

Desempenho dos serviços de controle da tuberculose em municípios do Paraná: enfoque na família

Performance tuberculosis control services of Paraná counties: family focus

Desempeño de los servicios de control de la tuberculosis para los municipios de Paraná: se foco en la familia



Mara Cristina Ribeiro Furlan^a
Roxana Isabel Cardozo Gonzales^b
Sonia Silva Marcon^c

RESUMO

Objetivo: Analisar, sob a perspectiva dos usuários, o desempenho dos serviços de saúde no controle da tuberculose em relação ao enfoque na família.

Métodos: Estudo descritivo, quanti-qualitativo com 89 pacientes que realizavam o tratamento de tuberculose no âmbito da 15ª Regional de Saúde do Paraná. Os dados foram coletados entre abril e junho de 2012 por meio de entrevistas semiestruturadas. Os dados quantitativos foram submetidos à análise de variância ou ao teste de Kruskal-Wallis, e os dados qualitativos, à análise de conteúdo.

Resultados: Os dados quantitativos mostraram que as Unidades Básicas de Saúde apresentaram melhor desempenho em relação aos indicadores: conhecimento pelos profissionais de saúde das pessoas que moram com o usuário ($p=0,1340$) e avaliação dos familiares com exames específicos ($p=0,1430$), enquanto os ambulatórios de referência foram melhor avaliados quanto ao diálogo com os familiares sobre tuberculose ($p=0,5203$) e o seu tratamento ($p=0,4788$). Da análise dos dados qualitativos emergiram duas categorias: envolvimento da família no tratamento da tuberculose e desconexão do serviço de saúde com a família do doente com tuberculose.

Conclusões: Considera-se que a equipe de saúde deve oferecer suporte e orientações às famílias, pois elas são fonte de cuidado e apoio às pessoas em tratamento de tuberculose.

Palavras-chave: Tuberculose. Família. Avaliação de serviços de saúde. Enfermagem. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

ABSTRACT

Objective: To analyze and compare under users perspective, the Health Services performance in tuberculosis control focusing on family

Methods: Descriptive study, quantitative and qualitative with 89 patients that were undergoing TB treatment in 15th Regional Health of Paraná scope. The data have been collected between April to June 2012 through half-structured interviews. The Quantitative data were submitted to variance analysis or to Kruskal-Wallis test and the qualitative data to content analysis.

Results: The quantitative data showed that the Basic Health Units obtained better performance relating to Indicators: Knowledge of Healthcare Professionals for People who inhabit with the User ($p = 0.1340$) and Evaluation of Relatives with Specific tests ($p = 0.1430$) while reference clinics were Top Rated By The Dialoguing with the relatives about TB ($p = 0.5203$) and its Treatment ($p = 0.4788$). The analysis of qualitative data emerged two categories: family involvement in the treatment of tuberculosis and disconnection of the health service to the patient's family with tuberculosis.

Conclusions: It was considered that a Health Team must provide support and orientation to families, because they are source of care and support to patients in tuberculosis treatment.

Keywords: Tuberculosis. Family. Health services evaluation. Nursing. Millennium Development Goals.

RESUMEN

Objetivo: Analizar, la perspectiva de los usuarios, lo desempeño de servicios de salud en el control de la tuberculosis en relación a centrarse en los métodos de la familia.

Métodos: Estudio descriptivo, cuantitativo y cualitativo con 89 pacientes que se sometieron al tratamiento de la tuberculosis en el marco del 15ª regional de Salud de Paraná. Los datos fueron recogidos entre abril y junio de 2012 a través de entrevistas semi-estructuradas. Los datos cuantitativos fueron sometidos a análisis de varianza o la prueba de Kruskal-Wallis y datos cualitativos para el análisis de contenido.

Resultados: Los datos cuantitativos mostraron que las Unidades Básicas de Salud mostraron mejor desempeño contra el conocimiento indicadores por profesionales de la salud de las personas que viven con el usuario ($p = 0,1340$) y la evaluación de los miembros de la familia con pruebas específicas ($p = 0,1430$), mientras que el clínicas de referencia fueron mejor evaluados para el diálogo con los miembros de la familia sobre la tuberculosis ($p = 0,5203$) y su tratamiento ($p = 0,4788$). El análisis de los datos cualitativos surgió dos categorías: participación de la familia en el tratamiento de la tuberculosis y la desconexión del servicio de salud a la familia del paciente con tuberculosis.

Conclusiones: Se considera que el equipo de salud debe apoyar y orientar a las familias, ya que son una fuente de atención y apoyo para las personas que reciben tratamiento para la tuberculosis.

Palabras clave: Tuberculosis. Familia. Evaluación de servicios de salud. Enfermería. Objetivos de Desarrollo del Milenio.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.55869>

^a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Campus de Coxim, Mato Grosso do Sul, Brasil.

^b Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

^c Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Enfermagem. Maringá, Paraná, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

Atualmente, um terço da população mundial está infectada pelo bacilo da tuberculose (TB) e em risco de desenvolver a doença⁽¹⁾. Estima-se que em 2013 cerca de nove milhões de pessoas tiveram TB no mundo⁽²⁾. Houve redução do número de casos e de óbitos ao longo dos últimos anos. Em 1990, ocorreram cerca de 1,3 milhão de mortes, ao passo que, em 2012, esse número foi de 940 mil⁽³⁾. Contudo, apesar da queda na taxa de mortalidade, o número de mortes por TB é considerado elevado, visto que a maioria poderia ser evitada, pois o tratamento eficaz está disponível desde a década de 1960⁽³⁻⁴⁾.

O Brasil está entre os 22 países com maior carga de TB no mundo⁽¹⁾, sendo que no período de 2005 a 2014, foram diagnosticados, em média, 73 mil casos novos por ano no país e em 2013, ocorreram 4.577 óbitos⁽²⁾. No ano de 2002, o Brasil assinou junto com outros 192 países membros das Nações Unidas compromisso global, denominado Objetivos do Milênio (ODM), o qual estabeleceu metas sociais, políticas, econômicas, culturais e ambientais para combater o HIV/Aids, a malária, a TB, entre outras doenças⁽³⁾. No que se refere à TB, as metas visam reverter a tendência do coeficiente de incidência e reduzir em 50% até 2015 a prevalência e mortalidade da doença quando comparada a 1990⁽²⁾.

Para tanto, o Ministério da Saúde implementou, a partir de 2001 alguns eixos de atuação: mobilização técnica, política e social; descentralização; melhoria da vigilância epidemiológica e do sistema de informação; ampliação e qualificação da rede de laboratórios; garantia de acesso ao tratamento e capacitação de recursos humanos e incorporação de ações de controle da doença na Estratégia Saúde da Família (ESF)⁽²⁾. No entanto, a descentralização do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) para os municípios e para a rede de Atenção Básica ainda constitui desafio⁽²⁾. Para implementar essas ações, o investimento para o controle da TB cresceu 14 vezes desde 2002⁽⁴⁾.

Diante da descentralização do PNCT e do investimento financeiro no programa é essencial avaliar o desempenho dos serviços de controle da TB nos diferentes cenários e em todas as suas dimensões, inclusive em relação ao enfoque familiar, visto que a assistência à saúde deve ser centrada na família. A avaliação das necessidades de saúde deve considerar o contexto familiar e a exposição a ameaças à saúde de qualquer ordem, além dos recursos familiares limitados⁽⁵⁾.

O processo de descentralização das ações de controle da TB para o nível da Atenção Primária à Saúde vem determinando intervenções que se estendem ao cuidado familiar e da comunidade. Contudo, o modelo atual de atenção à saúde, ainda centrado no indivíduo, precisa ampliar suas

ações de prevenção e promoção para o meio familiar, pois através do mesmo podem ser conquistados avanços importantes no planejamento e desenvolvimento de intervenções terapêuticas⁽⁶⁾.

É importante que os profissionais conheçam a dinâmica familiar do indivíduo acometido por TB, incluindo a forma de comunicação intrafamiliar, o apoio e os recursos familiares (níveis educacionais, meios financeiros e a competência cultural), para lidar com os problemas de saúde do doente⁽⁷⁾.

A assistência adequada à família de indivíduos com TB é relevante, uma vez que esta, além de constituir a rede de apoio no processo saúde/doença enfrenta maior risco de ser infectada pelo agente causador da enfermidade, devido ao convívio íntimo com o doente. Esclarecer dúvidas e permitir questionamentos, realizar orientações, triagem e o acompanhamento sistemático dos contatos são algumas das principais atribuições dos profissionais de saúde junto à família do doente. A investigação da presença de sintomas da TB em indivíduos que tiveram contato com pessoas doentes constitui uma ação preventiva importante contra novas infecções e surtos na comunidade, por possibilitar o diagnóstico de doença ativa e de infecção latente.

Até onde se sabe, no âmbito nacional apenas duas investigações na temática do estudo foram publicadas. A primeira realizada com usuários do Programa de Controle da TB de São José do Rio Preto, SP⁽⁸⁾, cujos resultados mostraram que os profissionais preocupavam-se com os sinais/sintomas dos pacientes e, em menor grau, com as condições de vida da família e suas doenças. A segunda, realizada no estado da Paraíba⁽⁷⁾ com profissionais da ESF, mostrou o desenvolvimento da ação investigativa em comunicantes domiciliares e a inclusão dos familiares no processo terapêutico⁽⁷⁾. Ainda identificou que não parece ser prática das equipes da ESF intervir a partir das informações levantadas sobre o binômio usuário/família⁽⁷⁾.

Estes estudos não investigaram ou não apresentaram dados segregados de ambos os serviços. Deste modo, não permitem afirmar se houve melhor desempenho dos serviços descentralizados em relação aos centralizados. Tendo em vista a relevância do suporte social oferecido pelos familiares e a necessidade de avaliação dos contatos domiciliares de pessoas infectadas pelo *Mycobacterium tuberculosis*, o objetivo deste estudo foi analisar sob a perspectiva do usuário, o desempenho dos serviços de saúde no controle da doença, em relação ao enfoque na família.

■ METODOLOGIA

Estudo descritivo de natureza quanti-qualitativa, que adotou como quadro teórico as dimensões da Atenção Pri-

mária em Saúde, especificamente em relação à dimensão enfoque na família⁽⁵⁾. A abordagem quantitativa foi utilizada para correlacionar variáveis, no intuito de obter melhor entendimento do comportamento de diversos fatores que influenciam no desempenho dos serviços. Já a abordagem qualitativa buscou explorar subjetivamente os aspectos abordados com o método quantitativo visando maior aprofundamento da análise dos indicadores em estudo.

O local do da investigação foi a 15ª Regional de Saúde (RS) do Paraná, que é conformada por 30 municípios e tem como sede a cidade de Maringá-PR. Dos 30 municípios em estudo, sete ainda possuía atendimento centralizado em ambulatório de referência para o tratamento de TB, seis deles com população entre 20.000 a 36.000 habitantes e um com mais de 80 mil habitantes. Os demais 23 municípios tinham serviço descentralizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) incorporado à ESF. Desses, seis tinha população menor que 5.000 habitantes e cobertura da ESF entre 71,5% a 100% (média de 86,6%), cinco possuía população entre 5.000 a 10.000 habitantes e cobertura da ESF entre 59,1% a 100% (média de 71,8%), outros dois com pouco mais de 10.000 habitantes, sendo que um não tinha equipe da ESF e o outro tinha apenas 32,7% da população coberta pela ESF. Um município possuía 32.209 habitantes e cobertura da ESF de 64,2% e Maringá possuía 362.329 habitantes e cobertura da ESF de 60,9%.

Desde 2008, o tratamento passou a ser realizado no município de residência do doente e os casos de difícil diagnóstico, infecção multirresistente, entre outros, são encaminhados para especialistas do Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrão Paranaense (CISAMU-SEP), com sede em Maringá, Paraná.

Elegeram-se como critérios de inclusão dos sujeitos no estudo: indivíduos maiores de 18 anos de idade, residente nos municípios em estudo e ter realizado pelo menos um mês de tratamento de TB. Como critérios de exclusão foram considerados: não ter capacidade cognitiva para responder ao questionário e estar sendo acompanhado no sistema prisional.

Para definição da amostra do estudo quantitativo foi realizado um levantamento dos casos de TB na 15ª RS no período de janeiro a março de 2012. Nesse período, foram notificados 151 casos dos quais 133 (88%) atenderam aos critérios de inclusão/exclusão do estudo, uma vez que 12 estavam realizando o tratamento em sistema prisional, três abandonaram o tratamento e três possuíam déficit cognitivo.

O número de indivíduos incluídos no estudo foi determinado considerando prevalência de 50%, nível de confiança de 90%, e margem de erro de 5%, resultando em uma amostra de 89 pessoas. A amostra foi definida por

técnica estratificada proporcional segundo o tipo de serviço em que realizavam o tratamento de TB (centralizado ou descentralizado). Para o sorteio dos participantes do estudo, foi utilizada uma lista de números aleatória gerada pelo programa Statistica 8.0 (*StatSoft*).

A coleta de dados foi realizada no período de abril a junho de 2012 no ambiente domiciliar dos participantes. Realizou-se contato por telefone, ocasião em que foram explicitados os objetivos do estudo e solicitada à participação no mesmo. Em caso de concordância foi agendado visita para realizar a entrevista. Após três tentativas de contato telefônico ou na ausência deste, os indivíduos foram procurados diretamente no domicílio. Nos dois casos foi realizada uma breve explicação sobre os objetivos do estudo, a participação por meio de entrevista com resposta a um roteiro de perguntas, a opção em participar ou não do estudo, sem qualquer prejuízo para a assistência prestada nos serviços de saúde, e sobre a necessidade de gravação dos depoimentos.

Para a avaliação do desempenho dos serviços de TB utilizou-se o instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCAT) formulado e validado no Brasil⁽⁹⁾ e adaptado para avaliar a atenção à TB⁽¹⁰⁾. Este instrumento é composto por oito dimensões: acesso, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar, orientação para a comunidade e formação profissional. Cada uma dessas dimensões está relacionada a um conjunto de ações na prática clínica, de saúde pública ou de implementação de políticas de controle da doença em nível municipal. Cada pergunta permitia ao sujeito responder a frequência em que cada situação específica ocorria (se aplicada ou não à sua situação individual), sendo apresentada numa escala de tipo Likert com seis posições de respostas: não sabe, nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre e sempre. Os dados sócio demográficos também foram considerados para a caracterização dos indivíduos em tratamento⁽¹⁰⁾. O questionário foi preenchido pelo pesquisador, de acordo com a resposta do participante da pesquisa.

Nesta comunicação, utilizaram-se as questões do instrumento referentes à dimensão enfoque familiar definidas em oito indicadores: 1) Investigação de fatores de risco social ou condições de vida do usuário e de sua família, 2) conhecimento dos profissionais sobre as pessoas que moram com o usuário, 3) investigação sobre doenças dos familiares, 4) investigação sobre os sintomas da doença nos familiares - tosse, febre e emagrecimento, 5) avaliação dos familiares, com realização do exame do escarro e/ou raios-X e/ou prova tuberculínica, 6) diálogo com os familiares sobre a doença 7) diálogo com os familiares sobre

tratamento de TB, 8) diálogo com os familiares sobre outros problemas da saúde do usuário.

Para cada indicador, foi determinado um escore médio correspondente à somatória das respostas de todos os sujeitos entrevistados, dividido pelo total de respondentes. Esse escore foi classificado como insatisfatório (valores menores que três), regular (valores maiores que três e menores que quatro) e satisfatório (valores maiores ou iguais a quatro).

Os dados foram digitalizados no programa Excel 2003 e verificados possíveis equívocos, como erros na entrada ou omissão de respostas. Após isso, realizou-se a análise descritiva dos dados, média e desvio padrão.

Em seguida, eles foram submetidos à análise de variância, com o uso do teste F para avaliar o desempenho dos serviços nas UBS e ambulatórios de referência. A análise de variância foi aplicada às questões que satisfizeram as pressuposições de independência, homocedasticidade e normalidade. A homocedasticidade foi verificada pelo teste de Levene. Para as análises que violaram os critérios para o uso da Anova, foi usada a análise de variância não paramétrica, ou seja, o teste de Kruskal-Wallis. O nível de significância estatística adotado em todos os testes foi de 5%.

Os dados qualitativos foram coletados por meio das seguintes questões: Os profissionais que te acompanham no tratamento de TB perguntaram sobre sua família ou quem mora com você? Os profissionais que te acompanham no tratamento solicitaram algum exame das pessoas de sua família ou de quem mora com você? Se sim, quais? Seus familiares fornecem apoio no tratamento de TB? Se sim, qual(is)? Os indivíduos que responderam as questões qualitativas foram selecionados de forma aleatória entre aqueles que participaram da entrevista quantitativa, sendo priorizados aqueles que demonstraram maior interesse no estudo e disposição para continuar a entrevista. O número total não foi determinado a priori, e sim na medida em que houve possibilidade de atingir a compreensão do fenômeno estudado, caracterizado pela repetição das falas.

Os relatos de 22 sujeitos foram gravados para garantir a fidedignidade dos dados e evitar a perda de elementos relevantes à pesquisa; foram transcritos na íntegra e, posteriormente, submetidos ao processo de análise de conteúdo⁽¹¹⁾.

Realizou-se a pré-análise, exploração de material e tratamento dos resultados com inferência e interpretação das categorias significativas. A unidade temática é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria, que serve de guia à leitura e consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico do estudo⁽¹¹⁾.

Desta análise emergiram duas categorias denominadas: Envolvimento da família no tratamento da tuberculose e Desconexão do serviço de saúde com a família do doente de tuberculose

O estudo faz parte de um projeto maior, intitulado avaliação das ações dos serviços de atenção primária à saúde no controle da tuberculose em adultos no âmbito da 15ª RS do Paraná apoiado financeiramente pela Fundação Araucária⁽¹²⁾ e foi desenvolvido em consonância com as diretrizes disciplinadas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹³⁾, vigente à época da realização da investigação e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (Parecer nº 423/2011). Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre esclarecido e foram identificados pela letra "E" seguida por números ordinais, mês de tratamento e forma clínica da TB, como garantia do anonimato.

■ RESULTADOS

Os participantes do estudo possuíam, em sua maioria, TB da forma pulmonar (82%); estavam entre o terceiro e sexto mês de tratamento (51%); não possuíam plano de saúde privado (95,5%); eram do sexo masculino (50,6%); casados (56,2%) possuíam entre 30 a 49 anos (51,7%); renda familiar entre um e três salários mínimos (52,8%), ensino fundamental incompleto (59,6%) e moravam com uma a três pessoas (58,4%); 13,5% recebiam o benefício do Programa Bolsa Família do Governo Federal e 16,9% eram etilistas. O percentual de pessoas que trabalhavam antes de possuir TB era de 78,7%, com declínio para 41,6% após o diagnóstico. Os setores de trabalho: construção civil (7,9%), saúde (6,7%) e serviços gerais (5,6%), outros (79,8%).

Observa-se na tabela 1 que, nenhum indicador sobre o desempenho dos serviços de TB, no que diz respeito ao enfoque na família obteve escore satisfatório, com exceção de "avaliação dos familiares, com realização do exame do escarro e/ou raios-X e/ou prova tuberculínica" nos ambulatórios de referência, uma vez que 71,4% dos usuários atendidos nestes serviços referiram que sempre ou quase sempre foi realizada avaliação dos familiares.

A investigação de fatores de risco social ou condições de vida do usuário nunca ocorreu para 42% dos entrevistados. Apenas 46,5% relataram que os profissionais de saúde conhecem seus familiares, 28,4% afirmaram que os profissionais de saúde conversam sempre com eles sobre seus familiares e apenas 52% dos profissionais questionaram sobre o aparecimento de sintomas de TB nos contatos domiciliares.

Tabela 1 – Indicadores de enfoque na família na UBS e nos ambulatórios de referência da 15ª Regional de Saúde do Paraná, 2012

Indicadores	Unidade Básica de Saúde (n=64)		Ambulatório de Referência (n=25)		P-valor
	Média*	DP	Média*	DP	
Investigação de fatores de risco social ou condições de vida do usuário e de sua família	2,92	1,71	2,27	1,69	0,1145
Os profissionais conhecem as pessoas que moram com o usuário	3,43	1,73	3,79	1,86	0,1340
Investigação sobre doenças dos familiares	2,61	1,80	2,50	1,69	0,8013
Investigação sobre os sintomas de tuberculose nos familiares, como tosse, febre e emagrecimento	3,43	1,78	3,25	1,38	0,6724
Avaliação dos familiares, com realização do exame do escarro e/ou raios-X e/ou prova tuberculínica	3,66	1,83	4,20	1,38	0,1430
Diálogo com os familiares sobre a tuberculose	2,69	1,74	3,01	2,04	0,5203
Diálogo com os familiares sobre tratamento de tuberculose	2,66	1,76	3,05	1,97	0,4788
Diálogo com os familiares sobre outros problemas da saúde do usuário	2,28	1,64	1,66	1,52	0,1125

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Nota: * Classificação dos escores: insatisfatório: média menor que três; regular: média maior que três e menor que quatro; satisfatório: média maior ou igual a quatro.

Os resultados demonstraram que não houve diferença estatisticamente significativa das medidas dos indicadores entre os serviços de saúde centralizados e descentralizados.

Da análise dos dados qualitativos emergiram duas categorias as quais serão apresentadas a seguir. Ressalta-se que foram selecionados para ilustrar o estudo, os depoimentos que se apresentaram mais completos para o embasamento das categorias.

Envolvimento da família no tratamento da tuberculose

De acordo com os participantes do estudo muitos profissionais não dialogam com os familiares das pessoas com TB sobre o tratamento e outros problemas de saúde do membro acometido, embora sejam eles, na maioria dos casos, as pessoas mais envolvidas com o processo de tratamento da pessoa doente. Os familiares muitas vezes buscam os medicamentos no serviço de saúde, dependem cuidados ao doente no domicílio, assumem os ônus decorrentes da interrupção das atividades laborais da pessoa doente, uma vez que esta não tem condições físicas de permanecer no emprego ou realizar alguma outra atividade remunerada.

Eu tenho que trabalhar, por isso minha esposa é quem busca meus medicamentos e vai atrás dos resultados dos exames que faço. Mas, eles não falam essas coisas com ela [sintomas e tratamento de TB] [...] Quando vou lá eles também não perguntam dela, nem dos meus filhos (E07, 2º mês de tratamento, TB pulmonar).

Minha mãe sempre vai comigo. No começo estava bem debilitada e era difícil ir ao posto, então era ela quem buscava o remédio (E22, 5º mês de tratamento, TB pulmonar).

Minha família é quem me dá apoio, família é família. Minha mulher faz sempre uma vitamina pra eu conseguir tomar o medicamento, pois me sinto mal se tomar em jejum (E18, tratamento concluído, TB óssea).

Minha família sempre me apoiou, não sei o que seria de mim sem eles, porque tive que parar de trabalhar e eles me ajudam (E20, 2º mês de tratamento, TB pulmonar).

Eu nem contei para os outros, só minha família é quem sabe que tenho TB [...] Minha mãe está cuidando das minhas filhas para mim, porque estou com TB multirresistente e não posso ficar em contato com elas (E4, 6º mês de tratamento, TB pulmonar).

Desconexão do serviço de saúde com a família do doente de tuberculose

Nas falas dos depoentes, identificou-se que muitas vezes o contato dos profissionais com os familiares é inexistente, as ações de saúde voltadas para os membros da família ocorrem de forma impessoal, apenas por meio da entrega indireta de solicitação de exames ao doente em tratamento, ou seja, não ocorre abordagem aos familiares para o levantamento de informações e assistência aos mesmos. Em decorrência disso os profissionais desconhecem as condições sociais e de saúde dos familiares. Essa falta de conhecimento afasta as possibilidades de estabelecer uma atenção integrada e colaborativa entre o serviço de saúde e a família, e ainda torna-se um entrave para constituir a família como apoiadora no processo de tratamento do doente de TB.

Eles não conversaram com quem mora comigo, eles nem conhecem eles, pois nunca vieram me visitar (E3, tratamento concluído, TB pulmonar).

Os profissionais não conhecem meus familiares, porque quando foi para fazerem os exames para saber se também estavam com a doença, me entregaram a guia, eles fizeram o raio-X e levei de volta para o médico (E06, 2º mês de tratamento, TB pulmonar).

Às vezes, a moça da saúde [Agente Comunitário de Saúde] vem em casa, mas nunca conversou com quem mora comigo e nem perguntou se estavam tossindo [...] Eles ainda não fizeram os exames (E10, 2º mês de tratamento, TB pulmonar).

Ainda, por meio dos relatos identificou-se a oferta de orientações pelo serviço de saúde voltadas à implementação de medidas desnecessárias de prevenção de contágio da doença, tais como separar talheres e copos e se afastar dos entes queridos. A assistência à família não é vista como prioridade principalmente pelo profissional médico.

O médico pediu pra eu me afastar das minhas filhas. Está sendo muito difícil ficar longe delas (choro), mas tenho que aguentar, pois não quero que elas fiquem doentes (E11, 6º mês de tratamento).

Eu perguntei para o médico se eles [familiares] não precisavam fazer os exames, porque eles estão sempre comigo e demorou em descobrir que era TB, mas ele disse que não precisava, achei estranho, mas agora que sei, vou pedir para ele passar os exames (E14, 6º mês de tratamento, TB pulmonar).

Eu só não quero que alguém aqui de casa pegue essa doença [...] Eu separo os talheres e copos, tudo direitinho, pra não ter perigo. Também nem gosto muito de receber visita, pois posso passar a doença. Fui à casa da minha irmã esses dias, mas nem comi pra não ter o risco de passar para ela e minhas sobrinhas (E15, 4º mês de tratamento, TB pulmonar).

As informações fornecidas pelos profissionais de saúde em relação à doença, após o diagnóstico e início de tratamento, principalmente no que diz respeito da prevenção do contágio da TB são essenciais, devido o sentimento de medo que a doença causa na pessoa pelo risco de contágio aos entes queridos.

■ DISCUSSÃO

Neste estudo, verificou-se que a maior parte dos indivíduos apresentava renda familiar entre um e três salários mínimos, ensino fundamental incompleto, não possuíam plano de saúde privado, uma parcela recebia o benefício do Programa Bolsa Família do Governo Federal e estava desempregada. É consenso que pessoas com baixa renda, que residem em aglomerados urbanos, condições de habitação e educação precárias estão mais suscetíveis à infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis*⁽⁷⁾.

Nos últimos dez anos, o Brasil reduziu em 22,8% a incidência de casos novos de TB e em 20,7% a taxa de mortalidade da doença. Em 2014, a incidência da doença no Brasil foi de 33,5 casos por 100 mil habitantes, contra 43,4/100 mil em 2004⁽¹⁴⁾. O Ministério da Saúde considera que a proteção social, do qual o Programa Bolsa Família está inserido, foi um fator importante para atingir com três anos de antecedência, as metas estabelecidas pelos ODM em relação a TB⁽¹⁴⁾.

O Programa Bolsa Família visa a transferência de renda às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, sendo que 14% dos novos casos de TB recebem benefício do programa, percentual próximo com o dos participantes deste estudo (13,5%)⁽¹⁴⁾.

Apesar da relevância da proteção social no combate à TB, identificou-se que os profissionais de saúde nem sempre questionam sobre as condições sociais e de vida da família e do usuário em tratamento de TB, ou seja, não investigam aspectos sobre emprego, moradia, escolaridade, entre outros.

O combate à doença não deve restringir-se apenas a aspectos patológicos; faz-se necessária uma visão ampliada e humanizada por parte da equipe de saúde, que extrapole os muros das unidades de saúde e articule com outros setores que possam dar suporte social ao doente e

sua família, oferecendo subsídios para uma investigação e tratamento da doença de forma integrada⁽¹⁵⁾.

Há necessidade dos profissionais de saúde fornecerem maior atenção ao contexto familiar dos usuários, o que corroborou resultados de outros estudos^(8,16). A investigação dos familiares de doentes de TB é fundamental do ponto de vista social pelo rápido diagnóstico que diminui a exposição de outros indivíduos ao bacilo, é individual, pois o processo de adoecimento por TB geralmente provoca sentimentos de medo, tensão emocional e insegurança, pelo receio de seus familiares também serem ou estarem infectados⁽¹⁷⁾.

A informação rápida de que os familiares não estão infectados e, no caso de infecção, a intervenção medicamentosa precoce, demonstra compromisso do serviço com as pessoas em tratamento, família e com a comunidade⁽¹⁶⁾.

A investigação dos contatos respiratórios da pessoa com TB deve constituir rotina nos serviços de saúde, pois é um procedimento que exige exames simples, mas que pode evitar a propagação do bacilo em caso do diagnóstico positivo⁽¹⁶⁾. Contudo, requer habilidades técnicas específicas e abordagem humanizada. É caracterizada, por uma sequência de atividades que inicia com o contato no domicílio. Envolve orientação sobre a doença, sinais e sintomas, modo de transmissão, orientação sobre a coleta do escarro, encaminhamento e recebimento do material pela unidade de saúde, fluxo de exame ao laboratório de análise, recebimento do resultado pela unidade e usuário, início do tratamento, ou encaminhamento para o seguimento ambulatorial conforme situação do doente⁽¹⁵⁾. Na sua maioria, os serviços de saúde estudados apresentaram desempenho insatisfatório no desenvolvimento desse processo investigativo.

Neste estudo, não houve diferença no desempenho de indicadores com enfoque na família entre os serviços de saúde centralizados e descentralizados. Contudo, para o Ministério da Saúde, um fator que favoreceu o alcance das metas dos ODM foi a descentralização do tratamento para a Atenção Básica devido à redução dos índices da doença⁽¹⁴⁾.

A ESF tem como perspectiva mudar a forma da Atenção Básica à Saúde, dando ênfase para promoção de saúde, nos seus mais variados contextos. Propõe-se, com esta nova estruturação da atenção básica, a humanização das práticas de saúde, buscando a satisfação do usuário por meio do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade e estimulando-a ao reconhecimento da saúde como direito de cidadania, melhorando a qualidade de vida de todos⁽¹⁸⁾. Nessa perspectiva a ESF adquire papel essencial no controle da TB.

Nas UBS que possuem equipes da ESF, a visita domiciliar é ferramenta inerente ao trabalho dos profissionais e deve subsidiar intervenções na comunidade. Destaca-se que a visita domiciliar muitas vezes é fundamental para a abordagem à família e no contexto do programa de controle da TB para a identificação de contatos domiciliares e rápido diagnóstico da doença.

Contudo, de acordo com as respostas dos participantes, observou-se que esta ação não é realizada pela maior parte das equipes de saúde. A realização dessa ação de busca ativa dos contatos pelos ambulatórios de referência pode configurar-se como difícil de ser executada, devido distância maior entre a unidade de saúde e residência dos doentes. No entanto, é imprescindível que os contatos de pessoas bacilíferas sejam examinados⁽¹⁶⁾. Nesse contexto, sugere-se parceria entre os ambulatórios de referência e as equipes de ESF para a realização desta ação.

Quanto à ação de diálogo com os familiares de pessoas com TB, sobre a doença e tratamento, este apresentou desempenho não satisfatório para os sujeitos do estudo, o que corrobora resultados de investigações realizadas em São José do Rio Preto-SP⁽⁸⁾ e Jogjakarta, Indonésia⁽¹⁹⁾. Diante disso, salienta-se a necessidade dos profissionais de saúde reconhecerem o papel da família frente a um ente doente. Ela é a principal fonte de apoio na maior parte dos casos.

De modo geral, a família é importante suporte social, desempenha diferentes papéis quando um membro está doente e executa tarefas complexas que envolvem ações para prover suporte emocional, compartilhar responsabilidades, tomar decisões e estabelecer contato com profissionais de saúde, principalmente quando o doente está debilitado.

Estudo realizado na província de Limpopo, África do Sul⁽²⁰⁾, com objetivo de explorar e descrever experiências de familiares que cuidam de pacientes com TB em casa, revelou que os membros da família forneceram suporte financeiro, alimentos, cuidados de higiene e locomoção dos membros com TB. Além disso, a família é fundamental para o enfrentamento da doença, influencia adoção de hábitos, estilos e condutas relevantes para o êxito do processo terapêutico. Os indivíduos observam a família como sua referência, na qual se encontram valores, interpretações, percepções, modelos de conduta, orientações, proteção ante os desafios diários da vida e de processos relacionados com a saúde, o bem-estar e a doença.

No entanto, na área da saúde e mais especificamente na de enfermagem, a abordagem à família não tem sido realizada na intensidade que é recomendada pelas políticas de saúde vigentes no país⁽⁶⁾. A prática de enfermagem ainda é influenciada pelo modelo assistencial hospitalocêntrico, de caráter individualista⁽⁶⁾.

A sensibilização dos profissionais de saúde e de enfermagem está ocorrendo a partir de uma formação acadêmica que considera a família como centro do cuidado, uma vez que o estar sensibilizado é ser capaz de reconhecer a família como um fenômeno complexo que demanda apoio, sobretudo na situação de doença, considerando a importância do cuidado da família nas experiências de saúde⁽⁶⁾.

Nesse sentido, tanto o doente quanto seus familiares devem ser orientados pelos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, acerca das características da enfermidade, como ocorre a transmissão do microrganismo, ressaltando que não é necessário separar utensílios domésticos do doente. Faz-se necessário utilizar linguagem acessível e ser detalhista informando sobre os tipos de drogas, e seus efeitos, a duração do tratamento, e benefício, as reações adversas, bem como consequências do abandono do tratamento⁽¹⁶⁾. Assim como neste estudo, outras investigações apontaram que os familiares e doentes necessitam se distanciar como precaução contra a propagação da doença, seja para comer, dormir ou cozinhar⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Este distanciamento faz com que o doente seja menos propenso a compartilhar problemas e preocupações com familiares e menos motivados a prosseguir o tratamento⁽¹⁴⁾. Portanto, é necessário que haja corresponsabilidade de compromissos, envolvendo o serviço de saúde, doentes e familiares, por meio da criação de pactos que contemplem as necessidades de todas as partes. O indivíduo e seus familiares devem deter o conhecimento sobre modo de transmissão, tratamento e cuidados necessários para se tornarem protagonistas do próprio tratamento, no processo decisório de seu projeto terapêutico e para oferecerem suporte para o familiar com TB.

■ CONCLUSÕES

Os resultados quantitativos e qualitativos deste estudo mostraram que no âmbito da 15ª RS do Paraná, os profissionais que trabalham no controle da TB, tanto em ambulatórios de referência quanto nas UBS, ainda não alcançaram o desempenho esperado no desenvolvimento de ações de controle da TB com enfoque na família. A família não é incluída no processo de tratamento dos doentes por TB em grande parte dos casos e a descentralização do tratamento para as UBS, por si só, não constituiu um fator significativo que resultou na melhoria da qualidade do atendimento prestado aos usuários.

A avaliação do PNCT nos diferentes cenários fornece subsídios para a assistência realizada pelos profissionais de saúde, planejadas pelo gestor dos serviços, que em grande parte é o enfermeiro, seja direcionada para a resolução de

nós críticos que desfavorecem o cumprimento de metas propostas pela Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde do Brasil.

É necessário que o gestor do serviço inclua a avaliação das pessoas que convivem com o doente nas atividades da equipe ou estabeleça parcerias com outros serviços, no caso das unidades centralizadas, para que seja realizada busca ativa dos comunicantes respiratórios de pessoas com TB.

A principal limitação do estudo diz respeito ao fato de ter sido avaliado os serviços de controle da TB de diversas cidades, em que cada uma está inserida em um tipo de contexto e possuem singularidades que não puderam ser totalmente exploradas devido à extensão do trabalho. Contudo, o agrupamento dos municípios em UBS e ambulatórios de referência possibilitou visualizar características importantes destes serviços.

Novos estudos são necessários no sentido de produzir evidências que permitam reforçar a necessidade de qualificar os serviços de saúde na atenção à família, fonte de apoio ao paciente essencial no processo de tratamento da TB. Além disso, é importante conhecer a percepção da família frente ao adoecimento de um de seus membros por doença infecto contagiosa, suas vivências e sentimentos de medo e preocupação dada a possibilidade de ter adquirido a doença, como no caso da TB, de modo a oferecer subsídios aos profissionais de saúde que atuam nesta área.

Os resultados aplicam-se para a área de enfermagem em virtude da centralidade do tema no contexto global das políticas de saúde. Na formação do enfermeiro o estudo traz à tona a necessidade de incorporar estratégias de ensino que qualifiquem as competências e habilidades do aluno na abordagem e assistência à família durante todo o processo de formação. No âmbito da assistência e gestão de enfermagem, os indicadores estudados podem ser incorporados para avaliar e monitorar o trabalho da equipe junto à família visando desenvolver uma prática pautada na integralidade e na gestão da saúde compartilhada.

■ REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. O controle da tuberculose no Brasil: avanços, inovações e desafios. Bol. Epidemiol. 2014;44(2):1-13.
2. Presidência da República (BR), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Secretaria de Planejamento e Investimento Estratégico. Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento. Brasília (DF): IPEA; 2014.
3. Organização das Nações Unidas (US). Relatório sobre os Objectivos de Desenvolvimento do Milênio. Nova Iorque; 2014
4. Piller RVB. Epidemiologia da tuberculose. Pulmão. 2012;21(1):4-9.
5. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; 2002.

6. Silva RPG, Rodrigues RM. Sistema Único de Saúde e a graduação em enfermagem no Paraná. *Rev Bras Enferm*. 2010 fev [citado 2015 nov 10];63(1):66-72. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100011&lng=en.
7. Nogueira JA, Trigueiro SRSG, Sá LD, Silva CA, Oliveira LCS, Villa TCS, et al. Enfoque familiar e orientação para a comunidade no controle da tuberculose. *Rev Bras Epidemiol*. 2011 June [citado 2012 set 03];14(2): 207-16. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2011000200003&lng=en.
8. Oliveira SAC, Ruffino Netto 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):361-7.
9. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within organization for economic cooperation and development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res*. 2003;38(4):831-65.
10. Villa TCS, Ruffino-Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da tuberculose no Brasil. *J Bras Pneumol*. 2009;35(6):610-2.
11. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
12. Furlan, MCR. *Avaliação das ações dos serviços de Atenção Primária à Saúde no controle da tuberculose em adultos no âmbito da 15ª Regional de Saúde do Paraná [dissertação]*. Maringá: Universidade Estadual de Maringá; 2012.
13. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. 1996 out.16;134(201 Seção 1):21082-5.
14. Ministério da Saúde (BR). Taxa de mortalidade por tuberculose cai 20,7% em 10 anos [citado 2015 nov 10]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/17137-taxa-de-mortalidade-por-tuberculose-cai-20-7-em-10-anos>.
15. Neves Lis ADS, Reis RK, Gir E. Adesão ao tratamento por indivíduos com a co-infecção HIV/tuberculose: revisão integrativa da literatura. *Rev Esc Enferm USP*. 2010 dez [citado 2013 ago 16];44(4):1135-41. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400041&lng=pt.
16. Yamamura M, Martinez TR, Popolin MP, Rodrigues LBB, Freitas IM, Arcêncio RA. Famílias e o tratamento diretamente observado da tuberculose: sentidos e perspectivas para produção do cuidado. *Rev Gaúcha Enferm*. 2014 jun [citado 2015 maio 11];35(2):60-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000200060&lng=pt.
17. Lementino FS, Martiniano MS, Clementino MJSM, Sousa JC, Marcolino EC, Miranda FAN. Tuberculose: desvendando conflitos pessoais e sociais. *Rev Enferm UERJ*, 2011 out/dez;19(4):638-43.
18. Freitas MLA, Mandú ENT. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. *Acta Paul Enferm*. 2010 abr [citado 2015 maio 11];23(2): 200-205. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000200008&lng=en.
19. Rintiswati N, Mahendradhata Y, Suharna, Susilawati, Purwanta, Subronto Y, et al. Journeys to tuberculosis treatment: a qualitative study of patients, families and communities in Jogjakarta, Indonesia. *BMC Public Health*. 2009;9:158. doi:10.1186/1471-2458-9-158
20. Sukumani Joyce T, Lebesse Rachel T, Khoza Lunic B, Risenga Patrone R. Experiences of family members caring for tuberculosis patients at home at Vhembe District of the Limpopo Province. *Curationis*. 2012 Jan [cited 2015 Nov 16];35(1):1-8. Available from: http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-62792012000100003&lng=en.

■ Endereço do autor:

Mara Cristina Ribeiro Furlan
Av. Marcio Lima Nantes, s/n. Estrada do Pantanal. Vila da Barra.
79400-000 Coxim, MS.
E-mail: maracristina.mga@gmail.com

Recebido: 28.05.2015

Aprovado: 26.12.2015