de enfermagem. [Tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2008.

9. Strauss A, Corbin J. Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

10. Sousa FGM. Tecendo a Teia do Cuidado à Criança na Atenção Básica de Saúde: dos seus contornos ao encontro com a integralidade. [Tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2008.

11. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory. New York: Aldine; 1967.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A problemática da tuberculose, com seus indicadores epidemiológicos alarmantes, extensamente reportada na literatura, foi evidenciada por mim em minhas experiências profissionais e acadêmicas. Meu sentimento era de que a compreensão dos elementos que envolvem a problemática do viver com tuberculose pedia um estudo qualitativo capaz de abranger os processos interativos que aí se estabelecem, o que já havia sido reforçado por Kriski (2007), pois para compreender alguns aspectos importantes da epidemia da tuberculose é necessário a realização de estudos de natureza qualitativa. A realização do curso de Doutorado, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, foi uma oportunidade especial para que eu pudesse avançar os estudos acadêmicos na tuberculose.

Este trabalho procurou dar resposta às inquietações pessoais e nesse sentido construir uma nova forma de desenvolver a prática assistencial junto às pessoas com tuberculose. A Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) constitui-se num método precioso para compreender a complexidade que este fenômeno apresenta, tanto pelo rigor, que possibilita um aprofundamento do fenômeno, como pela elaboração teórica construída, que oferece caminhos para uma prática aderente à realidade.

As pessoas vivem em um mundo relacional, mesmo para aquelas que demonstram ter pouco apoio, ele sempre está presente, pois o viver é uma construção coletiva. A rede de apoio à pessoa com tuberculose não se mostrou muito extensa, porém bastante efetiva. Apesar da concepção do apoio a essas pessoas ser referido como uma rede, sua concepção é restrita no sentido de que nem todos os elos dessa rede se intercomunicam.

O sofrimento presente na experiência de ter tuberculose é amenizado com a presença da rede de apoio social. Os profissionais foram considerados importantes no processo saúde-doença dessas pessoas e o vínculo estabelecido entre eles foi fundamental no enfrentamento da doença. A relação deixou de ser meramente voltada para a recuperação da doença, para um envolvimento mais efetivo com a pessoa doente, o que reforça a importância das políticas de saúde que privilegiam esses aspectos, principalmente em doenças estigmatizantes como a tuberculose.

O modelo teórico construído expressa a rede de apoio às pessoas

com tuberculose, evidenciando dinamismo, capacidade de abstração e generalização teórica, conforme preconizado pela Teoria Fundamentada nos Dados. O modelo em seu processo de validação comunicativa foi considerado representativo, com poder de compreensão e de explicação de como o apoio social se inter-relaciona com outros aspectos do viver com tuberculose, tais como o preconceito.

A experiência da pessoa com tuberculose ocorre num contexto de relacionamentos interpessoais que afetam crenças, emoções, comportamentos e decisões, nos diferentes âmbitos do seu viver. Essas interações ocorrem no cotidiano das unidades de saúde, no convívio familiar, com os vizinhos e amigos, no trabalho e em outros ambientes do qual faz parte. No entanto, esses integrantes da rede nem sempre se conhecem/reconhecem, o elo entre eles é a própria pessoa com tuberculose, que se movimenta na rede buscando e recebendo o apoio que necessita.

O início da movimentação da rede é a descoberta da tuberculose, que ocorre quando a pessoa percebe que algo não está bem. O diagnóstico estabelece importantes mudanças na vida, seja na percepção de si mesmo, seja na percepção do outro para consigo. O anúncio desse processo faz com que a pessoa com tuberculose mobilize a rede e busque estratégias para enfrentar a doença. Assim, o apoio às pessoas com tuberculose representa a possibilidade de lidar melhor com a doença e seu tratamento. O apoio social fornecido pela rede influencia expressivamente o enfrentamento da doença. Os conhecimentos prévios que as pessoas tinham sobre a tuberculose vêm à tona, porém o apoio que recebem da família e os esclarecimentos dos profissionais de saúde ajudam a promover uma nova conceituação da doença.

Passar pela experiência do tratamento é trazido como um momento de mudança na maneira de perceber a doença, pois as crenças e os valores são colocados à prova e desmitificados. Percebem que a imagem que tinham da doença se modifica no momento em que passam a tê-la, pois observam que ela não condiz com a situação experienciada. Com a descoberta da doença, passam a ter conhecimentos que modificam sua percepção acerca da doença e das pessoas por ela acometidas. A imagem de uma doença que atinge somente pessoas com vida boêmia ou de grande pobreza é modificada, pois não representa sua própria condição. Suportar o tratamento parece ser um dos grandes desafios na tuberculose, já que precisam superar uma série de efeitos colaterais.

Estudar redes de apoio às pessoas com tuberculose contribui para o re-direcionamento de concepções teóricas e filosóficas das práticas

atuais, visando à recuperação e a manutenção da saúde na busca de uma vida com mais qualidade. O estudo, nesse sentido, coloca-se como uma possibilidade de avançar na organização de serviços de saúde de tuberculose, para a inclusão da compreensão dos múltiplos aspectos do viver com essa condição de saúde. A compreensão dos processos interativos que apoiam essas pessoas e contribuem para seu viver poderá auxiliar no fortalecimento dessa rede, na extensão da atenção à saúde, tanto no reconhecimento quanto na inclusão das pessoas que apoiam no processo do cuidado.

O profissional enfermeiro desempenha um papel fundamental na equipe de saúde, suas ações devem estar voltadas também para a inserção da família nos cuidados, lembrando que essas pessoas são o principal elo na rede de apoio.

Uma das implicações deste estudo é evidenciar a importância da política de humanização na assistência do SUS, que propõe o vínculo como um dos seus principais elementos, pois este vínculo foi considerado como fundamental para a efetivação do tratamento, tanto do ponto de vista instrumental, quanto emocional e informacional. Como decorrência, recomendamos o destaque para o conceito de humanização e especialmente o vínculo, como parte da educação permanente para os profissionais de saúde que cuidam de pessoas com tuberculose.

Para a formação, uma outra recomendação do presente estudo seria trazer mais à discussão as doenças negligenciadas, das quais a tuberculose faz parte, colocando os profissionais mais próximos da realidade em que sua atuação precisa ir além de conhecer as drogas, mas de estabelecer vínculos e ajudar essas pessoas a superarem o preconceito que ainda existe com relação à tuberculose. O trabalho interdisciplinar surge como uma necessidade dos serviços com um envolvimento efetivo de toda a equipe, no sentido não só de reconhecer e mobilizar a rede de apoio, como também se constituindo num dos elos mais relevantes para o paciente. Assim, a inclusão do conceito das redes de apoio como parte do cuidado precisa ser abordada na academia, ampliando o olhar para além da equipe, reconhecendo os elos e fortalecendo essa rede. A ampliação dessa rede com outros elos poderia ser mobilizada, numa perspectiva de intersetorialidade. O conhecimento dessas questões representa um passo importante para o desenvolvimento de novas estratégias de abordagem e tratamento para essas pessoas. A inclusão dessa temática no ensino e em pesquisas pode contribuir na melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com tuberculose, possibilitando uma assistência mais convergente às necessidades delas e modificando o atual quadro da tuberculose no Brasil.

A construção do modelo teórico provoca uma reflexão crítica acerca de cada aspecto que pode estar relacionado ao fenômeno estudado, evitando com isso um olhar reducionista da realidade. Esse modelo é compreendido como um processo, e que se encontra na fase inicial, ainda precisando avançar, para sua validação na prática como uma referência para o cuidado, a fim de verificar sua efetividade. Para tanto, deverá ser desenvolvida uma proposta de processo de enfermagem, com orientação para identificação das informações mais relevantes, estabelecimento da necessidade de atuação do profissional, proposição das ações necessárias e da avaliação delas.

No que tange às limitações do estudo, faz-se necessário apontar que algumas hipóteses foram levantadas somente nos processos finais de elaboração do trabalho, não possibilitando o retorno aos sujeitos, pois alguns *insights* surgiram no decorrer da construção dos manuscritos.

Outra limitação é que, por ser enfermeira do Programa de Controle da Tuberculose, por diversas vezes precisei me afastar de minhas experiências profissionais, para tentar captar nos dados a perspectiva dos sujeitos, procurando apreender diferentes perspectivas ou outras interpretações possíveis. Por outro lado, meu conhecimento profissional foi importante para a seleção dos grupos amostrais, possibilitou maior confiança na construção do modelo e, também, compreensão, algumas vezes, do que havia ficado nas entrelinhas, o não-dito.

Um destaque importante, que considero ser necessário pontuar, é que a TFD contribui de forma significativa, ajudando a compreender o rigor da pesquisa qualitativa, possibilitando um aprofundamento na fala dos sujeitos, promovendo maior possibilidade da apreensão da subjetividade deles. A abstração exigida nesse método é outro ponto que merece destaque, e é alcançada através dos processos de codificação aberta, axial e seletiva, mas também com a discussão com outras pessoas, o que possibilita buscar diferentes possibilidades interpretativas. O processo de comparação dos dados remete à investigação de outras possíveis implicações que as informações coletadas podem ter. Esse exercício intelectual sistematizado e processual possibilita a saturação teórica exigida nas pesquisas qualitativas.

6 REFERÊNCIAS

- ABREU-RODRIGUES, Marcela; SEIDL, Eliane Maria Fleury. A importância do apoio social em pacientes coronarianos. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v.18, n. 40, p.279-288, 2008.
- ALBUQUERQUE, M. F.M.; LEITÃO, C. C.S.; CAMPELO, A. R.L., et al. Fatores prognósticos para o desfecho do tratamento da tuberculose pulmonar em Recife/ PE/ Brasil. **Rev. Panam. Salud Pública/Pan Am J Public Health**, v. 9, n. 6, p. 368-74, 2001.
- ALTOFF, Coleta Rinaldi. **Convivendo em família**: contribuição para a construção de uma teoria substantiva sobre o ambiente familiar. 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.
- ANDRADE, Selma Maffei de; SOARES, Darli Antonio; CORDONI JUNIOR, L. **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001.
- ARCÊNIO, R. A. **A organização do tratamento supervisionado nos municípios prioritários do estado de São Paulo**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- ARCÊNIO, R.A. et al. Barreiras econômicas na acessibilidade do doente ao tratamento da tuberculose em Ribeirão Preto/SP. In: VILLA, T.R.; RUFFINO-NETTO, A. **Tuberculose**: pesquisas operacionais. Ribeirão Preto: FUNPEC Editora, 2009.
- ARCÊNIO, R.A.; OLIVEIRA, M.F.; CARDOZO-GONZALES, R.I., et al. City tuberculosis control coordinators' perspectives of patient adherence to DOT in São Paulo State, Brazil, 2005. **Int Journal Tuberculosis Lund disease**, v. 12, n. 5, p. 527-31, 2008.
- BARABOSA, Maria Tereza; BYINGTON, Maria Rita ; STRUCHINER, Cláudio J. Modelos dinâmicos e Redes Sociais: revisão e reflexão a respeito de sua contribuição para o entendimento da epidemia do HIV. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, Supl.1, p.37-51, 2000.
- BARREIRA, Draurio; GRANGEIRO, Alexandre. Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.

41, Supl. 1, p 4-8, 2007.

BARREIRA, I. A. **A enfermeira Ananéri no 'país do futuro':** a aventura na luta contra a tuberculose. 1992. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1992.

BARROS, Edaiane Joana Lima; SANTOS, Silvana Sidney Costa; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Rede social de apoio às pessoas idosas estomizadas à luz da complexidade. **Acta paul. enferm.**, v. 21, n. 4, p.595-601, 2008.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som:** um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002.

BELTRÃO, Marcela Rosa L. R. et al. Câncer infantil: percepções maternas e estratégias de enfrentamento frente ao diagnóstico. **J. Pediatr.**, v. 83, n. 6, p. 562-566, dez. 2007.

BERGEL, Fernando Skazufka; GOUVEIA, Nelson. Retornos frequentes como nova estratégia para adesão ao tratamento de tuberculose. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 6, p. 898-905, dez. 2005.

BERTOLLI Filho, Claudio. Antropologia da doença e do doente: percepções e estratégias de vida dos tuberculosos. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, v. 6, n. 3, p.493-522, fev. 2000.

BERTOLOZZI, M. R. **A adesão ao tratamento da tuberculose na perspectiva da estratégia do tratamento diretamente observado (DOTS) no município de São Paulo/SP.** 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

BIERRENBACH, Ana Luiza et al. Incidência de tuberculose e taxa de cura, Brasil, 2000 a 2004. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, suppl.1, p.24-33, set. 2007.

_____. Tendência da mortalidade por tuberculose no Brasil, 1980 a 2004. **Rev. Saúde Pública**, v.41, suppl. 1, p.15-23, set. 2007.

BRAGA, José Ueleres. Vigilância epidemiológica e o sistema de informação da tuberculose no Brasil, 2001-2003. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, suppl. 1, p.77-87, set. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico para o controle da tuberculose:** cadernos de atenção básica. 6. ed. Brasília: Ministério da

Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196 de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS, 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Controle da tuberculose**: uma proposta de integração ensino-serviço. 5. ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Fundação nacional de Saúde/Centro de Referência Professor Hélio Fraga, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Plano Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Nota técnica sobre as mudanças no tratamento da tuberculose no Brasil para adultos e adolescentes**.

Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nota_tecnica_versao_28_de_agosto_v_5.pdf> Acesso em: 20 janeiro 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional da Tuberculose**.

Disponível

em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31101>. Acesso em: 26 outubro 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual técnico para o controle da tuberculose**: cadernos de atenção básica. Brasília: MS, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Tuberculose** - Guia de vigilância epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

CAMPOS, Hisbello S.; MELO, Fernando Augusto Fiuza de. Efetividade do esquema 3(3SZEEt/9EEt)* no retratamento da tuberculose na rotina das unidades de saúde. **Bol. Pneumol. Sanit.**, v. 8, n. 1, p. 7-14, jun. 2000.

CAMPOS, Hisbello. **Tratamento da tuberculose**. Disponível em: <<http://www.sopterj.com.br/tuberculose/curso/6.pdf>> Acesso em: 20 janeiro 2010.

CARNEIRO, Rachel Shimba, et al. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. **Psicol. Reflex. Crit.**, v. 20, n.2, p.229-237, 2007.

CARTER, W. C.; Feld, S. L. Principles relating social regard to size and density. **Social Networks**, v. 15, n. 4, p. 323-329, 2004.

CASAES, Nilton Raimundo Rego. **Suporte social e vivência de estigma: um estudo entre pessoas com HIV/AIDS**. 2007. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

CASSIANI, S. H. B. **Buscando significado para o trabalho: o aperfeiçoamento profissional sob a perspectiva de enfermeiras**. 1994. 225p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1994.

CASSIANI, S. H. de B.; CALIRI, M. H. L.; PELÁ, N. T. R. A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. **Rev. latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.4, n.3, p.75-88, dez. 1996.

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede**. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CHEADE, Maria de Fátima Meinberg et al. Caracterização da tuberculose em portadores de HIV/AIDS em um serviço de referência de Mato Grosso do Sul. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 42, n. 2, p.119-125, abr. 2009.

CHENITZ, W. C.; SWANSON, J. M. **From Practice to Grounded Theory: qualitative research nursing**. Califórnia: Addison-Wesley, 1986.

CLARO, L. B. L **Hanseníase: representações sobre a doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

CONDE, Marcus Barreto; MELO, Fernando Augusto Fiuza de; MARQUES, Ana Maria Campos, et al. III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **J. bras. pneumol.**, v. 35, n. 10, p. 1018-1048, 2009.

COSTA, Albanita Gomes da; LUDERMIR, Ana Bernarda Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n.1, p. 73-79, fev. 2005.

COSTA, João G et al. Tuberculose em Salvador: custos para o sistema de saúde e para as famílias. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p.122-128, jan. 2005.

COSTA, Larissa et al. **Redes**: uma introdução às dinâmicas da conectividade e da auto-organização. Brasília: WWF-Brasil, 2003.

CUNHA, M.A; SILVA, D.M.G.V.; SOUZA, S.S, et al. Suporte social: apoio a pessoas com doenças crônicas. In: JORNADAS DE JOVENS PESQUISADORES DA AUGM, XIV, Campinas, 13 a 15 de setembro de 2006. **Anais...** Campinas, Brasil. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2006.

DALCOLMO, Margareth Pretti; ANDRADE, Mônica Kramer de Noronha; PICON, Pedro Dornelles. Tuberculose multirresistente no Brasil: histórico e medidas de controle. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, suppl.1, p. 34-42, 2007.

DAVIES, P.D. The role of DOTS in tuberculosis treatment and control. **Am J Respir Med.**, v. 2, n. 3, p. 203-9, 2003.

DESSEN, Maria Auxiliadora; BRAZ, Marcela Pereira. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 16, n. 3, 2000.

FERREIRA, S. M. B.; SILVA, A. M. C.; BOTELHO, C. Abandono da tuberculose pulmonar em Cuiabá/MT/Brasil. **Jornal de Pneumologia**, v. 31, n. 5, p. 427-435, 2005.

FEUERWERKER, L. C. H. Intersetorialidade na Rede Unida. **Revista Divulgação Saúde Debate**, n. 22, p. 25-35, 2000.

FIGUEIREDO, Tânia Maria Ribeiro Monteiro de et al. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 5, p. 825-831, out. 2009.

FINKELMAN, Jacobo (org.) **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2002.

FLICK, U. **Uma Introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FONTES, B . Interfaces do combate/prevenção de aids e tuberculose no Recife. In: FONTES, B.; MARTINS, P.H. **Redes, práticas associativas e gestão pública**. Recife.: Universitário/UFP, 2006.

FREITAS, M.C.; MENDES, M. M. R. Construindo a análise do conceito: condição crônica de saúde. In: GUALDA, D.M.R.; BERGAMASCO, R.B. (orgs). **Enfermagem, cultura e o processo**

saúde-doença. São Paulo: Ícone, 2004. p. 49-62.

GIDDENS, A. **As conseqüências da modernidade.** São Paulo: Unesp, 1991.

GLANZ, K.; RIMER, B.K.; LEWIS, F.M. **Health Behavior and Health Education.** Theory, Research and Practice. San Fransisco: Wiley Sons, 2002.

GLASER, B. **Grounded theory perspective III:** theoretical coding. Chicago: Sociology Press, 2005. 160p.

_____. **Theoretical sensitivity.** Chicago: Sociology Press, 1978.164p.

GLASER, B.G; STRAUSS, A.L. **The discovery of grounded theory:** strategies for qualitative research. New York: Aldine de Gruyter, 1967. 271p.

GOMES, Giovana Calcagno. **Compartilhando o cuidado à criança :** refletindo o ser família e construindo um novo modo de cuidar a partir da vivência na internação hospitalar. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

GONÇALVES, Helen, et al. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p.777-787,out/dez,1999.

GONÇALVES, Maria Jacirema Ferreira; PENNA, Maria Lúcia Fernandes. Morbidade por tuberculose e desempenho do programa de controle em municípios brasileiros, 2001-2003. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, suppl.1, p. 95-102, set. 2007.

GONZALES, R.I.C., et al. Desempenho de serviços de saúde no tratamento diretamente observado no domicílio para controle da tuberculose. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 4, p. 628-634, 2008.

GONZALES, Roxana Isabel Cardozo, et al. Desempenho de serviços de saúde no tratamento diretamente observado no domicílio para controle da tuberculose. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 42, n. 4, p.628-634, dez. 2008.

GOOFMAN, E. **Estigma:** notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4 ed. Rio de Janeiro: LCT, 1988.

GRIEP, R. H. **Confiabilidade e validade de instrumentos de medida**

de rede social e de apoio social utilizados no Estudo Pró-Saúde. Tese . Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003.

GRIEP, R. H., CHOR, D., FAERSTEIN, E., et al Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 703-714, 2005.

GRIEP, Rosane Harter et al. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.2, p.625-634, abr. 2003.

GRIEP, Rosane Harter et al. Confiabilidade teste-reteste de aspectos da rede social no Estudo Pró-Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p.379-385, jun. 2003.

GUALDA, D.M.R.; BERGAMASCO, R.B. Processo saúde-doença: evolução de um conceito. In: _____. (orgs). **Enfermagem, cultura e o processo saúde-doença**. São Paulo: Ícone, 2004. p. 25-37.

GUEDEA, Miriam Teresa Domínguez et al. Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. **Psicol. Reflex. Crit**, v.19, n.2, p.301-308, 2006.

GUERRA , Danyelle Mota Ricardo. **Redes sociais de migração como crítica social às políticas públicas:** estudos de casos em fortaleza. 2007. 125 p. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Sociedade) Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Universidade Estadual do Ceará, 2007.

HIJJAR, Miguel Aiub et al. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, suppl.1, p.50-57, set. 2007.

II DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA TUBERCULOSE. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 30, n.3, p.4-5, mai/jun 2004.

JAMAL, Leda Fátima; MOHERDAUI, Fábio. Tuberculose e infecção pelo HIV no Brasil:magnitude do problema e estratégias para o controle. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, suppl.1, p.104-110, set. 2007.

JUSSANI, Nádia Cristina; SERAFIM, Deise; MARCON, Sonia Silva. Rede social durante a expansão da família. **Rev. bras. enferm.**, v. 60, n.2, p.184-189, abr. 2007.

KIRK, J.L; MILLER, M. Reliability and validity in qualitative

research. In: FLICK, U. **Uma Introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

KRITSKI, A. L., et al. Duas décadas de pesquisa em tuberculose no Brasil: estado da arte das publicações científicas. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 9-14, 2007.

LACERDA, Maria Ribeiro. **Tornando-se profissional no contexto domiciliar** : vivência do cuidado da enfermeira. 2000. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

LIMA, M.B.; MELLO, D.A., MORAIS, A.P.P., et al. Estudo de casos sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). **Cader. Saúde Pública**, v. 17, n. 4, p. 877-85, 2005.

LINDOSO, Ana Angélica Bulcão Portela et al. Perfil de pacientes que evoluem para óbito por tuberculose no município de São Paulo, 2002. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p.805-812, out. 2008.

MARTELETO, Regina M. Análise de redes sociais: aplicação nos estudos de transferência da informação. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 71-81, jan./abr. 2001.

_____. Redes e configurações de comunicação e informação: construindo um modelo interpretativo de análise para o estudo da questão do conhecimento na sociedade. **Investigación Bibliotecológica**, México, v. 14, n. 29, p. 69-94, jul./dic. 2000.

MARTIN, Scott. Redes sociais e flexibilidade do trabalho: uma análise comparativa. **Revista Latinoamericana de estudios del trabajo**: uma nova trama produtiva? Competitividade, novos atores e relações interfirmas, São Paulo, ano 3, n.6, 1997, p. 9-38.

MARTINS, E.A.P.; HADDAD, M.C.L. Validação de um instrumento que classifica os pacientes em quatro graus de dependência do cuidado de enfermagem. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 74-82, 2008.

MARTINS, Paulo Henrique; FONTES, Breno. **Redes sociais e saúde**: novas possibilidades teóricas. Recife: Universitária da UFPE, 2004.

MAZZEI, Adelita Maria Accácio; MONROE, Aline Aparecida;

SASSAKI, Cinthia Midori et al. Suporte social para portador de tuberculose no serviço de saúde e na comunidade. **Bol. Pneumol. Sanit.** V. 11, n. 2, p. 41-46, dez. 2003. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-460X2003000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 janeiro 2010.

MEIRELLES, Betina H. S. **Redes sociais em saúde**: desafio para uma nova prática em saúde e Enfermagem. Trabalho apresentado para Concurso Público ao cargo de Professor Adjunto - Depto de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004. 31p. Trabalho não publicado.

MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de. **Promovendo o cuidado à saúde bucal do idoso**: revelando contradições no processo de cuidar e incorporando melhores práticas a partir do contexto da instituição de longa permanência para idosos. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

MENDES, E.V. **Um novo paradigma sanitário**: a produção social da saúde: uma agenda para a saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MENDES, M.C.T. **Clientela e os profissionais de saúde diante da tuberculose**. 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós Graduação da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1988.

MINAYO, M.C.S. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 233-238, 1991.

MINKLER, M. Building supportive ties and sense of community among the inner-city elderly: the Tenderloin Senior Outreach Project. **Health Education Quarterly**, n.12, p. 303-313, 1985.

MONTENEGRO, Hercília Regina do Amaral et al. A enfermeira diplomada e a luta contra tuberculose no Brasil: 1961-1966. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 43, n. 4, p. 945-952, 2009.

Morse JM, Barrett M, Mayan M, Olson K, Spiers J. Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. **International Journal of Qualitative Methods**, v. 1, n. 2, 2002.

MORSE, J.M.; BARRETT, M.; MAYAN, M., et al. Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods* 2002;1(2), Article 2, 2002.

MUNIZ, J.N. **O programa de agentes comunitários de saúde na identificação de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose em Ribeirão Preto-SP: um desafio para a atenção primária à saúde.** Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MUNIZ, J.N.; PALHA, P.F.; MONROE, A.A. et al. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 315-21, 2005.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. **As pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

NEEDHAM, D.M.; BOWMAN, D.; FOSTER, S.D., et al. . Patient care seeking barriers and tuberculosis programme reform: a qualitative study. **Health Policy**, v. 67, n. 1, p. 93-106, 2004.

NOGUEIRA, Jordana de Almeida et al. O sistema de informação e o controle da tuberculose nos municípios prioritários da Paraíba - Brasil. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 43, n. 1, p. 125-131, 2009.

NUNES, Everardo Duarte. Ensinando ciências sociais em uma escola de medicina: a história de um curso (1965-1990). **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. VI, n. 3, p. 631- 57.fev. 2005.

OLIVEIRA, H.B; MOREIRA, F.D.C. Abandono de tratamento e recidiva da tuberculose: aspectos de episódios prévios, Campinas, SP, Brasil, 1993-1994. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 437-43, 2000.

OLIVEIRA, Helenice B. de; FILHO, Djalma de C. Moreira. Abandono de tratamento recidiva da tuberculose: aspectos de episódios prévios, Campinas, SP, Brasil, 1993-1994. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p.437-443. out.2000.

OLIVEIRA, Helenice Bosco de; MARÍN-LEÓN, Letícia; CARDOSO, Janaina Corrêa. Perfil de mortalidade de pacientes com tuberculose relacionada à comorbidade tuberculose-Aids. **Rev. Saúde Pública**, v.

38, n. 4, p. 503-510, 2004.

OLIVEIRA, Sônia Aparecida da Cruz et al. Serviços de saúde no controle da tuberculose: enfoque na família e orientação para a comunidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 17, n.3, pp. 361-367, 2009.

OLIVEIRA, Walter F. de; JUNQUEIRA, Luciano A. P. Questões estratégicas na reforma sanitária: o desenvolvimento do terceiro setor. **Rev. de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 37(2), p. 227-241, mar./abr. 2003.

OMS. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Brasília: OMS, 2003.

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. **Redes Locales Frente a la Violencia Familiar** – Série: Violencia Intrafamiliar y Salud Publica. Documento de Análise n. 2. La Asociación de Solidaridad para Países Emergentes (ASPEm), OPAS: Peru, jun. 1999. Disponível em: <<http://www.rhamas.org.br/porque.htm>>. Acesso em: 05 janeiro 2010.

OWENS, S. **African american women living with HIV/AIDS: Families as sources**. Journal article by Sharon Owens; *Social Work*, v. 48, 2003.

PAIXÃO, Lúcia Miana M.; GONTIJO, Eliane Dias. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n.2, p.205-213, 2007.

PAZ, E.P.A.; SA, A. M. M. Cotidiano do tratamento a pessoas doentes de tuberculose em unidades básicas de saúde: uma abordagem fenomenológica. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 180-186, 2009.

PEDRO, I. C. S.; NASCIMENTO, L. C.; ROCHA, S. M. M. **Apoio e rede social em Enfermagem Familiar**: revendo conceitos. *Rev Latino-am Enfermagem*, 2007.

PENNA, M. L.F. **Tuberculose**: assistência ou controle? Discussão sobre a efetividade epidemiológica dos programas de controle baseados no diagnóstico e tratamento de casos. 1988. Dissertação (Mestrado em Medicina) Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1988. 130pp.

PENNINX, Brenda et al. **Social Network, and loneliness in older**

persons with different chronic diseases. Disponível em: <<http://jah.sagepub.com/cgi/reprint/11/2/151>> Acesso em: 06 janeiro 2010.

PEREIRA, J.P.S. **Suporte social em doentes mentais de evolução prolongada e população.** Lisboa: Instituto de Psicologia Aplicada/ISPA, 1996.

PEREIRA, M.E. **Psicologia social dos estereótipos.** São Paulo: EPU, 2002.

PERROCA, M.G.; GAIDZINSKI, R.R. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. **Rev Esc Enfermagem USP**, v. 32, n. 2, p. 153-68, 1998.

PINTO, José Leonel Gonçalves et al. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 11, n.3, p.753-764, 2006.

PÔRTO, Ângela. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, suppl.1, p. 43-49, 2007.

ROBLES, Leticia et al. Redes y apoyo social en ancianos enfermos de escasos recursos en Guadalajara, México. **Cad. Saúde Pública**, v.16, n. 2, p.153-161,2000.

ROCHA, P.K. **Construção e validação de um instrumento para avaliação de modelos de cuidado de enfermagem.** 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

RODRIGUES, L; BARRETO, M; KRAMER, M., et al. Resposta brasileira à tuberculose: contexto, desafios e perspectivas. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n1, p.1-2, 2007.

RODRIGUES-JR, Antonio L; RUFFINO-NETTO, Antonio; CASTILHO, Euclides Ayres de. Distribuição espacial da co-infecção *M. tuberculosis*/HIV no Estado de São Paulo, 1991-2001. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p.265-270, 2006.

ROSA, Tereza Etsuko da Costa et al. Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n.12, p.2982-2992, 2007.

RUFFINO-NETTO, A. Programa de Controle da Tuberculose no

Brasil: situação atual e novas perspectivas. **Inf Epidemiol SUS**, v. 10, n. 3, p. 129-38, 2001.

_____. Controle da tuberculose no Brasil: dificuldades na implantação do programa. **Jornal de Pneumologia**, v. 26, n. 4, p. 159-162, 2000.

_____. Reforma do setor saúde e controle da tuberculose no Brasil. **Info Epidemiol SUS**, v. 8, n. 4, p. 35-51, 1999.

_____. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Rev Soc Bras Med Trop**, v. 35, n. 1, p. 51-8, 2002.

RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T. C. S. **Tuberculose: Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil, históricos e peculiaridades regionais**. São Paulo: Instituto do Milênio REDE-TB, 2006.

SÁ, L. D., et al. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. **Texto & contexto Enferm.**, v. 16, n. 4, p. 712-718, 20007.

SALLES, C.L.; CONDE, M.B.; HOFER, C., et al. Defaulting from anti-tuberculosis treatment in a teaching hospital in Rio de Janeiro, Brazil. **Int J Tuberc Lung Dis.**, v. 8, n. 3, p. 318-22, 2004.

SANTA CATARINA. **Reunião para implantação do Novo esquema de tuberculose em Santa Catarina**. 2009. Disponível em CD. Balneário Camboriu: 2009.

SANTANA, J. J. R.A.; ZANIN, C.R.; MANIGLIA, J.V. Pacientes com câncer: enfrentamento, rede social e apoio social. **Paidéia**, v. 18, n. 40, p. 371-384, 2008.

SANT'ANNA, Clemax Couto; HIJJAR, Miguel Aiub. Recente contribuição da Organização Mundial de Saúde para o controle da tuberculose na infância. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, suppl.1, p.117-120, 2007.

SANTOS FILHO, Ezio Távora dos; GOMES, Zaira Machado dos Santos. Estratégias de controle da tuberculose no Brasil: articulação e participação da sociedade civil. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, suppl.1, p.111-116, 2007.

SANTOS, Joseney. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, suppl.1, p. 89-93, 2007.

SCATENA, Lúcia Marina et al. Dificuldades de acesso a serviços de

saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n.3, p.389-397, 2009.

SEEMAN, T. E. Social ties and health: The benefits of social integration. **Annals of Epidemiology**, n. 6, p. 442-451, 1996.

SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C; TROCCOLI, B.T. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. **Psicol. Reflex. Crit.**, v.1 8, n.2, p.188-195, mai/ago. 2005.

SILVÉRIO, Camila Donida; DANTAS, Rosana Aparecida Spadoti; CARVALHO, Ariana Rodrigues Silva. Avaliação do apoio social e da auto-estima por indivíduos coronariopatas, segundo o sexo. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 43, n.2, p. 407-414, 2009.

SIMIONI, Angelita dos Santos; GEIB, Lorena Teresinha Consalter. Percepção materna quanto ao apoio social recebido no cuidado às crianças prematuras no domicílio. **Rev. bras. enferm.**, v. 61, n.5, p.545-551, 2008.

SLUZKI, C. E. **Novos paradigmas de cultura e subjetividade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

SLUZKI, C.E. **A rede social na prática sistêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SODRÉ, Muniz. **Antropológica do espelho: uma teoria da comunicação linear e em rede**. Petrópolis: Vozes, 2002.

SOUSA, F.G.M. **Tecendo a teia do cuidado à criança na Atenção Básica de Saúde: dos seus contornos ao encontro com a integralidade**. 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

SOUZA, Márcia São Pedro Leal et al. Características dos serviços de saúde associadas à adesão ao tratamento da tuberculose. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 6, p.997-1005, 2009.

SOUZA, S.S.; SILVA, D.M.G.V. Grupos de Convivência: contribuições para uma proposta educativa em Tuberculose. **Rev. bras. enferm.**, v. 60, n. 5, p. 590-595, 2007.

SOUZA, Sabrina da Silva de. **Representações sociais do viver com tuberculose**. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa

Catarina, Florianópolis, 2006.

SOUZA, Wayner Vieira et al. Tuberculose no Brasil: construção de um sistema de vigilância de base territorial. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p.82-89, 2005.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

STRAUSS, Anselm.; CORBIN, Juliet. **Basic of quantitative research: grounded theory procedures and techniques**. Califórnia: Sage, 1967

TERRA, M.F.; BERTOLOZZI, M.R. O tratamento diretamente supervisionado (DOTS) contribui para a adesão ao tratamento da tuberculose? **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 659-664, 2008.

TOMAÉL, M.I.; ALCARÁ, A.R.; DI CHIVARA, I.G. Das redes sociais a inovação. **Ciência da Informação**, n. 34, p.93-104, 2005.

VALLA, V.V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, supl. 2, p. 7-14, 1999.

_____. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. **Interface (Botucatu)**, v. 4, n.7, p.37-56, 2000.

VITURI, D.W.; MATSUDA, L.M. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. **Rev Esc Enfermagem USP**, v. 43, n. 2, p. 429-437, 2009.

WAISBOARD, S. Beyond the medical informational model: recasting the role communication in tuberculosis control. **Soc Science e Med**, v. 65, p. 2130-2134, 2007.

_____. World Health Organization. Global Tuberculosis Control. WHO/CDS/TB/2000. **WHO Report** 2000. World Health Organization. What is DOTS? A guide to understanding the WHO-recommended Tb control strategy known as DOTS. WHO/cds/cpc/tb/99.270, 1994.

_____. World Health Organization. **Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing**. Geneva: WHO, 2005.

YEE, D.; VALIQUETTE, C.; PELLETIER, M., et al. Incidence of serious side effects from first-line anti-tuberculosis drugs among

patients treated for active tuberculosis. **Am J Respir Crit Care Med**, v. 167, n. 11, p. 1472-7, 2003.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o(a) Sr.(a) para participar do projeto de pesquisa **“Conhecendo as redes sociais de pessoas com tuberculose”**, que será desenvolvido pela doutoranda **Sabrina da Silva de Souza** com orientação da Professora Doutora Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva.

Esta pesquisa tem como objetivo: Compreender como as pessoas com tuberculose vivem com sua condição de saúde e os apoios que recebem para lidar com a mesma.

O estudo é necessário para que a partir do conhecimento adquirido possamos propor novas formas de cuidado às pessoas com tuberculose, podendo contribuir para dar maior suporte às pessoas que convivem com essa doença.

Serão realizadas entrevistas para coletar os dados. Isto não traz riscos ou desconfortos, mas esperamos que lhe traga benefícios relacionados a ajudar os profissionais de saúde a terem uma maior compreensão sobre o apoio que recebem para conviver com a tuberculose.

Será garantido que seu nome e qualquer outro dado que a identifique serão mantidos em sigilo e que terá liberdade para desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.

Após ler o presente Termo de Consentimento e aceitar participar da pesquisa, pedimos que o assine.

Qualquer informação adicional ou esclarecimentos a respeito da pesquisa poderá ser obtida junto à pesquisadora responsável Sabrina da Silva de Souza (Enfermeira COREn/SC 115.118) ou sua orientadora, professora Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva (Enfermeira COREn/SC 15.644).

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina - Centro de Ciências da Saúde - Departamento de Enfermagem. Campus Universitário – Trindade, Florianópolis/SC, CEP: 88.040-900 Telefone: 0 xx 48 – 3721-9480 E-mail: enfermeirasabrina@gmail.com.br

**Eu,,
abaixo assinado, declaro através deste instrumento, meu consentimento para participar como sujeito da pesquisa: “Conhecendo as redes sociais de pessoas com tuberculose”. Declaro ainda, que estou ciente de seus objetivos e método, bem como de meu direito de desistir a qualquer momento, sem penalização alguma e/ou prejuízo ao cuidado que recebo.**

Assinatura: _____

RG:.....

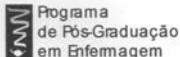
Assinatura do pesquisador responsável: _____

Florianópolis, de

de 200 .

ANEXOS

ANEXO A – Instrução Normativa 06/PEN/2009



Programa
de Pós-Graduação
em Enfermagem

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CEP.: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA-BRASIL
Fone/fax. (048) 3721.9480 - 3721.9399 - 3721.9787
E-mail: pen @ nfr.ufsc.br
www.nfr.ufsc.br/pen

Instrução Normativa 06/PEN/2009

Florianópolis, 02 de dezembro de 2009.

Altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem

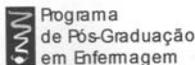
A Coordenadora em exercício do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no uso de suas atribuições, e tendo em vista o que deliberou o Colegiado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, em reunião realizada no dia 02/12/2009 e considerando o que estabelece o Regimento do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC,

RESOLVE:

1. Alterar o formato de apresentação dos trabalhos terminais dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem.
2. As teses e dissertações deverão conter artigos/manuscritos de autoria do discente, em co-autoria com o orientador e co-orientador, já no formato final para encaminhamento a periódicos científicos.
3. A inclusão destes artigos deverá ser feita de modo a fornecer uma visão do conjunto do trabalho da tese ou da dissertação. O formato incluirá:

a) Em dissertações de Mestrado:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 2 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com o(s) artigo(s) que contemplará(ão) os resultados da pesquisa principal desenvolvida na dissertação.
- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais



Programa
de Pós-Graduação
em Enfermagem

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CEP.: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA-BRASIL
Fone/fax. (048) 3721.9480 - 3721.9399 - 3721.9787
E-mail: pen @ nfr.ufsc.br
www.nfr.ufsc.br/pen

b) Em teses de Doutorado:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 3 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com os demais artigos que contemplarão os resultados da pesquisa principal desenvolvida na tese.
- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais

4. Orientações gerais:

- a) Todos os artigos deverão ser apresentados nas normas do periódico à que foi ou que será submetido, sendo necessário explicitar o nome do periódico.
- b) Os periódicos técnico-científicos selecionados para submissão deverão estar classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem) como B2 ou superior para Doutorado e B3 ou superior para Mestrado. No caso de periódicos não classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem), deverá ser considerado o índice de impacto JCR ou avaliação QUALIS/CAPES de outras áreas;
- c) Os demais capítulos deverão ser apresentados de acordo com a ABNT;
- d) A impressão final, após avaliação da Banca Examinadora, deverá seguir as normas de formatação da UFSC.

Esta Instrução Normativa altera a Instrução Normativa 01/PEN/2008, entra em vigor nesta data e passa a ter plenos efeitos para todos os alunos admitidos no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina a partir do ano de 2009. Os alunos admitidos em anos anteriores poderão optar entre esta nova modalidade ou pelo formato anterior de apresentação dos trabalhos terminais.

Original firmado na Secretaria PEN

Aprovado pelo Colegiado PEN em 02/12/2009

ANEXO B – Aprovação da Vigilância Epidemiológica



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ
Secretaria Municipal da Saúde

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **CONHECENDO AS REDES SOCIAIS DE APOIO A PESSOA COM TUBERCULOSE: Revelando as interfaces no cuidar da pessoa com tuberculose**, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 06 1.06...1.008..


Sandra K. Vaz
Prefeitura Municipal de São José
Secretaria Municipal de Saúde
Divisão de Vigilância
Epidemiológica

ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA**

Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Departamento de Projetos e Extensão

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 122/08

I – Identificação:

- Título do Projeto: Conhecendo as redes sociais de apoio à pessoa com tuberculose: Revelando as interfaces no cuidar da pessoa com tuberculose.
- Pesquisador Responsável: Prof. Drª. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva
- Pesquisador Principal: Sabrina da Silva de Souza
- Data Coleta dados: Início: 10/07/2008 Término previsto: 10/07/2009
- Local onde a pesquisa será conduzida: Será realizada em duas Unidades Básicas de Saúde do município de São José em Santa Catarina que contam com o serviço de Tuberculose.

II - Objetivos:

Compreender como as pessoas com tuberculose de um município da grande Florianópolis experienciam os processos interativos em sua rede social.

III – Comentário:

Trata-se de projeto devidamente documentado. O tema é relevante. Afirma o projeto que a tuberculose vem sendo considerada uma doença crônica fundamentalmente após o desenvolvimento do tratamento medicamentoso de longa permanência e que a doença deixa a pessoa marcada por longos anos em virtude de contrair a doença. Há um TCLE bem elaborado. Os princípios bioéticos encontram-se atendidos.

IV - Parecer do CEPESH/UFSC:

- aprovado
- Não aprovado
- Com pendência
- Retirado
- Aprovado e encaminhado ao CONEP

Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado em reunião deste Comitê na data de 30 de junho de 2008

Washington Portela de Souza
Coordenador do CEPESH/UFSC

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 101

O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

APROVADO

PROCESSO: 122/08 FR- 197628

TÍTULO: Conhecendo as redes sociais de apoio a pessoas com tuberculose: revelando as interfaces no cuidar da pessoa com tuberculose.

AUTORES: Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva e Sabrina da Silva de Souza.

DEPARTAMENTO.: Enfermagem/CCS/UFSC.

FLORIANÓPOLIS, 30 de junho de 2008.

Coordenador do CEPSH/UFSC - Prof.º Washington Portela de Souza

ANEXO D – Instrução aos Autores - Revista Enfermagem UERJ



NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

POLÍTICA EDITORIAL

A *Revista Enfermagem UERJ*, criada em 1993, é um veículo de difusão científica da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Seu principal objetivo é publicar trabalhos originais e inéditos de autores brasileiros e de outros países, que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da Enfermagem, da Saúde e ciências afins. É uma revista trimestral, que publica resultados de pesquisa, estudos teóricos, revisões críticas da literatura e discussão de temas atuais e relevantes para os campos aos quais se destina.

Caracteriza-se como periódico internacional, abrangendo predominantemente os países da América Latina e Caribe, embora também tenha circulação nos Estados Unidos, Canadá, França, Suécia, Portugal e Espanha.

A proposta editorial da Revista vem ao encontro das tendências contemporâneas de integração e complementaridade de áreas de conhecimento, que levam em conta a vocação da Enfermagem para a diversidade e para a articulação de diferentes áreas de conhecimento. Adota a normalização dos "Requisitos Uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos" (Estilo Vancouver), conforme matéria publicada pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e disponível em <http://www.icmje.org/>.

O processo editorial da *Revista Enfermagem UERJ* visa a apresentar à comunidade científica textos que representem uma contribuição significativa para a área. A abreviatura de seu título é *Rev enferm UERJ*, que deve ser usada em bibliografias, notas de rodapé, referências e legendas bibliográficas.

SUBMISSÃO DO MANUSCRITO

1. O material a ser submetido à avaliação para publicação deverá ser encaminhado por e-mail ou correio, para os endereços citados no final deste texto.
2. Manuscritos originais encaminhados através do correio deverão ser acompanhados de cópia em CD Rom, contendo todos os arquivos, conforme as normas de "Composição do Manuscrito". Se a opção de remessa for e-mail, todos os arquivos (texto, figuras e tabelas) deverão ser anexados à mensagem em *attach-file*, evitando-se arquivos compactados, exceto quando o seu tamanho ultrapassar 1,00 Mb. Nesse caso, solicita-se o uso do *software WinZip*.
3. Anexar uma carta de encaminhamento aos Editores, que autorize o processo editorial do manuscrito e transfira os direitos autorais para a *Revista Enfermagem UERJ*, garantindo que todos os procedimentos éticos exigidos em lei foram observados. Essa carta de-

verá ser assinada por todos os autores (Ver modelo disponível na página da Revista).

Caso a pesquisa envolva seres humanos, os autores deverão apresentar, também, declaração de que foi obtido consentimento dos sujeitos por escrito (consentimento informado), anexando cópia da aprovação do Comitê de Ética que analisou o estudo.

O processo de revisão editorial só terá início se o encaminhamento do manuscrito obedecer às três condições anteriores; caso contrário, todo o material será devolvido para adequação.

Os conceitos emitidos no manuscrito são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es), não refletindo obrigatoriamente a opinião dos Editores e do Conselho Editorial.

4. Todos os autores de cada artigo, sem exceção, deverão pagar assinatura da Revista.

PROCEDIMENTOS DA COMISSÃO EDITORIAL

1. Os Editores recebem o material encaminhado para publicação e fazem uma primeira apreciação, no que se refere à adequação dos textos às normas de publicação e, se considerados potencialmente publicáveis, serão encaminhados para dois Consultores *Ad-Hoc*.
2. Os autores são comunicados sobre o recebimento do manuscrito pelo Editor, através de e-mail. No caso de remessa do material por e-mail, o autor deverá ficar atento à confirmação de recebimento, que será enviada pela Secretária da Revista para o mesmo e-mail de remessa ou outro expressamente indicado pelo autor.
3. Encaminhamento a dois Consultores *Ad-Hoc* para emissão de pareceres técnico-científicos.
4. Os Consultores *Ad-Hoc* emitem seus pareceres em três modalidades: aceite sem alterações; recomendando modificações ou recusando a publicação do manuscrito. No caso de recomendação com modificações, o autor será notificado das sugestões, devendo cumpri-las num prazo de 30 dias, a partir do seu recebimento. Em caso de recusa, o autor será notificado das razões que justificam a decisão. Os manuscritos recusados poderão ser reapresentados à Revista, desde que sejam amplamente reformulados, sendo considerados como contribuição nova. Cópias dos pareceres serão enviadas aos autores, exceto quando houver restrição expressa por parte do consultor. Os originais não publicados serão destruídos após seis meses da finalização da tramitação editorial.
5. A versão final do manuscrito, contendo as alterações solicitadas pelos consultores, será avaliada pelo Conselho Editorial, que tomará a decisão final acerca da publicação ou da solicitação de novas alterações.

6. Após aprovação do Conselho Editorial, será comunicado ao autor o volume e o fascículo da Revista no qual o artigo será publicado.

7. No caso de aceitação para publicação, os Editores reservam-se o direito de introduzir pequenas alterações no texto, figuras e tabelas para efeito de padronização, conforme parâmetros editoriais da Revista e dos Requisitos Uniformes.

8. O processo de avaliação por pares utiliza o sistema de *blind review*, preservando a identidade dos autores e consultores. As identidades dos autores serão informadas ao Conselho Editorial apenas na fase final de avaliação.

DIREITOS AUTORAIS

A *Revista Enfermagem UERJ* detém os direitos autorais de todas as matérias publicadas. A reprodução total dos artigos em outras publicações requer autorização por escrito dos Editores. As citações (com mais de 500 palavras), reprodução de uma ou mais figuras, tabelas ou outras ilustrações devem ter permissão escrita dos Editores e dos autores.

A reprodução de outras publicações pela Revista deverá obedecer aos seguintes critérios. As citações (com mais de 500 palavras), reprodução de uma ou mais figuras, tabelas ou outras ilustrações devem ter permissão escrita do detentor dos direitos autorais do trabalho original para a reprodução na Revista *Enfermagem UERJ*. A permissão deve ser endereçada ao autor do trabalho submetido.

COMPOSIÇÃO DO MANUSCRITO

A *Revista Enfermagem UERJ* adota as normas de publicação "Requisitos Uniformes" (estilo Vancouver). Os manuscritos submetidos devem ser redigidos em português, espanhol, inglês ou francês.

Os textos deverão ser apresentados dentro de uma das seguintes modalidades:

Artigo de Pesquisa - Investigação baseada em dados empíricos, que utilize metodologia científica e inclua introdução, referencial teórico, metodologia, resultados, discussão, conclusão e referências - limitados a 3.500 palavras;

Estudo Teórico - Análise de construtos teóricos, levando ao questionamento de modelos existentes na enfermagem e na saúde e a elaboração de hipóteses para futuras pesquisas - limitados a 3.000 palavras;

Artigo de Revisão - corresponde à análise de um corpo abrangente e extenso de investigações, relativas a assuntos de interesse para o desenvolvimento da enfermagem e da saúde - limitados a 3.000 palavras;

Atualidade - Texto reflexivo ou informativo sobre assunto relevante e atual, com perspectiva de interesse para a enfermagem e a saúde; intercâmbio de opiniões entre editores e leitores sobre trabalhos publicados - limitados a 2.500 palavras.

Obs: a contagem de palavras dar-se-á da Introdução ao fim da Conclusão, excluindo-se as referências e quaisquer figuras.

Os textos deverão ser digitados em processador de texto *Word Perfect* ou *Word for Windows*, versão XP ou anterior, papel tamanho A4, espaçamento entrelinhas 1,5, sem recuo de parágrafos, fonte Times New Roman tamanho 12, com formatação de margens superior, inferior, esquerda e direita de 2 cm, numeradas a partir da folha de introdução (p. 1) até o final das referências. Não deverá ser utilizada *nenhuma forma de destaque* no texto (sublinhado, negrito, marcas d'água, aspas), exceto para títulos e subtítulos. Utilize apenas itálico em palavras ou expressões que realmente necessitem ser enfatizadas no texto impresso.

A apresentação dos trabalhos deve seguir a seguinte ordem e recomendações:

1. Folha de Rosto Identificada

- Título pleno em português, não devendo exceder 150 palavras. Não devem incluir siglas, nomes de cidades, países ou outras informações geográficas, nem chamada para notas.

- Título em dois idiomas, compatíveis com o título em que o artigo foi escrito.

- Sugestão de título abreviado para cabeçalho, não devendo exceder seis palavras.

- Nome de cada autor, seguido por titulação, afiliação institucional por ocasião da submissão do trabalho (mencionar o departamento, unidade acadêmica e universidade ou instituição, cidade e país).

- Indicação do autor e endereço para correspondência com os Editores sobre a tramitação do manuscrito, incluindo CEP, telefone, fax e endereço eletrônico (imprescindível para as remessas efetuadas por e-mail).

2. Folha de Rosto Não Identificada

- Título pleno em português, inglês e espanhol.

- Resumo e palavras-chave em português, inglês e espanhol.

Resumo em Português

O resumo deve ter entre 100 e 150 palavras. No caso de relato de pesquisa, o resumo deve incluir: problema investigado, objetivos do estudo, método de pesquisa contendo características pertinentes da amostra ou grupo de estudo, e procedimentos utilizados para a coleta e análise de dados, campo e período do estudo, resultados relevantes, conclusão ou suas implicações ou aplicações. Os resumos de revisão crítica, de estudo teórico ou de artigo de atualidades devem incluir: tema, objetivo, tese, construto sob análise ou organizador do estudo, fontes utilizadas e conclusões. Não inserir chamada para notas.

Palavras-chave

Devem ser apresentadas quatro palavras-chave, digitadas em letra minúscula (apenas a letra inicial da primeira palavra deverá ser maiúscula) e separadas por ponto-e-vírgula. Devem ser escolhidas palavras que classifiquem o texto com precisão adequada, que permitam que ele seja recuperado junto com trabalhos semelhantes, e que possivelmente seriam evocadas por um pesquisador efetuando levantamento bibliográfico. Deverá ser dada preferência ao uso de descritores extraídos do vocabulário *Descritores em Ciências da Saúde* (LILACS), quando acompanharem os resumos em por-

tuês, e do *Medical Subject Headings* (MESH), quando acompanharem os *Abstracts*. Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

3. Folhas com demais Resumos, em dois idiomas diferentes

Se o texto e seu resumo inicial forem redigidos em português, apresentar o *Abstract* (em inglês) e o *Resumen* (em espanhol) obedecendo às mesmas especificações para a versão em português, seguidos de *keywords* e *palabras clave*, compatíveis e na mesma ordem de inserção das palavras-chave em português.

Se o texto e seu resumo inicial forem redigidos em inglês, espanhol ou francês, apresentar dois resumos em idiomas diferentes, observando a seguinte ordem: português, inglês, espanhol ou francês.

4. Corpo do Texto

Esta parte do manuscrito deve começar em uma nova página, não identificada, numerada com o nº 1, sem menção ao título do trabalho. Não inicie uma nova página a cada subtítulo; separe-os utilizando uma linha em branco. Em todas as categorias de trabalho original, o texto deve ter uma organização de reconhecimento fácil, sinalizada por um sistema de títulos e subtítulos que reflitam esta organização. Os títulos e subtítulos deverão ser destacados em negrito e letras maiúsculas apenas na primeira letra de cada palavra e antecederidos por uma linha em branco.

As referências no texto a figuras e tabelas deverão ser feitas sempre acompanhadas do número respectivo ao qual se referem (não devem ser utilizadas as expressões *a tabela acima* ou *a figura abaixo*). Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto.

As citações de autores deverão ser feitas conforme os exemplos apresentados na seção final deste texto, observando os Requisitos Uniformes (Estilo Vancouver). A transcrição na íntegra de um texto de até três linhas deve ser delimitada por aspas e numerada de acordo com a ordem de citação no texto. Uma citação literal com mais de três linhas deve ser apresentada em bloco próprio e sem aspas, começando em nova linha, com recuo de 2,5cm da margem esquerda. O tamanho da fonte para citações deve ser 12, como no restante do texto, sem destaque. Não empregar os termos *op. cit.*, *id. ibidem*. A expressão *apud* é a única a ser utilizada no texto ou notas. Apenas as obras consultadas e mencionadas no texto devem aparecer na lista de referências. A citação de trechos de depoimentos dos entrevistados deverá ser apresentada com recuo de 2,5cm da margem esquerda, em itálico, sem aspas e com a identificação fictícia do depoente (Ex: E1, E2, ...)

5. Referências

Observar o Estilo Vancouver.

Os artigos deverão apresentar o limite mínimo de 10 obras analisadas. A formatação da lista de referências deve adotar espaço 1,5 e tamanho de fonte 12, sem parágrafo, recuo ou deslocamento das margens; o sobrenome dos autores em letras minúsculas, à exceção da primeira le-

tra; os nomes secundários serão representados por suas iniciais em maiúsculas sem separação entre elas; não fazer destaques para títulos. Numerar as referências de forma consecutiva, conforme a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto e identificá-las pelo mesmo número sempre que citadas.

6. Anexos

Apenas quando contiverem informação original importante, ou destacamento indispensável para a compreensão de alguma seção do trabalho. Recomenda-se evitar anexos.

7. Folha com Títulos de Figuras e Tabelas

Todas as figuras e tabelas deverão ser listadas separadamente, na última folha do texto, numeradas conforme indicado no manuscrito.

O total de tabelas / figuras não deverá exceder a 3 (três) ilustrações.

8. Tabelas

Apresentar uma tabela por arquivo separado do texto, com título numerado sequencialmente, compostas no *software MS-Excel* versão 2000 ou anterior. O comprimento da tabela não deve exceder 55 linhas, incluindo título, e largura limitada a 8cm, 12cm ou 16cm. A tabela deverá ser digitada utilizando-se fonte *Times New Roman* tamanho 10 e espaçamento entrelinhas simples, sem qualquer forma de tabulação ou recuos de parágrafos.

9. Figuras

São consideradas como figura todas as ilustrações que não se enquadrem na definição de tabela; portanto, quadros, gráficos, desenhos, fotos, etc. Não são aceitas figuras coloridas ou com fundo reticulado (cinza). Apresentar uma figura por arquivo separado do texto, com título numerado sequencialmente e legenda, compostas nos *softwares MS-Excel* versão 2000 ou anterior, ou *Corel Draw* e arquivos com extensão TIF ou JPG. Não gravar em formato BMP ou compactados. A figura deverá ser formatada utilizando-se fonte *Times New Roman* tamanho 10 e espaçamento entrelinhas simples, sem qualquer forma de tabulação ou recuos de parágrafos.

Ao usar *scanner* para reproduzir figuras, utilizar resolução de 300 DPI nos modos *desenho* ou *gray scale*. Para assegurar a qualidade de reprodução, as figuras contendo desenhos não-computadorizados deverão ser encaminhadas impressas em qualidade de fotografia, em branco e preto.

Não serão aceitos arquivos de figuras (gráficos, quadros e ilustrações) ou de tabelas construídos em outros processadores e colados como figura no Word.

10. Notas

As notas não-bibliográficas deverão ser reduzidas a um mínimo e colocadas em página separada do texto, identificadas e ordenadas por algarismos romanos, (não utilizar o recurso de inserir nota de rodapé, mas apenas digitá-las como parte normal do texto). As notas devem ser iniciadas pela qualificação profissional, afiliação institucional dos autores (mencionar o departamento, unidade acadêmica e universidade ou instituição, cidade e país) e indicação endereço

eletrônico do autor a quem o leitor do artigo poderá se reportar. Inserir agradecimentos às agências financiadoras, informação e outros, seguidas pelas demais observações relativas ao texto do trabalho.

EXEMPLOS DE CITAÇÕES NO CORPO DO TEXTO

Não mencionar os nomes dos autores das citações. Indicar os números das obras conforme lista de referências do texto.

Citação de um artigo/obra

Após a citação, indicar o número sobrescrito da referência – conforme a ordem de menção pela primeira vez no texto.

Por exemplo, o primeiro trabalho mencionado no texto é de autoria de Mauro, Clos e Vargens e deve ser assim citado:

Os estudos relatam avaliações sobre qualidade das revistas científicas¹.

Citação de dois artigos/obras consecutivos

Após a citação, indicar os dois números sobrescritos das referências conforme a ordem de menção pela primeira vez, separados por vírgulas.

Exemplo:^{1,12}... como os índices crescentes de violência urbana

Citação de artigos/obras diversos não-consecutivos
Devem ser relacionados os números dos autores, em ordem crescente, separados por vírgulas.

Achados semelhantes foram confirmados^{4,6,8,10} em 2000.

Para mais de dois artigos/obras consecutivos

Vários especialistas^{1,6, 8,12} têm recomendado...
O traço entre os números significa os autores de 1 a 6 e de 8 a 12.

Citações de trabalho transcritas de fonte primária

A citação de 8. Rodrigues BMRD, localizada na página 33, deve ser transcrita assim:

[...] a fala é a maneira utilizada pelo ator-agente da ação para expressar suas vivências originárias numa relação face a face [...]^{8,32}.

Evitar citações de trabalho discutido em uma fonte secundária.

Citação de comunicação pessoal

Este tipo de citação deve ser evitada, por não oferecer informação recuperável por meios convencionais. Cartas, conversas (telefônicas ou pessoais) e mensagens não devem ser incluídas na seção de Referências, mas apenas no texto, na forma de iniciais e sobrenome do emissor e data, entre parênteses.

Ex: (S. L. Mello, comunicação pessoal, 15 de setembro de 1995).

EXEMPLOS DE LISTA DE REFERÊNCIAS

A lista é enumerada, observando-se a ordem de menção pela primeira vez no texto, sem qualquer destaque.

Artigo de revista científica

Artigo-padrão

Caldas NP. Repensando a evolução histórica da Fa-

culdade de Enfermagem da UERJ: breve relato. Rev enferm UERJ. 1997; 5: 517-20.

No referido exemplo, após o título abreviado do periódico (com um ponto final) especificar: ano da publicação, volume e páginas inicial e final do artigo. A paginação é sequencial por volume/ano.

No caso da paginação não ser sequencial por volume/ano, é obrigatória a especificação do número do fascículo.

Guimarães RM, Mauro MYC. Potencial de morbimortalidade por acidente de trabalho no Brasil - período de 2002: uma análise epidemiológica. Epistula ALASS (Espana). 2004; 55(2):18-20.

Artigo no prelo

Não informar volume ou número de páginas até que o artigo esteja publicado. Exemplo:

Oliveira DC. Representações sociais da saúde e doença e implicações para o cuidar em enfermagem: uma análise estrutural. Rev Bras Enferm. No prelo, 2002.

Texto publicado em revista de divulgação comercial
Madov N. A cidade flutuante. Veja (Sao Paulo) 2002; 35: 63.

Neste último exemplo, quando o título da revista for homônimo, deve ser registrado o nome da cidade de sua procedência entre parênteses.

Livro e outras monografias

Indivíduo como autor

Lopes GT, Baptista SS. Residência de enfermagem: erro histórico ou desafio para a qualidade. Rio de Janeiro: Editora Anna Nery; 1999.

No exemplo anterior, após a cidade, omitiu-se a sigla do estado entre parênteses por tratar-se de homônimo. Maldonado MTP. Psicologia da gravidez: parto e puerpério. 14ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 1990

Livro publicado por um organizador ou editor

Moreira ASP, Oliveira DC, organizadoras. Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia (GO): AB Editora; 1998. p. 27-38.

Capítulo de livro ou monografia

Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC, organizadoras. Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia (GO): AB Editora; 1998. p. 27-38.

Livro traduzido para o português

Bardin L. Análise de conteúdo. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70/Livraria Martins Fontes; 1979.

Trabalho apresentado em congresso com resumo publicado em anais

Evitar o uso de resumo como referência.

Francisco MTR, Clos AC, Larrubia EO, Souza RM. Prevenção das DST/AIDS na UERJ: indicadores de risco entre estudantes. In: Resumos do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1998 out 15-19; Salvador; Brasil. Salvador (BA): ARTE DBC; 1998. p. 181.

Trabalho completo publicado em anais de eventos
Santos I, Clos AC. Nascentes do conhecimento em enfermagem. In: Anais do 9º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem; 1997 set 6-10; Vitória, Bra-

sil. Vitória (ES): Associação Brasileira de Enfermagem; 1997. p. 68 - 88.

Trabalho apresentado em congresso com resumo publicado em revista

Evitar o uso de resumo como referência. Tratar como publicação em periódico, acrescentando logo após o título a indicação de que se trata de resumo, entre colchetes. Caldas NP. Repensando a evolução histórica da Faculdade de Enfermagem da UERJ: breve relato [resumo]. Rev enferm UERJ. 1996; 4: 412-3.

Dissertação e Tese não-publicada

Silva MTN. Sobre enfermagem - enfermeira: o imaginário dos familiares das ingressantes no curso de graduação [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2000.

Obras antigas com reedição em data muito posterior
Franco FM. Tratado de educação física dos meninos. Rio de Janeiro: Agir; 1946. (Original publicado em 1790).

Autoria institucional

Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. La

administración estratégica: lineamientos para su desarrollo - los contenidos educacionales. Washington (DC): OPS; 1995.

Ministério da Saúde (Br). Coordenação Nacional de DST/AIDS. A epidemia da AIDS no Brasil: situações e tendências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1999.

Web Site ou Homepage

Civitas R. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais [site de Internet]. Urbanismo e desenvolvimento de cidades. [citado em 27 nov1988]. Disponível em: <http://www.gcsnet.com.br/oamis/civitas>.

Artigos consultados em indexadores eletrônicos

Acurcio FA, Guimarães MDC. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. Cad Saúde Pública [SciELO-Scientific Electronic Library Online] 2000 [citado em 05 set 2000]. 1: 1-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/prc>.

Ao organizarem listas de referências, os autores devem atentar sempre para que o emprego da pontuação esteja uniforme e correto.

Endereço para contato e envio dos trabalhos

Revista Enfermagem UERJ
Bd. 28 de Setembro, 157, sala 710.
CEP 20551-030. Vila Isabel - Rio de Janeiro - Brasil
Tel.: (21) 2587-6335 ramais 204 e 205
FAX.: (21) 2334-2074
E-mail: revenf.uerj@gmail.com
Web Site: <http://www.facenf.uerj.br/revenfermuerj.html>

FAÇA O CHECKLIST ANTES DE ENVIAR SEU MANUSCRITO

Antes de enviar o seu manuscrito, faça uma revisão cuidadosa do texto com relação ao Português, à digitação e às normas de publicação da *Revista Enfermagem UERJ*, como forma de garantir a qualidade e tornar o processo editorial mais rápido e eficiente.

Verifique, então, os itens abaixo:

Primeira submissão

Carta de encaminhamento assinada por todos os autores, contendo:

- autorização para o início do processo editorial
- concessão dos direitos autorais para a Revista
- compromisso de respeito aos aspectos éticos de um trabalho científico
- cópia do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

Uma cópia do manuscrito em CD (via correio) ou correio eletrônico:

- espaço 1,5
- folha de rosto identificada
- folha de rosto sem identificação
- resumo com palavras-chave

- abstract* com *keywords*
- resumen* com *palabras clave*
- referências em espaço 1,5
- anexos (se inevitáveis)
- títulos de figuras e tabelas
- máximo de três figuras e/ou tabelas
- notas
- limite de palavras conforme modalidade de artigo

Manuscrito reformulado

- Carta de encaminhamento especificando alterações feitas e justificando aquelas não-efetuadas
- Uma cópia do manuscrito em papel e uma em C.D, no caso de encaminhamento pelo correio

ANEXO E – Instrução aos Autores – Ciência & Saúde Coletiva

Ciênc. saúde coletiva - Instruções aos

Ciência & Saúde Coletiva

ISSN 1413-8123 *versão impressa*
ISSN 1678-4561 *versão online*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Objetivo e política editorial](#)
- [Seções da publicação](#)
- [Apresentação de manuscritos](#)

Objetivo e política editorial

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade bimestral, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

A revista C&SC adota as "Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas", da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na Rev Port Clin Geral 1997, 14: 159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcp.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: responsabilidade do(s) editor(es). Este texto deve ter, no máximo, 3.500 caracteres.

Debate: encomendado pelos editores, trata-se de artigo teórico pertinente ao tema central da revista, que receberá críticas/comentários assinados de até seis especialistas, também convidados, e terá uma réplica do autor principal. O artigo deve ter, no máximo, 40.000 caracteres; os textos dos debatedores e a réplica, máximo de 10.000 caracteres cada um.

Artigos Temáticos: revisão crítica ou resultado de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto em pauta no número temático. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres; os de revisão, 50.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: não incluídos no conteúdo focal da revista, mas voltados para pesquisas, análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área ou das subáreas. Os números máximos de caracteres são os mesmos dos artigos temáticos.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres.

Resenhas: análise crítica de livro relacionado ao campo temático da revista, publicado nos últimos dois anos, com, no máximo, 10.000 caracteres. Os autores devem encaminhar à Secretaria da Revista uma reprodução de alta definição da capa do livro resenhado.

Cartas: crítica a artigo publicado em número anterior da revista ou nota curta, descrevendo criticamente situações emergentes no campo temático (máximo de 7.000 caracteres).

Observação: O limite máximo de caracteres considera os espaços e inclui texto e bibliografia; o resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final do artigo.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (www.cienciaesaudecoletiva.com.br) segundo as orientações do menu Artigos e Avaliações.
3. Os artigos submetidos não podem ter sido divulgados em outra publicação, nem propostos simultaneamente para outros periódicos. Qualquer divulgação posterior do artigo em outra publicação deve ter aprovação expressa dos editores de ambos os periódicos. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
5. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que podem identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos que se façam necessários.
6. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).
7. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização da Revista.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não

devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem, etc.).

9. O **resumo/abstract**, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, objetivos, metodologia, abordagem teórica e resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo seis palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. No final do texto devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo (ex. LM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CM Guimarães, na pesquisa e na metodologia).

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de

um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo esteja em cor, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor (es).

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).

5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, de preferência, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Ilustrator ou Corel Draw. Estes formatos conservam a informação VETORIAL, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e NÃO conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, deve ser enviado o material original em boas condições para reprodução

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente daqueles a outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: ... Outro indicador analisado foi o de !
maturidade do PSF" ¹¹ ...

ex. 2: ... Como alerta Maria Adélia de Souza ⁴, a cidade...

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (<http://www.icmje.org>).
4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (inclua até 6 autores, seguidos de *et al.* se exceder a esse número)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev C S Col* 2005; 10(2):275-86.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, *et al.* Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Rev C S Col* 2005; 10(2):483-91.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164:282-4

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saúde Pública* 1993; 9(Supl 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de

Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/Ibama; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-2.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do*

Sistema Único de Saúde 1988-2001 [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana - BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil* 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma

Ciênc. saúde coletiva - Instruções aos

congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe - PE - Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

© 2009 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ANEXO F – Instrução aos Autores – Revista Brasileira de Enfermagem

Rev Bras Enferm - Instruções aos autores



ISSN 0032-7167 *versão
impressa*
ISSN 1984-0446 *versão
on line*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Tipos de Artigos](#)
- [Preparo dos Manuscritos](#)
- [Endereço para Submissão](#)

Tipos de Artigos

A **Revista Brasileira de Enfermagem** (REBEn), recebe submissões de artigos nos idiomas Português, Inglês e Espanhol segundo as seguintes seções:

- Editorial,
- Pesquisa,
- Revisão,
- Ensaio,
- Reflexão,
- Relato de Experiência,
- Atualização,
- História da Enfermagem,
- Página do Estudante,
- Cartas ao Editor.

Preparo dos Manuscritos

A REBEn adota as orientações das Normas de Vancouver. Estas normas estão disponíveis na URL: <http://www.icmje.org/index.html>.

O arquivo contendo o manuscrito deve ser elaborado no Editor de Textos MS Word com a seguinte configuração de página: margens de 2 cm em todos os lados; fonte Arial ou Times, tamanho 12 com espaçamento entrelinhas de 1,5 pt.

a) Página dos Metadados: Deverá conter os seguintes metadados e na seguinte ordem: 1) título do artigo (conciso, porém informativo) nos três idiomas (português, inglês e espanhol; 2) nome do(s) autor(es), indicando em nota de rodapé o(s) título(s) universitário(s), ou cargo(s) ocupado(s), nome do Departamento e Instituição aos quais o trabalho deve ser atribuído, Cidade, Estado e endereço eletrônico; 3) resumo, abstract, resumen e, 4) descritores nos três idiomas.

Resumos e Descritores: o resumo deverá conter até no máximo 120 palavras, contendo objetivo da pesquisa, metodologia adotada, procedimentos de seleção dos sujeitos do estudo, principais resultados e as conclusões. Deverão ser destacados os novos e mais importantes aspectos do estudo. Abaixo do resumo incluir 3 a 5 descritores segundo o índice dos Descritores em Ciências da Saúde - DeCS (<http://decs.bvs.br>). Todos os artigos deverão incluir resumos em português, inglês e espanhol. Apresentar seqüencialmente os três resumos nesta página de identificação.

b) Ilustrações, abreviaturas e símbolos: as tabelas: devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. O mesmo se aplica aos quadros e figuras (fotografias, desenhos, gráficos, etc). Para ilustrações extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar a respectiva permissão. Utilize somente abreviações padronizadas. Evite abreviações no título e no resumo. Os termos por extenso aos quais as abreviações correspondem devem preceder sua primeira utilização no texto, a menos que sejam unidades de medidas padronizadas.

c) Notas de Rodapé: deverão ser indicadas em ordem alfabética, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.

d) Citação de Referências Bibliográficas: numerar as

referências de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificar as referências no texto por números arábicos entre parênteses e sobrescritos. Quando tratar-se de citação seqüencial separe os números por traço (ex: 1-5); quando intercalados, use vírgula (ex: 1,5,7).

d) Exemplos de Listagem das Referências

Livros como um todo

Foucault M. Microfísica do poder. 10a. ed. Vol 7. Rio de Janeiro: Graal; 1992.

Capítulo de livro

Garcia TR. Diagnósticos de enfermagem: como caminhamos na pesquisa. In: Guedes MVC, Araújo TL, organizadores. O uso do diagnóstico na prática da enfermagem. 2a. ed. Brasília: ABEn; 1997. p. 70-6.

Teses, dissertações e monografias

Galvão CM. Liderança situacional: uma contribuição ao trabalho do enfermeiro-líder no contexto hospitalar [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo;1995.

Trabalhos de congressos e de seminários: anais, livros de resumos

Barreira IA, Batista SS. Nexos entre a pesquisa em história da enfermagem e o processo de cientificação da profissão. In: Anais do 51o. Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1999 out 2-7; Florianópolis (SC), Brasil. Florianópolis: ABEn; 2000. p. 295-311.

Artigos de periódicos

Artigo Padrão

Rossato VMD, Kirchof ALC. O trabalho e o alcoolismo: estudo com trabalhadores. Rev Bras Enferm 2004;57(3): 344-9.

Com mais de seis autores

Fernandes JD, Guimarães A, Araújo FA, Reis LS, Gusmão MC,

Margareth QB, et al. Construção do conhecimento de enfermagem em unidades de tratamento intensivo: contribuição de um curso de especialização. Acta Paul Enferm 2004;17(3): 325-32.

Instituição como autor

Center for Disease Control. Protection against viral hepatitis. Recommendations of the immunization. Practices Advisory Committee. MMWR 1990;39(RR-21): 1-27.

Material eletrônico

Artigo de revista em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];(1):[24 screens]. Available from: <http://www.cdc.gov/incidod/EID/eid.htm>

Matéria publicada em site web

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2002. Rio de Janeiro; 2002. [citado em: 12 jun 2006]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores. Solicita-se aos autores, sempre que possível e quando solicitado, incluir duas ou mais referências de publicações da REBEn no manuscrito.

f) Aspectos Éticos

Nas pesquisas que envolvem seres humanos os autores deverão deixar claro a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional, bem como o processo de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes (Resolução no. 196 do Conselho Nacional de Saúde de 10 out. 1996).

Endereço para Submissão

Os manuscritos deverão ser submetidos pelo Sistema de Submissão Online disponível no site: <http://submission.scielo.br/index.php/reben/login> acessando o link Submissão Online. O usuário/autor responsável pela submissão deverá cadastrar-se previamente no sistema. Toda a tramitação das etapas do processo editorial será realizada por meio deste sistema.

Ao submeter o manuscrito o autor deverá firmar eletronicamente que o artigo não está sendo submetido paralelamente a outro periódico. Este procedimento elimina a necessidade do envio de cartas de Responsabilidade de Autoria e Transferência de Direitos Autorais.

Durante as etapas do processo editorial, aos autores poderá ser solicitada uma descrição dos papéis de cada autor na elaboração do artigo, lembrando que a participação na coleta de dados e na elaboração técnica do artigo não se constitui em autoria. Todos os autores do artigo, em caso de publicação, deverão ser assinantes da REBEn.

[\[Home\]](#) [\[Sobre a revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

© 2009 Associação Brasileira de Enfermagem

SGAn - Av. L2 Norte - Quadra 603 - Módulo B.
70830-030 - Brasília - DF - Brasil
Tel.: + 55 61 3226-0653
Fax: + 55 61 3226-4473



reben@abennacional.org.br

ANEXO G – Instrução aos Autores - INTERFACE — Comunicação, Saúde, Educação

Interface - Comunicação, saúde e Educação

English

Comunicação, saúde, educação

Interface

Google
Bolsista 2014

Buscar

Submissões

Edições Anteriores

Artigos Aprovados

Quem somos

Fale conosco

Assinaturas

Instruções aos Autores

Links

Cadastre-se

Seu email

Enviar

 **interface**
comunicação saúde educação

ISSN 1414-3283 versão impressa
ISSN 1807-5726 versão online

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Projeto e política editorial](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)
- [Envio dos manuscritos](#)

Projeto e política editorial

INTERFACE – Comunicação, Saúde, Educação publica artigos analíticos e/ou ensaísticos, resenhas críticas e notas de pesquisa (textos inéditos); edita debates e entrevistas; e veicula resumos de dissertações e teses e notas sobre eventos e assuntos de interesse. Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo.

Toda submissão de manuscrito à Interface está condicionada ao atendimento às normas descritas abaixo.

Forma e preparação de manuscritos

SEÇÕES

Dossiê — textos ensaísticos ou analíticos temáticos, a convite dos editores, resultantes de estudos e pesquisas originais (até sete mil palavras).

Artigos — textos analíticos ou de revisão resultantes de pesquisas originais teóricas ou de campo referentes a temas de interesse para a revista (até sete mil palavras).

Debates — conjunto de textos sobre temas atuais e/ou polêmicos propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista, cabendo aos editores a edição final dos textos. (Texto de abertura: até seis mil palavras; textos dos debatedores: até mil palavras; réplica: até mil palavras.).

Espaço aberto — notas preliminares de pesquisa, textos que problematizam temas polêmicos e/ou atuais, relatos de experiência ou informações relevantes veiculadas em meio eletrônico (até cinco mil palavras).

Entrevistas — depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até sete mil palavras).

Livros — publicações lançadas no Brasil ou exterior, sob a forma

<http://www.interface.org.br/> [1 of 4] [4/2/2010 21:46:41]

de resenhas críticas, comentários, ou colagem organizada com fragmentos do livro (até três mil palavras).

Teses — descrição sucinta de dissertações de mestrado, teses de doutorado e/ou de livre-docência; título, palavras-chave e resumo (até quinhentas palavras) em português, inglês e espanhol. Informar o endereço de acesso ao texto completo, se disponível na internet.

Criação — textos de reflexão com maior liberdade formal, com ênfase em linguagem iconográfica, poética, literária etc.

Informes — notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores (até duas mil palavras).

Cartas — comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras).

Observação: na contagem de palavras do texto, excluem-se título, resumo e palavras-chave.

Envio dos manuscritos

SUBMISSÃO DE ORIGINAIS

Interface - Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos serão submetidos à avaliação. Não serão aceitas para submissão traduções de textos publicados em outra língua.

Os originais devem ser digitados em *Word* ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista. Todos os originais submetidos à publicação devem dispor de resumo e palavras-chave alusivas à temática (com exceção das seções Livros, Criação, Informes e Cartas).

Da folha de rosto devem constar título (em português, espanhol e inglês) e dados dos autores com as informações na seguinte ordem:

Autor principal: vínculo institucional - Departamento, Unidade, Universidade (apenas um, por extenso). Endereço completo para correspondência, telefones de contato, e-mail.

Co-autores: vínculo institucional - Departamento, Unidade, Universidade (apenas um, por extenso). Email.

Observação: não havendo vínculo institucional, informar a atividade profissional. A titulação dos autores não deve ser informada.

A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título é limitada a oito. Acima deste número serão listados no rodapé da página.

Também em nota de rodapé o (s) autor (es) deve (m) explicitar se o texto é inédito, se foi financiado, se é resultado de

dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se há conflitos de interesse e, em caso de pesquisa com seres humanos, se foi aprovada por Comitê de Ética da área, **indicando o número do processo**.

Em texto com dois autores ou mais devem ser especificadas, antes das referências, as responsabilidades individuais de todos os autores na preparação do mesmo, de acordo com um dos modelos a seguir:

Modelo 1: "Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito."

Modelo 2: "Autor X responsabilizou-se por...; Autor Y responsabilizou-se por...; Autor Z responsabilizou-se por..., etc."

Da primeira página devem constar (em português, espanhol e inglês): título, resumo (até 150 palavras) e no máximo cinco palavras-chave.

Observação: na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave.

Notas de rodapé - numeradas, sucintas, usadas somente quando necessário.

Citações - referências no texto devem subordinar-se à forma - **Autor, ano, página**, em caixa baixa (apenas a primeira letra do sobrenome do autor em caixa alta) conforme o exemplo:

"...e criar as condições para a construção de conhecimentos de forma colaborativa (Kenski, 2001, p. 31).

As referências citadas devem ser listadas no final do texto, em ordem alfabética, segundo normas **adaptadas** da ABNT (NBR 6023), conforme os exemplos:

LIVROS: FREIRE, P. **Pedagogia da indignação:** cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: Ed. Unesp, 2000.

ARTIGOS em REVISTAS: TEIXEIRA, R.R. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.1, n.1, p.7-40, 1997.

TESES: IYDA, M. **Mudanças nas relações de produção e migração:** o caso de Botucatu e São Manuel. 1979. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

EVENTOS: PAIM, J.S. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 33., 1995, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1995. p.5.

CAPÍTULOS DE LIVROS: QUÉAU, P. O tempo do virtual. In: PARENTE, A. (Org.). **Imagem máquina:** a era das tecnologias do virtual. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996. p.91-9.

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS: WAGNER, C.D.; PERSSON, P.B. Chaos in cardiovascular system: an update. **Cardiovasc. Res.**, v.40, p.257-64, 1998. Disponível em: <<http://www.probe.br/science.html>>. Acesso em: 20 Jun. 1999.

* Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

Ilustrações - imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 200 dpi, tamanho máximo 16 x 20 cm, em tons de cinza, com legenda e fonte arial 9. Tabelas e gráficos vetor podem ser produzidos em word. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de Imagem (photoshop ou corel draw). Todas as ilustrações devem estar em arquivos separados e serão inseridas no sistema como documentos suplementares, com respectivas legendas e numeração. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

As submissões devem ser realizadas on-line no endereço: <http://submission.scielo.br/index.php/lcse/login>

ANÁLISE E APROVAÇÃO DOS ORIGINAIS

Todo texto enviado para publicação será submetido a uma pré-avaliação inicial, pelo Corpo Editorial. Uma vez aprovado, será encaminhado à revisão por pares (no mínimo dois relatores). O material será devolvido ao (s) autor (es) caso os relatores sugiram mudanças e/ou correções. Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro relator, para arbitragem. A decisão final sobre o mérito do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados).

A publicação do trabalho implica a cessão integral dos direitos autorais à **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação. Não é permitida a reprodução parcial ou total de artigos e matérias publicadas, sem a prévia autorização dos editores.

Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Conselho Editorial da revista.

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

© 2009 Fundação Uni

Distrito de Rubião Junior, s/nº
Caixa Postal 592
18618-000 Botucatu SP Brasil
Tel./Fax: +55 14 3815-3133



interface@fmb.unesp.br

ANEXO H – Instrução aos Autores – Revista Texto & Contexto Enfermagem

Texto contexto-enferm. - Instruções aos autores

TEXTO & CONTEXTO ENFERMAGEM
TEXT & CONTEXT NURSING / TEXTO & CONTEXTO ENFERMEIRIA

ISSN 0104-0707 *versão impressa*
ISSN 1980-265X *versão online*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Objetivo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)
- [Envio de manuscritos](#)

Objetivo e política

Texto & Contexto Enfermagem, revista do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, destina-se à publicação da produção técnico-científica relacionada à área da saúde e, em especial da enfermagem. Propicia espaço de reflexão e aprofundamento do conhecimento acerca de questões da prática, do ensino e da pesquisa em saúde e enfermagem em nível nacional e internacional.

A Revista é publicada trimestralmente, aceita manuscritos em português, inglês ou espanhol, decorrentes de pesquisa, reflexão, relato de experiência, revisão de literatura, entrevista e resenha. As contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita têm prioridade para publicação.

Procedimentos de avaliação dos manuscritos

O artigo submetido é analisado por pares de consultores *ad hoc* credenciados. O processo de avaliação tem o seguinte fluxo: 1. A Coordenadora Editorial da Revista realiza uma primeira revisão dos manuscritos, visando adequar o tema, a área ou o título do trabalho à área dos consultores *ad hoc*; 2. São selecionados dois consultores (de diferentes regiões), para os quais são enviados a cópia do manuscrito, o instrumento de análise e as normas de publicação. A identidade do autor e da instituição de origem é mantida sob sigilo, bem como entre o autor e o consultor; 3. Após a devolução dos manuscritos, pelos dois consultores, a equipe da Revista analisa os pareceres efetuados e, com base no "parecer conclusivo", prossegue com os demais encaminhamentos; 4. Caso os dois consultores tenham rejeitado o manuscrito, é redigida então, uma carta explicativa ao autor, dando ciência da decisão tomada; 5. No caso de um dos consultores indicar o manuscrito para publicação e o outro consultor rejeitá-lo, elege-

se um terceiro, que avaliará se o manuscrito é ou não indicado para publicação; 6. Os manuscritos indicados para publicação pelos consultores, são analisados pelo Conselho Diretor, que seleciona os que comporão cada novo número; 7. Os pareceres de aceitação, de necessidade de reformulação ou de recusa são encaminhados aos autores. Todos os manuscritos selecionados para publicação são analisados pela bibliotecária da Revista e, revisados pelos técnicos de inglês, espanhol e português.

Forma e preparação de manuscritos

INSTRUÇÕES PARA PUBLICAÇÃO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos submetidos à revista devem atender à sua política editorial e às instruções aos autores, que seguem os "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication" (<http://www.icmje.org>). A tradução deste texto para o português: "Requisitos uniformes para originais submetidos à revistas biomédicas" do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE) atualizada em 2006, está disponível no site: http://www.iped.com.br/port/normas/normas_07.asp.

Os manuscritos enviados à submissão deverão seguir as normas editoriais da **Texto & Contexto Enfermagem**, caso contrário, serão automaticamente recusados. No envio, devem estar acompanhados de uma carta de solicitação de publicação e declaração de responsabilidade (Modelo). Por ocasião do encaminhamento do envio da versão final do manuscrito, após aprovação para publicação, o(s) autor(es) deverão enviar a declaração de transferência de direitos autorais (Modelo). Os autores dos manuscritos recusados para publicação serão informados e o material enviado para a revista não será devolvido.

Os manuscritos apresentados em eventos (congressos, simpósios, seminários, dentre outros) serão aceitos desde que não tenham sido publicados integralmente em anais e que tenham autorização, por escrito, da entidade organizadora do evento, quando as normas do evento assim o exigirem. Poderá ser aceito manuscrito já publicado em periódicos estrangeiros, desde que aprovado pelo Conselho Diretor da **Texto & Contexto Enfermagem** e autorizado pelo periódico em que o manuscrito tenha sido originalmente publicado.

Opiniões e conceitos emitidos nos manuscritos, bem como a exatidão, adequação e procedência das citações bibliográficas, são de exclusiva

Texto contexto-enferm. - Instruções aos autores

responsabilidade dos autores, não refletindo necessariamente a posição do Conselho Diretor;

O manuscrito resultante de pesquisa que envolver seres humanos, deverá indicar se os procedimentos respeitaram o constante na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), além do atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada. Para os artigos originais decorrentes de pesquisa realizada no Brasil, indicar o respeito à Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.196, de 10/10/96 e n.251 de 07/08/97. Quando se tratar de resultados de pesquisa, os autores deverão enviar uma cópia da aprovação emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa e mencionar, na metodologia, o número de aprovação do projeto.

A **Texto & Contexto Enfermagem** apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, a partir de 2007, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

A confiança pública do processo de revisão de especialistas e a credibilidade dos artigos publicados dependem, em parte, de como o **conflito de interesse** é administrado durante a redação, revisão por pares e a tomada de decisão editorial. Os conflitos de interesse podem ser de ordem pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira. Relações financeiras, como por exemplo, através de emprego, consultorias, posse de ações, honorários, depoimento/parecer de especialista são conflitos de interesse mais facilmente identificáveis e que têm maior chance de abalar a credibilidade da revista, dos autores e da própria ciência. Contudo conflitos podem ocorrer por outras razões, tais como relações pessoais, competição acadêmica e paixão intelectual. Outras informações disponíveis no site: http://www.iped.com.br/port/normas/normas_07.asp deverão ser consultadas.

Os autores são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos de interesse que possam influenciar seu trabalho para que o Conselho Diretor possa decidir sobre o manuscrito. Os autores devem informar no manuscrito o apoio financeiro e outras conexões financeiras ou pessoais em relação ao seu trabalho, quando houver. As relações financeiras ou de qualquer outro tipo que possam levar a conflitos de interesse devem ser informadas por cada um dos autores em declarações individuais (Modelo).

Os manuscritos publicados serão de propriedade da Revista, vedada qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer outro meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização da Revista **Texto & Contexto Enfermagem**.

CATEGORIAS DE ARTIGOS

Além dos artigos originais, os quais têm prioridade, são publicados relatos de experiência, reflexão, revisão da literatura, entrevista e resenha.

Artigo original: são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa científica concluída. A criatividade e o estilo dos autores no formato do manuscrito serão respeitados, no entanto o conteúdo deve ser apresentado de forma a contemplar a introdução, métodos, resultados e discussão. A **introdução** deve ser breve, definir o problema estudado e sua importância, além de destacar as lacunas do conhecimento - "estado da arte". Os **métodos** empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção entre outros devem ser descritos de forma compreensiva e completa. Inserir o número do protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e que a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos. Os **resultados** devem ser descritos em uma seqüência lógica. Quando forem apresentadas tabelas, quadros e figuras, o texto deve ser complementar e não repetir o conteúdo contido nos mesmos. A **discussão**, que pode ser redigida juntamente com os resultados, deve conter comparação dos resultados com a literatura, a interpretação dos autores, as implicações dos achados, as limitações e implicações para pesquisa futura. Enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões que surgem destes. Sua extensão limita-se a 15 páginas.

Relato de experiência: descrições de experiências acadêmicas, assistenciais e de extensão. Sua extensão limita-se a 15 páginas.

Reflexão: matéria de caráter opinativo ou análise de questões que possam contribuir para o aprofundamento de temas relacionados à área da saúde e de enfermagem, a que se destina a Revista. Sua extensão limita-se a 15 páginas.

Revisão da literatura: compreende avaliação da literatura sobre temas específicos. Deve incluir uma seção que descreva os métodos utilizados para localizar, selecionar, extrair e sintetizar os dados e as conclusões. Sua extensão limita-se a 10 páginas.

Entrevista: espaço destinado à entrevista de autoridades, especialistas ou pesquisadores de acordo com o interesse do Conselho Diretor. Sua extensão limita-se a 5 páginas.

Resenha: espaço destinado à síntese ou análise interpretativa de obras recentemente publicadas, limitando-se a 4 páginas. Deve apresentar referência conforme o estilo "Vancouver", da obra analisada.

PREPARO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as normas editoriais da Revista, redigidos na ortografia oficial e digitados com espaço de 1,5cm, configurados em papel A4 e com numeração nas páginas. A margem esquerda e superior será de 3cm e a margem direita e inferior de 2cm. Letra Times New Roman 12, utilizando Editor Word for Windows 98 ou Editores que sejam compatíveis.

Página de identificação: a) título do manuscrito (conciso, mas informativo) em português, inglês e espanhol; b) nome completo de cada autor, com seu(s) título(s) acadêmico(s) mais elevado(s) e afiliação institucional; c) o(s) nome(s) do(s) departamento(s) e da instituição(ões) a (os) qual(is) o trabalho deve ser atribuído; d) nome, endereço completo, telefone/fax e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência relacionada ao manuscrito.

Resumo e Descritores: o resumo deve ser apresentado na primeira página, em português, espanhol (resumen) e inglês (abstract), com limite de 150 palavras. Deve indicar o(s) objetivo(s) do estudo, o método, principais resultados e conclusões. Abaixo do resumo, incluir 3 a 5 descritores nos três idiomas. Para determiná-los consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) elaborada pela BIREME e disponível na internet no site: <http://decs.bvs.br> ou o Medical Subject Headings (MeSH) do Index Medicus. Quando o artigo tiver enfoque interdisciplinar, usar descritores, universalmente, aceitos nas diferentes áreas ou disciplinas envolvidas.

Apresentação das seções: o texto deve estar organizado sem numeração progressiva para título e subtítulo, devendo ser diferenciado através de tamanho da fonte utilizada. Exemplos:

Título = **OS CAMINHOS QUE LEVAM À CURA**

Primeiro subtítulo = **Caminhos percorridos**

Segundo subtítulo = **A cura pela prece**

Ilustrações: as tabelas, quadros e figuras devem conter um título breve e serem numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto, sendo limitadas a 5 no conjunto. Exceto

tabelas e quadros, todas as ilustrações devem ser designadas como figuras. As **tabelas** devem apresentar dado numérico como informação central, não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no roda-pé da tabela, utilizando os símbolos na seqüência *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡. Os **quadros** devem apresentar as informações na forma discursiva. Se houver ilustrações extraídas de outra fonte, publicada ou não publicada, os autores devem encaminhar permissão, por escrito, para utilização das mesmas. As **figuras** devem conter legenda, quando necessário, e fonte sempre que for extraída de obra publicada (as fontes têm que estar na referência). Além das ilustrações estarem inseridas no texto, deverão ser encaminhadas em separado e em qualidade necessária a uma publicação. Não serão publicadas fotos coloridas, exceto em casos de absoluta necessidade e a critério do Conselho Diretor. Se forem utilizadas fotos, as pessoas não poderão ser identificadas, ou então, deverão vir acompanhadas de permissão, por escrito, das pessoas fotografadas. Todas as figuras e/ou fotos, além de estarem devidamente inseridas na seqüência do texto, deverão ser encaminhadas em separado com a qualidade necessária à publicação. As imagens deverão ser enviadas no formato jpeg ou tiff, resolução de 300 dpi, tamanho 23x16 cm e em grayscale. Imagens fora dessas especificações não poderão ser utilizadas.

Citações no texto: as **citações indiretas** deverão conter o número da referência da qual foram subtraídas, suprimindo o nome do autor, devendo ainda ter a pontuação (ponto, vírgula ou ponto e vírgula) apresentada antes da numeração em sobrescrito. Exemplo: as trabalhadoras também se utilizam da linguagem não verbal.⁷

Quando as citações oriundas de 2 ou mais autores estiverem apresentadas de forma seqüencial na referência (1, 2, 3, 4, 5), deverão estar em sobrescrito separados por um hífen. Exemplo: estabeleceu os princípios da boa administração, sendo dele a clássica visão das funções do administrador.¹⁻⁵

As **citações diretas** (transcrição textual) devem ser apresentadas no corpo do texto entre aspas, indicando o número da referência e a página da citação, independente do número de linhas. Exemplo: "[...] o ocidente surgiu diante de nós como essa máquina infernal que esmaga os homens e as culturas, para fins insensatos".^{1:30-31}

As citações de pesquisa qualitativa (verbatim) serão colocadas em itálico, no corpo do texto, identificando entre parênteses a autoria e respeitando o anonimato. Exemplo: [...] *envolvendo mais os acadêmicos e profissionais em projetos sociais, conhecendo mais os problemas da comunidade [...]* (e7);

Notas de roda-pé: o texto deverá conter no máximo três notas de rodapé, que serão indicadas por: * primeira nota, ** segunda nota, *** terceira nota.

Referências: as referências devem estar numeradas consecutivamente na ordem que aparecem no texto pela primeira vez e estar de acordo com os Requisitos Uniformes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE). Exemplos:

Livro padrão

Gerschman S. A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.

Capítulo de livro

Melo ECP, Cunha FTS, Tonini T. Políticas de saúde pública. In: Figueredo NMA, organizador. Ensinando a cuidar em saúde pública. São Caetano do Sul: Yends; 2005. p.47-72.

Livro com organizador, editor ou compilador

Elsen I, Marcon SS, Santos MR, organizadores. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: EDUEM; 2002.

Livro com edição

Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2001.

Trabalho apresentado em congresso

Lima ACC, Kujawa H. Educação popular e saúde no fortalecimento do controle social. In: Anais do 7o Congresso Nacional da Rede Unida, 2006 Jul 15-18; Curitiba, Brasil. Curitiba: Rede Unida; 2006. Oficina 26.

Entidade coletiva

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual técnico pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: MS; 2005.

Documentos legais

Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução No 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS; 1996.

Brasil. Lei No 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 26 Jun 1986. Seção 1.

Tese/Dissertação

Azambuja EP. É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem?: um estudo sobre as relações existentes entre a subjetividade do trabalhador e a objetividade do trabalho [tese]. Florianópolis: UFSC/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2007.

Artigo de jornal

Zavarise E. Servidores da UFSC fazem movimento em defesa do HU. Diário Catarinense, 2007 Jun 28; Geral 36.

Artigo de periódico com até 6 autores

Kreutz I, Gaiva MAM, Azevedo RCS. Determinantes sócio-culturais e históricos das práticas populares de prevenção e cura de doenças de um grupo cultural. Texto Contexto Enferm. 2006 Jan-Mar; 15 (1): 89-97.

Artigo de periódico com mais de 6 autores

Azambuja EP, Fernandes GFM, Kerber NPC, Silveira RS, Silva AL, Gonçalves LHT, et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um Programa de Saúde da Família. Texto Contexto Enferm. 2007 Jan-Mar; 16 (1): 71-9.

Material audiovisual

Lessmann JC, Guedes JAD, entrevistadoras. Lúcia Hisako Takase Gonçalves entrevista concedida ao acervo do Grupo de Estudos de História do Conhecimento da Enfermagem GEHCE/UFSC [fita cassete 60 min]. Florianópolis: UFSC/GEHCE; 2006 jul 23.

Texto contexto-enferm. - Instruções aos autores

Mapa

Santos RO, Moura ACSN. Santa Catarina: físico [mapa]. Florianópolis: DCL; 2002.

Dicionários e referências similares

Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. 3a ed. Florianópolis: Ed. Positivo; 2004.

Homepage/web site

Ministério da Saúde [página na Internet]. Brasília: MS; 2007 [atualizado 2007 May 04; acesso em 2007 Jun 28]. Disponível em: www.saude.gov.br

Material eletrônico

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Anais do 3o Seminário Internacional de Filosofia e Saúde [CD-ROM]. Florianópolis: UFSC/PEN; 2006.

Barbosa MA, Medeiros M, Prado MA, Bachion MM, Brasil VV. **Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva**. *Rev. Eletr. Enferm.* 2004; 06 (1): [online] [acesso em 2006 Out 01]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/Revista/revista6_1/f1_coletiva.html

Corona MBEF. O significado do "Ensino do Processo de Enfermagem" para o docente Improving palliative care for cancer [tese na Internet]. Ribeirão Preto: USP/EERP; 2005 [acesso 2007 Jun 28]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-06052005-100508/>

Observação: trabalhos não publicados não deverão ser incluídos nas referências, mas inseridos em nota de rodapé. Para outros exemplos de referências, consultar o site: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. Para as abreviaturas de títulos de periódicos em português consultar o site: <http://www.ibict.br> e em outras línguas, se necessário, consultar o International Nursing Index, Index Medicus ou o site <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals>

MODELO

À Coordenação Editorial

Texto & Contexto Enfermagem**Carta de solicitação de publicação e declaração de responsabilidade**

Vimos por meio desta, **solicitar a publicação** do manuscrito encaminhado em anexo, sob o título, _____ de autoria de _____.

Classificação:**Endereço para correspondência:****Declaração de responsabilidade**

- "Certifico que participei suficientemente da autoria do manuscrito para tornar pública minha responsabilidade pelo conteúdo".

- "Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para a publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico".

- "Assumo total responsabilidade pelas citações e referências bibliográficas utilizadas no texto, bem como sobre os aspectos éticos que envolvem os sujeitos do estudo".

- "Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o manuscrito está baseado, para exame dos editores".

Assinatura do(s) autor(es)

Local, data:

MODELO

À Coordenação Editorial

Revista Texto & Contexto - Enfermagem

Declaração de Transferência de Direitos Autorais

Os autores abaixo-assinados declaram que os direitos autorais referentes ao artigo (**escrever título do artigo**) que será publicado, se tornarão propriedade exclusiva da **Texto & Contexto Enfermagem**. Do mesmo modo, assumem total responsabilidade pelas citações e referências bibliográficas utilizadas no texto, bem como sobre os aspectos éticos que envolvem os sujeitos do estudo.

Estamos cientes de que é vedada qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que, a prévia e necessária autorização, seja solicitada e, se obtida, faremos constar o competente agradecimento à **Texto & Contexto Enfermagem** e os créditos correspondentes.

Autores:

Artigo:

Local e data

MODELO

À Coordenação Editorial

Texto & Contexto Enfermagem

Declaração de conflitos de interesse

Eu, (nome por extenso), autor do manuscrito intitulado (título), declaro que dentro dos últimos 5 anos e para o futuro próximo que possuo () ou não possuo () conflito de interesse de ordem:

() pessoal,

() comercial,

() acadêmico,

() político e

() financeiro no manuscrito.

Declaro também que todo apoio financeiro e material recebido para o desenvolvimento da pesquisa ou trabalho que resultou na elaboração do manuscrito estão claramente informados no texto do mesmo.

As relações financeiras ou de qualquer outro tipo que possam levar a um conflito de interesse estão completamente manifestadas abaixo ou em documento anexo:

Local, data:

Assinatura:

Envio de manuscritos

PROCEDIMENTO PARA A SUBMISSÃO E PUBLICAÇÃO DE MANUSCRITOS

A taxa de publicação na **Texto & Contexto Enfermagem** é de R\$ 250,00 por artigo a ser pago da seguinte forma.

No encaminhamento inicial efetuar o pagamento de uma **taxa de submissão** no valor de R\$ 45,00.

Caso o manuscrito seja aceito, efetuar o restante do pagamento da **taxa de publicação**:

- R\$ 105,00 para assinantes (se todos os autores forem assinantes)
- R\$ 205,00 para não assinantes

O depósito deverá ser realizado no Banco do Brasil, agência 3582-3 e conta corrente 203142-6. O nome do favorecido é Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária (FAPEU). Enviar cópia do comprovante de pagamento na submissão do manuscrito e o de publicação após ter sido aprovado.

Obs: não será devolvida a taxa de submissão para os manuscritos não aceitos para publicação.

Os manuscritos devem ser endereçados para à **Texto & Contexto Enfermagem**, em 1 via impressa, juntamente com o disquete ou o CD ROOM gravado para o seguinte endereço:

Texto & Contexto Enfermagem

Caixa Postal 5057

CEP: 88.040-970

Trindade - Florianópolis - SC- Brasil

Verificação de itens

Itens exigidos para preparação dos manuscritos

1. Carta de solicitação de publicação e declaração de responsabilidade assinada por todos os autores (Modelo).
2. Declaração de conflitos de interesse individual assinada por cada autor (Modelo).
3. Cópia da aprovação emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em manuscritos resultantes de pesquisa que envolve seres humanos.

Itens exigidos para envio dos manuscritos

1. Manuscrito digitado em letra Times New Roman 12, com espaço entre linhas 1,5 cm, configurado em papel A4, com margem esquerda/superior de 3cm e direita/inferior de 2cm, com numeração nas páginas. Utilização de Editor Word for Windows 2000 ou editores compatíveis.
2. Página de identificação.
3. Título (conciso e informativo), resumo (máximo de 150 palavras) e descritores (3 a 5 palavras) nos 3 idiomas.
4. Apresentação das seções do manuscrito de acordo com as normas.
5. Ilustrações (tabelas, quadros e figuras) conforme as normas da Revista e no máximo de 5 no conjunto. As figuras devem ser gravadas em separado, no formato jpeg ou tiff, resolução de 300 dpi, tamanho 23X16 cm.
6. Citações diretas e indiretas, assim como os verbatins de acordo com as normas.
7. Manuscrito contendo no máximo 3 notas de rodapé.
8. Referências redigidas de acordo com as normas.

Texto contexto-enferm. - Instruções aos autores

9. Manuscrito com número de páginas limite, de acordo com a categoria do artigo.
10. Cópia do comprovante de pagamento na submissão do manuscrito.

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

© 2009 Programa de Pós Graduação em Enfermagem/UFSC

Campus Universitário - Trindade
88040-970 Florianópolis, Santa Catarina, Brasil
Tel.: +55 48 3721-9043 / +55 48 3721-9787



tex.toecontexto@nfr.ufsc.br

ANEXO I – Instrução aos Autores – Revista Latino-Americana de Enfermagem

Rev. Latinoam. Enfermagem - Instruções aos autores



ISSN 0104-1169 versão
impressa
ISSN 1518-8345 versão on-
line

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Instruções para preparação e submissão dos manuscritos](#)
- [Preparo dos manuscritos](#)
- [Exemplos de referências](#)

Instruções para preparação e submissão dos manuscritos

Essas instruções visam orientar os autores sobre as normas adotadas pela Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) para avaliação de manuscritos e o processo de publicação. As referidas instruções baseiam-se nas Normas para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas: Escrever e Editar para Publicações Biomédicas, estilo Vancouver, formuladas pelo "International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) – tradução realizada por Sofie Tortelboom Aversari Martins, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP.

Missão da Revista

Publicar resultados de pesquisas científicas de enfermagem e de outras áreas de interesse para profissionais da área de saúde.

Política editorial

A Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) publica prioritariamente artigos destinados à divulgação de resultados de pesquisas originais e revisões sistemáticas, ou integrativas, cartas ao editor e editoriais.

A RLAE, além de números regulares, publica números especiais, os quais obedecem ao mesmo processo de publicação dos números regulares, aonde todos os manuscritos são avaliados pelo sistema de avaliação por pares (peer review).

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à RLAE, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, tanto do texto, quanto de figuras e tabelas, quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se para resumos ou relatórios preliminares, publicados em anais de reuniões científicas.

Esta Revista desencoraja fortemente a submissão de manuscritos multipartes de uma mesma pesquisa.

A reprodução é proibida, mesmo que parcial, sem a devida autorização do editor.

Processo de julgamento

A Revista possui sistema eletrônico de gerenciamento do processo de publicação. Os manuscritos são encaminhados pelos autores, via on line, e recebem protocolo numérico de identificação. Posteriormente, é realizada avaliação prévia do manuscrito pelos editores, a fim de verificar a contribuição que o estudo traz para o avanço do conhecimento científico em Enfermagem. O manuscrito é então enviado a três consultores para análise baseada no instrumento de avaliação utilizado pela Revista.

Utiliza-se o sistema de avaliação por pares (peer review), de forma sigilosa, com omissão dos nomes dos consultores e autores. Os pareceres emitidos pelos consultores são apreciados pelos editores associados que os analisam em relação ao cumprimento das normas de publicação, conteúdo e pertinência. Os manuscritos podem ser aceitos, reformulados ou recusados.

Após a aceitação pelos editores associados, o artigo é encaminhado para aprovação do editores científico que dispõe de plena autoridade para decidir sobre a aceitação ou não do artigo, bem como das alterações solicitadas. O parecer da revista é enviado na sequência para os autores.

Submissão

No ato da submissão, o manuscrito deverá ser encaminhado à RLAE em um idioma (português, ou inglês ou espanhol) e, em caso de aprovação, a tradução deverá ser providenciada de acordo com as recomendações da Revista, sendo o custo financeiro de responsabilidade dos autores.

A submissão de manuscritos é realizada somente no sistema on line no endereço www.eerp.usp.br/rlae.

No momento da submissão o autor deverá anexar no sistema:

- checklist preenchido (download em www.eerp.usp.br/rlae)
- formulário individual de declarações (download em www.eerp.usp.br/rlae)
- arquivo do artigo
- aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa ou declaração informando que a pesquisa não envolveu sujeitos humanos.

O checklist é fundamental para auxiliar o autor no preparo do manuscrito de acordo com as normas da RLAE.

A Revista efetuará a conferência do manuscrito, do checklist e da documentação, e, se houver alguma pendência, solicitará correção. Caso as solicitações de adequação não sejam atendidas, a submissão será automaticamente cancelada.

Publicação

Os artigos são publicados em três idiomas, sendo a versão impressa editada em inglês e a versão on line, em acesso aberto, em português, inglês e espanhol.

Registro de ensaios clínicos

A RLAE apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde - OMS - e do International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos registros de Ensaios Clínicos, validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis na url: [HTTP://www.icmje.org](http://www.icmje.org). O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Política de arquivamento dos manuscritos

Os manuscritos recebidos pela RLAE, que forem cancelados ou recusados, serão eliminados imediatamente dos arquivos da Revista.

Os arquivos dos artigos publicados serão mantidos pelo prazo de cinco anos, após esse período, serão eliminados.

Erratas

As solicitações de correção deverão ser encaminhadas no prazo máximo de 30 dias após a publicação do artigo.

Categorias de artigos

Artigos originais

São contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original e inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados.

São também considerados artigos originais as formulações discursivas de efeito teorizante e as pesquisas de metodologia qualitativa, de modo geral.

Revisão sistemática

Utiliza método de pesquisa conduzido por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder uma pergunta específica e de relevância para a Enfermagem e/ou para a saúde. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para a seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de meta-análise ou metassíntese). As premissas da revisão sistemática são: a exaustão na busca dos estudos, a seleção justificada dos estudos por critérios de inclusão e exclusão explícitos e a avaliação da qualidade metodológica, bem como o uso de técnicas estatísticas para quantificar os resultados.

Revisão integrativa

Utiliza método de pesquisa que apresenta a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo, realizado de maneira sistemática e ordenada e contribui para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. É necessário seguir padrões de rigor metodológico, clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características reais dos estudos incluídos na revisão. Etapas da revisão integrativa: identificação do tema e

seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração do estudo, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragens, ou busca na literatura, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos na revisão, interpretação dos resultados, apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Cartas ao Editor

Inclui cartas que visam discutir artigos recentes, publicados na Revista, ou relatar pesquisas originais, ou achados científicos significativos.

Estrutura do manuscrito

Embora se respeite a criatividade e estilo dos autores na opção pelo formato do manuscrito, sua estrutura é a convencional, contendo introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão, com destaque às contribuições do estudo para o avanço do conhecimento na área da enfermagem.

A Introdução deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências que sejam estritamente pertinentes.

Os *Métodos* empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa.

Os *Resultados* devem estar limitados somente a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações. O texto complementa e não repete o que está descrito em tabelas e figuras.

A *Discussão* enfatiza os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões que advêm deles. Não repetir em detalhes os dados ou outras informações inseridos nas seções: Introdução ou Resultados. Para os estudos experimentais, é útil começar a discussão com breve resumo dos principais achados, depois explorar possíveis mecanismos ou explicações para esses resultados, comparar e contrastar os resultados com outros estudos relevantes. Explicitar as contribuições trazidas pelos artigos publicados na RLAE, referenciando-os no texto, as limitações do estudo e explorar as implicações dos achados para pesquisas futuras e para a prática clínica.

A *Conclusão* deve estar vinculada aos objetivos do estudo, mas evitar afirmações e conclusões não fundamentadas pelos dados. Especificamente, evitar fazer afirmações sobre benefícios econômicos e custos, a não ser que o manuscrito contenha os dados e análises econômicos apropriados. Evitar reivindicar prioridade ou referir-se a trabalho ainda não terminado. Estabelecer novas hipóteses quando for o caso, mas deixar claro que são hipóteses.

Autoria

O conceito de autoria adotado pela RLAE está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere, sobretudo, à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A indicação dos nomes dos autores, logo abaixo do título do artigo, é limitada a 6, acima desse número, os autores são listados no Formulário *on line* de submissão como Agradecimentos.

Não se justifica a inclusão de nomes de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, nesse caso, figurar na seção Agradecimentos.

Os conceitos emitidos nos manuscritos são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es), não refletindo obrigatoriamente a opinião dos Editores e do Conselho Editorial.

Preparo dos manuscritos

PERIÓDICOS

- título (conciso, porém informativo, excluindo localização geográfica da pesquisa e abreviações), nos idiomas português, inglês e espanhol;

- nome do(s) autor(es) por extenso, indicando em nota de rodapé a categoria profissional, o maior título universitário, nome do departamento e instituição aos quais o estudo deve ser atribuído, endereço eletrônico, cidade, Estado e País;

- nome, o endereço de correio, e-mail, os números de telefone/fax do autor responsável por qualquer correspondência sobre o

manuscrito;

- também, inserir o nome de todos os autores no link inserir autores;

- fonte(s) de apoio na forma de financiamentos, equipamentos e fármacos, ou todos esses;

- agradecimentos - nome de colaboradores cuja contribuição não se enquadre nos critérios de autoria, adotados pela RLAE, ou lista de autores que ultrapassaram os nomes indicados abaixo do título

- consultoria científica
- revisão crítica da proposta do estudo
- auxílio e/ou colaboração na coleta de dados
- assistência aos sujeitos da pesquisa
- revisão gramatical
- apoio técnico na pesquisa;

- vinculação do manuscrito a dissertações e teses (nesse caso, informar a instituição responsável);

- o resumo deverá conter até 150 palavras, incluindo o objetivo da pesquisa, procedimentos básicos (seleção dos sujeitos, métodos de observação e analíticos, principais resultados) e as conclusões. Deverão ser destacadas as contribuições para o avanço do conhecimento na área da enfermagem;

- incluir de 3 a 6 descritores que auxiliarão na indexação dos artigos - para determinação dos descritores consultar o site <http://decs.bvs.br/> ou MESH - Medical Subject Headings <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>

Arquivo do artigo

O arquivo do artigo também deverá apresentar, na primeira página, o título, o resumo e os descritores, nessa sequência, nos idiomas português, inglês e espanhol.

Não utilizar abreviações no título e no resumo. Os termos por extenso, aos quais as abreviações correspondem, devem preceder sua primeira utilização no texto, a menos que sejam unidades de medidas padronizadas.

Documentação obrigatória

No ato da submissão dos manuscritos deverão ser anexados no sistema on line os documentos:

- cópia da aprovação do Comitê de Ética ou Declaração de que a pesquisa não envolveu sujeitos humanos;

- formulário individual de declarações, preenchido e assinado (download em www.eerp.usp.br/rlae); Ambos documentos deverão ser digitalizados em formato JPG, com tamanho máximo de 1Megabyte cada um.

- arquivo do checklist preenchido pelo autor responsável pela submissão (download em www.eerp.usp.br/rlae).

Formatação obrigatória

- Papel A4 (210 x 297mm).
- Margens de 2,5cm em cada um dos lados.
- Letra Times New Roman 12.
- Espaçamento duplo em todo o arquivo.
- As tabelas devem estar inseridas no texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e não utilizar traços internos horizontais ou verticais. Recomenda-se que o título seja breve e inclua apenas os dados imprescindíveis, evitando-se que sejam muito longos, com dados dispersos e de valor não representativo. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título.
- Figuras (compreende os desenhos, gráficos, fotos etc.) devem ser desenhadas, elaboradas e/ou fotografadas por profissionais, em preto e branco. Em caso de uso de fotos os sujeitos não podem ser identificados ou então possuir permissão, por escrito, para fins de divulgação científica. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Serão aceitas desde que não repitam dados contidos em tabelas. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. As abreviações não padronizadas devem ser explicadas em notas de rodapé, utilizando os seguintes símbolos, em sequência: *, †, ‡, §, ||, **, ††, ‡‡

- Ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução em 7,2cm (largura da coluna do texto) ou 15cm (largura da página). Para ilustrações extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Essas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.
- Tabelas, figuras e ilustrações devem ser limitadas a 5, no conjunto.
- Utilize somente abreviações padronizadas internacionalmente.
- Notas de rodapé: deverão ser indicadas por asteriscos, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.
- O número máximo de páginas inclui o artigo completo, com os títulos, resumos e descritores nos três idiomas, as ilustrações, gráficos, tabelas, fotos e referências.
- Artigos originais em até 17 páginas. Recomenda-se que o número de referências limite-se a 25. Sugere-se incluir aquelas estritamente pertinentes à problemática abordada e evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação.
- Artigos de revisão em até 20 páginas. Sugere-se incluir referências estritamente pertinentes à problemática abordada e evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação.
- Cartas ao Editor, máximo de 1 página.
- Depoimentos dos sujeitos deverão ser apresentados em itálico, letra Times New Roman, tamanho 10, na sequência do texto. Ex.: a sociedade está cada vez mais violenta (sujeito 1).
- *Citações ipso litteris* usar apenas aspas, na sequência do texto.
- Referências - numerar as referências de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificá-las no texto por números arábicos, entre parênteses e sobrescrito, sem menção dos autores. A mesma regra aplica-se às tabelas e legendas.
- Incluir contribuições sobre o tema do manuscrito já publicadas na RLAE.
- Quando se tratar de citação sequencial, separe os números por traço (ex.: 1-2); quando intercalados use vírgula (ex.: 1,5,7).

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

Como citar os artigos publicados na Revista Latino-Americana de Enfermagem:

Os artigos publicados na RLAE devem ser citados preferencialmente no idioma inglês.

Modelo de referências

PERIÓDICOS

1 - Artigo padrão

Figueiredo EL, Leão FV, Oliveira LV, Moreira MC, Figueiredo AF. Microalbuminuria in nondiabetic and nonhypertensive systolic heart failure patients. *Congest Heart Fail.* 2008;14(5):234-8.

2 - Artigo com mais de seis autores

Silva ARV, Damasceno MMC, Marinho NBP, Almeida LS, Araújo MFM, Almeida PC, et al. Hábitos alimentares de adolescentes de escolas públicas de Fortaleza, CE, Brasil. *Rev. bras. enferm.* 2009;62(1):18-24.

3 - Artigo cujo autor é uma organização

Parkinson Study Group. A randomized placebo-controlled trial of rasagiline in levodopa-treated patients with Parkinson disease and motor fluctuations: the PRESTO study. *Arch Neurol.* 2005;62(2):241-8.

4 - Artigo com múltiplas organizações como autor

Guidelines of the American College of Cardiology; American Heart Association 2007 for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction. Part VII. *Kardiologija.* 2008;48(10):74-96. Russian.

5 - Artigo de autoria pessoal e organizacional

Franks PW, Jablonski KA, Delahanty LM, McAteer JB, Kahn SE, Knowler WC, Florez JC; Diabetes Prevention Program Research Group. Assessing gene-treatment interactions at the FTO and INSIG2 loci on obesity-related traits in the Diabetes Prevention Program. *Diabetologia.* 2008;51(12):2214-23. Epub 2008 Oct 7.

6 - Artigo no qual o nome do autor possui designação

familiar

King JT Jr, Horowitz MB, Kassam AB, Yonas H, Roberts MS. The short form-12 and the measurement of health status in patients with cerebral aneurysms: performance, validity, and reliability. *J Neurosurg.* 2005;102(3):489-94.
Infram JJ 3rd. Speaking of good health. *Tenn Med.* 2005 Feb;98(2):53.

7- Artigo com indicação de subtítulo

El-Assmy A, Abo-Elghar ME, El-Nahas AR, Youssef RF, El-Diasty T, Sheir KZ. Anatomic predictors of formation of lower caliceal calculi: Is it the time for three-dimensional computed tomography urography? *J Endourol.* 2008;22(9):2175-9.

8 - Artigo sem indicação de autoria

Dyspnea and pain in the left lower limb in a 52-year-old male patient. *Arq Bras Cardiol* 2000;75(6):28-32.

9 - Artigo em idioma diferente do português

Grimberg M. [Sexualidade, experiências corporais e gênero: um estudo etnográfico entre pessoas vivendo com HIV na área metropolitana de Buenos Aires, Argentina]. *Cad Saúde Pública* 2009;25(1):133-41. Espanhol.

10 - Artigo publicado em múltiplos idiomas

Canini SRMS, Moraes SA, Gir E, Freitas ICM. Percutaneous injuries correlates in the nursing team of a Brazilian tertiary-care university hospital. *Rev Latino-am Enfermagem set/out* 2008;16(5):818-23. Inglês, Português, Espanhol.

11 - Artigo com categoria indicada (revisão, abstract etc.)

Silva EP, Sudigursky D. Conceptions about palliative care: literature review. Concepciones sobre cuidados paliativos: revisión bibliográfica. [Revisão]. *Acta Paul Enferm.* 2008;21(3):504-8.

12 - Artigo publicado em fascículo com suplemento

Wolters ECh, van der Werf YD, van den Heuvel OA. Parkinson's disease-related disorders in the impulsive-compulsive

spectrum. *J Neurol.* 2008;255 Suppl 5:48-56.
Abstracts of the 7th Annual Cardiovascular Nursing Spring Meeting of the European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions. March 23-24, 2007. Manchester, United Kingdom. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2007;6 Suppl 1:S3-58.
de Leon-Casasola O. Implementing therapy with opioids in patients with cancer. [Review]. *Oncol Nurs Forum.* 2008;35 Suppl:7-12.

13 - Parte de um volume

Jiang Y, Jiang J, Xiong J, Cao J, Li N, Li G, Wang S. Retraction: Homocysteine-induced extracellular superoxide dismutase and its epigenetic mechanisms in monocytes. *J Exp Biol.* 2008;211 Pt 23:3764.

14 - Parte de um número

Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in aging patients. *N Z Med J* 1994;107 (986 Pt 1):377-8.

15 - Artigo num fascículo sem volume

Vietta EP. Hospital psiquiátrico e a má qualidade da assistência. *Sinopses* 1988.

16 - Artigo num periódico sem fascículo e sem volume

Oguisso T. Entidades de classe na enfermagem. *Rev Paul Enfermagem* 1981;6-10.

17 - Artigo com paginação indicada por algarismos romanos

Stanhope M, Turner LM, Riley P. Vulnerable populations. [Preface]. *Nurs Clin North Am.* 2008;43(3):xiii-xvi.

18 - Artigo contendo retratação

Duncan CP, Dealey C. Patients' feelings about hand washing, MRSA status and patient information. *Br J Nurs.* 2007;16 (1):34-8. Retraction in: Bailey A. *Br J Nurs.* 2007;16(15):915.

19 - Artigos com erratas publicadas

Pereira EG, Soares CB, Campos SMS. Proposal to construct the operational base of the educative work process in collective health. Rev Latino-am Enfermagem 2007 novembro-dezembro; 15(6):1072-9. Errata en: Rev Latino-am Enfermagem 2008;16 (1):163.

20 - Artigo publicado eletronicamente antes da versão impressa (*ahead of print*)

Ribeiro Adolfo Monteiro, Guimarães Maria José, Lima Marília de Carvalho, Sarinho Sílvia Wanick, Coutinho Sônia Bechara. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. Rev Saúde Pública;43(1). ahead of print Epub 13 fev 2009.

21 - Artigo provido de DOI

Caldeira AP, Fagundes GC, Aguiar GN de. Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação. Rev Saúde Pública 2008;42 (6):1027-1233. doi: 10.1590/S0034-89102008005000057.

22 - Artigo no prelo

Barroso T, Mendes A, Barbosa A. Analysis of the alcohol consumption phenomenon among adolescents: study carried out with adolescents in intermediate public education. Rev Latino-am Enfermagem. In press 2009.

23 - Artigo em idioma diferente do inglês

Arilla Iturri S, Artázcoz Artázcoz MA. External temporary pacemakers. Rev Enferm. 2008;31(11):54-7. Spanish.

LIVROS E OUTRAS MONOGRAFIAS**24 - Livro padrão**

Ackley BJ, Ladwig GB. Nursing Diagnosis Handbo: an evidence-based guide to planning care. 8th.ed. New York: Mosby; 2007. 960 p.

Bodenheimer HC Jr, Chapman R. Q&A color review of hepatobiliary medicine. New York: Thieme; 2003. 192 p.

25 - Livro cujo nome do autor possui designação familiar

Strong KE Jr. How to Select a Great Nursing Home. London: Tate Publishing; 2008. 88 p.

26 - Livro editado por um autor/editor/organizador

Bader MK, Littlejohns LR, editors. AANN core curriculum for neuroscience nursing. 4th. ed. St. Louis (MO): Saunders; c2004. 1038 p.

27 - Livro editado por uma organização

Advanced Life Support Group. Pre-hospital Paediatric Life Support. 2nd ed. London (UK): BMJ Books/Blackwells; 2005. Ministério da Saúde (BR). Promoção da saúde: carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sunsvall, Declaração de Jacarta, Declaração de Bogotá. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

28 - Livro sem autor/editor responsável

HIV/AIDs resources: a nationwide directory. 10th ed. Longmont (CO): Guides for Living; c2004. 792 p.

29 - Livro com edição

Modlin IM, Sachs G. Acid related diseases: biology and treatment. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; c2004. 522 p.

30 - Livro publicado em múltiplos idiomas

Ruffino-Neto A; Villa, TCS, organizador. Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil. Histórico e peculiaridades regionais. São Paulo: Instituto Milênio Rede TB, 2000. 210 p. Português, Inglês.

31 - Livro com data de publicação/editora desconhecida e/ou estimada

Ministério da Saúde. Secretaria de Recursos Humanos da

Secretaria Geral (BR). Capacitação de enfermeiros em saúde pública para o Sistema Único de Saúde: controle das doenças transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, [199?]. 96 p.
Hoobler S. Adventures in medicine: one doctor's life amid the great discoveries of 1940-1990. [place unknown]: S.W. Hoobler; 1991. 109 p.

32 - Livro de uma série com indicação de número

Malvárez, SM, Castrillón Agudelo, MC. Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2005. (OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos HSR, 39).

33 - Livro publicado também em um periódico

Cardena E, Croyle K, editors. Acute reactions to trauma and psychotherapy: a multidisciplinary and international perspective. Binghamton (NY): Haworth Medical Press; 2005. 130 p. (Journal of Trauma & Dissociation; vol. 6, no. 2).

34 - Capítulo de livro

Aguiar WMJ, Bock AMM, Ozella S. A orientação profissional com adolescentes: um exemplo de prática na abordagem sócio-histórica. In: Bock AMM, Gonçalves Furtado O. Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em Psicologia. São Paulo (SP): Cortez; 2001. p. 163-78.

PUBLICAÇÕES DE CONFERÊNCIAS

35 - Proceedings de conferência com título

Luis, MAV, organizador. Os novos velhos desafios da saúde mental. 9º Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica; 27-30 junho 2006; Ribeirão Preto, São Paulo. Ribeirão Preto: EERP/USP; 2008. 320 p.

36 - Trabalho apresentado em evento e publicado em anais

Silva EC da, Godoy S de. Tecnologias de apoio à educação a

distância: perspectivas para a saúde. In Luis, MAV, organizador. Os novos velhos desafios da saúde mental. 9º Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica; 27-30 junho 2006; Ribeirão Preto, São Paulo. Ribeirão Preto: EERP/USP; 2008. p. 255-60.

37 - Abstract de trabalho de evento

Chiarenza GA, De Marchi I, Colombo L, Olgiati P, Trevisan C, Casarotto S. Neuropsychophysiological profile of children with developmental dyslexia [abstract]. In: Beuzeron-Mangina JH, Fotiou F, editors. The olympics of the brain. Abstracts de 12th World Congress of Psychophysiology; 2004 Sep 18-23; Thessaloniki, Greece. Amsterdam (Netherlands): Elsevier; 2004. p. 16.

TESES E DISSERTAÇÕES - *sugere-se que sejam citados os artigos oriundos da mesmas*

38 - Dissertação/tese no todo

Arcêncio RA. A acessibilidade do doente ao tratamento de tuberculose no município de Ribeirão Preto [tese de doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008. 141 p.

RELATÓRIOS

39 - Relatórios de organizações

Ministério da Saúde (BR). III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não - efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; Ministério da Saúde; 2002. 211 p. Relatório final.

Page E, Harney JM. Health hazard evaluation report. Cincinnati (OH): National Institute for Occupational Safety and Health (US); fev 2001. 24 p. Report n. HETA2000-0139-2824.

PATENTE

40 - Patente

Shimo AKK, inventor; EERP assina. Sanitário portátil; Patente MV 7, 501, 105-0. 12 junho 1995.

JORNAIS

41 - Matéria de jornal diário

Gaul G. When geography influences treatment options. Washington Post (Maryland Ed.). 2005 Jul 24;Sect. A:12 (col. 1).
Talamone RS. Banida dos trotes, violência cede lugar à solidariedade. USP Ribeirão 16 fev 2009; Pesquisa: 04-05.

LEGISLAÇÃO

42 - Legislação

Lei n. 8213 de 24 de julho de 1991 (BR). Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União [periódico na *internet*]. 14 ago 1991. [citado 4 jul 2008]. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1991/8213.htm>

43 - Código legal

Occupational Safety and Health Act (OSHA) of 1970, 29 U.S.C. Sect. 651 (2000).

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS

44 - Livro na íntegra na *internet*

Berthelot M. La synthèse chimica. [*internet*]. 10eme. ed. Paris (FR): Librairie Germer Baillière; 1876. [acesso em: 13 fev 2009]. Disponível em: <http://www.obrasraras.usp.br/livro.php?obra=001874>

45 - Livro na *internet* com múltiplos autores

Collins SR, Kriss JL, Davis K, Doty MM, Holmgren AL. Squeezed: why rising exposure to health care costs threatens the health and financial well-being of American families [internet]. New York: Commonwealth Fund; 2006 Sep [acesso em: 2 nov 2006]. 34 p. Disponível em: http://www.cmwf.org/user_doc/Collins_squeezedrisinghlthcarecosts_953.pdf

46 - Capítulo de livro na internet

National Academy of Sciences, Committee on Enhancing the Internet for Health Applications: Technical Requirements and Implementation Strategies. Networking Health: Prescriptions for the Internet [Internet]. Washington: National Academy Press; 2000. Chapter 2, Health applications on the internet; [Acess: 13 fev 2009]; p. 57-131. Available from: http://bo.s.nap.edu/openbo.php?record_id=9750&page=57
National Academy of Sciences (US), Institute of Medicine, Board on Health Sciences Policy, Committee on Clinical Trial Registries. Developing a national registry of pharmacologic and biologic clinical trials: workshop report [internet]. Washington: National Academies Press (US); 2006. Chapter 5, Implementation issues; [cited 2009 Nov 3]; p. 35-42. Available from: <http://newton.nap.edu/bo/s/030910078X/html/35.html>

47 - Livros e outros títulos individuais em CD-ROM, DVD, ou disco

Kacmarek RM. Advanced respiratory care [CD-ROM]. Version 3.0. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; c2000. 1 CD-ROM: sound, color, 4 3/4 in.

48 - Livro em CD-ROM, DVD, ou disco em um proceedings de conferência

Colon and rectal surgery [CD-ROM]. 90th Annual Clinical Congress of the American College of Surgeons; 10-14 out 2004; New Orleans, LA. Woodbury (CT): Cine-Med; c2004. 2 CD-ROMs: 4 3/4 in.

49 - Monografia na internet

Agency Facts. Facts 24. Agência Européia para a segurança e a saúde no Trabalho. 2002. Violência no trabalho. [Acesso em: 27 fev 2008]. Disponível em: <http://agency.osha.eu.int/publications/factsheets/24/factsheetsn24-pt.pdf>

Moreno AMH, Souza ASS, Alvarenga G Filho, Trindade JCB, Roy LO, Brasil PEA, et al. Doença de Chagas. 2008. [Acesso em: 27 fev 2008].
Disponível em: <http://www.ipec.fiocruz.br/pepes/dc/dc.html>

50 - Artigo de periódico na internet

Lin SK, McPhee DJ, Muguet FF. Open access publishing policy and efficient editorial procedure. *Entropy [internet]*. 2006 [acesso em: 08 jan 2007];8:131-3. Disponível em: <http://www.mdpi.org/entropy/htm/e8030131.htm>

51 - Artigo da internet com número de DOI

Almeida AFFF, Hardy E. Vulnerabilidade de gênero para a paternidade em homens adolescentes. *Rev Saúde Pública [internet]*. 2007. [Acessado em 28 novembro 2008];41(4):565-72. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000400010&lng=&nrm=iso

52 - Artigo de periódico da internet com partícula hierárquica no nome

Seitz AR, Nanez JE Sr, Holloway S, Tsushima Y, Watanabe T. Two cases requiring external reinforcement in perceptual learning. *J Vis [internet]*. 22 ago 2006 [acesso em: 9 jan 2007];6(9):966-73. Disponível em: <http://journalofvision.org/6/9/9/>

53 - Artigo de periódico da internet com organização como autor

National Osteoporosis Foundation of South Africa. Use of generic alendronate in the treatment of osteoporosis. *S Afr Med J [internet]*. 2006 Aug [acesso em: 9 jan 2009];96(8):696-7. Disponível em: http://blues.sabinet.co.za/WebZ/Authorize?sessionid=0:autho=pubmed:password=pubmed2004&/AdvancedQuery?&format=F&next=images/ejour/m_samj/m_samj_v96_n8_a12.pdf

54 - Artigo de periódico da internet com paginação em números romanos

Meyer G, Foster N, Chrstrup S, Eisenberg J. Setting a research agenda for medical errors and patient safety. *Health Serv Res*

[*Internet*]. abril 2001 [acesso em:9 jan 2009];36(1 Pt 1):x-xx. Disponível em: http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?art_id=1089210&blobtype=pdf

55 - Artigo de periódico da *internet* com mesmo texto em dois ou mais idiomas

Alonso Castillo BAA, Marziale MHP, Alonso Castillo MM, Guzmán Facundo FR, Gómez Meza MV. Situações estressantes de vida, uso e abuso de álcool e drogas em idosos de Monterrey, México = Stressful situations in life, use and abuse of alcohol and drugs by elderly in Monterrey, México = Situaciones de la vida estresantes, uso y abuso de alcohol y drogas en adultos mayores de Monterrey, México. Rev Latino-am Enfermagem [*internet*]. jul/ago 2008 [Acesso em 24 novembro 2008];16 (no. Spe):509-15. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issue_s&pid=0104-1169&lng=pt&nrm=iso Português, Inglês, Espanhol.

56 - Artigo de periódico da *internet* com título em idioma diferente do português

Tomson A, Andersson DE. [Low carbohydrate diet, liquorice, spinning and alcohol-life-threatening combination]. Lakartidningen. 2008 Oct 1-7;105(40):2782-3. Swedish.

57 - Proceedings de conferência na *internet*

Basho PG, Miller SH, Parboosingh J, Horowitz SD, editors. Credentialing physician specialists: a world perspective [*internet*]. Proceedings; 08-10 jun 2000; Chicago. Evanston (IL): American Board of Medical Specialties, Research and Education Foundation; [acesso em 3 nov 2006]. 221 p. Disponível em: <http://www.abms.org/publications.asp>

58 - Legislação na *internet*

Lei 8.213, de 24 de julho de 1991 (BR). Dispõe sobre os planos de benefícios da previdência social e dá outras providências. 1991. [acesso em 17 fev 2009]. Disponível em: http://www.trt02.gov.br/Geral/tribunal2/Legis/Leis/8213_91.html

59 - Documentos publicados na *internet*

Organização Internacional do Trabalho (OIT). A eliminação do trabalho infantil: um objetivo ao nosso alcance. Suplemento -

Brasil Relatório Global - 2006. 2006. [acesso em 17 fev 2009]. Disponível em: http://www.oitbrasil.org.br/info/download/GR_2006_Suplemento_Brasil.pdf

60 - Verbetes de dicionário na *internet*

Merriam-Webster medical dictionary [internet]. Springfield (MA): Merriam-Webster Incorporated; c2005. Cloning; [cited 2006 Nov 16]; [about 1 screen]. Available from: <http://www2.merriam-webster.com/cgi-bin/mwmednlm?bo=Medical&va=cloning>

61 - Tese e Dissertação na *internet* (sugere-se que sejam citados os artigos oriundos das mesmas)

Sperandio DJ. A tecnologia computacional móvel na sistematização da assistência de enfermagem: avaliação de um software - protótipo [tese na *internet*]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008 [acesso em: 13 fev 2009]. 141 p. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-11092008-165036/publico/DirceleneJussaraSpe_randio.pdf

62 - Homepage na *internet*

Biblioteca Virtual em Saúde [internet]. São Paulo: BIREME/HDP/OPAS/OMS; 1998 [acesso em: 13 fev 2009]. Disponível em: <http://regional.bvsalud.org/php/index.php?lang=pt>

63 - Bases de dados/sistemas de recuperação na *internet* com autor individual/organização

Vucetic N, de Bri E, Svensson O. Clinical history in lumbar disc herniation. A prospective study in 160 patients [internet]. São Paulo (SP): Centro Cochrane do Brasil/Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo. [1996] - [atualizada em 29 jan 2009; acesso em: 12 fev 2009]. Disponível em: [http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/Ministério da Previdência Social \(BR\). Base de dados históricos do Anuário Estatístico da Previdência Social: resumo de acidentes do trabalho-2006. \[internet\]. \[acesso em: 7 fev 2009\]. Disponível em: http://creme.dataprev.gov.br/temp/DACT01consu_lta34002030.htm](http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/Ministério da Previdência Social (BR). Base de dados históricos do Anuário Estatístico da Previdência Social: resumo de acidentes do trabalho-2006. [internet]. [acesso em: 7 fev 2009]. Disponível em: http://creme.dataprev.gov.br/temp/DACT01consu_lta34002030.htm)

64 - Bases de dados na *íntegra* na *internet*

Rev. Latinoam. Enfermagem - Instruções aos autores

Bases de Datos de Tesis Doctorales (TESEO) [*internet*].
Madrid: Ministerio de Educacion y Ciencia. [1976] - [acesso em: 12 fev 2009]. Disponível em: <http://www.mcu.es/TESEO/teseo.html>

65 - Matéria de jornal na *internet*

Russo N. Transplantes crescem 12,5% em 98. Folha de São Paulo 19 jan 1999. [acessado em 5 de setembro de 2008]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff19019920.htm>

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo Editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

© 2002-2009 *Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP*

Av. Bandeirantes, 3900
140 40-902 Ribeirão Preto SP
Tel.: +55 16 3602-3451
Fax: +55 16 3602-0518



rlae@eerp.usp.br