

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LILIAN CARLA FERRARI SOSSAI PANÍCIO

**Desafios e perspectivas para o acompanhamento de pessoas com tuberculose
pelos agentes comunitários de saúde**

Ribeirão Preto

2013

LILIAN CARLA FERRARI SOSSAI PANÍCIO

**Desafios e perspectivas para o acompanhamento de pessoas com tuberculose
pelos agentes comunitários de saúde**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Orientador: Prof^a Dr^a Ione Carvalho Pinto

Ribeirão Preto

2013

Autorizo a reprodução e divulgação total e parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Panício, Lilian Carla Ferrari Sossai

Desafios e perspectivas para o acompanhamento de pessoas com tuberculose pelos agentes comunitários de saúde. Ribeirão Preto, 2013.

149 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.

Orientador: Pinto, Ione Carvalho.

1. Tuberculose 2. Agentes Comunitários de Saúde. 3. Atenção Primária à Saúde.

PANÍCIO, Lilian Carla Ferrari Sossai

Desafios e perspectivas para o acompanhamento de pessoas com tuberculose pelos agentes comunitários de saúde

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em: / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

EPIGRAFE

O MENESTRAL

Depois de algum tempo você aprende a diferença, a sutil diferença entre dar a mão e acorrentar uma alma. E você aprende que amar não significa apoiar-se. E que companhia nem sempre significa segurança. Começa a aprender que beijos não são contratos e que presentes não são promessas.

Começa a aceitar suas derrotas com a cabeça erguida e olhos adiante, com a graça de um adulto e não com a tristeza de uma criança.

Aprende a construir todas as suas estradas no hoje, porque o terreno do amanhã é incerto demais para os planos, e o futuro tem o costume de cair em meio ao vão.

Depois de um tempo você aprende que o sol queima se ficar exposto por muito tempo.

E aprende que, não importa o quanto você se importe, algumas pessoas simplesmente não se importam... E aceita que não importa quão boa seja uma pessoa, ela vai feri-lo de vez em quando e você precisa perdoá-la por isso. Aprende que falar pode aliviar dores emocionais.

Descobre que se leva anos para construir confiança e apenas segundos para destruí-la...

E que você pode fazer coisas em um instante das quais se arrependerá pelo resto da vida. Aprende que verdadeiras amizades continuam a crescer mesmo a longas distâncias.

E o que importa não é o que você tem na vida, mas quem você tem na vida.

E que bons amigos são a família que nos permitiram escolher.

Aprende que não temos de mudar de amigos se compreendemos que os amigos mudam...

Percebe que seu melhor amigo e você podem fazer qualquer coisa, ou nada, e terem bons momentos juntos. Descobre que as pessoas com quem você mais se importa na vida são tomadas de você muito depressa... por isso sempre devemos deixar as pessoas que amamos com palavras amorosas; pode ser a última vez que as vejamos. Aprende que as circunstâncias e os ambientes têm influência sobre nós, mas nós somos responsáveis por nós mesmos. Começa a aprender que não se deve comparar com os outros, mas com o melhor que pode ser.

Descobre que se leva muito tempo para se tornar a pessoa que quer ser, e que o tempo é curto.

Aprende que não importa onde já chegou, mas para onde está indo... mas, se você não sabe para onde está indo, qualquer caminho serve.

Aprende que, ou você controla seus atos, ou eles o controlarão... e que ser flexível não significa ser fraco, ou não ter personalidade, pois não importa quão delicada e frágil seja uma situação, sempre existem, pelo menos, dois lados. Aprende que heróis são pessoas que fizeram o que era necessário fazer, enfrentando as conseqüências. Aprende que paciência requer muita prática.

Descobre que algumas vezes a pessoa que você espera que o chute quando você cai é uma das poucas que o ajudam a levantar-se. Aprende que maturidade tem mais a ver com os tipos de experiência que se teve e o que

você aprendeu com elas do que com quantos aniversários você celebrou. Aprenda que há mais dos seus pais em você do que você supunha.

Aprenda que nunca se deve dizer a uma criança que sonhos são bobagens. . .

Poucas coisas são tão humilhantes e seria uma tragédia se ela acreditasse nisso.

Aprenda que quando está com raiva tem o direito de estar com raiva, mas isso não te dá o direito de ser cruel. Descubra que só porque alguém não o ama do jeito que você quer que ame não significa que esse alguém não o ama com tudo o que pode, pois existem pessoas que nos amam, mas simplesmente não sabem como demonstrar ou viver isso.

Aprenda que nem sempre é suficiente ser perdoado por alguém. . .

Algumas vezes você tem de aprender a perdoar a si mesmo.

Aprenda que com a mesma severidade com que julga, você será em algum momento condenado.

Aprenda que não importa em quantos pedaços seu coração foi partido, o mundo não pára para que você o conserte. Aprenda que o tempo não é algo que possa voltar.

Portanto, plante seu jardim e decore sua alma, em vez de esperar que alguém lhe traga flores.

E você aprende que realmente pode suportar. . . que realmente é forte, e que pode ir muito mais longe depois de pensar que não se pode mais. E que realmente a vida tem valor e que você tem valor diante da vida! Nossas dúvidas são traidoras e nos fazem perder o bem que poderíamos conquistar se não fosse o medo de tentar.

William Shakespeare

DEDICATÓRIA

*Ao meu filho, **Lorenzo**, que ainda em meu ventre, me faz sentir mãe, fruto do amor mais forte e verdadeiro, minha continuidade. Você já se tornou a razão de nossas vidas e enche a nossa casa de amor e felicidade. Esperamos por você ansiosamente!*

*Ao **Luizinho**, meu marido, grande amor da minha vida, que é tudo pra mim! Obrigada pela força que nos une e faz do nosso amor o mais intenso e o maior. “Entre tantos outros, entre tantos séculos, que sorte a nossa, hein? Entre tantas paixões, esse encontro, nós dois, esse amor...” (Vanessa da Mata). Obrigada pela sua força, por sua dedicação, pela espera paciente nos momentos de ausência, pelas companhias nas viagens, por toda a sua capacidade de compreensão, por sua confiança em mim, enfim, pela sua presença em minha vida. Agradeço a Deus todos os dias por ter você ao meu lado. Tenho certeza que será o melhor pai do mundo. Te admiro e te amo incondicionalmente!*

*Aos meus pais, **Lilamar e Toninho**, por estarem sempre me amparando e cuidando de mim. Eu amo vocês!*

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Ione Carvalho Pinto, que acreditou no meu potencial mesmo sem me conhecer e me presenteou com a oportunidade de ser sua orientada no mestrado e no doutorado. Espero ter correspondido às tuas expectativas. Obrigada por tudo que me ensinou, pela confiança e pela dedicação.

Ao prof^o Ricardo Alexandre Arcêncio, pelas leituras do meu projeto, tecendo valiosas considerações, por sua delicadeza e sua disposição indefectível em ajudar, por me incentivar a seguir a trilha do conhecimento e por festejar comigo essa vitória.

AGRADECIMENTOS

À **Deus** pelo dom da vida, da sabedoria e pela coragem para realizar o que desejo em minha vida. Por sempre ter me guiado e iluminado meus caminhos.

À **Nossa Senhora Aparecida**, virgem imaculada por quem tenho admiração e respeito. Pela proteção dos meus passos.

Aos amores da minha vida, **Luizinho e Lorenzo**, minha vida só faz sentido porque vocês existem! É o que importa não é o que você tem na vida, mas quem você tem na vida.

À minha mãe **Lilamar**, que é o meu exemplo de mulher. Obrigada pela sabedoria em me educar, por seus gestos solidários, pelo amor e carinho de mãe que soube me proteger e me ensinar os limites da vida, por ter investido e acreditado sempre na minha vitória e por todas as nossas conversas durante as viagens. Obrigada por me ensinar a não desistir dos meus sonhos, por acreditar em mim e por compartilhar de muitas das minhas angústias e conquistas. Agradeço a você ser minha mãe. Amo-a muito e sempre!

Ao meu pai **Toninho**, pelo amor incondicional, pela confiança depositada em mim a vida inteira, pela torcida e apoio, por todo suporte e incentivo que desde criança me proporcionou.

Ao meu irmão **Bruno**, pelo sentimento que nos une como irmãos, sem você tudo seria mais difícil!

Aos meus avós **Geny e Oswaldo**, pelo aconchego, cuidado e carinho, pelos valiosos ensinamentos da vida. Espero um dia poder retribuir tudo o que fizeram por mim!

Aos meus avós **Nena** (em nossos corações) e **Vicente** (em nossos corações), que sempre me dengaram por ser a primeira neta e fizeram papel de avós presentes na minha vida! Tenho saudades!

Às minhas amigas de infância **Grazielle, Raquel e Juliana**, pelo afeto verdadeiro, pelos inúmeros momentos de alegria e descontração, por me oportunizarem os melhores e mais lindos anos de minha vida. Nosso encontro foi e é um presente de Deus!

Aos meus amigos **Luciana e Edinho**, por alegrar os finais de semana, por terem me feito entender que amigos são a família que nos permitiram escolher!

À todos os meus familiares, pela amizade, apoio e torcida na concretização deste trabalho. Muito Obrigada!

À **Tânia, Fabiana, Mariana e Juliane**, que trouxeram contribuições valiosas a este trabalho, ouviram minhas angústias e sempre ofereceram uma mão amiga!

À prof^a **Dr^a Regina Célia Fioratti**, que prontamente aceitou participar do nosso grupo, pela disponibilidade na coleta de dados no grupo focal e por ter aceito compor a banca examinadora.

Aos **membros da banca examinadora**, por me fazerem refletir que sempre é momento de aprender.

Aos professores **Ione Carvalho, Ricardo Arcêncio e Ruffino Neto**, por terem me proporcionado grandes reflexões na banca de qualificação.

*Ao meu **Diretor Sidney Contelli**, por facilitar minhas idas a Ribeirão Preto e compreender minhas ausências e dificuldades.*

*À **Secretaria Municipal de Saúde de Marília**, pelo apoio institucional a esta pesquisa.*

*À equipe gestora do município de Marília, na pessoa da **Enfª Denise Elaine Garozi**, que sempre me recebeu prontamente a me ajudar e facilitou meu acesso a tudo que se relacionava a pesquisa.*

*Aos **Agentes Comunitários de Saúde de Marília**, que aceitaram participar da pesquisa e tanto enriqueceram este trabalho.*

À todos e a toda, que nesta ocasião deixo de citar, de um modo ou de outro, tornaram possível este trabalho.

RESUMO

PANÍCIO, L. C. F. S. **Desafios e perspectivas para o acompanhamento de pessoas com tuberculose pelos agentes comunitários de saúde**. 2013. 149 f. Tese (Doutorado)—Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

O agente comunitário de saúde (ACS) exerce papel importante no controle e acompanhamento dos casos de tuberculose (TB) na Atenção Primária à Saúde (APS). Este estudo teve como objetivo analisar os desafios e perspectivas para o acompanhamento de pessoas com tuberculose pelos ACS das Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Marília-SP. Estudo exploratório, com abordagem qualiquantitativa. Para a coleta de dados quantitativos foi utilizado um questionário (escala Likert de resposta), de dezembro de 2011 a fevereiro de 2012 com 35 ACS. Para coleta de dados qualitativos foram realizados 03 grupos focais, com 16 ACS. A pesquisa esteve amparada no referencial da APS. A análise ocorreu em dois momentos, no quantitativo foi utilizada análise bivariada, efetuada pelo cruzamento da variável dependente (acompanhamento por TB, 1 sim; 2 não), dicotômica, com cada uma das variáveis independentes, de acordo com sua natureza, por meio de tabelas de contingência (teste qui-quadrado e, quando foi necessário, recorreu-se ao teste exato de Fisher). Ainda foi considerada a Análise de Correspondência Múltipla. No qualitativo, foi utilizada a teoria da ação comunicativa de Jurgen Habermas. Os resultados mostraram que a maioria dos ACS eram do sexo feminino, com formação de nível médio. O tempo médio de atuação foi de 55,7 meses, com máximo de 157 meses, mínimo de 04 meses e mediana de 39 meses. Julgaram regular a remuneração e consideraram que é muito bom trabalhar na comunidade. A capacidade instalada das USF possuem condições de *Estrutura* satisfatória para um acompanhamento efetivo de pessoas com tuberculose e também para a BSR, quanto à disponibilidade de insumos (formulário e pote) para a realização da baciloscopia. Todas as USF possuem formulário e pote disponível para a coleta do exame. Quanto à presença de geladeira, n= 5 (55,5%) relatam existir geladeira específica para acondicionar os exames. No que se refere ao laboratório responsável por pegar as baciloscopias, n= 7 (77,7%) das USF possui laboratório responsável pelo recolhimento diário dos exames. Todos os ACS vinculados às USF referiram dispor de livro de sintomáticos respiratórios e que o enfermeiro é responsável pelas ações de TB. Os ACS de formação de nível médio, com tempo de trabalho >39 meses e satisfeitos com o trabalho foram os que mais acompanharam casos de TB. A maioria dos ACS, que acompanham ou não casos de TB, aponta que sempre suspeita de casos na comunidade. Nos grupos focais verificou-se a rotina dos ACS no acompanhamento de pessoas com TB, as barreiras para o acompanhamento de pessoas com TB, a concepção e compreensão sobre tuberculose, estrutura disponível na USF para o acompanhamento de TB e a busca e o acompanhamento de pessoas com TB. Os resultados apontam a necessidade de reorganização do serviço de APS no acompanhamento de pessoas com tuberculose, a fim de potencializar as ações a nível local, envolvendo os diversos níveis hierárquicos com a finalidade de cumprir as recomendações do Ministério da Saúde e contribuir para ampliar a perspectiva de controle da tuberculose no país e melhora da saúde da população.

Palavras-chave: Tuberculose. Agentes Comunitários de Saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

PANÍCIO, L. C. F. S. **Challenges and expectations for the accompaniment of people with tuberculosis by the community health agents.** 2013. 149 f. Tese (Doutorado)–Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

The community health agent (CHA) carries out an important role in the control and accompaniment of the tuberculosis cases (TB) in the Primary Attention to Health (PAH). The aim of this study was to analyze the challenges and expectations for the accompaniment of people with tuberculosis by the CHA of the Family Health Units (FHU) of the city of Marília - SP. An exploratory study, with quali-quantitative approach. To a quantitative data collection was used a questionnaire (Likert scale of answer), from December, 2011 to February, 2012 with 35 CHA. To the qualitative data collection were realized 3 focal groups, with 16 CHA. The research was supported in the Primary Attention to Health referential. The analysis occurred in two moments, in the quantitative one was used the bivariate analysis, performed by the combination of the dependent variable (accompaniment by tuberculosis, 1 yes; 2 no), dichotomy, with each one of the independent variables, according to their nature, through of contingency tables (chi-squared test and, when it was necessary, was used the Fisher exact test). Furthermore, it was considered the Multiple Correspondence Analysis. In the qualitative one, was used the Jurgen Habermas's theory of communicative action. The results showed that the most of the CHA were female, with a secondary education degree. The average time of performance was 55, 7 months, the maximum of 157 months, the minimum of 4 months and the median of 39 months. The CHA considered regular their wages and said it's very good to work in the community. The installed capacity of the FHU has conditions of satisfactory structure to an effective accompaniment of people with tuberculosis and also for the active search of patients with respiratory symptoms, as for the availability of material (application form and jar) to the achievement of the sputum smear. All the FHU have the application form and jar available to the exam collection. About the presence of refrigerator, n=5 (55, 5%) it is reported to exist specific refrigerator to preserve the exams. With regard to the laboratory that is responsible for taking the sputum smears, n=7 (77, 7%) of the FHU have a responsible laboratory for the daily collection of the exams. All the CHA linked to FHU mentioned to have the book of respiratory symptoms and that the nurse is responsible for the tuberculosis actions. The CHA with secondary education degree, with a working time > 39 months and pleased with their jobs were the ones that most monitored the tuberculosis cases. Most of them (that monitor or not the tuberculosis cases), said that always suspect of cases in the community. In the focal groups it was seen the CHA routine in the accompaniment of people with tuberculosis, the barriers to this accompaniment, the conception and understanding about tuberculosis, available structure in the FHU to the accompaniment of tuberculosis and the search and the accompaniment of people with tuberculosis. The results show the necessity of reorganization of the service of the Primary Attention to Health in the accompaniment of people with tuberculosis, in order to empower the actions to local level, involving the several hierarchical levels with the purpose of accomplish the recommendation of the Health Ministry and contribute to extend the expectation of control of the tuberculosis in the country and advance in the population's health.

Key-words: Tuberculosis. Community Health Agents. Primary Attention to Health.

RESUMEN

PANÍCIO, L. C. F. S. **Desafíos y perspectivas para el acompañamiento de personas con tuberculosis por los agentes comunitarios de salud**. 2013. 149 f. Tese (Doutorado)–Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

El agente comunitario de salud (ACS) ejerce un importante papel en el control y acompañamiento de los casos de tuberculosis (TB) en la Atención Primaria de Salud (APS). El objetivo de este estudio fue analizar los desafíos y perspectivas para el acompañamiento de personas con tuberculosis por los ACS de las Unidades de Salud de la Familia (USF) del municipio de Marília – SP. Estudio exploratorio, con abordaje cuali-cuantitativo. Para la colecta de datos cuantitativos fue utilizado un cuestionario (escala Likert de respuesta) de diciembre de 2011 a febrero de 2012 con 35 ACS. Para la colecta de datos cualitativos fueron realizados 03 grupos focales, con 16 ACS. La investigación estuvo amparada en el referencial de la APS. El análisis ocurrió en dos momentos, en el cuantitativo fue utilizado análisis bivariado, efectuado por la combinación de la variable dependiente (acompañamiento por TB, 1 sí ; 2 no), dicotómica, con cada una de las variables independientes, de acuerdo con su naturaleza, por medio de tablas de contingencia (test chi cuadrado y, cuando fue necesario, se recurrió al test exacto de Fisher). Además, fue considerado el Análisis de Correspondencia Múltiple. En el cualitativo, fue utilizado la teoría de acción comunicativa de Jurgen Habermas. Los resultados mostraron que la mayoría de los ACS eran del sexo femenino, con formación de enseñanza media. El tiempo medio de actuación fue de 55,7 meses, con máximo de 157 meses, mínimo de 4 meses y mediana de 39 meses. Juzgaron regular la remuneración y consideraron que es muy bueno trabajar en la comunidad. La capacidad instalada de las USF poseen condiciones de Estructura satisfactoria para un acompañamiento efectivo de personas con tuberculosis y también para la búsqueda de sintomáticos respiratorios (BSR), cuanto a disponibilidad de material (formulario y pote) para la realización de la baciloscopia. Todas las USF poseen formulario y pote disponible para la colecta del examen. Cuando a la presencia de nevera, n=5 (55,5%) relatan existir nevera específica para guardar los exámenes. En lo que se refiere al laboratorio responsable por coger las baciloscopias, n=7 (77,7%) de las USF poseen laboratorio responsable por el recogimiento diario de los exámenes. Todos los ACS vinculados a las USF citaron disponer de libro de sintomáticos respiratorios y que el enfermero es responsable por las acciones de tuberculosis. Los ACS de formación de enseñanza media, con tiempo de trabajo > 39 meses y satisfechos con el trabajo fueron los que más observaron casos de TB. La mayoría de los ACS (que observaron o no casos de TB), apunta que siempre sospecha de casos en la comunidad. En los grupos focales fue analizado la rutina de los ACS en el acompañamiento de personas con TB, la concepción y comprensión sobre tuberculosis, estructura disponible en la USF para el acompañamiento de TB y la búsqueda y el acompañamiento de personas con TB. Los resultados apuntan la necesidad de reorganización del servicio de APS en el acompañamiento de personas con tuberculosis, a fin de potencializar las acciones a nivel local, involucrando los diversos niveles jerárquicos con la finalidad de cumplir las recomendaciones del Ministerio de la Salud y contribuir para ampliar la perspectiva de control de la tuberculosis en el país y mejora de la salud de la población.

Palabras – Clave: Tuberculosis. Agentes Comunitarios de la Salud. Atención Primaria de Salud.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição percentual das características socioeconômicas, demográficas, tempo de trabalho do agente comunitário nas respectivas unidades de saúde e a avaliação desse ator sobre salário e ambiente de trabalho, Marília (2012).....	73
Tabela 2 -	A porta de entrada dos usuários à Estratégia Saúde da Família, Marília (2012).....	74
Tabela 3 -	Acesso ao diagnóstico dos usuários à Estratégia Saúde da Família, Marília (2012).....	76
Tabela 4 -	Elenco de serviços das Unidades de Saúde da Família, Marília (2012).....	77
Tabela 5 -	Coordenação das Unidades de Saúde da Família, Marília (2012).....	78
Tabela 6 -	Orientação na família e comunidade nas Unidades de Saúde da Família, Marília (2012).....	79
Tabela 7 -	Formação profissional dos ACS das Unidades de Saúde da Família, Marília (2012).....	80
Tabela 8 -	Fatores individuais associados ao acompanhamento de pessoas com TB pelo Agente Comunitário de Saúde, Marília (2012).....	81
Tabela 9 -	Fatores da política institucional associados ao acompanhamento de pessoas com TB pelo Agente Comunitário de Saúde, Marília (2012)	82

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização das Unidades de Saúde da Família segundo a região que está instalada, a quantidade de ACS e o tempo de inauguração, Marília (2012).....	57
---	----

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Modelo Teórico para avaliação dos desafios e perspectivas para acompanhamento de pessoas com TB pelo ACS (Adaptado de FACCINI)..... 45
- Figura 2 - Mapa perceptual mostrando padrões de correspondência entre as variáveis utilizadas na avaliação do acompanhamento ou não de casos de TB pelo Agente Comunitário de Saúde, Marília, (2012) 83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BSR	Busca de Sintomático Respiratório
CAOIM	Centro de Atendimento a Obesidade Infantil de Marília
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CNS	Conselho Nacional da Saúde
CONSEG	Conselhos de Segurança
DOTS	<i>Directly Observed Treatment Short-Course</i>
DRS	Departamento Regional de Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EACS	Equipe de Agentes Comunitários de Saúde
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAMEMA	Faculdade de Medicina de Marília
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LILACS	Literatura-Latina e do Caribe em Ciências da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEDLINE	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NEPEM	Núcleo de Educação Permanente
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
PA	Pronto Atendimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PROIID	Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar
PSF	Programa Saúde da Família
PubMed	<i>Public/Medline ou Publisher Medline</i>
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SR	Sintomático Respiratório
SUS	Sistema Único de Saúde

TB	Tuberculose
TBP	Tuberculose Pulmonar
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCAF	Unidade Central de Assistência Farmacêutica
UCEM	Unidade Central de Esterilização de Materiais
UPES	Unidade de Prevenção e Educação em Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	25
1	INTRODUÇÃO	29
1.1	A TRAJETÓRIA PROFISSIONAL DO ACS: SEU PROCESSO DE ORIGEM E A RELAÇÃO COM A ESF	29
1.2	ATUAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA PREVENÇÃO, CONTROLE E TRATAMENTO DA TUBERCULOSE	33
1.3	HIPÓTESES DO ESTUDO.....	38
1.4	JUSTIFICATIVA.....	38
2	OBJETIVOS	41
2.1	GERAL.....	41
2.2	ESPECÍFICOS.....	41
3	REFERENCIAL TEÓRICO	43
4	PERCURSO METODOLÓGICO	49
4.1	TIPO DE PESQUISA.....	49
4.2	LOCAL DA PESQUISA.....	50
4.3	ESTRUTURA DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE.....	51
4.4	A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MARÍLIA.....	53
4.5	A SITUAÇÃO DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE MARÍLIA/SP.....	56
4.6	CENÁRIO DE ESTUDO.....	57
4.7	ABORDAGEM QUANTITATIVA.....	57
4.7.1	POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	59
4.7.2	QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS	59
4.7.3	PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS	61
4.7.4	ANÁLISE DOS DADOS	61
4.8	ABORDAGEM QUALITATIVA.....	61
4.8.1	CRITÉRIOS PARA A INCLUSÃO DOS SUJEITOS	62
4.8.2	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DOS SUJEITOS	62
4.8.3	SELEÇÃO DOS SUJEITOS	62
4.8.4	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	63
4.8.5	COLETA DE DADOS – GRUPO FOCAL	63
4.8.6	TÉCNICA DE COLETA DA DADOS	65
4.9	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	69

5	RESULTADOS	72
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS	72
5.2	CAPACIDADE INSTALADA DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	73
5.3	FATORES ASSOCIADOS AO ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM TB PELO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	80
5.4	FATORES ASSOCIADOS À POLÍTICA INSTITUCIONAL FRENTE AO ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM TUBERCULOSE	81
5.5	O ACS E O ACOMPANHAMENTO DE TB	84
5.5.1	A DINÂMICA INTERACIONAL ENTRE OS ACS	84
5.5.2	A ROTINA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO ACOMPANHAMENTO DE TB.....	88
5.5.3	BARREIRAS PERCEBIDAS PARA O ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM TUBERCULOSE	91
5.5.4	CONCEPÇÃO E COMPREENSÃO SOBRE A TUBERCULOSE ...	92
5.5.5	ESTRUTURA DISPONÍVEL NA USF PARA O ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM TB	93
5.5.6	A BUSCA E O ACOMPANHAMENTO DE CASOS DE TB	95
6	DISCUSSÃO	100
6.1	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS.....	100
6.2	CAPACIDADE INSTALADA DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	102
6.3	FATORES ASSOCIADOS AO ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM TB PELO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	107
6.4	FATORES ASSOCIADOS À POLÍTICA INSTITUCIONAL FRENTE AO ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM TUBERCULOSE	111
6.5	O ACS E O ACOMPANHAMENTO DE TB	112
6.6	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	115
6.7	POTENCIALIDADES DO ESTUDO.....	115
7	CONCLUSÃO	117
	 REFERÊNCIAS	121
	 APÊNDICE A	132

APÊNDICE B.....	134
APÊNDICE C.....	147
ANEXO A.....	149

APRESENTAÇÃO

O ingresso no Curso de Graduação em Enfermagem pela Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) ocorreu no ano de 2002. Foram quatro anos de muita dedicação e paixão voltada para a atenção primária à saúde.

O interesse em trabalhar com os agentes comunitários de saúde (ACS) surgiu durante esse período, pois a faculdade utilizava as metodologias ativas de ensino-aprendizagem que substituíam o ensino convencional em salas de aulas e inseria os estudantes de Enfermagem, desde o primeiro ano, em unidades de saúde para o aprendizado na prática.

Dessa maneira, a atuação direta dos estudantes nas comunidades, favorecia a proximidade e criação de vínculo entre os graduandos e as equipes de saúde das unidades básicas de saúde e das unidades da estratégia saúde da família, dentre eles os ACS. Inserida neste contexto, passei a participar diretamente do processo de trabalho exercido pelos agentes comunitários, participando conjuntamente das visitas domiciliares e dos cuidados por eles solicitados.

Em fevereiro de 2006, ingressei no Aprimoramento Multiprofissional em Saúde da Família. Durante o período, fiquei responsável por uma Unidade de Saúde da Família localizada em uma região de vulnerabilidade social do município de Marília. Lá o meu contato direto com os ACS favoreceu um melhor empenho e desenvolvimento das atividades realizadas, visto que trabalhávamos em equipe para que os usuários fossem atendidos da melhor maneira possível. Foi um ano de muito trabalho empenhado em otimizar a qualidade de vida e o atendimento a àquelas famílias.

A proximidade com os ACS despertou em mim o interesse de realizar o trabalho de conclusão relacionado a essa prática. Sendo assim, o meu trabalho de conclusão de curso do Aprimoramento recebeu o título de “A percepção da comunidade acerca do agente comunitário de saúde”. Percebemos com esse estudo o que a literatura vem apontando em relação a esse profissional, os moradores da comunidade vêem os agentes como elo fundamental entre eles e a equipe de saúde e, além disso, percebem o agente como um trabalhador que tem a função de “faz tudo” dentro da unidade de saúde, pois destacaram que levam bilhetes, marcam consultas, fazem visitas e trabalham dentro da unidade pegando prontuários, limpando e fazendo relatórios.

Após a conclusão desse trabalho, coloquei-me a pensar a respeito da trajetória de vida e da trajetória profissional desses atores e concordo com o que

dizia William Shakespeare em seu glamuroso texto “O Menestrel”: “*E você aprende que realmente pode suportar... que realmente é forte, e que pode ir muito mais longe depois de pensar que não se pode mais. E que realmente a vida tem valor e que você tem valor diante da vida!*”. Essa frase retrata o que realmente penso a respeito dos ACS.

Em 2007, ingressei no Programa de Pós Graduação em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP. A pesquisa a que nos propomos foi fruto de toda trajetória anterior vivenciada com os ACS. No mestrado pesquisamos o trabalho deste ator na percepção dos usuários do serviço de saúde e dos próprios ACS. Como resultados, tivemos que o ACS é ator importante na Estratégia Saúde da Família (ESF) e vem desenvolvendo um importante trabalho junto às equipes de saúde da família no município de Marília, com objetivo principal de acompanhar pacientes doentes de hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, gestantes e crianças (SOSSAI, 2008).

Em 2010, ingressei no Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP. Nos propomos a continuar a construção de conhecimento sobre o ACS, pelo fato de que encontramos resultados interessantes a respeito desses profissionais.

Um exemplo disso foi sobre as dificuldades e as fragilidades vivenciadas por este ator, como por exemplo a quantidade de trabalho burocrático que realizam, a atuação como recepcionista da unidade de saúde, o serviço de limpeza da unidade e a falta de capacitação. O trabalho mostrou também que os ACS trazem consigo potencialidades como o vínculo com a comunidade, a agilidade no atendimento às famílias, por meio da visita domiciliar (SOSSAI, 2008).

Além disso, recebemos o convite para participar como pesquisadores de um projeto multicêntrico intitulado: “*Avaliação da efetividade de modelos de gestão de serviços de saúde no controle da tuberculose em municípios da região sul, sudeste e nordeste do Brasil*”, haja vista minha proximidade com a temática, e o interesse do grupo em investigar os principais atributos deste ator social, uma vez que vem assumindo a vanguarda de um novo projeto político de controle da tuberculose (TB) a partir da Atenção Primária à Saúde.

Além disso, o projeto citado acima vem desenvolvendo pesquisas com finalidade de compreender aspectos técnico-político-operacionais acerca da assistência aos doentes de tuberculose na Atenção Primária à Saúde e demais

serviços de saúde desde as fases de diagnóstico até o desfecho do tratamento. Assim, esse trabalho procura trazer melhorias para o sistema e serviços de saúde no que se refere ao acompanhamento de pessoas com tuberculose, enfocando as principais perspectivas e desafios na produção do cuidado.

No decorrer da pesquisa cursei disciplinas relevantes para a temática da pesquisa, para a construção do referencial teórico do estudo e para minha formação profissional. As disciplinas cursadas foram: Relacionamento Interpessoal, Docência no Ensino da Saúde: Saberes e Práticas, Gestão do Processo de Trabalho em Saúde - Repensando as Teorias Gerenciais e do Trabalho, Metodologia da Pesquisa: abordagem quantitativa e qualitativa e Construção do conhecimento em saúde coletiva.

1 INTRODUÇÃO¹

¹ Esta tese foi revisada de acordo com a Nova Ortografia da Língua Portuguesa (2009).

Para falar da trajetória do ACS e estudar suas condutas frente ao acompanhamento de pessoas com TB, este primeiro capítulo foi dividido em dois momentos sendo o primeiro a apresentação de uma revisão de literatura sobre a trajetória profissional do ACS: seu processo de origem e a relação com a ESF e o segundo que descreve a atuação dos agentes comunitários de saúde na prevenção, controle e tratamento da tuberculose.

1.1 A TRAJETÓRIA PROFISSIONAL DO ACS: SEU PROCESSO DE ORIGEM E A RELAÇÃO COM A ESF

A conformação da trajetória do ACS iniciou-se em 1987, quando o Estado do Ceará estava vivendo situações conflitantes em relação ao acesso da população às Unidades de Saúde, dificuldades estas de cunho geográfico, de deficiências de funcionamento e de relacionamento com usuários. A fim de contribuir com a expansão da acessibilidade da população aos serviços de saúde, foi proposto o trabalho do ACS, voltado para as ações de educação e promoção da saúde, utilizando como ferramenta a visita domiciliar. Para isso passaram por breves treinamentos e atuaram em cuidados mais simples como: promoção do aleitamento materno, reidratação oral e vacinação (MINAYO; D'ELIA; SVITONE, 1990).

Não há relatos na literatura que mostram, naquela época, a atuação dos ACS frente à TB. Eles atuavam realizando orientações simples relacionadas aos cuidados de saúde.

Em 1991 foi criado, oficialmente, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que contou com o apoio do Ministério da Saúde (MS) e da Fundação Nacional de Saúde. Esse programa surgiu com objetivo de oferecer a população um atendimento de caráter participativo e livre de preconceitos, prezando pela universalidade e qualidade do atendimento. Sua implantação foi iniciada na região Nordeste do Brasil, visto que o índice de pobreza e de doenças são superiores aos das outras regiões do país. Assim, o PACS estendeu-se também a região Norte e Centro-Oeste (SOUSA, 2001).

Desse modo, no mesmo ano de 1991, as principais tarefas exigidas para os agentes comunitários eram:

Visitar regularmente (pelo menos uma vez por mês) as famílias da área e, com maior intensidade, as que têm crianças menores de 2 anos e gestantes, para: ensinar conhecimentos úteis, incluindo nutricionais, para prevenção e atenção precoce de agravos; fornecer medicamentos antitérmicos; executar curativos de feridas, pesagens periódicas das crianças menores de 2 anos (com acompanhamento na curva de crescimento) e medição do perímetro braquial das gestantes. Haveria o acompanhamento de 50-100 famílias nas áreas rurais e 150-250 famílias nas áreas urbanas por agente; encaminhar às Unidades de Saúde para diagnóstico e terapia, para controles preventivos, particularmente pré-natal, e para prevenção de câncer gineco-obstétrico; encaminhar às Unidades de Saúde para vacinação; promover, organizar ou colaborar com reuniões da comunidade, para discutir e enfrentar assuntos de saúde; promover, organizar ou colaborar com atividades desenvolvidas na própria comunidade, como vacinação ou obras de saneamento (MINAYO; D'ELIA; SVITONE, 1990).

Os ACS surgem no cenário brasileiro exercendo um trabalho voluntário, visando à melhoria das condições de saúde da comunidade onde vivem (OLIVEIRA; NACHIF; MATHEUS, 2003).

A criação do PACS se deu por meio do convênio feito entre a Fundação Nacional de Saúde e as Secretarias de Estado de Saúde, sendo a sua equipe constituída de um enfermeiro supervisor ou instrutor para cada 30 ACS, em uma Unidade de Saúde (BRASIL, 2001a).

O PACS tem como objetivo auxiliar os serviços de saúde na reorganização de suas ações, promovendo a integração entre a equipe de saúde e a comunidade, visto hoje como um programa de transição para a ESF (BRASIL, 2001b).

Em 1994, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), o que favoreceu a inserção dos ACS nas regiões Sul e Sudeste do Brasil (SOUSA, 2001).

A regulamentação da profissão de agente comunitário ocorreu em 10 de julho de 2002, respaldada pela Lei nº 10.507 e sancionada pelo presidente Fernando Henrique Cardoso, que determina que essa profissão existirá exclusivamente no âmbito do SUS, apontando em seu artigo 2º que a profissão de ACS, caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas conforme as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local. Traz ainda os seguintes requisitos básicos para o exercício da profissão: residir na área de abrangência da comunidade em que atuar, ter concluído o curso de qualificação básica para a formação de ACS e possuir ensino fundamental completo (BRASIL, 2002).

Dessa forma, Ferraz e Aertz (2004), ressaltam que os ACS fazem parte de dois Programas do Governo Federal importantes na APS, sendo o PACS e a ESF.

A ESF foi implantada no Brasil, no ano de 1994, como uma estratégia para reorganização da atenção primária, enfocando a criação de vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade da área adscrita. A ESF deve substituir o modelo tradicional de atenção à saúde, voltado para as práticas intervencionistas e curativistas. Essa estratégia reforça a consolidação dos princípios do SUS e reafirma a co-responsabilidade entre profissionais e população. As ações desenvolvidas são voltadas para a família e a comunidade, exercidas de forma contínua que contemplam a promoção e a prevenção, além de ações voltadas para o curativo e a reabilitação (BRASIL, 1997).

De acordo com Martines e Chaves (2007) motivo importante para a implantação da ESF, foi que no ano de 1994, a Organização das Nações Unidas (ONU), elegeu esse ano como o ano da família, dessa maneira, o Ministério da Saúde cria no Brasil a Estratégia Saúde da Família, que tem como eixo estrutural os fatores que determinam e condicionam a situação de vida e o processo saúde-doença da comunidade atendida. A ESF trabalha com vistas para ações preventivas, curativas e de promoção da saúde, bem como buscando a qualidade de vida e o direito de cidadania da comunidade, contando com o trabalho do ACS junto às famílias, supervisionado pelo enfermeiro.

A vigilância em saúde é um ponto forte da ESF, que centraliza suas atividades nas Unidades de Saúde da Família (USF), trabalhando em torno da integralidade, hierarquização, territorialidade e adscrição da clientela e equipe multiprofissional.

Cada equipe de saúde da família tem composição multiprofissional e deve ser composta por: um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e até 12 agentes comunitários de saúde. Além disso, pode-se inserir a equipe de saúde bucal (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2006).

O número de agentes por equipe deve ser suficiente para atender 100% da população cadastrada, sendo cada um responsável por no máximo, 750 pessoas. Todos os integrantes da equipe devem cumprir uma jornada de trabalho de 40 horas semanais (BRASIL, 2006a).

A criação do PACS e do PSF favoreceu a atuação do ACS para o controle da TB, visto que são dois importantes programas da Atenção Primária à Saúde e

favorecem a proximidade entre o ACS e às famílias, possibilitando a identificação de sintomáticos respiratórios (SR), o acompanhamento mais próximo da população e o encaminhamento às Unidades de Saúde.

Paralelamente a isso, entre os anos de 1996 e 1997, o Ministério da Saúde lançou o Plano Emergencial para o controle da tuberculose, selecionando 230 municípios prioritários, para implementar as atividades de controle da doença (RUFFINO-NETTO, 2001).

As estimativas da Organização Mundial de Saúde, apontaram o surgimento de 8,8 milhões de novos casos e 1,6 milhão de mortes por tuberculose. Além disso, no Brasil, a cada ano surgem 111 mil novos casos, dos quais 85 mil são notificados no Sistema de Informação de Atenção Básica (SINAN), perfazendo uma taxa de incidência de 47/100 mil habitantes (BRASIL, 2006a).

As estimativas destacadas acima motivaram o Conselho Nacional de Saúde (CNS) apontar a tuberculose como um problema prioritário de saúde no Brasil e estabeleceu, por meio da Resolução nº 284 de 6 de agosto de 1998, as diretrizes gerais de ação e metas para o Programa Nacional de Controle de Tuberculose (RUFFINO-NETTO, 2001).

O Plano Nacional de Controle da Tuberculose em 1998, expandiu as atividades de combate à tuberculose para todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), que integraram principalmente a atenção básica, utilizando a Estratégia Saúde da Família (ESF), e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde Família (PACS) (CASTELO FILHO et al., 2004).

De acordo com Muniz et al. (2005), as duas estratégias citadas acima, podem vir a contribuir para expansão das ações do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), tendo a família e o domicílio como instrumentos de trabalho utilizados para melhorar a adesão terapêutica e evitar o abandono ao tratamento.

Apesar disso, Muniz et al. (2005) destacam que mesmo a busca de SR ser uma atribuição do ACS, não significa que na sua prática profissional isso seja desenvolvido, por isso é necessária uma capacitação permanente que permita a apropriação de saberes que identificam a complexidade da atenção aos usuários doentes de tuberculose.

A partir de 2001, no Brasil, a TB passa a ser uma doença sob responsabilidade dos municípios de acordo com a NOAS, reconhecendo as ações

do PNCT, como competência da Atenção Básica (AB), podendo ser executadas nos serviços básicos e especializados (VILLA et al., 2006).

A TB é uma prioridade na AB, refletida na presença do indicador no Pacto da Atenção Básica. O Pacto pela Vida como um de seus objetivos prioritários atingir pelo menos 85% de cura de casos novos de tuberculose bacilífera diagnosticados a cada ano (BRASIL, 2006b).

Na ESF espera-se que o agente comunitário possa atuar no controle da tuberculose e que seja capaz de identificar na comunidade, por meio de visitas domiciliares, pessoas que apresentem tosse por três semanas ou mais (sintomático respiratório) e encaminhá-los aos serviços de saúde para pesquisa de tuberculose (busca ativa). Além disso, que orientem a família e a comunidade, acompanhem a tomada dos medicamentos pelos pacientes (tratamento supervisionado) e organizem reuniões com os membros da comunidade (BRASIL, 2002).

As visitas domiciliares realizadas pelos ACS poderia ser uma estratégia de ação desse profissional para a detecção de casos sintomáticos respiratórios (SR) e contatos, principalmente, de casos bacilíferos em crianças. Nas unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) e nos demais serviços de saúde municipais, a busca ativa de SR e contatos deve ser uma atitude permanente e incorporada à rotina de atividades de todos os membros das equipes de saúde (BRASIL, 2000).

Maciel et. al (2008) destacam ainda que os ACS são expostos aos pacientes doentes de TB sem as devidas orientações sobre a transmissão da doença, os riscos de infecção e a utilização de equipamentos de proteção. Dessa forma, é importante que os ACS tenham uma boa formação, para o bom desempenho de suas atividades.

1.2 ATUAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA PREVENÇÃO, CONTROLE E TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

O Brasil está em 14º lugar no ranking dos 22 países com a mais alta taxa de tuberculose, e a política do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) propõe investir esforços na descentralização das ações para a Atenção Primária à Saúde.

A tuberculose pulmonar (TBP) é um problema de saúde pública que acompanha o homem desde as civilizações mais antigas e seus riscos são aumentados na medida em que ocorre a urbanização das populações com conseqüente aproximação e convivência prolongada entre pessoas (BRASIL, 2000). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que ocorram no mundo cerca de 8 a 9 milhões de casos novos por ano e ao redor de 3 milhões de óbitos pela doença. Para o Brasil, estima a incidência de 124 mil casos por ano (WHO, 2000).

Com objetivo de melhorar a qualidade na atenção ao problema, o Ministério lançou o Plano Estratégico para a Implementação do Controle da Tuberculose no Brasil, destinado a possibilitar aos profissionais de saúde, com atuação na área da Atenção Básica, a elaboração de novos instrumentos de trabalho, capazes de atingir o controle da doença em nível local, e mais que isso, estabelecer mecanismos permanentes de vigilância e avaliação do processo de trabalho. A humanização das práticas de saúde junto à família e seu espaço social passa a ser o referencial desta nova estratégia de enfrentamento, o que certamente será fator de sucesso para os objetivos a serem alcançados (RUFFINO-NETTO, 2001).

De acordo com Muniz et al. (2005), o Plano de Controle da Tuberculose no cenário brasileiro propõe novas possibilidades de intervenção na sua proposta de trabalho, contando com as estratégias de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde. Destaca que as duas estratégias citadas acima, podem vir a contribuir para expansão das ações do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), têm a família e o domicílio como instrumento de trabalho. Assim, o Plano dá ênfase na atuação das equipes do ACS e PSF como instrumento para melhorar a adesão terapêutica e evitar o abandono ao tratamento.

As visitas domiciliares realizadas pelos ACS pode ser uma estratégia de ação desse profissional para a detecção de casos sintomáticos respiratórios (SR) e contatos, principalmente, de casos bacilíferos e crianças. Nas unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) e nos demais serviços de saúde municipais, a busca ativa de SR e contatos deve ser uma atitude permanente e incorporada à rotina de atividades de todos os membros das equipes de saúde (BRASIL, 2000).

Destaca-se que a incorporação das ações de controle da TB na atenção primária tem se revelado um grande nó na saúde pública, sendo esta situação um desafio à ESF, e assim ao ACS, principal articulador com a comunidade.

Assim, a equipe da ESF, tem um papel importante na busca de sintomáticos respiratórios (SR) e no diagnóstico precoce da doença, considerando que o ACS é um profissional da ESF que pela proximidade com a comunidade potencializa a oportunidade de identificação dos SR.

Nessa perspectiva, o ACS assume a vanguarda do controle da TB na Atenção Primária à Saúde pela sua presença no território e pelo compartilhamento de um mesmo contexto social, cultural e um mesmo universo lingüístico, capaz de promover articulação entre os serviços de saúde e a comunidade, identificar seus problemas, e atuar no trabalho de prevenção de doenças e promoção da saúde (HAINES et al., 2007; NUNES et al., 2002).

De acordo com o Ministério da Saúde (2008), espera-se que no controle da TB, os ACS desenvolvam algumas funções como: identificar os SR nos domicílios e na comunidade; encaminhar ou comunicar o caso suspeito à equipe; orientar e encaminhar os contatos à UBS para consulta, orientar a coleta e o encaminhamento do escarro dos SR; supervisionar a tomada de medicação e realiza visita domiciliar conforme planejamento da equipe, usando a ficha do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB B-TB) e mantendo-a atualizada; realizar busca ativa de faltosos e aqueles que abandonaram o tratamento; verificar a presença de cicatriz da vacina BCG no braço direito da criança e encaminhar a criança para vacinação casa não exista comprovante no cartão; realizar ações educativas junto à comunidade; participar, com a equipe, do planejamento de ações para o controle da TB na comunidade.

Assim, as ações de controle da TB em todo país, na Saúde da Família, é feita considerando a extensão territorial e a complexidade do sistema de saúde (TEIXEIRA, 2000). Dessa maneira, é importante um adequado desempenho desta atividade para o fortalecimento da AB e dos ACS para a reorientação do modelo assistencial.

Nesse contexto, realizamos uma revisão de literatura com intuito de observar as publicações dos últimos 20 anos que abordaram a atuação do ACS no controle da TB. Essa revisão foi feita a partir das bases de dados Pubmed, Medline e na Biblioteca Virtual em Saúde, nos idiomas português, inglês e espanhol. Os descritores utilizados foram: community health aides and tuberculosis; community health workers and tuberculosis, agente comunitário de saúde e tuberculose e agentes comunitários de salud y tuberculosis.

Encontramos um total de 236 artigos, sendo que 118 foram excluídos por repetição e apenas 12 foram selecionados por abordarem a atuação do ACS na busca de SR de TB, sendo eles: Clarke et al., 2005; Clarke; Dick; Bogg, 2006; Danielsa et al., 2005; Datiko; Lindtjorn, 2009; Dudley et al., 2003; Kiefer et al., 2009; Maciel et al., 2008; Muniz et al., 2005; Nogueira et al., 2007, Shargie; Morkve; Lindtjorn, 2006; Wlaker; Jan, 2005; Wright et al., 2004.

Foi realizada também pesquisa no banco de teses da USP (Universidade de São Paulo), utilizando as palavras agente comunitário de saúde e tuberculose. Foram encontradas 16 publicações: Santos (2007), Monroe (2007), Speciale (2007), Seoani (2007), Sousa (2007), Cheavegati (2008), Oliveira (2008), Protti (2008), Ramos (2009), Croccia (2009), Curto (2009), Lemos (2010), Pinto (2011), França (2011), Andrade (2012) e Scatolin (2012).

Com base no levantamento bibliográfico realizado, os estudos sobre o trabalho do agente comunitário de saúde, volta-se mais para suas ações e atividades de promoção e educação em saúde, principalmente, como um ator fundamental na Estratégia Saúde da Família. O enfoque do ACS na busca de sintomáticos respiratórios de TB é de pequena frequência.

Além disso, a literatura estudada mostrou que existem alguns entraves para o controle da tuberculose pelo ACS, primeiro a dificuldade de adesão ao tratamento de tuberculose, e segundo, a dificuldade do ACS de identificar sintomático respiratório de tuberculose. Apesar de ser um tema importante, poucos estudos no Brasil tem sido conduzido especialmente em áreas com cobertura elevada de ESF.

Conforme o Ministério da Saúde (2000), a busca de Sintomáticos Respiratórios (SR), caracteriza-se como uma importante estratégia para a detecção de casos de TB, sendo toda pessoa considerada SR, aquela com tosse Há mais de três semanas. Desde o ano de 1996, os Planos Nacionais de Controle da TB trazem as ações de Busca de SR na rotina dos serviços de saúde, mas somente a partir do Plano de 2001-2005 há um maior enfoque nesta atividade.

O nosso desafio foi analisar os desafios e perspectivas dos agentes comunitários de saúde no acompanhamento de pessoas com tuberculose, nas Unidades de Saúde da Família do município de Marília-SP.

Com base no assunto abordado, tomamos como questões norteadoras deste estudo:

- Será que os agentes comunitários de saúde acompanham as pessoas com tuberculose das áreas adscritas à Estratégia Saúde da Família? Há recursos ou insumos nas Unidades de Saúde para essa ação?
- Será que os ACS consideram relevante essa ação? Qual a percepção dos ACS sobre a TB?
- Quais os desafios e as perspectivas do acompanhamento de pessoas com tuberculose pelos ACS?

Esperamos que essa pesquisa possa contribuir com a política de saúde brasileira, no que se refere ao acompanhamento de pessoas com tuberculose, oferecendo subsídios aos ACS que atuam em ações voltadas ao controle da TB.

1.3 HIPÓTESES DO ESTUDO

Assumiram-se as seguintes hipóteses:

- As unidades de saúde da família do município de Marília apresentam indicadores de estrutura satisfatórios;
- A capacidade instalada das Unidades de Saúde da Família para o acompanhamento de pessoas com tuberculose segue os atributos da APS.

Para análise do acompanhamento de pessoas com tuberculose, pressupõe-se que os ACS realizam o acompanhamento de pessoas com TB nas áreas adscritas.

1.4 JUSTIFICATIVA

A investigação se justifica pela necessidade de pesquisas para analisar como vem sendo realizado o acompanhamento de pessoas com tuberculose, principalmente na Atenção Primária à Saúde.

Esta investigação soma-se a outros estudos desenvolvidos pelo GEOTB, contribuindo, assim, para a produção de conhecimento, e, portanto possibilitando a melhoria do cuidado a pessoas com tuberculose, enfocando a prevenção, o controle e o tratamento dos casos. A escassez de estudos relacionados ao acompanhamento de pessoas com tuberculose, foi um dos fatores que motivou a realização do presente trabalho.

Uma outra contribuição pretendida é a própria interferência na formulação de políticas, a fim de que se tornem mais diretivas ao processo de formação de recursos humanos e para instituição de ambiência nos serviços de saúde, favorável ao atendimento desses doentes, favorecendo um acolhimento e vínculo das pessoas com essa condição. Há que se acrescentar também sua relevância para a organização do sistema, porque os resultados aludidos na presente investigação poderão favorecer dispositivos que permitam a interlocução entre os serviços,

processos e pessoas, resgatando, dessa forma, o papel da Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado, mesmo nos serviços especializados.

Assim, o ACS da ESF pode apresentar um desempenho satisfatório no controle da TB junto com sua equipe de saúde e contribuir com novas práticas na comunidade a fim de envolver os gestores e melhorar os indicadores de saúde inerentes a tuberculose.

OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Analisar os desafios e perspectivas para o acompanhamento de pessoas com tuberculose pelos agentes comunitários de saúde das Unidades de Saúde da Família do município de Marília-SP.

2.2 ESPECÍFICOS

- Analisar a capacidade instalada das Unidades de Saúde da Família para a busca de sintomáticos respiratórios;
 - Analisar os fatores individuais e política institucional que estejam associados ao acompanhamento de pessoas com tuberculose;
 - Analisar a capacidade do ACS para desenvolver atividades voltadas ao acompanhamento da TB nas comunidades;
 - Analisar a concepção dos agentes comunitários de saúde sobre o acompanhamento das pessoas com TB e a própria compreensão desses atores em relação à tuberculose.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa uma política da Organização Mundial da Saúde (OMS), que a define como uma estratégia para alcançar a meta de Saúde para Todos no ano 2000, visando melhorar os indicadores populacionais de saúde, especialmente a redução da morbimortalidade, com consumo racional da tecnologia biomédica, proporcionando maior eficiência ao gasto no setor (OMS, 1979). A APS conceitua saúde e doença como socialmente determinadas e se fundamenta nos princípios da universalidade, equidade, participação comunitária, integralidade e participação comunitária, integralidade e continuidade da atenção, a fim de alcançar os ideais de promoção, proteção e recuperação da saúde, em ações individuais e coletivas (OMS, 1979; URIBE-OYARBIDE, 1995; STARFIELD, 2002).

Em contraposição ao modelo médico hegemônico, hospitalocêntrico e especialista, surge a APS, que fundamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), servindo como porta de entrada e como elemento estruturante e orientador da atenção (MENDES, 2002).

De acordo com a OMS (1978), desde a Declaração de Alma-Ata em 1978, a organização de Sistemas Nacionais de Saúde com base na Atenção Primária à Saúde tem sido o responsável pelo manejo de 80% das demandas de atenção e o encaminhamento aos demais níveis do sistema das situações que requerem outras tecnologias para seu cuidado (DAWSON, 1964; STARFIELD, 2002; MENDES, 2002).

O termo APS foi referenciado pela primeira vez por Lord Dawson em 1920, quando propõe que a organização da atenção pública à saúde no Reino Unido seja baseada na territorialização da população, sugerindo um desenho em que o primeiro nível de atenção seria dado por médicos, enfermeiros e outros trabalhadores da saúde em atendimento domiciliar, daí referidos a centros de saúde de tecnologia “leve”, responsáveis pela primeira atenção ao usuário em dependências institucionais e pelo encaminhamento dos casos com situação clínica mais grave, urgente ou complexa, a outros centros de tecnologia biomédica mais “pesada”, se necessário. O atendimento de atenção primária se localizaria em núcleos territoriais

pequenos, com adscrição da clientela residente na área e se refeririam, de forma radial, aos centros “secundários” (especializados), localizados em cidades maiores.

A APS não é apenas uma forma de organizar o Sistema de Saúde em níveis hierárquicos de atenção. Muito mais do que isso, a atenção primária conforma uma alternativa ao modelo biomédico, uma proposta de estilo de pensamento. (FLECK, 1986). Após a passagem dos anos, percebe-se que a APS foi moldada à realidade de cada país e local, e seu conceito interpretado segundo diferentes visões de saúde e sociedade (GERVÁS; CAMINAL-HOMAR, 2003; ATUN, 2004).

No cenário da APS, a problemática da tuberculose contempla tanto as macropolíticas, uma vez que inclui a área social (geração de emprego, renda, educação, habitação, o índice de desenvolvimento humano), como também as micropolíticas, relacionadas à organização e gestão dos programas para o adequado desempenho dos serviços de saúde no controle da doença. Assim, o processo de reorganização da Atenção Primária à Saúde contempla a transferência da responsabilidade das ações de controle da doença para a APS, sendo a ESF um espaço considerado adequado para esse tipo de ação, principalmente na figura do ACS, que está inserido na comunidade que trabalha.

Faccini (2008) em seu estudo sobre efetividade da APS, trabalha um modelo teórico de diagrama, que compara o PSF e a UBS, considerando as características individuais, sociais, estruturas e processos de trabalho e de gestão, que podem levar a hospitalização por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde.

Considerando o estudo de Faccini (2008), a figura abaixo apresenta o diagrama do modelo teórico proposto para estudos de efetividade da atenção primária com adaptação no acompanhamento de pessoas com tuberculose nas unidades de saúde da família.

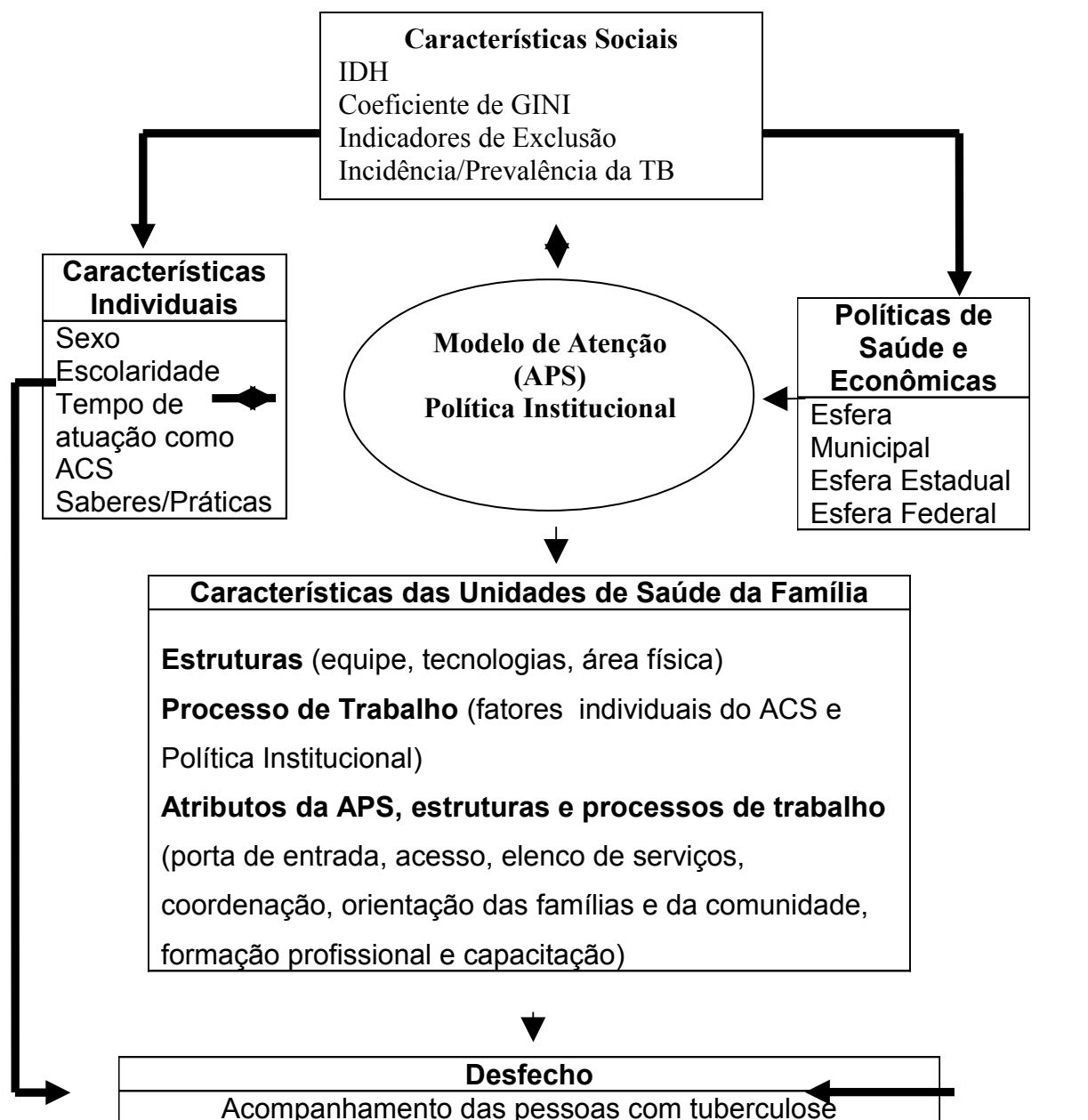


Figura 1: Modelo Teórico para avaliação dos desafios e perspectivas para acompanhamento de pessoas com TB pelo ACS (Adaptado de FACCINI)

Algumas características podem ser determinantes do acompanhamento de pessoas com tuberculose em determinada área.

As características individuais como: sexo, escolaridade, tempo de atuação como ACS e os saberes e práticas adquiridas pelo profissional, retratam as potencialidades dos ACS enquanto trabalhadores inseridos na APS para buscar e acompanhar os casos de TB. A escolaridade relaciona-se ao resgate de conhecimentos técnicos e científicos dos ACS para atuar no acompanhamento dos casos de TB. O tempo de atuação coaduna com a familiarização entre trabalhadores e equipe e a criação do saber a partir da prática realizada, além de possibilitar o fortalecimento do vínculo e responsabilização com a comunidade, culminando na identificação precoce dos sintomáticos respiratórios e em um cuidado adequado ao paciente com TB.

As características sociais também estão relacionadas como o acompanhamento da tuberculose em determinado local. O índice de desenvolvimento humano (IDH) reflete as condições de saúde e de salubridade no local, já que o cálculo da expectativa de vida é fortemente influenciado pelo número de mortes precoces causadas pela doença (IBGE, 2010). O coeficiente de Gini também pode ser considerado uma característica social relacionada com o acompanhamento de casos de TB visto que mede a desigualdade de distribuição de renda, sendo a renda diretamente relacionada com o aparecimento dos casos de tuberculose em uma área.

A incidência e prevalência da TB estão diretamente associadas ao contexto social e poderiam ser controladas a partir do desenvolvimento tecnológico com avanço das pesquisas e de novas descobertas.

As políticas de saúde no âmbito da TB, com o Programa Nacional de Controle da TB no ano 2000, identifica o ACS como ator que favorece a reorientação da concepção e do modelo de atenção à saúde. No Brasil, foram incorporadas políticas de saúde que priorizavam a municipalização e a descentralização da atenção à saúde de modo a ampliar o acesso dos doentes às ações de diagnóstico e tratamento em todos os serviços de saúde.

As características das Unidades de Saúde da Família contribuem com o sucesso do acompanhamento dos casos de TB e dependem da estrutura e organização oferecida pelos serviços como a equipe, tecnologias e área física. Além disso, dependem do processo de trabalho realizado como as

ações individuais, as ações coletivas e de gestão; e relaciona-se com os atributos da atenção primária denominados de porta de entrada, acesso, elenco de serviços, coordenação, orientação das famílias e da comunidade, formação profissional e capacitação.

O desfecho do estudo remete ao acompanhamento dos casos de TB pelos agentes comunitários de saúde em uma unidade de saúde da família, e se apropria de características relevantes para a efetivação do acompanhamento dos casos.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

*“Pesquisar é antes de tudo descobrir algo novo,
trilhar caminhos distintos dos convencionais,
perturbar certezas e convicções,
embaralhar razão e paixão”.*
(Adorno apud Azeredo, 1999)

A metodologia pode ser entendida como o caminho do pensamento de acordo com Habermas (1987) e constitui uma prática teórica pensada segundo Minayo (2006).

Minayo (2006) defende que a metodologia, além de vincular, teorias, métodos e técnicas, conta também com a criatividade do pesquisador, que corresponde à sua experiência reflexiva, à sua habilidade pessoal de análise, ao seu comprometimento com objeto, à sua capacidade de exposição lógica e a seus interesses. Esperamos que em nossa pesquisa, além do uso adequado das teorias, métodos e técnicas, floresça também nossa criatividade.

4.1 TIPO DE PESQUISA

A pesquisa a que nos propomos caracteriza-se por ser um estudo exploratório com abordagem quanti-qualitativa. Essa abordagem serve como instrumento para a Saúde Pública, em particular, para aproximar a realidade observada (MINAYO e SANCHES, 1993).

Para tal, seguimos os princípios da triangulação de métodos, conforme proposto por Deslandes e Gomes (2004), que destacam que essa estratégia visa a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista, técnicas, estratégias e métodos.

A combinação dos métodos quantitativo e qualitativo produz a triangulação metodológica, que, numa relação entre opostos complementares, busca a aproximação do positivismo e do compreensivismo. Assim, a triangulação é uma estratégia de pesquisa que contribui para aumentar o conhecimento sobre determinado tema, alcançar os objetivos traçados, observar e compreender a realidade estudada (MINAYO, 2006).

Optamos por abordar essas duas abordagens distintas, porém complementares, na expectativa de que estas possibilitem o entendimento mais

amplo e profundo dos aspectos relacionados à busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose pelos ACS. Além disso, buscamos obter uma maior validade dos resultados e inserir interpretações alternativas em relação aos diversos fatores envolvidos (POLIT, BECK E HUNGLER, 2004).

O desenvolvimento dessa tese privilegiou uma abordagem metodológica que possibilitou a análise de características qualitativas e quantitativas relacionadas ao acompanhamento de pessoas com tuberculose nas Unidades de Saúde da Família do município de Marília, de acordo com a percepção dos ACS. Sendo assim, a triangulação de métodos permite na abordagem qualitativa que seja analisada a concepção dos agentes comunitários de saúde sobre o acompanhamento de pessoas com tuberculose. A abordagem quantitativa permite a análise da capacidade instalada das Unidades de Saúde da Família para a busca de sintomáticos respiratórios.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

Para a caracterização do município de Marília, foi utilizado o Relatório de Gestão do ano de 2009. Marília foi fundada em 04/04/1929 e está situada na região Centro-Oeste Paulista, na parte mais ocidental da Serra de Agudos, a $490^{\circ} 56' 46''$ de longitude e $230^{\circ} 13' 10''$ de latitude sul. Fica distante da Capital do Estado 443 km por rodovia; 529 km por ferrovia e 376 km em linha reta. O município é servido por duas rodovias estaduais e uma federal – a Comandante João Ribeiro de Barros (SP-294), Dona Leonor Mendes de Barros (SP-333), e a Transbrasiliana (BR-153). Também possui aeroporto com voos regulares para São Paulo e Presidente Prudente. Cortada pela ferrovia de concessão da Ferrobán, mas não possui transporte regular. Terminal Rodoviário Interurbano (Rodoviária) tem uma das arquiteturas mais contemporâneas.

Possui uma área total de 1.194 km²; sendo 42 km² de área urbana e 1.152 km² de área rural. Tem uma altitude de 650 m e sua topografia é região montanhosa.

A população total do município no ano de 2011 foi de 216.745 habitantes, de acordo com o IBGE (2013).

O município é referência regional em Saúde. Marília possuindo 5 hospitais e 1 maternidade. A cidade é servida por inúmeras clínicas, empresas de diagnósticos e lojas de produtos hospitalares. A Rede Municipal de Saúde é exemplar. Conta com 32 USF (Unidades de Saúde da Família), 12 UBS (Unidades Básicas de Saúde), 1 Policlínica e 2 PA (Pronto Atendimento). O município conta ainda com serviços diferenciados como o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), tratamento de obesidade infantil pelo CAOIM (Centro de Atendimento à Obesidade de Marília), 1 Clínica de Fisioterapia, que funciona na antiga estação ferroviária, 1 CEO (Centro de Especialidades Odontológicas), 1 Clínica de Fonoaudiologia, além do atendimento do Programa Municipal de Ações Antitabágicas, que colabora na recuperação de pessoas viciadas em tabaco.

O município realizou em 1996 um grande levantamento de suas áreas de risco, processo conduzido pela Secretaria do Bem Estar Social de Marília, e a partir daí vem monitorando sua expansão ou aparecimento de novas áreas através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS/PSF) que cobrem 76,69% da população local (famílias cadastradas no SIAB), além das informações do CONSEG – Conselhos de Segurança (índice de Criminalidade – Polícia Militar). Os critérios utilizados para o levantamento foram: condições de vida, ou seja, dados de moradia, saneamento, situação de emprego, criminalidade e escolaridade.

4.3 A ESTRUTURA DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

Marília é um dos municípios que compõe a área de abrangência da Direção Regional de Saúde de Marília (DRS-IX) e foi habilitada em junho de 1998 à forma de Gestão Plena do Sistema de Saúde, conforme a Norma Operacional Básica 01/96 (NOB 01/96). Em 2002, foi discutida a implantação das Normas Operacionais Assistência à Saúde (NOAS), fundamental para a consolidação do SUS (MARÍLIA, 2009).

No ano de 1996 foi realizado um grande levantamento das áreas de risco no município, ou seja, aquelas com precárias condições de moradia, saneamento, situações de emprego, criminalidade e escolaridade. O mapeamento dessas áreas

tem norteado a instalação de recursos sociais como: escolas, creches, unidades de saúde, dentre outros. Assim, as USF do município se localizam nessas áreas.

A Rede Básica, composta pelas Unidades de Saúde, em conjunto com os Serviços de Apoio e Referência do Município de Marília, é constituída por:

- 32 Unidades da Estratégia Saúde da Família – USF, sendo 28 localizadas na zona urbana e 04 localizadas na zona rural.
- 12 Unidades Básicas de Saúde com Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde – UBS/EACS;
- 03 Serviços de Pronto Atendimento, sendo 01 (um) 24 horas;
- 01 Policlínica de especialidades;
- 01 Banco de Leite Humano;
- 01 Equipe do Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar (PROIID);
- 01 Unidade de Prevenção e Educação em Saúde - UPES;
- 01 Serviço de Atendimento Especializado – SAE/DST/AIDS;
- 01 Centro de Atendimento Psicossocial -CAPS II;
- 01 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST;
- 01 Centro de Atendimento a Obesidade Infantil de Marília – CAOIM;
- 01 Centro de Especialidades Odontológicas - CEO;
- 01 Serviço de Assistência Social – Serviço Social em Saúde;
- 01 Núcleo de Educação Permanente – NEPEM;
- 01 Unidade Central de Assistência Farmacêutica – UCAF;
- 01 Unidade Municipal de Fisioterapia;
- 01 Farmácia de Manipulação – Fito-Saúde;
- 01 Farmácia Popular do Brasil;
- 01 Unidade Central de Esterilização de Materiais – UCEM;
- 01 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU – 192;
- 01 Central de Transporte Social;
- 01 Hemocentro;
- 01 Ambulatório de Especialidades;
- 04 Hospitais Filantrópicos;
- 01 Hospital das Clínicas - FAMEMA;

- 01 Hospital Universitário – UNIMAR.

4.4 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MARÍLIA

A Estratégia Saúde da Família (ESF), denominação estabelecida na Política Nacional de Atenção Básica definida na Portaria GM/MS nº 648 de 28/03/2006, foi, no início de sua implantação, entendida pelo Município como estratégia assistencial complementar à Rede de Atenção Básica na implantação do modelo desejado de Atenção à Saúde com impacto significativo na qualidade da atenção prestada. Em 2002, e após avaliação do impacto da ESF, a Secretaria toma a decisão de substituir gradativamente o modelo de atenção básica, empreendendo esforços na consolidação da ESF enquanto uma estratégia de implantação efetiva do SUS, por se constituir em um importante instrumento de mudança do modelo assistencial em busca da garantia da efetivação dos princípios e diretrizes do SUS.

A estratégia adotada, portanto, é a de substituir o modelo tradicional representado pela Unidade Básica de Saúde (UBS), priorizando a atenção fundamentada na extensão dos cuidados básicos às populações com maior dificuldade de acesso e que apresentem maiores riscos em relação à sua situação de saúde, bem como incorpore nas práticas de saúde a promoção, prevenção e proteção à saúde da população de um território definido.

As unidades da ESF foram implantadas prioritariamente em áreas de expansão populacional e/ou em áreas de risco, e sua expansão está condicionada a esta lógica, porém gradativamente em caráter substitutivo do modelo médico centrado para o modelo de vigilância à saúde.

A estratégia vem sendo desenvolvida através de parcerias entre a Prefeitura Municipal de Marília por meio da Secretaria Municipal da Saúde e Entidades Filantrópicas do município, sendo que em 2009, foram encerrados os convênios com o Hospital São Francisco de Assis e com a Santa Casa de Misericórdia de Marília, tendo a Associação Feminina de Marília Maternidade e Gota de Leite assumido integralmente o desenvolvimento da Saúde da Família no município. No que tange a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), a Prefeitura Municipal de Marília embasada na Emenda Constitucional nº 51/06 efetivou todos os ACS pelo vínculo estatutário conforme a Lei Municipal Complementar nº 558 de 07/04/2009,

tendo ficado apenas os ACS vinculados a Gota de Leite para efetivação no primeiro trimestre de 2010. Assim até dezembro de 2009, o município contava com 30 equipes da ESF implantadas em parceria com a Gota de Leite, além de 12 EACS vinculadas diretamente à Prefeitura.

As equipes da ESF contam com profissionais que preenchem os critérios técnicos estabelecidos pela SMS, através de processo de seleção (com entrevista, análise de currículo e prova escrita/objetiva/redação), salvo a categoria médica, que é submetida apenas à análise do currículo e entrevista, o que ocorre devido ao cenário atualmente posto aos gestores municipais em relação à grande ausência de profissionais médicos com desejo de atuar nas atenção básica como médicos de família e comunidade e assumir o compromisso de formar vínculo definitivo de trabalho garantindo a longitudinalidade do cuidado, sendo que em sua grande maioria, os candidatos utilizam o trabalho na ESF como um “trampolim” em sua carreira profissional para a realização de uma especialidade médica.

Seguindo a tendência nacional, em relação aos indicadores de saúde, a ESF vem contribuindo sobremaneira para diminuir a mortalidade infantil e a internação hospitalar, bem como aumentar a quantidade de gestantes que chegam saudáveis e bem informadas ao parto. Nas famílias assistidas, a cobertura vacinal é maior, os usuários com hipertensão e diabetes são diagnosticados e acompanhados de maneira mais ampliada e qualificada. Doenças como tuberculose e hanseníase são identificadas e tratadas com mais eficiência e eficácia, com baixa taxa de abandono.

Nos territórios de saúde em que a ESF está implantada, com profissionais capacitados e integrados ao SUS local, as equipes têm buscado identificar as necessidades de saúde bem como solucionar o máximo dos problemas da comunidade que demandam a unidade de saúde.

Em vista da política local de desaceleração do processo de expansão da ESF e conseqüente substituição do modelo assistencial tradicional, a SMS estabeleceu como prioridade a integração entre os modelos de atenção básica existentes, visando a tentativa de transformação das práticas adotadas na UBS em busca da: vigilância em saúde, processo de trabalho alicerçado na conformação de rodas em equipe, monitorado, avaliado e transformado pela prática da educação permanente em saúde, na busca da descentralização da figura do médico como principal ator na unidade, implementação de trabalhos em grupos com a comunidade, aproximação das USFs com a UBS de referência para apoio e definição de papéis e discussão de

problemas, estímulo a participação social, bem como garantia e aplicabilidade dos princípios do SUS.

As USF são responsáveis por, no máximo, 4.000 pessoas. No município de Marília, cada USF possui uma equipe ampliada de saúde, composta por um médico, um enfermeiro, um cirurgião-dentista, um auxiliar de consultório dentário, dois auxiliares de enfermagem, uma auxiliar de serviços gerais e seis agentes comunitários. No contexto do município de Marília existe um total de 32 USF e 130 ACS. Para efeito de comparação destacamos que em dezembro de 2005, o Brasil contava com 208.104 ACS, sendo que 58,4% da população nacional estimada contava com acompanhamento por ACS, com base de cálculo em 575 pessoas por agente (BRASIL, 2005).

A cobertura populacional da ESF no município de Marília representa 55,7% de abrangência populacional, que é superior a cobertura estadual que é de 23%. (BRASIL, 2005).

O número total de agentes comunitários de saúde, no município, no ano de 2006, era de 337, sendo 156 lotados no ESF e 181 na EACS, no ano de 2007, era de 328, sendo 159 lotados na ESF e 169 lotados na EACS e em 2008, era de 294, sendo 145 lotados na ESF e 149 lotados na EACS.

Com a promulgação da Lei nº 11.350 de 5 de outubro de 2006, que dispõe sobre a função dos ACS e Agentes de Combate a Endemias – ACE, no SUS, dispondo sobre o vínculo empregatício destas categorias bem como as atividades por eles desenvolvidas, iniciou-se uma discussão no município sobre a forma de contratação dos ACS para atuarem no SUS local, mas que não avançou em uma estratégia definitiva de enfrentamento da problemática e caótica Lei. A discussão sobre este processo ainda está em andamento com o Executivo Municipal, tendo como interlocutor o Gestor Municipal da Saúde, sendo que a contratação dos ACS continua interrompida até a decisão da nova estrutura e forma de vínculo empregatício deste profissional no município, o que continua gerando uma significativa redução no quadro de ACS em Marília. Tal indecisão tem prejudicado sobremaneira o andar do trabalho em saúde pelas equipes da ESF e EACS, haja visto a enorme importância do ACS para o trabalho de controle da Dengue, no trabalho em equipe, na busca pela clínica ampliada e no vínculo formado entre as equipes e a população.

O parâmetro de responsabilização de território de saúde estabelecido pelo Ministério de Saúde, antes da publicação da Portaria GM/MS nº 648 de 28/03/2006, era de uma equipe da ESF para no máximo 1.000 famílias, sendo que após a definição da PNAB este parâmetro mudou, sendo agora, definido em número de pessoas, devendo uma equipe da ESF ser responsável por no máximo 4.000 pessoas, com uma média recomendada de 3.000 pessoas. Assim sendo podemos observar que no município de Marília a média de famílias por unidade em 2009, segundo o SIAB, considerando o viés existente no abastecimento do sistema devido a problemática já mencionada acima sobre a desatualização do cadastro por deficiência do ACS, é de 784 famílias por equipe.

Os principais indicadores sociais do município de Marília, de acordo com o Datasus (2010), apresenta o coeficiente de GINI igual a 0,5117. A taxa de desemprego do município, de pessoas com 16 anos e mais apresenta um índice de 7,41. Apresenta o IDH de 0,821 e a taxa de alfabetização de 95,35%.

4.5 A SITUAÇÃO DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE MARÍLIA/SP

O município de Marília está localizado no interior do estado de São Paulo, nele encontramos a incidência da doença, em 2001, de 13,9 casos/100 mil habitantes, em 2002, de 13,7 casos/100 mil habitantes, em 2003, de 8,2 casos/100 mil habitantes, em 2004, de 8,5 casos/100 mil habitantes e em 2005, de 16,4 casos/100 mil habitantes (DATASUS, 2010).

De acordo com o Sistema de Informação Ambulatorial (SIAB), o município registrou em dezembro de 2009, 28 casos da doença.

A proporção de abandono do tratamento de tuberculose no município de Marília foi de 9,1 casos em 2001, 2,4 casos em 2002, 12,8 casos em 2003, 6,9 casos em 2004 e 3,4 casos em 2005 (DATASUS, 2010).

O Sinanet mostrou que em 2012 foram notificados 34 casos de tuberculose no município de Marília, representando uma taxa de incidência de 15,7 casos/100 mil habitantes. Dos casos notificados em 2012, 29,4% foram notificados em unidades prisionais do município.

No ano de 2011 foram diagnosticados 95 casos de tuberculose, representando uma taxa de incidência de 44,1 casos/100 mil habitantes. E no ano de 2010 foram notificados 55 casos, com incidência de 25,5 casos/100 mil habitantes.

4.6 CENÁRIO DE ESTUDO

O cenário de estudo foi composto por USF vinculadas a Secretaria Municipal de Saúde do município de Marília. Para a coleta de dados quantitativos foram indicadas pela Secretaria Municipal de Saúde 03 USF localizadas na região Norte, 03 na região Sul e 03 na região Leste/Oeste, totalizando 09 USF. A Secretaria Municipal da Saúde indicou 01 USF considerada boa, 01 considerada média e 01 considerada ruim, de cada região. Os parâmetros de bom, médio e ruim, não foram relatados pelos gestores do município.

Para a coleta de dados qualitativos foi feito sorteio de 01 USF localizada na região Norte, 01 na região Sul e 01 na Lese/Oeste, totalizando 03 USF.

4.7 ABORDAGEM QUANTITATIVA

A etapa quantitativa responderá os objetivos: “Analisar a capacidade instalada das Unidades de Saúde da Família para o acompanhamento de pessoas com tuberculose segundo os atributos da APS” e “Analisar a capacidade do ACS para o acompanhamento das pessoas com TB”. Para responder estes objetivos foi considerada a seguinte população:

Quadro 1: Caracterização das Unidades de Saúde da Família segundo a região que está instalada, a quantidade de ACS e o tempo de inauguração, Marília (2012)

USF	Região	Quantidade de ACS	Tempo de inauguração
USF 1	Norte	05 ACS	14 Anos
USF 2	Norte	04 ACS	13 Anos
USF 3	Norte	03 ACS	03 Anos
USF 4	Sul	05 ACS	13 Anos
USF 5	Sul	03 ACS	09 Anos
USF 6	Sul	04 ACS	08 Anos
USF 7	Leste	05 ACS	09 Anos
USF 8	Oeste	04 ACS	04 Anos
USF 9	Oeste	02 ACS	02 Anos

Fonte: Cálculo dos autores

Ainda, aplicamos nesta etapa da pesquisa dois instrumentos, sendo um check list e outro, questionário. Quanto ao check list, a pesquisadora observou as Unidades de Saúde da Família quanto aos seguintes aspectos:

	Tipo de Insumo	Resposta
Insumos existentes nas Unidades de Saúde da Família	Presença de pote	Sim ou Não
	Facilidade de acesso aos potes	Sim ou Não
	Presença de formulário	Sim ou Não
	Presença de geladeira	Sim ou Não
	Laboratório responsável	Sim ou Não
	Frequência que o laboratório recolhe os potes	Diariamente Uma vez / Semana Duas vezes / Semana Três vezes / Semana Quatro vezes / Semana
	Horário que o laboratório recolhe os potes	Aberta
Processo de trabalho	Presença do livro de registro dos sintomáticos respiratórios	Sim ou Não
	Rotina sistematizada para atender sintomáticos respiratórios	Sim ou Não
	Presença de profissional que responde pelas ações de TB	Sim ou Não

O Anexo I foi utilizado com a finalidade de observar a *estrutura* das Unidades de Saúde da Família em que atuam os ACS, em relação aos insumos existentes na Unidade de Saúde da Família, como: pote para a coleta do escarro, acesso dos profissionais ao pote, formulário para pedido de baciloscopia, geladeira para acondicionamento do material, encaminhamento ao laboratório, responsáveis pela gestão do cuidado do paciente com TB nas unidades estudadas, existência de livro registro de sintomáticos respiratórios e a rotina da Unidade em relação ao atendimento dos usuários sintomáticos respiratórios.

4.7.1 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo referente à parte quantitativa consiste em Agentes Comunitários de Saúde, composto pelo universo de ACS das Unidades de Saúde da Família indicadas pela Secretaria Municipal de Saúde. Para a identificação dos ACS foi realizado um levantamento junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que totalizaram 130 profissionais. Em seguida extraiu-se desse banco o número de ACS por Unidade de Saúde.

A amostra foi definida por conveniência, sendo selecionados 35 ACS: 12 ACS da região Norte, 12 ACS da região Sul e 11 ACS das regiões Leste/Oeste.

4.7.2 QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

O questionário para a coleta de dados foi desenvolvido a partir de instrumentos anteriormente utilizados em outros estudos em populações semelhantes à estudada (VILLA e RUFFINO-NETTO, 2009).

O marco conceitual da construção do questionário baseia-se nos atributos da Atenção Primária à Saúde (STARFIELD, 2002 e MACINKO et al, 2003), principais elementos a serem considerados para a mensuração da atuação do ACS no controle da TB. Para a elaboração do questionário foi considerado também os determinantes da organização da APS e do desempenho do sistema de saúde (FACCHINI et al., 2008), que também se relacionam à formação e à qualificação de recursos humanos.

Cabe destacar que o instrumento contém 63 questões, divididas em: caracterização dos agentes comunitários de saúde, porta de entrada do usuário no serviço, acesso ao diagnóstico, elenco de serviços, coordenação, orientação na família e comunidade e formação profissional.

As respostas dos instrumentos foram pré-codificadas e o controle de qualidade dos dados foi feito, em revisão ou conferência logo após a entrevista.

Na aplicação dos instrumentos, o entrevistado respondeu cada pergunta segundo uma escala de possibilidades preestabelecida, escala de Likert, à qual foi atribuído um valor entre zero e cinco. O valor zero foi atribuído para resposta não sabe, o valor 99 não se aplica e os valores de 1 a 5 registraram o grau de relação de

preferência (ou concordância) das afirmações. O entrevistado também responderá perguntas segundo escalas variadas de respostas como, dicotômicas, qualitativas ordinais, etc. Para proceder à coleta de dados foram utilizados roteiros explicativos sobre a escala de respostas dos questionários direcionados ao entrevistado.

De acordo com o anexo 1, o quadro abaixo apresenta as variáveis utilizadas nesse estudo e contempla 09 variáveis relacionadas aos elementos estruturais, sendo elas as seguintes variáveis: 30, 31, 32, 34, 35, 36, 39 e 47. Quanto aos elementos do processo, foram utilizadas 07 variáveis, sendo elas: 24, 25, 28, 29, 49, 58 e 59.

Componentes	Variáveis	Resposta
Elementos Estruturais	Presença de formulário para solicitar baciloscopia (v30)	Likert
	Presença de pote para coleta de escarro (v31)	Likert
	Presença de geladeira para armazenamento de material biológico (v32)	Likert
	Sente-se preparado para ensinar como coletar o exame (v33)	Likert
	Sente-se preparado para ensinar como armazenar e encaminhar o exame (v34)	Likert
	Oferece transporte ao usuário (v35)	Likert
	O usuário tem dificuldade para entregar o pote (v36)	Likert
	A unidade tem dificuldade para receber o pote fora de horário (v39)	Likert
	Sente-se apoiado por outro profissional do serviço em caso de dúvida (v47)	Likert
Elementos do Processo	Suspeita que um usuário apresentando tosse pode ser doente de TB (v24)	Likert
	Leva pedido de escarro para os usuários (v25)	Likert
	Convence o usuário a colher o exame (v28)	Likert
	Conhece os doentes de TB que acompanhou (v29)	Likert
	Realiza visitas domiciliares para as famílias (v49)	Likert
	Participa de treinamento relacionado a tuberculose (v58)	Likert
	Recebe material didático a respeito da tuberculose (v59)	Likert

4.7.3 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

Inicialmente solicitamos autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Marília-SP para o desenvolvimento da pesquisa. Em seguida, realizamos contatos com as unidades de saúde para apresentação da proposta de estudo e agendamento do dia da entrevista.

4.7.4 ANÁLISE DOS DADOS

Na pesquisa procedeu-se dupla digitação independente no Excel. Após a verificação de erros e inconsistências, efetuamos a análise univariada com a descrição da distribuição das variáveis dependente e independentes. Na seqüência, ocorreu a análise bivariada, efetuada pelo cruzamento da variável dependente (acompanhamento por TB, 1 sim; 2 não), dicotômica, com cada uma das variáveis independentes, de acordo com sua natureza, por meio de tabelas de contingência, aplicou-se para tal o teste qui-quadrado e, quando necessário, recorreremos ao teste exato de Fisher. Adotamos a probabilidade de erro tipo I de 5%.

No estudo, consideramos ainda a Análise de Correspondência Múltipla, que possibilita através de um mapa perceptual similares ou associação entre variáveis e observações em um mapa. A proximidade indica associação entre categorias representadas nas linhas e nas colunas da tabela. Neste estudo, procuramos identificar associações entre a variável acompanhamento de pelo menos um caso da TB pelo ACS e tempo de atuação do ACS e freqüência de participação das qualificações.

4.8 ABORDAGEM QUALITATIVA

A etapa qualitativa do estudo responderá os objetivos “Analisar os fatores, individuais e política institucional, associados ao acompanhamento de pessoas com tuberculose” e “Analisar a concepção dos agentes comunitários de saúde sobre o acompanhamento da TB e sua compreensão em relação à tuberculose”.

A técnica de coleta de dados utilizada foi o grupo focal. Selecionamos mediante sorteio 03 grupos de ACS para participarem do grupo focal. Foi sorteado 01 grupo de ACS da região Norte, 01 da região Sul e 01 da região Leste/Oeste.

Na abordagem qualitativa a população estudada foi de 16 ACS, sendo 06 da região Norte, 06 da região Sul e 04 da região Leste/Oeste.

4.8.1 CRITÉRIOS PARA A INCLUSÃO DOS SUJEITOS

- Aceitar participar da pesquisa;
- Responder o instrumento de coleta de dados;
- Possuir 18 anos ou mais;

4.8.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DOS SUJEITOS

- Exercer suas atividades profissionais em Unidades Básicas de Saúde;
- Estar de férias, licença, afastamento ou alguma situação do gênero, no momento da coleta de dados;

4.8.3 SELEÇÃO DOS SUJEITOS

A seleção dos sujeitos da pesquisa foi mediante um sorteio simples entre as USF das diferentes regiões do município. Dessa maneira, selecionamos ACS de acordo com a USF sorteada nas diferentes regiões.

O grupo de sujeitos foram constituídos, de maneira geral, na maioria por pessoas do sexo feminino, a maioria possui escolaridade de nível médio e o tempo de trabalho como ACS variou de 4 meses de serviço a 13 anos.

Inicialmente, fizemos contato com as enfermeiras das Unidades de Saúde da Família para agendar o melhor horário para reunir o grupo de ACS e realizar a coleta de dados. Após esse momento explicamos pessoalmente aos ACS qual é a natureza, os objetivos, a metodologia, a relevância da pesquisa, o tempo estimado de duração e os procedimentos éticos que permeiam a coleta de dados.

Durante a exposição sobre a investigação, em apenas um grupo, os participantes questionaram a respeito do acesso que teriam aos resultados da

pesquisa. Mencionaram ainda, angústia gerada devido ao fato de que vários pesquisadores não teriam oferecido nenhum tipo de retorno após a conclusão da pesquisa, não informando-os a respeito do conhecimento produzido. A partir desse fato, combinamos que a devolutiva será feita durante uma reunião de equipe, com agendamento prévio. Ainda, convidamos os ACS a participarem da defesa da tese.

4.8.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados qualitativos foi realizada a partir da questão norteadora e disparadora do estudo “Como é feito o acompanhamento de pessoas com tuberculose na Unidade de Saúde da Família que o Sr(a) trabalha?”.

4.8.5 COLETA DE DADOS – GRUPO FOCAL

O grupo focal é definido como uma técnica de coleta de dados de abordagem qualitativa, que coleta informações por meio das interações grupais ao se discutir um tópico especial sugerido pelo pesquisador. Caracteriza-se por compreender o processo de construção das percepções, atitudes e representações sociais de grupos humanos (GODIM, 2002).

Assim, Powell e Single (1996, p.449), definem que grupo focal “é um conjunto de pessoas selecionadas e reunidas por pesquisadores para discutir e comentar um tema, que é objeto de pesquisa, a partir de sua experiência profissional.”

A realização do grupo focal cumpre um papel essencial para a inclusão dos profissionais no processo de construção do conhecimento, e pode, inclusive, contribuir com o serviço na construção de estratégias para a busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose.

O grupo focal para alguns autores como Tanaka e Mello (2004) e Gatti (2005) vem sendo considerada uma técnica utilizada de preferência para situações de geração de teorizações do que para a verificação ou para testes de hipóteses prévias, como foi proposto no nosso estudo. Assim Gatti (2005) afirma que quando o grupo é utilizado para testar idéias prévias, o autor quase sempre se surpreende, devido a densidade do material que extrapola as idéias anteriores, podendo gerar

novas idéias e novos materiais, que são mais interessantes e se relacionam com o tema em estudo.

No cenário da pesquisa atual, o grupo focal tem se mostrado muito útil no que se refere ao aprofundamento de análises de valores sociais e culturais, normas, mitos, crenças, idealizações, permitindo também entender os diferentes pontos de vista e os fatores relacionados a eles. E permite também o acesso as trocas simbólicas em determinado grupo social, maior interação entre seus membros e situações de consensos, dissensos entre os participantes (GATTI, 2005).

Diante dessa discussão, a partir de uma pré-análise das discussões e mediante a proposição de temas emergentes e consensuais nos discursos contidos nas narrativas dos sujeitos, realizamos três grupos focais – um em cada unidade de saúde da família com a participação dos ACS, um mediador e dois observadores. Da mesma forma, acreditamos ter alcançado um aprofundamento dos elementos de análise e de dados correspondentes àqueles que buscamos nesta pesquisa. Cremos ainda que essa proposta tenha representado avanços, pois veio ao encontro de nosso anseio por desenvolver pesquisa científica, apoiada em metodologia que privilegia as produções dialógicamente construídas, no encontro humano das intersubjetividades e de seus horizontes culturais.

A partir de uma questão disparadora iniciamos os grupos focais. Realizamos os grupos focais no ambiente de trabalho dos ACS, sem a presença do enfermeiro responsável.

Os grupos foram realizados em fevereiro de 2012, um em cada unidade de saúde da família das diferentes regiões do município (norte, sul e oeste), e foram agendados de acordo com a disponibilidade dos ACS. Deles participaram dezesseis ACS, sendo seis ACS da região Norte, seis ACS da região Sul e quatro ACS da região Oeste. No entanto, os grupos foram realizados em momento distintos, sendo o grupo de cada região realizado num período diferente do outro.

No início do grupo focal, foi apresentado à opção de participação ou não no grupo focal, porém em nenhum dos grupos houve recusa, participaram todos os ACS. Além disso, informamos aos participantes sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2), elaborado para esse fim. Todos o leram e o assinaram.

Após essa introdução, apresentamos aos participantes o objetivo do estudo, a metodologia a ser utilizada e a questão disparadora para discussão. O grupo foi coordenado por uma moderadora com a colaboração de duas observadoras, responsáveis por registrar as falas, os silêncios, os momentos de descontração e a dinâmica apresentada pelo grupo desde o início até o fim. A discussão foi gravada em fita cassete, com o consentimento dos participantes do grupo. Para tanto, utilizamos dois gravadores dispostos em diferentes locais da sala e a transcrição das fitas foi feita pela pesquisadora.

4.8.6 TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados na pesquisa qualitativa, de acordo com Minayo (2006), sumariamente, visa a ultrapassagem das incertezas, respondendo as questões do estudo, e ao enriquecimento da leitura, por meio da busca de compreensão dos significados e a integração das descobertas que visa a desvendar as ações e relações.

Dessa forma, como nosso estudo considera as discussões nos grupos focais, composto por agentes comunitários de saúde, nossa análise busca trazer elementos que evidenciem a relação comunicativa entre esses sujeitos sociais que compõem os grupos.

Para analisar os dados partimos das reflexões teórico-filosóficas de Jurgen Habermas, centrando na teoria da ação comunicativa. O enfoque da teoria da ação comunicativa proposto por Habermas (1989) parte da constituição de consensos normativos dialogicamente construídos e fundados sobre bases democráticas na condição da isenção de coerções e violências no encontro interdiscursivo e intersubjetivamente mediados pela linguagem. Esta teoria, traz a proposição de racionalidade apoiada em ação comunicativa que se contrapõe à racionalidade instrumental.

A racionalidade comunicativa, portanto, permeia a dimensão na qual ocorrem os processos da interação humana realizados pela intercomunicabilidade apoiada nas trocas intersubjetivas e simbolicamente mediadas pela linguagem, conforme ressalta Habermas (1988). De acordo com o autor, é essa a racionalidade que possibilita a construção de projetos sociais dialógicamente instaurados, isto é, a

construção coletiva apoiada no diálogo, a partir do qual os discursos tenham o mesmo estatuto de validação. Dessa forma, o filósofo propõe uma ação comunicativa livre e isenta de coações, que se colocaria na base da formação de consensos normativos para viabilização de projetos sociais multiculturais e processo civilizatório apoiado em valores de solidariedade social.

Fiorati (2008) destaca que o enfoque teórico que trabalha as ações comunicativas sob determinadas condições de validação possa tornar-se útil, não basta que os homens se comuniquem entre si, mas precisam fazê-lo sob determinadas condições. Aragão (2002) afirma que Habermas propõe uma “situação ideal de fala”, na qual há uma exigência de simetria de posições e discursos, uma igualdade de chances entre todos os sujeitos que necessitam estar imbricados na circunstância dialógica, ou seja, a ação comunicativa constituída tem que se dar livre de coações e restrições aos interesses de qualquer participante. Para isso, o filósofo propõe uma teoria do agir comunicativo, o qual se daria sob determinadas condições de validade.

Como estamos estudando sujeitos em discussão nos grupos focais, a Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas nos auxiliará na análise da compreensão dos diálogos e das relações intersubjetivas entre os agentes comunitários de saúde. No processo de discussão nos grupos, os sujeitos estão em constante comunicação, troca de subjetividades, compartilhamentos, cooperações, conflitos e construção de consenso.

Dentro dessa perspectiva, o referido autor, filósofo e sociólogo alemão, em resposta à crítica da razão iluminista feita pelos pensadores da Escola de Frankfurt, os quais invalidaram a razão como motor do processo ideológico ocidental de dominação e opressão entre os homens, o atribui tal crítica como válida apenas a *Razão Instrumental*, afirmando que há uma racionalidade pela qual os homens podem alcançar a emancipação social e política que é a *Razão Comunicativa*.

Habermas (1987) considera a existência de dois tipos de ação, aquela orientada ao êxito e a ação orientada ao entendimento. O êxito aqui é entendido como a execução de um estado de coisas desejadas, causado mediante ação ou omissão calculadas, ou seja, é uma ação orientada a um fim, em que o ator busca alcançar uma meta. As ações orientadas ao êxito são: a ação instrumental e a ação estratégica.

A uma acción orientada al êxito la llamamos instrumental cuando la consideramos bajo el aspecto de observância de reglas de acción técnicas y evaluamos el grado de eficácia de la intervención que essa acción representa en un contexto de estados y sucesos; y a uma acción orientada al êxito la llamamos estratégica cuando la consideramos bajo el aspecto de observância de reglas de elección racional y evaluamos su grado de influencia sobre lãs decisiones de um oponente racional (HABERMAS, 1987, p.376).

Dessa forma, a ação instrumental e a ação estratégica são orientados ao alcance de um objetivo, mesmo que para alcançar esse fim seja necessária a omissão de atos. Já a ação comunicativa se orienta ao entendimento que é compreendido com um processo de obtenção de um acordo entre sujeitos na interação.

Segundo Marcondes (2001), na Teoria da Ação Comunicativa, a comunicação se fundamenta na noção de intersubjetividade, ou seja, o uso da linguagem se refere a um ato de entendimento mútuo, gerando um consenso ou acordo fundamentado, ao qual se alcança por meio do diálogo. O diálogo é considerado como toda a situação possível de discurso baseado no intersubjetivismo.

Conforme destaca Bógus (1998), Habermas procura reconstruir as condições universais dos atos de fala, ao considerar que os enunciados possuem pretensões de validade, o que significa que podem ser questionados com base em argumentos, ou seja, podem ser fundamentados. Na busca de entendimento consensual, estas pretensões devem-se sobrepor às pretensões de poder.

Assim, de acordo com a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas (1987), em cada ato de fala, devem estar presentes quatro pretensões ou expectativas de validade: a pretensão de verdade proposicional ou verdade da afirmação, a pretensão de retitude ou correção normativa, a pretensão de veracidade ou autenticidade expressiva e a pretensão de inteligibilidade.

A pretensão de verdade proposicional ou verdade da afirmação que pode ser representada pelos “atos de fala constatativos ou afirmativos” do qual a expectativa é de que os conteúdos proposicionais sejam verdadeiros. A pretensão de retitude ou correção normativa pode ser expressa pelos “atos de fala regulativos”, que para serem aceitos devem estar de acordo com as normas sociais vigentes. A pretensão de veracidade ou autenticidade expressiva que engloba os “atos de fala representativos ou expressivos” refere-se à subjetividade dos interlocutores, a sua transparência e sinceridade, assim, espera-se que o falante seja sincero consigo

mesmo e com os outros. A pretensão de inteligibilidade trata da expectativa de que os conteúdos transmitidos sejam compreensíveis (CRACO, 2006).

Habermas (1987) afirma que as três primeiras pretensões de validade dos atos de fala se entrelaçam com as relações sujeitos-mundo e desse modo, a pretensão de verdade proposicional se relaciona com um mundo objetivo, ou seja, a totalidade dos fatos cuja existência pode ser verificada. A pretensão de retitude está ligada a um mundo social de atores, entendido como a totalidade das relações interpessoais e legitimamente reguladas. Já a pretensão de veracidade está relacionada a um mundo subjetivo, compreendido com a totalidade das experiências, da qual cada sujeito tem acesso privilegiado, e o falante pode manifestar em público.

As pretensões de verdade proposicional, ou seja, o que está sendo dito e a de retitude que se referem às normas sociais, podem ser problematizadoras fora do contexto da interação, por meio do discurso, onde todas as expectativas ficam suspensas, até que a afirmação seja refutada ou confirmada e até que a norma social seja tida como legítima ou ilegítima (BOGUS, 1998).

A dúvida quanto à pretensão de veracidade do falante pode ser resolvida no próprio contexto da relação, onde a própria experiência revelará se o interlocutor parecia ser sincero consigo mesmo e com os outros, se estava ou não sendo verdadeiro. Já a problematização em relação à inteligibilidade das falas pode ser resolvida por meio de certas convenções lingüísticas (BOGUS, 1998).

As interações sociais e lingüísticas não são reguladas pelas intenções dos falantes, mas por motivos excluídos do domínio público e relativo à organização da sociedade como o modo de produção, a divisão social do trabalho, o sistema de poder, dentre outras. Assim, a idéia de intersubjetividade como condição de diálogo pode sofrer distorções produzidas pela estrutura social que gera uma assimetria no diálogo e desigualdade na distribuição dos papéis lingüísticos. O uso da linguagem pela comunidade geralmente é determinado pelo modo segundo o qual a sociedade está estruturada. As distribuições de papéis e acesso à linguagem correspondem às distâncias, às divisões, e às contradições de nossa sociedade, o que mostra que a organização social é responsável por restrições no uso da linguagem e que tem um efeito distorcido na comunicação e em seu âmbito cooperativo. No entanto, mesmo o discurso orientado para a manipulação pressupõe a verdade e a sinceridade como princípios, podendo assim, ser autocancelada a sua intenção de falsidade. Nessa

mesma perspectiva, o uso ideológico da linguagem ocorre quando é gerado um consenso que embora fictício parece real. Na situação de fala ideológica, as assimetrias entre os interlocutores são ocultadas por uma aparência de igualdade, e as restrições aos atos de fala são ocultadas. A linguagem aparece como neutra, isenta, objetiva, universal, ocultando-se a sua relação com crenças, valores e interesses particulares (MARCONDES, 2001).

Habermas apresenta um quadro teórico de referências que permite, por um lado, questionar a ilusão objetivista da ciência e, por outro lado, questionar a ilusão tecnicista da cultura, fundando, ao mesmo tempo, a possibilidade de se pensar uma práxis alternativa a partir da análise hermenêutica dos discursos e produção de atos comunicativos livres e autênticos e a criação de consensos sociais válidos (HABERMAS, 1989 e 1990).

A opção por esse tipo de análise nos permitiu olhar os processos de interação dos agentes comunitários no grupo focal, analisando a forma como realizam a busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose. As atividades profissionais dos agentes comunitários, são instrumentais, já que constituem-se em determinadas aplicações de certas tecnologias visando determinados êxitos técnicos, e também, seguem a dimensionalidade da interação intersubjetiva e inter-humana operada entre os ACS, a equipe e a comunidade.

Com a análise, foi possível realizar reflexões que nos permitiram identificar a busca de sintomáticos respiratórios pelos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família e o acompanhamento dos casos de tuberculose, apoiados nas discussões realizadas durante os grupos focais.

4.10 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

No mês de outubro de 2011 enviamos o projeto de pesquisa ao Secretário Municipal de Saúde do município de Marília-SP, juntamente com a carta solicitando autorização institucional para desenvolvimento da pesquisa e com a folha de rosto para apresentação ao Comitê de Ética em Pesquisa. Obtivemos autorização solicitada para a realização da pesquisa junto as Unidades de Saúde da Família do município.

Após esse procedimento, o projeto de pesquisa, a folha de rosto e a carta de aprovação do Secretário Municipal de Saúde foram, então enviados ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), obtendo autorização para realização do estudo em 06 de dezembro de 2011 (Anexo A).

Os princípios éticos nortearam o trabalho, baseados na Resolução número 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo os direitos dos sujeitos envolvidos. O Termo assegurou o anonimato das identidades dos participantes, o sigilo das informações e a garantia de seu uso exclusivo para fins de pesquisa científica. Esclareceu também que todos os participantes tem a possibilidade de desistir da pesquisa em qualquer momento, sem prejuízo algum a sua pessoa e sobre o fato de sua participação ocorrer por sua livre e espontânea vontade.

5 RESULTADOS

Os resultados estão organizados na tese da seguinte forma, a primeira seção ostenta os achados da etapa quantitativa da investigação, em que os ACS são caracterizados, quanto à capacidade instalada das USF, no tocante a porta de entrada, acesso ao diagnóstico, elenco de serviços, coordenação das USF, orientação na família e comunidade e formação do ACS). Estão descritos ainda os fatores associados ao acompanhamento de pessoas com TB pelo agente comunitário de saúde (fatores individuais e da política institucional).

Na seqüência, são apresentados os resultados alcançados com o desenvolvimento da etapa qualitativa da investigação, em que estiveram evidenciados aspectos da intersubjetividade do ACS quanto à dinâmica interacional entre os trabalhadores ACS; a rotina dos mesmos no acompanhamento das pessoas com TB; as barreiras percebidas para o acompanhamento de pessoas com TB; a concepção e compreensão sobre a tuberculose; estrutura disponível na USF para seguimento dos casos de TB e a busca e o acompanhamento de casos de TB.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

A tabela 1 apresenta o perfil dos ACS entrevistados quanto às características: sexo, formação, tempo de trabalho, remuneração e satisfação com o trabalho. Verifica-se que a maioria dos participantes da pesquisa era do sexo feminino e com formação de nível médio. O tempo médio de atuação nesta função foi de 55,7 meses, com máximo de 157 meses, mínimo de 04 meses e mediana de 39 meses. Além disso, consideram regular a remuneração e que é muito bom trabalhar na comunidade (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição percentual das características socioeconômicas, demográficas, tempo de trabalho do Agente Comunitário nas respectivas unidades de saúde e a avaliação desse ator sobre o salário e ambiente de trabalho, Marília (2012)

Variáveis e Categorias	X (S)²	IC 95%	(S)²	Min-Max	n (35)	%
Sexo						
Feminino					32	91,4
Masculino					03	8,6
Formação						
Nível médio					23	65,8
Nível técnico					06	17,1
Nível superior					06	17,1
Tempo de trabalho	55,77	38,93-72,60	48,99	4-157		
≤12 meses					09	25,7
13-60 meses					09	25,7
61-120 meses					13	37,2
≥ 120 meses					04	11,4
Julgamento da remuneração	3,02	2,74-3,31	0,82	1-4		
Muito ruim					02	5,6
Ruim					05	14,5
Regular					18	51,4
Boa					10	28,5
Trabalhar neste lugar	4,40	4,16-4,63	0,69	3-5		
Muito ruim					0	0,0
Ruim					0	0,0
Regular					04	11,4
Bom					13	37,2
Muito Bom					18	51,4

Fonte: Cálculo da autoria

5.2 CAPACIDADE INSTALADA DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Todas as Unidades de Saúde da Família estudadas contam com serviços de apoio disponíveis diariamente, como: ambulância, central de esterilização de materiais, farmácia, laboratório. Além dos ACS, contam com os seguintes profissionais nas equipes: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, dentista, auxiliar de consultório dentário.

As 09 USF funcionam de maneira independente e contam com salas para consultório médico, consultório de enfermagem e de odontologia privativos. Apenas 01 USF possui espaço limitado para funcionamento de outras áreas como: recepção, ambiente de espera, vacina e curativo), além disso, possui área pouco

ampla para uso comum (reuniões de equipe, atividades educativas), pois funciona em uma casa improvisada.

Verifica-se que as USF apresentaram condições de *Estrutura* satisfatória para a efetivação do acompanhamento de pessoas com tuberculose e também para a BSR, no que diz respeito à disponibilidade de insumos (formulário e pote) para a realização da baciloscopia. Observa-se que todas as USF (n=9, 100%) possuem formulário e pote disponível para a coleta do exame. Quanto à presença de geladeira, pouco mais da metade (n=5, 55,6%) relatam existir geladeira específica para acondicionar os exames. No que se refere ao laboratório responsável por pegar as baciloscopias, a maioria das USF (n=7, 77,8%) conta com laboratório responsável pelo recolhimento diário dos exames.

Verifica-se que em todas as USF há disponibilidade de livro de registro de sintomáticos respiratórios e mencionaram o enfermeiro como responsável pelas ações de controle da TB.

Observa-se na tabela 2, que os usuários não apresentam dificuldades no acesso à Estratégia Saúde da Família, quando detém algum problema de saúde. De acordo ainda com a tabela, as pessoas da comunidade sempre recorrem à unidade mais próxima do seu domicílio, seja para realizar algum controle preventivo ou quando apresenta algum problema de saúde.

Tabela 2 – A porta de entrada dos Usuários à Estratégia Saúde da Família, Marília (2012)

Porta de Entrada	N	\bar{x} (95%IC)	DP*
O usuário procura o local que trabalha quando precisa de controle preventivo	35	4,37 (4,16-4,57)	±0,59
O usuário procura o local que trabalha quando apresenta problema de saúde	35	4,34 (4,15-4,52)	±0,53
O usuário procura o serviço mais próximo da moradia dele	35	4,28 (3,97-4,59)	±0,89

Fonte: Cálculo da autoria

A tabela 3 demonstra o acesso ao diagnóstico dos usuários à Estratégia Saúde da Família. Segundo a tabela, as pessoas conseguem consulta no prazo de 24 horas regularmente e as Unidades de Saúde da Família, não dispoem de serviço de atendimento noturno para os usuários do serviço de saúde. Além disso, observa-se que a população tem fácil acesso às USF, não necessitando de veículo próprio ou transporte público para chegarem às mesmas, visto que elas se localizam

próximo a moradia do usuário. Outro aspecto importante é a relação de vínculo que existe entre a comunidade e os ACS, pois segundo a tabela 3, a maioria dos usuários sente-se a vontade para conversar com os ACS. Quanto à busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose, percebe-se que os ACS regularmente suspeitam que um usuário apresentando tosse pode ser doente de TB, regularmente levam um pedido de escarro e nessa frequência, o usuário se recusa a colher o escarro.

Tabela 3 – Acesso ao diagnóstico dos Usuários à Estratégia Saúde da Família, Marília (2012)

Acesso ao diagnóstico	N	\bar{x} (95%IC)	DP*
Procuram a unidade e conseguem consulta no prazo de 24 horas	35	2,82 (2,53-3,12)	±0,85
A unidade fica aberta uma vez por semana após as 18 horas.	35	1,14 (0,97-1,31)	±0,49
Perdem trabalho para serem atendidos nesta unidade.	35	2,74 (2,50-2,98)	±0,70
Fazem uso de transporte para chegar até a unidade.	35	3,71 (3,45-3,97)	±0,75

Pagam para se deslocar até esta unidade.	35	4,71 (4,51-4,91)	±0,57
Possuem dificuldade para se deslocarem até esta Unidade.	35	4,11 (3,79-4,43)	±0,93
Realizam as visitas domiciliares após as 18 horas ou aos finais de semana	35	2,31 (1,94-2,68)	±1,07
O usuário se sente a vontade para falar sobre suas duvidas e preocupações	35	4,31 (3,98-4,64)	±0,96
Encontra dificuldade de encontrar pessoas em casa	35	3,05 (2,79-3,31)	±0,76
Os usuários procuram a unidade e demoram mais de 60 minutos para serem atendidos	35	3,54 (3,22-3,85)	±0,91
Conseguem marcar consulta por telefone.	35	1,37 (1,07-1,67)	±0,87
Conseguem obter informações por telefone.	35	3,65 (3,35-3,95)	±0,87
Suspeita que um usuário apresentando tosse pode ser doente de TB	35	3,22 (2,96-3,49)	±0,77
Leva um pedido de exame de escarro para o usuário em sua área de cada mês	35	2,91 (2,63-3,19)	±0,81
Recusa a colher escarro	35	3,57 (3,04-4,09)	±1,52

Fonte: Cálculo da autoria

A tabela 4 destaca o elenco de serviços no município de Marília para a busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose. A tabela abaixo demonstra que o município dispõe de materiais de consumo (formulário para solicitação de baciloscopia e pote para coleta de escarro) para o diagnóstico da TB pulmonar. As Unidades de Saúde da Família possuem também geladeira para acondicionamento do escarro, existe um laboratório responsável por coletar os escarros colhidos e há um profissional responsável pelas ações de controle da TB em cada Unidade de Saúde da Família.

Tabela 4: Elenco de Serviços das Unidades de Saúde da Família, Marília (2012)

Elenco de Serviços	n	\bar{x} (95%IC)	DP*
Tem formulário para solicitação de exame de escarro	35	4,71 (4,38-5,04)	±0,95
Tem pote para coleta de escarro	35	4,91 (4,81-5,01)	±0,28
Tem lugar específico para guardar o escarro (geladeira ou caixa térmica)	35	4,97 (4,91-5,02)	±0,16

Ensina o doente como coletar o exame de escarro	35	4,02 (3,51-4,53)	±1,48
Ensina o doente como armazenar e encaminhar o pote de escarro	35	4,20 (3,68-4,71)	±1,49
A unidade de saúde tem dificuldade para receber o pote	35	4,42 (4,10-4,75)	±0,94
O pote de escarro não é encaminhado ao laboratório para análise por esquecimento da equipe de saúde	35	4,94 (4,86-5,02)	±0,23
O pote de escarro que não é encaminhado ao laboratório para análise devido ao paciente entregar o pote de escarro fora de horário	35	4,77 (4,45-5,08)	±0,91
Na unidade de saúde há um profissional que responde pelas ações de controle da TB	35	4,82 (4,53-5,12)	±0,85

Fonte: Cálculo da autoria

A Tabela 5 apresenta a coordenação pelas Unidades de Saúde da Família no que se refere a busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose. A referida tabela demonstra que a maioria dos ACS articula com a equipe na ocorrência de algum caso de TB e sente-se apoiado pela equipe de trabalho. Referem ainda que *modus operandi* do seu processo de trabalho, facilita o diagnóstico da tuberculose, pois estes profissionais sempre comunicam com o enfermeiro em caso de tosse há mais de três semanas. Todos relataram que conhecem os casos de TB pertencentes a sua micro área de trabalho e sentem-se apoiados pela equipe de saúde em caso de dúvida frente à uma situação de TB.

Tabela 5: Coordenação das Unidades de Saúde da Família, Marília (2012)

Coordenação	n	\bar{x} (95%IC)	DP*
Registra as queixas e os relatos obtidos durante a visita	35	4,40 (4,01-4,78)	±1,11
Comunica a enfermeira(o) quando algum usuário apresenta sintoma de tosse há mais de três semanas	35	5,0	0,00
O modo como o serviço está organizado facilita o diagnóstico da TB	35	4,85 (4,68-5,02)	±0,49
Os profissionais de saúde conhecem os casos de Tb que o Sr acompanhou	35	5,0	0,00

Existe discussão das ações de controle da doença no serviço de saúde onde trabalha	35	5,0	0,00
Se sente apoiado por outro do serviço frente a uma situação que gera dúvida	35	4,91 (4,81-5,01)	±0,28
Já se sentiu apoiado por outro profissional de saúde do serviço em que trabalha frente a uma situação de suspeita de TB	35	4,74 (4,41-5,06)	±0,95

Fonte: Cálculo da autoria

A tabela 6 aponta as orientações feitas pelos ACS às famílias e a comunidade de sua área de atuação. A maioria dos ACS investiga os casos de tosses com duração de três semanas ou mais no momento das visitas domiciliares e orientam as pessoas sobre a tuberculose. OS ACS relataram que não tem o hábito de realizar ações junto a comunidade e não discutem com os moradores o problema da TB. Eles afirmam ainda que as ações de controle da TB não se restringem apenas às épocas de campanha, mas são realizadas de forma processual, durante todos os dias no trabalho.

Tabela 6: Orientação na família e comunidade nas Unidades de Saúde da Família, Marília (2012)

Orientação na família e comunidade	n	\bar{x} (95%IC)	DP*
Pergunta se as pessoas que moram com o doente de TB tem tosse com duração de três semanas ou mais	35	4,40 (3,97-4,82)	±1,24
Pergunta se as pessoas tem tosse quando realiza visitas domiciliares	35	4,45 (4,14-4,77)	±0,91
Orienta pessoas da comunidade sobre a tuberculose	35	4,40 (4,13-4,66)	±0,77
Realiza ações de saúde junto a parceiros da comunidade para identificação de	35	2,28 (1,76-2,80)	±1,50

usuários com tosse há mais de 3 semanas			
Participa de reuniões com a comunidade para discutir o problema de TB	35	1,34 (1,06-1,61)	±0,80
As ações de busca de suspeitos de tuberculose na sua área são realizadas só em época de campanha	35	1,97 (1,91-2,02)	±0,16

Fonte: Cálculo da autoria

A tabela 7 se configura pela formação dos ACS no que se refere ao saber quanto à tuberculose. De acordo com a tabela, a maioria dos ACS não tiveram treinamento relacionado à tuberculose, e recebem regularmente material didático sobre a doença. A maioria deles sente preparado para realizar orientações sobre tuberculose, identificar os doentes com TB e orientar sobre a coleta do exame de escarro. A maioria deles acha que a tuberculose tem cura.

Tabela 7: Formação profissional dos ACS das Unidades de Saúde da Família, Marília (2012)

Formação profissional	N	\bar{x} (95%IC)	DP*
Participou de treinamento relacionado à tuberculose	35	2,02 (1,49-2,55)	±1,54
Recebe algum material didático a respeito da tuberculose	35	3,68 (3,31-4,05)	±1,07
Acha que a tuberculose tem cura	35	4,65 (4,49-4,82)	±0,48

Sente preparado para identificar usuários com suspeita de tuberculose	35	4,31 (3,96-4,66)	±1,02
Sente preparado para realizar orientações sobre tuberculose	35	4,22 (3,81-4,63)	±1,19
Sente preparado para realizar orientações sobre a forma de coletar escarro	35	4,42 (4,09-4,76)	±0,97

Fonte: Cálculo da autoria

5.3 FATORES ASSOCIADOS AO ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM TB PELO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

A tabela 8 traz os fatores individuais dos ACS associados ao acompanhamento de TB, sendo eles a escolaridade, o tempo de atuação, satisfação com o trabalho e a frequência de suspeita de TB. De acordo com a tabela, os ACS de formação de nível médio foram os que mais acompanharam paciente de TB. Os ACS com tempo de trabalho >39 meses também acompanharam mais casos de pessoas com TB e os ACS satisfeitos com o trabalho acompanharam mais casos de TB. Quanto a suspeita de pessoas com TB, a maioria dos ACS, tanto os que acompanharam pessoas com TB, como os que não acompanharam pessoas com TB, sempre suspeitam muito.

Tabela 8. Fatores individuais associados ao acompanhamento de pessoas com TB pelo Agente Comunitário de Saúde, Marília (2012)

Fatores individuais	Não acompanhou casos de TB		Acompanhou pelo menos 1 caso de TB		P valor
	n (22)	%	n (13)	%	
Escolaridade					
Ensino Médio	15	42,8	8	22,8	0,796
Ensino Técnico	3	8,6	3	8,7	
Ensino Superior	4	11,4	2	5,7	
Tempo de					

atuação					
≤ 39 de meses	14	40,0	4	11,4	0,203
> 39 meses	8	22,9	9	25,7	
Satisfação com o trabalho					
Satisfeito	9	25,7	8	22,9	0,097
Muito satisfeito	13	37,1	5	14,3	
Frequência de suspeita de TB					
Suspeita Muito	20	57,2	8	22,8	0,051
Suspeita Pouco	2	5,8	5	14,2	

Teste de qui-quadrado, teste de qui-quadrado com correção de Yates ou teste exato de Fisher

5.4 FATORES ASSOCIADOS À POLÍTICA INSTITUCIONAL FRENTE AO ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM TUBERCULOSE

A tabela 9 retrata os fatores concernentes à política institucional do município que segundo a suposição dos autores tem relação com o acompanhamento de casos de tuberculose pelo ACS, sendo eles: existência de formulário para a requisição de baciloscopia, dificuldade de recebimento do pote de escarro pelo usuário, presença de um profissional responsável pelas ações de controle TB na equipe, participação em capacitações e recebimento de material didático sobre TB.

Quanto à existência de formulário, a maioria deles afirmou que sempre tem formulário para requisição de baciloscopia. Afirmaram ainda, que há dificuldade para receber o pote de escarro do usuário. Referem que não há na equipe um profissional responsável pelas ações de controle da TB e não participam com frequência de capacitações sobre tuberculose. Em relação ao material didático, a maioria não recebe.

Tabela 9. Fatores da política institucional associados ao acompanhamento de pessoas com TB pelo Agente Comunitário de Saúde, Marília (2012)

Fatores da Política Institucional	Não acompanhou casos de TB		Acompanhou pelo menos 1 caso de TB		P valor
	n (22)	%	n (13)	%	
Existência de formulário para requisição de baciloscopia					
Sim	21	60,0	12	34,3	0,612
Não	1	2,8	1	2,9	

Dificuldade de recebimento do pote de escarro do usuário					
Sim	19	54,3	7	20,0	0,084
Não	3	8,6	6	17,1	
Ter na equipe um profissional responsável pelas ações de controle da TB					
Sim	1	2,8	0	00,0	0,628
Não	21	60,0	13	37,1	
Participou de qualificações sobre TB					
Não	15	42,8	7	20,0	0,312
Sim	4	11,4	3	8,6	
Recebimento de material didático sobre TB					
Não recebe ou recebe insatisfatoriamente	15	42,8	5	14,3	0,086
Recebe satisfatoriamente	7	20,0	8	22,9	

Teste de qui-quadrado, teste de qui-quadrado com correção de Yates ou teste exato de Fisher

A qualidade do mapa perceptual é expressa pela inércia de cada dimensão, que juntas condensaram 42,09% da variabilidade dos dados (23,4% na dimensão 1 e 18,75% na dimensão 2). De acordo com a figura 1, pode-se verificar dois grupos distintos, sendo o grupo 1 composto pelos ACS que acompanharam pelo menos um caso de TB, atuam há mais de 39 meses na função e participaram de maneira satisfatória de capacitações. Já o grupo 2, é composto pelos ACS que não acompanharam casos de TB, atuam há menos de 39 meses como ACS e não participaram de capacitações.

Sendo assim, a análise multivariada mostrou que os ACS com maior tempo de serviço acompanharam doente de TB e tiveram capacitações. Os ACS que tem menor tempo de trabalho não acompanharam doente de TB e não tiveram capacitação.

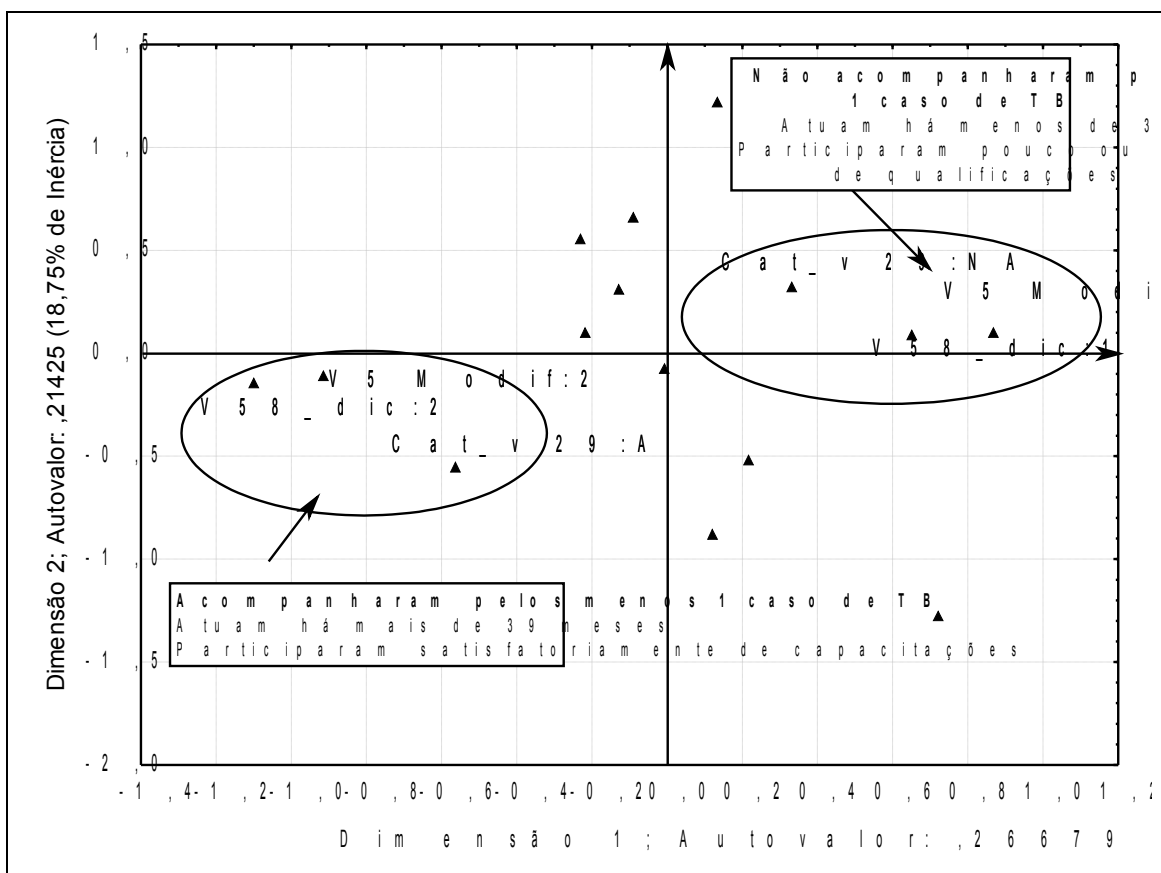


Figura 2. Mapa perceptual mostrando padrões de correspondência entre as variáveis utilizadas na avaliação do acompanhamento ou não de casos de TB pelo Agente Comunitário de Saúde, Marília, (2012)

Para a análise qualitativa do acompanhamento de pessoas com tuberculose pelos agentes comunitários de saúde, o material empírico codificado possibilitou observar, na organização das falas, os seguintes temas: a dinâmica interacional entre os ACS, a rotina dos agentes comunitários de saúde no acompanhamento de TB, barreiras percebidas para o acompanhamento de pessoas com tuberculose, concepção e compreensão sobre a TB, estrutura disponível na USF para o acompanhamento de pessoas com TB e a busca e o acompanhamento de casos de TB.

A seguir, os principais temas identificados nos grupos focais serão apresentados, com exemplos obtidos dos diálogos, que serão identificados com a letra S, correspondente ao sujeito, seguida dos números de 1 a 3, dependendo do grupo focal que pertencer.

5.5 O ACS E O ACOMPANHAMENTO DE TB

5.5.1 A DINÂMICA INTERACIONAL ENTRE OS ACS

Para iniciar a discussão no grupo, compreender o acompanhamento de pessoas com TB realizada pelos ACS e motivá-los a participar da discussão, o moderador iniciou com uma apresentação da pesquisa, criando condições favoráveis a participação de todos os componentes e estimulando-os a refletir sobre seu dia-a-dia de trabalho, com identificação de situações que considerassem significativas.

A interação nos três grupos focais, foi marcado pelo respeito entre os participantes, não ocorrendo desavenças e conflitos, compreendendo às limitações, saberes, experiências e histórias de cada membro dos grupos. Quanto às limitações apresentadas pelos participantes do estudo, o que mais se destacou foi à timidez de alguns participantes e a dificuldade de falar em público. Cada um deles, conseguiu expressar de sua maneira, as vivências relacionadas ao acompanhamento de pessoas com tuberculose no seu ambiente de trabalho. Alguns, mais extrovertidos e confortáveis no grupo, contaram longas histórias sobre o dia-a-dia de trabalho com tuberculose e até apresentaram casos de pacientes acompanhados por eles. Outros, adotaram a postura de ouvintes e proferiram poucas palavras.

Os grupos focais 1 e 2 foram realizados nas salas de reunião das Unidades de Saúde da Família, com acomodação sentada para todos os membros. E o grupo focal 3, foi realizado na área externa de uma casa improvisada onde funciona a ESF. Em todos os Foi feita uma apresentação inicial e distribuído para cada ACS uma filipeta com uma questão disparadora: “Como é feita a busca e o acompanhamento de pessoas com tuberculose na Unidade de Saúde que o sr(a) trabalha?”.

O grupo focal 1 foi realizado no período da tarde, com duração de 1 hora e 05 minutos. Com a questão disparadora posta, os participantes do grupo focal 1 iniciaram a discussão, a partir da interferência da moderadora, no intuito de incentivar os participantes a opinarem sobre a questão e o assunto proposto.

Nesse grupo, assim como nos outros dois, o início do diálogo se deu pelo ACS com maior tempo de atuação na USF e os outros iam concordando. Foi notado que uma ACS possui formação técnica em Enfermagem e foi possível identificar sua maior propriedade em discorrer sobre o assunto.

Foi consenso no grupo que a maioria dos pacientes não se preocupam com a TB, e que na maioria das vezes que apresentam tosse, justificam com outras causas como: cigarro, gripe, resfriado e alergia. Em um momento os ACS fizeram um diálogo entre eles para lembrar dos casos de TB que acompanham ou que já acompanharam, e nesse momento fazem um movimento solicitando que um fale de cada vez.

Dois ACS relataram que a TB não é muito trabalhada naquele espaço, visto que é uma área onde as pessoas têm um poder aquisitivo que permite acesso ao serviço de saúde particular ou convênio, o que dificulta o contato com as pessoas. Não houve discussão sobre isso, mas os outros ACS manifestaram aceno afirmativo.

Alguns períodos de silêncio se fizeram presentes, sendo necessário estímulo do moderador.

O grupo focal 2 foi realizado no período da manhã, com duração de 1 hora e 03 minutos. Procedeu-se a apresentação dos participantes e a exploração da questão disparadora. Esse grupo foi dinâmico e interativo, com participação de todos os ACS do início ao fim da discussão. É um grupo homogêneo, formado por profissionais que atuam há mais de 05 anos na USF.

O principal consenso no grupo foi em relação ao preconceito, os participantes deixaram claro que ainda existe preconceito em relação à tuberculose, tanto por parte da população, como por parte dos profissionais de saúde. Para os ACS, enfrentar a verdade de um diagnóstico positivo significa estar diante de manifestações preconceituosas e dos sentimentos de vergonha, medo e rejeição oriundos de familiares e amigos.

Aqueles ACS, que acompanharam o paciente com tuberculose em suas áreas adscritas, afirmaram que o vínculo que possuem com a comunidade é considerado uma estratégia potente para efetivar as relações de trabalho entre os profissionais e o paciente com tuberculose. Sendo assim, associaram o conceito de vínculo às relações que envolvem confiança, afinidade compromisso e responsabilidade e diante disso, mesmo que haja preconceito por parte dos pacientes em relação a própria doença, sentem-se acolhidos pelos ACS, que se mostram sensíveis à compreensão de sua doença, por possuírem fortes laços de relações interpessoais.

Atrelado ao preconceito, os ACS afirmaram que a falta de conhecimento sobre determinado assunto leva os mesmos terem medo do contágio da doença,

torna-os inseguros podendo levar a um bloqueio entre o usuário e o profissional de saúde. Lembraram ainda que não tiveram capacitação ou treinamento. Assim, enfatizaram que falta de treinamento leva a falta de envolvimento da equipe, desmotivação no trabalho e dificuldades para o controle da doença.

Chamou-nos a atenção o fato de falarem muito sobre a questão da dengue no município, mesmo sem serem indagados sobre isso. Não houve períodos de silêncio e favoreceram períodos de descontração.

O grupo focal 3, foi realizado na área de uma casa improvisada, onde funcionava a Unidade de Saúde da Família, envolta por um calor insuportável que deixava os participantes desmotivados. Ocorreu no período da tarde, com duração de 1 hora e 12 minutos. O início foi tumultuado em razão do calor e do espaço físico para a realização do grupo. A discussão foi interrompida devido uma ACS sair a procura de um ventilador. O barulho de carros e ônibus transitando pela rua da USF atrapalhou a discussão em alguns momentos. Estas condições não foram controladas pelo moderador, nem pelo pesquisador e nem pelo observador. Não foi possível optar por algum cômodo que pudesse acomodar melhor os participantes do grupo, pois os próprios ACS foram organizando o local e não deram abertura para discutirmos sobre o local da coleta de dados. Em razão da demanda do serviço, a enfermeira da USF também não opinou sobre o local da pesquisa. No entanto, essa questão de ambiência constitui um problema da USF como um todo, caracterizando como uma deficiência da estrutura física do serviço.

Foi colocado no grupo por uma ACS que a BSR é feita a partir do sintoma de tosse apresentado pelo paciente. Apenas um ACS concordou, os outros não se manifestaram. A maioria dos assuntos era relatado por apenas um ACS, sem manifestação dos outros.

Apenas em um momento houve consenso explícito no grupo, foi quando relataram que trabalham em uma área considerada de risco para doenças, visto que é uma área composta por uma população socialmente desfavorecida.

Foram longos períodos de silêncio e conversas paralelas. O grupo focal 3, foi o que mais relatou casos confirmados de TB. É importante destacar que essa USF fica localizada em uma região socialmente menos favorecida, quando comparada às outras USF estudadas e tem uma população significativa em vulnerabilidade social.

Nos três grupos focais foi relatado que realizam busca ativa pelo menos uma vez ao ano e afirmaram não ter incentivo à capacitação sobre TB. A discussão nos

grupos deu-se com base em clima amigável, com poucas discordâncias, ou pelo menos não colocadas de forma explícita.

O caráter relacional dos ACS é constituído a partir dos atributos do respeito e solidariedade. Analisando os grupos focais realizados percebemos que nos três grupos, os ACS mais antigos iniciaram as falas, tomando a frente do início da discussão. Ao se tentar compreender a busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose pelos ACS, chamam a atenção os períodos de silêncio entre os participantes da pesquisa, principalmente no início da discussão proposta.

No grupo focal 2 os sujeitos mostraram-se mais a vontade e não apoiaram-se tanto nas intervenções do moderador. O grupo focal 1 e 3 foi conduzido, na maioria das vezes, por incentivo do moderador.

O motivo pelo qual o grupo 2 fluiu com mais facilidade, pode estar relacionado com o tempo de atuação dos ACS na Unidade de Saúde da Família em questão. Nesse grupo, todos os ACS exerciam sua atividade profissional neste mesmo cenário há mais de cinco anos, possibilitando uma reflexão de seu próprio pensamento em relação aos demais, que devido a proximidade de relação não mostraram medo, vergonha ou preconceito ao falar no grupo.

O Grupo 1 e 3 apresentaram longos períodos de silêncio e pouca fala, sempre acenando afirmativamente em relação aos ACS mais antigos, que com frequência iniciavam o diálogo. Esse fato pode estar relacionado com o conhecimento tácito e a timidez dos membros do grupo que podem ter um conhecimento, porém ficam calados. Além disso, podem estar relacionados também a não criação de vínculo entre os colegas de trabalho, tornando-os inseguros para falar em público e mais que isso, pode estar relacionado com a falta de preparo e capacitação para lidar com as questões da tuberculose.

Todavia, a interação verbal no grupo focal possibilitou entender que a busca de Sintomáticos Respiratórios caracteriza-se como uma importante estratégia para a detecção de casos de TB.

Observa-se a partir do diálogo dos ACS que o processo de trabalho dos ACS na busca de sintomáticos respiratórios da TB desenvolvem as ações no âmbito da visita domiciliar. Os ACS revelam barreiras e limitações relacionadas ao desenvolvimento da busca ativa, reconhecem que a busca ativa é importante e compõem o rol de suas atividades, mas enfocam que estão despreparados para o exercício completo dessa tarefa. Os discursos contemplaram a falta de um processo

de educação permanente, recusa dos pacientes para colher o exame, preconceitos e insegurança ao lidar com a doença.

A reorganização do serviço de saúde espera que os profissionais que trabalham na Estratégia Saúde da Família (ESF) desenvolvam ações de controle da tuberculose e sejam capazes de identificar sujeitos na comunidade com características de sintomáticos respiratórios, contemplando a visita domiciliar como espaço de atuação.

Contudo, nem todo trabalho na ESF articula ações que contemplam a busca de sintomáticos respiratórios de TB, pois as discussões mostraram que as ações de busca ocorrem de modo segmentado, ou seja, essa ação não é feita pela equipe de saúde e sim centralizado na figura do ACS e ainda, depende de cada ACS, inserido em equipes diferentes.

As falas permitem identificar que ACS realiza na sua rotina de trabalho busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose, principalmente durante a visita domiciliar. Evidencia-se que a atuação desse profissional é permeada por um elo de ligação que estabelece uma relação de vínculo com a comunidade, favorecendo no momento da visita, o primeiro contato com a pessoa suspeita de TB, permitindo a identificação precoce do indivíduo.

Nos três grupos focais realizados, os ACS afirmaram que evitam falar a palavra TB, pois as pessoas e as famílias assustam e recusam fazer o exame de baciloscopia. Ainda, os ACS afirmam ter medo de pegar TB, não sabendo como falar dessa questão sem afastar e assustar os usuários.

5.5.2 A ROTINA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM TB

Um breve esclarecimento que diz respeito às citações de diálogos e falas durante o texto. Estaremos codificando por S (de sujeito) cada fala apresentada que aparecerá sempre acompanhada de um número correspondente à ordem de sua fala na discussão. Além disso, juntamente com o código S e número correspondente no início de cada citação, apresentaremos a letra G (de grupo) e o número 1, 2 ou 3 que se relacionarão aos grupos focais realizados nos serviços. G1 representa o primeiro grupo focal realizado em uma USF da região Oeste do município, G2 corresponde ao segundo grupo focal realizado em uma USF da região Norte do

município e o G3 refere-se ao terceiro grupo focal realizado em uma USF da região Sul do município em estudo.

O dia a dia do ACS permeia-se de atividades variadas, que vão desde a assistência direta a indivíduos ou famílias, apoio educativo, tarefas de cunho burocrático, como o cadastramento familiar, organização dos prontuários, entre outras. A busca de sintomáticos respiratórios e o acompanhamento de pessoas com tuberculose se tornam mais uma tarefa de responsabilidade do ACS, que deve realizá-la entre tantas outras que realiza.

Após a questão focal ser colocada pelo moderador a respeito da rotina de trabalho no acompanhamento de pessoas com tuberculose, seguiu-se o seguinte diálogo:

S3 – GF1: *“Na verdade é mais nas visitas domiciliares mesmo, no casa a casa que a gente faz a busca de pessoas com tuberculose. Então a gente pergunta pra pessoa que ta na casa, pro restante da família, se tem alguém na família que está apresentando tosse a mais de 15 dias, [...] O que os agentes fazem é isso, mais nas visitas”*

S1 – GF1: *“Eu acho que a busca que a gente faz é nas visitas mesmo, nas visitas do dia-a-dia, na casa das famílias, que a gente acaba questionando e se ta com um sintoma que chama mais a atenção a gente pede e orienta pra ta procurando a Unidade”.*

S5 – GF1: *Concordo com elas, a gente procura os sintomáticos de tuberculose mais nas visitas mesmo.*

Os S2 e S4 não comentaram, porém apresentam atitude de concordância acenando afirmativamente. Na visão dos ACS, o dia-a-dia de trabalho contempla ações de busca de SR de tuberculose restritas ao momento da realização da visita domiciliar, tal como apresentado nos depoimentos acima.

Com base nas discussões percebe-se que os ACS reconhecem que são protagonistas nas ações de busca ativa para identificação precoce da TB. Como pode se observar nas falas abaixo:

S6 – GF2: *“Nós somos aqueles que identificamos primeiro a pessoa com sintomas, a gente que se preocupa, que pergunta, que vai atrás, senão for assim, eles não vem e a doença se espalha por ai”.*

S10 – GF2: *“A linha de frente é a gente, senão for nós, ninguém procura e o doente morre”.*

S7 – GF2: *“Essa coisa de ter que buscar os sintomáticos de TB também cansa, porque tudo é o agente, você fica o tempo todo tentando convencer....tem que falar que é importante, que tem que fazer o exame, tudo sobra pra nós.*

(Silêncio)

Moderador: *Vocês também pensam assim?*

(Todos acenam afirmativamente)

Os ACS destacaram que na rotina de busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose, após a identificação do sintomático realizam o encaminhamento do paciente suspeito à Unidade de Saúde para atendimento médico e posteriormente, solicitação do exame de baciloscopia.

S11 – GF3: *“Quando a gente percebe que tem sintomas, a gente pede pra procurar um médico, pra vê essa tosse, o que está acontecendo, pra poder fazer os exames [...] eu normalmente peço para ir urgente até o posto”*

S14 – GF3: *“Eu faço a mesma coisa, tento explicar direitinho, que a tosse por mais de 15 dias pode ser sinal de tuberculose, aí eu peço para ir no posto passar em consulta médica porque tem que fazer um exame que colhe o escarro pra ver se é tuberculose ou não.”*

S12 e S13 – GF3: *“Eu também....eu também”*

A atividade de busca ativa também foi mencionada como atividade de rotina dos ACS para o controle da TB no âmbito da ESF.

Ao se tentar compreender o significado de busca ativa pelos ACS, observa-se o entrevistado designado com **S4 – GF1** enunciar:

“Eu vou falar meu pensamento sobre busca ativa?” e continua: “Como o nome já diz...busca ativa é buscar, quando o ACS vai a procura de pessoas com sintomas de tuberculose, ele não espera a pessoa vir até o posto, ele vai antes na casa buscar”

No momento da interação entre o moderador e um dos componentes do grupo, cabe sublinhar a interação entre os demais membros por meio de olhares e expressões faciais de rejeição a atitude de iniciar a discussão do E4 - GF1.

Moderador: *Alguém mais gostaria de falar sobre busca ativa?*

S1 – GF1: *“A gente faz busca ativa uma vez por anos mais ou menos [...] eles mandam e a gente vai nas casas perguntar se tem os sintomas e se quer fazer o exame.”*

S2 – GF1: *“A busca ativa ajuda na identificação dos casos, mas a gente não tem tempo pra fazer só isso, tem as outras coisas, e também não é exigido muito, isso é pouco lembrado”*

S5 – GF1: “Busca ativa é você ir procurar os casos, pedir pra fazer o exame, pra tentar achar a doença naquelas pessoas que não procuram o posto”.

5.5.3 BARREIRAS PERCEBIDAS PARA O ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM TUBERCULOSE

A TB ainda é uma doença marcada por estigmas e preconceitos, atrelada a sua forma de contágio, ainda assusta os profissionais que se sentem receosos e inseguros ao lidar com a doença.

Entender como os ACS compreendem o preconceito que envolve a questão da tuberculose, chamou-nos a atenção o fato de que todos os participantes interagiram numa linguagem sem direcionar ao moderador, que não carregam o peso do preconceito, porém sentem medo e insegurança ao lidar com o sintomático de tuberculose.

S7 – GF2: “Eu fico insegura quando vou visitar paciente com tuberculose [...] e o pior é que quando tem paciente na minha micro área tenho que ir várias vezes na casa dele, eu quase que nem respiro direito”

S9 – GF2: “Eu acho que é porque é contagiosa, pegou...pegou, não é como uma gripe que a gente sabe que sara, todo mundo tem medo porque é uma doença que não ta muito na mídia, é uma doença de antigamente, dá medo de pegar”

Moderador: E as outras? Também tem medo de pegar?

(Silêncio e acenam positivamente)

A insegurança é uma característica relacionada à falta de preparo e conhecimento que pode culminar em bloqueio dos profissionais frente à doença, sendo assim a falta de informação pode acarretar retardo nas ações de busca ativa com conseqüente atraso no diagnóstico da doença.

S10 – GF2: “Ninguém conversa muito com gente sobre tuberculose, a gente se quiser saber tem que procurar com as colegas mais velhas, ou com livros”

S6 – GF2: “Do tempo que eu to aqui num tive nenhum curso, nem treinamento sobre tuberculose, só falam sobre dengue”.

Todos: falam juntos (as palavras ficam incompreensíveis para a transcrição), porém entende-se que estão indignados com a falta de preparo e pouco incentivo e treinamento oferecidos a eles.

Outra dificuldade encontrada pelos agentes no dia a dia de trabalho é o fato de haver muita recusa por parte dos pacientes para colher o exame. Eles referem

que há um desgaste muito grande para convencer as pessoas a realizar o exame de baciloscopia de escarro.

Essa ação desenvolvida nas famílias e na comunidade tem implicação direta no processo de inadequado de formação e qualificação do agente comunitário, que muitas vezes passa a receber diversos pequenos treinamentos, fragmentados e fora do contexto do ACS.

S14 – GF3: *“É difícil convencer as pessoas, parece que eles tem medo de fazer o exame, sempre arrumam uma desculpa e dizem: é o cigarro, é gripe [...] e nunca pensam que pode ser tuberculose.*

S12 – GF3: *Concordo até convencer as pessoas a fazer o exame....leva um tempão.*

S11 – GF3: *“Eles relutam em fazer o exame, a gente mesmo não consegue convencer eles a fazer, só fazer se o médico falar que é importante”.*

De acordo com os ACS, aceitar realizar a coleta do escarro pode estar relacionada a aceitar a hipótese de estar com a doença, por isso o motivo da recusa. E mesmo com a existência de esquemas terapêuticos, comprovadamente eficazes na cura da doença, restam vestígios na sociedade acerca do estigma da doença.

5.5.4 CONCEPÇÃO E COMPREENSÃO SOBRE A TUBERCULOSE

Por ser uma das doenças mais antigas da humanidade, os ACS consideram importante a atuação visando à prevenção da doença, porém alguns ACS, principalmente do Grupo Focal 3, apresentam conhecimento restrito sobre causas, diagnóstico e tratamento.

S14 – GF03: *A gente sabe assim, a tuberculose é uma tosse produtiva por mais de três semanas, que dá aqueles suores noturnos, que o contágio é pela saliva, tem tontura.*

S12-GF03: *Nossa eu nem sabia que dava suores noturnos [...]*

S16 – GF03: *Eu vi em uma revista médica que saiu a respeito de Campos do Jordão, o primeiro local para tratamento era lá, eles até chamam de sanatório, as pessoas eram marginalizadas, ficavam lá trancadas para não passar e contagiar outras pessoas.*

O grupo focal 1 e 2 conseguiram discutir a problemática da tuberculose à luz dos determinantes sociais:

S3 – GF01: *A tuberculose tem tratamento e tem cura [...] é um bacilo que deve ser destruído com a medicação. Se pessoa tomar direitinho, ele morre e a doença acaba.*

S5 – GF01: *É uma doença contagiosa, que a condição financeira ajuda e muito, ter uma moradia legal, ter um ambiente saudável é importante, porque se a pessoa mora em um lugar onde tem muitas pessoas juntas, o risco de pegar é maior.*

S2 – GF01: *É verdade, aqui tem casas novas, bem ventiladas, grandes, o risco é menor.*

O tratamento da tuberculose também foi citado durante as discussões nos grupos focais.

S7 – GF02: *A medicação tem que ser supervisionada e não pode deixar de tomar. Eu vi daquele senhor que veio de Santos que a medicação eram dois tipos se eu não me engano, ele tomava aqui, ele vinha aqui todos os dias, não era a gente que ia, ele que vinha, a gente dava a medicação para ele e ele ia embora.*

S9 – GF02: *Isso eu também sabia, o maior problema são aquelas pessoas que começam a fazer o tratamento e param. Se a pessoa tiver em tratamento não tem perigo de pegar, mas se não tiver tomando a medicação corretamente, ele está transmitindo.*

S10 – GF02: *O tratamento é gratuito pelo SUS, é um direito seu, é importante que fique muito claro isso [...] tem que ser feito o pedido dos exames para todos os comunicantes.*

5.5.5 ESTRUTURA DISPONÍVEL NA USF PARA O ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM TB

O cenário das Unidades de Saúde da Família contempla as atividades de busca e acompanhamento de pessoas com tuberculose, visto que o mesmo dispõe de recursos para auxiliar essa atividade desde o momento da busca até o atendimento do paciente com diagnóstico confirmado. Nos três grupos focais houve concordância acerca da estrutura disponível na Unidade, visto que todos afirmaram ter médico para atender o doente, ter disponibilidade de pote para a coleta de escarro, ter formulário de pedido de baciloscopia, ter geladeira para acondicionamento dos exames de escarro colhidos, ter laboratório responsável pelas baciloscopias e ter livro de registro dos sintomáticos respiratórios.

S1 – GF01: *De recurso a gente não pode reclamar, os potes pra colher os exames tem, nunca falta, eu pelo menos nunca vi faltar e outra coisa, pode fazer quando quiser, esse exame não é restrito, é só chegar e fazer.*

S4 - GF01: *Não falta pote, nem nada, até o médico dá mais atenção quando é suspeito de tuberculose, a enfermeira, todo mundo fica mais em cima. A gente liga no laboratório e eles falam que pode colher qualquer dia.*

S3 – GF01: *E tem uma geladeira que fica ali na sala de curativo que é só pra guardar esse tipo de exame, tudo que precisa para achar casos de tuberculose aqui tem. Se precisar montar alguma estrutura diferente pra atender pacientes com tuberculose a gente monta, igual quando teve a gripe A.*

S5 – GF01: *O PPD as meninas da vacina também fazem.*

No grupo focal 1, os ACS defenderam com propriedade, que o local que elas trabalham tem capacidade estrutural adequada e satisfatória para atender doentes de TB e realizar a busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose.

O grupo focal 2 também abordou a estrutura disponível para a realização da busca e enfatizaram:

S8 – GF02: *aqui tem pote para colher o escarro, tem até umas etiquetas que cola no pote para identificar, tem uma geladeira que as meninas colocam esses exames [...] e parece que não tem cota igual exame de sangue, esse exame é liberado.*

S10 - GF02: *A gente faz tudo que pode aqui, colhe exame, passa no médico e eu tive um paciente que deu positivo, ai teve que passar o com especialista, acho que era infectologista [...] a consulta foi marcada rapidinho.*

O grupo 3 trouxe uma crítica a estrutura física oferecida pela USF que trabalham, porém destacaram as providências que estão sendo tomadas.

S13 – GF03: *Remédio têm, pote tem, tudo isso tem, agora o problema é atender o doente com tuberculose nesse lugar, mal tem espaço para gente.*

S15 – GF03: *Mas isso já está sendo resolvido.*

S12 – GF03: *Vamos mudar semana que vem, foi construída uma nova unidade de saúde [...] aqui é uma casa improvisada.*

S13 – GF03: *Mas se chegar alguém com tuberculose aqui, todo mundo pega (falou em um tom discordando das outras).*

É importante destacar que mesmo tendo os potes para a coleta dos exames de baciloscopia e demais materiais relacionados à detecção de casos de TB, as falas das participantes do grupo focal 03, traz uma observação sobre a deficiência da estrutura do serviço no que diz respeito à ambiência. Esta deficiência na ambiência, freqüentemente está associada a serviços que estão localizados em

regiões urbanas de bolsões da pobreza, visto que os outros grupos focais realizados em USF localizados em áreas mais privilegiadas do município não apresentaram o mesmo tipo de deficiência.

Além disso, dos serviços investigados nessa pesquisa, o serviço do grupo focal 03, foi o que mais detectou casos positivos de tuberculose.

5.5.6 A BUSCA E O ACOMPANHAMENTO DE CASOS DE TB

Durante os grupos focais, os ACS relataram as vivências e experiências que tiveram no seu ambiente de trabalho no acompanhamento de pessoas com TB. Durante os diálogos exemplificaram o acompanhamento de pessoas com tuberculose por meio de casos que acompanharam durante suas trajetórias como ACS.

No grupo focal 1, apenas uma ACS citou o acompanhamento de uma pessoa de sua micro-área com tuberculose. Enfatizou o acompanhamento semanal que oferece a esse paciente, a preocupação com uso correto da medicação e o acompanhamento freqüente ao médico.

S02 - GF01: *Eu tenho um que tem tuberculose, ele ta fazendo o tratamento...eu sou da área dele, então a enfermeira me falou para eu ir lá toda semana, mas é difícil pra mim e eu acho que é difícil pra ele. Porque toda semana enjoa, ele já deve estar cansado da minha cara. Eu sei que eu tenho que acompanhar, que ir lá, ver se está tomando o remédio direitinho, sei que se ele não tomar o remédio ele pode transmitir a doença para as outras pessoas. Eu pergunto dos retornos, se ele está indo, se ele está pegando peso, mas é difícil.*

S01 – GF01: *Eles não gostam disso não, se vai muito na casa, eles acham que incomoda e acabam nem atendendo mais.*

S5 – GF01: *Na verdade é assim, se vai muito eles reclamam, se não vai eles reclamam também, não dá para entender.*

S01 – GF01: *E eu ia falar o seguinte, eu percebo que mesmo sendo uma época que já tenha tratamento, já tem cura, ainda existe muito preconceito, a própria pessoa que tem, fica constrangida de falar que tem a doença.*

S02 – GF01: *É verdade, ele tem que vir buscar medicação aqui toda semana, então assim, ele sabe que eu sei que ele tem, mas a gente nunca conversou abertamente sobre isso, eu converso com ele, pergunto se está tudo bem, mas eu percebo que ele quer logo responder, não quer ficar falando.*

S3 – G01: *E tem uma paciente da área dela (falando da E02), que fala que tem tuberculose, mas ele não tem.*

S02 – GF01: *É verdade, eu tenho paciente, que ele é de idade já. E ele chegou a fazer o teste já. Eu lembro que ele ficava na inalação para tentar escarrar, e não conseguia, tinha dificuldade. E ele falava que tem tuberculose, e avançada ainda por cima, e num tem.*

S04 – GF01: *E ele espalha para os vizinhos, para o bairro inteiro que tem a doença.*

S02 – GF01: *Todo mundo acha que ele tem, mas ele não tem. Uai, ele fez tudo né? Deu negativo mesmo, nós procuramos saber. E fala para todo mundo que o grau de tuberculose dele é avançado. Ele é super magro, o engraçado é que ele tem os suores noturnos, como dizem lá. Então ele veio aqui no posto, fez o teste, ele procurou o posto porque ele já teve tuberculose há muito tempo atrás, acho que quando ele era novo, não sei, e como ele ta magro daquele jeito, e ele é cansado, mas ele não tem e acha que tem.*

No grupo focal 2 apareceram diferentes agentes que acompanharam pessoas com tuberculose e relataram os casos. O grupo enfatizou sobre a distribuição gratuita da medicação para tuberculose e foi capacitado, para atuar no acompanhamento de pessoas com tuberculose.

S09 – GF02: *Na minha área teve um caso de tuberculose, logo que eu entrei.*

Moderadora: *E como foi?*

S09 – GF02: *Nós fizemos o acompanhamento, nós íamos sempre lá em visita domiciliar fazer o acompanhamento e ver a recuperação dele. Eu acompanhei esse paciente junto com a enfermeira, ele tava fazendo o tratamento certinho, recebi os remédios de graça e ele concluiu com êxito o tratamento porque a gora tem cura.*

S7 – GF02: *Eu tive um paciente que veio do HC, foi lá que descobriram que ele tinha tuberculose, ele ficou internado e fizeram os exames e descobriram. Ai ele veio de lá com as medicações. Quando eu passei na casa dele para fazer visita a irmã dele me contou. Ai eu contei para a enfermeira e nós duas fomos lá na casa dele para visitar. Então eu vou lá sempre para saber do tratamento, como ele está reagindo. Eu não sabia nada sobre tuberculose, mas com esse caso na minha área a enfermeira me ensinou um monte de coisa e eu fui obrigada a aprender.*

S10 – GF02: *Eu mesma não sei muita coisa sobre tuberculose, porque de quando eu estou aqui, nunca acompanhei ninguém com tuberculose.*

S08 – GF02: *Eu acho assim, eu também não tenho muita experiência, por que eu também nunca acompanhei ninguém com essa doença, mas eu acho que toda capacitação é bem vinda para*

quem atua na área da saúde. É bom a gente sempre ter informações sobre as doenças, porque assim, quando a gente tiver que acompanhar um caso a gente já vai saber o que deve ou não fazer.

Moderadora: Vocês concordam?

Todas acenam afirmativamente com a cabeça.

S11 – G02: *A gente percebe que no próprio posto nós não temos trabalhado com a tuberculose, é uma doença muito pouco trabalhada. A gente faz muitos trabalhos com hipertensão, diabetes, dengue, papanicolaou, mas a gente não fala de tuberculose.*

No grupo focal 3, foi citado o acompanhamento de pessoas com tuberculose da própria família do ACS, enfatizado a cura da doença após o tratamento e a não adesão ao tratamento.

S16 – GF03: *Eu vou falar o que sei porque aconteceu na minha casa, meu irmão caçula teve tuberculose. Na época todo mundo em casa tava tossindo, todo mundo teve que fazer o exame de escarro. Então a família toda teve que fazer o exame. Mas só o meu irmão mesmo que pegou. E o que passaram pra gente, é assim, que a partir do momento que começa a fazer o tratamento para de transmitir, foi isso que passaram para a gente e foi isso que deixou a gente mais tranqüila. Ele fez o tratamento, sempre que acaba a medicação, iam buscar mais e então curou. Eu acompanhei meu irmão de perto, por isso aprendi sobre a doença.*

S14 – GF03: *Na minha área eu já tive 3 pacientes com tuberculose. Uma foi uma criança, mas o dele não foi no pulmão, eu lembro que foi numa glândula, seu lá. Teve uma que agora ela é gestante, mas ela não estava na época, fez o tratamento certinho, com seis meses fez o exame, já negativou. Agora eu tenho uma com tuberculose, que é irmã dessa que está gestante, ela não adere ao tratamento, foi encaminhada para o infectologista, porque ela não adere, ela diz que não consegue engolir os comprimidos, ela queria ver se tem outra forma de tratamento. A gente já foi lá, até o médico já foi, mas não tem jeito.*

S14 – GF03: *Porque o certo é ela vir aqui para fazer a medicação supervisionada, a gente precisa ver ela engolir o medicamento, e só de final de semana que eles podem tomar em casa.*

S15 – GF03: *E essa paciente dela (falando para E14), tem um bebê, acho que deve ter uns dois aninhos, é de dar dó.*

S13 – GF03: *Eu tive uma moça na minha área que foi internada no hospital como pneumonia, ai ficou internada 15 dias e depois deu o diagnóstico de tuberculose. Ela tava tratando como pneumonia, mas era tuberculose.*

S12 – GF03: *Eu também tive a experiência da tuberculose na minha família, meu pai há três anos teve tuberculose, mas ele não tinha os*

sintomas tipo tosse. E junto com esses sintomas veio o câncer de próstata. Ele é bem idoso e meio confuso falou que tinha soltado sangue. Ai a gente levou no infectologista, fez um exame, aquele que é uma punção, ai foi onde deu tuberculose. E foi meio constrangedor, porque a família toda teve que fazer raio-X, pra ver se não tinha mais ninguém com a doença.

Observa-se que o grupo focal 03, apresenta novamente uma questão de difícil resolução, a não adesão ao tratamento. Esse fato pode levar a sérios problemas de saúde pública como: a multirresistência medicamentosa e a contaminação dos comunicantes. Dessa forma, a responsabilidade do tratamento, não pode ser remetida apenas aos ACS e sim a todos da equipe de saúde, que devem traçar estratégias para resolução do problema, não do ponto de vista clínico-epidemiológico, mas também social.

6 DISCUSSÃO

A discussão deste estudo será apresentada na mesma sequência da apresentação dos resultados. Iniciando com a caracterização dos ACS, capacidade instalada das USF (porta de entrada, acesso ao diagnóstico, elenco de serviços, coordenação das USF, orientação na família e comunidade e formação do ACS) e fatores associados ao acompanhamento de pessoas com TB pelo agente comunitário de saúde (fatores individuais e fatores da política institucional). E por fim, a discussão do ACS e o acompanhamento de TB.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

A partir dos resultados deste estudo, observamos que a caracterização dos ACS em pesquisas semelhantes a esta, realizadas em outros municípios brasileiros, coincidiram no quesito predomínio do sexo feminino e nível médio como formação (ESCOREL, 2002; SILVA E DALMASO, 2002; FERRAZ E AERTZ, 2005; GALAVOTE et al., 2011; AVILA, 2011; BARALHAS E PEREIRA, 2011, SCATOLIN, 2012 E CRISPIM et al., 2012).

Lino et al. (2012) destacam a predominância do sexo feminino compondo a força de trabalho nas atividades na área da saúde e afirma que a escolha profissional da mulher é influenciada pela sua história familiar aliada ao contexto social que traz consigo, refletindo-se no exercício de “papeis femininos”. A questão histórica justifica a atualidade, visto que o cuidado as pessoas era exercido apenas por mulheres religiosas na Idade Moderna. Posteriormente, houve um aproveitamento da mão de obra feminina no decorrer da Revolução Industrial e, atualmente, evidencia-se a permanência

Sabemos que no caso do ACS, o predomínio do sexo feminino condiz com suas origens, visto que os ACS surgiram no Ceará com a contratação de uma frente de trabalho de mulheres para ajudar a combater os problemas decorrentes da seca. Sendo assim, essa tendência de feminilização da profissão perdura até os dias de hoje.

Na pesquisa a maioria dos ACS possui nível médio de escolaridade. Sendo assim, apresentaram escolaridade acima da exigida pelo Ministério da Saúde para

atuação como ACS. Ferraz e Aertz (2005) acreditam que quanto maior o nível de escolaridade, maior a sua compreensão e possibilita a aquisição de habilidades para transmitir informações a comunidade, potencializando a detecção das necessidades de saúde da população.

No entanto, o nível de escolaridade dos ACS deste estudo, não potencializou as ações de acompanhamento de pessoas com tuberculose nas comunidades.

Um interessante aspecto observado, foi o significativo tempo de atuação dos ACS nas Unidades de Saúde da Família, o que favorece maior êxito na realização das atividades na comunidade. Amorim e Andrade (2009) e Maciel et al. (2008), mostram que o tempo de emprego é um importante definidor das práticas realizadas pelos ACS, visto que estes profissionais acumulam experiências no contato com os demais componentes da equipe de saúde e com a comunidade, além de possuir maior probabilidade de terem passado por capacitações.

Além disso, o tempo de permanência do ACS no programa é relevante para o conhecimento do território, dos seus determinantes de saúde e para o fortalecimento do vínculo com a população (AMORIM; ANDRADE, 2009).

Concordando com os autores citados acima, no que se refere ao tempo de atuação, o mapa perceptual demonstrado na figura 1 revelou que os grupos de ACS com maior tempo de atuação participaram de capacitações e acompanharam mais casos de pessoas com tuberculose.

Na interação dos ACS durante os grupos focais, foi predominante o início das falas pelos ACS com maior tempo de atuação nas Unidades de Saúde da Família.

Quanto à satisfação com a remuneração a maioria dos ACS não se sente satisfeita, no entanto mesmo assim, considera que é bom trabalhar na comunidade. Esse fato, pode estar relacionado ao vínculo criado com as famílias e colegas de trabalho, tornando o ambiente agradável para trabalhar.

Cotta et al. (2006) e Santana et al. (2009) consideram a remuneração do ACS baixa e isso reflete diretamente na satisfação do trabalhador que se sente pouco valorizado. Assim, Espínola e Costa (2006) destacam que para melhorar o desempenho do trabalhador em sua função e promover a qualidade de vida, é imprescindível que haja motivação e estímulos, traduzidos em melhores salários, reconhecimento da categoria e condições adequadas de trabalho.

Alguns ACS desempenham outras atividades fora do horário de trabalho para complementar a renda familiar. Esse fator ganha destaque como fragilidade para a atuação destes sujeitos, tendo em vista seu conseqüente reflexo na satisfação em relação ao trabalho, sua interferência no comprometimento com as ações laborais desenvolvidas, bem como no investimento em atividades de lazer, esportivas e educacionais (LINO et al., 2012).

Conhecer o perfil dos ACS que fazem acompanhamento de pessoas com tuberculose é importante para direcionar o planejamento do manejo da patologia, tendo em vista as necessidades dos usuários.

6.2 CAPACIDADE INSTALADA DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Em relação à Estrutura das Unidades de Saúde da Família para o acompanhamento de pessoas com tuberculose, os resultados mostraram que não há deficiência de alguns insumos, no entanto existem fragilidades na lógica organizacional da atenção ofertada às pessoas com tuberculose e à identificação de sintomáticos respiratórios de tuberculose, bem como seus comunicantes, ou seja, nos serviços de saúde estudados não há uma rotina sistematizada de atendimento. Há que se considerar que o enfermeiro foi citado como profissional responsável pelas ações relacionadas à tuberculose.

A disponibilidade de insumos nas USF estudadas contempla a presença de potes, formulários, livro de sintomático respiratório, geladeira ou caixa térmica nas unidades estudadas. Entretanto, apenas 77,8% das USF que fizeram parte do estudo dispõe do serviço de coleta de laboratório diário. Assim, a deficiência no sistema de apoio diagnóstico (unidades sem laboratórios responsáveis pelo recolhimento das baciloscopias) e a falta de rotina sistematizada para acompanhar pessoas com tuberculose pode ser considerado um entrave para o acompanhamento de doentes de tuberculose no município. Essas deficiências podem levar à fragilidades no processo de trabalho das equipes de saúde da família no que se refere ao acompanhamento de pessoas com tuberculose, bem como a identificação dos comunicantes e dos sintomáticos respiratórios. Esse fato pode levar a equipe a não incorporar essa ação na rotina de trabalho e assim, pode

contribuir como obstáculo para a motivação do ACS a desencadear o processo de acompanhamento das pessoas com TB.

Morosini, Corbo e Guimarães (2007) destacam que a deficiência do serviço de coleta do laboratório faz com que muitos usuários tenham preferência em procurar outras portas de entrada no sistema como os hospitais e pronto atendimentos, pois sabem que o acesso a esse tipo de retaguarda será facilitado.

A solução para esse entrave consiste em acionar o transporte do laboratório, em caráter de urgência ou orientar o próprio paciente para que, ele próprio possa conduzir o pote até o devido local. Esta segunda alternativa requer tempo e custos financeiros, do paciente para sua locomoção, isso fragiliza a continuidade da ação, que é de responsabilidade do serviço, comprometendo a integralidade da atenção (MARCOLINO, 2009; NOGUEIRA, 2007; MATTOS, 2001).

Além disso, o estudo mostrou a questão da logística das unidades de saúde da família pesquisada, sendo que uma delas funciona em uma casa improvisada, com pouca ventilação. Isso nos leva a pensar sobre a biossegurança nos serviços de saúde, considerando a exposição das equipes ao risco de contrair a tuberculose.

As instalações dos serviços de saúde devem ser planejadas de tal forma que restrinjam os agentes de riscos biológicos, como o da tuberculose, capazes de serem transmitidos pelo ar. É importante ressaltar que a qualidade do ar é um dos fatores determinantes na cadeia do controle de infecções, não se deve, contudo, negligenciar as demais medidas relacionadas às boas práticas e medidas de rotina operacional dos serviços de saúde (SILVA, NAVARRO, 2013).

Assim, o controle da transmissão da infecção dentro dos serviços de saúde tornou-se ainda mais necessário e urgente em todo o mundo e, em especial, nos países com alta prevalência da doença. As medidas tomadas pelos gestores e aquelas incorporadas pelos trabalhadores por meio da capacitação em boas práticas e em Biossegurança para o controle do risco ambiental, na ação contra a TB, quebram os elos da cadeia de transmissão da doença em serviços de saúde (PIO, 2012; MACIEL et al., 2009).

Quanto aos problemas organizacionais dos serviços de saúde Mendes (2002) afirma que a superação está na concepção de um sistema de apoio diagnóstico microrregional que procure conciliar escala, oportunidade, custos e qualidade, tendo como parâmetros a máxima centralização possível das unidades de processamento, a máxima descentralização possível de coleta de exames e um

sistema logístico eficaz de transporte de amostras. Com a centralização do processamento, pode-se ganhar em escala e escopo, na medida em que introduz sistemas de controle de qualidade interno e externo nos laboratórios de patologia clínica. E com a descentralização da coleta há uma diminuição dos custos econômicos para o SUS e econômicos e sociais para as pessoas sendo que o sistema logístico eficaz ligaria essas duas pontas do sistema.

É evidente que o acompanhamento de pessoas com tuberculose e o controle de casos da doença estão intimamente ligados com a necessidade de qualificação dos serviços de saúde, principalmente daqueles que se configuram como portas de entrada do sistema.

A porta de entrada, considerada um dos atributos da APS, se refere aos serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a definição contida no decreto 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011a). O decreto citado acima, o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço. Neste contexto, o sistema fragmentado de atenção à saúde precisa ser superado a partir da implantação e constituição das Redes de Atenção à Saúde, as quais são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde.

São portas de entrada às ações e serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

- I – de atenção primária;
- II – de atenção à urgência e emergência;
- III – de atenção psicossocial;
- IV – especiais de acesso aberto.

No caso do controle, identificação e acompanhamento de pessoas com tuberculose, o primeiro contato para utilização do serviço de saúde há de ser a unidade de saúde da família. No entanto, depende da maneira como a atenção à saúde está estruturada no município, bem como, se a lógica de organização preza o preconizado pelo SUS, regionalizada e hierarquizada, considerando as USF as

unidades de produção de cuidado mais adequadas como portas de entrada para o sistema de atenção à saúde.

Andrade (2012) considera que o serviço de atenção primária à saúde tem a função de responsabilização pela população de sua área de abrangência, precisa estar habilitada para o reconhecimento de casos suspeitos de TB e para o acompanhamento de pessoas com TB. No entanto, refere que o número de sintomáticos respiratórios examinados e de casos diagnosticados pelos serviços de atenção primária está muito aquém do esperado, o que pode estar relacionado aos seguintes aspectos: os profissionais não tem incorporado o conhecimento à sua prática diária; os casos suspeitos não estão procurando este nível de atenção; o serviço não tem apresentado resolutividade para suspeitar e diagnosticar os casos de TB, fazendo com que o usuário procure outro serviço.

Assim, há que se considerar que o serviço de atenção primária à saúde deve ser o responsável por todas as ações de prevenção, identificação, controle e acompanhamento de pessoas com tuberculose, facilitando o acesso e oferecendo os recursos necessários para esse cuidado, a fim de melhorar os indicadores relacionados à TB.

O acompanhamento de pessoas com tuberculose requer a garantia de acesso aos serviços de saúde, disponibilidade de profissionais capacitados e tecnologias disponíveis cujo processo de trabalho inclui saberes que vão desde a suspeita de sintomáticos respiratórios até o tratamento final e cura do caso. No entanto, essa produção de cuidado, requer habilidades individuais e coletivas vistas como desafios a equipe de saúde e a própria rede de atenção à saúde. Dessa maneira, o acesso ao diagnóstico dos usuários dos serviços de saúde ocorre de maneira diferente, principalmente em áreas mais distantes da região central e menos providas de recursos sociais.

Com a expansão da Estratégia Saúde da Família, as regiões do município foram organizadas de maneira a garantir acesso mais oportuno à APS e organizar a porta de entrada do sistema. De acordo com Aday e Andersen (1974) a ampliação da oferta de APS é um dos elementos que pode garantir que esses serviços se tornem de uso regular.

Donabedian (1973) destaca que um grupo de fator que pode dificultar ou facilitar a acessibilidade se refere às barreiras geográficas. Assim, compreendemos que a facilidade de acesso e a proximidade física das USF colabora com a entrada

do usuário no serviço de saúde, visto que minimiza os esforços de deslocamento, podendo chegar as unidades a pé.

Há que se ressaltar que existe uma insuficiência de oferta dos atendimentos nas unidades de saúde da família no horário após as 18 horas, comprometendo a integralidade da atenção. O horário de funcionamento pode dificultar o atendimento aos trabalhadores, que passam o dia longe dos seus locais de moradia.

Macinko et al. (2004) acrescenta que os horários rígidos e limitados e as formas quase sempre presenciais de marcação de consultas funcionam como constrangimento ao efetivo acesso à atenção primária. Portanto, os serviços de saúde devem adotar medidas que facilitem o acesso do usuário e favoreçam o atendimento com presteza, o que certamente melhoraria e facilitaria a adesão do paciente ao tratamento (MORRENE et al., 1999).

Em consequência disso, cabe ao gestor e as equipes de saúde que atuam nas comunidades, identificar as necessidades da população e garantir oportunidade de acesso contínuo a essas pessoas. Marcolino et al. (2009) garante que ainda existem desafios a serem enfrentados que fortaleçam a capacidade organizacional das ESF e resultem em maior resolutividade da atenção. Constataram em seu estudo que: a descentralização do tratamento e acompanhamento dos casos de tuberculose vem se estabelecendo na prática das ESF. Além disso, as ESF, em sua maioria, não oferecem atendimento ao paciente de TB no horário de almoço. O autor acima aponta para necessidade de ajustes, seja no planejamento e/ou organização das ações, cujo enfoque privilegie o cumprimento adequado das prescrições oficiais determinadas pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose e em conformidade com os objetivos da Atenção Primária à Saúde.

Em relação ao elenco de serviços ofertado pelas Unidades de Saúde para controle e tratamento de pessoas com tuberculose, os usuários reconhecem o serviço de atenção primária à saúde adequado e privilegiado para essas ações. É importante ressaltar que durante a análise do elenco de serviços, os ACS reconheceram a unidade de saúde da família como local para ações em saúde voltadas à prevenção, controle e tratamento da tuberculose.

De acordo com Assis (2007) o elenco de serviços se refere ao fato de que as unidades de atenção primária devem estabelecer arranjos para que o paciente receba todo tipo de serviço de atenção à saúde que necessite. Isso inclui o elenco de serviços que a unidade oferece e encaminhamentos para consultas

especializadas, serviços terciários, internação domiciliar e outros serviços comunitários.

É importante ressaltar que o relacionamento do usuário com o profissional de saúde como gestor de seu cuidado interfere diretamente no acompanhamento de pessoas com tuberculose.

Harzheim, Stein e Alvarez-Dardet (2004) relatam que exige-se da coordenação algum dispositivo de continuidade (seja por meio dos médicos, dos prontuários/registros ou ambos), assim como a identificação de problemas abordados em outro serviço e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe.

Na perspectiva desse estudo, a orientação da família e comunidade e a formação profissional foram também identificadas como categorias que compõe e caracterizam a APS. No que tange às orientações, foi uma dimensão analisada apenas por parte dos ACS, sem considerar a opinião da comunidade frente a isso. Assim, esses profissionais responderam positivamente, afirmando que sempre perguntam se o doente tem tosse com duração de três semanas ou mais, orientam sobre tuberculose e realizam ações de busca de suspeito de tuberculose.

Assis et al. (2007) enfatizam que o enfoque familiar pressupõe o indivíduo em seu ambiente cotidiano, sendo que a avaliação das necessidades de saúde deve considerar o contexto familiar e a exposição a ameaças à saúde de qualquer ordem, além do enfrentamento do desafio dos recursos familiares limitados.

6.3 FATORES ASSOCIADOS AO ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM TB PELO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Uma fragilidade encontrada no trabalho dos ACS em relação ao acompanhamento de pessoas com tuberculose, foi o fato de eles não realizarem ações de saúde junto aos parceiros da comunidade para identificação de usuários com tosse há mais de três semanas e as reuniões de comunidade para discutir o problema da TB também são limitadas, assim como encontrado nos estudos de Pinto (2011) e Crispim et al. (2012).

Assis et al. (2007) expressam sobre a orientação para a comunidade que se trata do reconhecimento de que todas as necessidades de saúde da população ocorrem num contexto social determinado, que deve ser identificado e reconhecido no atendimento às demandas da comunidade.

Assim, as reuniões de comunidade, que são fóruns inseridos num contexto, supostamente, orientado pela mudança do modelo assistencial em saúde, seriam um espaço adequado para a discussão e reorganização dos serviços de APS para o acompanhamento de pessoas com tuberculose.

Muitas vezes os próprios gestores e profissionais não tem interesse em realizar fóruns, reuniões e discussões sobre o serviço que trabalham, como retrata Arantes et al. (2007) e Crevelim e Peduzzi (2005), os trabalhadores de saúde vêem a participação dos usuários nos fóruns da saúde, como forma de fiscalização, por meio de críticas e reclamações, o que gera sua indignação, pois eles esperam receber elogios e não críticas.

A ausência de ações de saúde junto à comunidade, também pode estar relacionada à falta de formação adequada dos profissionais para discutir o assunto em questão, tornando-os inseguros para tal prática e também por parte da população que não reconhece nestes espaços oportunidades para se colocarem e discutirem os seus direitos e deveres sanitários. Muito vem sendo discutida sobre a importância do controle social na gestão dos serviços, mas para este posicionamento político é importante antes significar e assimilar este processo como relevante para a saúde da própria população, do contrário alguns espaços continuarão esvaziados ou quando ocupados, estarão ocupados por pessoas alheias ao seu direito e manipulados por interesses privatistas e individualizados.

No acompanhamento de pessoas com tuberculose é importante que todos os profissionais da equipe de saúde, tenham uma formação profissional suficiente para a identificação e condições viáveis de encaminhamento e resolução dos casos. Em relação a formação profissional, Assis et al. (2007) destacam que ter formação profissional significa compreender a APS como área que requer formação específica e capacitação da equipe de saúde para desempenhar suas funções na produção do cuidado em saúde. A formação profissional é considerada fundamental, seja porque existem programas específicos de capacitação para profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família, seja porque a mudança do modelo de atenção à saúde, a partir da reorientação da APS, preconizada pela política nacional de saúde;

exige transformações importantes no processo de formação e no trabalho dos agentes envolvidos.

O processo de produção de conhecimento é gerado no trabalho, de forma participativa, integrando experiências entre as equipes de saúde e a comunidade. Portanto, o processo educativo exige um investimento maior na formação para o trabalho, onde a própria realidade vivenciada possa definir suas demandas educacionais (BRASIL, 2000).

Tomaz (2002) analisa o programa de qualificação do agente comunitário e comenta que nele está reunido basicamente um tripé, em que consta: identificação de sinais e situações de risco; orientação para famílias e comunidade, e encaminhamento/comunicação à equipe sobre os casos e situações identificadas.

Nessa perspectiva, a proposta da Educação Permanente em Saúde- EPS é considerada imprescindível para a qualificação dos serviços de saúde, organizados em razão das necessidades de saúde da população (MASSAROLI; SAUPE, 2005). Tal prerrogativa traz como objeto de transformação, o processo de trabalho, para que os trabalhadores consigam resolver os problemas da comunidade e estabeleçam estratégias efetivas de enfrentamento, pactuadas com a comunidade. Contudo, traz como proposta ainda, a inclusão da universidade, gestão e comunidade, mediando o processo de aprendizado, a partir da problematização e reflexão dos processos de trabalho e do impacto destes, levando desta forma às substanciais modificações na produção social da saúde tanto no aspecto do ensino como do serviços, acumulando saberes e experiências com significados (MASSOROLI; SAUPE, 2005).

Diante disso, as próprias falas dos ACS destacaram a precariedade nas capacitações e treinamentos frente à temática da tuberculose. No município de Marília, apenas os ACS que atuam há mais de 10 anos na ESF receberam treinamento, os mais novos receberam capacitações desarticulada do contexto da TB, não despertando o compromisso ético e político para o problema da tuberculose. Seria importante mobilização técnica e política a fim de envolver os ACS em processos de formação e capacitação, que ofereçam capacidade de criação de saberes voltados para a tuberculose e que possam ser utilizados no dia-a-dia de trabalho, favorecendo assim a identificação precoce da doença, a tomada de decisões, a utilização de recursos disponíveis e o adequado acompanhamento do caso.

Tentamos relacionar a falta de capacitação e treinamento com o tempo de atuação dos ACS nas USF e com o acompanhamento de pessoas com tuberculose, e percebemos que aqueles com maior tempo de atuação na unidade de saúde da família tiveram maiores oportunidades de acompanhar pessoas com tuberculose e maiores oportunidades de participar de algum tipo de treinamento, porém muito precário. Esse fato pode estar relacionado à hipótese de que é evidente que numa trajetória profissional de anos de serviço a chance de se identificar pessoas com TB. Além disso, a totalidade de ACS apresentaram-se satisfeitos ou muito satisfeitos com o trabalho que realizam, e isso não teve influência em acompanhar ou não pessoas com tuberculose.

Assim, é importante destacar que nesse estudo, quando foi trabalhado qualificação profissional e tempo institucional do ACS na perspectiva da análise bivariada, nada mostrou relacionado a acompanhar ou não pessoas com tuberculose. No entanto, quando essas variáveis foram discutidas na perspectiva multivariada, fez sentido, e mostrou que aqueles com maior tempo institucional e que tiveram capacitação profissional, foram os que acompanharam pessoas com tuberculose.

A maioria dos ACS sempre suspeita muito que as pessoas possam ter TB, tanto os que acompanharam pessoas com TB, como os que não acompanharam pessoas com TB suspeitam muito que uma pessoa possa ter tuberculose. Mesmo considerando a dificuldade e falta de capacitação e educação permanente frente ao conhecimento sobre tuberculose, os agentes afirmaram que conseguem suspeitar e identificar pessoas com tuberculose em suas áreas de atuação.

Uma questão a ser considerada destacada por Kluthcovsky e Takayanagui (2006) são as características individuais necessárias aos prestadores de assistência, iniciando pela percepção das potencialidades da comunidade, além dos problemas nela existentes, introduzindo novas alternativas, sem que, para isso, sejam negadas a cultura e a vivência dessa comunidade.

Nesse cenário, Silva e Dalmaso (2002) abordam a questão da identidade do ACS no Brasil, visto que ora são agentes da comunidade, e ora, são agentes institucionais. Desde a institucionalização inicial dos ACS, a partir de um projeto emergencial de calamidade no Ceará nos anos 80, até os dias atuais, o ACS é um profissional da área de saúde integrante da equipe de saúde da família, com exclusividade de exercício no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, o

fato de residir na comunidade, pressupõe compartilhamento de valores e interesses sedimentadores de uma identidade coletiva, tem reflexo no seu perfil profissional, já que o território é o âmbito de validade da profissão e de sua atuação. A matriz da figura do ACS assenta-se, conforme preconizado pelas instituições oficiais, em dois aspectos: identidade com a comunidade e pendor para a ajuda solidária.

6.4 FATORES ASSOCIADOS À POLÍTICA INSTITUCIONAL FRENTE AO ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM TUBERCULOSE

Sobre este aspecto, maioria dos ACS, referiu que existe formulário para requisição de baciloscopia, pontuando dificuldades de recebimento do pote de escarro do usuário, referindo também não ter um profissional responsável pelas ações de controle da TB. Verificou-se ainda que a maioria não participou de qualificações sobre TB e não recebe material didático sobre TB.

Silva e Dalmaso (2002) destacam que a política institucional está, certamente relacionada, entre outros aspectos, à organização do trabalho do ACS, à insuficiência do instrumental tecnológico e de saberes para operar as duas dimensões, à indefinição de seu perfil e de suas referências, às suas referências institucionais e aos insuficientes contatos com as organizações e necessidades da sociedade civil e comunitária, bem como às suas concepções do que é mais valorizado em determinada sociedade.

A organização do trabalho foi vista como deficitária, pois foi observado dificuldade dos ACS em convencer alguns pacientes a aderir ao tratamento, relacionada pela dificuldade de alguns ingerir a medicação. Uma solução encontrada pela equipe de saúde foi encaminhá-la ao infectologista, dando uma impressão de transferir o problema para o serviço especializado.

Não foram citadas pelos ACS as possibilidades e estratégias realizadas no serviços de APS que trabalham, a fim de solucionar o caso. É importante salientar que de acordo com o Ministério da Saúde (2011b), a associação de medicamentos adequada, as doses corretas e o uso por tempo suficiente são os princípios básicos para o tratamento, evitando a persistência bacteriana e o desenvolvimento de resistência aos fármacos e assim, assegurando a cura do paciente.

Franco e Zanetta (2004) referem que quanto à tuberculose, o papel de cuidado à saúde deve ser encarado como amplo e não limitado ao estabelecimento de diagnósticos e prescrição de tratamentos para indivíduos doentes. Ele deve incluir a percepção da comunidade atendida, da necessidade de composição de um local com características ambientais e comportamentais adequados, e cujos membros tenham consciência de seus riscos de contrair a infecção e suas responsabilidades na prevenção disso.

Percebe-se no município estudado, uma sensibilidade política dos serviços quanto à gestão de estratégias para enfrentamento dos casos de tuberculose e acompanhamento dos mesmos, visto que em algumas estruturas dos serviços estão inadequadas para o atendimento de qualquer paciente, não só nos casos de tuberculose. Frente a isso, a equipe deu uma solução ao problema, evidenciando que estava sendo providenciada a mudança da residência onde funciona a USF em questão. Isso nos leva a crer num desleixo com o ambiente terapêutico por parte da gestão, fato que interfere no trabalho de busca ativa, detecção de casos e acompanhamento de pessoas com tuberculose.

6.5 O ACS E O ACOMPANHAMENTO DE TB

Atualmente o acompanhamento dos casos de tuberculose, de acordo com o Ministério da Saúde (2011b), consiste na execução de atividades programáticas que permitem o acompanhamento da evolução da doença, utilização correta dos medicamentos e o sucesso terapêutico.

Para isso, exige-se algumas práticas para acompanhamento da evolução da doença, como por exemplo: a realização mensal da baciloscopia de controle, o acompanhamento clínico mensal visando à identificação de queixas e sinais clínicos que possam avaliar a evolução da doença, com monitoramento do peso e realização de exame radiológico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b).

Nesse sentido, o ACS pode desenvolver um planejamento das ações voltadas a tuberculose, junto a sua equipe da ESF, a fim de se obter o máximo de benefícios com os recursos disponíveis no seu universo de trabalho.

A rotina de trabalho dos ACS voltada para a tuberculose foi observada nesse estudo, no entanto, esse trabalho ficou restrito a visita domiciliar com principal cenário de busca de sintomáticos respiratórios e de acompanhamento de pessoas

com tuberculose. Os ACS aproveitam a visita domiciliar que realizam mensalmente às famílias da comunidade, para realizar orientações superficiais sobre TB, BSR e acompanhamento de algum caso de TB, caso tenha em sua micro-área.

O estudo de Moreira, Zandonade e Maciel (2010), destaca que O ACS é um profissional capacitado para realizar atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares e comunitárias, individuais e coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Sob supervisão do gestor local, o ACS atua na orientação e monitoramento das famílias sobre cuidados com sua própria saúde e da comunidade. Esse profissional apresenta particularidades, pois trabalha na comunidade onde vive, tornando-se referência para a população adstrita em sua área de atuação. No entanto, destacam que a participação de agentes comunitários no combate à TB é um reforço no combate à doença, mas expõe milhares desses profissionais a um grande risco de infecção.

No processo de trabalho voltado ao acompanhamento de pessoas com tuberculose, os ACS referiram barreiras que dificultam esse tipo de atendimento, como: os estigmas e preconceitos relacionado a doença, a insegurança em lidar com a tuberculose e a recusa dos pacientes em realizar o exame de baciloscopia.

Oliveira et al. (2013) relatou em seu estudo sobre as barreiras de acesso aos serviços de saúde para o diagnóstico da TB, dificuldade quanto ao horário de funcionamento das USF, revelando fragilidade nas dimensões organizacional e de disponibilidade de acesso aos serviços de saúde.

Outro fator importante que dificulta o atendimento e acompanhamento de pessoas com tuberculose, é o fato das pessoas recusarem a realização do exame de baciloscopia. Muitas vezes, no seu dia-a-dia de trabalho, os ACS identificam o sintomático respiratório de TB, no entanto não há poder de aconselhamento suficiente para convencer o paciente quanto a importância da realização do exame. Este fato, pode estar diretamente ligado a falta de conhecimento para criar argumentos e estratégias para informar o paciente da importância do exame.

Nesse sentido, o estudo de Nogueira et. al. (2007) foi ao encontro aos achados dessa pesquisa, pois durante a abordagem do paciente e da família no domicílio, identificaram pessoas que se recusavam a realizar o exame. Nesse estudo os ACS mencionaram os motivos que levam as pessoas a não realizarem a coleta do exame: referem que o usuário menciona ser Sintomático Respiratório (SR),

porém não leva o material na UBS; mencionam que o usuário não colhe o material, que o SR apresenta dificuldade para escarrar e aponta como dificuldade a informação de que o usuário é SR, mas não tem catarro.

Essas barreiras e dificuldades apresentadas pelos profissionais podem estar atreladas e interligadas a restrita compreensão sobre a tuberculose por parte dos ACS. O estudo demonstrou que os agentes comunitários de saúde possuem conhecimento deficitário sobre a tuberculose. Aqueles que exercem maior tempo de atuação na profissão e que já tiveram algum contato com uma pessoa com tuberculose, possuem uma maior propriedade em falar sobre a doença, conseguem identificar os principais pontos como: tratamento e sinais e sintomas. No entanto, a grande maioria dos ACS não conseguem responder perguntas simples sobre a doença.

Maciel et al. (2008) realizou um estudo semelhante a este e encontrou que a maioria dos ACS tem conhecimento sobre tuberculose, conhecem os sinais e sintomas e a forma de diagnóstico. Nesse pesquisa, poucos ACS mostraram conhecimento relacionado a forma de transmissão e ao agente etiológico.

Andrade et al. (2011) realizou um estudo sobre o conhecimento dos ACS relacionado a hanseníase, encontraram que os ACS estão apresentando um conhecimento pouco aprofundado acerca dos sinais e sintomas da hanseníase, e além disso, os agentes comunitários demonstraram compreensão errônea acerca do diagnóstico clínico da patologia. Concluíram que os ACS apresentam uma compreensão limitada acerca das manifestações clínicas da patologia.

Sendo assim, podemos afirmar que a educação em saúde, ainda, é uma dificuldade a ser trabalhada, desde questões que envolvem a identificação dos sinais e dos sintomas da patologia até ações de tratamento, de controle e de cura da doença. Nesse contexto, o processo de capacitação e de treinamento dos ACS é fundamental para que eles adquiram habilidades e práticas e implemente-as com eficiência na sua rotina de trabalho, para melhorar a qualidade de assistência prestada à comunidade. Além disso, percebemos que a dificuldade de concepção e compreensão não está restrito apenas a temática da tuberculose.

6.6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

No que se refere às limitações, durante o desenvolvimento do estudo alguns aspectos foram identificados:

- a dificuldade na disponibilização de sala no horário de atendimento ambulatorial para realização das entrevistas;
- as entrevistas terem sido realizadas no serviço podem ter influenciado na resposta dos informantes, gerando um viés de informação e memória que podem ter interferido nos resultados;
- a dificuldade de falar em público e a timidez de alguns participantes da pesquisa;
- ser estudo transversal, com amostra não representativa da população (n=35) e os sujeitos foram selecionados por nossa conveniência, impedindo que os resultados sejam extrapolados para a população do estudo.

6.7 POTENCIALIDADES DO ESTUDO

- estudo que combinou a abordagem quantitativa e qualitativa, trazendo a subjetividade;
- aponta os nós críticos para o controle da tuberculose;
- traz aspectos sobre a política da APS, focalizada em áreas menos privilegiadas, sendo que a estrutura disponível não condiz com as normas de biossegurança e expõe estes trabalhadores ao contágio da doença;
- elucida os pontos críticos importantes, para os quais a gestão deve definir prioridades.

7 CONCLUSÃO

A proposta deste estudo foi analisar o acompanhamento de pessoas com tuberculose pelos agentes comunitários de saúde das unidades de saúde da família do município de Marília-SP. Acreditamos que este estudo trará contribuições para uma área de conhecimento ainda pouco estudada no que se refere à atuação do ACS no controle da TB, assim o estudo evidencia elementos importantes quanto à qualificação da atenção ofertada à tuberculose especialmente pela Atenção Primária à Saúde, não somente do ponto de vista clínico-epidemiológico, mas também acerca dos aspectos de prevenção e promoção da saúde.

O acompanhamento dos casos de tuberculose não é tão simples, porque este processo está imbricado a própria representação e significado que cada Agente Comunitário de Saúde tem acerca da doença e o investimento que se tem feito em termos de melhoria da capacidade instalada para atender os casos identificados na comunidade. No tocante à estes últimos aspectos, a improvisação de casas para operarem na lógica de unidades de saúde da família é um nó-crítico importante do sistema de saúde, primeiro porque interfere na qualidade dos trabalhos realizados pelas equipes, podendo ocorrer até iatrogenias e segundo, porque expõem estes trabalhadores à riscos ocupacionais, como a infecção por tuberculose.

O estudo revelou ainda que a escolaridade, satisfação com o trabalho e o próprio tempo de instituição não foram variáveis que explicam o acompanhamento dos casos de tuberculose pelo ACS. Da mesma forma a disponibilidade de pote, participar de qualificações ou mesmo receber material didático instrutivo nas unidades de saúde, parecendo haver outras variáveis, que a etapa qualitativa dá pistas, que se refere a qualidade das capacitações de forma permanente, o conhecer a tuberculose pelos profissionais de saúde em sua essência e assim intervir em seus determinantes, o compromisso político e coletivo com a questão da doença e a participação social para o enfrentamento do problema.

O estudo traz informações que servirão de subsídios para a equipe de saúde da família, bem como gestores do sistema público de saúde na formulação de políticas, tanto no âmbito de formação de recursos humanos como, também, para uma ambiência nos serviços de saúde favorável ao acolhimento, vínculo e acompanhamento das pessoas com tuberculose, a fim de garantir um adequado controle e tratamento da doença.

A atuação do ACS na ESF destina-se ao atendimento e acompanhamento de usuários de forma programada e continuada, visando à atenção à saúde, por meio de atividades de promoção, prevenção e vigilância à saúde, englobando a tuberculose, desde a busca de sintomáticos respiratórios até o tratamento e cura da doença.

Entende-se que o ambiente social onde vivem as pessoas colabora com a disseminação da doença, visto que a área com maior vulnerabilidade social foi a que apresentou o maior número de casos da doença. Sendo assim, pode ser feito o planejamento e acompanhamento do tratamento da TB por meio de estratégias educativas direcionadas às suas necessidades, de maneira permanente e progressiva, contribuindo, assim, para o alcance das metas de controle estabelecidas nas diretrizes e protocolos clínicos, enfocando principalmente as áreas do município com ocorrência de maior número de casos.

Considera-se que a estrutura física do serviço é apropriada para a oferta dos serviços voltados a tuberculose, no entanto, a organização do serviço para a prevenção, controle e tratamento da tuberculose não é satisfatório. Os resultados demonstraram que não há uma rotina sistematizada de serviço que contemple ações específicas para o controle e acompanhamento dos casos.

As Unidades de Saúde da Família estudadas são compostas pela equipe ampliada de saúde, proposta pelo MS, que contém: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, ACS, dentista e auxiliar de consultório dentário. O número de ACS foi satisfatório em todas as USF estudadas. O enfermeiro foi citado como profissional responsável pelas ações de TB nas unidades. Poucos ACS citaram a equipe de saúde como responsáveis por essas ações.

Os recursos materiais existentes para acompanhamento e tratamento de pessoas com tuberculose nas USF atendem as necessidades em relação aos insumos existentes (potes, formulários, geladeira para acondicionamento, livro de sintomáticos respiratórios). Em algumas unidades de saúde, não há serviço de laboratório organizados para fazer o recolhimento diário dos exames de escarro colhidos.

Considera-se, com este estudo, que o conhecimento científico sobre tuberculose é restrito, os ACS possuem um conhecimento superficial da doença, tornando o trabalho de orientações também superficial, em decorrência da falta de bagagem teórica sobre a patologia.

Sendo assim, novas rotinas de atendimento e acompanhamento de pessoas com tuberculose podem ser incluídas nos serviços de Atenção Primária à Saúde, a fim de mudar a realidade que vem sendo realizada.

REFERÊNCIAS

ADAY, L. A. ANDERSEN, R. A Framework for the study of access to medical care. **Health Serv Res.** v. 9, n. 1, p. 208-220, 1974.

ADORNO, T. W. **Mínima Morália**: reflexões a partir da vida danificada. Tradução de Luiz Eduardo Bicca. São Paulo: Ática, 1993.

AMORIM, M. M.; ANDRADE, E. R. Atuação do enfermeiro no PSF sobre aleitamento materno. [online]. **Perspectivas online.** v. 3, n. 9, p. 93-110, 2009. Acesso em: 26 de julho de 2011. Disponível em: <http://www.perspectivasonline.com.br/>.

ANDRADE, R. L. P. **Porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose pulmonar: avaliação dos serviços de saúde em Ribeirão Preto, 2009.** 2012. 87 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

ARAGÃO, L. **Habermas**: filósofo e sociólogo do nosso tempo. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2002. 220p.

ARANTES, C. I. S. et al. O controle social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações das enfermeiras de atenção básica. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 16, n.3, p. 470-478, 2007.

ASSIS, M. M. A. Atenção Primária à Saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. **Revista APS**, v. 10, n. 2, p. 189-199, jul./dez., 2007.

ATUN, R. What are the advantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?. 2004.

ÁVILA, M. M. M. O Programa de Agentes Comunitários no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 349-360, jan. 2011.

BARRALHAS, M.; PEREIRA, M. A. O. Concepções dos agentes comunitários de saúde sobre suas práticas assistenciais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 31-46, 2011.

BOGUS, C. M. **Participação popular em saúde**: formação política e desenvolvimento. São Paulo: Annablume; FAPESP, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde na Comunidade. Programa Comunidade Solidária. **Programa de agentes comunitários de saúde – PACS**. Brasília, 1997. 12 p.

_____. Ministério da Saúde 2000. **Plano de Controle da tuberculose no Brasil no período de 2001-2005**. Ministério da Saúde, Brasília. 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, 2001b, 128p.

_____. Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde/Centro de Referência Professor Hélio Fraga/Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço**. 5a Ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde/Rio de Janeiro: Centro de Referência Professor Hélio Fraga/Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia; 2002.

_____. Ministério da Saúde [homepage na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal, em atuação - competência dezembro/2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude.2005>. Acesso em: 10 jul. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema Nacional de Vigilância em Saúde**: relatório de situação: Espírito Santo. 2. ed. Brasília, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006** – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 21: **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária e Tuberculose**. 2. ed. Brasília, 2008. 195 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011: regulamentação da lei nº 8080/90. Brasília, DF, 2011a, 16p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília, DF, 2011b, 284p.

CLARKE, M.; DICK, J.; BOGG, L. Cost-effectiveness analysis of an alternative tuberculosis management strategy for permanent farm dwellers in South Africa amidst health service contraction. **Scandinavian Journal of Public Health**, Boston, n. 34, p. 83-91, 2006.

CASTELO FILHO, A. et al. II Consenso Brasileiro de Tuberculose: Diretrizes Brasileiras para Tuberculose 2004. **J. Bras. Pneumol**, [online]. v. 30, 2004. Supl. 1. Disponível em: http://www.jornalde_pneumologia.com.br/portugues/suplementos_caps.asp?id=15. Acesso em 22 de Nov. 2012.

CHEAVEGATI, D. **Trabalho e adoecimento na perspectiva de agentes comunitários de saúde da Coordenadoria de Saúde Centro Oeste do município de São Paulo**. 2008. 140 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

CLARKE, M. et al. Lay health worker intervention with choice of DOT superior to standard TB care for farm dwellers in South Africa: a cluster randomized control trial. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 9, n. 6, p. 673-79, 2005.

COTTA, R. M. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica. **Epidemiologia dos Serviços de Saúde**. v. 15, n. 3, p. 7-18, set., 2006.

CRACO, P. F. **Ação comunicativa no cuidado à saúde da família: encontros e desencontros entre profissionais de saúde e usuários**. 2006. 308 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

CREVELIM, M. A. PEDUZZI, M. Participação na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 323-331, abr/jun. 2005.

CRISPIM, J. A. et al. Agente Comunitário de Saúde no controle da tuberculose na Atenção Primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 721-727, 2012.

CROCCIA, M. **Representação do “trabalho” na vida do agente comunitário de saúde**. 2009. 153 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

CURTO, M. **Atenção individual, enfoque familiar e orientação à comunidade nas ações de controle da tuberculose na percepção de diferentes atores – Ribeirão Preto, SP (2007)**. 2009. 93 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

DANIELSA, K. et al. Ear to the ground: listening to farm dwellers talk about the experience of becoming lay health workers. **Health Policy**, Amsterdam, v. 73, p. 92-103, July, 2005.

DATASUS. **Informações em saúde, 2010**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/prid02SP.def>>. Acesso em: 18 jul. 2010.

DATIKO, D. G., LINDTJORN, B. Health Extension Workers Improve Tuberculosis Case Detection and Treatment Success in Southern Ethiopia: A Community Randomized Trial. **PLOS ONE**, San Francisco, v. 4, n. 5, may. 2009.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. Cap. 3, p. 99-120.

DONABEDIAN, A. **Na introduction to quality assurance in health care**. USA: Oxford University Press, 1973. 200p.

DUDLEY, L. et al. Evaluation of community contribution to tuberculosis control in Cape Town, South Africa. **Int J Tubere Lung Dis**, Paris, v. 7, n. 9, Suppl 1, p. 48-55, 2003.

ESCOREL, S. **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos**. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Brasília, DF, 2002.

ESPINOLA, F. D. S.; COSYA, I. C. C. Agentes Comunitários de Saúde do PACS e PSF: uma análise de sua vivência profissional. **Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 43-51, jan/abr. 2006.

FACCHINI, L.A. et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, supl. 24, p. 159-172, 2008.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. Agente comunitário de saúde em Porto Alegre: “um vendedor de saúde”. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 66, p.68-74, jan./ abr. 2004.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 347-355. abr/jun. 2005.

FIORATI, R. C. **A organização dos serviços extra-hospitalares de saúde mental, projeto terapêutico e a inserção da reabilitação psicossocial**. 2010. 243 f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

FLECK, L. **La génesis y el desarrollo de un hecho científico**. Madrid: Alianza Editorial, 1986.

FRANÇA, U. M. **Busca de sintomáticos respiratórios pelo agente comunitário de saúde em João Pessoa/PB**. 2011. 89 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

FRANCO, C.; ZANETTA, D. M. T. Tuberculose em profissionais de saúde: medidas institucionais de prevenção e controle. **Arq Ciênc Saúde**. v. 11, n. 2, p. 244-252, out./dez., 2004.

GALAVOTE, H. S. et al. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n.1, p. 231-240, jan. 2011.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro Editora, 2005. 77p.

GERVÁS, J. CAMINAL-HOMAR, J. Las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) desde el punto de vista Del médico de atención primaria. **Rev. Esp. Salud Publica**. v. 81, n. 1, p. 7-13, 2007.

GONDIM, S. M. G. **Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos**. 2002. Disponível em: [HTTP://<sites.ffclrp.usp.br/paideia/artigos/24/03.doc>](http://sites.ffclrp.usp.br/paideia/artigos/24/03.doc). Citado em: 10 fev 2013.

HABERMAS, J. **Teoría de lá accion comunicativa**. Madrid: Taurus, 1987, V. I E II.

HABERMAS, J. **Teoría de lá accion comunicativa**. Madrid: Taurus, 1988, 517p.

HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989, 236p.

HABERMAS, J. **Pensamento pós metafísico: estudos filosóficos**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1990, 271p.

HAINES, A. et. al. Achieving child survival goals: potential contribution of community health workers. **Lancet**, London, v. 369, n. 9579, p. 2121-31, 2007.

HARZHEIM, E.; STEIN, A. T.; ALVAREZ-DARDET, C. A efetividade dos atributos da atenção primária sobre a saúde infantil. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 23-40, jan./jun., 2004.

IBGE. **Cidades**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 16 jul. 2013.

KIEFER, E. et al. Knowledge and attitudes of tuberculosis management in San Juan de Lurigancho district of Lima, Peru. **J Infect Dev Ctries**, Italy, v. 3, n. 10, p. 783-88. 2009.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Agente Comunitário de Saúde: uma revisão de literatura. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 957-963, nov./dez. 2006.

LEMOS, M. **Atraso no diagnóstico da tuberculose na percepção dos gerentes da Atenção Básica à Saúde de Ribeirão Preto – SP**. 2010. 67 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

LINO ET AL. Perfil socioeconômico, demográfico e de trabalho dos agentes comunitários de saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n.1, p. 57-64, jan/mar. 2012.

MACIEL, E. L. N., et al. Tuberculose em profissionais de saúde: um novo olhar sobre um antigo problema. **J Bras Pneumol**, v.35, p.83-90, 2009.

MACIEL, E. L. N. et al. O agente comunitário de saúde no controle da tuberculose: conhecimentos e percepções. **Cardernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1377-1386, jun., 2008.

MACINKO, J. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2004.

MARÍLIA. Prefeitura Municipal de Marília. Secretaria Municipal de Higiene e Saúde. **Relatório de Gestão 2009**. Marília. 2009. 189 p.

MARCOLINO, A. B. L. et al. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família no contexto de Bayeux-PB. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v. 12, n. 2, p. 144-157, 2009.

MARCONDES, D. **Filosofia, comunicação e linguagem**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e Sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 41, n. 3, p. 426-33, 2007.

MASSAROLI, A.; SAUPE, R. Distinção **Conceitual: Educação Permanente e Educação Continuada no processo de trabalho em saúde**. 2005. Disponível em: <http://abennacional.org.br> Acesso em: 09 de Junho de 2011.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. IN: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. de (Org.) **Os sentidos da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, p. 39-64. 2001.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza, 2002. 89p.

MERHY, E. E. **O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec; 2003.

MINAYO, M. C. S; D'ELIA, J. C.; SVITONE, E. **Programa de Agentes de Saúde do Ceará: estudo de caso**. Fortaleza: UNICEF, 1990.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul/set. 1993

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006 (Saúde em Debate, 46).

MONROE, A. A. **O envolvimento de gestores e equipes de saúde com o controle da tuberculose em municípios prioritários do Estado de São Paulo (2005)**. 2007. 179 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

MOREIRA, T. R.; ZANDONADE, E.; MACIEL, E. L. N. Risco de infecção tuberculosa em agentes comunitários de saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 332-338, abr. 2010.

MOROSINI, M. V.; CORBO, A. D.; GUIMARÃES, C. C. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. *Trabalho, Educação e Saúde*. v. 5, n. 2, p. 261-280, 2007.

MORRENE, N. et al. Tuberculose: tratamento supervisionado “vs” Tratamento autoadministrado. *Jornal de Pneumologia*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 198-206, 1999.

MUNIZ, J. N. et al. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 315-321, 2005.

NOGUEIRA, J. A. et al. Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose na percepção do Agente Comunitário de Saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 9, n. 1, p. 106-118, 2007.

NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 1639-1646, 2002.

OLIVEIRA, R. G.; NACHIF, M. C. A.; MATHEUS, M. L. F. O trabalho do agente comunitário de saúde na percepção da comunidade de Anastácio, Estado do Mato Grosso do Sul. *Acta Scientiarum Health Sciences*, Maringá, v. 25, n. 1, p.95-101, jan./ jun. 2003.

OLIVEIRA, S. A. C. **Desempenho dos serviços de saúde no controle da tuberculose em relação ao enfoque na família e orientação para a comunidade na percepção do doente, São José do Rio Preto (2007)**. 2008. 97 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

OLIVEIRA, A. A. V. et al. Diagnóstico da tuberculose nas pessoas idosas: barreiras de acesso relacionadas aos serviços de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 145-151, fev. 2013.

OMS/UNICEF, **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Alma-Ata**, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Brasil, 1979.

PINTO, E. S. G. **Controle da tuberculose na atenção básica de saúde de Natal/RN: visão do agente comunitário**. 2011. 93 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

PIO, J. E. Tuberculose e Biossegurança. *Pulmão RJ*. v. 21, n. 1, p. 65-67, 2012.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POWELL, R. A.; SINGLE, H. M. Focus groups. **International Journal of Quality in Care**, v. 8, n. 5, p. 499, 1996.

PROTTI, S. T. **A visão dos gerentes das Unidades Básicas de Saúde sobre a tuberculose na agenda municipal, em um município do Estado de São Paulo**. 2008. 113 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

RAMOS, A. S. **O Tratamento Diretamente Observado (DOTS) em um município prioritário para o controle da tuberculose no interior do Estado de São Paulo, 1998-2004**. 2009. 62 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

RUFFINO-NETTO, A. **Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas**. *Inf. Epidemiol. Sus* v.10 n.3 Brasília set. 2001.

SANTANA, J. C. B. et al. Agente Comunitário de Saúde: percepções na estratégia saúde da família. **Cogitare Enfermagem**. v. 14, n. 4, p. 645-652, out./dez., 2009.

SANTOS, M. C. V. **Busca ativa de casos de tuberculose na demanda de serviços de saúde: percepção do profissional de saúde**. 2007. 87 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

SCATOLIN, B. E. **A busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose pelo Agente Comunitário de Saúde em dois municípios prioritários: Natal e Ribeirão Preto**. 2012. 104 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

SEOANI, A. F. S. **A percepção do usuário do Programa Saúde da Família sobre a privacidade e a confidencialidade das informações**. 2007.74 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

SHARGIE, E. B.; MORKVE, O.; LINDTJORN, B. Tuberculosis case-finding through a village outreach programme in a rural setting in southern Ethiopia: community randomized trial. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 84, p. 112-119. 2006.

SILVA, J. A. DALMASO, A. S. W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 10, n. 3, p. 75-83. 2002.

SILVA, F. H. A. L. NAVARRO, M. B. M. A. Biossegurança e prevenção da tuberculose: a importância da qualidade do ar no interior dos serviços de saúde. **Revista de Patologia Tropical**. v. 42, n. 2. p. 133-146, 2013.

SOSSAI, L. C. F. **Atenção Primária à Saúde no município de Marília-SP: repensando o trabalho do agente comunitário de saúde.** 2008. 102 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

SOUSA, M. F. **Agentes Comunitários de Saúde.** Choque de povo! São Paulo: Hucitec, 2001.

SOUSA, G. C. **O agente comunitário de saúde e a saúde mental: percepções e ações na atenção as pessoas em sofrimento mental.** 2007. 106 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

SPECIALE, C. **Significados do tratamento diretamente supervisionado (“DOTS”) para pacientes com tuberculose do programa de saúde da família da supervisão técnica de Vila Prudente/Sapopemba, São Paulo-SP.** 2007. 99 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

TANAKA, O. Y.; MELLO, C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente – um modo de fazer.** São Paulo: Edusp, 2004.

TEIXEIRA, G. M. O controle da tuberculose e a saúde da família. Perspectivas de uma parceria. **Bol. Penumol. Sanit**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 3-4, dez., 2000.

TOMÁZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface** – Comunic, Saúde, Educ. v. 6, n. 10, p. 84-87, 2002.

URIBE-OYARBIDE, J. M. **Educar y curar: el diálogo cultural em atención primaria.** Madrid: Ministério da Cultura, 1995.

VILLA, T. C. S., et al. **A Experiência da implantação da estratégia DOTS no Estado de São Paulo (1998-2005).** In: VILLA, T. C. S.; RUFFINO NETTO, A. (Orgs.). Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades regionais. Ribeirão Preto: FMRP/USP, 2006. P. 75-139.

VILLA, T. C. S.; RUFFINO-NETTO, A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da tuberculose no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia.** v. 35, n. 6, p. 610-612, 2009.

WALKER, D. G.; JAN, S. How do we determine whether community health workers are cost-effective? Some core methodological issues. **Journal of community Health**, New York, v. 30, n. 3, June, 2005.

WRIGHT, J. et al. Direct observation of treatment for tuberculosis: a randomized controlled Trial of community health workers versus family members. **Trop Med Int Health**, Oxford, v. 9, n. 5, p.559-65, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing**. Geneva: WHO Report, 2000. 175p. WHO/CDC/TB/2000. 275.

APÊNDICES

APÊNDICE A**Check list dos Serviços disponibilizados pelos Serviços de Saúde**

Município:
Responsável pela coleta de dados:
Data da coleta de dados: ____ / ____ / _____

INFORMAÇÕES SOBRE UNIDADE			
1.	Nome do Serviço de Saúde		
2.	Tipo de Unidade	Unidade Básica de saúde (UBS)	1
		Unidade de Saúde da Família (USF)	2
		Pronto Atendimento (PA)	3
3.	Endereço:		
4.	Telefone:		

INFORMAÇÕES SOBRE OS INSUMOS EXISTENTES NA UNIDADE			
5.	Há pote para coleta de escarro no Serviço?	1 Sim	2 Não
6.	Os potes para coleta de escarro são de fácil acesso para os profissionais do serviço?	1 Sim	2 Não
7.	Há formulário para pedido de baciloscopia de escarro no Serviço?	1 Sim	2 Não
8.	Há geladeira no Serviço para acondicionamento dos exames de escarro colhidos?	1 Sim	2 Não
9.	Existe algum laboratório responsável por pegar as Baciloscopias?	1 Sim	2 Não
10.	Se sim:		
	10.2. Qual a frequência que o laboratório passa:		
	1 Diariamente		
	2 Uma vez / Semana		
	3 Duas vezes / semana		
	4 Três vezes / semana		
	5 Quatro vezes / semana		
	10.1. Qual o horário que o Laboratório passa?		
	Há livro de Registro dos Sintomáticos respiratórios?	1 Sim	

		2 Não
12.	Há na Unidade uma rotina sistematizada para o atendimento dos usuários sintomáticos respiratórios?	1 Sim 2 Não
13.	Há um profissional que responde pelas ações de controle da TB?	1 Sim 2 Não

APÊNDICE B

I. Agentes Comunitários de Saúde

Número do questionário: _____		
Município: _____		
Responsável pela coleta de dados: _____	Data	da
coleta de dados: ____/____/____		
Digitador: _____	Data da digitação: ____/____/____	Local
coleta: _____		da

Horário de início da entrevista: _____	Horário de término da entrevista: _____
Recusa da entrevista	Sim Não Justificar:

A. INFORMAÇÕES GERAIS

1.	Iniciais:	2.	Sexo	F	M
3.	Formação:	Nível fundamental	Nível médio	Nível técnico	Nível universitário
4.	Tipo de Unidade de Saúde que o profissional trabalha	1.	Unidade Básica de Saúde (UBS)	2.	Unidade de Saúde da Família (USF)
		3.	Outro _____ (especificar)		
5.	Número de meses que trabalha na função na rede básica do município: _____ meses				
6.	O(a) Sr(a) julga sua remuneração	5-	muito boa	4-	boa
		3-	regular	2-	ruim
		1-	muito ruim		
7.	Para o(a) Sr(a) como é trabalhar neste local/ Unidade de saúde?	5-	muito bom	4-	bom
		3-	regular	2-	ruim
		1-	muito ruim		

B. PORTA DE ENTRADA

8.	Em sua opinião, qual o primeiro local que o usuário procura quando apresenta algum problema de saúde?	1-	locais religiosos	2-	farmácia	3-	Pronto Atendimento (PA)
		4-	UBS/USF	5-	casa de curandeiros (benzedeiros)	0-	Não sabe
		7-	outros Especificar: _____				
9.	Com que freqüência o usuário procura o local que o(a) Sr(a) trabalha quando precisa de algum	1-	nunca	2-	quase nunca	3-	às vezes
			sempre	4-	quase sempre	5-	
		0-	Não sabe				

	controle preventivo (vacinas, exames de rotina, aferir pressão)?	
10	Com que frequência o usuário procura o local que o(a) Sr(a) trabalha quando apresenta algum problema de saúde:	1- nunca 2- quase nunca 3- às vezes 4- quase sempre 5- sempre 0- Não sabe
11	Em sua opinião, com que frequência o usuário procura o serviço de saúde mais próximo da moradia dele?	1- nunca 2- quase nunca 3- às vezes 4- quase sempre 5- sempre 0- Não sabe

C. ACESSO AO DIAGNÓSTICO

12	Quando os usuários procuram esta unidade de saúde conseguem consulta no prazo de 24 horas?	1- nunca 2- quase nunca 3- às vezes 4- quase sempre 5- sempre 0- Não sabe
13	A unidade de saúde em que o(a) Sr(a) trabalha fica aberta pelo menos uma vez por	1- nunca 2- quase nunca 3- às vezes 4- quase sempre 5- sempre

	semana após as 18 horas?	
14	Os usuários perdem turno de trabalho ou compromisso para serem atendidos nesta unidade?	1- sempre 2- quase sempre 3- às vezes 4- quase nunca 5- nunca 0- Não sabe
15	A maioria dos usuários que utilizam esta unidade de saúde faz uso de transporte motorizado para chegar até a unidade?	1- sempre 2- quase sempre 3- às vezes 4- quase nunca 5- nunca 0- Não sabe
16	Com que frequência os usuários tem que pagar pelo transporte para se deslocar até esta unidade de saúde?	1- sempre 2- quase sempre 3- às vezes 4- quase nunca 5- nunca 0- Não sabe
17	Com que frequência os usuários tem dificuldade para se deslocarem até a unidade de saúde?	1- sempre 2- quase sempre 3- às vezes 4- quase nunca 5- nunca 0- Não sabe
18	O(a) Sr(a) realiza visitas domiciliares após as 18 horas ou aos finais de semana?	1- nunca 2- quase nunca 3- às vezes 4- quase sempre 5- sempre

19	Durante a visita domiciliar, o usuário sente à vontade para falar sobre suas dúvidas e preocupações?	1- nunca 2- quase nunca 3- às vezes 4- quase sempre 5- sempre 0- Não sabe
20	Com que frequência, o(a) Sr(a) encontra dificuldade de encontrar as pessoas em casa?	1- sempre 2- quase sempre 3- às vezes 4- quase nunca 5- nunca
21	Quando os usuários procuram a unidade de saúde em que o(a) Sr(a) trabalha demoram mais de 60 minutos para serem atendidos?	1- sempre 2- quase sempre 3- às vezes 4- quase nunca 5- nunca 0- Não sabe
22	Os usuários conseguem marcar consulta por telefone na unidade de saúde?	1- nunca 2- quase nunca 3- às vezes 4- quase sempre 5- sempre 0- Não sabe
23	Os usuários conseguem obter informações por telefone na unidade de saúde?	1- nunca 2- quase nunca 3- às vezes 4- quase sempre 5- sempre 0- Não sabe
24	Com que frequência o(a) Sr(a)	1- nunca 2- quase nunca 3- às vezes 4- quase sempre 5- sempre

	suspeita que um usuário apresentando tosse pode ser doente de TB?	
25	Com que frequência o Sr(a) leva um pedido de exame de escarro para o usuário de sua área de cada mês?	1- nunca 2- quase nunca 3- às vezes 4- quase sempre 5- sempre 99 - Não se aplica
26	Com que frequência o usuário se recusa a colher escarro?	1- sempre 2- quase sempre 3- às vezes 4- quase nunca 5- nunca 0- Não sabe 99 - Não se aplica (para caso do exame não ser pedido)
27	Quais motivos que levam o usuário a recusar a colher o escarro?	1- Acha que a tosse é causada pelo fumo/gripe; 2- Têm medo do resultado ser positivo; 3- Desinteresse; 4- Não tem catarro; 5- Alcoolismo 6- Outro. _____ 99 - Não se aplica 0- Não sabe
28	Com que frequência o Sr(a) tem dificuldade para convencer o usuário a colher escarro?	1- sempre 2- quase sempre 3- às vezes 4- quase nunca 5- nunca 0- Não sabe 99 - Não se aplica
29	Qual o número de doentes de TB que o(a) Sr.(a) já acompanhou:	a. desde que iniciou seu trabalho de ACS nesta Unidade: _____ b. Nos últimos 3 anos: _____

D. ELENCO DE SERVIÇOS						
30	Com que frequência tem formulário para solicitação de exame de escarro no serviço de saúde que o(a) Sr(a) trabalha?	1- nunca 0- Não sabe	2- quase nunca	3- às vezes	4- quase sempre	5- sempre
31	Com que frequência tem pote para coleta de escarro no serviço de saúde que o(a) Sr(a) trabalha?	1- nunca 99 - Não se aplica	2- quase nunca	3- às vezes	4- quase sempre	5- sempre
32	Com que frequência tem lugar específico para guardar o escarro (geladeira ou caixa térmica) no serviço de saúde que o(a) Sr(a) trabalha?	1- nunca 99 - Não se aplica	2- quase nunca	3- às vezes	4- quase sempre	5- sempre
33	O(a) Sr(a) ensina o doente como coletar o exame de escarro?	1- nunca	2- quase nunca	3- às vezes	4- quase sempre	5- sempre
34	O(a) Sr(a) ensina o doente como armazenar e encaminhar o pote de escarro até o local	1- nunca	2- quase nunca	3- às vezes	4- quase sempre	5- sempre

	indicado?	
35	Com que frequência ao mês a unidade de saúde oferece ao usuário transporte e/ou vale transporte para a realização dos exames diagnósticos da TB (exame de escarro, raio X)?	1- nunca 2- quase nunca 3- às vezes 4- quase sempre 5- sempre 99 - Não se aplica 0- Não sabe
36	Com que frequência o usuário tem dificuldade para entregar o pote de escarro com o material colhido?	1- sempre 2- quase sempre 3- às vezes 4- quase nunca 5- nunca 0- Não sabe 99 - Não se aplica (para o caso de o exame nunca ter sido pedido ou Caso a entrega do pote de escarro não seja na Unidade de saúde)
37	Com que frequência a Unidade de saúde tem dificuldade de receber o pote de escarro do usuário?	1- sempre 2- quase sempre 3- às vezes 4- quase nunca 5- nunca 0- Não sabe 99 - Não se aplica (Caso a entrega do pote de escarro não seja na Unidade de saúde)
38	Com que frequência o pote de escarro não é encaminhado ao laboratório para análise por esquecimento da equipe de saúde da	1- sempre 2- quase sempre 3- às vezes 4- quase nunca 5- nunca 0- Não sabe 99- Não se aplica (para o caso de o exame nunca ter sido pedido)

	sua unidade?	
39	Com que frequência o pote de escarro não é encaminhado ao laboratório para análise devido ao paciente entregar o pote de escarro fora do horário?	1- sempre 2- quase sempre 3- às vezes 4- quase nunca 5- nunca 0- Não sabe 99- Não se aplica (para o caso de o exame nunca ter sido pedido ou Caso a entrega do pote de escarro não seja na Unidade de saúde)
40	Na unidade de saúde em que o(a) Sr(a) trabalha há um profissional que responde pelas ações de controle da TB?	1- nunca 2- quase nunca 3- às vezes 4- quase sempre 5- sempre 0- Não sabe ESPECIFICAR: _____

E. COORDENAÇÃO

41	O(a) Sr(a) registra as queixas e os relatos dos usuários obtidos durante visita domiciliar?	1- nunca 2- quase nunca 3- às vezes 4- quase sempre 5- sempre
42	O(a) Sr(a) comunica a enfermeira(o) quando algum usuário apresenta sintoma de tosse há mais de três semanas?	1- nunca 2- quase nunca 3- às vezes 4- quase sempre 5- sempre 99 - Não se aplica

43	Na Unidade de saúde que o(a) Sr.(a) trabalha, o modo como o serviço está organizado facilita o diagnóstico da TB:	1- nunca 2- quase nunca 3- às vezes 4- quase sempre 5- sempre 99 - Não se aplica 0- Não sabe
44	No serviço de saúde em que o(a) Sr(a), trabalha, os profissionais de saúde conhecem o(s) caso(s) de TB que o(a) Sr(a) já acompanhou ?	1- nunca 2- quase nunca 3- às vezes 4- quase sempre 5- sempre 99 - Não se aplica 0- Não sabe
45	Existe discussão das ações de controle da doença no serviço de saúde onde trabalha?	1- nunca 2- quase nunca 3- às vezes 4- quase sempre 5- sempre 99 - Não se aplica
46	O(a) Sr(a) se sente apoiado por outros do serviço em que o(a) Sr(a) trabalha frente a uma situação que gera dúvida do que fazer?	1- nunca 2- quase nunca 3- às vezes 4- quase sempre 5- sempre
47	Qual profissional da unidade o(a) Sr(a)	_____

	pode procurar quando tem uma duvida?	
48	O(a) Sr.(a) já se sentiu apoiado por outro profissional de saúde do serviço em que o(a) Sr(a) trabalha frente a uma situação de suspeita de TB?	1- nunca 2- quase nunca 3- às vezes 4- quase sempre 5- sempre

F. ORIENTAÇÃO NA FAMÍLIA E COMUNIDADE

49	Com que frequência, o(a) Sr(a) visita cada família de sua área?	1- nunca 2- 1 vez/mês 3- 2 vezes/mês 4- 3-6 vezes/mês 5- mais de 6 vezes/mês
50	Com que frequência, o(a) Sr(a) pergunta se as pessoas que moram com o doente de TB tem tosse com duração de três semanas ou mais?	1- nunca 2- quase nunca 3- às vezes 4- quase sempre 5- sempre
51	Com que frequência, o Sr(a) pergunta se as pessoas tem tosse quando realiza visitas domiciliares	1- nunca 2- quase nunca 3- às vezes 4- quase sempre 5- sempre

	?	
52	Com que frequência, o(a) Sr(a) orienta as pessoas da comunidade sobre a tuberculose?	1- nunca 2- quase nunca 3- às vezes 4- quase sempre 5- sempre
53	Com que frequência, o(a) Sr(a) realiza ações de saúde junto à parceiros da comunidade (Igrejas, Associações de Bairro, escolas, etc.), para identificação de usuários com tosse há mais de 3 semanas?	1- nunca 2- quase nunca 3- às vezes 4- quase sempre 5- sempre
54	Com que frequência, o(a) Sr(a) participa de reuniões com a comunidade para discutir o problema da TB?	1- nunca 2- quase nunca 3- às vezes 4- quase sempre 5- sempre
55	As ações de busca de suspeitos de tuberculose na sua área são realizadas só em época de campanha?	1- Sim 2- Não 99 - Não se aplica

G. FORMAÇÃO PROFISSIONAL

56	Quais assuntos foram abordados no seu treinamento quando o(a) Sr(a) foi contratado como ACS? Cite 3.	
57	O(a) Sr(a) participou de algum treinamento relacionado à prevenção de doenças?	1- nunca 2- Por 1 vez 3- de 2 a 3 vezes 4- 4 a 8 vezes 5- mais de 8 vezes
58	O(a) Sr(a) participou de treinamento relacionado à tuberculose?	1- nunca 2- quase nunca 3- às vezes 4- quase sempre 5- sempre
59	O(a) Sr(a) recebe algum material didático a respeito da tuberculose?	1- nunca 2- quase nunca 3- às vezes 4- quase sempre 5- sempre
60	Você acha que a tuberculose tem cura?	1- nunca 2- quase nunca 3- às vezes 4- quase sempre 5- sempre 0- Não Sabe
61	O(a) Sr(a) se sente preparado para identificar usuários com suspeita de tuberculose?	1- nunca 2- quase nunca 3- às vezes 4- quase sempre 5- sempre
62	O(a) Sr(a) se sente preparado para realizar orientações sobre	1- nunca 2- quase nunca 3- às vezes 4- quase sempre 5- sempre

	tuberculose?	
63	O(a) Sr(a) se sente preparado para realizar orientações sobre a forma de coletar escarro?	1- nunca 2- quase nunca 3- às vezes 4- quase sempre 5- sempre

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE

Título da Pesquisa: Desafios e perspectivas para o acompanhamento de pessoas com tuberculose pelos agentes comunitários de saúde.

Pesquisador Responsável: Lilian Carla Ferrari Sossai Panício

Investigador/Coleta: Lilian Carla Ferrari Sossai Panício

A pesquisa tem como título: “Desafios e perspectivas para o acompanhamento de pessoas com tuberculose pelos agentes comunitários de saúde. Tem como objetivo analisar os desafios e perspectivas para o acompanhamento de pessoas com tuberculose pelos agentes comunitários de saúde das Unidades de Saúde da Família do município de Marília-SP. Ela se justifica por poder contribuir na construção de estratégias para a reorganização do processo de trabalho dos ACS para o controle da doença, e nas ações individuais e coletivas, em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e recuperação da TB. A metodologia utilizada na pesquisa será a abordagem quali-quantitativa. As entrevistas serão feitas de maneira individual ou em grupo e gravadas para posteriormente análise dos dados.

Eu,, portadora(a) do documento R.G. sob nº....., abaixo assinado, declaro que CONCORDO em participar deste estudo, ciente de que a pesquisa será realizada pela aluna de pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, Lilian Carla Ferrari Sossai Panício, orientada pela profª Drª Ione Carvalho Pinto.

O participante da pesquisa terá:

- ✓ A garantia de receber esclarecimento a qualquer dúvida relacionada com a pesquisa;
- ✓ A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
- ✓ A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação;
- ✓ A segurança de que minha participação não trará qualquer prejuízo a mim;
- ✓ As informações sobre os resultados do estudo quando solicitado.
- ✓ Os dados poderão ser usados para divulgação em eventos médicos ou publicações garantindo sempre o meu anonimato.

Marília,de.....de 200....

Participante

Lilian Carla Ferrari Sossai
Coren 0138389
RG 29979242-0
Fone: (14)34511807
E-mail lil@famema.br

Profª Drª Ione Carvalho Pinto
Coren 13124
RG 7659625
Fone: (16)36023429
E-mal ionecarv@eerp.usp.br



SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO,
CIÊNCIA E TECNOLOGIA

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Marília, 06 de Dezembro de 2011

Ilmo^(a) Sr.^(a)
Prof^a Lilian Carla F. S. Panicio
Marília/SP

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, recebeu o protocolo de estudo nº 1439/11, intitulado: "A Busca de Sintomáticos Respiratórios de Tuberculose nas Unidades de Saúde da Família do Município de Marília/SP, Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde", foi considerado **APROVADO** em Reunião Ordinária – 05/12/2011, de acordo com a Resolução 196/96 e suas Complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Sendo só para o momento, reiteramos protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Valdeir Fagundes de Queiroz
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
Envolvendo Seres Humanos