

Enfoque familiar e orientação para a comunidade no controle da tuberculose

Family focus and community orientation in tuberculosis control

Jordana de Almeida Nogueira^I

Débora Raquel Soares Guedes Trigueiro^{II}

Lenilde Duarte de Sá^{III}

Cybelle Alves da Silva^{II}

Luana Carla Santana Oliveira^{II}

Tereza Cristina Scatena Villa^{IV}

Lucia Marina Scatena^V

^I Departamento de Enfermagem Clínica do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – UFPB.

^{II} Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba.

^{III} Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiátrica do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – UFPB.

^{IV} Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/EERP-USP. Área de Pesquisa Operacional da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose/REDE-TB.

^V PRODOC/CAPES.

O atual artigo resulta de pesquisa desenvolvida junto ao projeto "Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho das equipes de saúde da família no controle da tuberculose em dois municípios da região metropolitana da Paraíba", aprovada pela FAPESQ, TC 078/07.

Correspondência: Jordana de Almeida Nogueira. Av. das Falésias s/n, Condomínio Village Atlântico Sul Casa A4, Ponta do Seixas. CEP 58045-670 João Pessoa, PB. E-mail: ja_l_nogueira@yahoo.com.br

Resumo

Este estudo objetivou descrever as ações de controle da tuberculose no contexto de Equipes de Saúde da Família, segundo as dimensões “enfoque familiar” e “orientação para comunidade”. Pesquisa avaliativa seccional, realizada em 2008, que envolveu 84 profissionais de saúde. Utilizou-se o instrumento *Primary Care Assessment Tool*, validado e adaptado para atenção à tuberculose no Brasil. Os entrevistados responderam as questões segundo possibilidades produzidas por escala intervalar tipo *Likert*, à qual foi atribuído um valor entre zero e cinco. Os dados foram inseridos no programa *Statistical Package for the Social Sciences* e analisados segundo frequência e mediana. Na primeira dimensão avaliada, 67,9% dos profissionais de saúde investigam os contatos domiciliares dos casos de tuberculose; 63,1% realizam exame radiológico; 64,3% incluem a família no enfrentamento da doença; 77,4% identificam fatores de riscos; 41,7% envolvem outros setores na resolução dos problemas. Na segunda dimensão, 73,8% realizam busca de casos na comunidade; 40,5% dispõem de insumos para coleta de escarro; 50% desenvolvem trabalhos educativos e 14,3% reconhecem participação social no controle da tuberculose. A eficiência da utilização dos serviços exigirá a incorporação de ações que privilegiem a atenção à família e à comunidade, e o desenvolvimento de habilidades que ampliem os espaços de atuação dos profissionais e fortaleçam a articulação intersetorial.

Palavras-chave: Tuberculose. Atenção Primária à Saúde. Avaliação de Serviços de Saúde. Saúde da Família. Política de Saúde. Família.

Abstract

This study aimed to describe tuberculosis control actions in the context of Family Health Teams, regarding the dimensions family focus and community orientation. A cross-sectional evaluative research was carried out in 2008, with 84 healthcare workers. The *Primary Care Assessment Tool* was used, validated and adapted to assess tuberculosis care in Brazil. Respondents answered each question according to a pre-determined scale, (Likert's scale) ranging from zero to five. Data were tabulated using the *Statistical Package for the Social Sciences* software and were analyzed according to frequency and median. In the first dimension, outcomes revealed that 67.9% of health workers evaluate contact cases with diagnostic tests; 63.1% use radiology tests; 64.3% include the household to face the disease; 77.4% identify risk factors; 41.7% interface with other sectors to find solutions for the identified problems. In the second dimension, 73.8% of them perform case search; 40.5% provide inputs for sputum collection; 50% take educational actions in the community; 14.3% recognize social participation in tuberculosis control. Therefore, the efficiency of such services requires taking actions that give special attention to family and community, and the development of skills to create new spaces for professionals to act and to strengthen the interface with other sectors of society.

Keywords: Tuberculosis. Primary Health Care. Health Services Evaluation. Family Health. Health Policy. Family.

Introdução

O aumento da pobreza e da iniquidade social exclui grande parte da população do acesso a condições mínimas de dignidade e cidadania exigindo reavaliação dos enfoques tradicionais que guiam os modelos de atenção à saúde. A interação entre doentes, profissionais de saúde e comunidade, bem como a abordagem à família, durante o processo de atenção, deve ser enfatizadas para assegurar assistência integral e resolutive¹.

A família não representa apenas o elo afetivo mais forte das pessoas; é também o próprio alicerce da sua identidade social, da sua sobrevivência material e espiritual, por meio do qual se constrói seu modo de vida². Nesta perspectiva, as reformas no setor saúde retomam o foco da sua atenção para o núcleo e dinâmica familiar, a partir da implantação da Estratégia Saúde da Família, a fim de possibilitar um acesso mais igualitário e inclusivo aos grupos marginalizados que estão fortemente vulneráveis aos agravos ligados as condições precárias de vida, dentre os quais se destaca a tuberculose (TB).

No tocante à TB, o Brasil ocupa a 19ª posição entre os 22 países com maior carga da doença, notificando anualmente 94 mil casos novos³. A dificuldade em reduzir a incidência ou até mesmo erradicar a doença, relaciona-se ao aumento de problemas sociais tais como baixa renda familiar, educação precária, condições insalubres de habitação, desnutrição, alcoolismo e doenças infecciosas associadas⁴. Outros fatores apontados como agravantes se referem ao crescimento das populações marginais, à epidemia de HIV/aids, à multirresistência às drogas, ao envelhecimento da população e aos movimentos migratórios⁵. Agravam ainda este quadro a organização e qualidade do sistema de saúde, que comprometem o acesso aos serviços de saúde, a falha na distribuição de drogas antituberculosas e a falta de pessoal treinado para o diagnóstico, notificação e o acompanhamento do paciente com TB⁶.

Identificar o usuário como sujeito per-

tendente a determinado núcleo familiar e inserido em um contexto sociocultural específico é relevante para a produção de cuidados integrais, já que a definição de integralidade se harmoniza com o conceito ampliado de saúde, ou seja, com a visão da saúde como um retrato dos modos de vida das pessoas⁷. A inclusão e o envolvimento da família no cuidado ao doente de TB requerem, inicialmente, que a equipe de saúde conheça a estrutura e a dinâmica familiar, para que, em conjunto, possam estabelecer um projeto terapêutico co-responsável.

Para tal, a descentralização das ações de controle da TB para o nível da atenção básica vem determinando intervenções que se estendem ao cuidado coletivo. O modelo atual de atenção à saúde, ainda centrado no indivíduo, precisa ampliar suas ações de prevenção e promoção para o meio social familiar, pois através do mesmo podem ser conquistados avanços no planejamento e desenvolvimento de intervenções terapêuticas⁸.

O estabelecimento de novas dimensões, como enfoque na família e orientação para a comunidade nos serviços de atenção primária, faz-se portanto necessário para promover mudanças na qualidade e reforçar o compromisso e o envolvimento entre profissionais de saúde, indivíduo, família e comunidade¹.

Considerando a relevância da TB no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), objetiva-se neste estudo avaliar o cumprimento das dimensões “enfoque familiar” e “orientação para a comunidade” no tocante às ações de controle da TB desenvolvidas no contexto das Equipes de Saúde da Família (ESF) de Bayeux, PB.

Material e Métodos

Estudo transversal realizado em Bayeux, município de pequeno porte localizado na região metropolitana de João Pessoa, PB, eleito pelo Ministério da Saúde como prioritário no combate à tuberculose. No âmbito da atenção básica, o município conta com 28 ESF, distribuídas em cinco Distritos Sani-

tários de Saúde, que são responsáveis pela cobertura de 92% da população.

A população do estudo foi constituída por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) que integravam as ESF do município. Considerando que a composição das ESF é variável no que diz respeito à distribuição de ACS ($n > 1$), a seleção desta categoria foi precedida por indicação do profissional enfermeiro, segundo o critério de conhecimento do campo de pesquisa e tempo de atuação ($>$ de dois anos como ACS). Do total de 112 (cento e doze) profissionais inicialmente previstos, foram investigados 84 (oitenta e quatro). Cabe destacar que as perdas ocorridas não invalidam os resultados obtidos.

Para a coleta dos dados foi utilizado um questionário estruturado, elaborado por Macinko e Almeida⁹, adaptado e validado por Villa e Ruffino¹⁰, contendo indicadores de avaliação das ações de controle da TB segundo componentes da APS. O questionário foi dividido em oito seções, sendo que duas delas se referiam aos componentes “enfoque familiar” e “orientação para comunidade”, utilizadas no presente estudo. A dimensão **enfoque familiar** pressupõe a importância do indivíduo em seu ambiente cotidiano, tendo em vista que a avaliação das necessidades de saúde deve considerar o contexto familiar e as ameaças à saúde de qualquer ordem, além do enfrentamento do desafio dos recursos familiares limitados¹¹. Para analisar este componente no contexto da TB foram consideradas as seguintes variáveis: “organização de prontuário por núcleo familiar”; “realização de exames para a investigação da TB em todos os familiares”; “os contactantes, se necessário, realizam Raio-X”; “envolvimento da família no tratamento”; “investigação de fatores de risco e condições de vida”; “articulação setorial”.

A dimensão **orientação para comunidade** implica o reconhecimento de que todas as necessidades de saúde da população ocorrem num contexto social determinado, que deve ser conhecido e levado em consideração¹¹. Interliga a medicina clínica, a

epidemiologia e as ciências sociais, contando com apoio de pesquisas e participação do serviço na definição e caracterização da comunidade, identificação dos problemas de saúde da população, alteração dos programas a partir das necessidades e avaliação das modificações efetuadas.

Para analisar este componente foram consideradas as seguintes variáveis: “realização de entrevista com os doentes atendidos na unidade para saber se os serviços oferecidos estão respondendo às necessidades de saúde percebidas pelos doentes”, “busca de sintomáticos respiratórios na comunidade”, “visita domiciliar para identificar sintomáticos respiratórios”, “trabalha ou combina com outras instituições, para identificar sintomáticos respiratórios”, “oferece o pote de escarro a todas as pessoas com tosse que comparecem na unidade/comunidade”, “realiza propagandas/campanhas/trabalhos educativos para informar a comunidade sobre a TB” “participação de um representante da comunidade na estratégia de controle da TB”.

Os entrevistados responderam cada pergunta segundo uma escala de possibilidades preestabelecida, escala de *Likert*, à qual foi atribuído um valor de acordo com as possibilidades de respostas: 1 (nunca); 2 (quase nunca); 3 (algumas vezes); 4 (quase sempre); 5 (sempre) e 88 (não respondeu).

Os dados foram inseridos no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 11.5 for Windows) e analisados estatisticamente, contemplando valores absolutos e relativos a cada variável investigada. Posteriormente, foram analisados com base em uma medida de tendência central: a mediana. Optou-se pelo uso da mediana, por não sofrer influência de valores extremos. Cada indicador investigado foi ordenado, sendo identificado o valor que se encontrava na posição central do conjunto analisado. Atribuiu-se aos valores próximos de 1 e 2 a classificação de enfoque familiar/orientação para a comunidade “não-satisfatório”, próximo de 3 e 4 “regular”, e próximo de 5 “satisfatório”.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de

Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob o protocolo de nº 886/07. Não houve conflitos de interesses durante a construção do estudo.

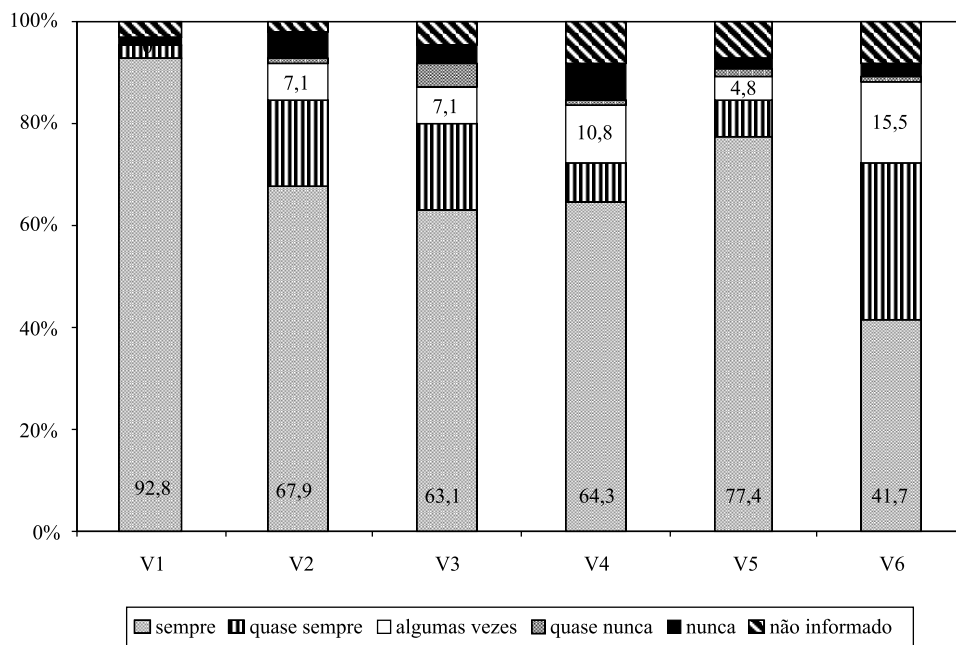
Resultados

Dos 84 profissionais de saúde investigados, 17 (20,23%) eram médicos, 22 (26,19%) enfermeiros, 23 (27,38%) técnicos de enfermagem e 22 (26,19%) agentes comunitários de saúde.

A Figura 1 apresenta a distribuição de frequência das respostas referentes à atenção oferecida pelos profissionais de saúde ao doente com TB e seus familiares. Os achados mostram que 92,8% dos profissionais de saúde entrevistados organizam os prontuários considerando o núcleo familiar. Quanto à investigação de TB nos comunicantes domiciliares, apenas 67,9% dos entrevistados informaram “sempre” realizar tal procedimento, sendo que 63,1% o realizam por meio de exame radiológico. Quanto à inclusão de familiares no processo terapêutico do doente com diagnóstico de TB, 64,3% “sempre” envolvem a família no enfrentamento da doença.

Em relação à investigação das condições de vida dos doentes de TB, 77,4% dos entrevistados “sempre” interrogam o doente quanto aos fatores de risco sociais (desemprego, disponibilidade de água potável, saneamento básico etc). Entretanto, não parece ser uma prática das ESF desencadear intervenções a partir das informações levantadas. Apenas 41,7% do total de profissionais “sempre” procuram promover articulação com outros setores na perspectiva de buscar soluções para os problemas sociais identificados. É relevante apontar que, nestes dois indicadores, respectivamente 7,1% e 8,3% dos profissionais deixaram de opinar.

Observa-se na Figura 2 que apenas 34,5% dos profissionais das ESF buscam avaliar o serviço oferecido aos pacientes de TB, 15,5% nunca o questionaram e 17,9% o fazem esporadicamente. Em se tratando



Legenda: V1. Os prontuários são organizados por núcleo familiar? V2. Os profissionais realizam investigação da TB em todos os familiares? V3. Os profissionais realizam exame de Raio-X nos contatos? V4. Os profissionais perguntam a opinião da família do doente sobre o seu tratamento? V5. Os profissionais investigam fatores de risco social ou condições de vida do usuário? V6. Os profissionais promovem articulação setorial na tentativa de resolução dos problemas identificados?

Key: V1. Are charts organized by family group? V2. Do professionals carry out TB search in all family members? V3. Do professionals perform X-rays in contacts? V4. Do professionals ask the opinion of the patient's family about their treatment? V5. Do professionals investigate risk factors for social and living conditions of the user? V6. Do professionals promote sector interface in tackling problems identified?

Figura 1 - Distribuição percentual das respostas dos profissionais das ESF segundo as variáveis da dimensão enfoque familiar. Bayeux, PB, 2008.

Figure 1 - Percentage distribution of the answers of the Family Health Team according to family focus variables. Bayeux, PB, 2008.

da busca de sintomáticos respiratórios na comunidade, 73,8% manifestaram que “sempre” realizam tal procedimento. No entanto, ao se inquirir em que circunstâncias ocorrem esta investigação, apenas 52,4% o fazem durante a visita domiciliar.

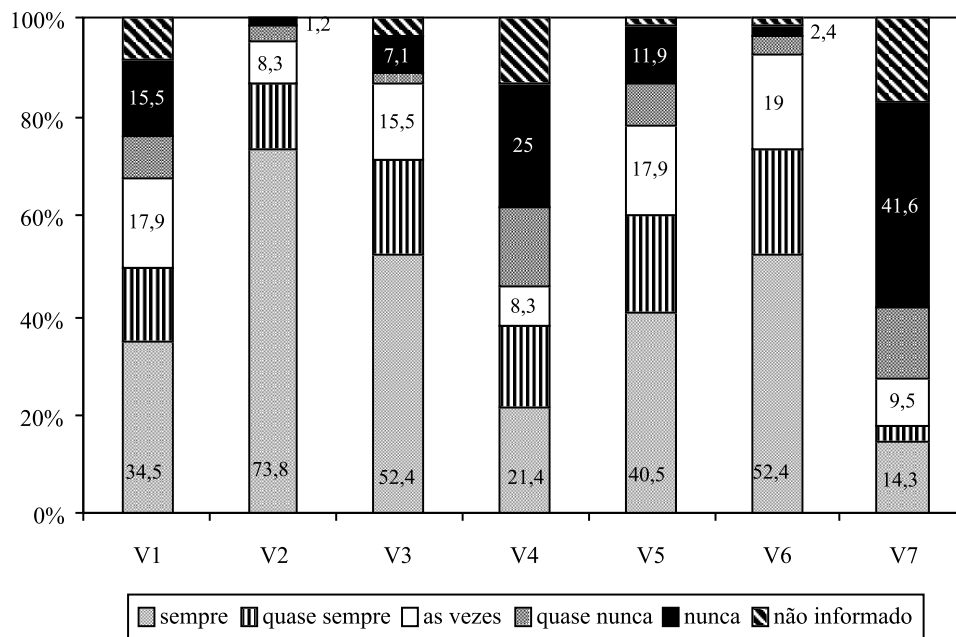
Quanto à procura de sintomáticos respiratórios em locais de rápida disseminação da doença (abrigos, asilos, presídios, manicômios), 21,4% dos profissionais manifestaram desenvolver esta ação nas instituições presentes em sua área, contrapondo-se a um elevado percentual de 43,8% da soma dos valores correspondentes às respostas “nunca”, “quase nunca” e “algumas vezes”.

Em relação à disponibilidade do serviço em oferecer o pote para coleta de escarro aos sintomáticos respiratórios que procuram o serviço de saúde, apenas 40,5% o

oferecem rotineiramente (o Ministério da Saúde – MS sugere 100%).

No que tange aos trabalhos educativos direcionados a comunidade, observa-se que 52,4% dos entrevistados apontaram que “sempre” adotam esta prática. Quanto à participação de um representante da comunidade na estratégia de controle da TB, observa-se baixa representatividade social. Os percentuais mais expressivos estão presentes na alternativa “nunca”, totalizando 41,6%. A opção “sempre” foi assinalada por 14,3% dos entrevistados e 16,7% deixaram de emitir respostas

A Figura 3 apresenta as variáveis estudadas segundo os valores medianos encontrados para o componente “enfoque familiar”. Dentre as seis variáveis investigadas apenas a “articulação setorial” apresentou escore



Legenda: V1. Os profissionais de saúde (PS) perguntam se os serviços oferecidos resolvem os problemas de saúde do doente ou da família? V2. Os profissionais realizam busca de sintomáticos respiratórios na comunidade? V3. Os profissionais realizam visita domiciliar para identificar sintomáticos respiratórios? V4. Os profissionais trabalham ou combinam com outras instituições para identificar sintomáticos respiratórios? V5. Os profissionais oferecem pote de escarro a todas as pessoas com tosse que comparecem na unidade/comunidade? V6. Os profissionais realizam propagandas/campanhas/trabalhos educativos para informar a comunidade sobre a TB? V7. Existe participação de um representante da comunidade na estratégia de controle da TB?

Key: V1. Health professionals (PS) asked if the services offered solve the health problems of the patient or family V2. Do professionals search for respiratory symptoms in the community? V3. Do professionals perform home visits to identify respiratory symptoms? V4. Do professionals work or combine with other institutions to identify respiratory symptoms? V5. Do professionals offer a sputum pot to all people with cough who go to the unit /in the community? V6. Do professionals carry advertisements / campaigns / educational activities to inform the community about TB? V7. Is there a representative of the community's strategy for TB control?

Figura 2 - Distribuição percentual referente às respostas dos profissionais das ESF segundo às variáveis do componente orientação para a comunidade. Bayeux, PB, 2008.

Figure 2 - Percentage distribution of the answers of the Family Health Team according to community orientation variables. Bayeux, PB, 2008.

inferior a 5. As demais variáveis apresentaram valores considerados satisfatórios. Chama a atenção que as variáveis “Investigação de TB nos familiares” e “Realização de Raio-X para os contatos”, e “Envolvimento da família no tratamento do doente” apresentaram valores medianos satisfatórios. Entretanto, na análise percentual (Figura 1) apresentaram desempenho inferior a 70%. Seria esperado, como atribuição das ESF, que ao se diagnosticar um caso de TB todos os familiares (100%) fossem investigados.

Quanto aos valores medianos encontrados para o componente “orientação para a comunidade” (Figura 4), observa-se que, das sete variáveis estudadas, apenas três alcançaram valores medianos satisfatórios (igual a

5). Embora a variável “Busca de sintomáticos respiratórios na comunidade” tenha alcançado escore igual a 5, a “Oferta de pote para realização da coleta de escarro” apresentou desempenho regular (valor igual a 4), o que compromete o aspecto da integralidade do cuidado. Em relação à variável “Participação de um representante da comunidade na estratégia de controle da TB”, o valor mediano encontrado (igual a 1) sinaliza deficiência de inclusão social na gestão do sistema, como preconizam as estratégias e expectativas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Discussão

A organização de prontuários por núcleo

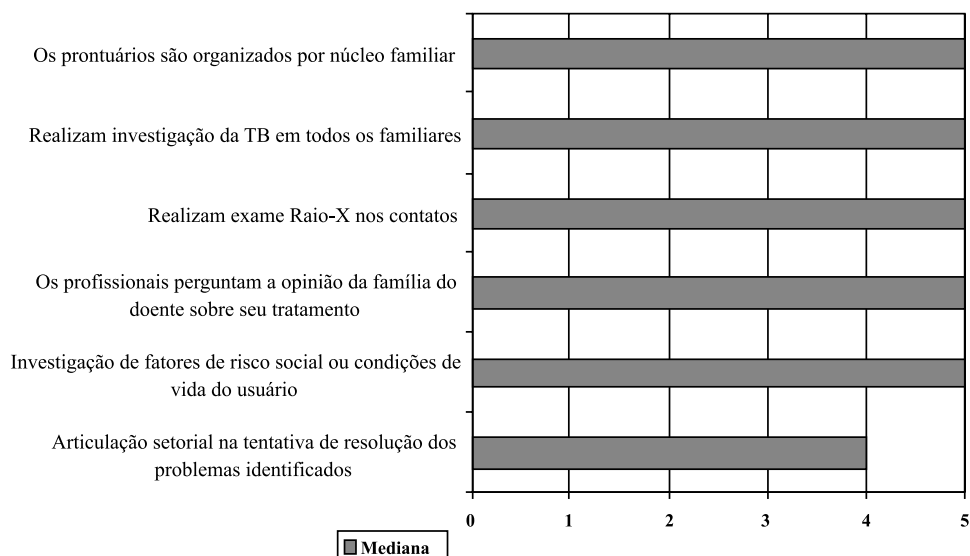


Figura 3 - Valor da Mediana segundo as variáveis relacionadas ao componente “enfoque familiar”. Bayeux, PB, 2008.

Figure 3 - Median Value according to the variables related to the component “family focus”. Bayeux, PB, 2008.

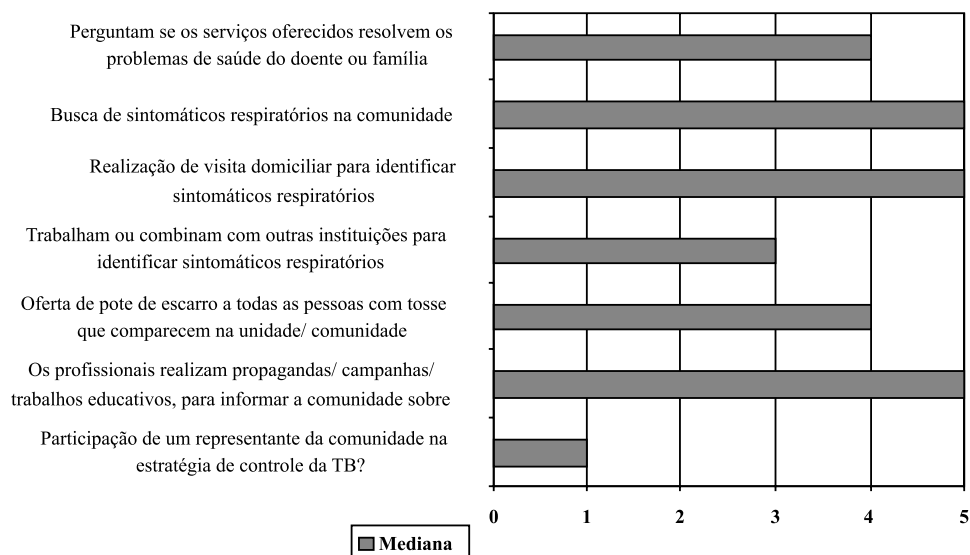


Figura 4 - Valor da Mediana segundo as variáveis relacionadas ao componente “orientação para a comunidade”. Bayeux, PB, 2008.

Figure 4 - Median Value according to the variables related to the component “community orientation”. Bayeux, PB, 2008.

familiar caracteriza-se como uma prática das ESF estudadas. No entanto, chama atenção que este recurso não deve apenas agregar informações. Organizar o cuidado aos doentes de TB requer apropriação destas informações, compreensão da dinâmica

contextual destes indivíduos e inclusão da família na elaboração de um projeto terapêutico diferenciado⁶.

Cabe ressaltar que o momento de investigação dos contatos, possibilita a aproximação da família com a ESF e oportuniza

a inclusão dos familiares no tratamento do doente de TB¹², indicador este avaliado como satisfatório por apenas 64,3% dos entrevistados. O profissional cumpre importante papel na adesão do doente ao tratamento. Entretanto, o envolvimento da família é fundamental para o enfrentamento da doença, pois influencia na adoção de hábitos, estilos e condutas relevantes para o êxito do processo terapêutico. Os indivíduos vêem a família como seu “palco mais próximo, no 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”¹³.

Tanto o doente quanto seus familiares devem ser orientados pelos profissionais de saúde acerca das características da enfermidade e do esquema terapêutico a ser seguido, utilizando linguagem acessível e detalhes como os tipos de drogas, os efeitos, a duração do tratamento, os benefícios do uso, as reações adversas, as conseqüências do abandono e sua opinião¹⁴. Soma-se a necessidade de investigar fatores de risco (intrínsecos e extrínsecos) que podem estar determinando a ocorrência da doença, bem como interferir na adesão terapêutica.

Dentre um leque de fatores que podem ser levantados, destacam-se três. O primeiro grupo diz respeito a fatores associados às preferências do indivíduo, envolvendo hábitos como tabagismo, uso de drogas lícitas e ilícitas, e sedentarismo, entre outros. O segundo grupo corresponde aos fatores exógenos, representado por doenças genéticas, acidentes ou outras causas decorrentes do ciclo de vida. O terceiro, por sua vez, é determinado pela situação socioeconômica que gera as grandes desigualdades sociais¹⁵. É consenso que pessoas com baixa renda, vivendo em aglomerados urbanos, com famílias numerosas, condições de habitação e educação precárias estão mais suscetíveis à infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis*, bem como procuram diagnóstico e intervenções tardiamente¹⁵.

Apesar de um percentual satisfatório dos entrevistados (77,4%) mencionarem

investigar as condições sociais dos doentes de TB, o uso destas informações enquanto recurso promotor de articulação com outros setores ainda é incipiente. É indispensável reconhecer que respostas efetivas no setor saúde dependem de interações sociais e ações coordenadas de diferentes setores¹⁶. Os problemas relacionados à ocorrência da TB apresentam uma diversidade de determinações, fazendo com que as propostas de resolução sejam baseadas em múltiplas estratégias, medidas e atores, que articulem ações preventivas e assistenciais. Se por um lado requer o cumprimento das ações técnicas prescritas (visita domiciliar/busca ativa de sintomáticos respiratórios/exames diagnósticos/atividades educativas), por outro convocam adicionalmente a inclusão de outros segmentos sociais.

No que tange as ações técnicas, observa-se que a visita domiciliar não se constitui amplamente como ferramenta de trabalho das ESF enquanto oportunidade para identificação de sintomáticos respiratórios. A visita domiciliar é um atributo previsto pela Estratégia de Saúde da Família e deveria subsidiar as intervenções a partir da observação direta da realidade da comunidade¹⁷. As investigações dos casos suspeitos não podem se limitar ao usuário que procura o serviço de saúde. Além do domicílio, a ESF deve assegurar a busca e identificação de casos suspeitos em locais que concentrem populações com maior vulnerabilidade ao adoecimento por TB, o que parece ainda não ser uma prática instituída.

Destacam-se nesse contexto a necessidade de os serviços/ESF desenvolverem habilidades para reconhecer a adequação das “ofertas” ao contexto específico no qual se dá o encontro sujeito/família/equipe. Observa-se por meio das variáveis investigadas que a oferta de serviços não se assenta na identificação das necessidades de saúde da população assistida. As dimensões - biológica, econômica, social e cultural - determinam a gênese das necessidades de saúde. A partir delas deveriam ser formuladas ações norteadoras dos serviços de saúde. Esta relação entre necessidade e ações de

saúde implica a avaliação da capacidade das práticas oferecidas de mudarem o estado no qual o indivíduo se encontra, atendendo ou não as necessidades de saúde¹⁸.

Ainda que a avaliação se constitua numa peça fundamental para o planejamento de atividades, na prática ainda não se estabelece como ferramenta gerencial e propulsora de tomada de decisão. Entre os profissionais pesquisados apenas 34,5% mencionaram solicitar aos usuários uma avaliação do serviço oferecido. Seria de vital importância acompanhar os efeitos das intervenções; conhecer o modo como os usuários percebem a atenção dispensada e atribuir um julgamento para as ações de saúde. Tais medidas implicariam em uma reorganização da rede de poderes e dos processos de trabalho, de modo a estimular os profissionais de saúde/comunidade a assumirem novos padrões de autonomia e responsabilidade¹⁹.

Quanto aos trabalhos educativos direcionados à comunidade, os resultados encontrados sugerem uma tímida participação de meios mais dinâmicos para informar a comunidade sobre o problema da TB. É salutar a importância exercida pela mídia na divulgação de informações e alertas para prevenção e combate à TB. Os meios de comunicação social deveriam explorar não apenas publicações de caráter informativo, mas também reivindicatório e impulsionador de mudanças, cobrando atitudes efetivas dos gestores de saúde.

Face à legitimidade e representatividade do tema, se faz necessário fomentar o diálogo e a intersetorialidade para o avanço das políticas em TB. É inquestionável e indispensável a participação dos representantes das comunidades afetadas pelo problema a fim de se obter políticas e ações sustentáveis em benefício da própria população²⁰. De modo geral, a participação popular consiste nas diferentes ações desenvolvidas pelas múltiplas forças sociais para contribuir na construção, implementação, fiscalização e avaliação das políticas públicas ou dos serviços básicos da área social: saúde, habitação, saneamento básico, transporte e educação, entre outros.

Apesar de ser uma inclusão recente, o reconhecimento da comunidade por parte do poder público trouxe ao cenário político um ator determinante de mudanças drásticas no processo de enfrentamento da TB, estimando-se um futuro promissor na luta contra essa doença²⁰. Entretanto, a inclusão e participação popular nos processos decisórios ainda são incipientes. Os resultados do estudo mostram baixa representatividade social, demonstrando que a participação destes atores não está legitimada no contexto de trabalho das ESF.

Provocar o envolvimento da sociedade civil culmina no fortalecimento da gestão por permitir a transparência, legitimidade e co-responsabilidade. Portanto, cabe aos gestores incentivar, reforçar e aprofundar a capacidade de atuação da comunidade através de meios e recursos necessários, sem esperar que isto ocorra espontaneamente²¹.

Considerações finais

Esta abordagem do cuidado voltado para o núcleo familiar/comunidade não teve a intenção de esgotar o assunto referente à temática. Pelo contrário, espera-se que a importância da inclusão destes grupos na assistência, sob um olhar mais compreensivo e abrangente, possa ser incorporada pelos serviços de saúde de modo a fortalecer o desempenho das ESF e proporcionar maior resolutividade da atenção.

Chama a atenção que, apesar de uma significativa parcela de entrevistados mencionarem identificar os fatores de risco, ainda não parece ser uma prática dos profissionais promoverem articulação com outros setores na perspectiva de buscar soluções para os problemas sociais identificados. Nesta direção, o cuidado ao doente de TB transcende a visão centrada na doença e implica em mudanças nos paradigmas para reorientar os saberes e práticas de modo a alcançarem o indivíduo em sua totalidade. O controle da TB requer integração entre os serviços de saúde, articulações com outros setores públicos, com vista a reduzir limitações das ações assistenciais que esbarram,

sobretudo nas condições socioeconômicas de cada indivíduo.

Faz-se necessário fomentar a intersetorialidade, bem como provocar e estimular o diálogo e o envolvimento da sociedade civil.

É indiscutível e imprescindível a participação dos representantes das comunidades afetadas pelo problema a fim de se obter políticas e ações sustentáveis em benefício da própria população.

Referências

1. 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).
2. Gomes MA, Pereira MLD. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10(2): 357-63.
3. World Health Organization. *An expanded DOTS framework for effective tuberculosis control: stop TB communicable disease*. Geneva; 2010.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Controle da Tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
5. Ruffino-Netto A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. *Rev Soc Bras Med Trop* 2002; 35(1): 51-8.
6. Alves R, Santanna CC, Cunha AJL. A. Epidemiologia da tuberculose infantil na cidade do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública* 2000; 34(4): 409-10.
7. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública* 2004; 20(5): 1411-6.
8. Rosa WAG, Labate RC. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005;13(6): 1027-34
9. Almeida C, Macinko J. *Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local*. Brasília: OPAS/OMS; 2006.
10. Villa TCS, Ruffino Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. *J Bras Pneumol* 2009; 35(6): 610-12.
11. 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.
12. Gazetta CE, Ruffino Netto A, Pinto Neto JM, Santos MLSG, Cury MRCO, Vendramini SHF et al. O controle de comunicantes de tuberculose no programa de controle da tuberculose em um município de médio porte da Região Sudeste do Brasil, em 2002. *J Bras de Pneumol* 2006; 32(6): 559-65.
13. Buffon MCM, Rodrigues CK. A saúde da família como enfoque estratégico para a organização da atenção primária em saúde. *Visão Acadêmica* 2005; 6(2): 96-8
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Área Técnica de Pneumologia Sanitária. *Plano Nacional de Controle da Tuberculose*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
15. Noronha, KVMS, Andrade, MV. Desigualdades sociais em saúde: evidências empíricas sobre o caso brasileiro. *Revista Econômica do Nordeste* 2002; 32: 877-97.
16. Junqueira LAP. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. *Saúde Soc* 2004; 13(1): 25-36.
17. Marcolino ABL, Nogueira JA, Ruffino-Netto A, Moraes RM, Sá LD, Villa TCS et al. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux-PB. *Rev Bras Epidemiol* 2009; 12(2): 144-57.
18. Silva, LMV, Formigli, VLA. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. *Cad Saúde Pública* 1994; 10(1): 80-91.
19. Ribeiro EM. As várias abordagens da família no cenário do Programa Estratégia de Saúde da Família (PSF). *Rev Latino-am Enfermagem* 2004;12(4): 658-64.
20. Santos Filho ET, Gomes ZMS. Estratégias de controle da tuberculose: articulação e participação da sociedade civil. *Rev Saúde Pública* 2007; 41: 111-6.
21. Valla, VV. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cad Saúde Pública* 1998; 14: 7-18.

Recebido em: 19/01/10

Versão final reapresentada em: 28/10/10

Aprovado em: 12/11/10