

INVESTIGAÇÃO DE COMUNICANTES DE TUBERCULOSE: DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

DAIANE MEDEIROS DA SILVA
DÉBORA RAQUEL SOARES GUEDES TRIGUEIRO
ANA PAULA DANTAS SILVA MEDEIROS
LUANA CARLA SANTANA OLIVEIRA
JORDANA DE ALMEIDA NOGUEIRA

Grupo de Estudo e Qualificação em Tuberculose- PPGEnf-
Universidade Federal da Paraíba- João Pessoa- Paraíba- Brasil
jal_nogueira @yahoo.com.br

1. INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB), mesmo após mais de uma década de sua declaração como problema emergencial de saúde, ainda constitui, entre as doenças infecciosas, a principal causa de óbitos entre adultos ao redor do mundo. O Brasil é um dos 22 países priorizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que abrangem 80% da carga mundial da doença, ocupando a 19ª posição no ranking em incidência de casos. Em 2010 foram notificados 70.601 casos novos da doença, com incidência de 37,9 e prevalência de 29 casos por 100.000 habitantes, respectivamente (BARREIRA, 2011).

Tais informações apontam o risco que a população tem de ser infectada ou reinfectada pelo bacilo da TB. Esse risco dependerá da intensidade e tempo de exposição ao bacilo, além de características como, idade, estado imunológico e nutricional, doenças intercorrentes, condições sócio-econômicas (MENEZES, 2002). Vale destacar que a investigação de comunicantes de pacientes com TB, constitui-se um importante meio de prevenção de ocorrência de novos casos da doença. Indivíduos acometidos pela forma pulmonar da doença, sem tratamento, são capazes de infectar anualmente 10 a 15 pessoas (GAZETTA et al., 2006).

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) estabelece como eixo estratégico prioritário para enfrentamento e controle da doença, a busca pelo diagnóstico precoce de casos estimulando a captação e exames em sintomáticos respiratórios (SR) na demanda dos serviços de saúde e na comunidade (HABIBULLAH, 2004; SANTOS, 2005). Uma vez identificado um caso novo da doença, deve-se seguir a investigação epidemiológica através da oferta de exames entre os comunicantes do doente (MONROE et al., 2008).

Embora recomendado pelo PNCT, o controle dos comunicantes como meio de diagnóstico precoce e diminuição da disseminação da doença, não tem sido adotado como prática na rotina dos serviços de saúde. Um dos obstáculos relaciona-se ao pouco reconhecimento dos profissionais de saúde quanto à importância desta ação como medida de identificação de novos casos, além da falta de acompanhamento sistemático através de registros no sistema de informação (GAZETTA et al., 2008).

Considerando a relevância da avaliação dos comunicantes e as ações de prevenção na família e comunidade como parte da vigilância à saúde, este estudo se propôs a analisar o desempenho dos serviços de saúde na investigação *de comunicantes de doentes de tuberculose*.

2. METODOLOGIA

Pesquisa epidemiológica, seccional (inquérito), de abordagem quantitativa, realizada em João Pessoa- PB, município eleito pelo Ministério da Saúde como prioritário ao controle da

tuberculose. Conta com 702.234 habitantes e organiza a atenção à saúde de forma regionalizada em cinco Distritos Sanitários com 180 Unidades de Saúde da Família (USF) perfazendo uma cobertura de 84% (IBGE, 2007). Para os casos de TB co-existem duas portas de entrada no município: USF e ambulatório especializado do Complexo Hospitalar Clementino Fraga (CHCF), considerado referência estadual para diagnóstico e tratamento da doença.

O universo do estudo foi constituído por pacientes em tratamento de TB residentes em João Pessoa, sendo excluídos os pacientes menores de 18 anos e a população carcerária. O tamanho da amostra estimada foi calculada através do programa *Statistic* (usando os comandos *Several means, ANOVA, 1-Way*) e considerando os parâmetros: probabilidade do erro tipo I = 0,05; probabilidade do erro tipo II = 0,20; variação devido ao erro = 0,2, determinou-se que seriam necessários 98 informantes (HAIR et al., 2005). A seleção dos casos foi por conveniência devido à necessidade de coletar dados de todos os doentes em tratamento. Foram necessários quatro meses (julho a outubro de 2009) para que este valor mínimo fosse alcançado.

Os dados foram coletados por meio de fontes primárias (entrevistas com doentes) utilizando-se um questionário adaptado e validado por Villa e Ruffino Netto (2009) contendo indicadores de avaliação das ações de controle da TB no âmbito da Atenção Primária a Saúde.

Para este estudo foram eleitas as seguintes variáveis: Identificação de sintomáticos respiratórios no domicílio; Investigação laboratorial e radiológica dos contatos; Realização e acompanhamento por visita domiciliar; Diálogo com a família acerca da doença e do doente; Abordagem sobre as condições de vida da família.

Os entrevistados responderam cada pergunta segundo uma escala de possibilidades preestabelecida, escala *Likert*, sendo que valor zero foi atribuído para resposta não sei ou não se aplica e os valores de 1 a 5 registraram o grau de relação de preferência (ou concordância) das afirmações. Os dados foram digitados e armazenados em planilha eletrônica do Microsoft Office Excel 2003 e transferidos para a Tabela de Entrada de Dados do *Software Statistica 9.0* da *Statsoft*. As variáveis estudadas foram categorizadas ou dicotomizadas conforme suas especificidades, comparadas entre diferentes unidades de saúde e analisadas em tabelas de freqüências com aplicação do teste qui-quadrado (χ^2) para avaliar proporções.

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba-UFPB, aprovada com o protocolo de nº 0589. Foi garantido o sigilo das informações e o consentimento por escrito foi solicitado aos entrevistados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para analisar o desempenho dos serviços de saúde que realizaram o diagnóstico da TB, optou-se por agrupá-los em três categorias: Serviços de Atenção Básica (AB) que compreendem as Unidades de Saúde da Família; Programa de Controle da Tuberculose (PCT)- Referência Ambulatorial para TB e Serviços Especializados (SE), categoria que agrupou Hospitais Gerais/ Privados, Policlínicas, Consultórios Médicos Particulares.

A Tabela 1 mostra que do total de casos diagnosticados no período estudado, 53 (54,0%) foram diagnosticados no PCT. A procura por Sintomáticos Respiratórios (SR) no domicílio foi realizada independente do tipo de serviço que diagnosticou a TB. No uso do teste de associação, ao nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$), evidenciou-se a não existência de associação entre as variáveis que caracterizam a procura por sintomáticos respiratórios no domicílio do doente pelo serviço de saúde que diagnosticou a TB ($p=0,5941$).

Quanto à visita no domicílio do doente a AB que apresentou maior percentual de cobertura, com 94,1% ($p= 0,0274$). Não houve associação entre as variáveis que analisam a avaliação dos comunicantes domiciliares com exame de escarro ($p=0,9311$), RX de Tórax ($p=0,3215$) e Teste Tuberculínico ($p=0,1007$). Entre os casos diagnosticados na AB, 58,8% dos comunicantes “nunca” foram investigados pela baciloscopia. Este percentual alcançou 69,8%

no PCT e 64,3% nos SE. O teste tuberculínico foi o exame menos requisitado nas três categorias de serviços avaliados.

Não houve associação entre as variáveis que avaliam se o serviço de saúde que diagnosticou a TB conversou com os comunicantes domiciliares sobre a TB ($p=0,5422$), e sobre suas condições de vida ($p=0,3846$).

Os resultados apontam para a necessidade de ajustes, seja no planejamento e/ou organização das ações, cujo enfoque privilegie o cumprimento das prescrições oficiais do PNCT. A investigação dos contatos caracteriza-se como uma sequência de atividades que vão desde o contato no domicílio, orientação sobre a doença, esquema terapêutico, tipos de drogas e efeitos, duração do tratamento, os benefícios do uso, e as conseqüências do abandono. Possibilita a aproximação entre familiares e profissionais de saúde e oportuniza a inclusão dos mesmos no tratamento do doente, sendo fundamental para o enfrentamento da doença, condução e êxito terapêutico (BUFFON, RODRIGUES, 2005; OLIVEIRA et al., 2009).

Tabela 1: Associação entre os serviços de saúde que diagnosticaram a TB e conduta dos profissionais de saúde para investigação dos comunicantes. João Pessoa, 2009 (n=98).

VARIÁVEL	Serviço que diagnosticou TB			p
	AB n (%)	PCT n (%)	SE n (%)	
Busca de SR no domicílio do doente				
Nunca	3 (17,6%)	10 (18,9%)	3 (10,7%)	0,5941
Às vezes	0 (0,0%)	2 (3,7%)	0 (0,0%)	
Sempre	14 (82,4%)	41 (77,4%)	25 (89,3%)	
TOTAL	17 (100,0%)	53 (100,0%)	28 (100,0%)	
Visitas no domicílio do doente				
Nunca	1 (5,9%)	15 (28,3%)	11 (39,3%)	0,0274
Às vezes	0 (0,0%)	7 (13,2%)	1 (3,6%)	
Sempre	16 (94,1%)	31(58,5%)	16 (57,1%)	
TOTAL	17 (100,0%)	53 (100,0%)	28 (100,0%)	
Avaliação dos comunicantes com BK				
Nunca	10 (58,8%)	37 (69,8%)	18 (64,3%)	0,9311
Às vezes	1 (5,9%)	2 (3,8%)	1 (3,6%)	
Sempre	6 (35,3%)	14 (26,4%)	9 (32,1%)	
TOTAL	17 (100,0%)	53 (100,0%)	28 (100,0%)	
Avaliação dos comunicantes com Raio X				
Nunca	10 (58,8%)	27 (50,9%)	14 (50,0%)	0,3215
Às vezes	1 (5,9%)	9 (17,0%)	1 (3,6%)	
Sempre	6 (35,3%)	17 (32,1%)	13 (46,4%)	
TOTAL	17 (100,0%)	53 (100,0%)	28 (100,0%)	
Avaliação dos comunicantes com TT				
Nunca	16 (94,1%)	48 (90,6%)	22 (78,6%)	0,1007
Às vezes	1 (5,9%)	1 (1,9%)	0 (0,0%)	
Sempre	0 (0,0%)	4 (7,5%)	6 (21,4%)	
TOTAL	17 (100,0%)	53 (100,0%)	28 (100,0%)	
Conversaram com os comunicantes sobre a TB				
Nunca	7 (41,2%)	25 (47,2%)	13 (48,2%)	0,5422
Às vezes	2 (11,8%)	1 (1,9%)	2 (7,4%)	
Sempre	8 (47,0%)	27 (50,9%)	12 (44,4%)	
TOTAL	17 (100,0%)	53 (100,0%)	28 (100,0%)	
Conversaram com os comunicantes sobre as condições de vida				
Nunca	14 (82,4%)	32 (60,4%)	15 (53,6%)	0,3846
Às vezes	0 (0,0%)	1 (1,9%)	1 (3,6%)	
Sempre	3 (17,6%)	20 (37,7%)	12 (42,8%)	
TOTAL	17 (100,0%)	53 (100,0%)	28 (100,0%)	

Legenda: AB- (Serviços de Atenção Básica)

PCT- (Referência para TB)

SE- Serviços Especializados (Hospitais Gerais/Particulares, Policlínicas, Consultórios)

SR- Sintomático Respiratório
BK- Baciloscopia de escarro
TT- Teste Tuberculínico

Estudo realizado em São José do Rio Preto-SP apontou insuficiência de monitoramento no controle dos comunicantes, assinalando que a atenção centra-se no indivíduo doente, isoladamente, com ações parciais sobre o comunicante e pequena valorização de ações preventivas (GAZETTA et al., 2008). Portanto a visita domiciliar caracterizaria-se como espaço privilegiado para a inclusão e envolvimento da família no cuidado ao doente de TB, bem como a oportunidade para identificação de novos casos (NOGUEIRA et al., 2011). Apesar de um percentual satisfatório de usuários atendidos pela AB terem mencionado receber atenção no domicílio, a utilização deste recurso como momento de investigação de fatores de risco ainda é incipiente. A investigação das condições de vida e de saúde da família foi mencionada como satisfatória apenas por 35 (34,6%) usuários entrevistados, ação predominantemente realizada pelos serviços especializados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção ao comunicante pelos serviços de saúde restringe-se a busca de sintomáticos respiratórios e visitas no domicílio do doente. Destaca-se deficiência na investigação bacteriológica e radiológica, baixa capacidade dos serviços na inclusão dos familiares no processo terapêutico do doente de TB. 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 alcançar o indivíduo em sua totalidade. As investigações dos casos suspeitos não podem se limitar ao usuário que procura o serviço de saúde. Os serviços de saúde devem 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.

Palavras-chave: Tuberculose; Avaliação em Saúde; Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

- BARREIRA, D. Antigo e atual problema de saúde pública. **Radis**, n. 106, p. 20-21, jun 2011.
- BUFFON, M. C. M.; RODRIGUES, C. K. A. A saúde da família como enfoque estratégico para a organização da atenção primária em saúde. **Revista Visão Acadêmica**, v. 6, n. 2, 2005.
- GAZETTA, C. E. 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. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 32, n. 6, p. 559-565, 2006.
- GAZETTA, C. E. et al. Controle de comunicantes de tuberculose no Brasil: revisão de literatura (1984- 2004). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 2, 2008.
- HABIBULLAH, S. et al. Diagnosis delay in tuberculosis and its consequences. **Pakistan Journal of Medical Sciences**, v. 20, n. 3, p. 266- 69, 2004.
- HAIR JR, J. F. et al. **Análise Multivariada de Dados**. Porto Alegre: Bookman, 2005.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. 2007. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia>. Acesso em: 10 jun. 2010.
- MENEZES, R. P. O. Projeto de implantação do controle da tuberculose nas instituições penais do município de Salvador/BA. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v. 10, n. 2, 2002.
- MONROE, A. A. et al. Envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde no Controle da Tuberculose. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 2, p. 262-7, 2008.
- NOGUEIRA, J. A. et al. Enfoque familiar e orientação para a comunidade no controle da tuberculose. **Revista Brasileira Epidemiologia**, v. 14, n. 2, p. 207-16, jun 2011.

OLIVEIRA, S. A. C. et al. Serviços de saúde no controle da tuberculose: enfoque na família e orientação para a comunidade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 77-83, 2009.

SANTOS, M. A. P. S. et al. Risk factors for treatment delay in pulmonary tuberculosis in Recife, Brazil. **BMC Public Health**, v. 5, n. 25, 2005.

Contato:

Jordana de Almeida Nogueira

Av. das Falésias 1260, casa A4.Ponta do Seixas, João Pessoa, Paraíba CEP: 58045-670

e-mail: jal_nogueira@yahoo.com.br