



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ISLAINI DE BARROS COSTA**

**PERCEPÇÃO DE COMUNICANTES INTRADOMICILIARES DE DOENTES DE  
TUBERCULOSE ACERCA DO ACOLHIMENTO E CONTROLE REALIZADO  
PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

**CAJAZEIRAS – PB**

**2014**

**ISLAINI DE BARROS COSTA**

**PERCEPÇÃO DE COMUNICANTES INTRADOMICILIARES DE DOENTES DE  
TUBERCULOSE ACERCA DO ACOLHIMENTO E CONTROLE REALIZADO  
PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado à Coordenação de Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cajazeiras, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Ms. Arieli Rodrigues  
Nóbrega Videres

CAJAZEIRAS – PB

2014

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)  
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096  
Cajazeiras - Paraíba

C837d Costa, Islaini de Barros

Percepção de comunicantes intradomiciliares de doentes de tuberculose sobre acolhimento e o controle realizado pelos serviços de saúde. / Islaini de Barros Costa. Cajazeiras, 2014.

88f. : il.

Bibliografia.

Orientador(a): Arieli Rodrigues Nóbrega Videres.  
Monografia (Graduação) - UFCG/CFP

1. Tuberculose. 2. Tuberculose - acolhimento. 3. Atenção primária à saúde. 4. Enfermagem em saúde pública. I. Videres, Arieli Rodrigues Nóbrega. II. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU –616-002.5

**ISALAINI DE BARROS COSTA**

**PERCEPÇÃO DE COMUNICANTES INTRADOMICILIARES DE DOENTES DE  
TUBERCULOSE ACERCA DO ACOLHIMENTO E CONTROLE REALIZADO  
PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado à  
Coordenação de Curso de Graduação em  
Enfermagem da Universidade Federal de  
Campina Grande, campus Cajazeiras, como  
requisito parcial à obtenção do título de  
Bacharel em enfermagem.

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/2014.

---

Prof<sup>a</sup> Ms. Arieli Rodrigues Nóbrega Videres  
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG  
Orientadora

---

Prof<sup>a</sup> Ms. Kennia Sibely de Abrantes Marques Sucupira  
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG  
Avaliadora Interna

---

Prof<sup>a</sup> Ms. Fabiana Ferraz Queiroga Freitas  
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG  
Avaliadora Interna

À **Sofia Xavier de Costa**, minha filha, que apesar da pouca idade, tem demonstrado uma grande maturidade e compreensão em relação à minha ausência durante este período da minha graduação. Obrigada pelo incentivo, credibilidade e confiança à qual você tem me dispensado. Amo muito você.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar, a **Deus** por toda a benevolência que tens me proporcionado. Pela força e esperança que diariamente são renovadas. Tu és Senhor Soberano na minha vida. Pelo levantar e deitar de todos os dias.

À **Sofia Xavier Costa**, pela paciência com qual tem compreendido a ausência destes longos anos. É por você que encontro forças para seguir sempre em frente.

Aos meus pais **Silmá Ferreira Costa e Magdala de Barros Costa** pelo incentivo, estrutura e caráter que foram determinantes para que eu chegasse até aqui. Muito obrigado por sempre estarem do meu lado.

A meus irmãos **Calina, Talita e Marcos** por acreditarem e batalharem do meu lado, por esta grande conquista. Pela convivência, companheirismo e parceria durante todos os momentos de minha vida. Amo muito vocês.

Agradeço a meus cunhados **Francisco Assis e Vicente de Paula** por todo o apoio emocional que vocês me deram.

Aos meus amados sobrinhos **Lucas Marques, Letícia Marques, Luis Carlos, Levi Elias, Lucas Assis e Gabriel Elias**, pela doação de carinho e amizade. Vocês são os pilares da minha formação como pessoa.

A família **Xavier de Almeida** que durante esses dois últimos anos cuidou da minha filha contribuindo positivamente com a formação de sua personalidade e permitindo que eu pudesse tê-la pertinho de maneira mais constante.

À **Dr. Kennedy Xavier de Almeida** pela contribuição financeira desses últimos dois anos, que foi essencial para minha formação acadêmica. Meu muito Obrigado.

À minha querida orientadora e amiga, **Arieli Rodrigues**, que sempre foi solícita em todas minhas dúvidas, receio e angústias. Não tenho palavras para expressar o quanto sou grata pela confiança e credibilidade que tem depositado em mim. Ficam aqui expressas a minha admiração e reconhecimento pela profissional e pessoa que és.

As professoras **Arieli Videres, Kennia Sucupira e Fabiana Freitas** pela relevante contribuição aos meus estudos, como membro da banca.

Agradeço a cada **docente da UFCG** que de alguma maneira contribuiu para tornar tudo isso possível, pela paciência e sabedoria com a qual nos transmitiu cada disciplina.

Aos meus amigos e companheiros da **turma de Enfermagem 2014.1**, dos quais dividimos momentos de tristezas e alegrias durante estes nove períodos. Saibam que cada um

de vocês contribui de maneira singular para a profissional que serei e muito fui acrescentada como pessoa.

À minhas amigas e companheiras **Islânia Soares e Tamilyes Cristina** por dividirem e aperfeiçoarem os conhecimentos durante toda a minha graduação. Desejo muito sucesso e sorte pra vocês. E sempre terei recordações das noites que passamos acordados estudando para as provas e seminários e estas foram muitas. Sei que a partir desses momentos que construímos a nossa amizade vai além da graduação. E que venham os concursos e mestrados para complementar o nosso conhecimento.

A **família Storolli** que apesar do pouco tempo de conhecimento usou palavras de incentivo e força para conclusão deste trabalho. Especialmente a **Sonia e Rafael Storolli** que parece nos conhecermos a anos. Vocês ocupam um lugar especial no meu coração.

A minha amiga **Maria Lucia da Silva Lopes**, que pacientemente ouviu minhas reclamações e aguentou meu mau humor durante toda minha graduação, e sempre usou palavras otimistas. Dividimos muitos momentos alegres e tristes que levarei para o resto da minha vida.

A todos os profissionais de saúde, **enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, agentes de saúde, fisioterapeutas** que contribuíram de uma forma singular para minha formação acadêmica nos diversos serviços de saúde, ESF, HRC, HUJB e HUAC. Meu muitíssimo obrigado!

Aos **pacientes** que tive a oportunidade de acompanhar durante os estágios que contribuíram de forma enriquecedora para minhas praticas e conhecimentos.

Aos **participantes** desse trabalho que contribuíram para a realização desta conquista e dividiram um pouco de seus conhecimentos e experiência de vida.

A todos meu muito obrigada!

“Nas grandes batalhas da vida, o primeiro passo para a vitória é o desejo de vencer.”

*(Mahatma Gandhi).*

## LISTA DE ABREVIATURA E SIGLA

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AD – Análise do Discurso

AIDS – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

Anti-TB – Antituberculose

APS – Atenção Primária a Saúde

BAAR – Bacilo Álcool-Ácido resistente

BK – Bacilo de Koch

BSR – Busca dos Sintomáticos Respiratório

CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia

DOTS – Directly Observed Treatment Strategy

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FSM – Faculdade Santa Maria

Hab. – Habitantes

HIV – Human Immunodeficiency Virus

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

OMS – Organização Mundial da Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência a Saúde

NVH – Núcleo de Vigilância Sanitária

O<sub>2</sub> – Oxigênio

PB – Paraíba

PCT – Programa de Controle de Tuberculose

PNCT – Programa Nacional de Controle da Tuberculose

RH – Rifampicina e Isoniazida

RHZE – Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol

RM – Ressonância Magnética

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SR – Sintomático Respiratório

RTR-TB – Rede de Teste Rápido para Tuberculose

SUS – Sistema Único de Saúde

TB – Tuberculose

TC – Tomografia Computadorizada

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDO – Tratamento Diretamente Observado

TRM-TB – Teste Rápido Molecular para a Tuberculose

USG - Ultrassonografia

COSTA, Islaini de Barros. **Percepção de comunicantes intradomiciliares de doentes de tuberculose acerca do acolhimento e controle realizado pelos serviços de saúde.** 2014. 88 f. Monografia (Curso Bacharelado em Enfermagem) – Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras-PB, 2014.

## RESUMO

**Introdução:** O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação da escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços. Os contatos intradomiciliares de doentes de tuberculose juntamente com sua família devem ser bem acolhidos nestes serviços e conduzidos a realizarem a prova tuberculínica, a radiografia de tórax e a quimioprofilaxia. **Objetivo:** Conhecer a percepção dos comunicantes intradomiciliares de doentes de tuberculose acerca do acolhimento e controle realizado pelos serviços de saúde. **Metodologia:** Estudo de natureza exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa, desenvolvido em nível domiciliar de 16 comunicantes intradomiciliares de doentes de tuberculose cadastrados nas 26 ESF do município de Sousa-PB. Foram selecionados comunicantes maiores de 16 anos e sem idade limite máxima, desde que não fossem portadores de demência ou necessidades mentais; comunicantes independentes do sexo, da escolaridade e da área adscrita (se zona urbana ou rural) e, que concordassem em participar voluntariamente do estudo após esclarecimentos éticos. Os dados coletados no mês de julho de 2014 através de uma entrevista semi-dirigida, foram analisados através da Análise de Conteúdo proposta por Bardin. Em conformidade a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Santa Maria (FSM/PB) para fins de apreciação e parecer. **Resultados:** Após sucessivas leituras foram extraídos sete eixos temáticos representativos da percepção do comunicante sobre acolhimento e controle da tuberculose: conhecimento sobre a doença, reação/comportamento do familiar após o diagnóstico do familiar, procura do comunicante pelo serviço, conhecimento sobre acolhimento, qualidade da assistência, realização dos exames e recebimento de visitas domiciliares por profissionais de saúde. Percebe-se que o acolhimento e controle são elementos essenciais para a adesão, tratamento, diagnóstico precoce e incidência dos casos de TB. Portanto comprovou-se que o conhecimento, a qualidade da assistência e do atendimento aos familiares de pacientes com tuberculose é muito importante para o controle dessa doença. **Conclusão:** É necessário reorganizar a atenção primária de saúde e viabilizar estratégias de educação e cuidado para esse grupo, sendo necessário treinamento e capacitação dos recursos humanos para prestar um atendimento e assistência de qualidade, suprimindo todas as necessidades desses usuários.

**Palavras-chave:** Acolhimento. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem em Saúde Pública. Tuberculose.

COSTA, Islaini de Barros. **Perception of household contacts of tuberculosis patients about the care and control performed by the health services**. 2014. 88 f. Monografia (Curso Bacharelado em Enfermagem) – Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras-PB, 2014.

## ABSTRACT

**Introduction:** The host in health must be understood at the same time as ethical / aesthetic / political constituent of ways to produce health technology and intervention tool in the training of listening guideline, link building, ensuring access to and accountability solving services. Household contacts of tuberculosis patients along with their family should be welcomed and conducted these services to perform the tuberculin test, chest radiography and chemoprophylaxis. **Objective:** To study the perception of household contacts of tuberculosis patients about the care and control performed by the health services. **Methodology:** The study of exploratory and descriptive, qualitative approach, developed at the household level of 16 household contacts of tuberculosis patients registered in the municipality of ESF 26-PB Sousa. Larger contacts of 16 years and no maximum age limit were selected, provided they were not suffering from dementia or mental needs; independent adjoining gender, schooling and enrolled area (if urban or rural area), and who agreed to participate voluntarily in the study after ethical clarification. The data collected in July 2014 through a semi-structured interview were analyzed through content analysis proposed by Bardin. Pursuant to Resolution 466/2012 the National Health Council, the survey was forwarded to the Ethics Committee in Research (CEP) of Santa Maria College (WSF / PB) for purposes of assessment or opinion. **Results:** knowledge about the disease, reaction / behavior of the family after the diagnosis of the family, looking at the connecting service, knowledge about host quality: After seven successive readings representative themes of perception about the communicating host and tuberculosis control were extracted assistance, conduct of examinations and receiving home visits by health professionals. It is noticed that the host and control are essential elements for membership, treatment, early diagnosis and incidence of TB. So it proved that knowledge, quality of care and to care for family members of patients with tuberculosis is very important to control this disease. **Conclusion:** It is necessary to reorganize primary health care and enable strategies to nurture and care for this group, training and development of human resources is necessary to provide quality care and service, supplying all the needs of these users.

**Keywords:** Home. Primary Health Care. Public Health Nursing. Tuberculosis.

## LISTA DE TABELA

<b>TABELA 1</b>	Caracterização dos participantes quanto à idade, gênero, estado. Civil e escolaridade.....	31
<b>TABELA 2</b>	– Caracterização dos participantes quanto à profissão, religião, renda familiar e número de pessoas por domicílio.....	33

## LISTA DE FIGURA

<b>FIGURA 1</b>	Fluxograma para investigação de contatos adultos e adolescentes (>10 anos).....	67
-----------------	---	----

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
2.1	GERAL.....	16
2.2	ESPECÍFICOS.....	16
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>17</b>
3.1	ACOLHIMENTO: FERRAMENTA NECESSÁRIA NA ASSISTÊNCIA AO DOENTE DE TUBERCULOSE E SEU FAMILIAR.....	20
3.2	AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE DISPONÍVEIS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	22
<b>4</b>	<b>MATERIAL E MÉTODO.....</b>	<b>24</b>
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	24
4.2	LOCAL DE ESTUDO.....	24
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	25
4.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	25
4.5	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	26
4.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	26
4.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	27
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCURSÕES.....</b>	<b>29</b>
5.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRAFICA DOS COMUNICANTES INTRADOMICILIARES DE PACIENTES COM TUBERCULOSE.....	29
5.2	HISTÓRIA DOS COMUNICANTES INTRADOMICILIARES.....	34
<b>5.3</b>	<b>ANÁLISE DOS EIXOS TEMATICOS.....</b>	<b>56</b>
5.3.1	CONECIMENTO DOS COMUNICANTES SOBRE TUBERCULOSE.....	56
5.3.2	REAÇÃO/COMPORTAMENTO DOS COMUNICANTES APÓS O DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSE DE SEU FAMILIAR.....	59
5.3.3	IDENTIFICAÇÃO DA PROCURA DO COMUNICANTE POR ALGUM SERVIÇO DE SAÚDE APÓS O DIAGNOSTICO DE SEU FAMILIAR.....	62
5.3.4	CONHECIMENTO DOS COMUNICANTES SOBRE ACOLHIMENTO.....	64
5.3.5	QUALIDADE DA ASSISTENCIA OFERECIDA PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE AO COMUNICANTE DE PACIENTES COM TUBERCULOSE.....	66

5.3.6	REALIZAÇÃO DE EXAMES DOS CONTATOS INTRADOMICILIARES APÓS O ADOECIMENTO DE SEU FAMILIAR.....	67
5.3.7	IDENTIFICAÇÃO DAS VISITAS (PERIODICIDADE E QUALIDADE) RECEBIDAS PELOS COMUNICANTES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	71
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>73</b>
	<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>76</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>80</b>
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	81
	APÊNDICE B – DECLARAÇÃO INSTITUCIONAL.....	82
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>83</b>
	ANEXO A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	84
	ANEXO B: TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL.....	87
	ANEXO C: TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR PARTICIPANTE.....	88

## 1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) ainda é uma doença endêmica no Brasil e, a região Nordeste está entre as regiões brasileiras com maior número de novos casos registrados (BRASIL, 2014). Apesar do tratamento com potentes quimioterápicos permitir 100% de cura e o controle efetivo da doença, a TB ainda continua com alto coeficiente de mortalidade e (re) incidência, permitindo uma reflexão sobre o atual cenário da saúde pública (BRASIL, 2014; BRASIL, 2011).

A implantação de uma política de descentralização para Atenção Básica, respeitando os pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS), são pilares fundamentais que garantem a universalidade, integralidade da atenção e equidade do acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2001), permitiu a reformulação de áreas programáticas até então estruturadas verticalmente entre as esferas federal e estadual, ampliou as ações desses programas para a Estratégia de Saúde da Família (ESF). O Programa Nacional de Controle a Tuberculose (PNCT) foi introduzido na ESF integrando os serviços e expandindo as atividades da doença. (BRASIL, 2002)

A ESF é considerada a principal porta de entrada do paciente com TB (BRASIL, 2011). E uma condição básica para o sucesso do tratamento é a adesão do tratamento, para tanto, é necessário observar as ações programáticas, acolhimento, vigilância da saúde, cidades saudáveis, promoção da saúde, informações claras e adequadas, minimizando as intercorrências no decorrer do processo terapêutico. (BRASIL, 2011; SOLLA, 2005)

A escuta do problema do paciente com TB e familiares do paciente com TB de forma qualificada, buscando a resolutividade, significa acolher o cliente, isto é, humanizar o atendimento, garantindo o acesso de acordo com os princípios do SUS (SOLLA, 2005). Desde 2003, o controle da TB é considerada uma prioridade do Governo Federal, nos últimos quatro anos foi desenvolvidas diversas atividades tais como: a introdução de um quarto fármaco básico no tratamento (etambutol), a oferta de medicamento em doses fixas e combinadas e mais recentemente os Teste Rápido Molecular para a TB (TRM-TB). Além dessas novas ferramentas, a articulação entre as esferas governamentais vem fortalecendo parcerias intra e intersetoriais para a prevenção e controle da doença. (BRASIL, 2014)

A escassez de estudo sobre o acolhimento e o controle realizado pelos serviços de saúde a familiares que convivam com paciente com TB, e praticamente a inexistência de estudos qualitativos sobre a temática voltada para os comunicantes intradomiciliares foram

determinantes para elaborar um projeto que identifique como está a qualidade de saúde no Nordeste, em particular no município de Sousa-PB.

Considerando o atual modelo de assistência onde o paciente deve ser visto como um ser holístico e que deve ser levado em consideração o meio no qual o paciente está inserido, como sua cultura, condições econômica, psíquica e social, e que a assistência de qualidade influenciará de forma direta no tratamento, questiona-se: de que forma o acolhimento e o controle realizado pelos serviços de saúde com os comunicantes intradomiciliares de doentes de tuberculose influenciará na adesão ou abandono do tratamento?

Espera-se contribuir com a equipe multiprofissional que compõe a ESF dos diversos benefícios que um acolhimento e controle eficaz e de qualidade trará tanto para a equipe como para toda comunidade acompanhada por estes profissionais, reduzindo o número de novos casos e mortes por TB, assim como subsidiar a formulação de políticas públicas que priorizem o acolhimento e o controle como diretriz da TB no SUS.

Enquanto acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, ao cursar algumas disciplinas, como Enfermagem em Clínica II e o Supervisionado I na ESF no município de Sousa-PB, teve a oportunidade de acompanhar o monitoramento e a avaliação de um paciente pós-alta de TB, despertando meu interesse em pesquisar sobre o acolhimento e controle da TB, doença esta milenar que conta com várias estratégias e políticas públicas visando o diagnóstico precoce e a eficácia do tratamento.

## **2 OBJETIVO**

### **2.1 GERAL**

Conhecer a percepção de comunicantes intradomiciliares de doentes de tuberculose acerca do acolhimento e controle realizado pelos serviços de saúde.

### **2.2 ESPECÍFICOS**

- Verificar o conhecimento dos comunicantes intradomiciliares de doentes de TB sobre a doença;
- Identificar a reação/comportamento desses comunicantes após o adoecimento de seu familiar;
- Descrever a percepção dos comunicantes intradomiciliares de doentes de TB sobre o acolhimento que receberam e/ou ainda recebem dos profissionais da ESF/AB;
- Conhecer e qualificar as ações de controle de TB realizadas pelos profissionais da saúde na visão dos comunicantes.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa, tendo como agente etiológico o *Mycobacterium tuberculosis*, também denominado bacilo de Koch (BK) sendo este um bacilo álcool-ácido resistente - BAAR. Sua transmissão é aerógena, quando núcleos secos de partículas contendo bacilos são expelidos através da fala, tosse ou espirro de uma pessoa infectada com TB ativa de vias respiratórias e são inaladas por uma pessoa sadia, permanecendo assim aberta a cadeia de transmissão (BRASIL, 2011).

Segundo Focaccia (2009), a bactéria do gênero *Mycobacterium* apresenta um longo tempo de reprodução, apresentando um crescimento rápido e lento, respectivamente, em média 3 a 18 horas. O *Mycobacterium tuberculosis* é um micro-organismo aeróbico, de crescimento lento, duplicando-se em 18 a 48 horas, dependendo de alguns fatores extrínsecos (hospedeiro) como: pH do meio, oferta de oxigênio (O<sub>2</sub>) e acesso a nutrientes. A TB é altamente contagiosa, porém, apresenta baixa virulência bacilar, o que justifica o contágio precoce e o adoecimento tardio (FOCACCIA, 2009).

Conforme mencionado por Focaccia (2009) a TB continua entre as doenças infecciosas com maior causa de morbidade e mortalidade do mundo. A pobreza é um fator socioeconômico determinante para sua permanência nos países em desenvolvimento, tal como o Brasil. Essa doença acomete principalmente pessoas em plena capacidade funcional, que vivem em situação de miséria com aproximadamente meio salário mínimo.

No Nordeste, 76% da população é considerada miserável, favorecendo a desnutrição crônica, o deslocamento para zona urbana, aumentando a aglomeração de pessoas em situações desfavoráveis e sub-humanas, com baixa imunidade, e por fim a coinfeção TB/HIV favorece a cadeia de transmissão da TB (FOCACCIA, 2009).

Mundialmente, a TB prossegue como um problema de saúde pública. Segundo o Ministério da Saúde (MS) (2011), o Brasil está entre os 22 países que detêm 80% dos casos de TB no mundo. No ano de 2009, o coeficiente de incidência foi de 38/100.000 habitantes. Assim, foram notificados 72.000 novos casos e destes, 41.000 foram bacilíferos (com baciloscopia de escarro positiva). Esses índices colocam o Brasil na 19ª posição referente à quantidade de casos e na 104ª posição referente ao número de novos casos (BRASIL, 2011).

No ano de 2012, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou que aproximadamente 8,6 milhões de pessoas tinham TB, número este em declínio em relação aos números dos anos anteriores. O índice de mortalidade no mundo também reduziu 1990-2012, sendo respectivamente 1,3 milhões para 940 mil mortes por TB (OMS, 2013).

De acordo com o MS, no Brasil foram diagnosticados 71.123 casos novos, no ano 2013 de TB, tendo uma incidência de 35,4/100.000 habitantes (hab.). Neste mesmo ano, as regiões brasileiras que apresentaram os mais altos coeficientes de incidência, quando examinadas foram o Norte com 45,2/100.000 hab., o Sudeste com 37,1/100.000 hab. e Nordeste com 34,7/100.000 hab. (BRASIL, 2014).

O Estado da Paraíba apresentou o coeficiente de incidência no ano 2013 de 28,2/100.000 hab. e, taxa de mortalidade em 2012 de 1,9/100.000 hab. Ainda no mesmo ano, 64,6% de cura dos novos casos de TB e destes novos casos 13,0% abandonaram o tratamento (BRASIL, 2014). Assim, como a maioria das Unidades da Federação do Brasil, a Paraíba não atingiu a meta de cura e abandono do tratamento preconizado pela OMS com a implantação da *Directly Observed Treatment Strategy* (DOTS) para atingir 85% de cura, 70% de detecção de casos novos e reduzir o abandono ao tratamento em 5% (BRASIL, 2014; BRASIL, 2011).

Para Brasil (2011), a principal estratégia de controle da TB é busca ativa de Sintomáticos Respiratórios (SR), e esta é uma atividade de saúde pública que identifica de maneira precoce pessoas com três ou mais semanas de tosse, sendo consideradas suspeitas de TB pulmonar, forma clínica mais frequente e a mais importante para a saúde pública, especialmente a bacilífera, pois esta mantém a cadeia de transmissão da doença. Tal estratégia tem o objetivo de identificar o mais breve os casos bacilíferos, interrompendo a cadeia de transmissão e reduzindo a incidência da TB em longo prazo (BRASIL, 2011).

A TB pode se apresentar de duas formas: TB pulmonar e TB extrapulmonar, sendo a primeira mais relevante, pois, esta forma mantém a cadeia de transmissão da TB. A segunda forma terá sua nomenclatura e avaliação dos sintomas e sinais segundo os órgãos e/ou sistemas acometidos. Deve-se levar em consideração para o diagnóstico o quadro clínico e os dados epidemiológicos do paciente (BRASIL, 2011).

De acordo com Focaccia (2009) cerca de 66% dos pacientes demoram até 3 meses para procurar assistência médica, isso porque essa doença tem evolução subaguda, insidiosa, a dor e a intensidade tendem a ser crescentes. Os sintomas respiratórios são: tosse, que está presente em quase todos os pacientes; hemoptise; dispnéia, pouco comum aparecendo nas lesões avançadas; dor torácica; rouquidão quando há comprometimento da laringe; febre na qual quase sempre a temperatura será moderada; sudorese vespertina e anorexia. No exame físico durante a ausculta sibilo, roncocal e estertores na região lesionada, geralmente posterior e apical podem estar presentes (FOCACCIA, 2009).

O diagnóstico por imagem deve ser realizado para a diferenciação com outras doenças ou para permitir a visualização de imagens sugestivas de TB. A radiografia de tórax é de

grande relevância na investigação e, a solicitação deve ser após a anamnese e a entrevista, isto porque será avaliado o quadro clínico-epidemiológico do paciente. Ainda pode ser solicitada a tomografia computadorizada (TC), ressonância magnética (RM) e a ultrassonografia (USG) (BRASIL, 2011).

O diagnóstico bacteriológico é utilizado para o diagnóstico e controle do tratamento, sendo de extrema relevância para a saúde pública. A cultura de escarro e a baciloscopia são os mais comuns, no qual o primeiro é considerado o “padrão ouro” para o diagnóstico da TB. Quando comparado a baciloscopia permite um aumento de 30% nos números dos casos. A baciloscopia por sua vez, é um método barato e bastante utilizado no Brasil, porém de sensibilidade baixa (65%) que pode estar relacionada com o processamento, transporte e qualidade da própria amostra (BRASIL, 2014).

A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia (CONITEC- MS) aprovou em março de 2013, no SUS, o Teste Rápido Molecular (TRM- TB) que tem sensibilidade de 90% e especificidade de 99% e, o resultado é entregue em 2 horas, favorecendo o início do tratamento o mais precoce e identificando casos de resistência ao esquema básico de tratamento. Foram selecionados 92 municípios, e este estão na primeira fase de implantação compondo a Rede de Teste Rápido para TB (RTR – TB) (BRASIL, 2014).

O MS (2011) aponta o tratamento como uma atividade prioritária do controle da TB, tendo em vista a interrupção da cadeia de transmissão. A combinação adequada de fármacos, doses corretas e uso por tempo suficiente associado ao Tratamento diretamente observado (TDO) são estratégias fundamentais para o sucesso do tratamento (BRASIL, 2011).

A transmissão do bacilo está presente desde os primeiros sintomas respiratórios, caindo rapidamente após o início do tratamento efetivo. Pacientes que não têm história anterior de tratamento ou resistência ao esquema terapêutico antituberculose (anti-TB) são considerados não infectantes após 15 dias e aqueles que apresentam resistência às drogas anti-TB é recomendado que a baciloscopia seja negativada para ser considerado não infectante (BRASIL,2011).

O MS (2014) evidenciou em 2009 o aumento da resistência primária à isoniazida (de 4,4% para 6%) segundo resultados preliminares do inquérito de resistência aos fármacos anti-TB. Como medida, foi incorporado o etambutol ao esquema básico de tratamento, capacitou os profissionais e ofertou medicamentos em doses fixas, permitindo a redução na quantidade de comprimidos a ser ingerida diariamente, contribuindo para a adesão ao tratamento (BRASIL, 2014).

O esquema de tratamento básico para adultos e adolescentes maiores de dez anos é indicado para as formas pulmonares e extrapulmonares (exceto meningoencefálica) infectados ou não pelo Human Immunodeficiency Virus (HIV) e retratamento, isto é, com recidiva independente do tempo decorrido ou retorno após abandono (BRASIL, 2011).

O esquema básico é realizado em duas fases, a de ataque e a de manutenção. A primeira envolve o regime com os fármacos Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol (RHZE), utilizados durante dois meses. A fase de manutenção é realizada durante quatro meses sendo usada a Rifampicina e Isoniazida (RH). Em ambos, a dose terá como variante o peso do paciente (BRASIL, 2014).

Historicamente a TB é vista como uma doença dúbia e com enormes divergências. De acordo com Pôrto (2007), no início do século XVIII, a TB assume o nuance atraente, mágico, que era ansiada pelos poetas românticos porque remetia a uma experiência incomum. Já no início do século XIX, a TB foi um recurso que os poetas usavam para expressar sua desilusão para com a sociedade, criando assim um mundo abstrato (PÔRTO, 2007).

No fim do século XIX, a TB começa ter uma representação negativa, por ser uma doença das classes inferiores, na qual o horror coletivo a circundava, tornando-a uma doença cheia de tabu, estigmatização e isolamento do doente, por não se conhecer a etiologia da doença e a ineficácia do tratamento. A partir do século XX até os dias atuais, diversos setores e profissionais da saúde tentam maximizar o processo de desmistificação da doença, havendo enormes investimentos na política da saúde pública, já que novos contornos são remodelados na área científica e da saúde. Muitos conceitos foram revistos e avaliados, hoje o doente é visto como ser holístico, as políticas foram replanejadas do ponto de vista individual, coletivo e social, inserindo o doente em seu contexto social, cultural e econômico. A TB é recaracterizada como uma doença tratável e curável (PÔRTO, 2007).

### 3.1 ACOLHIMENTO: FERRAMENTA NECESSÁRIA NA ASSISTÊNCIA AO DOENTE DE TUBERCULOSE E SEU FAMILIAR

Com a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002 (NOAS-SUS) que teve como objetivo a continuidade do processo de descentralização nos três níveis de gestão (Federal, Estadual e Municipal) tendo como foco os princípios do SUS: universalidade do acesso e integralidade da atenção, garantindo aos usuários uma assistência holística e de qualidade, na qual foi delimitado o papel da cada esfera, dessa forma esse

processo transferiu responsabilidade, recursos e prerrogativas para os governos municipais. (BRASIL, 2002)

Segundo Solla (2005) a atenção básica (AB) vem passando por uma reorganização, na qual a implantação do acolhimento na AB e nos demais setores de saúde consolida esse novo modelo de atenção à saúde respeitando os princípios e diretrizes do SUS (SOLLA.2005)

Conforme o MS acolhimento deve ser entendido como uma forma de humanização do atendimento profissional/usuário, e este será caracterizado pela escuta qualificada do usuário. O profissional deverá perceber as necessidades pessoais e/ou familiares do paciente com TB, atentando para suas singularidades sociais, biológicas e psíquicas, promovendo um atendimento responsável, solidário e comprometido com o sujeito, buscando resolubilidade efetiva do problema. (BRASIL, 2011)

Gomes e Sá (2008) destacam o vínculo na Atenção Primária a Saúde (APS) como uma dimensão relacional do cuidado, e este promoverá entre profissional/usuário uma ligação que favorece o sucesso do TDO, já que APS é considerada a porta de entrada, e neste momento deve ser construída uma relação de confiança, afinidade, responsabilidade e compromisso entre profissional/doente. Durante a construção desse processo, o profissional deve ver o paciente como sujeito, valorizando sua autonomia, necessidades e sentimentos, pois dessa forma permitirá que sejam alcançados com sucesso os objetivos traçados pela estratégia DOTS. É de crucial relevância para a adesão do tratamento que o profissional tenha como características a sensibilidade, o saber ouvir e manter a postura de proximidade tanto com usuários, familiares de pacientes com TB e a comunidade (GOMES e SÁ, 2008).

É necessário fazer uma avaliação do ponto de vista do usuário, qualificando a assistência prestada nos serviços de saúde. A fala do usuário que é visto como protagonista nesse cenário é relevante para que haja melhoria da relação entre usuário e o serviço, promovendo a democratização e descentralização do serviço. (RAMOS, 2001)

O acesso, o acolhimento e a resolutividade são elementos que estão presentes nas situações vivenciadas pelos usuários na rede básica de saúde. No que diz respeito ao acesso deve levar-se em consideração algumas variáveis que serão determinantes para o sucesso do TDO, tais como: o ponto geográfico em que esta localizada a UBS das residências dos usuários, tempo gasto e o meio de deslocamento para a obtenção do serviço, dificuldades enfrentadas para obter o atendimento, a recepção do usuário e equidade do serviço tanto para o paciente com TB como para seus familiares. (RAMOS, 2001)

O acolhimento é de responsabilidade de todos os profissionais da UBS, desde aquele com nível escolar fundamental até o profissional com nível superior. E este profissional deve

assumir uma postura humanizada, colocando-se na posição do usuário, sentindo suas necessidades e tomando medidas que supram a necessidade que trouxe aquele usuário ao serviço, assim será capaz de responder adequadamente a demanda. (RAMOS, 2001)

A resolutividade acontece quando há diminuição ou eliminação do sofrimento do usuário através do uso das tecnologias disponíveis no serviço, dessa forma o profissional estará prevenindo futuros agravamentos e promovendo saúde, permitindo que o usuário participe da escolha para sua reabilitação, isto é, permitindo que o usuário tenha autonomia em relação a seu problema. (RAMOS, 2001)

Para que o acesso, acolhimento e a resolutividade sejam qualificados como de boa qualidade na APS, Ramos (2001) enfatiza a necessidade de um fluxo organizado entre os serviços de referência e contra-referência, a qualificação dos recursos humanos e investimentos nos recursos materiais e equipamentos para proporcionar ao usuário um atendimento digno e qualificado por parte dos profissionais que atuam na atenção básica.

### 3.2 AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE DISPONÍVEIS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Segundo o MS PNCT tem como uma de suas estratégias o DOTS que tem como objetivo ampliar e fortalecer o TDO, e o controle de outras comorbidades como Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Este programa incentiva a articulação de entidades não governamentais ou da comunidade para o controle e a sustentabilidade das ações que permitirão manter o controle da TB. Uma medida importante foi a descentralização do serviço para a atenção básica, permitindo o acesso da população com maiores risco de contrair a TB, tais como, pessoas privadas da liberdade, sem tetos e indígenas (BRASIL, 2011).

A lei 8080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços, do 2º ao 5º artigo diz que todo ser humano tem direito a saúde e o Estado é responsável por garantir condições para que o usuário desfrute da mesma em sua forma plena. (BRASIL, 1990)

O PNCT se organizou em componentes e subcomponentes a fim de aperfeiçoar o planejamento e a avaliação das ações de controle da TB. Na Atenção à Saúde ficou a incumbência de prevenir, diagnosticar e assistir e na Informação Estratégica ficou responsável pela vigilância epidemiológica e monitoramento, avaliação e pesquisa do desenvolvimento humano, comunicação e mobilização social, planejamento e orçamento. (BRASIL, 2011)

A ESF tem papel relevante no controle da TB, já que é responsável por captar, atender e vincular à atenção básica os casos suspeitos de TB. E entre as competências da atenção básica estão a Busca dos Sintomáticos Respiratórios (BSR) por meio das ESF e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), coleta de exame e outros materiais para o exame de baciloscopia, indicar e prescrever o esquema básico para o tratamento, oferecer o teste anti-HIV, realizar o controle diário dos faltosos, identificar precocemente a ocorrência dos efeitos adversos aos fármacos do esquema de tratamento, realizar a vacinação da BCG, identificar e referenciar contatos ou suspeitos de TB para a prova tuberculínica, preencher os instrumentos preconizados pelo PNCT (ficha de notificação e livros de registros), encaminhar para a unidade de referência os casos com dificuldade em qualquer fase e/ou etapa do tratamento/diagnóstico, responsabilizar-se pelo bom andamento de todos os casos de sua região e oferecer apoio ao doente e/ou familiares nas questões psicossociais.

Então se espera uma assistência integral com grande apoio a todos os envolvidos de maneira direta ou indireta com a TB. (BRASIL, 2011). As coordenações estaduais, regionais e municipais devem identificar a unidades de referências. E as unidades de referências deve garantir o acesso rápido aos exames e/ou procedimento, tais como, raio-X de tórax, Tomografia computadorizada de tórax, broncoscopia com biópsia, bioquímica hepática e análise adequada do líquido pleural. Os municípios deverão incluir exames de media e alta complexidade necessários. (BRASIL, 2011)

As ações de controle de TB devem também se abranger para atenção secundária de acordo com os Programas de Controles de Tuberculose (PCT) com mobilização da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Núcleo de Vigilância Hospitalar (NVH), medicina do trabalho e demais setores (urgências/emergências, parasitologias, pneumologias, etc.) (Brasil, 2011).

A rede especializa conta com uma rede de laboratórios o Sislab que é formado por um conjunto de laboratórios, organizado por agravo e programas que exercem atividades relacionadas à vigilância em saúde e subdivididas em sub-redes de acordo com sua hierarquia e grau de complexidade. Esses laboratórios realizam procedimento como cultura, identificação e o teste de sensibilidade, tais procedimentos exigem recursos humanos, ambientais e materiais especializados (BRASIL, 2011).

Em 2013, foi publicada a portaria numero 3.110 que autorizou o repasse de 16,2 milhões do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde municipais com alta carga de TB, a fim de permitir ações de controle e prevenção da doença. (BRASIL, 2014)

Como medidas de controle da TB, além das ferramentas citadas anteriormente foi criada a Frente Parlamentar de luta Contra a TB e o estabelecimento da Subcomissão Especial, com o objetivo de analisar e diagnosticar como se encontram a situação das políticas de governo relacionada a doenças que tem como determinante a pobreza, inserindo a temática no Poder Legislativo Federal.

## 4 MATERIAL E MÉTODOS

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de natureza exploratória e descritiva com abordagem qualitativa. Escolheu-se o estudo exploratório por este permitir um conhecimento mais detalhado sobre o objeto de estudo a ser pesquisado, qual seja, a percepção de contatos intradomiciliares de doentes de TB acerca do acolhimento e controle realizados nos serviços de AB.

Kauark; Manhães; Medeiros (2010) entendem como característica da pesquisa exploratória o conhecimento pequeno sobre uma determinada temática, buscando um aprofundamento a fim de torná-lo mais evidente, seja através da construção de questões mais relevantes para conduzir a pesquisa, seja através de levantamento bibliográfico, ou mesmo, através de pessoas que tiveram experiência com o tema.

Por sua vez, o estudo descritivo tem como objetivo descrever características que tenham relação entre as variáveis através da observação dos fatos, registro, análise, classificação e interpretação sem interferência ou manipulação do pesquisador (KUARK; MANHÕES; MEDEIROS; 2010).

A abordagem qualitativa foi escolhida por descrever a complexidade de um determinado problema, analisar a interação de certas inconstantes, entender e classificar os processos dinâmicos vivenciados por um grupo social. Na pesquisa qualitativa o ambiente será o meio direto para a coleta de dados, sendo que o objetivo e a subjetividade do sujeito são inseparáveis, dessa forma imensuráveis, e os dados não poderão sofrer qualquer interferência intencional do pesquisador (PRODANOV; FREITAS, 2013).

### 4.2 LOCAL DE ESTUDO

De acordo com Videres e Simpson (2010) a entrevista deve ser realizada em um local onde o entrevistado sinta-se confortável, por isso a escolha do local é fundamental para obtenção de uma entrevista satisfatória.

A fim de conseguir melhores condições para as entrevistas, o estudo foi desenvolvido em nível domiciliar de comunicantes intradomiciliares de doentes de TB cadastrados nas 26 ESF do município de Sousa-PB, conforme conveniência e disponibilidade dos mesmos.

#### 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Conforme Prodanov e Freitas (2013), a população deve ser entendida como o universo de seres vivos e não vivos, que possuem no mínimo uma característica em comum. A amostra constitui-se em uma parte dessa população ou universo.

A população do estudo foi formada por 16 comunicantes intradomiciliares de doentes de TB cadastrados na ESF e em tratamento/acompanhamento no momento da pesquisa.

Como critérios de inclusão, foram selecionados comunicantes intradomiciliares maiores de 16 anos e sem idade limite máxima; não portador de demência ou necessidades mentais; comunicantes independentes do sexo, da escolaridade e da área adstrita (se zona urbana ou rural) e, que concordaram participar voluntariamente do estudo após esclarecimentos éticos.

Foram excluídos do estudo comunicantes intradomiciliares de doentes em alta por cura, casos de abandono ou não adesão ao tratamento; comunicantes menores de 16 anos ou idosos incapacitados de realizar a entrevista devido alguma demência ou doença mental; bem como aqueles que não desejaram participar do mesmo.

No período da coleta de dados, o município de Sousa apresentava 12 doentes diagnosticados com TB cadastrados em ESF. No entanto, só foi possível a abordagem de 8 doentes devido a acessibilidade, uma vez que dois pacientes eram muito agressivos segundo relatos da Equipe de Saúde da Família, outro foi encaminhado para o tratamento em João Pessoa e o último mudou da área que era acompanhado inviabilizando o contato com os familiares.

#### 4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para confecção do material empírico foi utilizado uma entrevista semi-dirigida, norteada por um roteiro relacionado aos dados sócio-demográficos e à percepção dos contatos intradomiciliares de doentes de TB acerca da doença e acolhimento; reação/comportamento após o adoecimento de seu familiar; a frequência de sua procura a unidade após esse acontecimento e como foi sua recepção/atendimento/assistência; realização de exames após o adoecimento do ente querido e acompanhamento pelos profissionais de saúde.

As entrevistas foram realizadas após agendamento prévio de dia e horário com os comunicantes. Foi dada preferência por realizá-las nos locais escolhidos pelos mesmos (sala,

cozinha), pois se entende que as entrevistas devem ser realizadas conforme a conveniência do entrevistado.

Almejando manter a privacidade e anonimato dos comunicantes, no ato da entrevista foi adotado o uso de pseudônimo escolhido a critério do mesmo.

#### 4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

O material empírico foi coletado no mês de julho de 2014. Priori, foi solicitada a Coordenação do Curso de Enfermagem da UFCG, campus Cajazeiras-PB, um ofício a ser encaminhado a Secretaria Municipal de Saúde para fins de apresentação dos objetivos e caráter científico do estudo pela pesquisadora responsável. Após autorização institucional, foi realizada uma busca do número de casos de TB junto ao setor de Vigilância Epidemiológica órgão responsável pelo controle dos casos da doença no município, através do cadastro contido no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Posteriormente, a pesquisadora participante dirigiu-se as unidades de saúde que possuíam casos de TB em tratamento no período da coleta de dados para apresentação do projeto e solicitação do auxílio do profissional enfermeiro e/ou dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para identificar a residência dos participantes e manter o primeiro contato entre estes e a pesquisadora. Nesse momento, os participantes foram convidados a participar voluntariamente do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Outra visita foi realizada para agendamento do dia e local das entrevistas, bem como para esclarecimentos sobre as mesmas. As narrativas foram registradas na íntegra, com o auxílio de MP4 e gravador de áudio portátil. Todas as entrevistas foram feitas individualmente e, a cada entrevista gravada recorrer-se-ia ao caderno de campo, a fim de realizar o registro das impressões sobre o contato com os participantes, bem como o ambiente em que a entrevista foi realizada e as dificuldades encontradas durante o percurso para a coleta de informações.

A autorização dos sujeitos para gravação e uso das informações foi obtida mediante a assinatura do TCLE, que além de assinado era datado. Uma cópia foi entregue ao entrevistado e a outra ficou com o entrevistador. Posteriormente as entrevistas foram transcritas e guardadas em lugar seguro e confidencial de acesso somente dos pesquisadores, em conformidade com os princípios que implicam na eticidade da pesquisa envolvendo seres humanos.

Na oportunidade, foi realizada uma visita em cada ESF para identificação dos casos de TB que estava em tratamento e acompanhamento pela equipe, sendo apresentado o estudo aos enfermeiros e ACS para a devida condução até as residências dos pacientes e que estavam em tratamento e manter o primeiro contato com os comunicantes intradomiciliares.

Neste momento, os comunicantes foram abordados em suas residências e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, sendo convidados a participar voluntariamente da mesma e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após, foram informados que a entrevista seria gravada através de um dispositivo de mídia (MP4), transcrita e textualizada. Os participantes foram muito receptivos, porem, alguns se mostraram pouco receosos, mais após esclarecimento concordaram a participar da pesquisa.

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados sócio-demográficos foram dispostos em tabelas (Tabela 1 e 2) e as questões subjetivas referentes ao objeto de estudo foram analisadas através da Técnica de Análise de Conteúdo, que segundo Bardin (2009, p.44), consiste em:

Um conjunto de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos objetivos e sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permite a inferência conhecimentos relativos a condições de produção/ recepção destas mensagens.

O procedimento de análise ocorreu em três fases sem seguir obrigatoriamente uma ordem cronológica, foram elas: pré-análise, a exploração do material, e o tratamento dos resultados, a inferência e interpretação.

A primeira fase desta organização – pré- análise- objetiva a sistematização, para conduzir as operações sucessivas de análise. Objetiva escolher os documentos a serem submetidos à análise e formular as hipóteses para a elaboração de indicadores e depois interpretá-los. Trata-se, portanto, de reconhecer que para um trabalho mais proficiente é necessário delimitar as amostragens. “A análise pode efetuar-se numa amostra desde que o material a isso se preste. A amostragem diz-se rigorosa se a amostra for uma parte representativa do universo inicial” (BARDIN, 2009, p.123).

A segunda fase –exploração do material- tem como finalidade a aplicação sistemática das informações obtidas na fase anterior. E por fim, a última fase na qual acontece um aprofundamento na questão do método e técnicas, a seguir: a organização da análise; a

codificação de resultados; as categorizações; as inferências; e, finalmente, a informatização da análise das comunicações. Para que essa seja aplicável coerentemente ao método, de acordo com os pressupostos de uma interpretação das mensagens e dos enunciados, a Análise de Conteúdo deve ter como ponto de partida uma organização (BARDIN, 2009).

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Para realização do estudo foram considerados os pressupostos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS que dispõe sobre pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 1996). Tais pesquisas devem atender as exigências éticas e científicas fundamentadas, no qual o consentimento livre e esclarecido do colaborador da pesquisa deverá ser tratado em sua dignidade, respeitado em sua autonomia e defendido em sua vulnerabilidade.

Neste âmbito, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Santa Maria (FSM/PB) para fins de apreciação e parecer.

O estudo é confidencial e aos comunicantes, lhes foram assegurados o anonimato, os benefícios resultantes do mesmo, as condições de acompanhamento, de tratamento ou de orientação e desistência em qualquer fase da pesquisa, oficializado através do TCLE.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente capítulo encontra-se dividido em três momentos. O primeiro destina-se a caracterização demográfica dos participantes, cujos dados foram organizados em duas tabelas de maneira a favorecer uma ampla visão de suas características. A partir das variáveis estudadas, como gênero, idade, estado civil, escolaridade, profissão, religião, renda familiar e número de pessoas que residem com o doente de TB, foi possível delinear o perfil sócio-demográfico dos comunicantes intradomiciliares, e assim, entender o contexto social, econômico e cultural que os cercam.

O segundo momento trata da apresentação dos relatos dos participantes acerca de sua experiência e conhecimento sobre a doença. O texto foi elaborado após a transcrição dos depoimentos e descrito na íntegra, preservando a originalidade das falas. Infelizmente, mesmo realizando duas visitas prévias a residência dos mesmos para esclarecimento quanto a pesquisa, o uso de gravador, e outros, alguns participaram não se sentiram tão a vontade para discorrer sobre a problemática, limitando-se a responder friamente as perguntas pré-elaboradas.

O terceiro momento sucede a leitura dos relatos e possibilita uma maior reflexão acerca das categorias que emergiram das entrevistas de cada participante. Assim, foram delineados os eixos temáticos com as respectivas falas, e posteriormente, foram comparados aos achados literários pertinentes.

### 5.1.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRAFICA DOS PARTICIPANTES

Primando pelo anonimato dos entrevistados, estes foram identificados por nomes fictícios escolhidos aleatoriamente no ato da entrevistas. Como a TB sempre se configurou como uma doença social que carrega um paradigma histórico milenar acerca de sua transmissibilidade e carga bacilífera, marcando profundamente a vida daqueles que eram acometidos, foi sugerido aos comunicantes que eles escolhessem o nome de uma pessoa muito importante em sua vida. No decorrer das entrevistas, caso já existisse um pseudônimo, o entrevistado era orientado a escolher outro nome.

Assim, os 16 participantes foram identificados pelos seguintes pseudônimos: Francisca, José, Maria, Francisco, Ana, Miguel, Manoel, Pedro, Joana, Mateus, Rafael, Artur, Expedito, Tomás, Gabriel e Valentina.

A tabela 1 apresenta as variáveis idade, gênero, estado civil e escolaridade.

**Tabela 1** – Caracterização dos participantes quanto à idade, gênero, estado. Civil e escolaridade.

<b>Entrevistado (a)</b>	<b>Idade</b>	<b>Gênero</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Escolaridade</b>
<b>Francisca</b>	47	F	Casada	Ensino fund. I
<b>Tereza</b>	75	F	Viúva	Sem estudos
<b>Maria</b>	64	F	Casada	Ensino fund. I
<b>Claúdia</b>	23	F	Solteira	Ensino fund. II
<b>Ana</b>	39	F	Casada	Ensino médio
<b>Emanuelly</b>	18	F	Solteira	Ensino fund. II
<b>Manoel</b>	40	M	Casado	Ensino fund. I incompleto
<b>Carla</b>	33	F	Casada	Ensino fund. II
<b>Joana</b>	20	F	Solteira	Ensino fund. I
<b>Beatriz</b>	43	F	Separada	Ensino fund. I
<b>Rafaela</b>	61	F	Casada	Ensino fund. II
<b>Lucia</b>	39	F	Solteira	Ensino fund. I
<b>Expedita</b>	47	F	Casada	Ensino fund. I incompleto
<b>Tomás</b>	40	M	Casado	Ensino fund. II
<b>Gabriel</b>	27	M	Casado	Ensino fund. I
<b>Valentino</b>	55	M	Solteiro	Sem estudos

Fonte: Dados da própria pesquisa, 2014.

De acordo com a tabela 1, em relação à variável idade, percebe-se que os comunicantes apresentaram idades entre a faixa etária dos 18 aos 75 anos, média de idade de 42 anos. A maioria (13) pode ser considerados adultos jovens, adultos socialmente ativos e economicamente produtivos, aumentando o risco de infecção, enquanto que apenas três participantes fazem parte da terceira e melhor idade. Segundo Araújo e Monteiro (2011) tem-se aumentado a incidência de casos de TB entre os indivíduos idosos, deve se ao fato da própria senescência, aumentando a sua vulnerabilidade e por esses indivíduos apresentarem uma diminuição natural do sistema imunológico do organismo (ARAÚJO; MONTEIRO, 2011). E sendo agravado pelo o nível econômico, social e cultural desse grupo.

Conforme Nogueira et al. (2008) a fase em que a TB mais acomete a população corresponde a faixa etária compreendida entre os 20 e 50 anos, aumentando a sobrecarga que a doença representa para a sociedade e para os cofres públicos. (NOGUEIRA; et.al. 2008). Segundo Monteiro e Araújo

Quanto à variável gênero, vê-se que a maioria (12) dos comunicantes era do sexo feminino, fato este que pode ser justificado pelos dados do IBGE (2010) se considerado que no ano de 2010 o município de Sousa-PB tinha aproximadamente 65.807 habitantes e, deste total, 34.008 eram do gênero feminino, sendo

No tangente a variável estado civil, a maioria dos entrevistados (09) apresenta-se com status de relacionamento de união estável, algo deveras positivo no enfrentamento da doença, sobretudo na adesão ao tratamento. Outros quatro estão solteiros, um divorciado e outro viúvo. Segundo Gonçalves et. al. (1999), em sua pesquisa que buscou avaliar os fatores de risco e incidência para os novos casos de TB, no município de Pelotas (RS), observou que os indivíduos mais jovens e solteiros tem preocupações diluídas sobre a doença e aderem menos às recomendações médicas, já os casados acreditam que possam retomar as atividades com o mesmo vigor que possuíam antes. (GONÇALVES et.al 1999)

Em relação à variável escolaridade, observa-se que dois comunicantes não possui estudos, sendo considerados analfabetos; oito possuem pouca escolaridade apresentando o ensino fundamental I incompleto (dois) e o ensino fundamental I completo (seis); outros seis possuem um grau de instrução maior tendo em vista que cursaram o ensino fundamental II (cinco) e o ensino médio (um).

Sabe-se que a baixa escolaridade aumenta a vulnerabilidade dos contatos intradomiciliares adquirirem a doença, pois está relacionada a procura dos usuários por informações nas unidades de saúde, nos meios de comunicações e com profissionais diversos, bem como, influencia na adesão ao tratamento e incidência dos novos casos.

Um estudo realizado por Queiroz (2012) objetivando analisar o conhecimento sobre TB e as atitudes dos familiares de pacientes em tratamento na APS no município de Natal-RN e outro estudo desenvolvido por Campani (2009) a fim de investigar a taxa de abandono do primeiro tratamento para tuberculose e os fatores preditores do abandono desse abandono nas unidades básicas de Porto Alegre (RS), demonstraram um nível significativo de baixa escolaridade entre os sujeitos da pesquisa, sobretudo, entre as classes de menor poder aquisitivo.

A esse respeito, Clementino (2009) enfatiza que o baixo nível escolar é um dos obstáculos na autopromoção da saúde, fazendo-se necessário que os profissionais utilizem

uma linguagem pouco científica na tentativa de se adequar ao nível de conhecimento dos usuários, para melhor atendê-los nos serviços de saúde, promovendo e prevenindo complicações.

Conforme visualizado na tabela 2, em relação a variável profissão, vê-se que seis participantes exercem a função administrativa de seus lares, três são agricultores, dois estudantes, dois realizam trabalho autônomo, uma é aposentada, outra costureira e outro é eletricitista. Observa-se uma predominância de pessoas humildes com baixo ou nenhum poder aquisitivo.

No que diz respeito a variável religião, percebe-se que a maioria (13) dos participantes são praticantes da doutrina católica, dois da doutrina Evangélica e apenas um não possui religião, se autodenominando ateu. Contudo, sabe-se que a religião/espiritualidade influencia diretamente no enfrentamento da doença, na qual o comunicante busca conforto, esperança e força para conseguir apoiar o ente querido acometido.

Martins (2008) realizou um estudo com os profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com o objetivo de investigar o conhecimento sobre acolhimento à família em Santa Catarina (RS), encontrou um predomínio do cristianismo (100%) e dentre esses cristãos a maioria (80%) declararam ser católicos.

Quanto a renda familiar total dos comunicantes, vê-se que a maioria (10) sobrevive com menos de salário mínimo, dois não possuem nenhuma renda salarial, enquanto os outros quatro recebem uma média de um a dois salários mínimos nacionais vigentes. Correlacionando-se as variáveis escolaridade, profissão e renda familiar, observa-se que o rendimento mensal é proporcional a função exercida em virtude da baixa escolaridade, uma vez que são pessoas humildes de simples profissões como agricultores, domésticas, aposentada. Logo, é esperado que com o nível de escolaridade apresentado, os participantes apresentassem uma baixa renda familiar relativa ao trabalho exercido. Tais achados vão de encontro aos achados literários quando enfatizam que a TB é uma doença que acomete a população menos desfavorecida economicamente e socialmente.

**Tabela 2** – Caracterização dos participantes quanto à profissão, religião, renda familiar e número de pessoas por domicílio.

<b>Entrevistado (a)</b>	<b>Profissão</b>	<b>Religião</b>	<b>Renda Familiar</b>	<b>Nº de pessoas</b>
<b>Francisca</b>	Agricultora	Evangélica	< 1 salário	5
<b>Tereza</b>	Agricultora	Católica	< 1 salário	5
<b>Maria</b>	Aposentada	Católica	2 salários	4
<b>Claudia</b>	Dona de casa	Católica	1 salário	3
<b>Ana</b>	Costureira	Católica	1 salário e ½	7
<b>Emanuelly</b>	Estudante	Católica	–	7
<b>Manoel</b>	Eletricista	Ateu	< 1 salário	7
<b>Carla</b>	Dona de casa	Católica	< 1 salário	9
<b>Joana</b>	Estudante	Católica	< 1 salário	7
<b>Beatriz</b>	Dona de casa	Católica	< 1 salário	3
<b>Rafaela</b>	Dona de casa	Evangélica	1 salário	5
<b>Lucia</b>	Dona de casa	Católica	< 1 salário	7
<b>Expedita</b>	Dona de casa	Católica	–	7
<b>Tomás</b>	Autônomo	Católico	< 1 salário	2
<b>Gabriel</b>	Autônomo	Católico	< 1 salário	5
<b>Valentina</b>	Agricultora	Católico	< 1 salário	5

Fonte: Dados da própria pesquisa, 2014.

Quanto a renda familiar total dos comunicantes, vê-se que a maioria (10) sobrevive com menos de salário mínimo, dois não possuem nenhuma renda salarial, enquanto os outros quatro recebem uma média de um a dois salários mínimos nacionais vigentes. Correlacionando-se as variáveis escolaridade, profissão e renda familiar, observa-se que o rendimento mensal é proporcional a função exercida em virtude da baixa escolaridade, uma vez que são pessoas humildes de simples profissões como agricultores, domésticas, aposentada. Logo, é esperado que com o nível de escolaridade apresentado, os participantes apresentassem uma baixa renda familiar relativa ao trabalho exercido. Tais achados vão de encontro aos achados literários quando enfatizam que a TB é uma doença que acomete a população menos desfavorecida economicamente e socialmente.

Um estudo desenvolvido por Queiroga et. al. (2012) no município de Campina Grande–PB objetivando conhecer as condições de vida da população e a distribuição da TB entre os 2004-2007, revelou que a gravidade e o impacto negativo da TB varia em uma razão inversamente proporcional ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Logo, indicando condições de vida precárias a maioria dos acometidos e envolvidos pela TB, apresentando maiores penalizações para a população mais desfavorecida.

Corroborando com os achados do presente estudo e com os autores supracitados, Sánchez e Bertolizze (2004) ressaltam que a ocorrência da TB está relacionada aos fatores sociais, que tem como base os modos de produção e reprodução da vida em sociedade. Incrementam que as pessoas mais vulneráveis ao adoecimento são aquelas que vivem em condições insalubres de moradia e baixa renda.

Uma variável de grande relevância para o controle da TB refere-se ao número de comunicantes por domicílio. Percebe-se que 11 participantes residem com cinco a sete pessoas, incluindo o doente de TB; quatro residem com dois a quatro pessoas e apenas um comunicante convive com nove pessoas. Tais achados são expressivos, visto que Gazetta (2006) estima um número de quatro comunicantes para cada caso diagnosticado da doença.

Menezes (1998) ao avaliar os fatores de risco para a TB no município de Pelotas-RS revelou que a aglomeração é um aspecto negativo que favorece a transmissão da doença, sendo que, o risco para o seu desenvolvimento, com quatro ou mais pessoas dividindo os mesmos cômodos, foi cerca de três vezes maiores do que os contatos extradomiciliares. Destarte, justifica-se mais uma vez a importância de desenvolvimento de estudos como esse, com foco nos contatos intradomiciliares, visto que esse grupo é o mais vulnerável a contrair e propagar a doença.

## 5.2 RELATOS DOS COMUNICANTES INTRADOMICILIARES

### RELATO DE FRANCISCA

Tenho quarenta e sete anos, sou casada, evangélica, agricultora, estudei até a quarta série do ensino fundamental, nossa renda familiar é menor que um salário mínimo e moro com mais cinco pessoas.

Sobre a tuberculose, sei que é uma doença transmitida de pessoa a pessoa e que afeta o pulmão. A pessoa tem que se resguardar para não transmitir para outras pessoas.

Ele recebeu o diagnóstico numa sexta-feira. Daí o enfermeiro pediu para a gente ir na segunda. Assim que foi descoberto que ele estava com a doença, a gente fez logo o exame. Eu e minhas três filhas fizemos um exame, aquele do braço para saber se está “tocada” pela doença ou não. Quando a gente chegou lá simplesmente fomos bem atendidos. Mandaram a gente sentar e esperar, depois conversaram sobre a doença explicando tudo como era e como não era a convivência com a pessoa que tinha essa doença.

Quando descobri que ele tinha tuberculose fiquei um pouco triste, porque uma pessoa com um caso desse na família! A gente se abala mesmo. Mas levei a frente. Ajudei-o no tratamento, todo tempo conversava dava força para ele e assim a gente chegou lá.

Ele recebeu o diagnóstico numa sexta-feira. Daí o enfermeiro pediu para a gente ir na segunda. Assim que foi descoberto que ele estava com a doença, a gente fez logo o exame. Eu e minhas três filhas fizemos um exame, aquele do braço para saber se está “tocada” pela doença ou não. Quando a gente chegou lá simplesmente fomos bem atendidos. Mandaram a gente sentar e esperar, depois conversaram sobre a doença explicando tudo como era e como não era a convivência com a pessoa que tinha essa doença.

Assim que ele começou os sintomas, procurei o posto de saúde e eles me orientaram a levá-lo a Policlínica. Lá ele fez uns exames, que deu tudo negativo e, lá mesmo ele começou o tratamento. Fomos bem atendidos.

Em relação ao acolhimento, acho que é você chegar em uma recepção e ser bem recebida, atendida com educação.

As visitas da ESF são realizadas pela agente de saúde todos os meses. É a única da saúde que nos visita. Ela não pode estar aqui todos os dias porque a gente sabe que a luta dela é grande, mas, ela sempre procura saber como ele estar, se está tomando o medicamento. A

enfermeira também, ela sempre vinha conversar comigo e me orientar. Hoje o médico e a enfermeira não vêm porque a gente vai ao postinho.

A enfermeira sempre prestou assistência e sempre conversou comigo. Ela dizia que qualquer coisa que eu precisasse podia procurá-la porque ela estava à disposição para ajudar, para conversar comigo.

## **RELATO DE TEREZA**

Tenho 75 anos, sou viúva, católica, analfabeta, agricultora, a renda familiar de minha família é abaixo de um salário mínimo e moro com cinco pessoas em minha residência.

Sobre a tuberculose não entendo nada. Não sei te dizer qual foi minha reação após o adoecimento do meu genro. Sei que procurei o postinho e toda vez que chego lá sou bem recebida. Após seu adoecimento realizei o exame e foi tudo bem.

Não sei dizer o que é acolhimento, mas sempre fui bem assistida pelos profissionais de saúde, eles conversam com a gente.

A agente de saúde quase toda semana vem aqui, conversa com a gente, explica, peço para tirar minha pressão e tudo bem satisfeita. Quando a gente não pode ir lá, ela vem, faz uma visita aqui pra gente.

## RELATO DE MARIA

Tenho sessenta e quatro anos de idade, sou casada, católica, estudei até o ensino fundamental I, sou professora aposentada, a renda da minha família é de dois salários mínimos e residem comigo quatro pessoas.

A tuberculose é uma doença muito grave, contagiosa que afeta o pulmão. É uma doença transmissível, que passa de uma pessoa para outra.

No caso do meu esposo é uma tuberculose, mas não é tuberculose pulmonar. Minha menina sabe de tudo, mais eu não sei. A tuberculose dele é no intestino devido a fungos e bactéria. Ele está fazendo o tratamento durante seis meses porque essa forma da doença não é contagiosa. É tanto que o médico de João Pessoa respondeu que não era preciso separar nada porque a dele era do outro tipo.

Foi mais proveniente do fumo também, porque ele fumou muitos anos. Ele esteve entre a vida e a morte, mas graças a Deus ele está aí, bem. Essa é uma tuberculose diferente. Eu não sei lhe dizer muita coisa sobre ela, mas da outra sei porque morreu uma irmã minha tuberculosa.

Na minha família já teve outro caso da doença. Nessa época, em 1966 era difícil. Foi assim: ela gripou, uma gripe muito forte, teve febre, tosse, fastio, não comia nada. Meu marido também não se alimentava. Nisso os sintomas são bem parecidos, mas a dele veio com vômito, falta de ar, sensação de barriga cheia, por isso ele não comia. Minha irmã não, começou com uma gripe forte, tossindo muito forte, tossia até vomitar, muita febre alta e foi ficando sem querer se alimentar, perdendo muito peso.

Minha irmã foi isolada, retirada de casa. Nessa época mesmo eu tinha 16 anos e tinha um irmão menor. Ela ainda foi a Cajazeiras, mas o médico falou que era uma doença que não tinha cura, já estava em estagio bem avançado. Ele aconselhou que arrumasse um canto separado para colocá-la de modo que as pessoas de menor idade não podiam ter contato, só as mais velhas, no caso papai e mamãe. Ela ainda tomou alguns medicamentos, sentia muita dor nas costas, por trás das costelas e tinha um chiado, quando respirava você ouvia, ela tinha aquela secreção!

Às vezes melhorava um pouco, daí a gente se animava. Depois gripava novamente, voltava a ter febre alta, muita tosse, muita fraqueza, palidez. Logo ela faleceu. As coisas da tuberculose eu sei contar bem porque convivi com ela.

Olha meu marido... A agente de saúde sabe e todo mundo sabe da história dele. Foi praticamente desenganado aqui em Sousa, porque era muita coisa, ele sempre foi uma pessoa

teimosa, até o mês de janeiro ele fumou muito, fumava muito mesmo. Daí esse médico do Regional, que para gente não foi um médico, foi um amigo, uma pessoa maravilhosa, criatura divina. Os médicos não queriam operá-lo, falavam para mim, que era muito grave, que ele tinha poucas chances. No dia da cirurgia mesmo, o anestesista falou para minha menina que por ele não fazia a cirurgia dele aqui, porque ele estava certo que aquilo era um câncer. Paguei 900 reais de uma tomografia e deu muito grande, aquele negócio. O médico tinha certeza absoluta que era CA, pelo tamanho, pelo jeito dele, as coisas e ele não sentia dor.

Minha reação foi rezar, pedir a Deus força, coragem e fé. Eu sempre dizia ao povo e a mim mesmo que enquanto vida há esperança, e que Deus ia operar na vida dele. As enfermeiras mandavam eu rezar, perguntavam se eu era católica? Sou, levava meu terço e rezava. Ele ficou isolado, o pessoal entrava no quarto tudo de máscara, era aquela coisa constrangedora. Até mesmo em João Pessoa. Eu me sentia mal com tudo isso. Muita gente e só nós dois de máscara! Até então, o pessoal pensava que era da contagiosa, da tuberculose pulmonar.

Ele foi para um hospital em João Pessoa, eu não sei bem o nome. É de doenças pulmonares, dessas doenças como tuberculose, seja pulmonar ou não. Doenças infectocontagiosas. Fomos para o pneumologista e fizeram duas biópsias. Como eu te disse, ele magrinho, as calças amarradas para não cair. Meu Deus! Eu que dava banho e vestia, ele não tinha força pra nada.

No hospital mesmo, ele passou nove dias em dieta zero. Ele tomou uma alimentação por um cateter introduzido na veia. Ele esteve mal, muito mal. A pressão dele chegou a 60 x 40, a diabetes a 370 e pouco. Ele não era diabético, mas devido a doença ficou assim.

Quem cuidava dele era minha menina que terminou o curso técnico de enfermagem. Mas na verdade, o tratamento dele foi todo particular, porque foi de urgência. O médico dava pouco tempo de vida ou fazia o tratamento. Ou seja, ou a gente tinha dinheiro para fazer particular ou ele morria.

Está com 15 dias que ele parou de drenar secreção. A fissurazinha já está fechada, já não coloca mais nem curativo!

Procurei o postinho só agora, porque até então era minha filha quem falava com as meninas do postinho. A primeira vez que eu fui no postinho foi agora porque ela foi embora, mas fui bem atendida. A enfermeira é um amor de pessoa, muito legal.

Para mim, acolhimento é ser bem acolhida. Não existe coisa pior do que você chegar em uma repartição, seja ela qual for, e ser mau recebida. Na casa de Sousa por exemplo, eu

me sentia péssima vendo ele bem magrinho, com muita secreção, trocando o curativo direto, me sentia mau.

Até o momento, depois que ele adoeceu não realizei nenhum exame pra tuberculose. O exame que eu faço é verificar a pressão e a diabetes.

Aqui em casa só recebo a visita da agente de saúde, mas não para falar de tuberculose, mas sobre os remédios. Ela vem avisar quando tem remédio ou quando tem algum exame. Sou hipertensa, tenho colesterol alto e faço todo mês o teste de glicemia.

## RELATO DE CLAUDIA

Tenho vinte e três anos, sou solteira, católica, estudei até o ensino fundamental II completo, sou dona de casa, a renda da minha família é de um salário mínimo e três pessoas residem comigo.

A tuberculose pode atingir vários órgãos, dependendo do tipo, como a dele, que deu no intestino. O sintoma que ele apresentou foi só a falta de apetite, não queria comer e quando comia um pouquinho de nada já sentia que estava com o estômago cheio.

Quando descobri o que ele tinha reagi normalmente, sem medo, nem nada. Nunca procurei nenhum serviço de saúde depois que ele adoeceu, nem muito menos fiz qualquer tipo de exame.

Acolhimento no postinho de saúde é acompanhar direitinho, a agente de saúde tem de manter a discrição sobre os problemas, vir na casa da pessoa, saber como anda o estado do doente. Graças a Deus ele foi bem acompanhado, até hoje... Ele foi bem acolhido.

Eles deram uma boa assistência, ajeitaram uma viagem dele para João Pessoa e de lá eles encaminharam para a ESF. Aqui a agente de saúde cuidou de tudo, dos remédios. Veio todo mundo aqui quando ele estava com o curativo para retirar os pontos. O medicamento vem para o postinho e tia vai pegar. A visita que recebo é da assistente de saúde, ela é bem simpática e atenciosa.

## RELATO DE ANA

Tenho trinta e nove anos, sou católica, casada, concluí o ensino médio, sou costureira, a renda da minha família é um salário e meio e sete pessoas moram comigo em minha residência.

Não sei dizer o que é tuberculose, mas sei que os sintomas são perda de peso, tosse e febre. O órgão atingido é o pulmão.

No momento que eu descobri que ele estava com tuberculose, para ser sincera, fiquei preocupada, mas depois, já não tinha o que fazer. Não tive preconceito nenhum.

Após o adoecimento dele procurei a enfermeira na policlínica, ela pegou o nome de todo mundo, mas depois de algum tempo disse que não tinha necessidade de todos fazerem exames agora, só se alguém aparecesse com algum sintoma. Fui bem recebida na policlínica, todo mundo me recebeu bem. Eles explicaram um pouco sobre a doença. Fui bem assistida pelos profissionais de saúde.

Após o diagnóstico dele não fiz nenhum exame, porque na verdade os exames que foram feitos nenhum deu positivo. O tratamento foi iniciado porque a médica disse que pela sua experiência ele estaria com TB, mas o exame de escarro não deu positivo. Já o exame do braço não foi feito por falta de material na policlínica segundo o que me foi repassado. Era pra ele ter feito outro exame de escarro na segunda-feira, há 15 dias atrás, só que ele não foi.

Acolhimento eu não sei responder ao certo o que é não. Acho que acolher é tratar bem. É ser assistida por pessoas especializadas.

Recebi uma visita da enfermeira acho que tem uns 12... Entre 12 a 15 dias, não sei direito. A agente de saúde não veio. Quando a enfermeira chegou, eu não estava em casa, estava em Sousa. Ela chegou, me procurou, e como eu não estava, foi à casa de minha prima e perguntou por ele. Falou tudo o que deveria ser feito, que todo mundo procurasse a policlínica para tomar a vacina; que separasse as coisas dele. Na policlínica também disseram que, todo mundo que teve contato com ele, tinha que usar tudo separado. Após o tratamento de 15 dias, já podia misturar as coisas novamente porque não tinha mais perigo, exceto se ele falhasse com a medicação. A enfermeira foi embora e quando cheguei me repassaram essa informação.

## RELATO DE EMANUELLY

Tenho dezoito anos, sou solteira, católica, estudante, tenho o ensino médio, a renda da minha família é de um salário e meio e na minha residência moram sete pessoas.

A tuberculose é uma doença contagiosa que atinge os pulmões, e após 15 dias do começo do tratamento não contagia mais. Se o doente parar o tratamento o quadro regride e ela volta a ser contagiosa. Por ser tratada com antibiótico o organismo pode se tornar resistente piorando o quadro. Não é um bicho de sete cabeças, tem tratamento e tem cura, só que ela pode progredir e virar um problema mais sério se não for tratada. Os sintomas são tosse seca sem motivo por mais de quinze dias, dor no peito e febre.

Após o diagnóstico dele fiquei com um pouco de medo, mas depois, passou. Caso eu viesse a contraí-la, faria o tratamento e pronto. Nunca fiz nenhum exame depois disso. Ninguém nunca disse nada, também não procurei o postinho! E até o momento não recebi visita de nenhum profissional.

Eu não sei o que é acolhimento, mas posso te dizer que, na medida do possível ele foi bem assistido, não foi mais porque ele não quis. Ele não aderiu muito bem ao tratamento. Não por causa da reação do medicamento, e sim devido a natureza dele mesmo que não é boa, ele ficava fugindo o tempo todo.

## RELATO DE MANOEL

Tenho quarenta anos, sou casado, ateu, estudei até a segunda série do primário, sou eletricitista, prefiro não mencionar minha renda familiar e vivo com sete pessoas em minha casa.

São sintomas da tuberculose a tosse, a febre e perda de peso. É contagiosa até o indivíduo começar o tratamento. O perigo de contágio não sei especificar, mas é bastante contagiosa.

Minha primeira reação assim que soube que ele tinha a doença foi procurar o posto de saúde, uma pessoa competente para indicar os melhores caminhos para a gente cuidar da doença em si, começar a ter mais cuidado, como separar copo, evitar um pouco de contato até a pessoa começar o tratamento, ter o cuidado também em não expor a pessoa porque a gente não se senti muito bem, afinal é uma doença que causa um pouco de constrangimento também. A gente sempre nota um pouco de recuo, de cuidado, de preconceito mesmo dos vizinhos.

Nós procuramos o posto de saúde, mas não posso falar como foi à recepção porque ele foi cuidado pela minha esposa, pela esposa dele e outros parentes. Mas, segundo o que me passaram, o atendimento deixou um pouco a desejar, porque o pessoal está muito na base da teoria, em relação a dizer 'vamos cuidar', 'vamos fazer isso rápido'. Eles têm essa preocupação de lhe ensinar o que fazer, mas a ação deles em si está muito devagar.

Sobre acolhimento, entendo que a pessoa deve ser receptiva, ter dedicação àquela pessoa ou tratá-la bem. Nós somos bem assistidos. É como falei, tem alguns casos que eles deixam a desejar, porque a nossa região também para alguns tipos de doença não oferece nenhuma especialização, você tem que procurar tratamento fora, como por exemplo, a gente, que teve de ir com ele para Patos. Não foi por medo, foi por questão de exames mais específicos, que não sei por qual motivo eles não passaram que o serviço oferecia todos os exames completos do paciente.

Não deram suporte. É isso que eles não estão relacionando, o grau de gravidade da doença com a assistência. Eles querem assistir uma pessoa com um grau desses como se estivesse tratando uma gripe ou então uma pneumonia, que é um pouco menor, vamos dizer assim, menos grave.

Não realizei nenhum exame após o adoecimento dele. Chegamos a comprar os aparelhinhos para fazer o exame de escarro, mas é como falei, eles não estão esclarecendo,

dizendo “olha pessoal, vocês têm que fazer esses exames; vocês têm que ir na secretaria procurar esse médico ou ir para o hospital”. Nada disso! Isso tudo é meio vago, sabe?

Você sabe que tem que fazer, até mesmo porque hoje em dia, algumas pessoas podem até não saber explicar ou ir mais profundo, mas todos têm o conhecimento do que é tuberculose ou uma doença mais grave, como um problema de pressão, de coração. O problema é que aqui está faltando esse tipo de assistência, de alguém ser mais específico. O pessoal do posto sabe, mas não repassa. E veja, depois que ele adoeceu não recebi nenhuma visita dos profissionais de saúde.

## RELATO DE CARLA

Tenho trinta e três anos, sou casada, católica, estudei até o ensino médio incompleto, sou dona de casa, a renda da minha família é menor que um salário mínimo e moram comigo nove pessoas.

Não sei quase nada sobre tuberculose, não sei o órgão que atinge e também não sei nenhum sintoma da doença.

Quando descobri que ela tinha tuberculose fiquei sem acreditar, não me senti muito bem, achei bem diferente, era para ser outro tipo de tratamento. Não procurei nenhum serviço de saúde, mas sempre que vou ao postinho sou bem atendida, tanto pela enfermeira quanto pela agente de saúde.

Acredito que acolhimento acontece quando a gente está passando por uma coisa e os profissionais dão força.

Sempre vamos procurar a médica de pulmão na Policlínica, mas ela não recebe ninguém bem. A gente está conversando uma coisa e ela vem toda abusada. Não gostei do atendimento dela não! Nem conversou com mãe, passou ligeiramente um remédio. Ela (mãe) se queixa muito da dor no peito esquerdo, ou melhor no direito, mas a médica fez de conta que não ouviu.

Ela está perdendo peso, tinha quarenta e dois quilos e, só nesse mês perdeu dois, está com quarenta e com muita tosse. Após o adoecimento dela não realizei nenhum exame. Mãe é que bateu o raio-X, o eletro de coração e exame de escarro, que deu positivo. Atualmente só recebo visitas da agente de saúde.

## RELATO DE JOANA

Eu Tenho vinte anos, sou solteira, católica, estudo o sexto ano do ensino fundamental II, a renda da minha família é abaixo de um salário mínimo e moram na minha casa sete pessoas.

Os sintomas da tuberculose são a tosse, a febre, a palidez e o emagrecimento. O pulmão é o órgão afetado.

Quando descobri que ela tinha tuberculose minha reação foi evitar o contato. Se eu falar com ela, uso mascara. Não foi indicação de ninguém o uso de mascara, mas uso para não pegar infecções porque sei que essa doença é contagiosa.

Não procurei nenhum serviço ou profissional da saúde após o adoecimento de minha avó e não fiz nenhum exame. Nenhum profissional veio aqui falar sobre a doença, só o agente de saúde, que vem de mês em mês, para indicar o teste de diabetes, essas coisas. Mas sobre a tuberculose, nada.

Infelizmente não sei te dizer o que é acolhimento.

## RELATO DE BEATRIZ

Tenho quarenta e três anos, sou separada, católica, estudei até o quarto ano do ensino fundamental I, sou do lar, a renda da minha família é menor que um salário mínimo e moram três pessoas comigo em minha casa.

Sobre tuberculose, primeiramente cuidei do meu ex-companheiro que é presidiário. Ele apanhou isso lá dentro. Todo mundo fala que meu filho pegou dele devido a convivência dentro de casa.

Meu menino sentia muita dor, escarrava sangue, e de noite não dormia dizendo que estava com dor nas costelas e na cabeça. Eu me levantava, às vezes fazia um chá e dava para ver se combatia o mal. Chamava para ir ao hospital, mas ele dizia que não ia, que se tivesse de morrer, morreria em casa. Mesmo assim, o levamos ao postinho. O médico mandou o encaminhamento para ele ir ao Hospital Regional bater um raio-X. Meu esposo o colocou na bicicleta, mesmo sem ele querer ir. Chegando lá tomou uns soros, fez o raio-X e acusou isso aí. Ele passou logo os medicamentos.

Fiquei conformada após o adoecimento dele, porque já tinha lutado com a doença. O tratamento também foram seis meses, justinho. Fiquei conformada, muitas e muitas noites eu chorava com pena dele, sem aguentar a rede nem a cama. Arrumei um colchão com uma colega minha e coloquei aqui no meio da sala. Ligava o ventilador mas, mesmo assim, ele ficava agoniado, dizendo que não agüentava e que ia morrer. A gente chorava de noite e de dia.

Já cuidei do meu ex-companheiro que deu muito trabalho. A dele parece que foi mais forte. Eu amanhecia o dia sentada em uma cadeira olhando para ele, bem maguinho. Ele agora está outro, gordinho, se alimentando bem. Você sabe que não é todo dia que a gente pode ter uma merenda para dá, mas ele chega aqui e pergunta como faz para tomar seu comprimido? Aí eu digo, vou dar um jeito, vou na casa de um e outro, peço um cuscuz ou outra coisa, ajeito e ele come. Hoje mesmo meu filho tomou esses comprimidos e não se sentiu bem, disse que estava com uma coisa muito ruim no estômago.

Após o adoecimento dele não procurei o postinho, mas o agente de saúde vem aqui quase todo dia, um dia e outro não, saber como estamos, saber se ele está tomando o medicamento. Ele disse para meu filho ter cuidado, não fazer extravagância, não beber, não fazer coisa errada, não falhar com o medicamento, porque se não fizesse o tratamento direitinho ele iria se tratar em João Pessoa.

Não realizei nenhum exame ainda. Era para a gente ir, a menina até marcou, mas... Não sei qual era e nem como é o exame.

Acolhimento é falar com o médico, ser bem recebida. Quando eu procuro sou bem recebida. Tenho asma e quando me ataca fico dura nos braços dele aqui.

## RELATO DE RAFAELA

Eu Tenho sessenta e um anos, casada, evangélica, estudei até o oitavo ano do ensino fundamental I, sou dona de casa, vivo com menos de um salário mínimo e moro com cinco pessoas em minha residência.

Não sei te responder o que é tuberculose. Os sintomas que minha filha apresentou foram tosse, febre, muito fastio, falta de sono e perda de peso, uns quatro ou cinco quilos. Não sei qual o órgão é afetado.

Me senti péssima com isso, passei mal. O médico falou que eu não posso ter preocupação por causa da minha diabetes. Tenho falta de sono, fico assim porque já tive depressão uns três meses atrás e tenho medo dela querer voltar. Eu me preocupo demais, tenho três crianças dentro de casa, para cuidar sem ter condição.

Não procurei nenhum serviço de saúde e também não falei sobre isso para ninguém, apenas para Jesus. Oro muito na igreja. Só Jesus pode me ajudar mesmo, ninguém pode, ninguém me ajuda em nada. Só peço ajuda a Deus e ele está me dando. De jeito nenhum procurei qualquer serviço de saúde.

Ninguém deu assistência de nada, a não ser esse remédio que arrumaram na prefeitura. Só isso e pronto! Mas o que vale o remédio sem alimentação? Nenhum profissional de saúde anda aqui em casa, é difícil a agente de saúde vir aqui. Prometeu de vir já tem bem uns dez dias e não veio. Não fizemos nenhum exame para tuberculose após o adoecimento dela.

Não sei te dizer o que é acolhimento.

## RELATO DE LUCIA

Eu Tenho trinta e nove anos, sou solteira, católica, estudei até a sétima série do ensino fundamental II, sou dona de casa, a renda da minha família é menor que um salário mínimo e moro com sete pessoas.

Só sei da existência da tuberculose, mas não tenho muito conhecimento sobre ela.

Quando fiquei sabendo do diagnóstico da minha mãe, tomei um susto. Fiquei triste e com medo, medo da doença dela pegar também na família todinha.

Após o adoecimento dela procurei o postinho, fui atendida bem, mas nada de muita assistência. Não me deram nenhuma informação. No hospital não, fui bem assistida, a medicação as enfermeiras deram tudo no horário certinho. O diagnóstico dela foi dado lá no Regional. Não realizei nenhum exame após isso porque não recomendaram nada.

Acolhimento é ter assistência, conversar, explicar, ajudar a família que está precisando de assistência. Até agora, não recebi nenhuma visita de qualquer profissional de saúde.

## RELATO DE EXPEDITA

Tenho quarenta e sete anos, sou casada, católica, estudei até a terceira série do ensino fundamental I, sou dona de casa, prefiro não citar a renda de minha família e moro com sete pessoas em minha residência.

Minha mãe apresentou os seguintes sintomas da tuberculose febre, tosse seca, tontura, cansaço, perdeu peso, fastio. O órgão atingido são os pulmões.

Após o adoecimento dela fiquei muito triste e fiquei com medo também. De passar pra pessoa que cuidava dela. E logo no começo ela com o sintoma daquilo dentro de casa, e agente cuidando dela sem saber, fiquei muita nervosa.

Após o adoecimento dela procuramos assistência medica e ele a internou. No começo da pneumonia fomos para uma clinica particular, mais esse ano a gente internou ela no regional.

Fomos bem recebida e bem atendida, as pessoas lá cuidavam com paciência, com cuidado, tiveram esse cuidado.

Acolhimento é a pessoa cuidar bem. Ter paciência com a pessoa que ta doente.

Acho que eles eram pra dar mais assistência, ter explicado melhor como era e tudo, os profissionais do postinho nem vieram ainda.

Não realizei nenhum exame após o adoecimento dela.

Até agora nenhum profissional da saúde do postinho apareceu aqui. Nem o agente de saúde veio aqui depois que ela adoeceu.

## RELATO DE TOMÁS

Tenho quarenta anos, sou casado, católico, estudei até o ensino fundamental II, sou autônomo, minha renda familiar é abaixo de um salário mínimo e moro com duas pessoas.

Eu sou leigo no assunto, eu não tenho muito acrescentar não. Os sintomas que eu percebi é a falta de apetite. Um dos principais é a falta de apetite, a palidez eu acho, são esses que eu lembro. O órgão afetado são os pulmões. O caso de seu pai foi bem diferente, realmente é um caso excepcional, diferente do comum. Foi outro órgão o baço, uma coisa diferente mesmo.

A minha reação foi a mais natural possível, porque não é nada demais, não é nenhum bicho de sete cabeças. Principalmente hoje, tem tratamento, antigamente era até assustador quando falava tuberculose, era estranho, ave Maira tem uma pessoa com essa doença em casa, vamos separar copo, vamos separar não sei o que. Hoje não, é como se fosse comum, tem tratamento, não tem nenhum bicho de sete cabeças não.

Não, não procurei nenhum serviço de saúde, eu acho que não tinha necessidade de procurar. Hoje com o tratamento que tem não tem necessidade de procurar a unidade de saúde. Hoje não.

Acolhimento eu acho que é uma atenção diferenciada com relação ao paciente, não faltar atenção, ter sempre um acompanhamento acho que médico, atendimento completo, do agente de saúde sempre querendo saber do paciente, perguntar o paciente como é que ele anda? Então acho que é importante isso aí.

Fomos bem assistidos sim, acho que o caso de pai ele foi bem atendido e acolhido principalmente pelos especialistas. O tratamento dele foi iniciado no particular, porém a diferença foi feita no público mesmo, por incrível que pareça, foi feita na pública, acompanhei pessoalmente, vi que quem cuidou do meu pai cuidou muito bem, foi público, agente não pagou isso nada, apenas os exames, por que é demorado, mais o principal foi na rede pública e foi muito bem assistido e atendido.

Eu não realizei nenhum exame após o adoecimento dele, nenhum. E nem foi indicado de forma nenhuma qualquer exame pra mim.

Não tenho conhecimento se algum profissional anda aqui. Eles só vêm quando é pra trazer algum remédio dele, mais a não ser que eu saiba não. O agente de saúde só pra exames e medicação.

## RELATO DE GABRIEL

Tenho vinte e sete anos, sou casado, católico, estudei até a sexta série do ensino fundamental II, trabalho fazendo uns bicos, minha renda familiar é abaixo de um salário mínimo e moram comigo em meu lar cinco pessoas.

Eu não sei muita coisa sobre a tuberculose. A pessoa com essa doença perde muito peso, tem delas que provocam sangue, não pode ter muito contatos com muitas pessoas durante os 15 dias por ai, dois meses de tratamento. E o órgão atingido é o pulmão.

Não tive nenhuma reação negativa, só positiva, coloquei o pensamento pra Deus e pedi melhoras. Não tive medo e nem preconceito

Após o diagnostico dela procurei sim o serviço de saúde. Pra dizer a verdade, não fui só eu, no dia foi meu pai e minha mãe também. Mais fomos bem recebidos, não tenho nenhuma reclamação.

Após o adoecimento dela as meninas do posto vieram e cuidaram pra da o remédio, alguma coisa. A agente de saúde é uma ótima pessoa.

Eu fiz os exames antes do adoecimento dela, vou olhar aqui eu tenho o cartão, o teste do braço. Foi na policlínica. Eles pegaram um liquido que eu não sei dizer o que é, eu não vi, eu só vi colocando lá no aparelho e injetando em mim entre o couro e carne. E pediram para eu esperar, eu fui numa segunda e mandaram ir numa quinta. E apareceu um “carocinho” assim e mediram e disse que não podia tomar a vacina.

De vez em quando a menina do posto vem. Elas vêm de semana em semana, umas três vezes na semana elas vem, e sempre que a gente vai ao posto elas perguntam como é que tá? Como é que vai?

## RELATO DE VALENTINO

Tenho 55 anos, sou solteiro, católico, analfabeto, trabalho na agricultura, a minha renda familiar é abaixo de um salário mínimo e moram comigo na minha casa cinco pessoas.

Eu não sou analfabeto, não conheço muito sobre a tuberculose não. O medico fala que é um tratamento que agente deve tomar muito cuidado, que e que tem que tomar o medicamento direitinho, pra não quebrar o tratamento, é meio complicado tuberculose. Os sintomas são a falta de apetite, perda de peso, febre e tosse. O órgão atingido é o pulmão.

Não tive preconceito nenhum. Fiquei sentido por ser minha filha, mas entreguei nas mãos de Deus, continuei e levantei a cabeça e toquei o barco pra frente.

Eu procurei o serviço de saúde, inicialmente o medico particular pra ela, porque não sabia que ela estava com esse problema, a gente pensava de ser outro problema. Aí chegou lá, o medico diagnosticou ser esse problema, ai foi e mandou bater um raio-X, fizemos esse raio-X, mandou pra Policlínica lá fez o exame dela de escarro, foi quando deu positivo.

Acolhimento pra mim é dá carinho, amor, dedicação, pra mim é isso.

O profissional da policlínica me mandou ir pra fazer os exames, porem, eu não fiz não, porque eu mesmo não quis, fiquei somente com o pensamento positivo na recuperação de minha filha. Foi resistência minha mesma.

A agente de saúde e a técnica do postinho sempre vêm fazer a visita domiciliar. Elas chegam, elas vão medir pressão, às vezes aplicam um soro, às vezes vão conversar com as pessoas da nossa família. E sobre a tuberculose elas explicaram, disse que era pra gente se cuidar, que no inicio era uma doença contagiosa, mais depois de isolada não se transmitia mais.

### 5.3 ANÁLISE DOS EIXOS TEMÁTICOS

Mediante a leitura dos relatos dos entrevistados foram extraídos sete eixos temáticos norteadores desta análise e discussão, sendo estas: conhecimento dos comunicantes sobre tuberculose; reação/comportamento dos comunicantes após o diagnóstico de TB de seu familiar; identificação da procura do comunicante por algum serviço de saúde após o adoecimento de seu familiar; conhecimento dos comunicantes sobre acolhimento; qualidade da assistência oferecida pelos profissionais de saúde aos comunicantes após o diagnóstico de seu familiar; realização de exames dos contatos intradomiciliares após o adoecimento de seu familiar e identificação das visitas (periodicidade e qualidade) recebidas pelos comunicantes dos profissionais de saúde.

#### 5.3.1 Conhecimento dos comunicantes sobre tuberculose

No transcorrer das entrevistas foi perceptível quão superficial é o conhecimento que os participantes possuem acerca da doença, muito embora a maioria destes identificasse alguns dos sintomas, o órgão afetado pela forma pulmonar, o modo de transmissão e a possibilidade de cura plena mediante tratamento. Tal conhecimento advém da experiência em conviver com o paciente de TB e não da busca por informações acerca da doença, seja pelo um meio de comunicação ou na própria unidade de referência do bairro.

Os sintomas mais referidos foram tosse, febre e perda de peso ou emagrecimento. Dez dos entrevistados durante seu discurso apontaram o pulmão como o órgão afetado pela doença e tem a ciência que a é uma doença transmissível, tratável e curável, conforme evidenciado nos discursos abaixo:

“A tuberculose é uma doença muito grave, é contagiosa. O pulmão é o órgão afetado. É uma doença que é transmissível, que passa de uma pessoa para outra.” (Maria).

“Eu sei que a tuberculose é uma doença que atinge os pulmões, que é contagiosa, até começar a fazer o tratamento, após 15 dias do começo do tratamento não contagia mais. Que se parar o tratamento ela se torna... É como se regredisse o quadro, ela pode voltar a ser contagiosa e por ser tratado com antibiótico o organismo pode se tornar resistente, pra eles o que piora o quadro, que não é um bicho de sete cabeças, tem tratamento e tem cura, só que ela pode progredir e virar um problema mais serio, se não for tratada. Os sintomas são tosse seca sem motivo, por mais de quinze dias, dor no peito eu acho e febre.” (Emanuelly).

“Eu não sei muita coisa sobre a tuberculose. A pessoa com essa doença perde muito peso, tem delas que provocam sangue, não pode ter muito contatos com muitas pessoas durante os 15 dias por ai, dois meses de tratamento. E o órgão atingido é o pulmão.” (Gabriel).

Em um estudo realizado por Queiroz (2012) com os familiares e coabitantes de pacientes em tratamento na APS no município de Natal-RN, verificou-se que os principais sintomas apontados foram febre, dor no peito e nas costas, perda de peso, inapetência, tosse e cefaleia o que ratifica o presente estudo.

O conhecimento e o comportamento dos comunicantes intradomiciliares sobre a TB são fatores imprescindíveis para o controle e a adesão do tratamento dos pacientes acometidos pela doença. Sendo, pois oportuno um amplo redirecionamento e divulgação das informações sobre TB, principalmente por acometer a camada menos favorecida da população.

Cinco dos dezesseis entrevistados, relataram desconhecer o significado da doença, o que traz certa angústia e temor aos comunicantes, pois, estes são sujeitos que estão expostos e vulneráveis ao bacilo de Koch por conviverem com pacientes com TB.

“Não sei quase nada sobre tuberculose, não sei o órgão que atinge e também não sei nenhum sintoma da doença.” (Carla).

“Eu não sei te responder o que é tuberculose. Os sintomas que minha filha apresentou foram tosse, febre, muito fastio, falta de sono e perdeu muito peso uns quatro ou cinco quilos. Não sei qual o órgão afetado.” (Rafaela).

“Eu só sabia da existência da tuberculose, mais eu não tenho muito conhecimento sobre essa doença.” (Lucia).

A ausência de instruções e a falta de interesse dos familiares em procurar informações, mantém a cadeia de transmissão ativa, os altos índices de incidência e reincidência e o abandono do tratamento dos pacientes com TB, tendo em vista, que a família exerce enorme influencia na vida do sujeito doente, refletindo na adesão, no tratamento continuo e controle da doença (QUEIROZ, 2012).

Apenas um dos comunicantes, relatou que a TB é uma doença que pode afetar vários órgãos, identificando a forma extrapulmonar da doença.

“A tuberculose pode atingir vários órgãos, depende do tipo, como ele mesmo teve a que deu no intestino. O sintoma ele apresentou foi só a falta de apetite, não queria comer, quando ele comia, ele comia pouquinho de nada ele já sentia sensação que estava com estomago já cheio.” (Claudia)

A vulnerabilidade à doença está relacionada a fatores substanciais da sociedade como a desigualdade econômica, educação, acesso aos serviços de saúde, aspectos fisiológicos e a

subjetividade do sujeito, integrando a definição de risco e a maneira de como este se expressará o enfrentamento à doença. Dessa maneira o conhecimento sobre a doença é visto como fator essencial que influenciará o seu controle no âmbito individual (positivamente para a auto-avaliação do indivíduo), coletivo (no que diz respeito à estrutura e o funcionamento dos programas relacionados à TB), e por fim, no âmbito social (avalia a realidade na qual este sujeito está inserido) (SÁNCHEZ, BERTOLOZZI, 2007).

Dessa forma Queiroz (2012) enfatiza que conhecimentos escassos acerca da TB, podem refletir e potencializar na maneira como o indivíduo irá perceber e enfrentar a doença. A sociedade tendo seu conhecimento resgatado sobre saúde-doença facilitará as atividades de planejamento, promovendo a desmistificação e o estigma social inerente a TB.

### **5.3.2 Reação/comportamento dos comunicantes após o diagnóstico de tuberculose de seu familiar.**

Os pacientes, familiares e amigos apontam os sentimentos de pessimismo e ceticismo, que ainda é frequência na vivência com o paciente doente. Sentimentos negativos tais como tristeza, preocupação, medo e preconceito foram relatos durante o discurso dos comunicantes intradomiciliares de pacientes com TB. Sendo os sentimentos de medo e/ou a tristeza os mais mencionados, 09 dos participantes citaram tais sentimentos. Como mostrado abaixo.

“Ah! Minha reação, após o diagnóstico dele fiquei um pouco triste, porque uma pessoa com um caso desses na família, a gente se abala mesmo, mas, levei a frente. Ajudei ele no tratamento, todo tempo dando força pra ele e conversando com ele e assim a gente chegou lá” (Francisca).

“No momento que eu descobri que ele estava com tuberculose pra ser sincera, eu fiquei preocupada, mais depois já não tinha o que fazer. Não tive preconceito nenhum” (Ana)

“Após o adoecimento dela fiquei muito triste e fiquei com medo também. De passar pra pessoa que cuidava dela. E logo no começo ela com o sintoma daquilo dentro de casa, e a gente cuidando dela sem saber, fiquei muita nervosa” (Expedita).

“A gente sempre nota um pouco de recuo de cuidado, de preconceito mesmo dos vizinhos” (Manoel).

A TB é uma doença que interfere na rotina das famílias, tanto nos aspectos pessoal como social, principalmente nos 15 primeiros dias de tratamento, havendo uma separação dos utensílios domésticos e precauções que todos os envolvidos devem adotar, a fim de prevenir

mais adoecimento. O enfrentamento da doença no contexto social é difícil, porque há uma exclusão do paciente e não muito raro dos próprios familiares. O medo do contágio por parte da população circunvizinha e as informações irrefletidas e incoerentes sobre a doença aumentam esse período de exclusão.

Corroborando com a presente pesquisa, Lemos et. al. (2013) realizou uma investigação no ambulatório especializado em pacientes com coinfeção HIV/TB no estado do Ceará, confirmando a prevalência dos sentimentos de tristeza, medo e angústia dos acometidos e/ou envolvidos pela TB.

O apego ao um ser divino serve de apoio e suporte emocional, estudos mostram que o indivíduo religioso tem mais força, garra e determinação para enfrentar a doença. Dois dos entrevistados vivenciaram melhor a nova condição considerando o aspecto religioso primordial para enfrentamento do processo no qual a TB está contextualizada. Este apoio permite à manutenção e diminuição dos agravamentos ligados a doença, sendo um aspecto positivo na qualidade de vida paciente/família. Evidenciados nos relatos a seguir:

“Não tive nenhuma reação negativa, só positiva, coloquei o pensamento pra Deus e pedi melhoras. Não tive medo e nem preconceito” (Gabriel).

“Minha reação foi rezar pedir a Deus força, coragem e não perdia fé. Eu sempre dizia ao povo, eu dizia comigo mesmo, enquanto vida esperança, que Deus ia operar na vida dele” (Maria).

Para Lemos (2013) a qualidade de vida do paciente com TB está interligada com a religiosidade/espiritualidade, aumentando a busca a um ser superior para enfrentar uma enfermidade crônica tão marginalizada pela sociedade como a TB. Diante do revelado, percebe-se que a dimensão da doença transcende o aspecto biopsicossocial, adentrando nas dimensões como a cultura e a religiosidade dos indivíduos.

Dois dos comunicantes demonstraram como reação/comportamento naturalidade e prontidão em auxiliar o familiar após o diagnóstico da TB. Ressalta-se que esses comportamentos foram relatados por comunicantes intradomiciliares, cujo familiar teve o diagnóstico de TB extrapulmonar, acometendo o intestino e baços respectivamente, casos não bacilíferos da doença, conforme evidenciado nas linhas a seguir:

“A minha reação foi a mais natural possível, porque não é nada demais, não é nenhum bicho de sete cabeças. Principalmente hoje, tem tratamento, antigamente era até assustador quando falava tuberculose, era estranho, ave Maira tem uma pessoa com essa doença em casa, vamos separar copo, vamos separar não sei o que. Hoje não, é como se fosse comum, tem tratamento, não tem nenhum bicho de sete cabeças não” (Tomás).

“Minha reação normal. Sem medo, nem nada. Ajudava tia aqui na casa dela”  
(Claudia)

Segundo Focaccia (2009) após a penetração do bacilo pelas vias respiratórias, este pode se disseminar e instalar em qualquer órgão. São quatro as vias que o bacilo pode acometer os outros órgãos: a) linfo-hematogênica: caminho normal do bacilo e responsável pela maioria das formas extrapulmonares; b) hematogênica: quando há um rompimento da lesão no vaso; c) contiguidade: quando um órgão primário dissemina para outros locais e d) intracanicular: comprometimento de órgãos canalizados.

Pelo fato de esta forma não ser transmitida por contato direto, resulta em melhor enfrentamento da doença, amenizando o sofrimento dos familiares, uma vez que não haverá exclusão para o acometido.

Somente uma entrevistada não soube relatar qual foi seu comportamento/reação após o diagnóstico do seu familiar. Deve-se considerar a idade avançada e o baixo nível de escolaridade desta comunicante.

### **5.3.3 Identificação da procura do comunicante por algum serviço de saúde após o adoecimento de seu familiar.**

Uma das assistências prestadas pelos profissionais da saúde que contribui para o controle da TB é a investigação dos contatos diretos de pacientes com confirmação da doença. O MS (2011) recomenda que todos os comunicantes dos doentes de TB, especialmente os que têm a baciloscopia positiva, devem comparecer em uma UBS para que seja feita uma avaliação e exames (BRASIL, 2011).

Nesta pesquisa nove dos comunicantes procuraram algum serviço de saúde, sendo referida a rede primária, secundária e terciária. Sendo recomendado pelo MS que esse controle seja realizado fundamentalmente pela atenção básica. (BRASIL, 2011) Durante as entrevistas eles apontaram a ESF, Policlínica, HRS e clínicas particulares do município de Sousa-PB, bem como um Hospital de Referência no município de Patos-PB.

Segunda o depoimento dos que buscaram a atendimento seis declararam que foram bem atendidos. Como mostra os depoimentos a seguir.

“Após o adoecimento dela procuramos assistência médica e ele a internou. No começo da pneumonia fomos para uma clínica particular, mais esse ano a gente internou ela no regional. Fomos bem recebida e bem atendida, as

“pessoas lá cuidavam com paciência, com cuidado, tiveram esse cuidado” (Expedita).

“Após o adoecimento dele procurei a enfermeira. Fui à policlínica, ela pegou o nome de todo mundo, mais depois a enfermeira disse que não tinha necessidade que todo fizesse exame agora, só se aparecesse algum sintoma. Fui bem recebida e na policlínica também todo mundo recebeu bem. Eles explicaram um pouco sobre a doença e eu fui bem assistida pelos profissionais de saúde.” (Ana).

Em um estudo realizado por Gazetta (2006) que teve como base o levantamento documental do PCT, no núcleo de gestão assistencial 60, do município de São José do Rio Preto-SP, um dos problemas enfrentados foi a centralização dos serviços no nível secundário, o que corrobora com esta pesquisa. E de acordo com os depoimentos, os comunicantes referiram um atendimento de qualidade, porém direcionado ao familiar acometido pelo bacilo Koch, o que evidencia a falta de sistematização em relação à avaliação e monitorização dos comunicantes. A atenção é centrada no doente, com ações fragmentadas aos comunicantes, demonstrando desvalorização em ações de prevenção e promoção da saúde da população.

Dois dos comunicantes não fez nenhuma referência ao atendimento mesmo afirmando ter procurado o serviço.

Um dos comunicantes que procurou a atendimento enfatizou que o atendimento tanto para o próprio paciente como para toda família deixou a desejar, sendo de informações e ação por parte da equipe. Vale ressaltar que este comunicante não foi até a ESF, este fez a avaliação com base no ponto de vista de familiares que procuraram o atendimento.

“Nós procuramos o posto de saúde. Eu não posso falar como foi à recepção no postinho porque foi cuidado pela minha esposa e a esposa dele e os outros parentes dele, mais em relação o que me passaram, foram atendidos, deixa um pouco a desejar, porque o pessoal, eles estão muito na base da teoria, eles em relação a dizer vamos cuidar, vamos fazer isso rápido. Essa preocupação geralmente eles lhe ensinam o que fazer, mais a ação deles em si, tá muito devagar... Eu não sei por qual motivo, eles não passaram todos os dados e que o serviço oferecia todos os exames completo do paciente. Não deram suporte, é isso que eles não estão relacionando o grau de gravidade da doença com a assistência. Por que eles querem assistir uma pessoa com um grau desses, como se tivesse vendo uma gripe, ou então uma pneumonia que é um pouco menor, vamos dizer assim menos grave” (Manoel).

As informações apresentadas aos usuários por parte de toda a equipe, independente do nível da atenção procurado, devem ser claras, concisas e com objetivo de oferecer resolutividade.

Após o diagnóstico do familiar, sete comunicantes negaram procurar qualquer serviço de saúde. Sendo mostrado nos discursos abaixo:

“Não, não procurei nenhum serviço de saúde, eu acho que não tinha necessidade de procurar. Hoje com o tratamento que tem não tem necessidade de procurar a unidade de saúde. Hoje não” (Tomás)

“Eu não procurei nenhum serviço de saúde. Eu não falei sobre isso pra ninguém, eu falei só pra Jesus, eu oro muito na igreja, que só Jesus pode me ajudar mesmo, ninguém pode, ninguém me ajuda em nada, de nada ninguém me ajuda, eu só peço ajuda a Deus e ele tá me dando. De jeito nenhum procurei qualquer serviço de saúde.” (Rafaela)

O apoio profissional no momento em que o portador de TB e seus familiares passam pelo processo de adoecimento é maximizado quando estes têm uma comunicação satisfatória. A comunicação pode não ser satisfatória entre enfermeiro/usuário quando este profissional estiver sobrecarregado, o que reduz a comunicação, passando a tratar o usuário não como sujeito, esquecendo que a humanização é uma característica fundamental para um atendimento de qualidade, pois estes sujeitos são possuidores de sentimentos e opiniões (BERTONE, 2007).

Segundo o MS (2011) os procedimentos para avaliar os contatos devem ser: entrevistar os mesmos o quanto antes, deve ser listado com suas respectivas idades, realizar a visita domiciliar para melhor caracterizar os contatos, todos devem ser convidados a comparecer a UBS para uma avaliação criteriosa, crianças e adultos sintomáticos deve ter uma investigação mais minuciosa com realização de exames (BRASIL, 2011).

#### **5.3.4 Conhecimento dos comunicantes sobre acolhimento.**

O acolhimento é um elemento crucial para se classificar o atendimento nos diversos níveis de saúde. Na atenção básica este deve ser realizado por todos os profissionais que trabalham no serviço, uma vez que contribui de forma positiva para que o usuário procure o serviço.

Durante as entrevistas cinco comunicantes apontaram que um acolhimento de qualidade é quando estes são bem recepcionados, conforme evidencia os relatos abaixo:

“Acolhimento é a pessoa ser receptiva, dedicação àquela pessoa ou trata-lo bem” (Manoel).

“Acolhimento eu não sei responder certo não. Acho que acolher é tratar bem. E ser assistida por pessoas especializadas, acho isso.” (Ana).

“O que eu entendo por acolhimento é chegar assim numa recepção, ser bem recebida. Atendida com educação, o que eu entendo é isso aí” (Francisca).

Segundo Ramos e Lima (2003) o acolhimento é apontado como uma postura que facilita o atendimento, sendo este classificado como uma boa recepção, respeito ao usuário relação humanizada e bom desempenho profissional, o que corrobora com os achados da pesquisa.

O acolhimento não se finaliza na recepção, sendo um elemento de continuidade que a cada encontro será acrescentado, mantendo o vínculo do usuário com serviço de saúde, contribuindo para superação de dificuldades e estabelecendo a tríade usuário/profissional/serviço.

Quatro entrevistados apontaram que acolhimento é oferecer um bom acompanhamento. Conforme as falas a seguir:

“Acolhimento eu acho que é uma atenção diferenciada com relação ao paciente, não faltar atenção, ter sempre um acompanhamento acho que médico, atendimento completo, do agente de saúde sempre querendo saber do paciente, perguntar o paciente como é que ele anda? Então acho que é importante isso aí” (Tomás)

“Acolhimento é a pessoa cuidar bem. Ter paciência com a pessoa que ta doente” (Expedita).

“Acolhimento, assim, dentro do postinho é acompanhar, no caso, como ele teve esse problema, a agente de saúde tem que manter a discricção, vir na casa da pessoa, saber como anda o estado dele. Graças a Deus ele foi bem acompanhado, até hoje... Ele foi bem acolhido” (Claudia).

Faz-se necessário trazer o conceito de acompanhamento e acolhimento para então discutir esse ponto de vista do usuário. Para Schmidt e Figueiredo (2003) acompanhamento é visto como um enorme desafio enfrentado pelos serviços de saúde e é um analisador da qualidade da assistência, e este deve ser entendido como uma prestação de cuidado continuado para se alcançar metas traçadas para cada individuo que procurar assistência; já acolhimento inicia-se no primeiro contato com o usuário e a partir deste momento será decretada toda a sequência dos próximos atendimentos. É a “abertura do jogo de xadrez” onde todos os recursos do serviço, como atendimento, a oferta dos recursos materiais e humanas, preparação dos profissionais, postura, associação da teoria e pratica serão colocadas em prova (SCHMIDT, FIGUEIREDO, 2003).

Dessa forma o acompanhamento e acolhimento apesar de estarem intimamente relacionados, andam em caminhos paralelos convergindo em alguns pontos para tornar uma assistência integral ao usuário. Tais convergências podem justificar a associação estabelecida pelos participantes entre os dois termos.

Dois dos entrevistados definiram acolhimento como a doação de amor, carinho e dedicação dos profissionais que prestam a assistência ao usuário e cinco dos entrevistados negaram saber definir o que era acolhimento. Conforme mostra a fala abaixo.

“Acolhimento pra mim é dá carinho, amor, dedicação, pra mim é isso”  
(Valentino).

Conforme Martins et. al. (2008) na cidade de Santa Catarina (RS) foi realizado um estudo com os profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com o objetivo de investigar o conhecimento sobre acolhimento à família, este estudo foi dividido em categorias para melhor compreensão; e uma dessas categorias foi o significado de acolhimento para esses profissionais, sendo citada a proximidade, o apoio, o cuidar do outro, aperto de mão, trazer o usuário para próximo de maneira gentil, dar uma palavra amiga, um conforto. Sob esta ótica o estudo citado confirma as falas dos entrevistados deste estudo.

E cinco dos entrevistados negaram saber definir o que era acolhimento.

O atendimento dos profissionais deve valorizar os familiares de pacientes com TB, valorizando a humanização do atendimento, respeitando e aceitando as peculiaridades e homogeneidade de cada sujeito. O acolhimento é uma ferramenta tecnológica que amplia e efetiva o cuidado, pois preconiza a escuta e o vínculo, e é momento que permite transferir informações adequadas para o usuário do serviço de saúde.

### **5.3.5 Qualidade da assistência oferecida pelos profissionais de saúde aos comunicantes de pacientes com tuberculose.**

O serviço de saúde em que o comunicante estar vinculado, deve responder a todas as necessidades deste usuário, e este deve receber uma atenção diferenciada, por pertencer ao grupo de risco. É necessário monitorar a assistência prestada e a qualidade desta, destacando a prevenção, isto é, identificar o comunicante, realizar os exames e monitorizarão do

acompanhamento, respondendo dessa forma positivamente aos indicadores de saúde. (GAZETTA, 2006)

Indagados sobre a qualidade da assistência após o diagnóstico do familiar, 10 comunicantes afirmaram terem sido bem assistidos. Como mostra as falas a seguir.

“Eles deram uma boa assistência, ele teve uma viagem de João Pessoa, ajeitaram e levaram, e de lá eles encaminharam ele pra cá, e aqui tudo agente de saúde cuidou, dos remédios, elas vieram tudo aqui quando ele tava de curativo e tiraram o ponto dele” (Claudia).

“Após o adoecimento dele eu fui bem assistida. O agente de saúde vem aqui quase todo dia, um dia e outro não, ele vem aqui pra saber como estamos. Se tá tomando o medicamento, ele falou pra ele, você não pode falhar esse medicamento, porque se você falhar, não fizer o tratamento direitinho você vai se tratar em João Pessoa” (Beatriz).

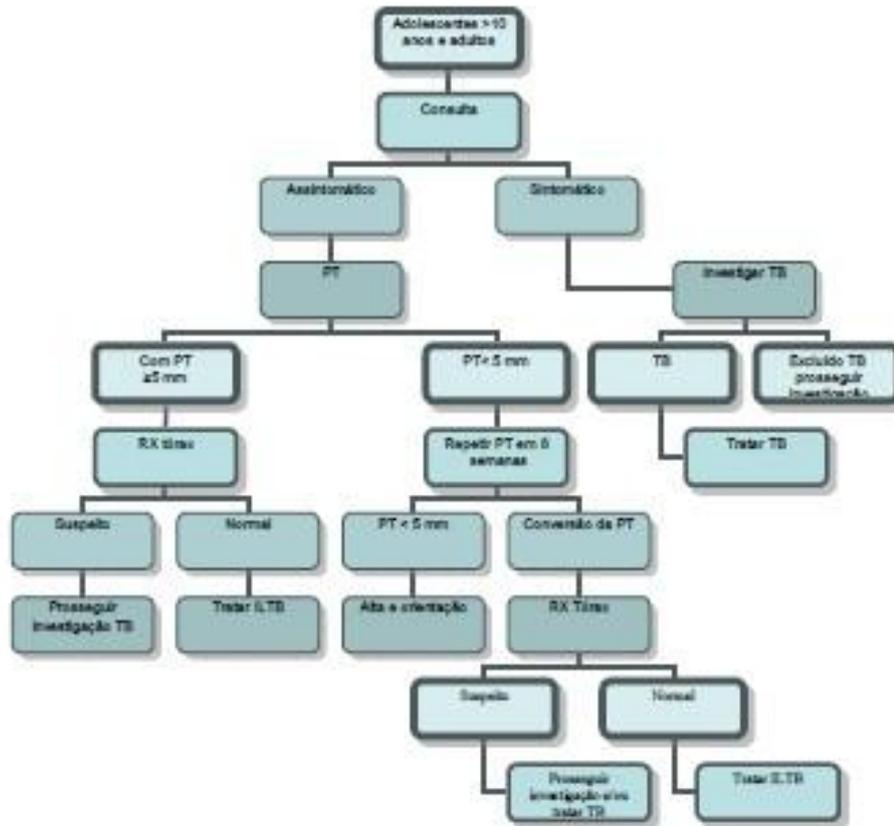
“Fomos bem assistidos sim, acho que o caso de pai ele foi bem atendido e acolhido principalmente pelos especialistas. O tratamento dele foi iniciado no particular, porém a diferença foi feita no público mesmo, por incrível que pareça, foi feita na pública, acompanhei pessoalmente, vi que quem cuidou do meu pai cuidou muito bem, foi público, agente não pagou isso nada, apenas os exames, por que é demorado, mais o principal foi na rede pública e foi muito bem assistido e atendido” (Tomás).

### **5.3.6 Realização de exames dos contatos intradomiciliares após o adoecimento de seu familiar.**

Segundo o Ministério da Saúde (2011) ma das ferramentas relevantes de prevenção e diagnóstico precoce dos contatos intradomiciliares é atividade de controle destes sujeitos (BRASIL, 2011).

Inclui nas atividades de controle o uso de exames para avaliar e investigar os suspeitos de TB. Para os comunicantes adultos e adolescentes (>10anos) segue as seguintes recomendações: assintomáticos realiza-se a consulta e solicita-se o teste da prova tuberculínica (PT), se  $PT \geq 5$  mm solicita-se o raio-X de tórax em caso suspeito continua investigação, caso raio-X de tórax normal tratar como Infecção Latente pelo *Mycobacterium Tuberculosis* (ILTB). Se  $PT < 5$  mm repetir após 8 semanas, caso não haja alteração da PT alta e orientação, caso haja conversão da PT solicita-se raio-X de tórax, caso suspeito prossegue com a investigação e/ou tratar TB e caso raio-X normal tratar como ILTB. Nos casos após consulta e o comunicante apresentar-se sintomático faz a investigação TB, confirmado inicia tratamento e caso excluído TB o diagnóstico de TB prossegue investigação (BRASIL, 2011)

**Figura 1.** Fluxograma para investigação de contatos adultos e adolescentes (>10 anos)



Fonte: Ministério da Saúde, Brasil 2011.

Para Gazetta et, al. (2008) o controle dos comunicantes é indicado principalmente para os contatos intradomiciliares, porque apresentam probabilidade maior de adoecer. Para os contatos adultos que convivam com criança menores de cinco anos, a fim de identificar possível fonte de infecção é recomendado a realização do exame de escarro, se este for positivo iniciar tratamento e se for negativo orientar e continuar com investigação.

Segundo os achados dessa pesquisa, uma pequena parcela dos comunicantes, 3 realizou exame após o diagnóstico do familiar. E apenas 2 especificou o PPD como exame realizado e um outro não mencionou qual tipo de exame que realizou. E destes um descreveu como foi realizado o exame. Como mostra as falas abaixo.

“Eu fiz os exames antes do adoecimento dela, vou olhar aqui eu tenho o cartão, o teste do braço. Foi na policlínica. Eles pegaram um líquido que eu não sei dizer o que é, eu não vi, eu só vi colocando lá no aparelho e injetando em mim entre o couro e carne. E pediram para eu esperar, eu fui numa segunda e mandaram ir numa quinta. E apareceu um “carocinho” assim e mediram e disse que não podia tomar a vacina” (Gabriel).

“Após o adoecimento do meu esposo eu fiz um exame... Eu e minhas três filhas fizemos. O exame que a gente fez, foi aquele do braço, pra saber se está “tocada” pela doença ou não...” (Francisca).

Conforme Gazzeta et.al. (2006), dos 166 comunicantes que participaram de sua pesquisa, 20 realizaram a baciloscopia e/ou exame de cultura e 12 dos participantes realizaram o PDD confirmando os achados dessa pesquisa.

Após avaliação do nível do acesso ao serviço de saúde comparando os pacientes da rede primária com a rede secundária, na cidade de São Paulo, concluiu-se que a APS é falha, mesmo no tocante a solicitação de exames simples e que a maioria do diagnóstico é realizado na atenção secundária. (PERRECHI; RIBEIRO, 2008). Corroborando com os achados desse estudo.

Do total de entrevistados 13 dos comunicantes negaram a realização de qualquer exame após o diagnóstico do familiar. Sendo que três dos comunicantes não realizaram em virtude de o familiar ter o diagnóstico de TB extrapulmonar, como mostra os relatos abaixo.

“Eu não realizei nenhum exame após o adoecimento dele, nenhum. E nem foi indicado de forma nenhuma qualquer exame pra mim” (Tomás).

“Eu não realizei nenhum exame não, até o momento ainda não, nenhum pra tuberculose. O exame que eu faço é pressão, é aquele que fura o dedo” (Maria).

Independente da forma de TB, todos os comunicantes devem realizar os exames para o controle e diagnóstico precoce, especialmente crianças que tiveram o diagnóstico de TB extrapulmonar, para identificar a possível fonte primária da infecção. (BRASIL, 2011; GAZETTA, 2008)

Outro fator negativo apontado para não realização de exames, segundo três entrevistados foi a falta de informações dos profissionais. Como mostra a fala a baixo.

“Não realizei nenhum exame após o adoecimento dele. Até compramos os aparelhinhos pra fazer o exame de escarro, tal... Mais é como eu te falei, eles não estão esclarecendo, olha pessoal, tem que fazer esses exames, você tem que ir a tal secretaria, procurar esse médico ou pro hospital, nada disso, isso tudo é meio que vago sabe?” (E7)

Uma das fragilidades da APS, relacionada ao cuidado às famílias é a falta de qualidade das informações, é dado ênfase que as informações sobre TB sejam repassadas de forma frequente tanto ao doente quanto aos familiares. Dessa forma viabiliza a estratégia em

educação continuada para a população, assim como o Ministério da saúde preconiza. (QUEIROZ, 2012)

Dos entrevistados que não realizaram nenhum exame após o adoecimento de seu familiar, 7 apresentaram a resistência em proceder o exame, mesmo este sendo indicado por um profissional de saúde. A seguir discursos dos contatos:

“O profissional da policlínica me mandou ir pra fazer os exames, porem, eu não fiz não, porque eu mesmo não quis, fiquei somente com o pensamento positivo na recuperação de minha filha. Foi resistência minha mesma” (Valentino).

“Não realizei nenhum exame, ainda não, era pra gente ir. A menina até marcou... Não sei qual era e nem como é o exame” (Beatriz).

Segundo Sá et. al. (2011) em sua investigação cujo objetivo foi analisar a relação entre a organização de saúde e os fatores que influenciam no diagnóstico tardio do ponto de vista dos apoiadores matriciais no município de João Pessoa-PB, um dos desafios identificados foi à resistência por parte do usuário. De acordo com o discurso do entrevistado a culpa recaiu sobre o usuário, sendo este responsabilizado pelo primeiro contato com o serviço e o profissional responsável pelos contatos posteriores. Este ponto de vista da captação passiva contraria o SVS e o MS, pois passa a impressão de que são os usuários que devem procurar o serviço e não o serviço identifica-los, as orientações gerais de controle da TB, o ACS é o responsável de identificar os sintomáticos respiratórios (SÁ et. al. 2011)

Quando as ações de controle da TB são executadas, envolvendo a ESF, bem como o contexto familiar em que vive o comunicante, devem ser considerados os fatores relacionados a particularidade do usuário, o desempenho da equipe e os aspectos relacionados a organização do serviço garantindo a eficácia das ações de cuidado ao doente de TB e seus familiares, assim as ações centralizam-se na promoção em saúde, tanto para indivíduo doente quanto para o coletivo. (SÁ et. al. 2011)

### 5.3.7 Identificação das visitas (periodicidade e qualidade) recebidas pelos comunicantes dos profissionais de saúde

A visita domiciliar é uma estratégia dinâmica para a estruturação da ESF, bem como o vínculo do serviço com a comunidade e os diversos níveis de complexidade assistencial. Deve assumir a prestação de serviço segundo preconiza o SUS, com base na assistência universal. Integral, equânime, contínua e resolutiva, visando identificar fatores de risco e elaborando intervenções apropriadas. (SANTOS, KIRSCHBAUM, 2008)

É necessário construir um vínculo entre o usuário/profissional/serviço de saúde, sendo necessário o envolvimento da equipe multiprofissional, para melhores resultados de prevenção e promoção no cuidado ao paciente e aos comunicantes TB. A visita domiciliar é função de todos os membros da equipe, seja agente comunitário de saúde (ACS), auxiliar de enfermagem, enfermeiro ou médico. (BRASIL,2011; BRASIL,2002)

Os entrevistados desta pesquisa 10 afirmaram receber com frequência regular a visita domiciliar do ACS, porém, essas visitas se limitam à ações do HIPERDIA, entrega de requisições para realização de exames e medicações, o que pode ser evidenciado nos relatos a seguir:

“Não tenho conhecimento se algum profissional anda aqui. Eles só vêm quando é pra trazer algum remédio dele, mais a não ser que eu saiba não. O agente de saúde só pra exames e medicação” (Tomás).

“Só do agente de saúde, que vêm de mês em mês, pra indicar o teste de diabetes, essas coisas. Mais sobre a tuberculose nada.” (Joana).

“Aqui em casa só recebo a visita da agente de saúde. Mais não referente à tuberculose. É sobre os remédios, ela vem avisar que tem remédio ou que tem exame. Sou hipertensa, tenho colesterol alto e faço todo mês o teste de glicemia.” (Maria)

Corroborando com aos achados dessa pesquisa Marculino et. al. (2009) que teve como objetivo do seu estudo, avaliar as ações de controle da TB no contexto da saúde da ESF em Bayeux-PB, chegou-se ao resultado que 48,3% dos profissionais tem uma certa regularidade na realização da visita domiciliar. Relevante ressaltar que neste estudo não foi analisado qual categoria realiza essas visitas, porém faz referencia que um quarto da equipe é formada por ACS, levando a crer que a maioria das visitas domiciliares são realizadas por estes por ser atributo inerente dessa categoria.

Uma parcela significativa 5 dos comunicantes relataram que nenhum profissional realizou a visita domiciliar após o diagnóstico de seu familiar, conforme observado nos relatos abaixo:

“Até agora nenhum profissional da saúde do postinho apareceu aqui. Nem o agente de saúde veio aqui depois que ela adoeceu” (Expedita)

“Nenhum profissional de saúde anda aqui em casa, é difícil a agente de saúde vir aqui. Prometeu de vir já tem bem uns dez dias e não veio” (Lucia)

Segundo o estudo realizado por Silva (2009) em Fortaleza (CE) com o objetivo de caracterizar e delinear o perfil dos pacientes com TB em tratamento e o nível de satisfação do atendimento, ao serem questionados sobre a visita domiciliar, 89,2% dos participantes negaram receber visita de qualquer profissional. E quanto aos exames dos comunicantes nenhum destes realizou sequer algum.

Diante do exposto é notório que ainda há uma grande lacuna em relação a prestação de uma assistência de qualidade aos comunicantes. A educação continuada deve ser realizada por todos os profissionais que compõe a atenção primária, pois é durante a visita domiciliar que o profissional qualificado conhece o perfil dos usuários, suas necessidades e carências.

Apenas um comunicante relatou que a enfermeira da ESF realizou a visita domiciliar após o diagnóstico de seu familiar:

“Recebi uma visita da enfermeira acho que tem entre 12 e 15 dias, eu não sei direito. Ela veio à enfermeira. A agente de saúde não veio. Quando a enfermeira chegou, eu não estava em casa. Eu estava em Sousa. Ela chegou me procurou, eu não estava, ela foi à casa de minha prima, perguntou por ele, aí falou tudo o que devia ser feito”

Integra as funções do enfermeiro, realizar a visita domiciliar para acompanhar o tratamento domiciliar e fazer a supervisão do trabalho do ACS (BRASIL, 2002).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.

A TB é um problema de saúde pública que abrange programas, serviços e instituições que dar ênfase a prevenção e controle da doença. Nesta perspectiva o controle é de responsabilidade das três esferas governamentais conforme preconizado pelo SUS e estas ações de controle são de competências de todos os níveis da atenção. A atenção primária de saúde é responsável pelo controle da doença, pois trata-se da porta de entrada do usuário aos demais serviços, sendo necessário que os profissionais que ali trabalham deem uma assistência qualificada, o que envolve desde a acessibilidade, acolhimento e controle da doença, tanto para o paciente como para os contatos intradomiciliares.

Buscando compreender a qualificação e a prestação de serviço dos profissionais de saúde na assistência e no atendimento aos comunicantes intradomiciliares após o adoecimento do familiar no município de Sousa-PB, no que diz respeito ao acolhimento e controle da TB, foi elaborado um questionário abordando os seguintes pontos norteadores da pesquisa: conhecimento do comunicante sobre a doença, reação/comportamento deste após o diagnóstico do familiar, a procura deste pelo serviço de saúde após o diagnóstico de seu familiar, conhecimento deste sobre acolhimento, qualidade da assistência prestada pelos profissionais de saúde, se estes realizaram algum exame após o adoecimento do ente querido e qualidade das visitas domiciliares prestadas pelos profissionais de saúde.

Sabe-se que o acolhimento e controle da TB aos comunicantes intradomiciliares são indicadores de saúde relevante para avaliar a qualidade da assistência prestada por toda equipe, pois estas ações estão intimamente ligadas à adesão ao tratamento, prevenção de novos casos e diagnóstico precoce dos casos incidentes.

Os resultados desta pesquisa apontam que a maioria dos participantes é do gênero feminino, possui entre 20 e 50 anos, são casados e com escolaridades igual ou inferior a 8 anos de instrução escolar. Os participantes são predominantemente adeptos da religião católicos, do lar, com renda familiar menor ou igual a um salário mínimo e a maioria residem com quatro ou mais pessoas.

O conhecimento expresso pelos comunicantes sobre a doença mostrou-se bastante superficial, a maioria conhece alguns sintomas como tosse, febre e perda de peso, conhece o órgão afetado pela forma pulmonar, a transmissão pelo contato direto e que a doença é tratável e curável. Foi notório que esse conhecimento foi adquirido pela convivência com o paciente, e não pela obtenção de informação seja pelo profissional de saúde, mídia ou mesmo pela procura desta, pelos vários meios de comunicações como internet, rádio e televisão.

Nesse sentido é necessário uma reorganização na ESF, com envolvimento de toda comunidade, como realização de palestras, reunião de grupos de conversas sobre o assunto direcionada a esse grupo, divulgação de informações pelos meios de comunicação com intuito de manter a população informada as diversas doenças na qual estão mais propensas.

A reação/comportamento mais referido foi o medo e/ou tristeza, pois, a TB é uma doença que interfere na rotina da família e no âmbito social, tendo como marca a exclusão, o estigma e o preconceito tanto do paciente como de seus familiares, que se sentem angustiados pela nova situação vivenciada e com sentimentos negativos já secularmente impostos a todos que estão envolvidos neste quadro.

A maior parte dos comunicantes referiu ter procurado algum serviço de saúde, sendo referida a rede primária, secundária e terciária. Os mesmos foram bem atendidos, porém, esse atendimento de qualidade é direcionado ao familiar com TB, o que mostra a falta de planejamento em relação à avaliação e monitorização dos comunicantes, logo, a atenção está voltada ao doente, com ações fragmentadas aos comunicantes, dessa forma há uma depreciação da prevenção e promoção de saúde desse grupo de risco.

A maioria dos participantes dessa pesquisa entende que acolhimento é uma boa recepção ou um bom acompanhamento por parte dos profissionais especializados. Dessa forma é erroneamente compreendido, pois, acolhimento é um elemento de continuidade e vínculo, expondo a postura e o conhecimento técnico e prático do profissional humanizado, fazendo todo diferencial na assistência.

Em relação à assistência a maioria relatou ter sido bem assistido, no entanto, como indagados sobre o atendimento, essa boa assistência é referente ao ente querido acometido pelo bacilo de Koch. A prevenção é colocada no plano secundário pelos profissionais da atenção básica, pois a assistência ainda continua focada no tratamento e reabilitação do doente.

Uma parcela significativa do estudo negou a realização de qualquer exame após o diagnóstico do familiar, seja justificado por falta de informação dos profissionais, a forma extrapulmonar da doença ou resistência do próprio comunicante. Percebe-se que a APS é fragilizada em relação às ações de cuidado pertinentes a esse grupo, a não realização da busca ativa pelos profissionais significa manutenção da cadeia de transmissão e aumento dos gastos para os cofres público.

Referente à visita domiciliar a maior parcela dos comunicantes apontaram o ACS como profissional que realiza essa ação, porém, não como ação voltada para a TB, e sim para programas como o HIPERDIA, entrega de medição e requisições de exames. O que mostra

mais uma falha dos profissionais deste nível de atenção, pois a família ainda não está sendo considerada nas ações de educação e cuidado continuado.

Levando em consideração as lacunas e fragilidades da atenção básica é necessário viabilizar estratégias de educação e cuidado para esse grupo, devendo estas ações serem reavaliadas e/ou reformuladas, e para isso é necessário treinamento e capacitação dos recursos humanos para prestar um atendimento e assistência de qualidade, suprimindo todas as necessidades desses usuários.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A. R; MONTEIRO, E. M. M. Papel da família no tratamento dos idosos acometidos com a tuberculose na Unidade Básica de Saúde - PA Alfredo Campos – AM. **Rev Portal de Divulgação**, n. 10, p. 10-27, mai. 2011.

Disponível em:

<<http://portaldoenvelhecimento.org.br/revistanova/index.php/revistaportal/article/view/126>>  
Acesso em: 24 de agosto de 2014.

BASNET, R. et al. Delay in the diagnosis of tuberculosis in Nepal. **BMC Public Health**, v. 9, n. 236, 2009. Disponível em:< <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/236> >. Acesso em: 28 mai. 2014.

BERTONE, T. B. et. al. Considerações sobre o relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente. **Rev. Fafibe**, n. 03, p.1-5, ago. 2007. Disponível em:

<<http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/11/19042010141352.pdf> >. Acesso em: 26 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Brasília: DF, 2014. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/jaciremagoncalves/boletim-tuberculose2014#> >. Acesso em: 11 mai. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível

em:<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**.

Brasília: DF, 2011 Disponível

em:<[http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/TB/mat\\_tec/manuais/MS11\\_Manual\\_Recom.pdf](http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/TB/mat_tec/manuais/MS11_Manual_Recom.pdf)>.

Acesso em: 04 mai. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Tuberculose: guia Vigilância Epidemiológica**. Brasília: DF, 2002. Disponível em:<[file:///C:/Users/Islaini/Downloads/tuberculose-guia-de-vigilancia-epidemiologica-1-edicao-\[443-090212-SES-MT\].pdf](file:///C:/Users/Islaini/Downloads/tuberculose-guia-de-vigilancia-epidemiologica-1-edicao-[443-090212-SES-MT].pdf)>. Acesso em: 04 mai. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n. 95/GM de 26 de janeiro de 2001**. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde. Diário Oficial da União, 29 de janeiro de 2001. Brasília: DF, 2001. Disponível

em:<[http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/noas\\_2001.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/noas_2001.pdf)>. Acesso em: 04 mai. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei Nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em:

<[http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080\\_190990.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm) >. Acesso em: 28 mai. 2014.

CAMPANI, S. T. A. **Fatores preditores para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar (esquema de primeira linha) em Porto Alegre (RS)**. 2009. 41 f. Dissertação (Mestrado) – UFRGS, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências Pneumológicas Mestrado e Doutorado, Porto Alegre (RS), 2009.

FOCACCIA, R. et. al. **Tratado de Infectologia**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

GAZETTA, C. E. et. al. O controle dos comunicantes de tuberculose no programa de controle da tuberculose em um município de médio porte da região Sudeste do Brasil, em 2002. **J. bras. pneumol**, v. 32, n. 6, p. 566-572, 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-37132006000600014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132006000600014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_a.pdf](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_a.pdf). Acesso em: 10 mai. 2014

GAZETTA, C. E. et. al. Controle de comunicantes de tuberculose no Brasil: revisão de literatura (1994-2004). **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.16, n. 2, p.559-565, mar-abr. 2008. Disponível em:<[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt\\_21.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt_21.pdf)>. Acesso em: 26 ago. 2014.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/14.pdf>>. Acesso em: 28 mai. 2014.

GOMES, A. L. C.; SÁ, L. D. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. 2, p. 365-372, 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40367>>. Acesso em: 28 mai. 2014.

GONCALVES et. al. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. **Cad. Saude Publica**, v. 15, n.4, p. 777-787, out-dez, 1999.

KAUARK, F. da S.; MANHÃES, F. C.; MEDEIROS, C. H. **Metodologia da Pesquisa: um guia prático**. Itabuna: Via Litterarum, 2010. Disponível em:<<http://www.pgcl.uenf.br/2013/download/LivrodeMetodologiadaPesquisa2010.pdf>>. Acesso em: 24 mai. 2014.

LEMOS, L.vA. et.al. Aspectos sociais e de saúde de portadores da coinfeccção HIV/Tuberculose. **Rev Rene**, v. 14, n. 2, p. 364-371, 2013. Disponível em: <<file:///C:/Users/Islaini/Downloads/805-6283-1-PB.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2014.

LEMOS, L. A. **Qualidade de vida, religiosidade e adesão aos antirretrovirais de coinfectedados por HIV/tuberculose**. 2013. 91 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza (CE), 2013.

MARCULINO, A. B. L. et. al. Avaliação do acesso as ações de controle da tuberculose no contexto das Equipes de Saúde da Família de Bayeux-PB. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 12, n.2, p. 144-157, 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v12n2/05.pdf>>. Acesso em: 24 de jul. 2014.

MACIEL, E. L. et al. Delay in diagnosis of pulmonary tuberculosis at a primary health clinic in Vitoria, Brazil. **Int J Tuberc Lung Dis.**, v. 14, n. 11, p. 1403-1410, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3697918/>>. Acesso em: 28 mai. 2014.

MARTINS, J. J. et. al. Acolhimento a família na unidade de terapia intensiva: conhecimento da equipe multiprofissional. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 10, n. 4, p. 1091-1101, 2008. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v10/n4/pdf/v10n4a22.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n4/pdf/v10n4a22.pdf)>. Acesso em: 24 ago. 2014.

NOGUEIRA, J. J. et. al. Caracterização clínico-epidemiológica dos pacientes com diagnóstico de tuberculose resistente às drogas em João Pessoa, PB. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 10, n. 4, p. 979-989, 2008. Disponível em: <<http://ww.fen.ufg.br/revista/v10/n4/pdf/v10n4a10.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global Tuberculosis Report 2013**. Disponível em: <[apps.who.int/iris/bitstream/10665/91355/1/9789241564656\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/91355/1/9789241564656_eng.pdf)> Acesso em: 11 mai. 2014.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Plan Regional de Tuberculosis 2006-2015**. Washington, D.C: OPS, 2006. Disponível em: <<http://www.col.ops-oms.org/TBHIV/tb-reg-plan-2006-15.pdf>>. Acesso em: 28 mai. 2014.

PINHEIRO, P. G. O. D. et al. Busca ativa de sintomáticos respiratórios e o diagnóstico tardio da tuberculose. **REV RENE**, v. 13, n. 3, p. 572-581, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/724/pdf>>. Acesso em: 28 mai. 2014.

PÔRTO, A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. **Revista Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 43-49, 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v41s1/6493.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2014.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. de. **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013. Disponível em: <<http://docente.ifrn.edu.br/valcinetemacedo/disciplinas/metodologia-do-trabalho-cientifico/e-book-mtc>>. Acesso em: 11 mai. 2014.

QUEIROZ, A. A. R. **O conhecimento e as atitudes das famílias de pacientes em tratamento da tuberculose na atenção primária à saúde**. 2012. 90 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Natal (RN), 2012. Disponível em: <[http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/1/9281/1/AnaARQ\\_DISSERT.pdf](http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/1/9281/1/AnaARQ_DISSERT.pdf)>. Acesso em: 14 ago. 2014.

RAMOS, D. D. **Acesso e acolhimento aos usuários de uma unidade de Porto Alegre/RS no contexto da municipalização da saúde**. 2001. 129 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre, 2001. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/3090/000286837.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 28 mai. 2014.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan-fev. 2003. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n1/14902.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2014.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

SÁ, L. D. et al. Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 2, p. 356-363, 2012. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000200013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200013)>. Acesso em: 28 mai. 2014.

SÁ, L. D. et al. A organização da Estratégia Saúde da Família e aspectos relacionados ao atraso do diagnóstico da tuberculose. **Cogitare Enferm**, v. 16, n. 3, p. 437-442, jul-set. 2011. Disponível em:< <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/21245/16227>>. Acesso em: 28 ago. 2014.

SÁNCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em saúde coletiva? **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 319-324, 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n2/a07v12n2.pdf> >. Acesso em: 26 ago. 2014.

SANTOS, E. M; KIRSCHBAUM, D. I. R. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão de literatura. **Rev. Eletr. Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 220-227, 2008. Disponível em:< <http://h200137217135.ufg.br/index.php/fen/article/view/8014/5797> >. Acesso em: 28 ago. 2014.

SANTOS, M. A. et al. Risk factors for treatment delay in pulmonary tuberculosis in Recife, Brazil. **BMC Public Health**, v. 5, n. 25, p. 1-8, 2005. Disponível em:<<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/5/25/>>. Acesso em: 28 mai. 2014.

SILVA-SOBRINHO, R. A. et al. Retardo no diagnóstico da tuberculose em município da tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina. **Rev Panam Salud Publica**, v. 31, n. 6, p. 461-468, 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v31n6/v31n6a03.pdf>>. Acesso em: 28 mai. 2014.

SILVA, E. L. S. **Perfil e satisfação dos pacientes em um centro de saúde de Fortaleza: proposta para um serviço de farmácia clínica**. 2009. 109 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós- Graduação em Ciências Farmacêuticas. Fortaleza (CE), 2009. Disponível em:<[http://www.repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/4213/1/2009\\_dis\\_elssilva.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/4213/1/2009_dis_elssilva.pdf)>. Acesso em: 24 ago. 2014.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no Sistema Municipal de Saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, v. 5, n. 4, p. 493-503, 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n4/27768>>. Acesso em: 25 mai. 2014.

VIDERES, A. R. N.; SIMPSON, C. A. **Trajetória de vida de ex-portadores de hanseníase com histórico asilar**. 2010. 187 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Natal (RN), 2010.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

**Informações Gerais:**

**Data:** \_\_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_\_ **Local:** \_\_\_\_\_

**Pseudônimo:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_

**Estado civil:** \_\_\_\_\_ **Religião:** \_\_\_\_\_

**Escolaridade:** \_\_\_\_\_ **Profissão:** \_\_\_\_\_

**Renda familiar:** \_\_\_\_\_

**Número de pessoas que moram com você?** \_\_\_\_\_

- Conte para mim o que o (a) senhor (a) sabe sobre a TB.
- Fale sobre sua reação/comportamento após o diagnóstico de TB de seu familiar.
- Após o adoecimento de seu familiar, o (a) senhor (a) procurou a ESF ou outro serviço de saúde? Como foi recebido/atendido?
- O que o (a) senhor (a) entende por acolhimento?
- O (a) senhor (a) foi bem assistido pelos profissionais de saúde após o diagnóstico de seu familiar? Comente sobre essa assistência.
- O (a) senhor (a) realizou algum exame após o adoecimento de seu familiar? Conte para mim quais foram, quando e como foi.
- Atualmente o (a) senhor (a) recebe a visita (mensal, quinzenal, semanal) de algum profissional da saúde? Conte para mim como são essas visitas.

**APÊNDICE B - DECLARAÇÃO INSTITUCIONAL**

Eu, Noemia Rachel de Araújo Gadelha, Secretária de Saúde do município de Sousa (PB), autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: **“PERCEPÇÃO DE COMUNICANTES INTRADOMICILIARES DE DOENTES DE TUBERCULOSE ACERCA DO ACOLHIMENTO E CONTROLE REALIZADO PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE”**, a ser realizada a nível domiciliar dos contatos dos doentes de TB residentes no município de Sousa-PB no mês de julho de 2014, tendo como pesquisadora, a profa. Ms. Arieli Rodrigues Nóbrega Videres e colaboradora Islaini de Barros Costa, acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, Campus de Cajazeiras – PB.

Sousa-PB, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2014.

---

Dra. Noemia Rachel de Araújo Gadelha  
Secretária Municipal de Saúde

**ANEXOS**

## **ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Bom dia (boa tarde ou noite), meu nome é Islaini de Barros Costa, eu sou aluna do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande e o Sr. (a) está sendo convidado (a), como voluntário (a), à participar da pesquisa intitulada “**PERCEPÇÃO DE COMUNICANTES INTRADOMICILIARES DE DOENTES DE TUBERCULOSE ACERCA DO ACOLHIMENTO E CONTROLE REALIZADO PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE**”.

**JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS:** A pesquisa se justifica pela necessidade de compreender de que forma o acolhimento e acesso de qualidade, para o paciente e seus familiares na estratégia de saúde da família irá influenciar no tratamento da tuberculose. O objetivo dessa pesquisa é conhecer a percepção de comunicantes intradomiciliares de doentes de tuberculose acerca do acolhimento e controle realizado pelos serviços de saúde. Os dados serão coletados da seguinte forma: o Sr. (a) irá participar de uma entrevista semi-dirigida no qual constam questões para avaliação sócio-demográfica e outras voltadas à problemática, sendo requerida a sua participação quantas vezes forem necessárias.

**DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS:** A pesquisa não oferecerá risco a integridade física, psicológica e social dos participantes, respeitando suas subjetividade e singularidade dentro da realidade vivenciada por cada sujeito, porém, pode causar-lhes algum desconforto durante ou após as entrevistas. Espera-se contribuir com a equipe multiprofissional que compõe a ESF dos diversos benefícios que um acolhimento e controle eficaz e de qualidade trará tanto para a equipe como para toda comunidade acompanhada por estes profissionais, reduzindo o número de novos casos e mortes por TB, assim como subsidiar a implementação das políticas públicas que priorizam o acolhimento e o controle como diretrizes da TB no SUS.

### **FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSINTÊNCIA**

A participação do Sr.(a) nessa pesquisa não implica necessidade de acompanhamento e/ou assistência posterior, tendo em vista que a presente pesquisa tem a finalidade de conhecer as ações dos profissionais na atenção básica quanto ao acolhimento e controle da doença e não intervir. Além disso, como na entrevista não há dados específicos de identificação do Sr. (a), a exemplo de nome, CPF, RG, etc., não será possível identificá-lo posteriormente de forma individualizada.

**GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:** O Sr. (a) será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O Sr. (a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de prestação de serviços aqui no estabelecimento. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa permanecerão confidenciais podendo ser utilizados apenas para a execução dessa pesquisa. Você não será citado (a) nominalmente ou por qualquer outro meio, que o identifique individualmente, em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado, assinada pelo Sr. (a) na última folha e rubricado nas demais, ficará sob a responsabilidade do pesquisador responsável e outra será fornecida ao (a) Sr. (a).

**CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS:** A participação no estudo não acarretará custos para Sr. (a) e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Não é previsível dano decorrente dessa pesquisa ao (a) Sr. (a), e caso haja algum, não há nenhum tipo de indenização prevista.

**DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE:** Eu, \_\_\_\_\_, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci todas minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e desistir de participar da pesquisa se assim o desejar. O (a) pesquisador (a) \_\_\_\_\_ certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, no que se refere a minha identificação individualizada, e deverão ser tornados públicos através de algum meio. Ele compromete-se, também, seguir os padrões éticos definidos na Resolução CNS 466/12. Também sei que em caso de dúvidas poderei contatar o (a) estudante Islaini de Barros Costa através do telefone (83) 9876-1463 e e-mail [islainibc@hotmail.com](mailto:islainibc@hotmail.com), ou o (a) professor (a) orientador (a) Arieli Rodrigues Nóbrega Videres, através do telefone (83) 8841-0524 e e-mail: [arieli.nobrega@hotmail.com](mailto:arieli.nobrega@hotmail.com). Além disso, fui informado que em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo poderei consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, situado na BR

230, Km 504, Cristo Rei, Cajazeiras-Paraíba, CEP: 58.900-000 ou através do Telefone: (83) 3531-2722.

_____	_____	____ / ____ / ____
Nome	Assinatura do Participante da Pesquisa	Data

_____	_____	____ / ____ / ____
Nome	Assinatura do Pesquisador	Data

**ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO  
PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

Eu, **ARIELI RODRIGUES NÓBREGA VIDERES**, professora da UFCG, responsabilizo-me pela orientação de **Islaini de Barros Costa**, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem, no desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulada “**PERCEPÇÃO DE COMUNICANTES INTRADOMICILIARES DE DOENTES DE TUBERCULOSE ACERCA DO ACOLHIMENTO E CONTROLE REALIZADO PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE**”. Declaro estar ciente e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o projeto de pesquisa, no sentido de manutenção da privacidade e sigilo das informações, resguardo da segurança e bem-estar dos participantes nela recrutados, pelos resultados obtidos e posterior divulgação no meio acadêmico e científico, pela comunicação ao Comitê de Ética em Pesquisa sobre qualquer alteração no projeto e /ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento, pelo como pelo arquivamento durante 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, de uma das vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por cada participante recrutado durante a execução da mesma.

Cajazeiras-PB, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

---

ARIELI RODRIGUES NÓBREGA VIDERES

Pesquisador Responsável

**ANEXO C – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO  
PESQUISADOR PARTICIPANTE**

Eu, **Islaini de Barros Costa**, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande responsabilizo-me junto com minha orientadora, Profa. Ms. **ARIELI NÓBREGA RODRIGUES VIDERES**, a desenvolver o projeto de pesquisa intitulada “**PERCEPÇÃO DE COMUNICANTES INTRADOMICILIARES DE DOENTES DE TUBERCULOSE ACERCA DO ACOLHIMENTO E CONTROLE REALIZADO PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE**”. Comprometo-me ainda em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo zelo com meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pelo meu orientador nas atividades de pesquisa, e junto com ele, pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e /ou científico.

Cajazeiras-PB, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

---

Islaini de Barros Costa

Pesquisador Participante