UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Beatriz Estuque Scatolin

A Busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose pelo Agente Comunitário de Saúde em dois municípios prioritários: Natal e Ribeirão Preto.

Ribeirão Preto

2012

BEATRIZ ESTUQUE SCATOLIN

A Busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose pelo Agente Comunitário de Saúde em dois municípios prioritários: Natal e Ribeirão Preto.

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

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

Orientador: Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha

Ribeirão Preto

2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Scatolin, Beatriz Estuque

A Busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose pelo Agente Comunitário de Saúde em dois municípios prioritários: Natal e Ribeirão Preto.

104f. : il. ; 30cm.

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.
Área de concentração: Enfermagem de Saúde Pública.

Orientador: Palha, Pedro Fredemir.

1. Tuberculose. 2. Auxiliares de Saúde Comunitária. 3. Atenção Primária à Saúde

FOLHA DE APROVAÇÃO

Beatriz Estuque Scatolin

A Busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose pelo Agente Comunitário de Saúde em dois municípios prioritários: Natal e Ribeirão Preto.

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

Aprovado em: ____/____/____

Banca examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

Dedicatória

A Deus, por ter me dado a vida, por me iluminar e me dar força para seguir a minha caminhada.

Aos meus pais, Nenci e Ademir, o alicerce de minha vida, pela dedicação e amor, por estarem ao meu lado a cada passo, a cada pequena conquista e grandes realizações.

Agradecimento Especial

*Ao Prof. Dr. **Pedro Fredemir Palha**, pelo privilégio de tê-lo como meu orientador, por ter me acolhido e pela dedicação e paciência com que me orientou.*

Admiro-te muito pela maneira como compartilha seus conhecimentos e por sua humildade.

Muito obrigada por confiar em mim!

*À Prof^a Dr^a **Tereza Cristina Scatena Villa** (Tite), por ter me dado oportunidade de crescimento pessoal e profissional me acolhendo no Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose (GEOTB). Ainda mais por ter me ensinado o valor do trabalho em grupo, pelas grandes contribuições neste estudo e por ter me incentivado a desenvolver esse trabalho com determinação.*

Muito obrigada por essa oportunidade!

*Ao Prof. Dr. **Antônio Ruffino-Netto**, por sempre ensinar, com carinho e dedicação, que somos capazes de evoluir. Agradeço por ter tido a oportunidade de desenvolver esse trabalho com a orientação de uma pessoa humana e comprometida com o próximo.*

E acima de tudo por ter me ensinado que devemos sempre trabalhar no intuito de aliviar o sofrimento humano.

Obrigada pelo carinho!

Agradecimentos

*À minha mãe **Nenci** (in memorian), a quem devo minha vida e a pessoa que sou. Obrigada por ter sido meu grande exemplo de determinação, coragem, fé e amor incondicional. Amo muito!*

*Ao meu pai **Ademir**, por me ensinar a cada dia que o dom da vida é o maior presente de Deus e por ser também meu grande exemplo de fé, honestidade, humildade e determinação. Obrigada por confiar em mim acima de tudo. Amo o Senhor!*

*Aos meus irmãos **Camila**, **Gabriel**, **João** e **Pedro** pelo amor e carinho que nos une, pelo apoio e torcida! Amo vocês!*

*À minha madrastra **Cristina** e minhas cunhadas **Rafaela** e **Joisse** por torcerem por mim.*

*A todos meus familiares, especialmente a tia **Neuza** (in memorian), tia **Luiza**, afilhadinha **Amanda**, tia **Flor**, tia **Maria**, tia **Cidinha** e **Rose**. Muito obrigada pelas orações e apoio!*

*Aos meus amigos, **Amelinha**, **Anne** e **Vinicius**, por terem me incentivado a “buscar” o mestrado e por estarem sempre ao meu lado. Por todos os momentos que sorrimos, choramos e refletimos juntos. Não tenho como retribuir tamanho incentivo e carinho... Amo vocês!*

*À minha amiga **Erika**, que fez parte de toda a construção e desenvolvimento desse trabalho, por suas contribuições, pois sem você tudo seria mais difícil. Obrigada pela convivência, aprendizado e pela pessoa que você é!*

*À minha amiga **Rubia**, por ter me acolhido no grupo GEOTB com seu jeitinho todo especial – concentrado de ser, pela amizade tão linda que construímos juntas e por toda contribuição para meu desenvolvimento pessoal e profissional. Amo você!*

*À minha mãezinha **Paty**, por ter sido meu exemplo de fé, responsabilidade, dedicação e amizade. Obrigada pelas palavras e carinho! Amo e admiro-te muito!*

Ao Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio, por toda a disponibilidade, incentivo, dedicação em nossas discussões e contribuições a este trabalho. Muito obrigada!

À Profª Drª Aline Aparecida Monroe, por todos os conhecimentos compartilhados com ternura, amor e carinho. Obrigada pela amizade, por ser essa pessoa tão especial e por sempre confiar em mim!

À Profª Drª Lúcia Marina Scatena, por todo conhecimento compartilhado e contribuições neste estudo. Muito obrigada!

Aos meus amigos, Ademilton Talhafero, André Luis, Aniele Bazotti, Camila Takao, Damaris, Fabiana, Juliana Andrade, Juliana Belluci, Joisse Talhafero, a princesinha Maria Fernanda, Mariana Roversi, Marília Pilotto, Marcela, Natália, Natália Santos, Paulinha, Priscilla, Renata, Silvana, Sílvia, Tatiane, Tatiana Mazza, Thiago Bazotti e Viviane por todo carinho, apoio e torcida!

Aos meus amigos do GEO-IB, Aline Beraldo, Altair, Amelinha, Anne, Carol, Cassiara, Elisângela, Erika, Gabi, Hélen, Jaqueline, Juliane, Karen, Laís, Lívinha, Maria Eugênia, Monalise, Nathalia Halax, Paty, Reinaldo, Rubia, Simone e Tiemi, por todo incentivo, carinho e bons momentos que passamos juntos. Muito obrigada!

Aos Profs Drs Silvia Helena Figueiredo Vendramini, Maria de Lourdes Sperli Geraldes Santos, Cláudia Eli Gazetta, Marilene Rocha dos Santos, Patrícia Cury, Cacau Lopes e Vânia Del'Arco Paschoal, por minha formação acadêmica, especialmente por despertar em mim o amor pela Saúde Pública e por todo apoio e orientação também na pós graduação. Obrigada!

Aos docentes do curso de enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP, pela dedicação à minha formação acadêmica.

A toda equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde da Família Jardim Simões/Renascença (2008) do município de São José do Rio Preto pelo incentivo.

À FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, pelo apoio financeiro à pesquisa.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, que tornou possível a realização desse estudo.

A todos os funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pela dedicação e acolhimento.

Aos Agentes Comunitários de Saúde de Natal - RN e Ribeirão Preto - SP.

A todos, que por acaso não citei e que de alguma forma contribuíram para o desenvolvimento desta pesquisa.

Muito obrigada!

CARENCIAS SENTIDAS

Quase que diariamente

a vivência,

fundamentalmente a convivência

tem nos mostrado

as carências

que percebidas, sentidas, vividas são

pelas pessoas.

De todas elas,

principalmente duas delas

viscerais são nos seus deletérios efeitos:

falta de benevolência

falta de beneficência.

Na essência: benevolência, desejar o bem;

beneficência praticar o bem.

Se juntas estivessem sempre,

mãos dadas constantemente

outro contorno perfil

poderiam dar para a civilização

Diminuir poderia

a vulnerabilidade dos danos

para toda humanidade.

ANTONIO RUFFINO NETTO

Membro da Academia Ribeirãopretana de Letras e Patrono da Academia Ribeirão-pretana de
Educação

9-11-2011

RESUMO

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

A detecção de casos de tuberculose é uma das prioridades do Plano Nacional de Controle da Tuberculose, sendo que a Busca de Sintomáticos Respiratórios (BSR) precisa ser uma atitude permanente e incorporada à rotina de atividades dos membros das equipes de saúde, principalmente dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Este estudo teve como objetivo analisar a BSR na percepção do ACS, em dois municípios prioritários para o controle da tuberculose. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, do tipo inquérito realizado em 2009 através de dados secundários, roteiro observacional e formulário estruturado aplicado a 210 ACS (105 do município de Natal – RN e 105 de Ribeirão Preto – SP). Criou-se indicadores de estrutura, processo e resultado a partir das proporções dos itens observados e colhidos através de fontes secundárias, e dos escores médios das respostas dos entrevistados aos itens do formulário que continham escala Likert de resposta, sendo avaliados como insatisfatório (valores próximos de 1 e 2), regular (próximos de 3) e satisfatório (próximos 4 e 5). De acordo com a observação, os municípios apresentaram algumas fragilidades em relação à estrutura dos serviços de saúde para a BSR: ausência de pote de escarro (21%), ausência de geladeira para acondicionamento das baciloscopia (63,2%) e a falta de laboratórios responsáveis pelo recolhimento das baciloscopias (31,6%) nas unidades de saúde de Natal. Em Ribeirão Preto, verificou-se ausência de livro de registro de sintomáticos respiratórios (42,6%), de profissionais responsáveis pelo cuidado do paciente com tuberculose (30,7%) e de rotina sistematizada para o atendimento do suspeito de tuberculose (38,5%). No julgamento dos ACS, identificaram-se escores satisfatórios relacionados ao treinamento e ao preparo dos mesmos para o controle da tuberculose. Observou-se fragilidades na ação de investigação da tosse nas visitas domiciliares e na oferta de pote de escarro, embora escores satisfatórios tenham sido encontrados na identificação de sintomáticos respiratórios na comunidade e nos serviços de saúde, bem como na investigação de casos suspeitos a partir dos casos índice. Identificou-se fragilidades no estabelecimento de parcerias com a comunidade para a BSR e para discussões sobre tuberculose, contudo verificou-se escore razoável em relação à educação em saúde sobre a doença na comunidade. Verificaram-se ainda escores satisfatórios em relação à participação dos ACS em discussões sobre a tuberculose no serviço e ao apoio institucional ofertado frente a uma situação de suspeita da doença. Dos sintomáticos respiratórios estimados no território circunscrito às unidades dos ACS de Natal e Ribeirão Preto, observou-se que, respectivamente, apenas 11,2% e 6,2% desta população foi examinada com baciloscopia de escarro. O processo de trabalho do ACS no território possibilita refletir sobre seu protagonismo como parceiro no controle da tuberculose. Fragilidades foram encontradas na estrutura dos serviços de saúde em ambos os municípios, as quais podem ter resultado no desempenho deficiente dos ACS para a BSR. O trabalho ressaltou ainda a necessidade de um novo processo de trabalho capaz de intervir sobre os reais problemas de saúde da comunidade, com avanços na educação permanente e na articulação intersetorial visando o incremento na detecção de casos da doença.

Palavras-chaves: Tuberculose, Auxiliares de Saúde Comunitária, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

SCATOLIN, B. E. **Active case finding of tuberculosis by Community Health Workers in two priority cities: Natal and Ribeirão Preto.** 2012. 104f. Thesis (Master) – Ribeirão Preto School of Nursing, São Paulo University, Ribeirão Preto, 2012.

Detection of tuberculosis is one of the National Tuberculosis Control Policy priorities, which consider active case finding (ACF) as a permanent action, incorporated into the routine activities of all health teams members, especially for Community Health Workers (CHW). This study aimed to analyze the ACF according to CHW perspective in two priority cities for tuberculosis control. Descriptive study conducted in 2009 using secondary data and an observational and structured questionnaire applied to 210 CHW (105 in Natal - RN and 105 in Ribeirão Preto - SP). Indicators of structure, process and result were developed from the proportions of the items observed and collected from secondary sources and from the mean scores of respondents' answers to items which contained Likert scale response - assessed as unsatisfactory (values close to 1 and 2), regular (near 3) and satisfactory (near 4 and 5). According to observation forms, some weaknesses in structure of health services for the RS' search were identified: lack of sputum pot (21%), lack of refrigerator for storing the smear (63.2%) and lack of laboratories responsible for collecting the sputum (31.6%) in health facilities in Natal. In Ribeirão Preto, there was no form register of TB suspects (42.6%), neither professionals for tuberculosis patients care (30.7%) and for systematic search and routine assistance for suspected tuberculosis cases (38.5%). In the CHW inquiry, satisfactory scores have been identified related to training and self-prepare for tuberculosis control. There are weaknesses in detection of cough during home visits and the provision of sputum pot in the territory, although scores have been found satisfactory in the ACF in the community and health services, as well as in the investigation of suspected cases from the index cases. We identified weaknesses in partnerships with the community to the ACF and to discussions on tuberculosis, but there was a reasonable score for health education about the disease in the community. There were also satisfactory scores for participation of CHW in discussions about TB inside the health services and institutional support offered when a suspected case was identified by CHW. The analysis of estimated RS in the CHW area in Natal and Ribeirão Preto, showed that, respectively, only 11.2% and 6.2% of this population was examined with sputum smear microscopy. The CHW work process bring out a reflection on their role as partners in tuberculosis control. Weaknesses were found in the structure of health services in both cities, which may have resulted in poor performance of the CHW for the ACF. The work also highlighted the need for a new work process capable of intervention on the real health problems of the community, improving permanent education actions and intersectoral coordination to increase case detection.

Keywords: Tuberculosis, Community Health Workers, Primary Health Care.

RESUMEN

SCATOLIN, B. E. **La búsqueda de sintomáticos respiratorios de tuberculosis por Agentes Comunitarios de Salud en dos ciudades prioritarias: Natal y Ribeirão Preto.** 2012. 104f. Tesis (Maestría / Posgrado) – Escuela de Enfermeira de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

La detección de casos de tuberculosis es una de las prioridades del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis, y la búsqueda de sintomáticos respiratorios (BSR) debe ser permanente y se incorporan en las actividades rutinarias de todos los miembros de los equipos de salud, especialmente de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS). Este estudio tuvo como objetivo analizar la BSR en la percepción de los ACS en dos ciudades consideradas prioritarias para el control de la tuberculosis. Se trata de un estudio descriptivo, en una encuesta realizada en 2009 a partir de datos secundarios, observación, y de una entrevista aplicada a 210 ACS (105 en la ciudad de Natal - RN y 105 en la ciudad de Ribeirão Preto - SP). Indicadores de estructura, proceso y resultado han sido creados a partir de las proporciones de los elementos observados y recogidos de fuentes secundarias, y de las puntuaciones medias de las respuestas en la escala de Likert, evaluándose como insatisfactorio (valores cercanos 1 y 2), regular (cerca de 3) y satisfactorio (cerca de 4 y 5). De acuerdo a la observación, los municipios tenían deficiencias en la estructura para la BSR: no había pote de esputo (21%), no había refrigerador para el almacenamiento de los exámenes (63,2%) y había falta de laboratorios responsables de recoger el esputo (31,6%) en Natal. En Ribeirão Preto, no existía un registro de los sintomáticos respiratorios (42,6%), ni profesionales responsables del cuidado de doentes (30,7%), tampoco para la atención sistemática y rutinaria de sospechosos (38,5%). En la encuesta con los ACS, fueron satisfactorias la formación y preparo para el control de la tuberculosis. Se identificaron deficiencias en la investigación de la tos en las visitas domiciliarias y la provisión de pote de esputo en el territorio, aunque se han producido buenos resultados en la identificación de los sospechosos en la comunidad y en el servicio, así como en la investigación de casos sospechosos de los casos índices. Se identificaron debilidades de las parcerias con la comunidad a la BSR y los debates sobre la tuberculosis, pero hubo una evaluación razonable de la educación sanitaria en la comunidad. También hubo resultados satisfactorios en relación a la participación en las discusiones sobre el servicio de TB y el apoyo institucional que les ofrece frente a una situación de sospecha. De los síntomas respiratorios estimados en Natal y Ribeirão Preto, mostró que, respectivamente, sólo 11,2% y 6,2% de esta población fue examinada con microscopía de esputo. El proceso de trabajo de los ACS permitió reflexionar sobre su papel como socios en la lucha contra la tuberculosis. Se detectaron debilidades en la estructura de los servicios de salud en ambas ciudades, que pusieron el rendimiento inferior de la AEC para el BSR. El trabajo también puso la necesidad de un nuevo proceso de trabajo posible de intervenir en los problemas reales de salud de la comunidad, con los avances en la educación continua y la coordinación intersectorial con el fin de aumentar la detección de casos.

Palabras-clave: Tuberculosis, Agentes Comunitarios de Salud, Atención Primaria a La Salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Distribuição geográfica dos bairros segundo os Distritos Sanitários, Natal - RN.....	41
Figura 2 -	Mapa da distribuição geográfica dos Distritos de Saúde do Município de Ribeirão Preto: Unidade Básica Distrital de Saúde Vila Virgínia (região sul); Centro de Saúde Escola - Cuiabá (região oeste); Núcleo de Gestão Ambulatorial - NGA (na área central); Unidade Básica Distrital de Saúde Castelo Branco (região leste); Unidade Básica Distrital de Saúde Simioni (região norte).....	46
Figura 3 -	Distribuição das médias e intervalos de confiança para indicadores da <i>Estrutura</i> dos serviços de saúde para a Busca de Sintomático Respiratório em Natal e Ribeirão Preto, 2010.....	63
Figura 4 -	Distribuição das médias e intervalos de confiança dos indicadores de <i>Desempenho</i> dos Agentes Comunitários de Saúde na Identificação do Sintomático Respiratório segundo a gestão do cuidado individual em Natal e Ribeirão Preto, 2010.....	65
Figura 5 -	Distribuição das médias e intervalos de confiança dos indicadores de <i>Desempenho</i> dos serviços de saúde na Busca do Sintomático Respiratório em Natal e Ribeirão Preto segundo a gestão do cuidado coletivo, 2010.....	66

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Indicadores de Busca de Sintomáticos Respiratórios segundo os componentes dos serviços de saúde e dimensões.....	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos artigos obtidos nas bases de dados segundo as etapas utilizadas para seleção dos artigos, 2010.	32
Tabela 2 -	Características dos municípios do estudo, 2009.....	38
Tabela 3 -	Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde por distrito no município de Natal - RN, 2009.	50
Tabela 4 -	Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde por distrito no município de Ribeirão Preto - SP, 2009.	50
Tabela 5 -	Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde entrevistados por distrito no município de Natal - RN, 2009.....	51
Tabela 6 -	Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde entrevistados por distrito no município de Ribeirão Preto - SP, 2009.	51
Tabela 7 -	Distribuição de frequência das variáveis de caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde no município de Natal e Ribeirão Preto, 2010.	59
Tabela 8 -	Distribuição da mediana e quartis da variável tempo de atuação em anos como Agente Comunitário de Saúde no município de Natal e Ribeirão Preto, 2010.	60
Tabela 9 -	Distribuição de frequência das variáveis de estrutura dos serviços de saúde para a Busca de Sintomático Respiratório no município de Natal e Ribeirão Preto, 2010.	61
Tabela 10 -	Distribuição de frequência do recolhimento das baciloscopias pelos laboratórios nas unidades de saúde no município de Natal e Ribeirão Preto, 2010.....	62
Tabela 11 -	Distribuição da população de abrangência das unidades de saúde do estudo, número de Sintomáticos Respiratório esperados, número e proporção de Sintomáticos Respiratórios examinados em relação ao esperado segundo os distritos de saúde e tipo de unidade no município de Natal, 2009.....	68
Tabela 12 -	Distribuição da população de abrangência das unidades de saúde do estudo, número de Sintomáticos Respiratórios esperados, número e proporção de Sintomáticos Respiratórios examinados em relação ao esperado segundo os distritos de saúde e tipo de unidade no município de	69

Ribeirão Preto, 2009.....

LISTA DE APÊNDICE

APÊNDICE A -	Distribuição das médias e intervalos de confiança para indicadores da Estrutura dos serviços de saúde para a Busca de Sintomático Respiratório em Natal e Ribeirão Preto, 2010.....	93
APÊNDICE B -	Distribuição das médias e intervalos de confiança dos indicadores de <i>Desempenho</i> dos Agentes Comunitários de Saúde na Identificação do Sintomático Respiratório segundo a gestão do cuidado individual em Natal e Ribeirão Preto, 2010.....	93
APÊNDICE C -	Distribuição das médias e intervalos de confiança dos indicadores de Desempenho dos serviços de saúde na Busca do Sintomático Respiratório em Natal e Ribeirão Preto segundo a gestão do cuidado coletivo, 2010.....	94

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I -	Roteiro observacional da estrutura dos Serviços de Saúde - Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil.....	96
ANEXO II -	Formulário: Agentes Comunitários de Saúde - Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil.....	97
ANEXO III -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	99
ANEXO IV -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	101
ANEXO V -	Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.	103
ANEXO VI -	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.....	104

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
BCG	Bacilo Billiad de Calmette Guérin
BSR	Busca de Sintomático Respiratório
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Serviços
E-P-R	Estrutura-Processo-Resultado
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
GEOTB	Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose
HCFMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
HGT	Hospital Giselda Trigueiro
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LACEN	Laboratório Central
MS	Ministério da Saúde
NGA	Núcleo de Gestão Ambulatorial
NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pronto Atendimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PIB	Produto Interno Bruto
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PSF	Programa de Saúde da Família

REDE TB	Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose
RH	Recursos Humanos
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINAN	Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SR	Sintomático Respiratório
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDO	Tratamento Diretamente Observado
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UETDI	Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UNAERP	Universidade de Ribeirão Preto
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USA	Unidade de Suporte Avançado
USB	Unidade de Suporte Básico
USF	Unidade Saúde da Família
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

Apresentação.....	22
1. Introdução	24
1.1. A reorientação do modelo assistencial e a contribuição do Agente Comunitário de Saúde.....	25
1.2. A Tuberculose no contexto da reorganização do modelo assistencial.....	28
2.Objetivo	35
2.1. Objetivo Geral.....	36
3. Material e métodos.....	37
3.1. Modelo de estudo	38
3.2. Locais de estudo.....	38
3.2.1. Descrição de Natal – RN	39
3.2.1.1. Descrição do Sistema de Saúde de Natal – RN	39
3.2.1.2. Atenção a Tuberculose em Natal – RN	42
3.2.2. Descrição de Ribeirão Preto - SP.....	45
3.2.2.1. Descrição do Sistema de Saúde de Ribeirão Preto - SP	45
3.2.2.2. Atenção a Tuberculose em Ribeirão Preto – SP	47
3.3. População de estudo.....	49
3.4. Amostra do estudo	50
3.5. Instrumentos de Coleta de Dados	51
3.6. Procedimentos para a coleta de dados	53
3.6.1. Aspectos facilitadores e dificultadores da coleta de dados.....	54
3.7. Análise dos dados	55
3.8. Aspectos Éticos.....	57
4. Resultados	58
4.1. Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde.....	59
4.2. Estrutura das Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde para a BSR de Tuberculose em Natal e Ribeirão Preto	60
4.3. Desempenho dos ACS para a BSR de Tuberculose em Natal e Ribeirão Preto	64
4.4. Resultado do processo de BSR em Natal e Ribeirão Preto.....	67
5. Discussão	70
6. Considerações Finais	80

Referências.....	82
Apêndices.....	92
Anexos	95

Apresentação

O presente estudo realizado em Natal – RN e Ribeirão Preto - SP é parte de uma série de estudos realizados em diferentes regiões do Brasil a partir do projeto multicêntrico “Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil”, Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT nº 034/2008, resultante da colaboração de pesquisadores da Área Epidemiológica e Operacional da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (Rede TB) e desenvolvido pelo Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose (GEOTB).

O GEOTB desenvolve estudos relacionados à avaliação de serviços de saúde que realizam ações de controle e tratamento da tuberculose, visando colaborar com o planejamento de políticas e ações que possam contribuir para o controle da tuberculose no país.

Este projeto multicêntrico foi coordenado pelos líderes Prof^a Dr^a Tereza Cristina Scatena Villa e Prof. Dr. Antônio Ruffino Netto e contou com a participação de pesquisadores de entidades governamentais (coordenação estadual, municipal, gestores e profissionais dos serviços de saúde da rede básica), Instituições de Ensino Superior Estaduais e Federais, estudantes de doutorado, mestrado, graduação e Centros de Pesquisa e Agências de Cooperação Internacional, compondo o GEOTB. Tal projeto foi realizado em municípios das regiões sudeste (Ribeirão Preto-SP; São José do Rio Preto-SP; Vitória-ES e Rio de Janeiro-RJ), sul (Foz do Iguaçu-PR e Pelotas-RS), e nordeste (Feira de Santana – BA; João Pessoa-PB e Natal- RN) do Brasil.

O meu interesse pela área da Saúde Pública teve início nos primeiros anos da graduação, sendo que a temática da tuberculose (TB) surgiu com maior enfoque no último ano com o convite para participar do GEOTB, a partir do qual realizei o trabalho de conclusão de curso voltado avaliação do desempenho dos Serviços da Atenção Básica no controle da tuberculose, com enfoque na coordenação no município de São José do Rio Preto.

No ano seguinte (2008), quando realizei o Aprimoramento em Saúde da Família, desenvolvi o trabalho de conclusão de curso também atendo a TB como foco principal, e a partir da minha experiência como enfermeira na AB me surgiu o interesse de compreender mais profundamente a Busca de Sintomático Respiratório na atuação de um ator singular dentro da equipe de saúde, o Agente Comunitário de Saúde.

1. Introdução

1.1. A reorientação do modelo assistencial e a contribuição do Agente Comunitário de Saúde

Os sistemas de atenção à saúde são considerados como uma resposta social às necessidades de uma população. Em todos os países, em menor ou maior grau, os sistemas de saúde enfrentam uma crise contemporânea, sendo que, o modo como se estrutura a atenção à saúde não consegue, na maioria das vezes, expressar de forma satisfatória o paradigma da produção social do adoecer (MENDES, 2010). Esta inadequação possui raízes profundas, refletindo o modelo assistencial vigente estruturado pelo paradigma flexneriano, que, por sua vez, também é influenciado por fatores históricos e ideológicos (MENDES, 1996).

Desde a década de 80, mundialmente, discussões sobre sistemas de saúde focam que é preciso mudar a produção e oferta de serviços de saúde para que se aumente a eficácia e efetividade da assistência, mostrando, dessa forma, que a redefinição do modelo de atenção à saúde é um componente central (COPQUE; TRAD, 2005).

Modelos assistenciais constituem combinações tecnológicas estruturadas para o enfrentamento de problemas de saúde individual e coletiva em determinados espaços, implicando também em projetos de ações específicos. Modelo, portanto, não é só política e tampouco só tecnologia - mais do que normas ou exemplos a serem seguidos, um modelo reflete racionalidades diversas que influenciam uma práxis (MERHY; CECÍLIO; NOGUEIRA, 1992; PAIM, 1999).

No Brasil, o sistema de saúde percorreu um caminho evolutivo que perpassa diversos modelos assistenciais. Sua conformação foi expressa, ao longo do tempo, em concordância com o poder político, social, econômico e cultural da época. Desde o modelo sanitarista-campanhista até o médico-assistencial privatista é possível observar que os modelos hegemônicos na história brasileira são predominantes no enfrentamento de problemas de saúde, falhando, contudo, em responder à complexidade e às diversidades das necessidades em saúde que se apresentam aos cidadãos (GONDIM et al., 2005; TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 2000).

O modelo sanitarista, que corresponde à Saúde Pública tradicional, se caracteriza pela realização de campanhas e de programas especiais, mas apresenta limites na solução dos problemas de saúde devido a seu caráter verticalizado e centralizador, que gera uma ação em saúde muito mais reativa do que de fato preventiva e promocional. O modelo assistencial

privatista, por sua vez, se refere às atividades de função meramente individuais e curativas, voltadas à demanda espontânea e à assistência hospitalar, esbarrando, porém, no alto custo e no acesso restrito (COPQUE; TRAD, 2005).

Diante da ineficiência destes modelos de saúde - especialmente aqueles centrados na biomedicina e na assistência curativa - governos buscaram novos modelos de trabalho no setor que fossem capazes de otimizar a assistência à saúde, minimizando desigualdades e garantindo equidade no acesso e na atenção prestada (CEZAR, 2003).

É neste contexto que surgem, para uma real mudança no modelo assistencial dentro do Sistema Único de Saúde, o Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 1996; CAMPOS; WENDHAUSEN, 2007; VIANA; POZ, 2005).

O PACS, formulado como modelo de implementação das diretrizes que deveriam reger o Sistema Nacional de Saúde às ações de promoção, direcionando-as para as populações de risco, foi pioneiro ao trazer o enfoque de suas ações na família (e não no indivíduo), instituindo uma visão integral da intervenção à saúde – agindo preventivamente e se constituindo em um modelo que busca a reorganização das ações caracterizadas pela demanda (BRASIL, 2001; OLIVEIRA; SILVA; YAMAMOTO, 2007; VIANA; POZ, 2005). Cabe destacar que o Programa implica ainda na concepção de integração com a comunidade, estabelecendo laços de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e família, o que resulta em um enfoque menos reducionista à saúde e menos centrado na intervenção médica (VIANA; POZ, 2005).

Neste Programa, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) foi se consolidando como personagem-chave na implantação das políticas voltadas para a reorientação do modelo de atenção em saúde e, portanto, não constituindo um mero suporte para a execução de determinadas ações em saúde (NUNES et al., 2002; SILVA; DALMASO, 2002).

As características do PACS e seu êxito se tornaram elementos centrais para a criação do PSF (VIANA; POZ, 2005) estabelecido em 1994, redefinido como reestruturante do sistema de saúde, passando a ser reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF) em 1996.

A ESF articula-se a atenção básica (AB) e se constitui como uma das portas de entrada da rede de serviços integrados, buscando seu fortalecimento mediante a ampliação do acesso, a qualificação e a reorientação das práticas de saúde (BRASIL, 1996, 1997a, 2004; LEVCOVITZ; GARRIDO, 1996; SOUSA; HAMANN, 2009).

Pressupõe o reconhecimento da saúde como direito de cidadania, expressando a melhoria das condições de vida sendo que, no que toca a área de saúde, essa melhoria deve ser traduzida em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados (LEVCOVITZ; GARRIDO, 1996). A prática assistencial na ESF se fundamenta em uma responsabilidade clínica e territorial, enfocando a família em seu ambiente físico e social (BRASIL, 1997a) e “substituindo” práticas convencionais de assistência por um novo modelo assistencial, por meio de um novo processo de trabalho centrado na vigilância à saúde.

Na estruturação do processo de trabalho das equipes da ESF, leva-se em consideração a adscrição da clientela, que conta com 600 a 1.000 famílias em um determinado território, e utiliza-se como ferramenta de trabalho a territorialização, processo contínuo no tempo que se estabelece mediante a definição do território e população e leva em conta os mapas do município, condições culturais, econômicas e sociais, meios de transporte, dinâmica demográfica da área e homogeneidade de riscos. Mediante o cadastramento das famílias e dos indivíduos e a geração de dados é possível que se estabeleça o diagnóstico da situação de saúde da população de referência, sendo este primordial para o planejamento das ações, viabilizando a programação de atividades orientada segundo critérios de risco à saúde e priorizando solução dos problemas em articulação permanente com os indivíduos, famílias e comunidades (BRASIL, 2007).

Destaca-se que uma das principais mudanças na estruturação e oferta dos serviços da ESF são as ações intersetoriais, as quais enfatizam as alianças entre as áreas da saúde, educação, meio-ambiente, cultura e a produção de novas práticas. Além disso, para o fortalecimento desse novo modelo faz-se necessário assegurar a efetivação da referência e contra-referência no encaminhamento de usuários dando continuidade à atenção e promovendo a humanização das práticas em saúde através do estreito relacionamento entre profissionais e usuários (BRASIL, 2007).

Cabe destacar que a ESF dispõe de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade tecnológica, uma vez que se utiliza de recursos de baixo custo no que se refere a equipamentos diagnósticos e apoios terapêuticos, e incorpora conhecimentos/saberes advindos das Ciências Sociais e Humanas na compreensão do processo saúde-doença e na intervenção coletiva e individual (MENDES, 1996).

A ESF organiza-se em torno de uma equipe composta basicamente por um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde em número suficiente para cobrir 100% da população adscrita, respeitando-se o teto máximo

de 1 ACS para cada 750 pessoas e de 12 ACS para cada equipe da ESF (BRASIL, 2006a). Portanto, a estratégia envolve a comunidade, por meio dos ACS, e aproxima as equipes multiprofissionais dos domicílios, das famílias e das comunidades (COSTA, 2009).

Neste contexto, o ACS vem se constituindo como segmento efetivo do trabalho em saúde, representando um novo ator na relação entre a comunidade e a Unidade de Saúde (SILVA; DALMASO, 2002). Por ser um contato permanente com a comunidade, vivendo nela e fazendo parte dela, une dois universos culturais distintos: o científico e o popular, ajudando assim no trabalho de vigilância e na promoção da saúde.

Deste modo, o ACS é um dos protagonistas no levantamento do perfil epidemiológico das comunidades, bem como na ampliação da cobertura dos serviços utilizando a rede social preexistente e no estabelecimento de vínculo entre os moradores e a unidade de saúde (BRASIL, 2001; HAINES et al., 2007; OLIVEIRA; NACHIF; MATHEUS, 2003).

1.2. A Tuberculose no contexto da reorganização do modelo assistencial

Na reorganização do sistema de saúde no Brasil foram instituídos diversos avanços desde o processo da reforma sanitária que estabeleceu as bases do SUS, no movimento que visava deslocar o eixo da atenção terciária para um cuidado compreensivo no contexto da AB (HARRIES, HAINES, 2010).

Desde então, as políticas lançadas buscam seguir este modelo organizacional – o fortalecimento da capacidade de resposta do sistema aos agravos e necessidades da população, a integração com a comunidade e a sustentabilidade das ações para o real alcance do ideal de promoção e prevenção. Para as doenças infecciosas – em especial àquelas as quais, mesmo com diagnóstico e cura conhecidos, ainda persistem em nosso meio, considera-se que existe ainda um desafio adicional para que se adéquem ações eficazes dentro do sistema de saúde.

Dentre essas doenças, a tuberculose (TB) vem se firmando como uma das principais causas de morbimortalidade, atingindo indistintamente diversas faixas etárias e classes sociais (RUFFINO-NETTO, 2001). A TB é uma das doenças transmissíveis mais antigas do mundo e sua grave situação mundial está intimamente ligada ao aumento da pobreza, à má distribuição de renda e à urbanização acelerada, o que faz desta, uma doença marcada pela exclusão, desigualdades sociais, más condições de moradia e pouco acesso ao diagnóstico e tratamento (HIJJAR; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2001).

No Brasil, a TB teve maior impacto no final do século XIX e início do XX, quando morriam metade dos doentes de TB do país. No início as ações eram organizadas para o combate da doença, o que se destacava eram os princípios de solidariedade e pioneirismo, sendo que a Liga Brasileira Contra a Tuberculose e a Liga Paulista Contra a Tuberculose (ambas fundadas em 1899) foram instituições pioneiras a tomar a TB (RIBEIRO, 1985; HIJJAR et al., 2007) como um problema de Saúde Pública.

Neste contexto os métodos adotados de controle da doença eram essencialmente as campanhas de educação sanitária, implantação dispensários e preventórios; focados na atuação do atendimento aos pobres e principalmente no estímulo da criação de sanatórios e hospitais para realização do tratamento (HIJJAR et al., 2007).

A ação pública no controle da TB surgiu apenas em 1907, com Oswaldo Cruz, que trazia amplas medidas profiláticas no Regulamento Sanitário e a instituição de sanatórios e hospitais (HIJJAR et al., 2007). Somente em 1920 foi instituído o primeiro organismo governamental de combate à TB (RODRIGUES, 1979) a Inspetoria de Profilaxia da TB, período também marcado (1927) pelo início da vacinação BCG.

Na década de 40, surgiam os órgãos executivos de ação direta, (RODRIGUES, 1979) o Serviço Nacional de Tuberculose (SNT), sendo a criação da Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT) um grande marco. No entanto, as estratégias adotadas continuavam sendo a ampliação do número de leitos hospitalares para os doentes bacilíferos e a implementação e expansão de rede de dispensários, visando o diagnóstico precoce dos casos de TB (HIJJAR et al., 2007).

Foi na década de 60 que obtivemos grandes avanços para o controle da doença, como a obrigatoriedade da vacinação BCG; a inclusão da TB entre as doenças de notificação compulsória e a garantia da gratuidade dos meios de prevenção, diagnóstico e tratamento (HIJJAR et al., 2007). Somente entre as décadas de 70 e 80 o Brasil estabeleceu uma coordenação, sob comando único, das ações na Previdência Social e no Ministério da Saúde, quando foram revisadas as normas técnicas padronizadas, unificando o sistema de informação e as atividades do Programa Nacional de Controle de TB (PNCT) descentralizadas para os estados e alguns municípios (HIJJAR et al., 2007).

Em 1993, a OMS declarou a TB uma emergência mundial e com isso o Brasil lançou o Plano Emergencial para Controle da Tuberculose, em 1994. Tal plano elegia 230 municípios prioritários para o controle da doença, onde cada município elaborou na época um Plano de Ação articulado com o PNCT, que abrangia ações de busca de casos, tratamento, informação,

educação e de comunicação, todas com metas específicas. As metas do Plano buscavam diagnosticar, no mínimo, 90% dos casos e curar, pelo menos, 85% dos casos diagnosticados (HIJJAR et al., 2007).

O PNCT foi criado em 1999, de acordo com as diretrizes do Plano Emergencial, para um trabalho em rede com um mesmo objetivo. No ano 2000, o “Plano Nacional de Mobilização para eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose em Municípios Prioritários por meio da Atenção Básica” foi lançado pelo Ministério da Saúde e, em 2001, o “Plano Estratégico para Implementação do Plano de Controle da Tuberculose no Brasil, no Período de 2001-2005”. Tais planos também foram importantes no controle da doença pois traziam em suas metas a implementação das ações de controle da TB e hanseníase em 100% dos municípios prioritários e também confirmavam as metas do plano emergencial (HIJJAR et al., 2007).

Cabe destacar que a Estratégia DOTS (*Directly Observed Treatment Shourt-Course*). foi implementada no Brasil em 1998, e que a partir disso o MS implantou o Tratamento Supervisionado (1999) para diminuir a taxa de abandono do tratamento. Além disso, o PNCT reconheceu a importância da integração com a Atenção Básica (AB), incluindo o PACS e a ESF, para garantir a ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento, enfatizando a necessidade do envolvimento de organizações não-governamentais e de parcerias com organismos de combate à TB, nacionais e internacionais (HIJJAR et al., 2007).

Atualmente o Brasil se encontra entre os 22 países responsáveis por 80% da carga da TB no mundo, ocupando a 19ª posição. Em 2005 as taxa de detecção de casos alcançou 65% dos casos estimados, no entanto, em 2008 houve uma queda da taxa, que se estabeleceu em 62% (WHO, 2010). Apesar de próxima, a taxa de detecção ainda está abaixo da meta estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de 70%, já defasada de acordo com o Ministério da Saúde que estabeleceu novas metas de elevar a detecção para 90% dos casos estimados (BARREIRA, 2007). Entre 2009 e 2010, o Brasil reduziu de 73.673 para 70.601 o número de casos novos de TB, 4% de queda no período. Assim, a taxa de incidência baixou de 38,82 para 37,99, o que são números positivos, mas não suficientes para tirar a TB do rol dos problemas de saúde pública do Brasil (BRASIL, 2011).

O problema da TB reflete o estágio de desenvolvimento social do país, onde os determinantes do estado de pobreza, as fragilidades de organização do sistema de saúde e as deficiências de gestão limitam a ação da tecnologia e, por consequência, inibem a queda sustentada das doenças marcadas pelo contexto social (BRASIL, 2002b).

Frente à situação epidemiológica e o contexto destacado, diretrizes de trabalho continuam sendo estabelecidas para a incorporação das ações de controle da TB no âmbito da AB, realizada por meio da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), ampliando as responsabilidades dos municípios na AB e a criação dos mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2002a).

A Política Nacional de Atenção Básica (2006a) também inseriu o controle da TB como uma das áreas estratégicas para a atuação da ESF em todo território nacional e o próprio (BRASIL, 2000, 2006b) Pacto pela Saúde, em especial na dimensão “Pela Vida”, também assume a ESF como prioritária para o fortalecimento da AB, reforçando a importância desta modalidade assistencial na ampliação do acesso do Sintomático Respiratório (SR) e do diagnóstico da TB aos serviços de saúde, especialmente por meio do ACS (BRASIL, 2006b; CASTELO FILHO et al., 2004), visto que os mesmos podem construir junto às equipes de saúde estratégias de atuação adequadas, vislumbrando-se respostas eficazes para situação sanitária encontrada (BRASIL, 1999), capazes de contribuir na detecção precoce dos casos de TB.

Deste modo, espera-se que as práticas de atenção à TB estejam mais delineadas pelas singularidades e necessidades de saúde que emergem no território, descaracterizando, portanto, o modelo flexneriano existente de assistência individualizada, curativista e baseada na medicalização, com baixa resolutividade e baixo impacto social.

Considerando que as ações de detecção de casos de TB não se restringem somente a conhecimentos médicos, é preciso lançar mão de outros recursos que ajudem a incorporação dos aspectos culturais, emocionais, crenças e valores do indivíduo (SENGUPTA et al., 2006; THORSON, 2004; YIMER; BJUNE; ALENE, 2005; NUNES et al., 2002) e das famílias.

Neste sentido, o ACS assume a vanguarda do controle da TB na AB 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). Essas características conferem ao ACS um importante desempenho político no cenário da saúde, embora não disponha de saberes específicos e base técnica, capazes de conferir o status de profissional da saúde no seu sentido estrito. Assim, os ACS fomentam a organização da comunidade para a cidadania e a inclusão, numa dimensão de transformação social (SILVA; DALMASO, 2002), o que pode constituir importante contribuição no controle da TB.

Deste modo, espera-se que os ACS desenvolvam as seguintes funções: 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 da medicação e realizar visita domiciliar conforme planejamento da equipe, usando a ficha do Sistema de Informação da 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 caso não exista e não haja comprovante no cartão; realizar ações educativas junto à comunidade e; participar, com a equipe, do planejamento de ações para o controle da TB na comunidade (BRASIL, 2008).

Estudos nacionais têm levantado questionamentos e assim promovido debates pertinentes a respeito da atuação do ACS em diferentes regiões do Brasil (FRANCO; MERHY, 2003; NUNES et al., 2002; SANTANA et al., 2009; TOMAZ, 2002).

Nesta perspectiva, com intuito de observar as publicações dos últimos 20 anos que abordaram a atuação do ACS no controle da TB na literatura científica internacional e nacional, realizou-se uma revisão da literatura a partir das bases de dados Pubmed, Cinahl, Medline, Lilacs, Embase e Scopus, nos idiomas inglês, espanhol e português, a partir dos descritores *community health aides and tuberculosis*; *community health workers and tuberculosis*; *agente comunitário de saúde e tuberculose* e *agentes comunitários de saúde*. A questão norteadora utilizada nessa revisão foi: Quais as ações realizadas pelos Agentes Comunitários Saúde para o controle da Tuberculose?

A partir desse levantamento identificamos 267 artigos, posteriormente excluídas as repetições (112 artigos), resultando em 155 artigos. Realizou-se inicialmente a leitura dos 155 resumos dos artigos, que resultou em 28 estudos elegíveis. Procedeu-se a leitura dos artigos na íntegra, sendo que 13 foram excluídos por não apresentarem resultados relacionados à questão norteadora, resultando em 15 artigos selecionados (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos artigos obtidos nas bases de dados segundo as etapas utilizadas para seleção dos artigos, 2010.

Bases de dados	Artigos localizados	Artigos sem as duplicações	Artigos selecionados pela leitura do resumo	Artigos selecionados pela leitura na íntegra
LILACS	10	8	2	2
CINAHL	14	11	3	2
SCOPUS	173	120	15	7
EMBASE/ MEDLINE	70	16	8	4
Total	267	155	28	15

Dos artigos selecionados, observou-se que 33% foram realizados na África do Sul, 20% no Brasil e os demais nos países Asiáticos, Europeus e na América latina.

Destaca-se que grande parte dos artigos levantados ressaltou a participação efetiva dos ACS no enriquecimento do conhecimento das comunidades sobre TB, na efetividade das ações de prevenção da TB, no aumento do acesso, aceitabilidade e adesão ao tratamento da TB e também nas taxas de cura. Contudo, poucos estudos têm abordado a atuação do ACS na BSR de TB (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; WALKER; JAN, 2005; WRIGHT et al., 2004).

A Busca de Sintomático Respiratório (BSR) caracteriza-se como importante estratégia para a detecção de casos de TB, designado SR todo indivíduo com tosse há mais de três semanas. Desde o ano de 1996, os Planos Nacionais de Controle da Tuberculose trazem as ações de BSR na rotina dos serviços de saúde, mas somente a partir do Plano de 2001-2005 enfoca-se com maior veemência esta atividade (BRASIL, 2000). Acredita-se que a baixa detecção de casos observada em todo o Brasil esteja relacionada à inadequada realização dessa atividade.

Na ESF, a busca ativa de SR leva os ACS até as residências, vendo, de perto, a realidade de cada família, fornecendo orientações e encaminhamentos aos casos necessários, ou tomando outras providências para garantir a longitudinalidade do cuidado (MENEGOLLA; POLLETO; KRAHL, 2003). Neste sentido, a BSR seria uma das possibilidades no trabalho do ACS, haja vista seu importante papel na reorientação do modelo assistencial, como sua proximidade com a comunidade e a interlocução com as famílias.

Exemplo de sucesso de atuação do ACS no controle da TB pode ser observado em Bangladesh, onde altas taxas de detecção e tratamentos concluídos foram atingidos (CHOWDHURY et al., 1997). Conclusão semelhante foi obtida na Cidade do Cabo, África do Sul, onde o trabalho dos ACS contribuiu para a melhora do programa de controle da TB quando comparado com a abordagem que fazia uso exclusivo das unidades de saúde (DUDLEY et al., 2003). Entretanto, apesar de estudos destacarem que o ACS é o que melhor apreende a complexidade do problema da TB no meio onde vive, o que o torna peça fundamental na proposta de controle da TB, este encontra entraves na medida em que necessitam de apoio institucional para o melhor desempenho no controle da TB. (CAMPINAS; ALMEIDA 2004).

O controle da TB tem no ACS um ator importante, uma vez que seu trabalho configura possibilidades de ampliação do acesso do SR aos serviços de saúde, levando ao diagnóstico precoce da TB e a redução da morbi-mortalidade da doença na comunidade. Deste modo este estudo tem como proposta compreender como os ACS percebem a BSR em dois municípios considerados prioritários para o controle da TB no Brasil.

2. Objetivo

2.1. Objetivo Geral

Analisar a busca de sintomáticos respiratórios na percepção do Agente Comunitário de Saúde em dois municípios prioritários para o controle da tuberculose.

3. Material e métodos

3.1. Modelo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo exploratório tipo inquérito. O estudo descritivo consente descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade, e o exploratório permite conhecer ou aumentar o conhecimento em torno de um dado problema, de modo a estabelecer hipóteses de investigações para outros tipos de pesquisa ou mesmo propor estratégias de intervenções em determinadas situações (TRIVINÓS, 1992).

3.2. Locais de estudo

O estudo foi realizado nos municípios de Natal – RN (região nordeste) e Ribeirão Preto – SP (região sudeste). Esses locais foram selecionados por possuírem área geograficamente delimitada com equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Unidade Básica de Saúde (UBS), estarem entre os municípios prioritários para o controle da TB (BRASIL, 1997b) e por possuírem pesquisadores vinculados as Instituições de Ensino Superior, participantes do GEOTB (tabela 2).

Tabela 2 - Características dos municípios do estudo, 2009.

Características	Natal - RN	Ribeirão Preto - SP
Região do país	Nordeste	Sudeste
População municipal estimada para 2009	806.203	563.107
Habilitação em gestão plena do sistema de saúde	Sim	Sim
Índice de desenvolvimento humano (IDH)	0,79	0,85
Taxa de Analfabetismo (%)	22,8	14,5
Esperança de vida ao nascer (Anos)	68,8	74,4
Receita per capita do município em R\$ (2009)	1.297,6	2.081,5
Índice de exclusão social	0,60	0,67
Cobertura do Programa Saúde da Família	34%	13%
Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde	43%	35%
Nº de ESF* implementadas	115 ESF	21 ESF
Nº de Agentes Comunitários de Saúde	646	333
Nº de unidades na rede básica de saúde	60	41
Nº de pronto-atendimentos	9	5
Incidência de TB	48,7/100.000	32,7/100.000
Incidência de TB bacilífera	29,0/100.000	15,6/100.000

Cobertura de tratamento supervisionado	25%	93%
Casos de recidiva	6%	4%
Abandono do tratamento de TB	15%	4%
Casos de reingresso após abandono	12%	4%
Casos de co-infecção TB-HIV	6%	20%
Óbito por TB	2%	1%
Proporção de cura de casos novos de TB pulmonar bacilífera ^(a)	Meta ^(b) : 65,4 Resultado Alcançado ^(c) : 44,6	Meta ^(b) : 85 Resultado Alcançado ^(c) : 85,9
Nível da atenção programada para o diagnóstico e tratamento dos casos de TB	Atenção Básica	Nível secundário da atenção

Legenda: * ESF = Equipes Saúde da Família.

Fonte: IBGE, 2009; SINAN, 2010; Relatórios de gestão dos municípios de estudo, 2009.

Departamento de Atenção Básica e Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Nota: ^(a) Indicador pactuado pelos municípios em 2009 segundo planos municipais de saúde. ^(b,c) Informações extraídas dos relatórios de gestão municipal.

3.2.1. Descrição de Natal – RN

Natal é capital do estado do Rio Grande do Norte, pertencente à mesorregião do Leste Potiguar e ao Pólo Costa das Dunas, sendo cortado pelo principal rio do Estado, o Potengi, no qual se encontra um importante porto marítimo.

Localiza-se na costa atlântica, a 2.507 quilômetros de Brasília. Apresenta uma área física de 169,9 Km² e uma população de aproximadamente 806.203 habitantes. A maior parte da população do município pertence à Região Norte, na proporção de 34,4%, seguida pela Região Oeste, 27%. A Região Sul concentra 21,9% da população do município e a Leste 16,3% (IBGE, 2000).

O município é o 38º maior Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil (BRASIL, 2009a) e sua economia baseia-se no turismo, comércio, indústria e na construção civil. Em 2009 apresentou nível médio de desenvolvimento humano (0,79), com esperança de vida ao nascer de 68,8 anos, taxa de analfabetismo de 22,8% e índice de exclusão social de 0,60, ressalta-se ainda que apresentou receita per capita de R\$1.297,60 em 2009.

3.2.1.1. Descrição do Sistema de Saúde de Natal – RN

O Sistema Municipal de Saúde possui 1.150 estabelecimentos cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), esses constituídos por 37 Unidades de

Saúde da Família (USF); 23 Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionalmente organizadas com equipes multiprofissionais; 09 Unidades de Pronto Atendimento (UPA); 06 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS; 01 Hospital Geral e 01 Especializado; 02 Unidades Mistas; 03 Centros de Especialidades Odontológicas - CEOs; 01 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU; 01 Centro de Controle e Zoonoses; 05 Unidades de Vigilância em Saúde e serviços privados (BRASIL, 2009b).

De acordo com a Secretaria Municipal, o número de profissionais da rede pública em 2009 foi de 793 médicos, 382 enfermeiros, 363 auxiliares de enfermagem, 365 técnicos de enfermagem e 646 ACS (BRASIL, 2009b).

O município está dividido geograficamente em 36 bairros, organizados em quatro Distritos Sanitários: Norte, Sul, Leste e Oeste (figura 1), sendo cada distrito gerenciado por um coordenador (NATAL, 2006). O município está habilitado no Pacto pela Saúde desde 2008.

No ano de 1996 foi implantado o PACS no estado do Rio Grande do Norte e, em seguida, já em 1998, implantou-se o PSF, iniciando pelos municípios de Macaíba e Natal.

A implantação das primeiras USF em Natal ocorreu no distrito Oeste, com 11 equipes de saúde da família. Dentre os critérios de escolha do distrito para a implantação do Programa destacaram-se as áreas de maior índice de mortalidade infantil, os territórios com maior concentração de favelas e as áreas de vazios de unidades de saúde.

Em 1999 foram implantadas mais 8 equipes no Distrito Norte, equivalendo uma cobertura de 8% que assim permaneceu até 2001. Durante o ano de 2002 ocorreu um incremento significativo dos programas, visto os incentivos do Ministério da Saúde (MS) vinculados ao PROESF para a adesão dos municípios a ESF. Desse modo, houve um aumento progressivo entre os anos de 2002 e 2004, atingindo uma cobertura populacional de 46%.

Em 2009, o município apresentou 43% de cobertura de ACS e 34% de cobertura de ESF, apresentando 115 equipes de saúde da família distribuídas pelos distritos Norte (62 equipes), Sul (3 equipes), Leste (10 equipes) e Oeste (40 equipes).

Os distritos Norte e Oeste são os que apresentam maior número de equipes de saúde da família, alta vulnerabilidade e maior concentração de casos de TB no município, contudo, é no distrito Leste que tem se concentrado as maiores taxas de incidência da TB nos últimos anos. Essa última região é bem heterogênea e abrange tanto bairros de alto poder aquisitivo como bairros de classes menos privilegiadas, os quais têm um peso importante nesse indicador (NATAL, 2006).

Figura 1 – Distribuição geográfica dos bairros segundo os Distritos Sanitários, Natal - RN.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, Natal - RN, 2007.

Todas as unidades de saúde da AB trabalham com as áreas bem delimitadas, atendendo também a demanda espontânea e em sua maioria funcionam de 7 às 17hs.

Nas UBS e USF do município o enfermeiro encontra-se principalmente voltado à assistência aos usuários por meio da consulta agendada ou demanda espontânea e exerce funções na gerência realizando supervisão da equipe de enfermagem e setores da unidade de saúde. Deste modo, esse profissional encontra-se muitas vezes impossibilitado de realizar a supervisão dos ACS. Cabe ressaltar que a maioria das reuniões em equipe ocorre mensalmente e apenas para discussões gerenciais, administrativas e por vezes relaciona-se à situação territorial.

Dentre as unidades de saúde que participaram do estudo, a maioria das USF possui supervisão por enfermeiro de 6 ACS (6:1) e nas UBS com PACS 15:1, o que está de acordo com as normas do Ministério da Saúde, também estando dentro da normatização o número de pessoas acompanhados pelos ACS (750 por ACS) (BRASIL, 2006a).

3.2.1.2. Atenção a Tuberculose em Natal – RN

A atenção à TB em Natal é prestada pela Atenção Básica (USF e UBS) nos quatro distritos do município. Tais unidades realizam ações para o diagnóstico e manejo clínico dos casos e controle de seus comunicantes, bem como a solicitação e realização de baciloscopia e consulta médica de controle. Contudo, o Tratamento Diretamente Observado (TDO) em 2009 foi realizado para apenas 25% dos doentes de TB, ocorrendo quando os doentes eram considerados críticos para o tratamento auto-administrado. Destaca-se que os doentes de TB em tratamento recebem cestas básicas, vale transporte (para exames e consultas) e também são inscritos no programa do leite.

O principal local de diagnóstico da TB no município tem sido o ambulatório do Hospital Giselda Trigueiro (HGT), também o responsável pelo manejo dos casos graves, co-infectados TB/HIV e local de referência para as unidades de AB quando há necessidade de consulta com o Pneumologista, que ocorre de segunda-feira à sexta-feira, manhã e tarde. Cabe aos distritos de saúde referenciar e agendar as consultas dos doentes de TB ao ambulatório do HGT.

No que se refere às atividades de BSR, as mesmas ocorrem com maior frequência em épocas de campanha, tendo atingido, em 2009, apenas 5% de SR investigados esperados (correspondendo a 414 indivíduos investigados).

Destaca-se que os profissionais de saúde do município recebem treinamentos esporádicos sobre o controle da TB pelas equipes da Secretaria Municipal e Estadual de Saúde, a depender da necessidade das equipes de saúde e da disponibilidade de recursos humanos dessas secretarias. Os treinamentos são realizados para os médicos e enfermeiros das unidades de saúde, que ficam responsáveis em repassar o treinamento aos ACS.

No caso da suspeita de TB pelo ACS, esse profissional comunica o enfermeiro, que realiza o agendamento da visita domiciliar ou somente orienta o suspeito a procurar pelo serviço de saúde. No serviço, este usuário é atendido por um técnico de enfermagem que organiza seu atendimento por ordem de chegada, não existindo assim um acolhimento específico para o caso e tampouco um protocolo para o seguimento da suspeita.

No atendimento de um suspeito de TB são solicitadas 2 amostras de baciloscopia, na maioria das vezes pelo médico ou enfermeiro. A orientação dada aos suspeitos pelos profissionais de saúde é que a primeira amostra seja colhida no mesmo dia da consulta e a segunda no dia subsequente. Não há um local específico nas unidades de saúde para o atendimento do suspeito de TB.

Quando a unidade de AB dispõe de insumos para a realização do exame, o usuário recebe orientações, do enfermeiro ou ACS, em relação à coleta, armazenamento e encaminhamento do exame a unidade solicitante. Entretanto, se a unidade não dispuser de insumos pra realização do exame, o usuário é orientado a entregá-lo no laboratório de referência ou na UBS ou ESF mais próxima que dispuser de insumos que, dependendo da unidade, se localiza em outro distrito sanitário.

O resultado do exame de baciloscopia geralmente é liberado em 30 dias, mesmo o município apresentando 4 laboratórios de referência, que funcionam de segunda-feira a sexta-feira, manhã e tarde. Os laboratórios encontram-se distribuídos pelos distritos: Norte (Policlínica da Zona Norte), Leste (Centro de Saúde Dr. Zeca Passos e laboratório central LACEN, localizado ao lado do HGT) e Oeste (Centro de Saúde da Cidade da Esperança).

Destaca-se que, primeiramente, o resultado é encaminhado ao distrito, depois à unidade solicitante e, por seguinte ao usuário. Para os casos positivos a informação ocorre por telefone aos distritos e às unidades de saúde. Após o fechamento do diagnóstico, o medicamento é solicitado ao distrito e liberado num prazo de 3 dias. Contudo, o início do tratamento pelas unidades de AB pode se prorrogar até por uma semana. Quando solicitado Raio-X, esse é agendado pela Central de Regulação.

Para o diagnóstico da doença, prioriza-se que a porta de entrada dos suspeitos de TB no município seja as Unidades de Atenção Básica (UBS e USF), embora se observe que o Hospital Giselda Trigueiro (HGT) esteja realizando aproximadamente 70% dos diagnósticos de TB do município. Cabe ressaltar que o HGT realiza pronto atendimento aberto a demanda espontânea, sem necessidade de encaminhamento de outro serviço de saúde, dispondo de laboratório para a realização da baciloscopia, o que permite um rápido fechamento de diagnóstico, que ocorre de 24 a 48 horas, e disponibilização de medicamentos ao doente de TB por até 5 dias.

Após a alta, o HGT entra em contato via telefone com o Distrito de saúde da área de residência do doente que informa à unidade de saúde sobre o encaminhamento do doente, que ficam responsáveis pelo manejo do caso e controle dos seus comunicantes. Após esse fluxo de informação o distrito irá acompanhar como está ocorrendo o manejo do doente de TB na unidade de saúde.

O doente de TB encaminhado pelo HGT é acolhido nas unidades de saúde apenas no dia de consultas do programa de TB, geralmente na mesma semana que busca o serviço e espera-se que essas unidades realizem a busca do doente de TB encaminhado. Os ACS realizam uma visita mensal ao doente de TB em tratamento auto-administrado e em média três visitas semanais no caso de TDO.

Cada distrito possui uma unidade de vigilância à saúde que coordena e monitora as ações das equipes da ESF e gerencia o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Todos os dados das unidades de AB relacionados à TB são disponibilizados às distritais de saúde, que os repassam à Secretária Municipal de Saúde (SMS). No entanto, o sistema de informação da SMS funciona de forma desarticulada com os distritos sanitários e as unidades da AB, não havendo assim o retorno da análise das informações às unidades de AB.

Em Natal, no ano de 2009, o município apresentou um coeficiente de incidência de 48,7 casos por 100.000 habitantes, 6% de co-infecção TB /HIV, 25% de tratamento supervisionado e 6% casos de recidiva. Verificou-se também 44,6% de cura de casos novos de TB pulmonar, 15% abandono, 12% casos de reingresso após abandono e 2% de óbitos, conforme tabela 2 (SINAN, 2009).

3.2.2. Descrição de Ribeirão Preto - SP

O município de Ribeirão Preto está localizado na região Nordeste do Estado de São Paulo, a 313 km da capital e a 706 quilômetros de Brasília. Sua população estimada para 2009 foi de 563.107 habitantes, em uma área de 650 Km².

O município enquadra-se no grupo daqueles que apresentam bons níveis de indicadores sociais e econômicos. Sua economia baseia-se na agricultura (destaque para cana de açúcar), indústria, atividades comerciais e prestação de serviços. Ressalta-se também que possui um dos principais centros universitários e de pesquisa do estado e do país, consolidando assim a região como um dos principais pólos de geração de tecnologia e mão de obra qualificada do país.

Em 2009, Ribeirão Preto apresentou IDH de 0,85, esperança de vida ao nascer de 74,4 anos, taxa de analfabetismo de 14,5% e uma receita per capita foi de R\$2.081,50.

3.2.2.1. Descrição do Sistema de Saúde de Ribeirão Preto - SP

O Sistema Municipal de Saúde possui 1.379 estabelecimentos cadastrados no CNES, composto assim por 5 Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS) com Pronto Atendimento (PA); 41 Unidades tradicionais de Saúde, sendo 28 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 13 Unidades de Saúde da Família (USF); 1 Ambulatório Regional de Especialidades (NGA-59); 2 Ambulatórios de Moléstias Infecto-contagiosas; 1 Ambulatório Geral de Especialidades Pediátricas, 1 Ambulatório de Saúde do Trabalhador; 2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 3 ambulatórios de Saúde Mental, 12 unidades de suporte básico (USB) e 01 unidade de suporte avançado (USA) para atendimento móvel. Além de contar com 2 Hospitais Universitários – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) (Unidade Emergência e Campus) e 9 hospitais conveniados ao SUS, os quais disponibilizam cerca de 1.333 leitos (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

O número de profissionais da rede pública segundo a Secretaria Municipal em 2009 foi de aproximadamente 425 médicos, 171 enfermeiros, 562 auxiliares de enfermagem, 68 técnicos de enfermagem e 333 ACS.

O município está dividido geograficamente em 153 bairros, organizados em cinco Distritos Sanitários: Norte, Sul, Leste, Oeste e Central.

Figura 2 – Mapa da distribuição geográfica dos Distritos de Saúde do Município de Ribeirão Preto: Unidade Básica Distrital de Saúde Vila Virgínia (região sul); Centro de Saúde Escola - Cuiabá (região oeste); Núcleo de Gestão Ambulatorial - NGA (na área central); Unidade Básica Distrital de Saúde Castelo Branco (região leste); Unidade Básica Distrital de Saúde Simioni (região norte).

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto-SP, 2005.

Em Ribeirão Preto o início do desenvolvimento e contratação dos ACS ocorreu em 1999, porém somente em agosto de 2001 é que o município foi oficialmente habilitado, garantindo desta forma o repasse de recursos. Neste período o município contava com 320 ACS distribuídos em 22 UBS.

O início da implantação da ESF se deu a partir de 1999, por meio do convênio entre a Universidade de São Paulo, Governo do Estado e Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A partir de 2001 foi sendo ampliada para outras equipes de Saúde da Família na rede pública de serviços de saúde, obtendo em 2009 um total de 21 equipes.

No início a seleção dos ACS ocorreu em parceria com as Associações de Bairros serviram para a seleção dos ACS, sendo exigidos os seguintes requisitos: idade acima de 18 anos; conclusão da quarta série do primeiro grau; residência no município e na comunidade em que vai atuar e disponibilidade para 8 horas de trabalho.

Ainda no ano de 2009, Ribeirão Preto apresentou 35% de cobertura de ACS e 13% de cobertura de ESF. Em relação às equipes de saúde da família, apresenta 21 equipes distribuídas nas 13 USF e 24 equipes de ACS distribuídas em 20 UBS. Das 13 USF do município, 8 estão no Distrito Oeste e 4 no Distrito Norte, que são regiões de maior

vulnerabilidade e maior concentração de casos de TB do município. Já os Distritos Sul e Central não possuem USF. Todas as unidades de saúde funcionam de 7 às 17hs, trabalham com as áreas bem delimitadas e atendem a demanda programada e espontânea.

Algumas UBS do município possuem o PACS, no entanto muitas áreas das UBS com PACS estão descobertas, por falta de ACS na rede do município ou por estarem em licença médica. Destaca-se que 85% dos ACS estão inseridos em UBS/PACS e 15% em USF.

As principais atividades desenvolvidas pelos enfermeiros das Unidades Básicas estão voltadas à assistência aos usuários e à gerência por meio da supervisão da equipe de enfermagem. Neste contexto, por vezes, a supervisão dos ACS ocorre apenas nas reuniões ou visitas domiciliares (VD). Nas USF as reuniões dos ACS com a equipe ocorrem diariamente ou semanalmente, já nas UBS/PACS ocorre semanalmente e mensalmente, sendo que na maioria das vezes é realizada somente entre os ACS e a enfermeira e de forma não sistematizada. Ressalta-se que a quantidade de ACS por enfermeiro para supervisão e o número de famílias acompanhadas pelos ACS nas unidades de saúde do município encontram-se de acordo com as normas do MS (BRASIL, 2006a).

3.2.2.2. Atenção a Tuberculose em Ribeirão Preto – SP

A atenção aos doentes de TB é prestada em nível secundário em 5 unidades de saúde com Programa de Controle da Tuberculose (PCT), que estão distribuídas nos distritos de saúde do município, as quais operam com equipes especializadas (compostas minimamente por: 1 médico, 2 auxiliares de enfermagem e 1 enfermeira, que nem sempre é exclusiva do programa) e realizam ações para o diagnóstico e manejo clínico dos casos e seus comunicantes, como a solicitação e realização de baciloscopia, consulta médica de controle e TDO, que no ano de 2009 cobriu 93% dos doentes de TB. Destaca-se que alguns pacientes em tratamento recebem como incentivo: cesta básica, leite e vale transporte.

Quanto ao manejo clínico dos co-infectados TB/HIV, os mesmos são conduzidos pela Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas (UETDI), sob responsabilidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), tanto aqueles que se encontram em regime ambulatorial (realizando as mesmas ações do PCT exceto o TDO e controle de comunicantes) como os que estão em regime de internação parcial (Hospital Dia) ou integral.

Quanto à atividade de BSR nas unidades de AB, em 2009 as unidades de AB do município apresentaram 6% (349) de SR investigados em relação aos SR esperados (1% da população), ressaltando-se que essa atividade ocorre com maior frequência apenas em época de campanha.

Destaca-se que, em 2008, o PCT e a vigilância epidemiológica do município ofereceram treinamentos sobre BSR para os enfermeiros e ACS das unidades de AB e, em 2009, foram oferecidos seminários, em nível central, relacionados ao controle da TB a todos os profissionais de saúde da rede municipal, no entanto apenas 80 profissionais participaram. Neste contexto, observou-se que a maioria das unidades de saúde do estudo não realizou capacitação interna sobre TB, ocorrendo apenas esclarecimentos de dúvidas na rotina ou quando algum caso suspeito de TB.

Quando há suspeita de TB pelo ACS, este orienta o usuário a procurar o serviço de saúde para a realização da baciloscopia e, embora todos os profissionais de saúde possam fazer o pedido e a coleta de escarro, os médicos e enfermeiros são os que mais solicitam.

O usuário suspeito é acolhido pela equipe de enfermagem e posteriormente atendido em uma consulta com o enfermeiro. Neste atendimento ocorre a orientação sobre a TB e solicitação de 2 amostras de baciloscopia (uma amostra coletada no próprio serviço no momento da suspeição diagnóstica e outra pela manhã, em jejum, que pode ser na casa do usuário). O usuário é orientado a encaminhar o material para a unidade solicitante. A maioria das unidades recebe os materiais de exame pela manhã na sala de coleta até um horário pré-determinado.

Caso haja possibilidade, o paciente é encaminhado ao médico para nova avaliação e, neste caso, é feita a solicitação e encaminhamento para a realização do exame de raio-X, geralmente realizado nas unidades de referência - UBDS.

Cabe ressaltar que para o atendimento do suspeito de TB não há um local específico nas unidades de saúde e que todas as unidades de saúde podem realizar baciloscopia e cultura de escarro.

Os laboratórios responsáveis pela análise das baciloscopias e culturas solicitadas pelas unidades de saúde são o da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP (conveniada com a SMS) e o Instituto Adolfo Lutz. Os exames são recolhidos na maioria das USF e UBS geralmente 3 vezes por semana, no período matutino.

Os resultados dos exames são disponibilizados através do sistema de informação Hygia-WEB, o qual todas as unidades de saúde têm acesso. No caso de resultados positivos, o laboratório informa o serviço de saúde por telefone, o que ocorre no máximo dentro de 3 dias.

Para o diagnóstico da doença, prioriza-se que a porta de entrada e o diagnóstico dos casos de TB ocorram nas Unidades de Atenção Básica (UBS e USF), embora observa-se que as unidades de PA constituem-se como a principal porta de entrada e os PCT como os principais locais de diagnóstico.

Os doentes diagnosticados nas unidades de AB e PA são encaminhados às unidades de saúde com PCT para que estas realizem o manejo clínico dos casos e seus comunicantes, exceto os casos de co-infecção com HIV (seguidos pela UETDI). Atualmente, cada PCT conta com uma viatura exclusiva para a realização de visitas domiciliares e TDO aos doentes em acompanhamento.

Para o armazenamento e acompanhamento de informações sobre os casos notificados no município, a vigilância epidemiológica utiliza o Sistema de Controle de Pacientes com Tuberculose (TB-WEB) que possui acesso restrito pela internet, sendo que as informações nem sempre são disponibilizadas aos serviços de AB, PA e PCT. Este fato pode levar ao desconhecimento dos casos de TB da área de abrangência pelas unidades de AB.

Em 2009, o município apresentou coeficiente de incidência de 32,7 por 100.000 habitantes, 19,6% de co-infecção TB/HIV e 93,3% de cobertura de TDO. Em relação ao desfecho do tratamento, verificou-se 85,9% de cura de casos novos de TB pulmonar bacilífera, 3,9% abandono, 4% de casos de recidiva, 4% casos de reingresso após abandono, 1,1% transferência e 1% de óbito por TB, conforme informações já apresentadas na tabela 2 (TB-WEB, 2010).

3.3. População de estudo

A população de referência do estudo foi os ACS dos municípios de Natal – RN e Ribeirão Preto – SP. Em junho de 2009, o município de Natal apresentava 646 ACS atuantes em 4 distritos de saúde (tabela 3) e o município de Ribeirão Preto contava com 333 ACS atuantes nos 5 distritos de saúde (tabela 4).

Tabela 3 - Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde por distrito no município de Natal - RN, 2009.

	Número de ACS por distrito de saúde				
	Norte	Sul	Leste	Oeste	Total
UBS	36	12	08	21	77
USF	308	19	56	186	569
Total	344	31	64	207	646

Fonte: CNES e Secretária Municipal de Saúde de Natal – RN, 2009.

Tabela 4 - Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde por distrito no município de Ribeirão Preto - SP, 2009.

Número de ACS por distrito de saúde						
	Norte	Sul	Leste	Oeste	Central	Total
UBS	64	19	22	99	10	214
USF	31	0	34	54	0	119
Total	95	19	56	153	10	333

Fonte: CNES e Secretária Municipal de Saúde de Ribeirão Preto – SP, 2009.

Os seguintes critérios foram utilizados no estudo:

Critérios de inclusão:

- ⊗ ACS atuando nas ESF ou UBS dos municípios do estudo no período da coleta de dados.

Critérios de exclusão:

- ⊗ ACS em período de férias;
- ⊗ ACS afastados por licença médica;
- ⊗ ACS realizando atividades fora do serviço no dia da coleta.

3.4. Amostra do estudo

A amostra foi calculada a partir da população base, constituindo uma amostra estratificada por distrito de saúde. Assumindo variância média dos estratos ($Sd^2=1$) valor proposto na literatura por Almeida e Macinko (2006), a diferença entre a média amostral simples dos estratos e a média da população ($B=0,15$) e probabilidade do erro tipo I igual a ($Z\alpha=1,96$), tem-se a equação $n=Sd^2.(Z\alpha)^2/B^2=96$ (BOLFARINE; BUSSAB, 2005).

O tamanho de cada amostra (n) foi corrigido para populações finitas de 646 ACS em Natal e 333 ACS em Ribeirão Preto, sendo obtidos 84 ACS para Natal e 75 ACS para

Ribeirão Preto. Admitindo 20% de perdas, obteve-se 105 ACS para Natal e 94 ACS para Ribeirão Preto. Ressalta-se que a amostra mínima foi calculada, mas optou-se em entrevistar a mesma quantidade para os dois municípios (Natal e Ribeirão Preto com n=105).

O processo de amostragem foi realizado em duas etapas: Partilha proporcional por distrito de saúde e amostragem casual simples. Neste sentido, foi sorteada a seguinte quantidade de ACS por distrito de saúde para serem entrevistados:

Tabela 5 - Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde entrevistados por distrito no município de Natal - RN, 2009.

Número de ACS entrevistados por distrito de saúde					
	Norte	Sul	Leste	Oeste	Total
Total	56	5	10	34	105

Tabela 6 - Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde entrevistados por distrito no município de Ribeirão Preto - SP, 2009.

Número de ACS entrevistados por distrito de saúde						
	Norte	Sul	Leste	Oeste	Central	Total
Total	30	6	18	48	3	105

Em Natal, dos serviços de saúde sorteados para o estudo, 2 ACS estavam afastados por licença médica e 1 ACS estava em período de férias. Em Ribeirão Preto, observou-se que 12 ACS estavam em período de férias, 2 afastados por licença médica, 14 estavam realizando atividades fora do serviço de saúde e 2 recusaram-se em participar da pesquisa. Nestes casos, um novo sorteio era realizado até que se completasse a amostra.

3.5. Instrumentos de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por meio de um roteiro observacional (ANEXO I), construído com base no Caderno de Atenção Básica e Vigilância em Saúde (2008). Esse roteiro foi utilizado com vistas à observação da *estrutura* das unidades do estudo para a BSR, em relação aos insumos para a coleta do escarro, acondicionamento do material, encaminhamento ao laboratório e a existência de responsáveis pela gestão do cuidado do paciente com TB nas unidades estudadas. Os itens da estrutura do roteiro observacional estão contemplados no quadro 1.

Também foi utilizado um formulário estruturado (ANEXO II) elaborado com base no referencial teórico utilizado para serviços, sistemas ou programas como objeto de avaliação dos componentes dos sistemas de saúde Estrutura-Processo-Resultado (E-P-R) proposto por Donabedian (1980) e Starfield (2002), adaptado por Tanaka e Melo (2001) e baseando-se em estudos anteriores que trouxeram subsídios para a elaboração de indicadores relacionados à Busca de Sintomático Respiratório de Tuberculose na prática do ACS (MACIEL et al., 2008; MUNIZ et al., 2005; NOGUEIRA et al., 2007).

Os componentes E-P-R se apresentam interdependentes, abertos e permeáveis ao usuário do "sistema", que faz parte integrante do Processo, influenciando e sendo influenciado por esse, e, por conseguinte trazendo para dentro dos componentes as características do contexto imediato (TANAKA; MELO, 2001).

Segundo Donabedian (1980) e Starfield (2002) o conceito *estrutura ou capacidade* consiste nas características relativamente estáveis dos provedores de atenção, dos instrumentos e recursos que dispõem, dos lugares físicos e organizacionais onde trabalham e das características que possibilitam a oferta de serviços. Seus elementos capacitadores consistem dos recursos necessários para oferecer os serviços, como: pessoal, instalações e equipamentos, gerenciamento e comodidades, variedade de serviços oferecidos pelas instalações, organização de serviços, mecanismos para oferecer continuidade da atenção, mecanismos para oferecer acesso ao atendimento, arranjos para financiamento, delineamento da população eletiva para receber os serviços e administração do sistema de saúde.

O *processo ou desempenho* relaciona-se a como uma série de atividades realizadas pelos e entre os profissionais e clientes, que inclui os atributos de continuidade, coordenação da assistência, trabalho em equipe e forma de atendimento dos profissionais ao doente. Considera também o estabelecimento de ações dos serviços de saúde que constituem a oferta e o recebimento de serviços. Neste estudo, utilizaremos o componente de atividades por parte de quem oferece atenção, a partir da perspectiva do reconhecimento do problema/necessidades tanto da comunidade como nos pacientes (DONABEDIAN, 1980; STARFIELD, 2002).

O componente *Resultado* sugere a característica do cliente-usuário que foi modificada na interação no Processo. Neste sentido, como parte do Resultado, temos o Impacto nas condições de saúde da população, sendo que podemos ter resultados dos serviços, sistemas ou programas de saúde sem o correspondente impacto retratado na modificação de indicadores epidemiológicos (TANAKA; MELO, 2001).

O formulário estruturado compreendeu 32 questões, divididas em três seções, a saber:

I – Caracterização dos ACS: incluiu sete questões relacionadas ao sexo, escolaridade, tipo de unidade que trabalha, tempo de atuação, julgamento da remuneração e do local de trabalho e número de doentes de TB acompanhados pelos ACS.

II – Estrutura das unidades de saúde para a BSR: incluiu 12 questões, conforme quadro 1.

III – Desempenho da atenção: incluiu 13 questões, mostrados no quadro 1.

As variáveis relacionadas ao *Desempenho* foram organizadas em dois blocos, sendo um deles *a gestão do cuidado individual*, que expressa indicadores da atenção voltada à prática da BSR na dimensão individual, e *a gestão do cuidado coletivo*, cujos indicadores se relacionam às ações de alcance ou teor coletivo. Estas dimensões são interfaces importantes quando se intenta o controle dos determinantes do processo saúde-doença e assim o cuidado integral da população no território (TEIXEIRA; PINTO; VILASBÔAS, 2004).

As respostas das variáveis contidas no formulário eram dicotômicas, qualitativas ordinais e com uma escala de possibilidades preestabelecida, escala Likert, à qual foi atribuído um valor de um a cinco, que registraram o grau de relação de preferência (ou concordância) das afirmações, sendo que os mesmos foram considerados *insatisfatórios* para os valores médios próximos de 1 e 2, valores próximos de 3, *regular*; e valores próximos de 4 e 5, como *satisfatórios*.

Cabe destacar que o referido instrumento de coleta de dados foi submetido a um estudo piloto nos diferentes cenários da pesquisa, sendo que os sujeitos dessa fase não foram incluídos posteriormente no estudo.

3.6. Procedimentos para a coleta de dados

Inicialmente foi apresentada e solicitada a autorização das Secretarias Municipais de Saúde envolvidas no estudo para o desenvolvimento da pesquisa. Em seguida foram realizados contatos sucessivos com as unidades de saúde, com vistas à apresentação da proposta do estudo pelos pesquisadores.

Após este primeiro contato, uma equipe de entrevistadores treinados e sob supervisão dos pesquisadores iniciaram o processo de coleta de dados nas unidades de saúde, mediante agendamento prévio, após os estudos pilotos.

O período da coleta de dados foi de junho de 2009 a janeiro de 2010.

Antes da entrevista com os ACS, realizaram-se visitas às unidades do estudo com vistas à observação da estrutura destas para a BSR e a rotina de trabalho, utilizando o roteiro observacional. A observação dos itens foi acompanhada pelos administradores/gerentes das unidades de saúde ou enfermeiros, que também colaboravam com questões fechadas.

Para proceder à coleta de dados, a cada ACS foi explicado a natureza e os objetivos do estudo, solicitando aos mesmos sua participação mediante assinatura do consentimento informado (ANEXO III; ANEXO IV). Foi esclarecido aos entrevistados as categorias de resposta da escala Likert do formulário para fins de otimização da coleta dos dados.

As entrevistas ocorreram nas unidades de saúde em locais previamente acordados com as equipes de saúde e que resguardassem a privacidade dos entrevistados.

Após a realização das entrevistas pelos entrevistadores, cada formulário foi revisto pelos supervisores da coleta de dados de cada local com vistas à eliminação de lacunas no preenchimento dos mesmos, sendo esses organizados e acompanhados até a conclusão da amostra proporcional.

Dados relacionados ao número de baciloscopias de diagnóstico solicitadas pelas unidades de saúde em estudo foram coletados a partir da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto e da Coordenação das Distritais do município de Natal. O indicador de proporção de SR examinados foi selecionado para responder ao componente Resultado, entendendo-se que reflete um trabalho integrado e focado nas ações de vigilância em saúde, sendo desfecho do empenho das equipes na BSR, especialmente pelo trabalho do ACS, cuja atuação ocorre essencialmente no território.

3.6.1. Aspectos facilitadores e dificultadores da coleta de dados

∅ Facilitadores:

1. Colaboração do enfermeiro da unidade em apresentar os entrevistadores à equipe e organizar o fluxo do serviço de forma a facilitar a realização das entrevistas;
2. Bom entrosamento do grupo de pesquisadores;
3. Discussões operacionais da coleta de dados em reuniões periódicas junto ao grupo GEOTB;

∅ Dificultadores:

1. Encontrar os ACS nas unidades;
2. Tarefas previamente agendadas, como reuniões, que retardavam ou obrigavam a alteração do dia para realização das entrevistas;
3. Desinteresse em participar da pesquisa por parte de alguns ACS;
4. Acesso geográfico da maioria das unidades de saúde (áreas de vulnerabilidade social);
5. Obtenção de dados nos livros de registros dos distritos sanitários.

3.7. Análise dos dados

Os dados do roteiro observacional e as variáveis que buscaram caracterizar os ACS entrevistados foram analisados por meio de frequência, proporção e medidas de tendência central (mediana).

As questões que apresentaram escala Likert de resposta foram analisadas a partir da construção de indicadores (Quadro 1), a partir de escores médios, obtidos pela somatória das respostas de todos os ACS entrevistados para cada item do formulário e dividido pelo total de respondentes. O nível de significância estatística adotado para o cálculo dos intervalos de confiança foi de 5%.

Para o cálculo do indicador de *Resultado*, optou-se pelo cálculo da proporção de SR examinados, a partir da seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Nº de Sintomáticos Respiratório investigados em determinado local e período}}{\text{Total de Sintomáticos Respiratórios esperados no mesmo local e período}} \times 100$$

Quadro 1 - Indicadores de Busca de Sintomáticos Respiratórios segundo os componentes dos serviços de saúde e dimensões.

Componente	Dimensão	Indicadores
Estrutura	-	Proporção de formulário para pedido de baciloscopia de escarro no Serviço;* Proporção de pote para coleta de escarro no Serviço;* Proporção de geladeira para acondicionamento dos exames de escarro colhidos no Serviço;* Proporção de livro de registro dos Sintomáticos Respiratórios;* Proporção de profissional responsável pela gestão do cuidado do paciente com TB;* Rotina sistematizada para o atendimento do suspeito de TB;* Proporção de unidades de saúde com laboratórios responsáveis no recolhimento de baciloscopias;* Frequência que os laboratórios recolhem os exames nas unidades de saúde;*

Desempenho	Cuidado individual	A - Participação em treinamentos sobre TB; [#] B - Preparo para identificar suspeitos de TB; [#] C - Preparo para orientar sobre a TB; [#] D - Preparo para orientar a coleta de escarro; [#] E - Profissional responsável pela gestão do cuidado do paciente com TB; [#] F - Formulário para pedido de baciloscopia de escarro no Serviço; [#] G - Pote para coleta de escarro no Serviço; [#] H - Geladeira para acondicionamento dos exames de escarro colhidos no Serviço; [#] I - Oferta de transporte e/ou vale transporte para a realização dos exames diagnósticos da TB pela unidade de saúde ao usuário; [#] J - Dificuldade para receber o pote de escarro com o material colhido; [#] K - Esquecimento da equipe de saúde da unidade em encaminhar o pote de escarro ao laboratório; [#] L - Não encaminhamento do pote de escarro ao laboratório devido o paciente entregar o pote de escarro fora do horário; [#]
	Cuidado coletivo	M - Investigação de Sintomáticos Respiratórios na visita domiciliar; [#] N - Identificação dos Sintomáticos Respiratórios de Tuberculose na comunidade e nos serviços de saúde; [#] O - Levar um pedido de baciloscopia para o usuário no seu território; [#] P - Ensinar o usuário a coletar o escarro; [#] Q - Ensinar o usuário como armazenar e encaminhar o pote de escarro; [#] R - Dificuldade de convencer o usuário a colher o escarro; [#] S - Comunicar ao enfermeiro sobre os Sintomáticos Respiratórios identificados no seu território; [#] T - Investigação de SR a partir dos casos de TB confirmados na comunidade; [#] U - Parceria com a comunidade para a BSR; [#] V - Discussão com a comunidade sobre TB; [#] W - Educação em saúde sobre TB na comunidade; [#] X - Participação em discussões sobre as ações de controle da doença; [#] Y - Apoio por outro profissional de saúde do serviço em que trabalha frente a uma situação de suspeita de TB; [#]
	Resultado	- Proporção de SR examinados nas unidades do estudo no ano de 2009;

Legenda: * Indicadores do roteiro observacional – proporção da característica observada. # Indicadores do formulário – Escala Likert de resposta – indicador correspondeu ao valor médio dos escores, sendo que os mesmos foram considerados insatisfatórios para os valores próximos de 1 e 2, valores próximos de 3, regular; e valores próximos de 4 e 5, como satisfatórios.

Como número esperado de SR, adotou-se o parâmetro nacional de 1% da população (BRASIL, 2010). A população da área de abrangência das unidades estudadas de Ribeirão Preto foi de 184.408 habitantes e das unidades estudadas de Natal foi de 335.460 no período da coleta segundo as Secretarias Municipais de Saúde de ambos os municípios do estudo. Abaixo a fórmula do cálculo do indicador: proporção de sintomáticos respiratórios examinados em relação ao esperado.

3.8. Aspectos Éticos

O projeto foi previamente autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto e Natal, e recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (protocolo de nº 0984/2008) (ANEXO V) e Universidade Federal do Rio Grande do Norte (processo nº de 123-2009) (ANEXO VI), em atendimento à Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Todos os participantes que aceitaram contribuir com o estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO III; ANEXO IV), sendo garantido sigilo das informações dos informantes das Unidades de Saúde selecionadas.

4. Resultados

4.1. Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde

Dos ACS entrevistados no município de Natal e Ribeirão Preto, observou-se que a maioria era sexo feminino e com nível médio de escolaridade. Destaca-se que, em Natal, 10,5% dos ACS apresentaram nível superior (tabela 7).

Em Natal, a maioria dos ACS atuava em USF e em Ribeirão Preto UBS/PACS. A maioria dos ACS do município de Natal julgava sua remuneração entre regular e boa, no entanto, em Ribeirão Preto, entre muito ruim e ruim. Em ambos os municípios, o julgamento dos ACS sobre o local de trabalho deles foi bom (tabela 7).

Em relação ao acompanhamento de doentes de TB pelo ACS em Natal, a maioria relatou já ter acompanhado mais de um caso, sendo que mais da metade dos ACS de Ribeirão Preto nunca acompanhou nenhum doente TB do seu território (tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição de frequência das variáveis de caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde nos municípios de Natal e Ribeirão Preto, 2010.

	Natal		Ribeirão Preto	
	n (105)	%	n (105)	%
Sexo[#]				
Feminino	94	89,5	104	99,1
Masculino	11	10,5	1	0,9
Formação[#]				
Nível Fundamental	9	8,6	17	16,2
Nível Médio	61	58,0	72	68,6
Nível Técnico	24	22,9	16	15,2
Nível Superior	11	10,5	-	-
Tipo de Unidade[#]				
Unidade Saúde da Família	93	88,6	38	36,1
Unidade Básica de Saúde	10	9,5	67	63,9
Unidade Mista	2	1,9	-	-
Julgamento da remuneração[#]				
Muito ruim	2	1,9	23	21,9
Ruim	13	12,4	30	28,6
Regular	50	47,6	37	35,2
Boa	1	0,9	14	13,4
Muito Boa	39	37,2	1	0,9

Julgamento do local de trabalho[#]				
Muito ruim	1	0,9	-	-
Ruim	3	2,9	3	2,9
Regular	14	13,3	9	8,5
Bom	66	62,9	61	58,1
Muito Bom	21	20,0	32	30,5
Número de doentes de TB acompanhados pelos ACS[#]				
Nenhum	23	21,9	56	53,3
Um	18	17,1	27	25,7
Mais de um	64	60,9	22	20,9

Legenda: [#] Indicador do formulário.

Em Natal, os ACS apresentaram uma mediana de 10 anos [quartis 7-14,8] de atuação laboral no município e em Ribeirão Preto, a mediana foi de 9 anos [quartis 4-9] (tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição da mediana e quartis da variável tempo de atuação em anos como Agente Comunitário de Saúde nos municípios de Natal e Ribeirão Preto, 2010.

Município	Tempo de atuação em anos como Agente Comunitário de Saúde nos municípios					
	n	Mediana	Quartil Inferior	Quartil Superior	Mínimo	Máximo
Natal	105	10	7	14,8	3,6	20,6
Ribeirão Preto	105	9	4	9	0,2	10

Legenda: [#] Indicador do formulário.

4.2. Estrutura das Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde para a BSR de Tuberculose em Natal e Ribeirão Preto

De acordo com as observações realizadas nas USF e UBS de Natal, pode-se constatar ausência de insumos essenciais para a BSR. Os itens mais ausentes foram: o pote de escarro e geladeira para acondicionamento das baciloscopia. Também em uma unidade verificou-se a falta de formulários para pedido de baciloscopia e livros de SR. Em Ribeirão Preto verificou-se a presença de formulários de pedido de baciloscopia e pote escarro em todas as unidades do estudo. Encontravam-se ausentes os livros de SR em 46,2% das unidades de saúde estudadas e local de acondicionamento da baciloscopia em duas unidades do estudo (tabela 9).

Em Natal, os resultados mostram a ausência de rotina sistematizada em algumas unidades de AB para o atendimento do suspeito de TB e a significativa falta de laboratórios

responsáveis pelo recolhimento das baciloscopias em várias unidades de saúde estudadas sendo que, quando há laboratório responsável pelo recolhimento das baciloscopias, a frequência do recolhimento ocorre diariamente em apenas em 39,5% das unidades de saúde (tabela 9 e 10).

Fragilidades na organização dos serviços de saúde de Ribeirão Preto foram encontradas pela falta de profissionais responsáveis pela gestão do cuidado do paciente com TB e rotina sistematizada para o atendimento do suspeito de TB (tabela 9). Cabe ressaltar, no entanto que a maioria das unidades de AB de Ribeirão Preto possui laboratórios de referência responsáveis pelo recolhimento das baciloscopias, sendo que esses frequentemente passam nas unidades, porém com horários rígidos de recolhimento dos exames. Podemos verificar que apenas um local do município não tem o recolhimento rotineiro das baciloscopias na unidade de saúde, ocorrendo somente quando solicitado (tabela 9 e 10).

Tabela 9 – Distribuição de frequência das variáveis de estrutura dos serviços de saúde para a Busca de Sintomático Respiratório nos municípios de Natal e Ribeirão Preto, 2010.

	Natal				Ribeirão Preto			
	Sim		Não		Sim		Não	
	n (38)	%	n (38)	%	n (13)	%	n (13)	%
Formulário para pedido de baciloscopia de escarro no Serviço;*	37	97,4	1	2,6	13	100	-	-
Pote para coleta de escarro no Serviço;*	30	78,9	8	21,0	13	100	-	-
Geladeira para acondicionamento dos exames de escarro colhidos no Serviço;*	14	36,8	24	63,2	11	84,6	2	15,4
Livro de registro dos Sintomáticos Respiratórios;*	37	97,4	1	2,6	7	53,8	6	46,2
Profissional responsável pela gestão do cuidado do paciente com TB;*	38	100	-	-	9	69,2	4	30,7
Rotina sistematizada para o atendimento do suspeito de TB;*	29	76,3	8	21,0	8	61,5	5	38,5
Unidades de saúde com laboratórios responsáveis no recolhimento de baciloscopias;*	26	68,4	12	31,6	12	92,3	1	7,7

Legenda: * Indicadores do roteiro observacional.

Tabela 10 – Distribuição de frequência do recolhimento das baciloscopias pelos laboratórios nas unidades de saúde nos municípios de Natal e Ribeirão Preto, 2010.

Frequência que os laboratórios recolhem as baciloscopias nas unidades de saúde*				
	Natal		Ribeirão Preto	
	n (38)	%	n (13)	%
Diariamente	15	39,5	4	30,8
Uma vez / semana	7	18,4	1	7,7
Duas vezes / semana	1	2,6	2	15,4
Três vezes / semana	-	-	2	15,4
Quatro vezes / semana	-	-	3	23,1
Não recolhe	12	31,6	-	-
Quando solicitado	3	7,9	1	7,7

Legenda: * Indicador do roteiro observacional.

Em relação à estrutura dos serviços da AB para o diagnóstico da TB em Natal e Ribeirão Preto, verificaram-se, na percepção do ACS, escores satisfatórios quando estes estão ligados a indicadores subjetivos, como a entrega do pote escarro pelo usuário na unidade solicitante, o recebimento do pote de escarro após coleta pela unidade de AB e o encaminhamento do exame ao laboratório por parte do serviço de saúde (figura 3).

Na percepção dos ACS de Ribeirão Preto e Natal, observaram-se escores satisfatórios dos itens necessários para a coleta do escarro, acondicionamento do material e encaminhamento ao laboratório (figura 3), o que corroborou com a observação dos entrevistadores somente em Ribeirão Preto (tabela 9).

Em ambos os municípios, observou-se escores próximos a satisfatórios relacionados ao treinamento dos ACS em TB e ao preparo do ACS no controle da TB (figura 3). Aspecto considerado regular no município de Natal foi a oferta de transporte e/ou vale transporte pela unidade de AB ao usuário para a realização dos exames diagnósticos da TB (figura 3), o que foi observado como satisfatório em Ribeirão Preto.

Indicador satisfatório encontrado no município de Natal e Ribeirão Preto em relação à organização do serviço para a TB foi a presença de um profissional responsável pela gestão do cuidado do paciente com TB, contudo na observação dos entrevistadores algumas unidades de saúde de Ribeirão Preto não contavam com este profissional (figura 3).

Figura 3 - Distribuição das médias e intervalos de confiança para indicadores da *Estrutura* dos serviços de saúde para a Busca de Sintomático Respiratório em Natal e Ribeirão Preto, 2010.

Legenda: A - Participação em treinamentos sobre TB; B - Preparo para identificar suspeitos de TB; C - Preparo para orientar sobre a TB; D - Preparo para orientar a coleta de escarro; E - Profissional responsável pela gestão do cuidado do paciente com TB; F - Formulário para pedido de baciloscopia de escarro no Serviço; G - Pote para coleta de escarro no Serviço; H - Geladeira para acondicionamento dos exames de escarro colhidos no Serviço; I - Oferta de transporte e/ou vale transporte para a realização dos exames diagnósticos da TB pela unidade de saúde ao usuário; J - Dificuldade para receber o pote de escarro com o material colhido; K - Esquecimento da equipe de saúde da unidade em encaminhar o pote de escarro ao laboratório; L - Não encaminhamento do pote de escarro ao laboratório devido o paciente entregar o pote de escarro fora do horário.

4.3. Desempenho dos ACS para a BSR de Tuberculose em Natal e Ribeirão Preto

Em relação ao desempenho do ACS na gestão do cuidado individual em Natal e Ribeirão Preto, observou-se fragilidade na ação de investigação da tosse nas visitas domiciliares. Contudo, os ACS de ambos os municípios apresentaram escores satisfatórios na identificação dos SR de TB na comunidade e nos serviços de saúde e na investigação de SR a partir dos casos índice (figura 4).

Destaca-se que em ambos os municípios este trabalhador comunica ao enfermeiro sobre algum usuário com tosse, entretanto, não oferta o pote de escarro ao SR, podendo esta situação estar atrelada à organização do serviço de saúde em que o ACS está inserido (figura 4).

Ainda na gestão do cuidado individual, verificou-se habilidade dos ACS dos dois municípios em convencer o usuário a colher o escarro e na orientação da coleta do escarro, porém, em Ribeirão Preto observou-se certa fragilidade na orientação sobre o acondicionamento e forma de encaminhamento do escarro ao laboratório (figura 4).

Em relação à gestão do cuidado coletivo, na figura 5, identificaram-se em ambos os municípios fragilidades no estabelecimento de parcerias com a comunidade para a BSR, em que os ACS apontaram não articulação do setor saúde com os equipamentos sociais presentes no território adscrito às unidades de saúde.

Escore razoáveis foram encontrados no município de Natal em relação à educação em saúde sobre TB na comunidade, o que pode revelar certa contrariedade da percepção do ACS, que considera mínima a realização de discussões sobre TB com a comunidade, porém, significativa realização de educação em saúde na comunidade sobre TB (figura 5). O indicador “educação em saúde das comunidades sobre TB” foi considerado regular na percepção dos ACS de Ribeirão Preto (figura 5).

Em relação à participação dos ACS em discussões sobre a TB no serviço e ao apoio institucional ofertado frente a uma situação de suspeita de TB, verificaram-se escores satisfatórios nestes indicadores em ambos os municípios (figura 5).

Figura 4 - Distribuição das médias e intervalos de confiança dos indicadores de *Desempenho* dos Agentes Comunitários de Saúde na Identificação do Sintomático Respiratório segundo a gestão do cuidado individual em Natal e Ribeirão Preto, 2010.

Legenda: M - Investigação de Sintomáticos Respiratórios na visita domiciliar; N - Identificação dos Sintomáticos Respiratórios de Tuberculose na comunidade e nos serviços de saúde; O - Levar um pedido de baciloscopia para o usuário no seu território; P - Ensinar o usuário a coletar o escarro; Q - Ensinar o usuário como armazenar e encaminhar o pote de escarro; R - Dificuldade de convencer o usuário a colher o escarro; S - Comunicar ao enfermeiro sobre os Sintomáticos Respiratórios identificados no seu território; T - Investigação de SR a partir dos casos de TB confirmados na comunidade.

Figura 5. Distribuição das médias e intervalos de confiança dos indicadores de *Desempenho* dos serviços de saúde na Busca do Sintomático Respiratório em Natal e Ribeirão Preto segundo a gestão do cuidado coletivo, 2010.

Legenda: U - Parceria com a comunidade para a BSR; V - Discussão com a comunidade sobre TB; W - Educação em saúde sobre TB na comunidade; X - Participação em discussões sobre as ações de controle da doença; Y - Apoio por outro profissional de saúde do serviço em que trabalha frente a uma situação de suspeita de TB.

4.4. Resultado do processo de BSR em Natal e Ribeirão Preto

Em Natal, verifica-se que de todos os SR dos locais de estudo somente 11,2% (375) foram investigados, podendo-se inferir que quase 3.036 SR esperados não foram examinados nos territórios adscritos as unidades do estudo no ano de 2009. Em relação aos distritos Norte e Oeste, que apresentam alta vulnerabilidade e maior concentração de casos de TB no município, observou-se que esses apresentaram ínfima investigação de SR no território. Cabe ressaltar que, nestes mesmos distritos, três unidades de saúde da AB não investigaram nenhum SR no ano de 2009, assim como uma unidade de saúde do distrito Leste, sendo este o distrito que vem apresentando a maior taxa de incidência de TB nos últimos anos (tabela 11).

Em Ribeirão Preto, em relação aos SR examinados no ano de 2009 nas áreas de abrangência das unidades de saúde do estudo, observou-se que os distritos Oeste e Norte, com maior carga de TB do município, obtiveram baixíssima proporção de SR investigados, 6% e 2% respectivamente, sendo que os distritos Central, Leste e Sul obtiveram 14%, 11% e 8% de SR investigados respectivamente. Destaca-se que dentre os distritos com alta carga de TB, 3 unidades de saúde não investigaram nenhum SR durante todo o ano. De todos os SR de TB no território circunscrito às unidades dos ACS, observou-se que apenas 6,2% (115) desta população foi examinada, ou seja, aproximadamente 1.729 SR não foram investigados nas áreas de abrangência destas unidades de saúde (tabela 12).

Tabela 11 – Distribuição da população de abrangência das unidades de saúde do estudo, número de Sintomáticos Respiratório esperados, número e proporção de Sintomáticos Respiratórios examinados em relação ao esperado segundo os distritos de saúde e tipo de unidade no município de Natal, 2009.

Distrito de Saúde	Tipo de Unidade	Unidade de saúde	População de abrangência	Nº de SR esperados	Nº de SR investigados	% de SR examinados
Norte	USF	1	7396	74	9	12,2
		2	10519	105	6	5,7
		3	5172	52	18	34,8
		4	6038	60	14	23,2
		5	5372	54	23	42,8
		6	12055	121	0	0,0
		7	9035	90	9	10,0
		8	6856	69	32	46,7
		9	7685	77	10	13,0
		10	5916	59	7	11,8
		11	8939	89	7	7,8
		12	13760	138	11	8,0
		13	13349	133	14	10,5
		14	13350	134	18	13,5
		15	20368	204	0	0,0
		16	10778	108	6	5,6
		17	11067	111	8	7,2
		18	5961	60	3	5,0
	UBS	19	8880	89	32	36,0
		20	8554	86	16	18,7
Oeste	USF	21	11703	117	1	0,9
		22	7455	75	0	0,0
		23	10441	104	10	9,6
		24	6057	61	18	29,7
		25	10267	103	5	4,9
		26	7134	71	2	2,8
		27	10848	108	27	24,9
		28	7474	75	11	14,7
		29	6268	63	2	3,2
		30	14534	145	14	9,6
	UBS	31	11722	117	1	0,9
Leste	USF	32	4421	44	2	4,5
		33	7951	80	5	6,3
		34	5594	56	24	42,9
		35	7245	72	0	0,0
	UBS	36	4647	46	4	8,6
Sul	USF	37	9990	100	4	4,0
	UBS	38	659	7	2	30,3
TOTAL			335.460	3355	375	11,2

Tabela 12 – Distribuição da população de abrangência das unidades de saúde do estudo, número de Sintomáticos Respiratórios esperados, número e proporção de Sintomáticos Respiratórios examinados em relação ao esperado segundo os distritos de saúde e tipo de unidade no município de Ribeirão Preto, 2009.

Distrito de Saúde	Tipo de Unidade	Unidade de saúde	População de abrangência	Nº de SR esperados	Nº de SR investigados	% de SR examinados
Norte	USF	1	6.025	60	07	11,6
		2	15.341	153	-	0
	UBS	3	18.133	181	04	22
		4	17.734	177	-	0
Oeste	USF	5	12.564	126	07	5,6
		6	3.688	37	-	0
	UBS	7	21.546	215	10	4,6
		8	22.714	227	22	9,7
		9	15.322	153	08	5,2
Central	UBS	10	14.540	145	20	13,7
Leste	USF	11	10.919	109	21	19,2
	UBS	12	11.059	111	04	3,6
Sul	UBS	13	14.823	148	12	8,1
TOTAL			184.408	1842	115	6,2

5. Discussão

A partir dos resultados deste estudo, observou-se que a caracterização dos ACS nos dois municípios coincidiu com outros estudos, no que se refere ao predomínio de ACS do sexo feminino (ESCOREL, 2002; MACHADO, 2000; MARTINS et al., 1996; PINTO; MENEZES; VILLA, 2010) e à escolaridade maior do que a recomendada pelo Ministério da Saúde (Ensino Fundamental) (BRASIL, 2004).

O maior nível de escolaridade dos ACS pode ampliar a incorporação de novos conhecimentos, auxiliar na orientação das famílias sob responsabilidade deles (FERRAZ; AERTS, 2005) e facilitar o reconhecimento das necessidades de saúde da população, sendo assim importante requisito para o trabalho na comunidade. Contudo, mesmo que os ACS deste estudo possuíam bom nível de escolaridade, alguns indicadores como: “*identificação dos SR na visita domiciliar*”, “*ensinar o usuário a armazenar e encaminhar o pote de escarro*”, e “*educação em saúde sobre TB na comunidade*”, não se apresentaram satisfatórios. Tal fato pode estar relacionado ao modelo instituído pela SMS em relação à forma como os treinamentos de TB são realizados, voltados à discussões mais clássicas do processo de adoecimento por TB, portanto circunscritos aos sinais e sintomas da doença, caracterizando o modelo predominante na área da saúde, o biomédico. Esse modelo de educação em saúde, aliado a uma centralização dos treinamentos com pouco ou nenhum retorno aos ACS, pode ser um dos elementos que favoreçam as dificuldades quanto aos indicadores discutidos aqui.

No que se refere aos treinamentos em TB realizados em 2009, o município de Ribeirão Preto, por meio da SMS, os ofereceu em nível central na forma de seminários a todos os profissionais de saúde da rede municipal, no entanto, aproximadamente 80 profissionais participaram. Cabe ressaltar que, de modo geral, não houve repasse das informações oferecidas nos treinamentos aos demais membros das equipes, sendo que essas somente ocorreram na ocorrência de algum caso de TB na área de abrangência ou quando solicitado.

Em Natal os treinamentos também ocorreram esporadicamente dado à necessidade de informações pelas unidades de saúde ou devido à escassez de Recursos Humanos (RH) das equipes da Secretaria Municipal e Estadual de Saúde que realizam tais treinamentos. Ressalta-se que, nesse município, o treinamento é direcionado apenas aos médicos e enfermeiros da AB, responsáveis pelo repasse do treinamento aos ACS. Tal conjunção em ambos os cenários pode desfavorecer a BSR no território e não inspirar o ACS para uma nova ordem na saúde, uma vez que os profissionais que deveriam ser agentes multiplicadores dos treinamentos

recebidos no nível central não se apresentam como tal, o que pode não despertar o compromisso ético e político dos ACS e dos demais profissionais para as questões sanitárias do território.

Para assegurar o conhecimento e habilidades específicas para o desempenho das funções dos ACS, especialmente a atuação na BSR, as capacitações devem ocorrer adotando uma ação educativa crítica, capaz de referenciar a realidade das práticas e as transformações de saúde, e não pensada a partir do modelo biologicista e descontextualizada do trabalho cotidiano em que se vivenciam as reais situações das comunidades (NUNES et al., 2002; SILVA, DALMASO, 2002).

Nesta perspectiva, a proposta da Educação Permanente em Saúde - EPS é considerada imprescindível para a qualificação das equipes dos serviços de saúde, organizados em razão das necessidades de saúde da população (MASSAROLI; SAUPE, 2008). 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. Nesse sentido, traz-se como proposta 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, promovendo alterações na produção social em saúde tanto no aspecto do ensino como do serviço, acumulando saberes e experiências com significados (MASSAROLI; SAUPE, 2008).

Deste modo, a EPS pode ser uma grande ferramenta no controle da TB na medida em que chama para responsabilidade todos os atores envolvidos na problemática do território (gestão, ensino, serviço e controle social) que, na sua conjuntura política e social, poderão definir claramente a melhor estratégia de enfrentamento do seu problema. Tal configuração poderá substancialmente contribuir para a BSR na comunidade e para que a AB assuma seu papel político e social como porta de entrada do SR de TB. Neste sentido, a educação em saúde contextualizada com o território pode fomentar uma melhor atuação dos ACS, os quais compromissados com as questões sanitárias do território poderiam ampliar o espectro da responsabilidade na BSR.

Há que se considerar outro componente importante, o julgamento em relação a sua remuneração, que também contribui para a desmotivação em relação ao conjunto de atividades desempenhadas por esse profissional. Estudos têm revelado os baixos salários como entraves à consecução da atividade deste profissional (PEDROSA; TELES, 2001; VALLA, 1999). Em Ribeirão Preto, o fato da maioria dos ACS julgar inadequada a sua

remuneração pode estar relacionado às dificuldades em manter-se em condições de vida e saúde dignamente, haja vista a renda per capita do município, considerada alta, e o salário dos ACS representar apenas 51% dessa, o que pode não viabilizar um padrão de vida digno dentro da atual realidade do município. No entanto em Natal observou-se um melhor julgamento da remuneração, o que vai ao encontro com a representação do salário dos ACS em relação à receita per capita municipal que equivale a 88%.

Cabe destacar que o Brasil é um dos países com maior desigualdade na distribuição da renda, o que pode fazer com que transformações estruturais quantitativas e qualitativas por meio da renda per capita não ocorram de forma homogênea à população, sendo que os benefícios do crescimento econômico pode não ocorrer da mesma forma as diferentes classes sociais do país. Deste modo é imprescindível que haja motivação e estímulos, traduzidos em melhores salários, reconhecimento da categoria e condições adequadas de trabalho (ESPÍNOLA; COSTA, 2006).

Outro aspecto que se apresentou discrepante em ambos municípios foi ao tempo de atuação como ACS e as ações incipientes apresentadas pelos ACS no âmbito coletivo, dado a vivência e conhecimento do território e condições sanitárias que favoreceria um maior êxito na consecução das atividades na comunidade. Neste sentido, observou-se neste estudo fragilidades na realização de atividades decorrentes da prática profissional dos ACS, como as parcerias com a comunidade para a BSR e a discussão com a comunidade sobre TB. Tal fato pode ser reflexo do modo como se opera o processo de trabalho nas equipes de saúde, refletindo nas ações de controle da TB. A ênfase nas ações de âmbito preventivo individual em detrimento das ações coletivas reproduzem o modelo de assistencial já existente nos serviços de saúde e não colaboraram para a mudança de um novo modelo vinculado à vigilância em saúde.

Estudos mostram que o tempo de atividade laboral revela-se um importante definidor para a compreensão do papel como ACS, das práticas realizadas, do conhecimento do território, e os seus determinantes no processo saúde doença, bem como no fortalecimento do vínculo dos ACS com a comunidade, o que encontra subsídios no fato destes acumularem experiências no contato com os demais componentes da equipe de saúde e com a população (FERRAZ; AERTS, 2005; MACIEL et al., 2008; AMORIM; ANDRADE, 2009).

Encontrou-se neste estudo alguns entraves para a BSR pelos ACS que reflete o modelo assistencial dos municípios, uma vez que por vezes induz o ACS às práticas individuais e à pouca realização de ações de promoção e prevenção de doença no território, comprometendo

a proposta da reorientação do modelo assistencial. Por assim dizer, para o controle da TB é importante que os trabalhadores da saúde estejam mais abertos à realidade epidemiológica e social do território, rompendo com a lógica programática, de instauração de necessidades e da ideologia flexneriana.

Nesse sentido, tem sido apontado que o grande desafio do SUS é a reorganização do modelo assistencial, sendo que essa não reflete apenas um trabalho de natureza técnica, mas também se trata de uma mudança paradigmática do sistema de saúde (MENDES, 2002).

Mendes (2002) aponta que uma das estratégias para o fortalecimento da AB é uma maior ampliação do modelo da Saúde da Família, dado suas especificidades em relação aos princípios que norteiam essa estratégia. No que concerne aos municípios estudados, identificamos que a Saúde da Família ainda se encontra em um processo de transição, considerada incipiente para o município de Ribeirão Preto (13%) e intermediária para o município de Natal (34%). Embora se considere a ESF como uma alternativa viável para uma melhor consecução das atividades na AB, estudo realizado por Scatena e colaboradores (2009) revela que as ações da ESF para o acesso ao diagnóstico da TB não apresentaram desempenho satisfatório.

Ainda relacionado à organização das atividades junto às equipes de saúde, no que concerne ao desempenho do trabalho dos ACS em relação à investigação dos SR quando em visita domiciliar, considerado como escore “regular”, e levar um pedido de baciloscopia para o usuário do território, considerado “insatisfatório”, revela-se a dificuldade na implementação de ações que poderiam levar a um melhor resultado nos processos de investigação dos SR de TB, uma vez que, no julgamento dos ACS, esses conseguem identificá-los na comunidade e nos serviços de saúde.

Essa divergência reflete a forma de organização da AB na atenção à TB, dado que limita as ações que poderiam ser ofertadas pelos ACS. Essa encontra ressonância quando o ACS é orientado a encaminhar o suspeito à unidade de saúde para a realização da baciloscopia ou somente comunicar o enfermeiro para realizar o agendamento de visita domiciliar.

Esse modelo assistencial impõe um processo de burocratização no trabalho do ACS, interferindo na BSR, colaborando para o baixo desempenho das unidades de saúde do estudo no que se refere aos SR examinados, que foi de 11,2% e 6,2% dos SR esperados para as respectivas áreas de abrangência dos municípios de Natal e Ribeirão Preto respectivamente. Há que se considerar que não estamos eximindo a responsabilidade de toda a equipe de saúde nessa atividade, no entanto, dado a especificidades do trabalho do ACS junto à comunidade,

essa poderia ser uma estratégia ampliada para a melhoria dos índices relacionados à TB no território.

Nesse sentido, esta forma de organização também pode interferir diretamente em algumas ações de caráter coletivo de competência dos ACS, como é o caso das parcerias com a comunidade para a BSR e a discussão com as comunidades sobre TB, julgadas como “regular e insatisfatória” em ambos os cenários, o que nos leva a pressupor que a falta de autonomia dos ACS para desencadear o processo de investigação de SR pode ser um dos elementos motivacionais que interfere no desenvolvimento dessas ações coletivas. Nessa direção estudos conduzidos por Oliveira e colaboradores (2009), Oliveira, Nachif e Matheus (2003) e Solla, Medina e Dantas (1996) referem que as ações coletivas realizadas pelos ACS carecem de fortalecimento na valorização e no desenvolvimento comunitário, bem como nas ações educativas e preventivas que interferem positivamente na saúde da comunidade.

Tais limitações deixam de envolver uma ação comunicativa na sociedade, de diálogo permanente dos grupos sociais existentes e as pessoas de modo geral, o que buscaria a reestruturação da ação coletiva em defesa da saúde e da melhoria das condições de vida (MERHY, 1997; MINAYO, 2001) reforçando o novo modelo assistencial proposto de Atenção à Saúde Integral, ou seja, o cidadão compreendido em suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais (MOROSINI; CORBO, 2007).

No cotidiano de trabalho do ACS, as ações de alcance coletivo devem ser priorizadas a fim de reduzir a carência de informação da população sobre as condições de saúde e dos seus determinantes, contribuindo, assim, para mobilização comunitária e a melhoria das condições de vida e de saúde (OLIVEIRA; NACHIF; MATHEUS, 2003; SOLLA; MEDINA; DANTAS, 1996), o que não foi identificado no nosso estudo de acordo com o julgamento dos ACS.

Outro fato que pode concorrer para o baixo desempenho na BSR pelos ACS diz respeito às fragilidades relacionadas à infra-estrutura e o sistema de apoio diagnóstico.

No município de Natal, deficiências no sistema de apoio diagnóstico (unidades sem laboratórios responsáveis pelo recolhimento das baciloscopias), ausência de insumos básicos (como pote de escarro e geladeira ou local para acondicionamento dos exames) e a falta da rotina sistematizada para atender o suspeito de TB podem ser entraves para a consecução da BSR no município. Tais deficiências podem acarretar no descompromisso da equipe de saúde para a BSR por não fomentar a incorporação dessa ação na rotina da equipe de saúde e também contribuir como obstáculo para a motivação dos ACS a desencadear o processo de

investigação dos SR no território. Além disso, tais fragilidades podem levar um custo econômico e social considerável ao usuário, que precisa se deslocar até o laboratório de referência, distante de sua unidade da AB, para a realização da baciloscopia, dado que os resultados revelaram que o município pouco oferta transporte e/ou vale transporte para o usuário realizar exames diagnósticos.

Os serviços da AB, de modo geral, têm limitações na realização de exames, não assegurando o necessário apoio diagnóstico, o que faz com que muitos usuários tenham preferência em procurar outras portas de entrada no sistema, como os hospitais (MOROSINI; CORBO, 2007) e prontos atendimentos, pois sabem que o acesso a esse tipo de retaguarda será facilitado. Tal prerrogativa pode ser um dos aspectos que contribuem para o alto número de diagnósticos de TB realizados no hospital de referência e a ínfima porcentagem de baciloscopias realizadas pelas unidades de AB de Natal.

De fato, obstáculos para a realização da baciloscopia nas unidades da AB comprometem a integralidade da atenção na medida em que a insuficiente oferta da coleta de escarro exige deslocamento dos casos suspeitos de TB para outros serviços sendo que, ao transferir para os pacientes a responsabilidade de proceder à coleta e encarregá-los de levar o material ao local estabelecido, coloca-se em risco a ação planejada (MARCOLINO et al., 2009).

Entraves semelhantes foram verificados no município de Ribeirão Preto, onde falhas na disponibilidade de insumos (livros de SR), rigidez das rotinas/horário de envio de escarro, falta de rotina sistematizada para atender o suspeito de TB e ausência de profissionais responsáveis pelas ações de controle da TB foram detectadas.

Mendes (2002) afirma que a superação desses entraves 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 da 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.

Deste modo, no que tange ao diagnóstico da TB para a organização da rede de serviços na “meso-gestão”, são necessários mecanismos que garantam o fluxo laboratorial do material

coletado (armazenamento, transporte, sistema de informação) e, em relação ao componente da “micro-gestão” relacionado à capacidade de interação do doente, implica a ampliação da capacidade técnica dos profissionais e o consequente empoderamento de suas funções e competências frente aos casos de TB (MARCOLINO et al., 2009). Há que se considerar que, no caso dos ACS, o empoderamento de suas funções frente aos suspeitos de TB deve ser repensado dentro do modelo assistencial vigente nas unidades de saúde estudadas, dado que se as ações dos ACS na investigação do SR fossem expandidas dentro dos serviços de saúde, estas poderiam refletir em melhores indicadores relacionados à TB.

Autores ressaltam que apesar do ACS procurarem trabalhar com ações de promoção da saúde para legitimar seu trabalho, a equipe de saúde por vezes desqualifica a ação cuidadora do ACS, por não reconhecer nele a competência para a construção de um tipo de cuidado diferente daquele centrado na lógica programática, constringendo-o à repetição do atual modelo (FERREIRA et al., 2009). Tais resultados corroboram com os achados deste estudo em que, apesar do ACS sentir-se preparado para o desenvolvimento de algumas práticas necessárias ao controle da TB, sua efetivação se revelou insuficiente, talvez pela dificuldade desta equipe em valorizar este agente na gestão do cuidado dos suspeitos de TB.

A ação de educação em saúde sobre TB nas comunidades pelos ACS obteve um bom desempenho nos municípios do estudo, no entanto, observamos fragilidades na realização de articulação das discussões com a comunidade sobre TB pelos ACS e parcerias com a comunidade para a BSR. Tal contradição pode estar relacionada à concepção que os ACS têm sobre a educação em saúde, na medida em que o não estabelecimento de vínculos e articulação com a comunidade nas discussões sobre TB parecem indicar que a transferência de conhecimentos, passividade e pouca autonomia são elementos chaves que carregam o processo educacional.

Tal compreensão de educação pode ser um dos obstáculos para a consolidação de um novo modelo assistencial, dado que os ACS não conseguem fomentar a organização da comunidade para a cidadania e a inclusão numa dimensão de transformação social, reproduzindo na comunidade, o modelo de trabalho da unidade de saúde a qual está vinculado.

Estudo mostrou que o exercício profissional do ACS está fortemente condicionado pelo contexto em que se realiza seu trabalho, sendo este ator reconhecido como um grande conhecedor da população, organizador do acesso e controlador da adesão aos cuidados de saúde propostos pelos médicos e enfermeiros, mas pouco identificado com as ações de cunho

preventivo e de promoção da saúde (MENDONÇA, 2004). Essa prerrogativa neste estudo está ancorada a partir do julgamento do ACS sobre a participação em discussões sobre as ações de controle da doença e apoio por outro profissional de saúde do serviço em que trabalha frente a uma situação de suspeita de TB, o que parece revelar que, do ponto de vista das ações intramuros, o ACS se apresenta em uma zona de conforto, o que não é possível identificar nas ações extramuros.

Com relação ao apoio dos integrantes das equipes de saúde ao ACS, identificaram-se escores satisfatórios no que tange ao apoio por outro profissional de saúde do serviço em que trabalha frente a uma situação de suspeita de TB e ao ato de comunicar o enfermeiro sobre os SR identificados no território. Esses dois indicadores revelam que o ACS consegue identificar algum profissional da equipe de saúde como referência para o desenvolvimento e suporte de suas atividades. No entanto, as fragilidades na articulação com a comunidade revelam que, ao não deter um campo de conhecimento específico que lhe possibilite ter mais autonomia no processo de trabalho (SILVA, DALMASO, 2002), necessariamente para essas ações de caráter coletivo, precisaria de uma supervisão para o desenvolvimento das mesmas, pois o trabalho com a comunidade exige uma metodologia específica.

Cabe destacar que é de competência do enfermeiro a supervisão dos ACS, sendo esta realizada geralmente de forma rotineira 1x/semana, como também encontrada nos cenários deste estudo, o que pode não oferecer tempo suficiente para as discussões sobre os problemas sanitários do território e das áreas adscritas aos ACS. Deste modo, podemos inferir que insuficiência de tempo, para uma supervisão contínua pode acarretar em dificuldades no processo e operacionalização da BSR pelo ACS.

Além de supervisões e apoio por parte dos integrantes da equipe, as discussões sobre as ações de controle da TB nas unidades de AB se configuram em importantes espaços para trocas de experiências e busca de soluções com base nas necessidades de saúde da população. Discussões periódicas com todos os membros da equipe favorecem o intercâmbio de idéias, e efetivação do vínculo e busca de soluções para as dificuldades vividas (CAMPINAS; ALMEIDA, 2004; LEVY; MATOS; TOMITA, 2004). Desse modo, a supervisão aliada às discussões internas sobre as questões da TB precisam extrapolar para além dos serviços de saúde, garantindo parcerias com a comunidade e possibilitando a construção de um novo modelo assistencial, onde a atuação à TB se configure como um processo vinculado à vigilância em saúde, não apenas em atividades pontuais de cunho campanhista.

Outro aspecto a ser considerado refere-se à gestão do cuidado em saúde, em que pouca ênfase é dada nas ações de vigilância em saúde devido à incipiência da BSR de forma permanente no território. Cabe ressaltar que o município de Natal, mesmo com a atenção a TB descentralizada em unidades de saúde da AB, por vezes apresenta-se falho na responsabilização da situação epidemiológica do seu território, haja vista o elevado número de diagnósticos de TB realizados no hospital referência do município, a elevada taxa de abandono do tratamento e a baixa taxa de cura dos doentes de TB. Já em Ribeirão Preto a atenção à TB está centralizada em ambulatórios de especialidades, o que pode colaborar para o desconhecimento dos doentes de TB pelas equipes de saúde nas suas áreas adscritas, assim como a não co-responsabilização da AB com a situação epidemiológico-social nos territórios, uma vez que a responsabilidade do segmento do doente em tratamento e dos comunicantes é do ambulatório de referência.

No que se refere ao reconhecimento da situação epidemiológica social dos territórios, uma das estratégias é o sistema de informação da AB. Em ambos os municípios, observou-se que o sistema de informação das SMS funciona de forma desarticulada, tanto com os distritos sanitários, quanto com as unidades da AB, não havendo na maioria das vezes o retorno da análise das informações às unidades de AB, o que pode refletir em fragilidades das unidades básicas para a realização de um planejamento a partir do diagnóstico situacional do território e desarticulação entre os pontos do sistema de saúde.

Considerando que o ACS é um ator social relevante nas equipes de saúde, estudo identificou graus variados na sua proposta de atuação, sendo um mais estritamente técnico, relacionado ao atendimento aos indivíduos e famílias, mediante intervenção para prevenção de agravos e outro mais político no sentido de organização da comunidade, de transformação de suas condições (SILVA; DALMASO, 2002).

Ainda que o ACS tenha uma importante atuação política, neste estudo o desempenho deste ator nas ações de BSR foi mais satisfatório na dimensão técnica do que na dimensão política. Para a TB, a dimensão política do trabalho do ACS é condição *sine qua non* quando se intenta decididamente o controle da TB nas comunidades (MACQ; TORFOSS; GETAHUN, 2007), embora as ações com este caráter se revelaram incipientes no seu trabalho. A vinculação dos ACS com uma ação mais técnica reproduz o modelo biomédico existente nos serviços de saúde e reforça as dificuldades da reorientação do modelo atrelado à vigilância em saúde.

6. Considerações Finais

Destaca-se que o estudo tem limitações na medida em que apresenta apenas a percepção dos ACS em relação ao seu preparo e prática para a realização da BSR, sendo que estes aspectos podem ser supervalorizados pelos mesmos.

Outro limite é quanto à utilização de dados secundários, ou seja, registros em sistema de informação que nem sempre estavam adequadamente preenchidos. Além disso, foi impossível captar a subjetividade relacionada ao trabalho do ACS junto à equipe de saúde, o que seria possível por meio de uma abordagem qualitativa.

Considera-se que há necessidade de ampliar as ações dos ACS na investigação da TB, uma vez que uma maior autonomia da sua prática sanitária propiciaria um maior comprometimento e responsabilização dessa atividade junto a sua área de abrangência.

Há fortes evidências de que a manutenção do atual modelo assistencial continuará limitando o desenvolvimento de um trabalho mais coletivo e articulado com as reais necessidades da comunidade. Esse *status quo* é reproduzido no micro espaço do trabalho do ACS restringindo as ações previstas pelo MS e se traduz em uma atividade com maior ênfase na dimensão técnica em detrimento da dimensão política. O sucesso na consecução das atividades dos ACS deve permear tanto a dimensão técnica quanto a política.

Os limites encontrados em relação à infra-estrutura, educação em saúde e supervisão contribuem para pouca valorização das ações de TB nos cenários da pesquisa. Esses aspectos não qualificam o trabalho do ACS e da equipe de saúde por não fomentar a incorporação das ações de BSR na rotina dos serviços de saúde, contribuindo assim para que a TB se mantenha como problema e desafio para a Saúde Pública.

Neste sentido, na necessidade de prover maiores investimentos na EPS, para um novo modelo de atenção a TB, a vontade e o comprometimento político são imprescindíveis para organização de um sistema integrado de saúde, com estabelecimento de uma nova lógica de trabalho, novas tecnologias no fluxo de informações e articulação intersetorial, como também incentivos e supervisões contínuas aos ACS, valorizando-os como integrantes singulares na equipe de saúde para BSR no território.

Referências

ALMEIDA, C.; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. Série Técnica - Desenvolvimento de Sistema e Serviços de Saúde - 10, Brasília, Organização Pan-Americana de Saúde, 2006.

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

BARREIRA, D.; GRANGEIRO, A. Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no Brasil. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v.41, p. 4-8, 2007. Suplemento 1.

BOLFARINE, H.; BUSSAB, W. O. **Elementos de Amostragem**. 1 ed. Blucher: p.290, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde**. Brasília; março, 1996.

_____. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997a.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. Programa de Controle da Tuberculose. **Diretrizes do plano de ação emergencial para os municípios prioritários**. Brasília, 1997b.

_____. Ministério da Saúde. **Manual para organização da Atenção Básica**. Brasília, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria das Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. **Plano de controle da tuberculose no Brasil no período de 2001-2005**. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar**. Brasília, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. **Tuberculose** – Guia de vigilância epidemiológica/elaborado pelo Comitê Técnico – Científico de Assessoramento à Tuberculose e Comitê Assessor para Co-infecção HIV-Tuberculose. – Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **Proposta de Formação do Agente Comunitário de Saúde** – Habilitação Profissional Técnica. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006b.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília, 2007.

_____. 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, Tracoma e Tuberculose**. 2. ed. Brasília,. p. 195, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Informações de saúde. 2009b. Brasília. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 14 mai. 2009a.

_____. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. DATASUS, 2009. Brasília. Disponível em: <http://cns.datasus.gov.br>. Acesso em: 25 mai. 2009b.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Brasil reduz casos novos de tuberculose**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=12351>. Acesso em: 15 nov. 2011.

CAMPINAS, L. L. S. L.; ALMEIDA, M. M. M. B. Agentes Comunitários de Saúde e o acolhimento aos doentes com tuberculose no Programa Saúde da Família. **Bol. Pneumol. Sanit**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p.145-54, 2004.

CAMPOS, L.; WENDHAUSEN, A. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto-Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 271-9, 2007.

CASTELO FILHO, A. et al. II Consenso Brasileiro de Tuberculose: Diretrizes Brasileiras para Tuberculose 2004. **J. Bras. Pneumol**, Brasília, vol.30, p. 57-86, 2004.

CEZAR, L. S. B. **Programa de Saúde da Família**: uma avaliação no morro do Borel. (2003). Dissertação de mestrado - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (2003).

CHOWDHURY, A. M. et al. Control of tuberculosis by community health workers in Bangladesh. **The Lancet**, New York, v.50, p.169-172, 1997.

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.

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 randomised control trial. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v.9, n.6, p.673-79, 2005.

COPQUE, H. L. F.; TRAD, L. A. B. Programa Saúde da Família: a experiência de implantação em dois Municípios da Bahia. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 14, out/dez. 2005.

COSTA, G. D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.62, n.1, p. 113-8. Jan/fev, 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.

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.

DONABEDIAN A. **The definition of quality and approaches to its assessment.** Michigan: Ann Arbor/Health Administration Press, 1980.

DUDLEY, L. et al. Evaluation of community contribution to tuberculosis control in Cape Town, South Africa. **Int J Tuberc 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, Ministério da Saúde; Brasília, 2002.

ESPÍNOLA, F. D. S.; COSTA, I. C. C. Agentes comunitários de saúde do PACS e PSF: uma análise de sua vivência profissional. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo, São Paulo**, v. 18, n. 1, p. 43-51, jan-abr, 2006.

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. 2, p. 347-355, 2005.

FERREIRA, V. S. C. F. et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p.898-906, 2009.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. **O trabalho em saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Hucitec, p.55-124, 2003.

GONDIM, M. M. G. et al. Vigilancia en salud: (re)construyendo al modelo de formación para trabajadores de nivel medio del Sistema único de Salud, 2005 Out 4-7; Havana, Cuba. Havana (CU): Instituto de Medicina Tropical Pedro Kouri, p. 2-11. 2005.

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

HARRIS, M.; HAINES, A. Brazil's Family Health Programme. **BMJ**, London, 2010; 341. Disponível em <http://www.bmj.com/content/341/bmj.c4945.full>. Acesso em: 20 dez. 2010.

HIJJAR, M. A.; OLIVEIRA, M. J. P. R.; TEIXEIRA, G. M. A tuberculose no Brasil e no mundo. **Bol. Pneumol. Sanit.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, dez. 2001.

HIJJAR et al. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, p.50-58, 2007.

IBGE. SIDRA: banco de dados agregados. IBGE, 2000. Base de dados. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 jun. 2006.

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.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N. G. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. **Cadernos de Saúde da Família**, Brasília, v. 1, p.3-9. 1996.

LEVY, F. M.; MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. W. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.197-203, 2004.

MACHADO, M. H. **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil**. Ministério da Saúde; Brasília, 2000.

MACIEL, E. L. N. et al. O agente comunitário de saúde no controle da tuberculose: conhecimentos e percepções. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.6, p.377-386, 2008.

MACQ, J.; TORFOSS, T.; GETAHUN, H. Patient empowerment in tuberculosis control: reflecting on past documented experiences. **Trop Med Int Health**, Oxford, v. 12, n.7, p. 873-85, 2007.

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

MARTINS, C. L. et al. Agentes comunitários nos serviços de saúde pública: elementos para uma discussão. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 51, p. 38-43, 1996.

MASSAROLI, A.; SAUPE, R. **Distinção conceitual: educação permanente e educação continuada no processo de trabalho em saúde**. Santa Catarina, 2008. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.045.pdf>. Acessado em 16 nov. 2010.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec; 1996.

_____. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

_____. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p. 2297-305, 2010.

MENDONÇA, M. H. M. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1433-1434, out. 2004.

MENEGOLLA, V. L.; POLLETO, D.; KRAHL, M. O Agente Comunitário de Saúde no desenvolvimento de seu trabalho. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, jul./dez, 2003.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY E. E; ONOCKO R. (org.), **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec/Lugar Editorial, p. 385, 1997.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O.; NOGUEIRA, R. C. **Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida**: contribuição para as Conferências de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1992.

MINAYO, M. C. S. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 7-19, 2001.

MOROSINI, M. V. G. C; CORBO, A. D'A. (org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007.

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. **Cien Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v.10, n. 2, p. 315-321, 2005.

NATAL. Secretaria Municipal de Saúde. Plano municipal de saúde: 2006-2009/ Secretaria Municipal de Saúde de Natal. – Natal, RN, 2006.

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.106-18, 2007.

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

OLIVEIRA, I. F.; SILVA, F. L.; YAMAMOTO, O. H. A psicologia no Programa de Saúde da Família (PSF) em Natal: espaço a ser conquistado ou um limite da prática psicológica? **Aletheia**, Canoas, n.25, p.5-19, jan./jun. 2007.

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 de Mato Grosso do Sul. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 25, n.1, p. 95-101, 2003.

OLIVEIRA, S. A. C. et al. Serviços de saúde no controle da tuberculose: enfoque na família e orientação para a comunidade. **Rev Lat-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 3. maio-junho 2009.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. (org.). **Epidemiologia e saúde**. 5ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999. p. 473-87.

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do programa saúde da família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 303, 2001.

PINTO, E. S. G.; MENEZES, R. M.; VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família em Ceará – Mirim. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 657-64, 2010.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão Ano 2009. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/i16principal.php?pagina=/ssauade/conselho/i16indicgestao.htm>. Acesso em 31 mai. 2010.

RIBEIRO, L. Fundação Ataufo de Paiva. **Liga Brasileira Contra a Tuberculose: notas e documentos para sua história**. Rio de Janeiro; 1985.

RODRIGUES, B. A. **Fundamentos de Administração Sanitária**. Brasília: Ed. Freitas Bastos; 1979.

RUFFINO-NETTO, A. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: Situação Atual e Novas Perspectivas. **Inf. Epidemiol. Sus**, Brasília, v.10, n. 3, jul/set. 2001.

SANTANA, J. C. B. et al. Agente comunitário de saúde: percepções na estratégia saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.14, n. 4, p. 645-52, 2009.

SCATENA, L. M. et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p.389-397, 2009.

SENGUPTA, S. et al. Social impact of tuberculosis in southern Thailand: views from patients, care providers and the community. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v.10, n.9 p.1008-1012, 2006.

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. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2002.

SINAN-NATAL. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação**. Departamento de vigilância a saúde. Setor de vigilância epidemiológica. Núcleo de agravos notificáveis, 2009.

SOLLA, J. J. S. P.; MEDINA, M. G.; DANTAS, M. B. P. O PACS na Bahia: avaliação do trabalho dos agentes comunitários de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 51, p. 4-15, 1996.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p.1325-1335, 2009. Suplemento 1.

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

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente- um modo de fazer**. São Paulo: Edusp, 2001.

TB-WEB. Sistema de Notificação e Acompanhamento dos Casos de Tuberculose. Disponível em: <http://www.cvetb.saude.sp.gov.br/tbweb/index.jsp> (acesso restrito). Acesso em: 17 mar. 2010.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. **SUS: modelos assistências e vigilância da saúde.** IESUS. 2000. abr/jun; VII(2) p. 9-28.

TEIXEIRA, C. F.; PINTO, L. L.; VILASBÔAS, A. L. Q. **O Processo de trabalho da vigilância em saúde,** Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV/Proformar, p. 60, 2004.

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

THORSON, A.; JOHANSSON, E. Equality or equity in health care access: a qualitative study of doctors' explanations to a longer doctor's delay among female TB patients in Vietnam. **Health Policy,** Amsterdam, v.68, p.37-46, 2004.

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

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais.** São Paulo: Atlas, 1992.
VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cad Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 7-14, 1999.

VIANA, A. L. D.; POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis,** Rio de Janeiro, v.15, 2005.

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.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis control: a short update to the 2009 report,** 2010. Geneva: OMS; 2010. WHO/HTM/TB/2010.

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.

YIMER, S.; BJUNE, G.; ALENE, G. Diagnostic and treatment delay among pulmonary tuberculosis patients in Ethiopia: a cross sectional study. **BMC Infectious Diseases,** London, v.5, n.112, 2005.

Apêndices

APÊNDICE A - Distribuição das médias e intervalos de confiança para indicadores da *Estrutura* dos serviços de saúde para a Busca de Sintomático Respiratório em Natal e Ribeirão Preto, 2010.

Indicadores da <i>Estrutura</i> dos serviços de saúde para a Busca de Sintomático Respiratório	Municípios					
	Natal - RN			Ribeirão Preto - SP		
	n	$\bar{x}$	[95%IC]	n	$\bar{x}$	[95%IC]
A - Participação em treinamentos sobre TB;	105	3,61	[3,36 ; 3,86]	105	3,68	[3,42 ; 3,93]
B - Preparo para identificar suspeitos de TB;	105	4,39	[4,19 ; 4,59]	105	3,86	[3,61 ; 4,11]
C - Preparo para orientar sobre a TB;	105	4,66	[4,50 ; 4,81]	105	4,34	[4,14 ; 4,55]
D - Preparo para orientar a coleta de escarro;	105	4,21	[3,97 ; 4,46]	105	3,75	[3,46 ; 4,04]
E - Profissional responsável pela gestão do cuidado do paciente com TB;	104	4,98	[4,96 ; 5,00]	98	4,18	[3,87 ; 4,50]
F - Formulário para pedido de baciloscopia de escarro no Serviço;	102	4,90	[4,83 ; 4,97]	97	4,76	[4,62 ; 4,91]
G - Pote para coleta de escarro no Serviço;	102	4,25	[4,02 ; 4,49]	99	4,93	[4,84 ; 5,00]
H - Geladeira para acondicionamento dos exames de escarro colhidos no Serviço;	71	3,73	[3,30 ; 4,16]	86	4,48	[4,19 ; 4,76]
I - Oferta de transporte e/ou vale transporte para a realização dos exames diagnósticos da TB pela unidade de saúde ao usuário;	95	3,06	[2,70 ; 3,42]	90	3,84	[3,52 ; 4,17]
J - Dificuldade para receber o pote de escarro com o material colhido;	64	4,52	[4,28 ; 4,76]	74	4,59	[4,37 ; 4,82]
K - Esquecimento da equipe de saúde da unidade em encaminhar o pote de escarro ao laboratório;	73	4,88	[4,75 ; 5,00]	69	4,94	[4,87 ; 5,00]
L - Não encaminhamento do pote de escarro ao laboratório devido o paciente entregar o pote de escarro fora do horário;	63	4,63	[4,45 ; 4,82]	59	4,36	[4,14 ; 4,58]

Legenda: $\bar{x}$ - média; 95% IC- Intervalo de confiança de 95%;

APÊNDICE B - Distribuição das médias e intervalos de confiança dos indicadores de *Desempenho* dos Agentes Comunitários de Saúde na Identificação do Sintomático Respiratório segundo a gestão do cuidado individual em Natal e Ribeirão Preto, 2010.

Indicadores de <i>Desempenho</i> dos ACS na identificação do Sintomático Respiratório segundo a gestão do cuidado individual	Municípios					
	Natal - RN			Ribeirão Preto - SP		
	n	$\bar{x}$	[95%IC]	n	$\bar{x}$	[95%IC]
M - Investigação de Sintomáticos Respiratórios na visita domiciliar;	105	3,40	[3,21 ; 3,58]	105	3,01	[2,82 ; 3,20]
N - Identificação dos Sintomáticos Respiratórios de Tuberculose na comunidade e nos serviços de saúde;	105	4,04	[3,83 ; 4,25]	105	3,88	[3,66 ; 4,10]
O - Levar um pedido de baciloscopia para o usuário no seu território;	99	2,21	[1,98 ; 2,44]	103	1,79	[1,61 ; 1,97]
P - Ensinar o usuário a coletar o escarro;	105	3,69	[3,37 ; 4,02]	96	3,57	[3,22 ; 3,93]
Q - Ensinar o usuário como armazenar e encaminhar o pote de escarro;	105	3,62	[3,29 ; 3,95]	96	3,45	[3,08 ; 3,82]
R - Dificuldade de convencer o usuário a colher o escarro;	83	4,24	[4,00 ; 4,48]	59	3,98	[3,66 ; 4,30]
S - Comunicar ao enfermeiro sobre os Sintomáticos Respiratórios identificados no seu território;	105	4,95	[4,90 ; 5,00]	107	4,48	[4,26 ; 4,69]
T - Investigação de SR a partir dos casos de TB confirmados na comunidade;	105	4,44	[4,22 ; 4,67]	95	3,88	[3,58 ; 4,19]

Legenda: $\bar{x}$ - média; 95% IC- Intervalo de confiança de 95%;

APÊNDICE C - Distribuição das médias e intervalos de confiança dos indicadores de *Desempenho* dos serviços de saúde na Busca do Sintomático Respiratório em Natal e Ribeirão Preto segundo a gestão do cuidado coletivo, 2010.

Indicadores de <i>Desempenho</i> dos serviços de saúde na Busca do Sintomático Respiratório segundo a gestão do cuidado coletivo	Municípios					
	Natal – RN			Ribeirão Preto – SP		
	n	$\bar{x}$	[95%IC]	n	$\bar{x}$	[95%IC]
U - Parceria com a comunidade para a BSR;	105	2,71	[2,45 ; 2,97]	105	1,93	[1,67 ; 2,18]
V – Discussão com a comunidade sobre TB;	105	2,50	[2,28 ; 2,72]	105	1,54	[1,34 ; 1,74]
W – Educação em saúde sobre TB na comunidade;	105	4,12	[3,92 ; 4,32]	105	3,49	[3,25 ; 3,73]
X - Participação em discussões sobre as ações de controle da doença;	104	4,01	[3,79 ; 4,23]	105	3,81	[3,56 ; 4,07]
Y - Apoio por outro profissional de saúde do serviço em que trabalha frente a uma situação de suspeita de TB;	105	4,40	[4,18 ; 4,61]	95	4,23	[3,94 ; 4,52]

Legenda: $\bar{x}$ - média; 95% IC- Intervalo de confiança de 95%;

Anexos

ANEXO I

Roteiro observacional da estrutura dos Serviços de Saúde - Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil.

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:	
	10.1. 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	
	10.2. Qual o horário que o Laboratório passa? _____	
11.	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

ANEXO II

Formulário: Agentes Comunitários de Saúde - Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil

Número do formulário: _____	Município: _____
Responsável pela coleta de dados: _____	Data da coleta de dados: ____/____/____
Digitador: _____	Data da digitação: ____/____/____ Local da coleta: _____
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. ESTRUTURA		
8.	Com que frequência tem formulário para solicitação de exame de escarro no serviço de saúde que o(a) Sr(a) trabalha?	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre 0- ☐ Não sabe
9.	Com que frequência tem pote para coleta de escarro no serviço de saúde que o(a) Sr(a) trabalha?	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre 99- ☐ Não se aplica 0- ☐ Não sabe
10.	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 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre 99- ☐ Não se aplica 0- ☐ Não sabe
11.	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
12.	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)
13.	Com que frequência o pote de escarro não é encaminhado ao laboratório para análise por esquecimento da equipe de saúde da sua unidade?	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)
14.	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)
15.	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: _____

16.	O(a) Sr(a) participou de treinamento relacionado à tuberculose?	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre
17.	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
18.	O(a) Sr(a) se sente preparado para realizar orientações sobre tuberculose?	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre
19.	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

C. DESEMPENHO

20.	Com que frequência o(a) Sr(a) suspeita que um usuário apresentando tosse pode ser doente de TB?	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre
21.	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
22.	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
23.	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
24.	O(a) Sr(a) ensina o doente como armazenar e encaminhar o pote de escarro até o local indicado?	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre
25.	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
26.	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
27.	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
28.	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
29.	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
30.	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
31.	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
32.	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

Observações do Entrevistador:

ANEXO III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) senhor (a),

Gostaria de convidá-lo (a) para participar de uma pesquisa sobre “Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil”. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da instituição: _____. Ela tem como objetivo avaliar a causas de retardo do diagnóstico da tuberculose nos serviços de saúde.

Sua participação consistirá em responder a um formulário e/ou uma entrevista que será audiogravada, podendo durar em média 40 minutos e ser realizada no local de sua preferência (serviço de saúde ou domicílio). As informações fornecidas contribuirão com a melhoria dos serviços de saúde na atenção a Tuberculose.

Eu, _____, tendo recebido as informações acima e ciente de meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar.

A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do formulário antes e durante a entrevista, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar, bem como está me assegurado o segredo das informações por mim reveladas;

A segurança de que não serei identificado, assim como está assegurado que a pesquisa não trará prejuízo a mim e a outras pessoas;

A segurança de que não terei nenhuma despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa,

A garantia de que todas as informações por mim fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitada por mim a todo o momento.

A garantia de que meu tratamento não será prejudicado se eu desistir de participar da pesquisa. Uma cópia desta declaração deve ficar com o (a) Sr. (a).

Ribeirão Preto, ____, de _____ de 2009.

_____
Assinatura do entrevistado

Telefone: _____

Certos de estar contribuindo com o conhecimento em Tuberculose para a melhoria da saúde da população contamos com a sua preciosa colaboração.

Atenciosamente

Profª Drª Tereza Cristina Scatena Villa

.....
CONTATO: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Endereço:
Avenida Bandeirantes, 3900 Campus Universitário – Ribeirão Preto – SP; CEP 14049-900 – SP
Telefone (0XX16) 36023228 e.mail: *tite@erp.usp.br*

ANEXO IV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Campus Universitário s/n – Lagoa Nova, Natal / RN, 59072-970, Fone 3215 3196.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Natal, RN, ... de .....de .....

Prezado (a) Sr. (a),

Este é um convite para você participar da pesquisa “**O ACESSO AO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE NA REDE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE NATAL/RN: a visão dos profissionais de saúde**” que é coordenada pela Profª Drª Bertha Cruz Enders. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. A pesquisa tem como objetivo avaliar as causas de retardo do diagnóstico da tuberculose nos serviços de saúde. Para esse fim será utilizado um formulário com os profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que se encontram no ambulatório de referência para tratamento de tuberculose como também nas unidades básicas de saúde e na Estratégia de Saúde da Família. Este procedimento não acarretará nenhum risco aos que aceitarem participarem do estudo.

Ressaltamos a importância da sua participação, não trazendo gastos ou prejuízos financeiros e pessoais, já que a pesquisa será realizada no próprio ambiente de trabalho. Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

Os resultados obtidos serão utilizados para fins científicos, havendo o compromisso por parte dos pesquisadores em manter o sigilo e o anonimato de todos os participantes. Ressalta-se ainda que você poderá desistir da pesquisa em qualquer momento, sem que lhe seja imputada penalidades ou prejuízos.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para Erika Simone Galvão Pinto, no endereço Campus

---

Universitário - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Lagoa Nova ou pelo telefone (84) 99855653

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN no endereço Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova, Cep. 59072-970 ou pelo telefone 3215-3135.

Agradecemos a sua atenção e caso aceite participar, solicito a sua confirmação neste documento.

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa **“O ACESSO AO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE NA REDE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE NATAL/RN: a visão dos profissionais de saúde”**.

Participante da pesquisa:

Nome:.....

Assinatura:.....

Pesquisadora responsável:Erika Simone Galvão Pinto

Assinatura:.....

Endereço Profissional: Campus Universitário –Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Lagoa Nova, Fone: (084) 215.3196

Comitê de Ética :Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova, Cep. 59072-970 fone:3215-3135.

ANEXO V

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto –
Universidade de São Paulo

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para
o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 012/2009

Ribeirão Preto, 05 de fevereiro de 2009

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 05 de fevereiro de 2009.

Protocolo: nº 0984/2008

Projeto: RETARDO DO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE: ANÁLISE DAS CAUSAS EM DIFERENTES REGIÕES DO BRASIL.

Pesquisador: Tereza Cristina Scatena Villa

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª. Drª. Tereza Cristina Scatena Villa
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO VI

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

PARECER Nº 274/2009

Prot. nº	123/2009 CEP-UFRN
CAAE	0130.0.051.000-08
Projeto de Pesquisa	O Acesso ao diagnóstico da tuberculose na rede básica de saúde do município de Natal – RN
Área de Conhecimento	Ciências da Saúde - Medicina
Pesquisador Responsável	Bertha Cruz Enders
Instituição Onde Será Realizado	Universidade do estado do Rio Grande do Norte - Departamento de Enfermagem
Instituição Sediadora	Secretaria Municipal de Saúde de Natal
Nível de Abrangência do projeto de Pesquisa	Doutorado
Período de realização	Início: Setembro/2009 Término: Dezembro/2009
Revisão Ética em	04 de Setembro de 2009

RELATO

1.RESUMO

O trabalho trata de uma pesquisa de contribuição ao estudo da Área Epidemiológica, Diagnóstica e Operacional da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE-TB) de avaliação sobre as causas do retardo do diagnóstico de tuberculose no país, sendo atualmente realizado. A proposta aqui apresentada considera-se um projeto isolado tendo em vista que o mesmo foi elaborado após o início do projeto global e possui processos de planejamento, amostragem e coleta de dados únicos e próprios. O estudo será realizado nas unidades da rede básica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Natal, RN, e tem por objetivo analisar a percepção dos agentes comunitários de saúde sobre os fatores que influenciam no acesso ao diagnóstico da tuberculose. Uma amostra estratificada e aleatória de 108 agentes comunitários de saúde responderá um questionário destinado a identificar as barreiras sócio-econômicas-culturais que influenciam no diagnóstico da TB, caracterizar a organização dos serviços de saúde no acesso ao diagnóstico e o início do tratamento e os fatores organizacionais dos serviços de saúde que dificultam o trabalho do agente no diagnóstico de TB em doentes e o início do tratamento. Os dados serão coletados nas unidades de saúde de trabalho dos agentes localizados nos quatro distritos sanitários da SMS. A análise será realizada utilizando métodos e técnicas de estatística descritiva e inferencial para o atendimento dos objetivos. Os resultados e as suas conclusões integrarão o estudo sendo realizado em nível nacional pelos pesquisadores da Área Epidemiológica da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE-TB), sediada na Escola de Enfermagem da USP em Ribeirão Preto, SP. Por outro lado o estudo trará contribuição para o aperfeiçoamento do processo de detecção e diagnóstico dos casos de TB nos serviços de saúde de atenção básica no município.

2.ENTENDIMENTOS

Entendemos que o protocolo em questão foi delineado obedecendo as diretrizes e normas que envolvem a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Julia

PARECER 274/2009 CEP-UFRN

3. PARECER

Isto posto o CEP/UFRN manifesta-se pelo enquadramento do protocolo sob análise na categoria de PROTOCOLO APROVADO.

4. ORIENTAÇÕES AO PESQUISADOR

Em conformidade com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa (Brasília, 2002) e Resol. 196/96 – CNS o pesquisador deve:

1. entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na íntegra, por ele assinada (Resol. 196/96 CNS – item IV.2d);
2. desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após a análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UFRN (Resol. 196/96 – CNS item III.3z);
3. apresentar ao CEP/UFRN eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p. 41);
4. apresentar ao CEP/UFRN relatório final após conclusão da pesquisa (Manual Operacional para Comitês de ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p.65); Apresentar ao CEP/UFRN

Os formulários para os Relatórios Parciais e Final estão disponíveis na página do CEP/UFRN (www.etica.ufrn.br).

Natal, 17 de setembro 2009.

Dulce Almeida
COORDENADORA DO CEP-UFRN