

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA**

Busca Ativa de casos de tuberculose na demanda de Serviços de Saúde: percepção do profissional de saúde.

Maria Cecília Vieira Santos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientadora: Profa. Dra. Cleide Lavieri Martins

**São Paulo
2007**

È expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

DEDICATÓRIA

Ao meu marido Pedro, amigo e companheiro, por me apoiar e ajudar em inúmeras situações, com palavras de encorajamento e incentivo. Com certeza, sem você seria muito difícil vencer esta etapa da minha vida profissional.

AGRADECIMENTOS

À Cleide Lavieri Martins, pela orientação criteriosa desse trabalho, sempre me apoiando e prestando inestimável auxílio com muita paciência em todas as etapas.

Aos “Lefèvres” Fernando e Ana, pela orientação carinhosa na elaboração do DSC.

À Vera Galesi, por proporcionar meu crescimento intelectual, com seu “jeito próprio” de acreditar e investir nas pessoas.

À Maria de Lourdes, que sempre me incentivou e apoiou para a realização deste trabalho.

À Maria Ivone, pelo carinhoso apoio e companheirismo durante o curso.

Às colegas da Divisão de Tuberculose, Adalgiza, Claudia, Eugenia, Eva, Laedi, Maria Aparecida, Mariliza, Milton, Pepita, Regiane, Sueli, Sonia, Valdir, Vera Lúcia, Zelita e Zilwara, pela paciência e compreensão nos momentos mais difíceis.

À SES de Guarulhos, que permitiu o desenvolvimento deste trabalho, e em especial aos funcionários que foram fundamentais para a realização da pesquisa.

A meu pai João Carlos pela presença constante em minha vida (em memória), à minha querida mãe Vera, meus irmãos Ana Lúcia e Osvaldo pelo apoio e incentivo para esta realização.

Um agradecimento final a todos os professores, colegas e amigos que, de um modo ou de outro, tornaram possível este trabalho.

RESUMO

No mundo, mais pessoas morrem de tuberculose que de qualquer outra infecção curável. O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) tem como propósito fundamental promover o controle da tuberculose no Brasil. Busca a interrupção da transmissão da doença e a conseqüente diminuição dos riscos de adoecer e morrer por ela. Para isso, procura identificar precocemente todos os doentes, garantindo seu tratamento até o final. O Estado de São Paulo, seguindo a política nacional, muito tem investido em treinamentos para implantação da busca ativa do sintomático respiratório. Todos os funcionários de unidades de saúde vêm recebendo treinamentos e todos podem realizar a busca ativa, independente de sua profissão ou função na unidade. Entretanto, em estudo realizado no Município de Guarulhos, em 2005, constatou-se que mais de 90% dos sintomáticos respiratórios deixam de ser identificados pelos serviços de saúde, apesar de que 70% dos profissionais da rede básica de saúde do município receberam treinamento sobre busca ativa em 2004 e a mesma foi implantada em todas as unidades. O objetivo deste estudo foi de conhecer a percepção do profissional de saúde sobre a atividade de busca ativa do sintomático respiratório, no município de Guarulhos, através de entrevistas semi estruturadas e gravadas em fitas magnéticas, utilizando a estratégia metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo. Na análise dos discursos ficou evidente que o profissional de saúde sabe o que é fazer busca ativa, a maioria se preocupa com quem está tossindo indo investigar, a atividade é reconhecida como um bom trabalho, é considerada simples apesar de desencadear várias etapas e trazer preocupações e reações tanto do usuário como do profissional de saúde, onde os fatores que inviabilizam a sua execução nas unidades de saúde que fizeram parte deste estudo são: a falta de recursos humanos, excesso de trabalho, falta de interesse e desmotivação aliados à inexistência de uma rotina implantada para que a mesma possa ser realizada.

Palavras chave: tuberculose, controle, busca ativa, percepção, Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

ABSTRACT

More people die of tuberculosis than of any other curable infection worldwide. The National Tuberculosis Control Program (NTCP) is involved in the tuberculosis control in Brazil and halting disease transmission and consequently reduce the risk of people getting and dying of tuberculosis. Hence, the early identification is attempted in order to provide complete treatment of all cases. The State of Sao Paulo, in accordance with the National policy, has heavily invested in training professionals to introduce the active case finding of respiratory symptomatics as a routine activity in health care units. All healthcare professionals have been trained and are able to conduct active case findings, independent of their profession or function at the healthcare system. However, in a study conducted in the city of Guarullhos (State of Sao Paulo), in 2005, was observed that more than 90% of respiratory symptomatics are left unidentified in the healthcare units, in spite of 70% of professionals of the whole healthcare system of the municipality having received active case finding training in 2004, when the activity was introduced in all healthcare system. The objective of the present study is to appraise the perception of healthcare workers regarding the active case finding activity in the city of Guarulhos, by means of semi-structured tape-recorded interviews, using the methodologic strategy of "Speech of Collective Subject. In examining the "speeches", it was found out that the healthcare worker is aware of what the active case finding means and most of them are concerned with people coughing and do start the necessary investigations. They recognize that the activity is simple and useful, although comprising several steps. Preoccupations and reactions of both patients and healthcare workers regarding factors that may render the activity not feasible in healthcare units are: lack of personnel, excessive amount of work, lack of interest and motivation added up to non-existing routines that would allow the work to be done.

Keywords: tuberculosis, control, active case finding, perception, Speech of Collective Subject (SCS).

ÍNDICE

1 - INTRODUÇÃO.....	9
2 - OBJETIVO.....	21
3 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	21
O cenário do estudo.....	23
População do estudo.....	31
Coleta dos dados.....	34
Análise dos resultados.....	35
Procedimentos éticos.....	36
4 - RESULTADOS.....	37
5 - DISCUSSÃO.....	52
6 - CONCLUSÕES.....	78
7 - REFERÊNCIAS.....	80
8 - ANEXOS.....	84
Anexo I - Livro de Registro do Sintomático Respiratório no..... Serviço de Saúde	84
Anexo II - Relatório de Sintomáticos Respiratórios Examinados..... (Guarulhos, 2005)	85
Anexo III - Roteiro de Entrevistas.....	86
Anexo IV - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	87

RELAÇÃO DE SIGLAS

AC - Ancoragem

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CEMEG – Centro Médico de Especialidade de Guarulhos

CO – Centro Odontológico

CVE – Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”

DARS – Departamento Administrativo da Regional de Saúde de Guarulhos

DHPS – Departamento de Higiene e Proteção à Saúde

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo

Epi-Tb – Sistema de Informação do Programa de Controle da Tuberculose de São Paulo

ECH – Expressão Chave

IC – Idéia Central

LABTB – Sistema de Informação Laboratorial de Tuberculose

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PA – Pronto Atendimento

PACS – Programa do Agente Comunitário de Saúde

PCT – Programa de Controle da Tuberculose

PMG – Prefeitura Municipal de Guarulhos

PNCT – Programa Nacional de Controle da Tuberculose

PSF – Programa de Saúde da Família

RH – Recursos Humanos

SR – Sintomático Respiratório

SVS – Secretaria de Vigilância à Saúde

TBVE – Treinamento Básico de Vigilância Epidemiológica

UBS – Unidade Básica de Saúde

USAID – United States Agency for International Development

USF – Unidade de Saúde da Família

1 - INTRODUÇÃO

A tuberculose é uma das enfermidades mais antigas e conhecidas do mundo. Mas não é uma doença do passado como muitos pensam. Há uma década, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a tuberculose em estado de emergência no mundo, sendo ainda hoje a maior causa de morte por doença infecciosa em adultos.

Segundo estimativas da OMS, dois bilhões de pessoas correspondendo a um terço da população mundial, está infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Destes, 8 milhões desenvolverão a doença e 2 milhões morrerão a cada ano (WHO, 2005).

No mundo, mais pessoas morrem de tuberculose que de qualquer outra infecção curável. A cada dia mais de 20 mil pessoas adoecem e 5 mil morrem com este agravo.

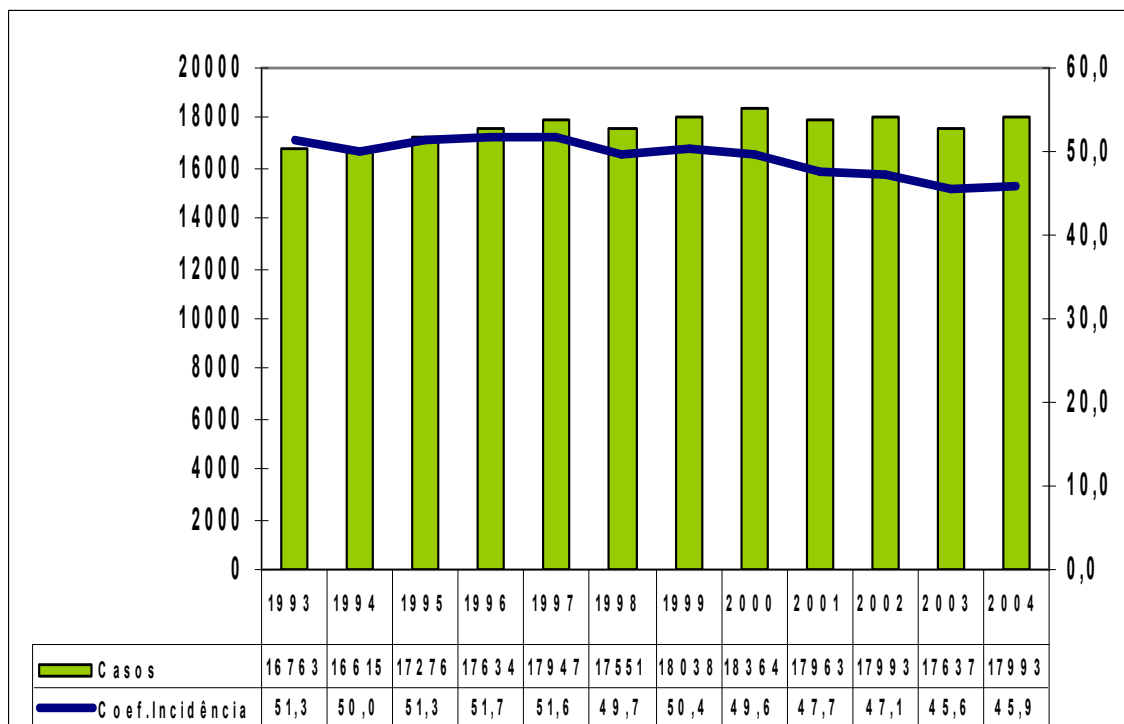
A tuberculose infecta pessoas em todos os países do mundo, tanto ricos como pobres. Porém, a pobreza, desnutrição, más condições sanitárias e alta densidade populacional são fatores que contribuem para que o agravo se dissemine e se transforme em doença.

A magnitude da tuberculose no Brasil faz com que o país ocupe o 15º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo. Estima-se uma prevalência de 50 milhões de infectados com cerca de 111 mil casos novos e 6 mil óbitos ocorrendo anualmente (WHO, 2005).

De acordo com os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/MS), são notificados anualmente 85 mil casos novos de tuberculose no Brasil, correspondendo a um coeficiente de incidência de 47/100.000 habitantes e são verificados cerca de 6 mil óbitos por ano em decorrência da doença (MS, 2005).

O Estado de São Paulo, com 39 milhões de habitantes, descobre cerca de 19.000 casos de tuberculose por ano, o maior contingente de casos do país, com um coeficiente de incidência de 48 casos por 100.000 habitantes em 2004, conforme **figura 1**.

Figura 1 – Casos e coeficientes de incidência de tuberculose por 100.000 habitantes no Estado de São Paulo, 1993 a 2004.



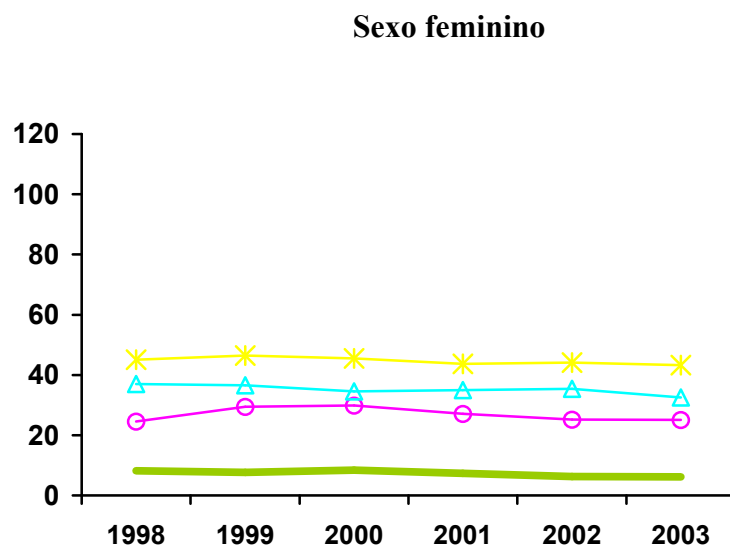
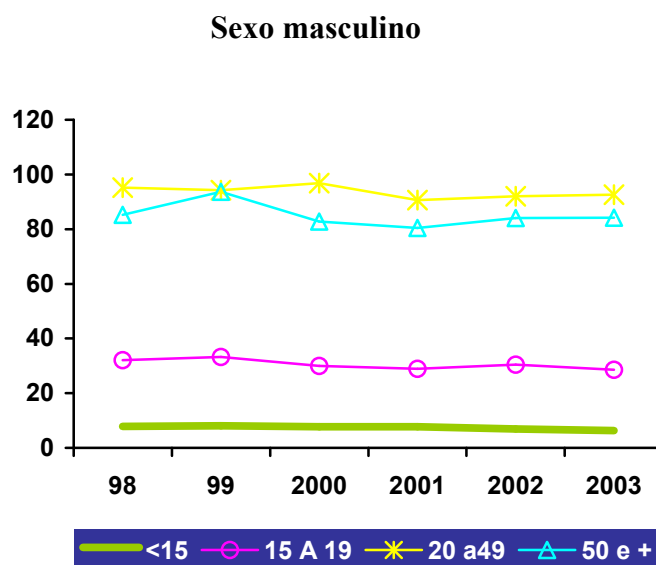
Fonte: Epi-Tb, 2005

O número de óbitos no Estado chega a 1100, onde a tuberculose é a causa principal. A distribuição dos casos no Estado não é homogênea, estando o maior número na Capital, o Município de São Paulo com 7000 casos novos por ano. Os maiores coeficientes de incidência estão no litoral, especialmente na Baixada Santista, atingindo valores próximos de 100 casos por 100.000 habitantes em 2004.

A maioria dos casos ocorre em pacientes do sexo masculino (75%) e em idade produtiva (faixa etária de 19 a 49 anos), prejudicando ainda mais as condições de vida dos familiares. A pobreza gera a tuberculose, que gera mais pobreza.

No Estado de São Paulo, segundo dados do Epi-Tb, a distribuição segundo sexo e faixa etária também se traduz por desigualdades conforme podemos observar na **figura 2**.

Figura 2 – Coeficiente de incidência segundo sexo e idade, Estado de S. Paulo, 1998 a 2003



Fonte: Epi-Tb, 2004.

Os menores de 15 anos apresentaram coeficientes ao redor de 6 casos por 100.000 habitantes, sendo semelhante para ambos os sexos e apresentando declínio nos últimos anos. Entre 15 e 19 anos os coeficientes atingiram 29 casos por 100 mil habitantes para o sexo masculino e 25 casos por 100 mil habitantes para o sexo feminino, apresentando uma pequena diferença entre os sexos. Já para a faixa etária entre 20 e 49 anos, observaram-se os maiores coeficientes sendo que para o sexo

masculino este coeficiente é mais que o dobro do coeficiente das mulheres, (coeficiente masculino = 92/100.000 hab; coeficiente feminino= 43/100.000 hab.). Os maiores de 50 anos apresentaram coeficientes de incidência de 84/100.000 hab. para o sexo masculino e 32/100.000 hab. para mulheres. Em todas as faixas etárias a população mais atingida é a do sexo masculino, apesar da diferença entre os menores de 15 anos e de 15 a 19 ser discreta.

Existem várias formas clínicas de tuberculose, mas a forma mais freqüente e contagiosa é a pulmonar, onde a tosse é o principal sintoma, presente em quase 90% dos casos.

A freqüência de casos pulmonares entre os casos novos em 2004 (Epi-Tb, 2005) foi de 81%, ou seja, de 16752 casos novos notificados no Estado de São Paulo, 13140 são casos pulmonares em maiores de 15 anos e destes, 8245 são doentes pulmonares com baciloscopia positiva (63% dos casos pulmonares).

A via aérea é a principal via de transmissão da tuberculose causando praticamente a totalidade dos contágios. Em termos práticos, para que uma transmissão seja bem sucedida é necessário levar em consideração aspectos relacionados à forma clínica (pulmonar), freqüência da tosse, idade do transmissor, fluidez do escarro, virulência do BK e intensidade do contato.

Calcula-se que um paciente pulmonar bacilífero (BK+), se não tratado, em um ano pode infectar em média de 10 a 15 pessoas. O risco de contágio de contatos próximos é de 5% a 20%, e de contatos casuais de 0,2% a 2%, concluindo que o risco de contágio da tuberculose é tanto maior quanto mais próximo for o contato com o paciente bacilífero e maior a carga bacilar do paciente com lesão pulmonar (KRITSKI, 2000).

O tratamento dos bacilíferos é a atividade prioritária de controle da tuberculose, uma vez que permite anular rapidamente as maiores fontes de infecção (MS, 2002a).

Uma vez iniciado o tratamento, o paciente para de transmitir a doença em no máximo 15 dias, desde que tome os medicamentos corretamente e não seja resistente às drogas (SSESP, 1999).

Os estudos realizados por JINDANI (1980 e 2003), sobre o esquema terapêutico da tuberculose, demonstraram que na fase inicial do tratamento, em 2 dias existe uma rápida diminuição de bacilos que se segue até 12 dias subsequentes.

Portanto, esses estudos demonstram a importância de detectar e diagnosticar o mais precocemente possível os casos suspeitos de tuberculose para a introdução rápida do tratamento quimioterápico diminuindo a transmissão na comunidade.

Sendo assim, compete aos serviços de saúde encontrar o sintomático respiratório em sua demanda, possibilitando o acesso do indivíduo ao diagnóstico da tuberculose e tratamento em um curto espaço de tempo.

Considerando a gravidade social, pela dimensão que possui, a tuberculose passou a ser enfrentada como política pública, envolvendo a ação dos Estados Nacionais e dos Organismos Internacionais na busca do seu controle.

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) está integrado na rede de Serviços de Saúde. É desenvolvido por intermédio de um programa unificado, executado em conjunto pelas esferas federal, estadual e municipal. Está subordinado a uma política de programação das suas ações com padrões técnicos e assistenciais bem definidos, garantindo desde a distribuição gratuita de medicamentos e outros insumos necessários até ações preventivas e de controle do agravo. Isto permite o acesso universal da população às suas ações.

O PNCT tem como propósito fundamental promover o controle da tuberculose no Brasil. Busca a interrupção da transmissão da doença e a conseqüente diminuição dos riscos de adoecer e morrer por ela. Para isso, procura identificar precocemente todos os doentes, garantindo seu tratamento até o final.

Com a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) na estrutura do Ministério da Saúde, houve uma reestruturação no combate à tuberculose, unindo todas as ações de vigilância, controle e prevenção, possibilitando a integração entre os vários programas.

A partir de 2002 o PNCT expandiu as ações de controle para o conjunto dos municípios brasileiros. O controle da tuberculose se integra com a atenção básica, que constitui o primeiro nível da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde, compreendendo um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, englobando a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento, a reabilitação e

manutenção da saúde, incluindo o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) para garantir a efetiva ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento.

Na atenção básica os gestores municipais conjuntamente com o gestor estadual, deverão planejar a implementação das ações de controle da tuberculose relacionadas com a busca ativa do sintomático respiratório, diagnóstico e ao tratamento, onde uma estratégia importante é a expansão e consolidação do PACS e PSF nos municípios.

Segundo o Manual Técnico para o Controle da Tuberculose (MS, 2002a), identificar o sintomático respiratório faz parte das atribuições dos profissionais de saúde em relação às atividades de Controle da Tuberculose da rede básica e do Programa de Saúde da Família, na comunidade e no atendimento das UBS.

O objetivo do PNCT é cumprir as metas mundiais de controle da tuberculose estabelecidas na 44^o Assembléia Mundial da Saúde realizada em 1991, ou seja, detectar pelo menos 70% dos casos estimados anualmente e curar no mínimo 85% destes. Com o alcance destas metas de detecção e cura é que o controle da doença realmente se dará e suas taxas começarão a diminuir gradativamente em 5% ao ano (MS, 2007a).

A partir de 2002, definiu-se como “sintomático respiratório” toda pessoa maior de 15 anos que procure o serviço de saúde por qualquer motivo e que apresente queixa de tosse com expectoração por 3 semanas ou mais (MS, 2002a).

Em 2000, o PCT do Estado de São Paulo promoveu a primeira campanha estadual de busca ativa de casos de tuberculose, patrocinada pela Secretaria Estadual da Saúde, com o objetivo de detectar precocemente casos de tuberculose e também alertar profissionais de saúde e a população para a doença. O *slogan* utilizado foi “tosse prolongada tem de ser investigada”.

A estratégia de fazer uma Campanha de busca ativa foi para sensibilizar os profissionais de saúde e a população sobre a importância da busca ativa na detecção de casos de tuberculose (GALESI e col., 2001).

Em todo o estado, os serviços de saúde questionaram as pessoas que ali compareceram sobre estarem ou não com tosse e, se a resposta fosse afirmativa, qual

era o tempo desta tosse. A presença de expectoração não foi questionada no interrogatório.

A campanha teve duração de 15 dias, 2,4 milhões de pessoas foram interrogadas, descobrindo-se 54000 (2,3%) sintomáticos respiratórios e 595 (1,3%) casos foram diagnosticados (GALESI e col., 2001).

A partir da realização da campanha, o tempo médio de demora entre o início dos sintomas e a instituição do tratamento para os casos de tuberculose no Estado de São Paulo foi diminuído de 12 semanas em 1999 para 10 em 2001. Os dados de 2004 mostram uma demora média de 9 semanas (Epi-Tb, 2005).

Esse indicador, indiretamente demonstra que o objetivo da campanha que era alertar os profissionais de saúde de que tosse é um sintoma que pode ser tuberculose, está sendo incorporado gradativamente.

Obviamente este não é um fator único, outras ações foram também realizadas nos anos subseqüentes, mas com certeza a campanha foi um marco para a sensibilização dos profissionais sobre a importância da busca ativa.

Conforme refere o GUIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (MS, 2002b), os locais ideais para se organizar a procura de casos são os serviços de saúde, onde a detecção de casos entre os sintomáticos respiratórios deve ser uma atitude permanente e incorporada à rotina de atividades dos profissionais de saúde.

O PNCT, através do seu Manual de Normas (2002a) recomenda que sejam realizadas ações para operacionalizar a busca de casos nos serviços de saúde e na comunidade. Apesar da existência dessa recomendação nacional, existem dificuldades para operacionalizar a busca ativa de casos, ou seja, ainda hoje a busca de casos realizada é passiva se dando com a demanda que procura os serviços com sintomas respiratórios.

CAMINERO (2003) define busca passiva como a detecção de casos de tuberculose, entre as pessoas que procuram os serviços de saúde com queixas respiratórias, em busca de um atendimento.

Segundo o mesmo autor, a busca ativa seria a detecção de casos na comunidade, em populações de risco, onde o impacto epidemiológico é pequeno, pois se excluirmos os contatos dos doentes e os imunodeprimidos, os demais terão

somente benefícios individuais, pois será muito pequeno o número de doentes detectados.

O Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde prevê visitas regulares aos domicílios pelos agentes comunitários de saúde para o desenvolvimento de ações básicas de controle da tuberculose.

Nesse sentido, os agentes comunitários são orientados para que durante as visitas domiciliares na comunidade, se encontrarem ou souberem de alguém com tosse de duração de 3 semanas ou mais, essa pessoa será considerada sintomático respiratório e deverá ser encaminhada à unidade de saúde.

Aproveitando a estratégia do PSF, o PCT estadual durante treinamentos para agentes comunitários de saúde, propõe e estabelece a necessidade de interrogar as pessoas visitadas na comunidade sobre a presença de tosse.

O PCT estadual tem enfatizado a atividade de busca ativa como primordial para o controle da tuberculose e dessa maneira, para implementá-la, define ações de como operacionalizá-las.

Dessa forma, a detecção do SR deve ser uma atividade permanente (de rotina) em todos os estabelecimentos de saúde, na ocasião do comparecimento do usuário, priorizando as pessoas maiores de 14 anos, independente do motivo da consulta. Além da demanda dos serviços de saúde, os grupos de alto risco (contactantes) e populações fechadas (institucionalizadas) como as que vivem em prisões, asilos, hospitais psiquiátricos, deverão ser incluídos nas atividades de busca.

Assim, de acordo com a Coordenadora Estadual do PCT de São Paulo, a organização da atividade de “busca ativa” é de responsabilidade de toda a equipe de saúde, e a operacionalização deverá ficar a cargo de um funcionário capacitado para a detecção e encaminhamentos quando necessário (coleta de exames).

Neste estudo, que foi realizado em unidades de saúde, a busca ativa é definida conforme o preconizado pelo PCT de São Paulo, onde busca ativa é considerada a identificação do sintomático respiratório, através de interrogatório sobre tosse por mais de 3 semanas, independente da presença de queixa ou não.

Para implantar a busca ativa do sintomático respiratório, todos os funcionários da unidade de saúde devem ser sensibilizados sobre a importância da

atividade. Funcionários envolvidos na atividade deverão receber capacitação através de materiais específicos para treinamentos elaborados pelo PCT estadual.

A organização da Busca do Sintomático Respiratório compreende duas fases: preparatória e executiva.

Fase preparatória:

- 1- Identificar e priorizar as áreas de maior fluxo de usuários nos serviços de saúde;
- 2- Planejar os insumos (pedidos de exames, potes para escarro e livro para o registro do SR) e o fluxo de exames para o laboratório (planejamento conjunto com o laboratório)
- 3- Sensibilizar os funcionários da unidade para a importância da identificação do SR
- 4- Capacitar os funcionários envolvidos na atividade de busca do SR
- 5- Preparar uma área para coleta de baciloscopia, considerando privacidade e ventilação.
- 6- Difundir as atividades de busca do SR nos ambiente da unidade de saúde.
- 7- A equipe de saúde de cada unidade deve elaborar um plano de ação anual para a busca do SR com as seguintes informações: número de SR esperados, objetivos, metas, cronograma de atividades, monitoramento e avaliação da busca do SR na unidade.

Fase executiva:

- 1- Identificar o SR através de interrogatórios
- 2- Registrar corretamente o SR identificado no Livro de Registro do SR (anexo I)
- 3- Encaminhar para coleta de escarro
- 4- Monitorar e Avaliar

Segundo a Divisão de Tuberculose do CVE, a partir de 2001, todas as regionais de saúde do Estado de São Paulo junto com seus municípios, vêm recebendo treinamentos com materiais específicos para fazer a busca ativa do sintomático respiratório, onde equipes são treinadas com o compromisso de repassar o treinamento em seu local de trabalho.

Estes encontros possibilitam uma maior aproximação do PCT com os profissionais da rede detectando algumas vezes o despreparo de certos profissionais, estigmas e preconceitos relacionados à tuberculose, variedades de comportamentos frente a diferentes situações que se apresentam.

Porém, apesar do funcionário adquirir conhecimentos nos treinamentos onde os assuntos são tratados e vivenciados no sentido de lidar com a doença tuberculose, isto parece não ser o suficiente para que esta atividade se incorpore na rotina dos serviços de saúde.

O PCT Estadual propõe uma meta para avaliar a busca ativa de sintomáticos respiratórios através da estimativa de investigar 1% da população.

Para avaliar a busca ativa no Estado de São Paulo, já que não existem até o momento registros das Unidades de Saúde que fazem a busca ativa rotineiramente, e os instrumentos utilizados na estratégia como o Livro de Registro do Sintomático Respiratório não são avaliados periodicamente pelo PCT, o monitoramento é feito de maneira indireta através das baciloscopias de primeira amostra.

Atualmente a avaliação da busca ativa no Estado de São Paulo é feita através do registro de baciloscopias de primeira amostra, dados estes fornecidos pelo Sistema de Vigilância Laboratorial (LABTB).

O LABTB é um programa informatizado, desenvolvido pela Divisão de Tuberculose do CVE e a Prodesp, onde os dados laboratoriais de baciloscopia e cultura registrados no Livro de Registro Laboratorial (Livro Branco), são informados semanalmente pelos laboratórios alimentando o sistema via Internet.

O LABTB permite conhecer a verdadeira situação de busca de casos no Estado, bem como as atividades de laboratório. Ele informa mensalmente, através de relatórios o número de baciloscopias realizadas para diagnóstico e controle, culturas e quantos SR foram examinados por município ou por Regional de Saúde.

No relatório de Sintomáticos Respiratórios Examinados podemos visualizar por trimestre o número de SR examinados, total de casos positivos, meta anual, porcentagem da meta atingida e porcentagem de positividade por município ou Regional de Saúde (anexo II).

Recentemente, em 2005, a Divisão de Tuberculose do CVE realizou uma pesquisa operacional¹ no Município de Guarulhos, com o objetivo de avaliar a eficiência da detecção dos sintomáticos respiratórios entre as pessoas que procuram o atendimento nos serviços de saúde.

¹ Pesquisa Operacional realizada no Município de Guarulhos/2005
Galesi VMN – Coordenadora do PCT do Estado de São Paulo

Guarulhos foi escolhido para esse estudo no ano de 2004, quando todos os profissionais da área da saúde receberam treinamento para fazer busca ativa. Assim, julgou-se pertinente realizar um estudo neste local visando medir a qualidade da detecção dos sintomáticos respiratórios nos serviços de saúde.

Partindo da hipótese de que o número de sintomáticos respiratórios identificados pelos serviços é menor do que o existente, o estudo fez uma comparação entre o número real de sintomáticos respiratórios identificados entre pessoas que procuraram o atendimento nos serviços de saúde e o número de pessoas não identificadas pelos serviços como sintomáticos respiratórios.

O resultado mostrou que 94,8% de sintomáticos respiratórios deixam de ser identificados pelos serviços de saúde.

Apesar do Município de Guarulhos ter recebido treinamentos, ter toda a infraestrutura de instrumentos para desenvolver a busca ativa, esse dado indica que isto não acontece.

Baseado em minha atuação profissional, observo que o funcionário demonstra uma certa inquietação na execução da atividade de busca ativa, ou seja, a atividade se torna não muito confortável para ser desenvolvida.

A estratégia de perguntar um a um se tem tosse, independente do motivo pelo qual o usuário procura os serviços de saúde, acaba desencadeando situações delicadas para o funcionário que normalmente está no serviço para resolver queixas e não para procurá-las.

Fatores de ordem pessoal como crenças, valores, habilidades técnicas interferem no desenvolvimento da estratégia podendo comprometê-la.

Na verdade, não sabemos como é para o funcionário desenvolver esta atividade, quais dificuldades que ele encontra, o que acham da estratégia.

A revisão bibliográfica, até então realizada, mostra uma escassez de pesquisas a respeito deste assunto.

É primordial conhecer a percepção que o funcionário tem a respeito de uma atividade, até para poder conhecer fatores que facilitam ou dificultam seu desenvolvimento, uma vez que o sucesso dessa estratégia depende quase que exclusivamente dele.

A percepção pode ser descrita como a forma como vemos o mundo à nossa volta, o modo segundo o qual o indivíduo constrói em si a representação e o conhecimento que possui das coisas, pessoas e situações (SERRANO, 2000).

Todo o conhecimento é necessariamente adquirido através da percepção e esta será captada, selecionada, organizada e interpretada com base num processo perceptivo individual segundo as suas necessidades, valores e expectativas (SERRANO, 2000).

A qualidade das ações desenvolvidas pelos funcionários é determinante no desempenho dos mesmos e está diretamente relacionada à percepção que o funcionário tem de uma atividade.

Pelo exposto acima, esta pesquisa se propõe a conhecer fatores que facilitam ou dificultam a atividade de busca ativa do sintomático respiratório.

2 - OBJETIVO

Conhecer a percepção do profissional de saúde sobre a atividade de busca ativa do Sintomático Respiratório.

3 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Com o intuito de conhecer a percepção do profissional de saúde sobre a atividade de busca ativa do SR, foi utilizada para este estudo uma abordagem metodológica qualitativa.

Segundo MINAYO (1999), a pesquisa qualitativa responde a questões particulares do objeto, adentrando no mundo dos significados das ações e relações humanas para a compreensão de fenômenos específicos e delimitáveis, permitindo o acesso das questões complexas inerentes ao objeto de estudo e a expressão da subjetividade dos pesquisados.

A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza, onde o material primordial é a palavra que expressa a fala cotidiana, sendo que esta torna-se reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos, possuindo a magia de transmitir representações de grupos determinados em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas (MINAYO e SANCHES, 1993).

Segundo LEFÈVRE e LEFÈVRE (2003), quando se quer conhecer o pensamento de uma comunidade sobre um dado tema, é preciso realizar, antes de mais nada, uma pesquisa qualitativa já que, para serem acessados, os pensamentos, na qualidade de expressão da subjetividade humana, precisam passar, previamente, pela consciência humana. Tal acesso só pode se dar através da pesquisa qualitativa, de base indutiva, capaz de recuperar e resgatar os pensamentos contidos nessa consciência.

Optou-se pela estratégia metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo que, utilizando uma estratégia discursiva, visa tornar mais clara uma dada representação social, bem como o conjunto das representações que conforma um dado imaginário.

Segundo LEFÈVRE e LEFÈVRE (2003), através do modo discursivo, é possível visualizar melhor a representação social na medida em que ela aparece sob uma forma mais viva e direta de um discurso, que é o modo como os indivíduos reais e concretos pensam.

A pesquisa de resgate de representações sociais envolvendo a técnica do DSC é qualitativa, no sentido de que seu objeto, o pensamento coletivo, não é dado, a priori, por atributos externos quantificáveis que os indivíduos tenham ou não em maior ou menor quantidade.

Porém, se a pesquisa gera um determinado DSC sobre um dado tema, é possível e desejável saber qual é do total de respostas o peso relativo, expresso em porcentagens, desse DSC.

Nesse sentido, a metodologia permite produzir opiniões coletivas através de opiniões pessoais e também a frequência dessas opiniões.

O cenário do estudo

O Município de Guarulhos localiza-se a nordeste da Região Metropolitana de São Paulo (vide mapa 1), sendo um dos 39 municípios que a integra, encontrando-se posicionado estrategicamente no principal eixo de desenvolvimento do País, São Paulo/Rio de Janeiro, apenas à 17 km da capital..

Mapa 1 - Limites do município de Guarulhos na região metropolitana de São Paulo



Os limites dos municípios vizinhos são: Arujá (leste), Itaquaquecetuba (sudeste), Mairiporã (noroeste), Nazaré Paulista (norte), São Paulo (sul-sudeste-oeste) e Santa Isabel (nordeste).

O município de Guarulhos possui 341km² de área e ocupa no Estado de São Paulo o 2º lugar em população com 1.251.178 habitantes em 2005. É a maior cidade não capital do país e o 13º município mais populoso do Brasil. A taxa de crescimento populacional anual no período de 1996 a 2000 foi de 2,49% e de 2000 a 2005 de 3,13% ao ano (PMG, 2005).

A seguir, podemos observar na Tabela 1, a população residente no período de 1998 a 2005:

Tabela 1 - População Residente do Município de Guarulhos (1998 a 2005).

Ano	População residente
1998	1.095.873
1999	1.072.717
2000	1.106.066
2001	1.132.649
2002	1.160.469
2003	1.188.206
2004	1.251.178
2005	1.251.178

Fonte: DATASUS, 2005.

A atividade industrial caracteriza-se como principal fonte de recursos e de desenvolvimento da cidade, ocupando papel importante na geração de empregos e riquezas.

Responsável por inserir Guarulhos na condição de segunda cidade em arrecadação de ICMS no Estado de São Paulo em 2000, o segmento industrial reúne importantes empresas nacionais e multinacionais em vários setores.

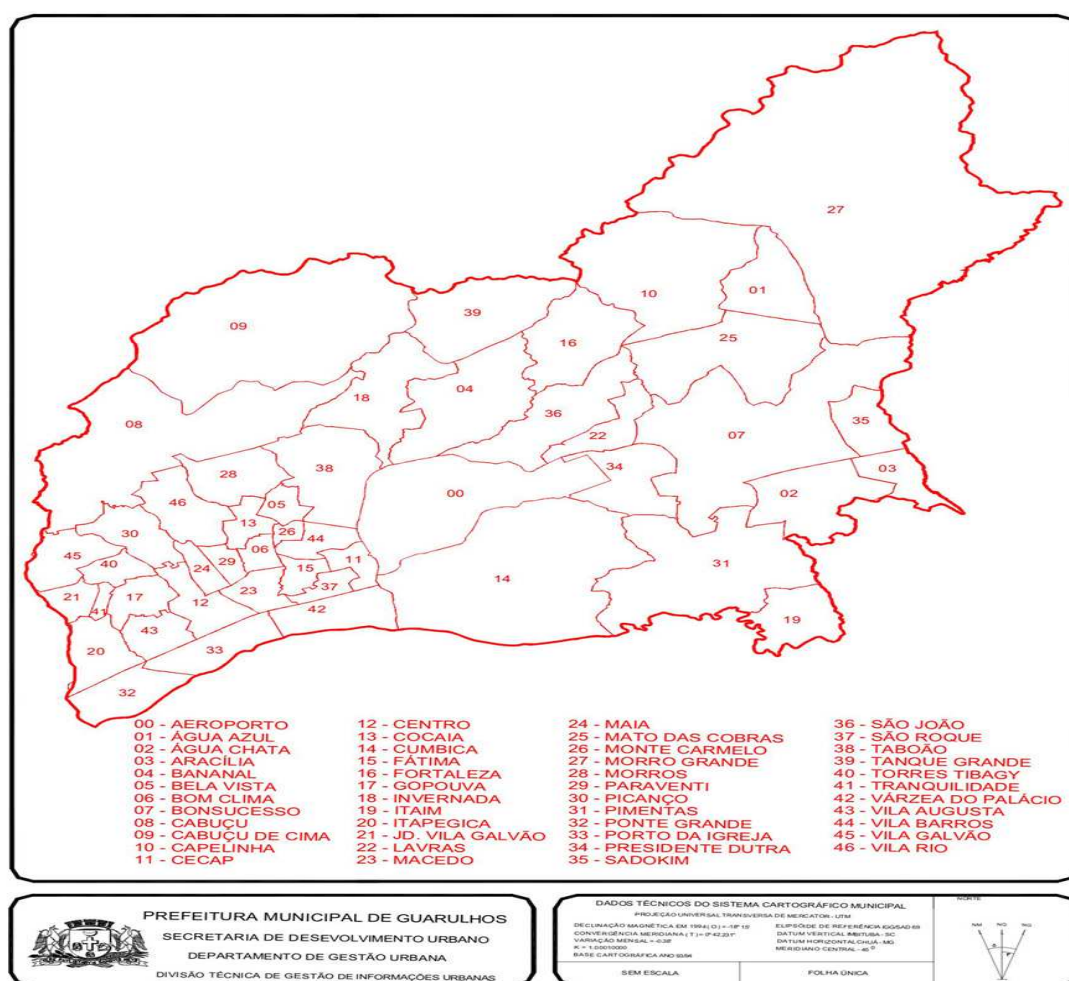
Não obstante o enorme potencial industrial, o setor de prestação de serviços vem demonstrando considerável desenvolvimento nos últimos anos.

Entrepósitos de cargas, shoppings centers, lojas de conveniência, franquias e empresas ligadas ao comércio exterior e turismo, são algumas das atividades em destaque no município.

O município possui 47 bairros oficiais (mapa 2), sendo marcado por grande diversidade sócio-econômica entre eles. A taxa de crescimento demográfico nos

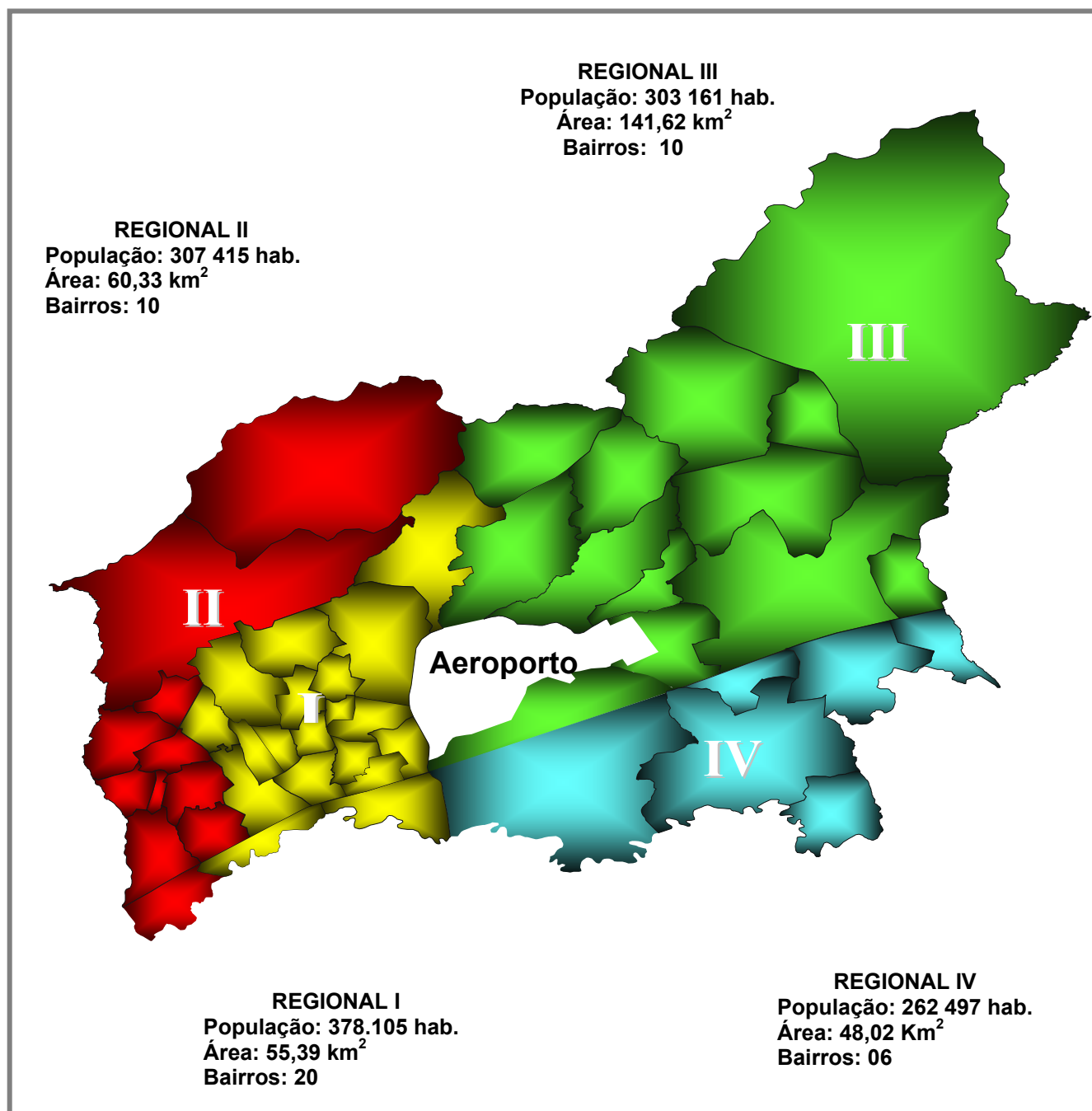
bairros periféricos é alta, onde as moradias são mais acessíveis e conseqüentemente ocorre um crescimento acelerado no número de habitantes.

Mapa 2 – Distribuição dos bairros do Município de Guarulhos



O município de Guarulhos tem sua estrutura de saúde dividida em quatro Departamentos Administrativos Regionais de Saúde (mapa 3).

Mapa 3 - Estrutura do Sistema de Saúde de Guarulhos



Os equipamentos de saúde existentes no município que realizam atendimentos à população estão descritos no quadro 1, a seguir:

Quadro 1 - Serviços de saúde por classificação de atendimento, Guarulhos 2005

Serviço de Saúde	Nº
UBS (Unidade Básica de Saúde)	35
USF (Unidade de Saúde da Família).	27
Unidades odontológicas	4
CAPD (Centro de atendimento ao portador de deficiência)	1
CAPS-AD II (Centro de atenção Psicossocial)	1
CEP (Centro de estimulação precoce)	1
CEMEG(Centro Médico de Especialidade de Guarulhos).	1
Ambulatório de Moléstias Infecciosas Dr Walter Belda com tratamento de co-infecção TB/HIV	1
Ambulatório saúde Mental	1
Ambulatório da Criança	1
Pronto Atendimento	6
Laboratório de Análises Clínicas	1
Laboratório de saúde Pública	1
Hospital Dia	1
Hospital Público Municipal	2
Hospital Público Estadual	2
Hospital Filantrópico (convênio SUS)	2
Hospital Particular	3

Fonte:Secretaria da Saúde de Guarulhos, setembro de 2005

No quadro 2, podemos visualizar a estrutura do sistema de saúde e onde encontramos as referências do PCT no município de Guarulhos.

Quadro 2 - Estrutura do Sistema de Saúde de Guarulhos e o PCT – 2005.

DARS	RH	UBS	Amb. Esp/Caps	P.A	C.O	USF	TOTAL	Unidades de Referência para tratamento de TB
I	846	11	3	1	1	3	19	3
II	705	10	5	0	1	6	23	4
III	822	6	0	3	1	12	22	17
IV	821	8	0	2	1	6	17	11
Total	3194	35	8	6	4	27	81	35

Fonte: Prefeitura do Município de Guarulhos - -Secretaria da Saúde – Departamento de Higiene e Proteção a Saúde -DHPS/2005.

O município de Guarulhos está entre os 76 municípios classificados como prioritários no Estado de São Paulo, para a reorganização e intensificação do PCT (MS, 2007b).

Segundo dados do Epi-Tb no ano de 2004 foram notificados 513 casos de tuberculose no município de Guarulhos (Tabela 2), o que equivale a um coeficiente de incidência de 43 por 100.000 habitantes, com 40 óbitos onde a tuberculose é a causa principal.

Tabela 2 - Casos e coeficientes de incidência* de TB (todas as formas) e de TB Pulmonar no município de Guarulhos – 1999 a 2004. Guarulhos 2005.

Ano	TB (todas formas)	Coef.* TB (todas as formas)	TB pulmonar	Coef.* TB pulmonar
1998	463	43,8	371	35,1
1999	557	50,8	459	41,9
2000	528	49,2	423	39,4
2001	525	47,5	419	37,9
2002	497	43,9	383	33,8
2003	505	43,5	404	34,8
2004	513	43,2	393	33,1

*coef por 100 mil hab.

Fonte: Centro de Vigilância Epidemiológica – CVE – Divisão de Tuberculose – Epi-Tb, 09/2005.

No início de 2004, Guarulhos iniciou sua participação no Projeto de Implementação do Tratamento Supervisionado da Tuberculose e da Implantação da Busca Ativa do Sintomático Respiratório coordenado pelo CVE e financiado pela United States Agency for International Development (USAID) com suporte técnico da Universidade de John Hopykins.

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de Guarulhos (SMSG) neste período, 2133 funcionários da rede básica de saúde (PA, ambulatórios de especialidades, UBS, PSF, CS), receberam treinamentos de Tratamento Supervisionado e de Busca Ativa do SR. Todos os funcionários de todas as unidades de saúde foram incluídos nos treinamentos, havendo uma participação de quase 70% do recurso humano existente.

As categorias profissionais envolvidas foram médicos, enfermeiros, dentistas, assistentes sociais, farmacêuticos, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, auxiliares de consultórios dentários, recepcionistas, agentes administrativos, serviçais e práticos de farmácia.

Para os Hospitais e Laboratórios a estratégia de treinamento foi diferente. Somente funcionários da recepção, enfermeiros e alguns médicos foram envolvidos nos treinamentos dos hospitais, devido à complexidade dos locais. O mesmo ocorreu nos Laboratórios, onde somente houve a participação do pessoal da baciloscopia e chefias.

A condição de ser um município onde 70% dos profissionais da rede básica de saúde receberam treinamentos para fazer a busca ativa do sintomático respiratório, tendo sido a atividade implantada em todas as unidades de saúde, foi um dos motivos pelo qual o local foi escolhido para esta pesquisa.

Entretanto, apesar da implantação e implementação das atividades de busca, os dados sobre a realização da busca ativa do SR são baixos, ficando em torno de 35% dos SR esperados no ano de 2004 (LABTB), considerando que a meta estabelecida pelo PCT de São Paulo é de pelo menos 50% da meta anual, (Tabela 3).

Tabela 3 – Sintomáticos respiratórios examinados e baciloscopias realizadas para diagnóstico de Tuberculose, Guarulhos, 2004.

	2002	2003	2004
Sintomático respiratório esperado	11.326	11605	11.605
Sintomático Respiratório examinado	2.770	2275	4.093
Nº de BK+ de sintomático respiratório	138	246	334
% de positividade	5	10,8	8,2
% Sintomáticos examinados entre os esperados	24,5	19,6	35,2
Nº total BK diagnóstico efetuados *	3.218	3.916	7.960

Fonte: Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE – Divisão de Tuberculose - LABTB, 2005, (*banco residente).

População do estudo

Integraram a população do estudo, os profissionais de saúde do Município de Guarulhos envolvidos com o PCT e, mais especificamente com a estratégia de busca ativa do Sintomático Respiratório que participaram de treinamento em 2004.

Segundo proposta do PCT Estadual, qualquer profissional da área de saúde pode realizar a busca ativa, desde que receba treinamento para tal, entretanto, observamos que há uma tendência no Estado de São Paulo como um todo e que se repete em Guarulhos, que a atividade acaba sendo desenvolvida basicamente pelo auxiliar de enfermagem e o agente comunitário de saúde (ACS).

Em Guarulhos, das pessoas entrevistadas de acordo com os critérios descritos anteriormente, 60% eram auxiliares de enfermagem, confirmando as características prevalentes em todo o Estado.

O mesmo fato se repetiu com o ACS, porém por ser uma categoria recente no município, não pode fazer parte da população do estudo, salvo algumas exceções.

No sentido de conhecer a dinâmica da atividade nos serviços de saúde de Guarulhos e detectar porque alguns profissionais aderem à busca e outros não, fizeram parte deste estudo as seguintes categorias profissionais (quadro 3): auxiliar de enfermagem, enfermeiro, auxiliar de consultório dentário (ACD), ACS, almoxarife, auxiliar de farmácia e agente administrativo.

Quadro 3 - CATEGORIAS PROFISSIONAIS DA POPULAÇÃO DO ESTUDO

CATEGORIA PROFISSIONAL	NÚMERO
Auxiliar de Enfermagem	18
Auxiliar de Consultório Dentário	1
Agente Comunitário de Saúde	2
Agente Administrativo	1
Almoxarife	1
Auxiliar de Farmácia	1
Enfermeiro	7
TOTAL	31

Através de entrevista prévia com a responsável pelo PCT no município de Guarulhos, foi feita a escolha das unidades que fizeram parte do estudo.

Em 2006, período em que se realizou este estudo, Guarulhos possuía 35 UBS, 30 USF, 1 CEMEG e 6 PA, onde foi implantada a atividade de busca ativa do SR.

Cada regional de saúde possui características diferentes, e foi necessário diversificar as escolhas.

Os critérios estabelecidos para fazer a escolha das unidades foram: ser referência para tratamento da tuberculose, unidades de PSF, unidades básicas de saúde com maior número de solicitação de baciloscopias e unidades de Pronto Atendimento.

Para a Regional I, as unidades escolhidas foram:

CS II CECAP (referência para tratamento de tuberculose)

UBS Taboão

PSF Belvedere

Para a Regional II, as unidades escolhidas foram:

CS Tranqüilidade (referência para tratamento de tuberculose)

UBS Paulista

PSF Continental

Para a Regional III, as unidades escolhidas foram:

PA São João

UBS Veloso (referência para tratamento de tuberculose)

PSF Cumbica

Para a Regional IV, as unidades escolhidas foram:

PA Alvorada

Ambulatório Dona Luíza

UBS Uirapuru (referência para tratamento de tuberculose)

A escolha dos funcionários entrevistados foi feita quando possível, conforme indicação das enfermeiras responsáveis pelos locais que fizeram parte do estudo, sempre levando em consideração os critérios estabelecidos anteriormente.

Todas as unidades selecionadas, com exceção do PA São João que foi excluído do projeto por não ter nenhum funcionário dentro dos critérios descritos anteriormente para fazer parte da população do estudo, a receptividade por parte dos funcionários foi positiva tanto no sentido profissional quanto no que se refere a dinâmica da unidade, pois após as entrevistas surgiram questões a respeito do assunto e propostas para modificar a situação.

Quadro 4 - Distribuição dos profissionais entrevistados, segundo as unidades de saúde selecionadas.

Unidades de Saúde	Categoria Profissional						
	Auxiliar de Enfermagem	ACD	ACS	Almoxarife	Auxiliar de Farmácia	Agente Administ.	Enfermeiro
CS II CECAP	2	-	-	-	-	-	-
UBS Taboão	1	1	-	-	-	-	-
PSF Belvedere	-	-	2	-	-	-	-
CS Tranqüilidade	2	-	-	1	-	-	-
UBS Paulista	1	-	-	-	1	1	-
PSF Continental	2	-	-	-	-	-	1
UBS Veloso	4	-	-	-	-	-	1
PSF Cumbica	1	-	-	-	-	-	1
PA Alvorada	2	-	-	-	-	-	1
Amb. Dona Luíza	2	-	-	-	-	-	2
UBS Uirapuru	1	-	-	-	-	-	1
TOTAL	18	1	2	1	1	1	7

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semi estruturadas, realizadas pela própria pesquisadora, após leitura e assinatura do termo de consentimento e gravadas em fita magnética. Apenas os dados pessoais eram anotados no início da conversa.

Segundo TRIVIÑOS (1987), a entrevista semi estruturada seria um dos métodos mais adequados para a coleta de dados em estudos que utilizam a metodologia qualitativa, pois esta, ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação.

Os dados foram coletados no período de junho a julho de 2006, onde os agendamentos para as entrevistas foram feitos previamente por telefone.

Foram realizadas 31 entrevistas com os profissionais indicados em 11 unidades de saúde escolhidas, conforme critério de inclusão já relatado.

O roteiro utilizado para a coleta dos dados (Anexo III) foi desenvolvido pela pesquisadora contendo questões fechadas para estudar o aspecto descritivo e questões abertas para desenvolver a técnica do DSC.

Inicialmente o roteiro foi submetido a um pré-teste, realizado em uma unidade básica de saúde no município de São Paulo, onde algumas modificações e adaptações foram realizadas.

Segundo LEFÈVRE e LEFÈVRE (2003), todo roteiro precisa ser previamente testado em sujeitos semelhantes ou equivalentes aos que serão pesquisados.

Após as entrevistas, os depoimentos gravados foram transcritos e analisados segundo a metodologia do DSC (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003), utilizando o *software* Qualiquantisoft que é uma ferramenta que facilita a construção de pesquisas baseadas nesta metodologia.

O DSC é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbais, obtidos através de depoimentos. A proposta consiste basicamente em analisar o material verbal coletado de cada um dos depoimentos, extraindo-se dele as Idéias Centrais (IC) e as suas correspondentes Expressões Chave (ECH), compondo um ou vários discursos síntese na primeira pessoa do singular.

Vale ressaltar que algumas ECH remetem não exatamente a uma IC correspondente, mas, mais precisamente, a uma figura metodológica denominada Ancoragem (AC), que segundo LEFÈVRE e LEFÈVRE (2003), é a manifestação lingüística explícita de uma dada teoria, ou ideologia, ou crença que o autor do discurso professa e que na qualidade de afirmação genérica, está sendo usada para enquadrar uma situação específica.

Análise dos resultados

No que se refere às questões abertas, foi empregado o instrumento de análise do Discurso do Sujeito Coletivo para cada pergunta formulada.

As respostas obtidas através das entrevistas foram processadas, onde o material não significativo foi retirado, permanecendo segmentos do texto mais relevantes para descrever o conteúdo dos argumentos presentes nas respostas (ECH).

Em seguida, foi identificado em cada ECH uma ou mais IC, ou seja, qual o sentido das respostas dadas pelos entrevistados. Cabe ressaltar que alguns entrevistados apresentaram mais de uma IC para a mesma pergunta.

Na seqüência, as IC e/ou AC foram agrupadas de acordo com o sentido das respostas e categorizadas. A categorização permite que vários depoimentos sejam colocados na mesma categoria, sendo considerados iguais ou equivalentes, porque expressam a mesma idéia.

Cada categoria recebeu um nome que expressou resumidamente o sentido das IC das mesmas. Vale observar que cada pergunta com suas respostas foram analisadas separadamente e que as respostas da questão 4 não foram utilizadas nesta análise pois seus conteúdos estavam repetidamente inseridos nas respostas da questão 3, lembrando que o roteiro utilizado era composto por 4 perguntas.

Num último momento, foram construídos os “Discursos do Sujeito Coletivo” (DSC), a partir de ECHs de vários depoimentos de pessoas diferentes, com ICs de sentido semelhante ou complementar, redigidos na primeira pessoa do singular.

Destaca-se aqui que para uma mesma pergunta foram construídos vários discursos, devido à existência de várias representações expressas pelos profissionais pesquisados.

Procedimentos éticos

Foram resguardados os procedimentos éticos, conforme recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública, sendo analisado e considerado aprovado.

Foi solicitada a devida autorização para o desenvolvimento do estudo junto ao Programa de Controle da Tuberculose de Guarulhos, sendo autorizada a execução pelo Secretário de Saúde do Município.

Os profissionais de saúde foram convidados a participar do estudo mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo IV), não havendo nenhum risco na recusa de sua participação.

4 - RESULTADOS

Conforme a proposta metodológica, apresentamos a seguir as questões do roteiro utilizado, com suas Categorias e Discursos do Sujeito Coletivo respectivamente, construídos a partir dos depoimentos obtidos durante as entrevistas.

Em seguida, no final de cada questão, os dados quantitativos estarão representados de acordo com a categoria correspondente, através de gráficos.

Questão 1: COMO VOCÊ FAZ A BUSCA ATIVA DA TUBERCULOSE?

Frente a essa pergunta, os funcionários apresentaram 4 representações descritas pelas categorias:

Categoria A: Não faz busca ativa.

Categoria B: Observa os sinais (tosse), pergunta e encaminha.

Categoria C: Pergunta se a pessoa tem tosse.

Categoria D: Orienta a partir da queixa do paciente.

DADOS QUALITATIVOS

CATEGORIA A:

NÃO FAZ BUSCA ATIVA.

DSC

Aqui não é feita essa busca ativa. Foi feito um treinamento pra busca ativa. Então a gente teve, na época foi até colhido BK de todo mundo, inclusive o nosso, a gente já tava assim, mandava colher o BK, colhia, mas casos, acho se teve, poucos. A gente não sai pra fazer a busca ativa igual deveria ser, igual o PSF faz, que vai nas casas, conversa, tenta. Aqui não tem como, pelo número de funcionários que é muito pequeno e a gente mal tem tempo de ficar na sala. Ó, eu vou dizer pra você que eu ainda não cheguei a fazer a busca ativa porque na minha área ainda não teve problema com busca ativa, com tuberculose.

OBS.: Este discurso foi construído com depoimentos de 6 funcionários, conforme quadro abaixo:

PROFISSÃO	quantidade
Auxiliar de enfermagem	03
ACS	01
Almoxarife	01
Auxiliar de farmácia	01
TOTAL	06

CATEGORIA B:

OBSERVA OS SINAIS (TOSSE), PERGUNTA E ENCAMINHA.

DSC

Toda vez que você ver um paciente que tá apresentando tosse você faz aquela perguntinha básica pro paciente: ah, você tá com tosse, há quanto tempo? Há mais de três semanas? A gente oferece o exame de escarro, pra tá vendo se tá com tuberculose ou não. Essa é a busca ativa. Normalmente a gente observa os pacientes, se tá com tosse, a gente não tem tempo de ficar parando o paciente, assim, fazendo somente busca ativa. Então, durante o atendimento a gente observa. Não pergunto pra todos não. Na maioria das vezes a gente pergunta pra alguém que a gente percebe que tá com tosse. É assim que a gente faz a busca ativa aqui. A gente tentou envolver todo mundo, mesmo o pessoal da limpeza, o pessoal operacional e quando já chega um paciente suspeito assim, que você já percebe que ele tá tossindo demais, você procura separar ele numa sala para poder conversar com ele, porque o paciente se sente inibido, né. Dependendo do caso eu já passo direto pra enfermagem, não entro em detalhes, entendeu? “Deixo que ela faça o resto”.

OBS: Este discurso foi construído com depoimentos de 16 funcionários, conforme quadro abaixo:

PROFISSÃO	quantidade
Auxiliar de enfermagem	09
ACD	01
Agente Administrativo	01
Enfermeiro	05
TOTAL	16

CATEGORIA C:

PERGUNTA SE A PESSOA TEM TOSSE.

DSC

Busca ativa? Conversando com as pessoas, eu começo por aí. A gente procura sempre perguntar pro paciente se tá tossindo, a mãe traz a criança pra pesar na sala de atendimento de Enfermagem, nós perguntamos pra ela se ela tá tossindo, na hora que eles vão verificar pressão, tá tossindo? Graças a Deus que a maioria não tá. Aí se ela falar assim, sim, aí eu digo: há quanto tempo você tosse? Aí se ela falar mais de três semanas, aí eu peço a baciloscopia para ela, preenchendo aquele pedido de BK, coloco naquele livro azul e encaminho.

OBS: Este discurso foi construído com depoimentos de 9 funcionários, conforme quadro abaixo:

PROFISSÃO	quantidade
Auxiliar de enfermagem	06
ACS	01
Enfermeiro	02
TOTAL	09

CATEGORIA D:**ORIENTA A PARTIR DA QUEIXA DO PACIENTE.****DSC**

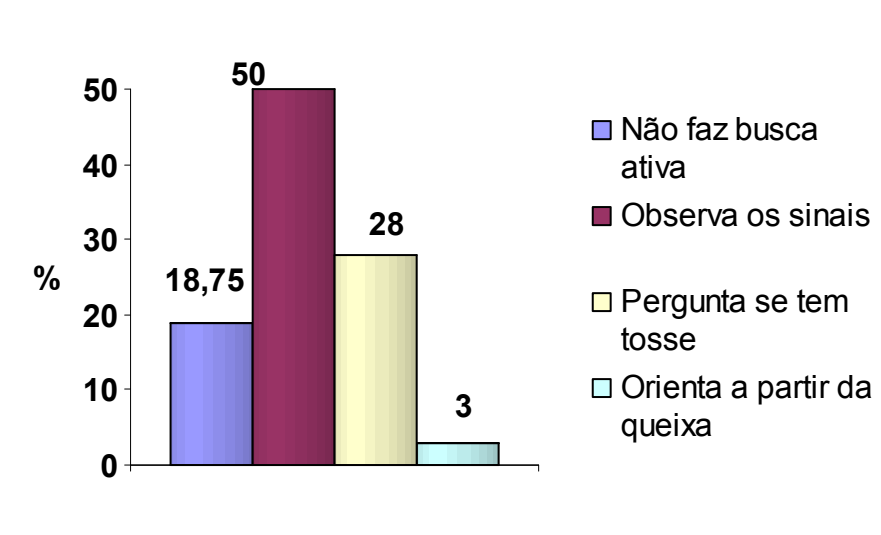
Se a pessoa te procura e te refere que está com tosse há mais de duas semanas eu oriento que tem que fazer o teste, né? Então a gente leva o paciente até o médico, a gente sempre preenche o papel, orienta o paciente e ele volta pra fazer.

OBS: Este discurso foi construído com depoimento de 1 funcionário, conforme quadro abaixo:

PROFISSÃO	quantidade
Auxiliar de enfermagem	01
TOTAL	01

DADOS QUANTITATIVOS

Questão 1: Como você faz a busca ativa da tuberculose?



Questão 2: COMO É PARA VOCÊ FAZER ESTA ATIVIDADE?

Frente a essa pergunta, os funcionários apresentaram 4 representações descritas pelas categorias:

Categoria A: Faz parte da rotina.

Categoria B: Atividade constrangedora (funcionários e usuários).

Categoria C: Falta de infra-estrutura no serviço.

Categoria D: Atividade com resultados positivos.

DADOS QUALITATIVOS**CATEGORIA A:****FAZ PARTE DA ROTINA.****DSC**

Eu acho bem simples, dentro da minha rotina não atrapalha, não é desagradável, não vejo dificuldade em fazer. Gosto de tá fazendo porque eu não fico só na busca ativa né, então conforme eu tô olhando o paciente não me custa perguntar, faz parte da minha rotina. Pra mim perguntar é fácil. Tem gente que tem um pouco de receio, vergonha de estar chegando no paciente, faz porque é escalado pra fazer, mas na realidade, se fosse pra ir e invadir a privacidade de alguém, não iria fazer isso. Eu vejo como uma parte do meu serviço e a gente encara como sendo normal, uma atividade de saúde pública mesmo normal, não tem novidade, é como a gente falar de sexo, com a maior normalidade possível.

OBS: Este discurso foi construído com depoimentos de 11 funcionários, conforme quadro abaixo:

PROFISSÃO	quantidade
Auxiliar de enfermagem	07
ACS	01
Agente Administrativo	01
Auxiliar de farmácia	01
Enfermeiro	01
TOTAL	11

CATEGORIA B:

ATIVIDADE CONSTRANGEDORA (FUNCIONÁRIOS E USUÁRIOS).

DSC

Tem que saber como conversar. Eu chego com cuidado, nem todos aceitam responder se tá com tosse, a pessoa tem um pouco de receio. Tem uns que falam não, eu não quero responder, ele se sente acanhado até de falar pra gente que trabalha na área de saúde, o que dirá com mais pessoas junto, né. Eles sentem aquela discriminação, eu tô tuberculoso, o povo já vai querer correr de perto de mim. Às vezes acham como que a gente tivesse querendo saber da vida deles, então eles já ficam meio assim. Também pra mim a gente invade a privacidade de outra pessoa, em parte, né? E também eu acho assim muito arriscado, não é preconceito, mas é muito simples, tuberculose quando a pessoa está tratando não pega, mas até descobrir, que aí no caso a gente tá fazendo busca ativa, a pessoa tosse na nossa cara, mas a gente tem que fazer. E quando o paciente vai colher escarro na nossa frente...

OBS: Este discurso foi construído com depoimentos de 8 funcionários, conforme quadro abaixo:

PROFISSÃO	quantidade
Auxiliar de enfermagem	04
ACS	02
Enfermeiro	02
TOTAL	08

CATEGORIA C:

FALTA DE INFRA-ESTRUTURA NO SERVIÇO.

DSC

Pra mim eu acho simples, acredito que seja até um bom trabalho a ser desenvolvido, só que a gente não tem muito tempo pra tá fazendo isso porque a gente acaba se envolvendo com a programação que tem daquele dia, não dando muita atenção pra busca ativa. Nem sempre você tem tempo pra tá falando com o paciente diretamente, várias coisas pra fazer ao mesmo tempo, pouco funcionário, a gente esquece. Acaba sendo meio tumultuado, a demanda é muito grande, e todos eles tão com pressa.

OBS: Este discurso foi construído com depoimentos de 7 funcionários, conforme quadro abaixo:

PROFISSÃO	quantidade
Auxiliar de enfermagem	04
Almoxarife	01
Enfermeiro	02
TOTAL	07

CATEGORIA D:**ATIVIDADE COM RESULTADOS POSITIVOS.****DSC**

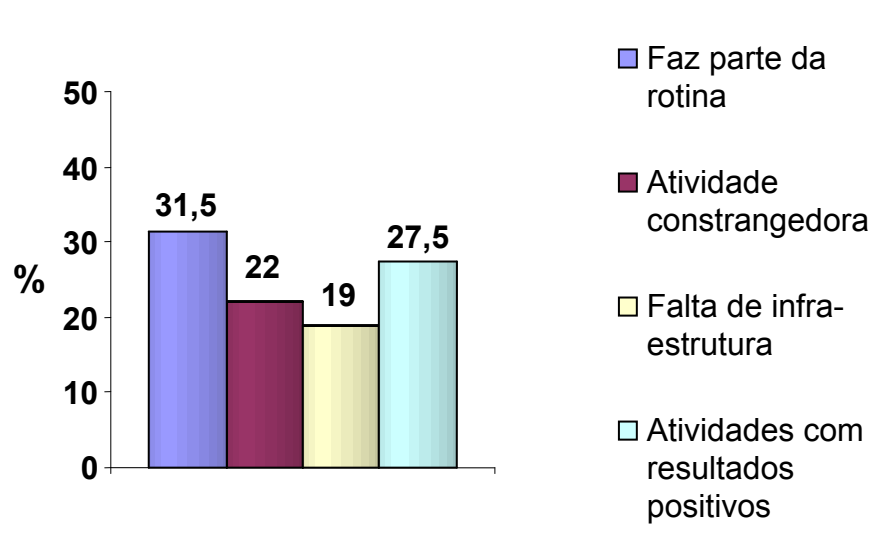
A gente tinha um pouco de receio, a maioria aqui tinha, assim, ah, "tá com tuberculose". Agora hoje em dia não, é até gostoso, eles fazem o tratamento aqui depois e você acaba pegando até amizade, e sabe da história deles. Eu gosto de fazer porque eu vejo resultado. É uma maneira de ajudar, inclusive a gente até já descobriu casos de pessoas assim, que já tinha ido pro pronto-socorro, o médico passa um xaropezinho e acaba voltando. Os casos de tuberculose têm muitos que estão escondidos, é um trabalho de detive, né, mais ou menos, essa tosse mais persistente são poucos que têm, a maioria das vezes a tosse é de uma semana, mas é satisfatório a gente poder ajudar, se eu posso ajudar, se eu sei como ajudar. E se fosse comigo ou se fosse com uma pessoa da minha família? Eu não gostaria que ficasse doente. Meu filho tava com tuberculose, só que eu não sabia. Olha, depois do que eu passei, essa busca é muito importante.

OBS: Este discurso foi construído com depoimentos de 10 funcionários, conforme quadro abaixo:

PROFISSÃO	quantidade
Auxiliar de enfermagem	06
ACD	01
Enfermeiro	03
TOTAL	10

DADOS QUANTITATIVOS

Questão 2: Como é para você fazer esta atividade?



Questão 3: APESAR DA IMPORTANCIA DE SE FAZER BUSCA ATIVA, AS UNIDADES ACABAM FAZENDO BEM MENOS DO QUE SE ESPERA. NA SUA OPINIÃO PORQUE ISTO ACONTECE?

Frente a essa pergunta, os funcionários apresentaram 5 representações descritas pelas categorias:

Categoria A: A deficiência no funcionamento da unidade.

Categoria B: Necessidade de estímulo específico para a realização da atividade (supervisão, campanha etc.).

Categoria C: Atividade de rotina cansativa.

Categoria D: Dificuldade em relação ao usuário.

Categoria E: Acha que a atividade não é necessária / acha que está sendo feita pelos ACS.

DADOS QUALITATIVOS

CATEGORIA A:

A DEFICIÊNCIA NO FUNCIONAMENTO DA UNIDADE

DSC

Fizemos o treinamento, você sai dali sabendo o que você vai fazer. Quando chega na Unidade, muitas vezes não é colocado em prática. Nós não desenvolvemos um Programa assim, pra tá com essa busca assim ativa, por exemplo: "Hoje vai ser funcionário tal, você vai observar tal". Foi feito treinamento, mas por livre e espontânea vontade da pessoa, parece que assim não resolve, tem que tornar rotina na Unidade, até as pessoas vê que isso é importante. Enquanto não tornar rotina, é mais uma coisa pra fazer. Eu acho assim, as vezes a gente tá tão envolvido com outras coisas que acaba deixando passar, não é nem porque você não tá interessado, às vezes sua cabeça tá pensando no que você ainda tem que fazer. No caso da busca ativa não precisa ser só o auxiliar, é qualquer funcionário da saúde que pode fazer. Mas acaba ficando só pra enfermagem, e às vezes a gente acaba deixando escapar por isso, porque é muita coisa só pra enfermagem. Cada vez aumenta mais o número de serviço e diminuiu o número de funcionários, a correria do dia-a-dia acaba deixando de lado, ou até mesmo esquecendo. Relaxa.

Será que é interesse das pessoas, no geral, de todos? Porque, se não é só enfermagem. A responsabilidade é de cada um de nós, eu acho que é muita falta de interesse, não tem motivação pra isso, por exemplo, a importância da conscientização que tem a vacina, o pessoal sabe da importância então você não precisa ficar falando, mandando, e da tuberculose, como ninguém liga, eu acho que a chefia tinha que dá mais importância pra isso. O pessoal chega na recepção, eles são objetivos "consulta com clínico? tá, você não". A pessoa pode tá com certeza ali, tossindo, e nem pergunta porque, porque tem uma fila imensa, um monte de gente, então você quer esvaziar. Se você pára pra conversar com um,

os outros montam em cima, eles não deixam também. Então é complicado, teria que ter uma pessoa aqui, não sei dizer, mais ociosa pra tá fazendo isso. Agora se tivesse um acolhimento melhor, alguém que ficasse na porta, todos os pacientes que entrar no posto, fosse feita essa pergunta, com certeza acharia muito mais. Eu vejo dessa forma.

OBS: Este discurso foi construído com depoimentos de 18 funcionários, conforme quadro abaixo:

PROFISSÃO	quantidade
Auxiliar de enfermagem	10
ACD	01
ACS	01
Agente Administrativo	01
Almoxarife	01
Enfermeiro	04
TOTAL	18

CATEGORIA B:

NECESSIDADE DE ESTÍMULO ESPECÍFICO PARA A REALIZAÇÃO DA ATIVIDADE (SUPERVISÃO, CAMPANHA ETC).

DSC

Na realidade a saúde pública funciona mais em campanha. Aí todo mundo tá envolvido naquilo, passou essa campanha, aí você já fica mais assim, neutralizado, não tem como, não tem pernas, pernas pra você ter controle. Acho que vai tá caindo realmente na rotina, esquecimento, as coisas aqui é tudo pra ontem, então você fica com outras coisas mais importantes pra tá fazendo no momento do que ta interrogando essa pessoa se tá tossindo, até que vem alguém e fala: “olha, tem que fazer”. Aí que retoma de novo. A chefia no começo se envolveu bastante, mas

depois também deu aquela...E é difícil conscientizar mesmo os funcionários a fazer esse trabalho. Nem todo mundo acaba perguntando, às vezes é mais fácil eu passar despercebido do que me envolver no problema. E às vezes tem profissional que olha com muito pouco caso, porque a gente sabe que na verdade eles não são tão satisfeitos, entendeu? É melhor fechar os olhos. Não é a minha parte, eu não vou fazer. Ah não, vai dar trabalho, deixa pra lá. Os funcionários, na maioria das vezes, nem sempre têm a disposição de tratar bem. Então começa, é um ou outro que está disposto a fazer. Eu vejo que o próprio funcionário não tem aquela motivação, não empenha no trabalho com vontade, não tão preocupado, a verdade é essa. Nem todos estão voltados para o lado do cliente. Tão mais pelo lado financeiro, vamos dizer. Então, na minha opinião é a falta de interesse dos funcionários e até da chefia, eu acho, que falta falar com eles, a gente tem que estar sempre estimulando o pessoal, falta também uma supervisão em cima disso, da chefia da Unidade ou a nível regional. Eu acho que deveria ser uma coisa mais supervisionada, mas se a pessoa tivesse realmente interessado em fazer essa busca, então, vamos cobrar, mas vamos observar o que está sendo feito, não vamos cobrar só os resultados, vamos ver como que tá sendo o processo.

OBS: Este discurso foi construído com depoimentos de 13 funcionários, conforme quadro abaixo:

PROFISSÃO	quantidade
Auxiliar de enfermagem	05
Auxiliar de farmácia	01
ACD	01
ACS	02
Enfermeiro	04
TOTAL	13

**CATEGORIA C:
ATIVIDADE DE ROTINA CANSATIVA**

DSC

Tudo que é novo as pessoas fazem com vontade, aí quando começa virar como se fosse cotidiano aí acaba diminuindo e não dando tanta importância e ainda tá faltando funcionário, e também os funcionários que às vezes cansam de estar todo dia perguntando a mesma coisa porque você tem que fazer as perguntas, preencher o papel, passar lá na ficha que tem que passar, preencher as fichas. As etiquetas dos potinhos, também leva tempo, então fica mais difícil de fazer. Aí eles ficam desanimados.

OBS: Este discurso foi construído com depoimentos de 2 funcionários, conforme quadro abaixo:

PROFISSÃO	quantidade
Auxiliar de enfermagem	02
TOTAL	02

**CATEGORIA D:
DIFICULDADE EM RELAÇÃO AO USUÁRIO**

DSC

É o próprio paciente. Às vezes você pergunta, ele tem vergonha de tá falando pra você. Se você tá restrita numa sala, ele se abriria mais do que, que tá assim de gente em volta, eu vou perguntar ele se sente acanhado, entendeu? Quando começou, fazia com todos os pacientes que entravam aqui na unidade, a gente fazia perguntas, a gente ficava na porta, e muitos se recusavam a dar a entrevista, dos que estavam tossindo se recusavam a fazer o exame. Aí a gente não pode obrigar a

pessoa a fazer, né? E algumas vezes até mesmo o próprio paciente não aceita. Ele não aceita, assim, fazer um exame de BK, alguns deles não aceitam! Muitos deles ainda têm muito preconceito, de achar que é o cigarro, ou é problema respiratório, entendeu? E não dá aquela atenção. Então a pessoa vai deixando. Medo! Eu acho que é medo de ter uma resposta positiva, né? No exame. E a pessoa acaba deixando.

OBS: Este discurso foi construído com depoimentos de 4 funcionários, conforme quadro abaixo:

PROFISSÃO	quantidade
Auxiliar de enfermagem	02
Almoxarife	01
Enfermeiro	01
TOTAL	04

CATEGORIA E:

ACHA QUE A ATIVIDADE NÃO É NECESSÁRIA / ACHA QUE ESTÁ SENDO FEITA PELOS ACS.

DSC

Pessoalmente não acredito que se faça bem menos, aqui no nosso caso não acredito que seja assim, porque os agentes comunitários eles saem diariamente, então isso é feito por eles. A população que eles visitam é a mesma que vem ao posto, entendeu?

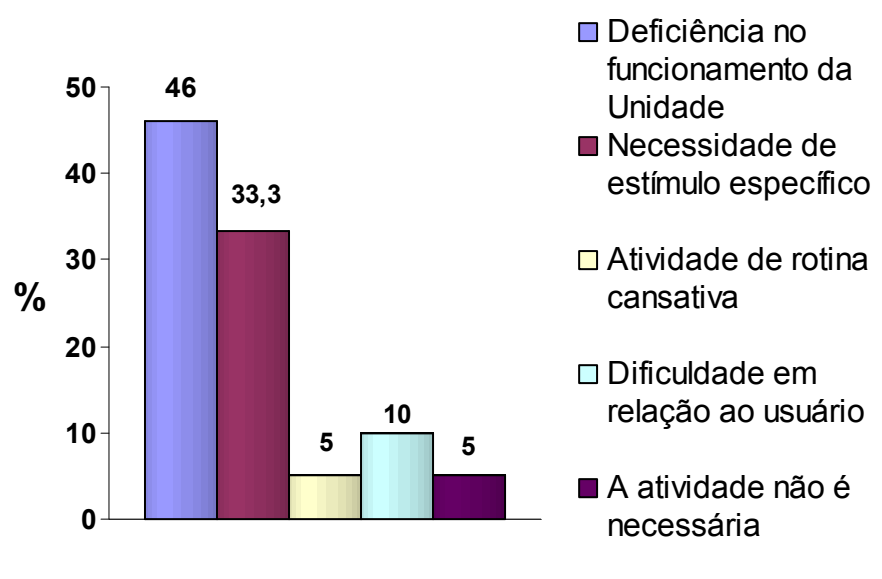
Aqui não é uma área precária, é uma região até diferenciada, a população aqui não é tão carente, né? Os riscos de se encontrar tuberculose numa população assim é bem menor, então os sintomáticos aqui são menores, em números menores.

OBS: Este discurso foi construído com depoimentos de 2 funcionários, conforme quadro abaixo:

PROFISSÃO	quantidade
Auxiliar de enfermagem	02
TOTAL	02

DADOS QUANTITATIVOS

Questão 3: Apesar da importância de se fazer busca ativa, as unidades acabam fazendo bem menos do que se espera, na sua opinião porque isto acontece?



5 - DISCUSSÃO

O controle eficiente da tuberculose sustenta-se, principalmente, sobre dois pilares: a descoberta precoce de casos e o tratamento que conduz a cura dos doentes.

Segundo GALESI E SANTOS (2004), para expandir essa descoberta, tornam-se cada vez mais necessária a realização de busca ativa, estratégia enfatizada pela Divisão de Tuberculose do Centro de Vigilância Epidemiológica e pelo Programa Estadual de Controle da Tuberculose da Secretaria da Saúde de São Paulo.

ARMENGOL e col. (1992) interrogaram 53314 pessoas em serviços de emergência de Caracas, encontrando 2378 (4,46%) sintomáticos respiratórios sendo que destes 75 (3,2%) tinham tuberculose pulmonar.

MARIN e col. (1999) realizaram no México um estudo transversal em serviços de saúde para detectar sintomáticos respiratórios, onde 6748 pessoas foram entrevistadas, sendo identificadas 245 (3,6%) sintomáticos e entre eles 17 (6,9%) doentes com tuberculose, que corresponderam a 2,4 vezes a média de casos detectados no mesmo trimestre, no quinquênio 1990-1995.

O conceito de identificar precocemente as pessoas que transmitem a tuberculose, primordial para controlar a doença, não é recente.

Em 1962, com a publicação das Normas Técnicas Especiais sobre Tuberculose, foram especificadas as linhas mestras de orientação, princípios e noções fundamentais dentro do qual se devia mover toda a ação prática na luta contra a tuberculose.

Essa publicação descreve que “A luta contra a tuberculose visa combater as fontes de infecção, evitar o contágio e proteger os sãos e, a fim de combater as fontes de infecção, a autoridade sanitária procurará descobrir precocemente o maior número possível de casos” (SNT, 1962), promovendo a prática de exames periódicos por meio de educação continuada à população, atraindo os grupos de população com maior risco de adoecimento e proporcionando gratuitamente os exames de saúde.

Porém, nessa publicação não fica esclarecido quais seriam os exames periódicos que a população deveria ser submetida.

Em 1971, no Manual de Normas e Instruções para o Controle da Tuberculose (MS, 1971), está descrito que os portadores de sintomas respiratórios que

comparecerem a Unidade de Saúde, deverão ser submetidos ao exame de escarro, para a descoberta das fontes de infecção.

Em 1979, no Manual de Procedimentos para Unidades de Saúde (MS, 1979), está recomendado que para obter informações sobre sintomas respiratórios, as pessoas que comparecerem a Unidade de Saúde, deverão ser indagadas sobre “presença de tosse” e “há quanto tempo”.

Nessa época, as pessoas com tosse por mais de 4 semanas eram consideradas sintomáticos respiratórios e deviam ser examinadas.

Atualmente, a recomendação do Ministério da Saúde no Manual Técnico para o Controle da Tuberculose (2002a) para a busca ativa do sintomático respiratório é que pessoas com tosse por 3 semanas ou mais devem ser investigadas.

O Programa de Controle da Tuberculose de Estado de São Paulo desde o ano de 1999 vêm realizando ações para implementar a Busca Ativa no conjunto dos municípios do Estado, através de treinamentos, campanhas, reuniões e utilização de farto material técnico e educativo.

O *slogan* “tosse prolongada tem de ser investigada”, utilizado na primeira campanha estadual de busca ativa de casos de tuberculose no Estado de São Paulo em 2000, já referida anteriormente na introdução deste trabalho, ressalta que o objetivo de alertar os profissionais de saúde e a população sobre a importância de detectar a doença precocemente, é um fator importante a ser considerado no que diz respeito a melhora dos indicadores.

Segundo SONTAG (2002), o curso espasmódico da doença é visto como o protótipo do sintoma da tuberculose: a tosse.

Enfim, todo esse histórico parece ter contribuído e refletido diretamente no conhecimento dos profissionais de saúde, onde o conceito “busca ativa”, “sintomático respiratório” e “tosse há mais de três semanas tem de ser investigada”, aparecem frequentemente durante as entrevistas.

...Toda vez que você ver um paciente que tá apresentando tosse cê faz aquela perguntinha básica pro paciente: ah, cê tá com tosse, há quanto tempo? Há mais de três semanas?

(trecho do DSC, q.1, categ.B)

Por outro lado, apesar das pessoas saberem da importância de investigar a tosse, a atividade de busca ativa do sintomático respiratório não foi verificada nas atividades de rotina dos serviços de saúde, que fizeram parte desta investigação.

...Foi feito treinamento, mas por livre e espontânea vontade da pessoa, parece que assim não resolve, tem que tornar rotina na Unidade, até as pessoas vê que isso é importante. Enquanto não tornar rotina, é mais uma coisa pra fazer.

(trecho do DSC, q.3, categ.A)

Com base nos discursos produzidos, o profissional de saúde sabe o que é fazer busca ativa, tem seu conceito na “ponta da língua”, porém executa de uma maneira diferente do preconizado pelo PCT Estadual que propõe o interrogatório a todas as pessoas que chegam à unidade de saúde, independente do motivo da procura, sobre a presença de tosse.

Nesse sentido, as pessoas conhecem a atividade, reconhecem a importância da busca ativa, mas não conseguem fazer de acordo com o preconizado e o resultado é uma adaptação da estratégia à sua realidade.

As pessoas estão “sensíveis à tosse”, ou seja, há um claro reconhecimento da importância da busca ativa que se evidencia no decorrer dos discursos, independente da categoria profissional. Parece que o conceito permeia as unidades de saúde.

Entretanto, isto parece não ser o suficiente para que a mesma se desenvolva de uma maneira organizada, ficando como uma decisão pessoal do profissional de saúde a realização ou não da atividade.

A maioria dos profissionais de saúde se preocupa com o usuário que está tossindo dentro da unidade aguardando um atendimento.

Porém, a maneira de como lidar com a tosse ou até mesmo estar atento a ela acaba ficando a mercê do profissional de saúde, de seu interesse ou compromisso com o trabalho influenciado também pelas circunstâncias em que o mesmo se desenvolve.

...Nem todo mundo acaba perguntando, às vezes é mais fácil eu passar despercebido do que me envolver no problema.

(trecho do DSC, q.2, categ.B)

Com isto, surgem diferentes atitudes diante da execução da atividade.

A tosse é representada por um sinal para procurar tuberculose, e no momento em que ela é percebida pelo profissional de saúde, mesmo não fazendo parte das suas tarefas específicas do seu dia a dia, tarefas estas que lhe serão cobradas caso não faça, ele vai e investiga (50%).

...Na maioria das vezes a gente pergunta pra alguém que a gente percebe que tá com tosse. É assim que a gente faz a busca ativa aqui.

(trecho do DSC, q.1, categ.B)

Diferente da conduta descrita acima, porém com a preocupação de fazer busca ativa, profissionais de saúde durante o atendimento que realizam, aproveitam para perguntar sobre a presença de tosse (28%).

...A mãe traz a criança pra pesar na sala de atendimento de Enfermagem, nós perguntamos pra ela se ela tá tossindo, na hora que eles vão verificar pressão, tá tossindo? Graças a Deus que a maioria num tá.

(trecho do DSC, q.1, categ.C)

Dessa maneira, a busca ativa acaba sendo introduzida nas demais atividades destes profissionais de saúde, lembrando que este procedimento tem um caráter estritamente pessoal. Nesse sentido, algumas vezes acaba sendo feito pelo próprio usuário em virtude do mesmo estar com tosse e querer saber a causa deste sintoma.

Logicamente esta busca ativa descrita acima, tem um sentido figurado, porém este procedimento é que vai gerar um estímulo para que o profissional de saúde realize a atividade.

A postura do profissional de saúde nestes casos é de esperar o usuário procurá-lo com a queixa de tosse e a partir disto é que desempenhará as atividades em questão (3%).

Neste contexto de como se faz a busca ativa nas unidades de saúde, surge uma outra atitude, a dos profissionais de saúde que não realizam a atividade, apesar de reconhecerem sua importância, preferindo deixar para “quem já faz normalmente” (19%).

Mas, quem faz normalmente? Segundo os discursos a busca ativa é de responsabilidade de todos, mas afinal de quem é a obrigação de fazer?

Para alguns dos entrevistados, os agentes comunitários já fazem a busca ativa durante as visitas na comunidade e a população que eles visitam é a mesma que vem a unidade de saúde.

Com certeza, estas questões estão diretamente relacionadas a organização das unidades de saúde e de como está inserida a busca ativa nos serviços.

A falta de uma rotina pré-estabelecida para se realizar a atividade de busca ativa dentro da unidade de saúde pode ser um fator que contribui para que ela não seja realizada.

Neste estudo, dos 31 profissionais de saúde entrevistados, 25 eram profissionais de enfermagem, sendo 18 auxiliares de enfermagem e 7 enfermeiros.

Dessa maneira, a discussão está orientada sob o ponto de vista da enfermagem, devendo-se ao fato de que a maioria das pessoas entrevistadas pertence a essa categoria.

Assim, segundo MATOS e PIRES (2006), o ensino da administração nos cursos de enfermagem continua, predominantemente, voltado para as velhas teorias administrativas, não preparando o enfermeiro para uma intervenção adequada na realidade e para uma gerência inovadora e centrada na aquisição de competências.

Nesse modelo o enfermeiro desempenha a função de gerente centralizador do saber, que domina a concepção do processo de trabalho de enfermagem e delega atividades parcelares aos demais trabalhadores de enfermagem.

Destaca-se nesse sentido a ênfase no “como fazer”, a divisão do trabalho em tarefas, a excessiva preocupação com manuais de procedimentos, rotinas, normas, escala diárias de distribuição de tarefas, fragmentação da assistência, dentre outros.

A importância da atividade é vista pelo profissional de enfermagem se estiver na rotina, pois dessa maneira será cobrada e conseqüentemente deverá ser feita.

Outra possibilidade segundo os discursos, seriam as campanhas, que aparecem como uma alternativa normalmente utilizada em saúde pública para atingir um objetivo, produzindo grande mobilização e envolvimento dos profissionais de saúde.

Campanhas têm sido instrumentos de políticas públicas de saúde, freqüentemente utilizadas no Brasil para esclarecer, motivar ou conseguir o apoio da população ou dos profissionais de saúde, em ações consideradas relevantes para a saúde pública (SARACENI e col., 2005).

Sendo assim, durante o período da campanha, as atividades são realizadas em detrimento da rotina, pois todos se mobilizam para atingir o objetivo proposto.

Entretanto, as campanhas são momentâneas e a continuidade do seu objetivo em questão vai depender novamente do estabelecimento de uma rotina para que isto aconteça.

...Na realidade a saúde pública funciona mais em campanha. Aí todo mundo tá envolvido naquilo, passou essa campanha, aí você já fica mais assim, neutralizado, não tem como, não tem pernas, pernas pra você ter controle.

(trecho do DSC, q.3, categ.B)

Parece que a obrigatoriedade de se fazer uma atividade está diretamente relacionada com a existência de uma rotina para tal.

A preocupação em cumprir tarefas onde o desempenho é avaliado pelo quantitativo de procedimentos realizados, faz com que o profissional de saúde tenha uma postura de fazer somente o que lhe compete.

Porém, outro fator também importante, segundo os profissionais de saúde entrevistados, é a falta de recursos humanos, onde o pessoal de enfermagem acaba ficando com tarefas além do que pode cumprir.

Conseqüentemente, acabam priorizando algumas atividades e deixando de fazer outras ou fazendo de maneira incompleta, no caso a busca ativa.

...Cada vez aumenta mais o número de serviço e diminuiu o número de funcionários, a correria do dia-a-dia acaba deixando de lado, ou até mesmo esquecendo. Relaxa.

(trecho do DSC, q.3, categ.A)

Muitas vezes o trabalho dos profissionais de saúde representa um tenso equilíbrio entre a possibilidade de desempenho autônomo de seu saber técnico no trabalho cotidiano, e as condições de produção desse trabalho, que são delimitados de acordo com a demanda, exigências concretas de sua produção e complementação de outros trabalhos, de acordo com SCHRAIBER e PEDUZZI (1999).

Genericamente, o dimensionamento de pessoal de enfermagem tem sido definido como “a etapa inicial do processo de provimento de pessoal, que tem por finalidade a previsão da quantidade de profissionais por categoria, requerida para suprir as necessidades de assistência de enfermagem, direta ou indiretamente prestada à clientela”, segundo GAIDZINSKI (1991).

Em qualquer organização, o dimensionamento de recursos humanos tem sido considerado um desafio.

Na maioria das instituições de saúde, a equipe de enfermagem representa quantitativamente, o percentual mais significativo de pessoal, se tornando mais visada quando o problema é a redução de despesas.

Outro fator relevante que deve ser considerado no dimensionamento de recursos humanos é a alta rotatividade de funcionários, pois esta interfere diretamente na qualidade da assistência prestada, e se torna um obstáculo à organização do trabalho.

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 293/2004, fixa e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados.

Esses parâmetros constituem-se em referências para orientar os gestores das instituições de saúde no planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas.

Dependendo da realidade local ou regional esses parâmetros podem sofrer adequações, desde que devidamente justificados e aprovados pelos respectivos Conselhos Regionais de Enfermagem e, posteriormente, referendados pelo COFEN.

Nesta mesma resolução, o Artigo 7º estabelece que deve ser garantida a autonomia do Enfermeiro nas Unidades Assistenciais, para dimensionar e gerenciar o quadro de profissionais de enfermagem.

Na tentativa de expandir e facilitar a busca ativa nas unidades de saúde, responsabilizando toda a equipe e não somente o pessoal de enfermagem, considerando que estes já têm uma sobrecarga de trabalho, e que poderia ser este um fator que dificultasse o desenvolvimento da estratégia em si, o PCT Estadual descreve a atividade de busca ativa como uma atividade que pode ser desenvolvida por qualquer profissional, desde que receba treinamento para tal.

Entretanto, os discursos dizem que isto não acontece, reforçando que a atividade de busca ativa é de responsabilidade da enfermagem.

...No caso da busca ativa não precisa ser só o auxiliar, é qualquer funcionário da saúde que pode fazer. Mas acaba ficando só pra enfermagem, e às vezes a gente acaba deixando escapar por isso, porque é muita coisa só pra enfermagem ...

(trecho do DSC, q.3, categ.A)

Segundo o GUIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (MS, 2002b), identificar os sintomáticos respiratórios nas unidades básicas de saúde é atribuição do auxiliar de enfermagem, enfermeiro e médico.

A proposta do PCT Estadual define que “qualquer profissional da área de saúde pode realizar a busca ativa, desde que receba treinamento para tal”, torna-se mais ampliada, se comparada à proposta do MS que restringe a atividade de busca ativa para algumas categorias profissionais.

Com isto, talvez essa proposta de “disseminar” a atividade de busca ativa, requeira uma mudança de comportamento nos demais membros da equipe que podem não se sentir preparados ou até mesmo não concordarem com este procedimento.

Perguntar sobre tosse, que é sintoma de uma doença, a meu ver seria específico da área de enfermagem ou médica, onde esta atividade acabaria desencadeando outras atividades que no dia a dia fazem parte da rotina destes profissionais, que segundo SCHRAIBER e PEDUZZI (1999), são indivíduos portadores de saberes complexos e especializados, e conseqüentemente, passam a ser identificados como detentores de um saber especial que os diferencia, assim, dos trabalhadores comuns.

Historicamente sabemos que grande parte das atividades do Programa de Controle da Tuberculose sempre contou com o envolvimento do pessoal de enfermagem e sua participação é citada como papel de destaque na luta contra a tuberculose.

No século XIX, Florence Nightingale, enfermeira, teve importante participação na luta contra a tuberculose na Europa e na construção de hospitais específicos para os tísicos, divulgando nos diversos países a concepção da cura sanatorial, melhorando as condições de internação dos tuberculosos como política governamental de saúde pública (ROSEMBERG, 1999).

A personalidade emblemática da enfermeira Ana Néri constituiu importante referência para a Campanha Nacional contra a Tuberculose nos anos 1940, propiciando a projeção social do valor da enfermagem no Brasil (ANTUNES, 2000).

A Reforma Sanitária liderada por Carlos Chagas em 1918, deu início a um programa de cooperação com a Fundação Rockefeller, conseqüente à intensificação da penetração do capital americano em nosso país, surgiram dois grandes eventos de interesse para a luta contra a tuberculose, sendo o primeiro a criação de uma Inspeção de Profilaxia da Tuberculose e o segundo a implantação da enfermagem profissional no Brasil mediante a criação em 1923, de uma escola de enfermagem e um serviço de enfermeiras (BARREIRA, 1993).

A “Arte de Enfermagem em Tuberculose” era uma disciplina que fazia parte do curso de enfermagem, tal era a prioridade conferida a esta doença pelas autoridades sanitárias da época.

Dessa maneira, a composição das equipes de saúde, que atuam ao longo do tempo no programa de controle da tuberculose são os médicos, profissionais de enfermagem e mais recentemente o agente comunitário de saúde.

Neste momento, observamos que a atividade de busca ativa acaba incorporando outros profissionais que antes não estavam envolvidos nas atividades do Programa de Controle da Tuberculose.

O PCT estadual propõe que a operacionalização da estratégia de busca ativa seja definida pela realidade de cada local que irá realizá-la. Assim, o interrogatório poderá ser feito por qualquer pessoa treinada, sendo ou não da área de enfermagem, porém os outros procedimentos como orientação para a coleta e tudo mais, deverão ser feitos pela enfermagem.

Entretanto, segundo a Coordenadora do PCT estadual Dra.Vera Galesi, dependendo da peculiaridade de cada serviço, profissionais mesmo não sendo da área da enfermagem, podem realizar as atividades de busca ativa na sua totalidade fazendo o interrogatório, orientando para a coleta e efetuando os registros, desde que tenham condições para fazê-lo.

Contudo, segundo os discursos, parece que incluir outros profissionais na realização da estratégia é válido, porém não é o suficiente para que isto aconteça.

...Será que é interesse das pessoas, no geral, de todos? Porque, se não é só enfermagem. O pessoal chega na recepção, eles são objetivos, "consulta com clínico? tá, você não". A pessoa pode tá com certeza ali, tossindo, e nem pergunta porque, porque tem uma fila imensa, um monte de gente, então você quer esvaziar.

(trecho do DSC, q.3, categ.A)

... E é difícil conscientizar mesmo os funcionários a fazer esse trabalho.

(trecho do DSC, q.3, categ. B)

Com certeza, outros fatores devem ser considerados para que isto possa ser incorporado pelos profissionais.

A necessidade de acabar com as filas atendendo rapidamente, pois os usuários reclamam da demora no atendimento (19%), com um número pequeno de profissionais de saúde que atuam diretamente com o usuário relatando excesso de

atividades (19%), aliado a falta de interesse de todos, inclusive da chefia (33,3%), inviabilizam a inclusão de novas tarefas no dia a dia de trabalho.

...A gente não tem muito tempo pra tá fazendo isso porque a gente acaba se envolvendo com a programação que tem daquele dia, não dando muita atenção pra busca ativa. Nem sempre você tem tempo pra tá falando com o paciente diretamente, várias coisas pra fazer ao mesmo tempo, pouco funcionário...

(trecho do DSC, q.3, categ.B)

...Então, na minha opinião é a falta de interesse dos funcionários e até da chefia, eu acho, que falta falar com eles.

(trecho do DSC, q.3, categ.B)

Entretanto, há o reconhecimento por parte dos profissionais de saúde que a busca ativa deve ser inserida nas atividades de rotina da unidade (46%) e que só assim ela terá o mesmo valor de uma atividade importante como fazer vacina ou um curativo.

...Foi feito treinamento, mas por livre e espontânea vontade da pessoa, parece que assim não resolve, tem que tornar rotina na Unidade, até as pessoas vê que isso é importante. Enquanto não tornar rotina, é mais uma coisa pra fazer.

(trecho do DSC, q.3, categ.A)

No processo de consolidação do SUS, houve a necessidade de investir em uma gestão autônoma capaz de interagir com grupos da comunidade e entidades governamentais e não governamentais, estabelecendo parcerias e desenvolvendo ações intersetoriais para a formulação de políticas públicas locais participativas, usando às condições de vida e de saúde da população.

Nesse novo desenho organizacional tornou-se uma necessidade reorganizar os serviços e instrumentalizar a gerência das unidades básicas de saúde.

Segundo VECINA (1998) seria necessário construir um espaço onde a gestão esteja preocupada com a construção de um novo modelo assistencial voltado para a preservação da saúde e para a melhoria da qualidade de vida.

Para atender a esse modelo, é preciso formar gerentes com profundo compromisso social, capacidade inovadora e disposição para agir nas fronteiras do conhecimento, independentemente do setor em que atuam (VECINA, 1998).

Nesse sentido, em 2005 o Município de Guarulhos em parceria com a Faculdade de Saúde Pública da USP inicia a capacitação de 100 gerentes, através do Projeto Gerus² (Gerenciamento das Unidades de Saúde), com duração até o final de 2006.

Desenvolvido pelo Ministério da Saúde com cooperação técnica da Organização Panamericana de Saúde e da Organização Mundial de Saúde, o Projeto Gerus oferece instrumentos para elaborar diagnóstico das condições de vida da cidade, desenvolver planejamento, pesquisa, bem como trabalhar com a população, aferir a produtividade da unidade de saúde e, ainda, organizar uma agenda voltada para o atendimento efetivo da demanda de cada região.

O projeto tem como objetivos capacitar profissionais para exercerem funções gerenciais em Unidade Básicas de Saúde como, conhecer, identificar e analisar o processo de produção, com condições de avaliar o quadro de necessidade de saúde, oferta de serviço e disponibilidade de recursos institucionais, reorganizar a produção de serviços e conduzir operações ajustando as decisões ao contexto.

Dessa forma, as 4 regionais de saúde participaram do Projeto Gerus, onde gerentes e monitores da área de saúde (dentistas, assistentes sociais, fonoaudiólogos e enfermeiros) foram capacitados.

Neste estudo, durante a coleta de dados nos serviços de saúde, foi observado em conversa informal com as chefias, a grande dificuldade de desempenhar seu papel no contexto em que atuam.

² Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública e Secretaria Municipal de Saúde de Guarulhos. Curso de Especialização em gerência de unidades básicas de saúde do SUS/SMS – Guarulhos: programa. 2005 (mimeo).

A descontinuidade das ações presente nos serviços públicos, a falta de planejamento, as mudanças políticas e a desmotivação dos funcionários são citadas com frequência por essas chefias como causas dessa dificuldade.

A julgar pelos discursos descritos abaixo, esses fatores são evidenciados também pelos profissionais de saúde.

...As coisas aqui é tudo pra ontem, então você fica com outras coisas mais importantes pra tá fazendo no momento do que ta interrogando essa pessoa se tá tossindo, até que vem alguém e fala: “olha, tem que fazer”. Aí que retoma de novo.

(trecho do DSC, q.3, categ.B)

...E às vezes tem profissional que olha com muito pouco caso, porque a gente sabe que na verdade eles não tão satisfeitos entendeu? É melhor fechar os olhos. Não é a minha parte, eu não vou fazer. Ah não, vai dar trabalho, deixa pra lá...

(trecho do DSC, q.3, categ.B)

Para haver motivação é preciso que exista um estímulo. De maneira geral, existem fatores que diminuem o estímulo fazendo com que a motivação caia.

...Eu vejo que o próprio funcionário não tem aquela motivação, não empenha no trabalho com vontade, não tão preocupado, a verdade é essa. Nem todos estão voltados para o lado do cliente. Tão mais pelo lado financeiro, vamos dizer.

(trecho do DSC, q.3, categ.B)

...A gente tem que estar sempre estimulando o pessoal. Falta também uma supervisão em cima disso, da chefia da Unidade ou a nível regional. Eu acho que deveria ser uma coisa mais supervisionada, mas se a pessoa tivesse realmente interessado em fazer essa busca, então, vamos cobrar, mas

vamos observar o que está sendo feito, não vamos cobrar só os resultados, vamos ver como que tá sendo o processo.

(trecho do DSC, q.3, categ.B)

Sabemos que excesso de trabalho, ambiente físico inadequado, falta de processo de avaliação de desempenho, falta de boa comunicação interna e tantas outras situações relatadas nas entrevistas parecem contribuir para que o funcionário faça estritamente as suas tarefas, não demonstrando interesse em realizar coisas novas.

No fazer e agir da enfermagem, segundo CECAGNO e col. (2005), existe na grande maioria dos profissionais da área, um descontentamento no que tange a valorização e reconhecimento que recebem, como pessoas e profissionais. Apesar de seu trabalho ser reconhecido como essencial nas instituições de saúde, o profissional de enfermagem não é valorizado e não são oportunizadas a ele condições de crescimento.

A motivação é condição indispensável para satisfação no trabalho, pois, através dela pode-se estimular, despertar o interesse pela capacitação profissional, orientar esforços, fixar objetivos e ainda induzir a aplicação de conhecimentos adquiridos.

Nesse sentido, CECAGNO e col. (2005), propõe estratégias para motivar e valorizar o trabalhador de enfermagem enquanto agente colaborador da instituição em busca do cumprimento da missão, onde a necessidade do diálogo e a promoção do crescimento profissional são apontadas como as principais estratégias que podem ser utilizadas pelos serviços de saúde para motivar e valorizar o trabalhador de enfermagem.

A atividade de busca ativa na percepção dos profissionais de saúde entrevistados, de uma maneira geral, é simples para aqueles que conseguem fazê-la durante as suas tarefas normais de rotina (31,5%).

...Gosto de tá fazendo porque eu não fico só na busca ativa né, então conforme eu tô olhando o paciente não me custa perguntar, faz parte da minha rotina. Pra mim perguntar é fácil.

(trecho do DSC, q.2, categ.A)

Entretanto, perguntar um a um sobre tosse não é uma tarefa nada agradável (22%). E os motivos são vários, desde constrangimento de ambos os lados (22%), tanto para quem pergunta como para quem responde, até recusa do paciente em responder e resistência do profissional de saúde em fazer a atividade, onde aparece a fala: “se for obrigado faz”.

...Tem gente que tem um pouco de receio, vergonha de estar chegando no paciente, faz porque é escalado pra fazer, mas na realidade, se fosse pra ir e invadir a privacidade de alguém, não iria fazer isso. Tem que saber como conversar.

(trecho do DSC, q.2, categ.A)

Segundo FORTES e SPINETTI (2004), dentre os direitos dos usuários que podem ser garantidos em um projeto de humanização dos serviços de saúde está o direito à privacidade das informações. Este é um princípio derivado da autonomia, e engloba a intimidade, a vida privada, a honra das pessoas, significando que são os próprios indivíduos que tem direito de decidir que suas informações pessoais sejam mantidas sob seu exclusivo controle, como tem direito de comunicar a quem, onde e em que condições as informações pessoais devam ser reveladas.

Invadir a privacidade das pessoas pode trazer sentimentos de desconfiança e vergonha como citados em trechos de discursos descritos abaixo.

...Nem todos aceitam responder se tá com tosse. Eles se sente acanhado até de falar pra gente que trabalha na área de saúde, o que dirá com mais pessoas junto, né.

(trecho do DSC, q.2, categ.B)

...Eles sentem aquela discriminação, eu tô tuberculoso, o povo já vai querer correr de perto de mim.

(trecho do DSC, q.2, categ.B)

Sem dúvida, o estigma da doença aparece como fator inibidor (22%), provocando segundo os discursos recusa tanto do paciente em responder quando inquirido na frente de todos, por se tratar de assuntos que podem fazer surgir o suposto tuberculoso, como para o profissional de saúde de expor o usuário a esta situação constrangedora e desagradável.

Da mesma maneira que a tosse tem uma forte associação com a tuberculose, alertando o profissional de saúde para proceder a uma investigação mediante seu aparecimento, a palavra tuberculose pode ser motivo de recusa do usuário em dar informações a seu respeito.

Mesmo porque, segundo observação realizada por VENDRAMINI e col (2002), que analisam a percepção do doente de tuberculose sob tratamento supervisionado, relatam que o emagrecimento constante é um dos sinais que mais chama a atenção dos informantes do estudo. A tosse a princípio não é considerada sintoma da doença. Ela só será valorizada quando se tornar incontrolável, passando a ser um sintoma que requer investigação.

Considerando que a tosse está presente em quase 95% dos casos de tuberculose pulmonar, este fato descrito ao que tudo indica, traduz a percepção do usuário com relação à doença, onde o mesmo parece valorizar outros sinais.

A possibilidade de estar doente de tuberculose pode remeter o usuário a todo o estigma que existe relacionado à doença.

Normalmente são sentimentos diretamente relacionados às repercussões da enfermidade sobre o processo social e tudo o que dele pode advir (VENDRAMINI, 2002).

Enquanto não se compreendeu a sua causa, e as prescrições dos médicos mostraram-se ineficazes, a tuberculose foi considerada uma insidiosa e implacável ladra de vidas (SONTAG, 2002).

Segundo ANTUNES e col. (2000), a tuberculose se analisada quanto a seu comportamento na comunidade, é hoje diferente daquela conhecida há pouco mais de 50 anos. Seu diagnóstico ganhou recursos tecnológicos; seu tratamento passou a implicar prescrições diferentes; modificou-se o perfil da população por ela afetada. O risco de contágio também se alterou, a possibilidade de cura tornou-se efetiva e até as metáforas associadas à doença foram renovadas.

Segundo o mesmo autor, o tuberculoso de hoje, salvo os casos agudos, namora, casa, beija. Naquela época, havia o pavor do contágio. (...) Beijo era contágio maciço.

Atualmente, a tuberculose é uma doença tratável eficazmente, porém ainda é considerada um mal social e sua ocorrência está intimamente relacionada às condições de vida. A pobreza e a má distribuição de renda são fatores que favorecem o aparecimento da doença.

Pessoas com baixa renda, vivendo em comunidades urbanas densas, com precárias condições de habitação e famílias numerosas, têm probabilidade maior de se infectar, adoecer e morrer de tuberculose (MS, 2002c).

Conforme descrito por GONÇALVES (2000), algumas concepções da tuberculose referem-se a ela como uma doença que vem do outro, do comportamento desregrado e amoral, do ar impuro, do local aglomerado e não higiênico, do que é colocado para fora e que contagia; do crescimento acelerado e desestruturado. Parte dessas concepções se mantém não importando o quanto a medicina tenha evoluído na sua cura.

O constrangimento evidenciado nos discursos pode surgir devido a estes fatores, que pode acabar discriminando as pessoas no sentido de que “ser pobre” é sinônimo de ter tuberculose.

Porém, o pensamento que permeia a tuberculose pode estar mudando, pois muito tem se investido nesta doença, no sentido de esclarecer as pessoas sobre ela.

Hoje em dia já pode se ouvir falar que é melhor ter tuberculose que tem cura, do que ter um câncer, doença incompreendida e com poucas chances de se curar.

Agora é a vez do câncer ser a doença que não bate a porta antes de entrar. É o câncer que desempenha o papel de enfermidade cruel e furtiva, um papel que conservará até que, algum dia, sua etiologia se torne tão clara e seu tratamento tão eficaz quanto se tornaram a etiologia e o tratamento da tuberculose (SONTAG, 2002).

Simultaneamente ao constrangimento que pode surgir devido à realização da busca ativa, a questão do risco do contágio parece preocupar o profissional de saúde.

Nas ações para operacionalizar a atividade de busca ativa do Sintomático Respiratório nas unidades de saúde, está previsto a sensibilização dos profissionais

sobre a importância de identificar precocemente as pessoas que transmitem a tuberculose.

Esta sensibilização é feita através de treinamento onde são abordados os vários aspectos da doença, como transmissão, diagnóstico, tratamento e prevenção.

Segundo SANTOS (2001), pelas suas características de transmissibilidade, entendemos que os profissionais de saúde, que trabalham diretamente com paciente em investigação de tuberculose pulmonar, e que pode transmitir-lhes esta patologia, necessitam receber informações e orientações específicas, além de equipamentos de proteção individual. No que se referem às orientações, estas devem ser claras e adequadas, devendo pontuar os riscos ocupacionais, além de servir como instrumentos para nortear o trabalho dos profissionais envolvidos no cuidado direto aos pacientes, considerando que a falta de informações ou informações inadequadas e insuficientes podem acarretar, na maioria das vezes, problemas de ordem bio-psico-social, de assistência e de saúde dos trabalhadores.

O treinamento seria uma tentativa formal de garantir a aquisição de novos conhecimentos, porém a assimilação dos mesmos vai depender das características individuais dos participantes.

Nos discursos, foi constatada a preocupação do profissional de saúde em contrair a tuberculose durante a busca ativa (22%).

...Eu acho assim muito arriscado, não é preconceito, mas é muito simples, tuberculose quando a pessoa está tratando não pega, mas até descobrir, que aí no caso a gente tá fazendo busca ativa, a pessoa tosse na nossa cara, mas a gente tem que fazer. E quando o paciente vai colher escarro na nossa frente...

(trecho do DSC, q.2, categ.B)

Tais resultados levam a crer que apesar do profissional de saúde ter recebido treinamento para desempenhar a estratégia, isto não foi o suficiente para modificar seu comportamento em relação à doença.

O medo do contágio pode ser uma maneira de expressar um conhecimento adquirido, e uma impotência em se relacionar com ele.

A organização dos serviços, apoio da chefia para viabilizar a estratégia e motivação para aprender e fazer, são fatores importantes que devem ser considerados neste momento.

Sabe-se que os doentes bacilíferos não tratados são a maior fonte de infecção tuberculosa. Em instituições de saúde, toda atenção deve ser voltada, então, para diagnosticar os casos mais rapidamente possível (SES, 1998).

A atividade de busca ativa é uma das melhores medidas de biossegurança porque significa identificar precocemente a fonte de infecção reduzindo a transmissão. Diminuir a permanência de casos não diagnosticados de tuberculose nas unidades de saúde constitui importante fator para a diminuição do risco de transmissão institucional, considerando que o contágio da tuberculose se dá por via aérea a partir da tosse do doente bacilífero, ou seja, quanto maior o tempo de exposição a um ambiente onde houver gotículas infectantes em suspensão, maior será a chance de se infectar por elas.

Entretanto, apesar da importância o que ocorre é a inexistência da atividade de busca ativa de uma maneira formal na unidade de saúde, e isto pode ser um fator que faça com que o profissional tenha esta percepção em relação à atividade.

Todos falam da importância de fazer a busca ativa, porém pouco é feito para que se viabilize a estratégia com segurança nas unidades de saúde.

Como consequência, profissionais de saúde acabam adoecendo no cumprimento de suas atividades. Fato este constatado durante a realização das entrevistas para este trabalho, onde um dos profissionais que fez parte da população de estudo, adoeceu com tuberculose.

Segundo FRANCO (2004), o papel de cuidado da saúde deve ser encarado como amplo e não limitado ao estabelecimento de diagnósticos e prescrição de tratamento para indivíduos doentes. Ele deve incluir a percepção da comunidade atendida, da necessidade de composição de um local com características ambientais e comportamentos adequados, cujos membros tenham consciência de seus riscos de contrair a infecção e suas responsabilidades na prevenção disso. A elaboração de rotinas seguras de trabalho e a orientação dos profissionais minimizam os riscos que possam existir.

Pensar em tuberculose e investir em biossegurança nas unidades de saúde representa investir em qualidade, representa investir na proteção daqueles que estão na linha de frente do controle da tuberculose, representa investir na contenção de riscos (BARROSO, 2007).

Aspecto a ser considerado a respeito da preocupação presente no discurso acima citado, onde adoecer com tuberculose pode representar um obstáculo ao desempenho do trabalho, determinando rupturas ou modificações importantes no dia a dia destes profissionais.

Apesar da preocupação descrita acima, a estratégia de busca ativa dos sintomáticos respiratórios é vista como um bom trabalho, com resultados positivos (27,5%), verificado no trecho do discurso abaixo:

...Eu gosto de fazer porque eu vejo resultado. É uma maneira de ajudar, inclusive a gente até já descobriu casos de pessoas assim, que já tinha ido pro pronto-socorro, o médico passa um xaropezinho e acaba voltando.

(trecho do DSC, q.2, categ.D)

Considerando que a atividade não faz parte da rotina, esta percepção descrita no discurso parece proporcionar ao profissional de saúde um atendimento além daquele definido nas suas atividades diárias, onde fica somente com suas tarefas rotineiras e desmotivadoras.

O trabalho do profissional de enfermagem, no caso o auxiliar de enfermagem, segundo BELLATO (1997), desempenha seu papel de uma maneira fragmentada em “técnicas” ou “tarefas”, que vão possibilitar o desenvolvimento da prática de enfermagem denominada funcional, que visa economia de tempo e maior agilidade na execução do serviço.

Com a fragmentação do trabalho, ocorre a perda da visão do todo, levando, dessa maneira, à insatisfação que pode surgir decorrente de um trabalho onde o usuário é visto de várias formas, de acordo com a sala em que for receber o atendimento.

Nesse sentido, podemos generalizar este sentimento de insatisfação para os demais membros da equipe, onde esta divisão de trabalho não é específica da área de enfermagem.

Dessa maneira, realizando a busca ativa ao mesmo tempo em que realiza suas atividades diárias, seria um modo de descobrir algo, no caso o sintomático respiratório, proceder a investigação inclusive com a solicitação de exame de escarro e obter o resultado concreto da sua investigação.

Seria a possibilidade de desenvolver uma tarefa com início, meio e fim, mesmo sabendo, segundo o discurso, que a atividade é comparada a um trabalho de detetive.

...Os casos de tuberculose têm muitos que estão escondidos, é um trabalho de detive, né, mais ou menos, essa tosse mais persistente são poucos que têm, a maioria das vezes a tosse é de uma semana, mas é satisfatório a gente poder ajudar, se eu posso ajudar, se eu sei como ajudar.

(trecho do DSC, q.2, categ.D)

Nessa perspectiva, fazer a busca ativa seria uma maneira do próprio profissional de saúde de incrementar a sua rotina de trabalho estabelecendo uma relação mais próxima com o usuário, proporcionando um atendimento mais humanizado.

Atualmente muito se fala em humanização do atendimento nos serviços de saúde, porém às vezes ela fica restrita à boa vontade e esforço individual de alguns profissionais.

A capacidade de perceber e compreender a si mesmo e ao outro pode ser visualizada no discurso...*E se fosse comigo ou se fosse com uma pessoa da minha família? Eu não gostaria que ficasse doente.*

Em 2004, logo após o término dos treinamentos para implantação da busca ativa do sintomático respiratório no município de Guarulhos, algumas unidades de saúde introduziram na rotina a atividade.

Foi feito um treinamento pra busca ativa. Então a gente teve, na época foi até colhido BK de todo mundo, inclusive o nosso, a gente já tava assim, mandava colher o BK, colhia, mas casos, acho se teve, poucos.

(trecho do DSC, q.1, categ.A)

Com um imaginário de que muitos doentes seriam encontrados, na realidade isto não ocorreu, desestimulando profissionais de saúde e chefia.

De acordo com a estimativa utilizada, 1% da população de um local é composta por sintomáticos respiratórios, destes, aproximadamente 4% é que serão doentes com tuberculose.

Na operacionalização da busca ativa, a importância de saber quanto vai encontrar de sintomático respiratório é essencial, tanto para o planejamento da atividade, como para a avaliação da mesma.

Estas informações deveriam ser do conhecimento de todos os profissionais envolvidos, evitando assim uma falsa idéia de que muito se faz e pouco se acha.

Se considerarmos que durante um ano, numa comunidade, um doente poderá infectar em média 10 a 15 pessoas que com ele tenham tido contato, e que destas pessoas infectadas, em média, considerando todas as idades, 15% adoecerão com tuberculose MS (2002c), encontrar um doente significa impedir que isto ocorra.

Dessa maneira, a busca ativa do sintomático respiratório representa uma ruptura na cadeia de transmissão da doença, proporcionando um diagnóstico precoce do doente e conseqüente diminuição do número de casos da doença.

Segundo GALESI e SANTOS (2004), para se conseguir o controle da tuberculose, o primeiro passo é descobrir os casos. E aí o ditado “mais vale prevenir do que curar” funciona ao contrário: é curando que se previne.

Recentemente, a Divisão de Tuberculose, do Centro de Vigilância Epidemiológica “Professor Alexandre Vranjac” da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo³ realizou a atividade de busca ativa de casos de tuberculose na população da Penitenciária Feminina do Butantã, onde 596 detentas foram

³Busca Ativa de Casos de Tuberculose no Sistema Prisional, realizado pela Divisão de Tuberculose do CVE da SESSP em 2006.

interrogadas sobre a ocorrência de tosse por mais de duas semanas, lembrando que para instituições fechadas, onde a tuberculose apresenta um potencial de transmissão bastante elevado, como nos presídios, o ponto de corte para a tosse é diferente da população em geral.

Segundo GALESÍ e SANTOS (2004), quanto maior o risco de uma pessoa adoecer de tuberculose, menor deve ser esse ponto de corte, garantindo assim maior sensibilidade ao método.

Dando seqüência, das 596 detentas interrogadas, foram identificadas 124 sintomáticas respiratórias, onde 113 realizaram coleta de escarro para baciloscopia e cultura, não sendo encontrado nenhum caso positivo.

Nesse sentido, se considerarmos todo o empenho para que este trabalho pudesse ser realizado a contento, isto pode parecer desanimador, porém se considerarmos os indicadores de incidência no Estado de São Paulo que segundo a Divisão de Tuberculose do CVE (SESSP, 2006) atingem cerca de 800 casos por 100.000 detentos, índice várias vezes mais alto do que os 43 por 100.000 da população em geral, e que entre a população carcerária feminina estes valores atingem 1.536 por 100.000 detentas, o trabalho passa a ter um outro valor.

Desempenhar a atividade significa conhecê-la do início até o fim, saber suas particularidades e seus resultados, para poder interpretá-la nas diversas circunstâncias em que aparece.

Outro aspecto é evidenciado nos discursos, onde os profissionais de saúde vêem a atividade de busca ativa como sendo repetitiva e cansativa (2%).

...E também os funcionários que às vezes cansam de estar todo dia perguntando a mesma coisa porque você tem que fazer as perguntas, preencher o papel, passar lá na ficha que tem que passar, preencher as fichas. As etiquetas dos potinhos, também leva tempo, então fica mais difícil de fazer, aí eles ficam desanimados.

(trecho do DSC, q.3, categ.C)

A estratégia em si, de perguntar um a um sobre tosse, para todas as pessoas que entram na unidade de saúde, partindo do pressuposto que cada usuário tem suas características próprias, com reações e atitudes das mais variadas possíveis, onde o investigador deve saber lidar com todos os tipos que por ventura possa aparecer no serviço, parece ser uma missão impossível.

Desempenhar esta atividade na porta do serviço de saúde, dependendo do profissional de saúde, é uma tarefa árdua e cansativa, e, além disso, precisa estar bem estruturada dentro da unidade, pois os casos positivos, ou seja, com tosse, desencadeiam vários procedimentos como registro no livro do sintomático respiratório, preenchimento de pedidos de baciloscopia, orientação para a coleta de escarro, armazenamento do material colhido, entre outros.

Nesse sentido, aparece no discurso...*Gosto de tá fazendo porque eu não fico só na busca ativa*. Esta verbalização pode refletir o sentimento que a estratégia acaba provocando devido a ações repetitivas e cansativas ou então, seria uma maneira de indiretamente dizer que a busca ativa, preconizado pelo PCT Estadual, tem de ser realizada de uma outra maneira.

A idéia de que fazer busca ativa leva tempo e que o profissional de saúde tem várias tarefas para cumprir, num cenário em que o usuário precisa ser atendido rapidamente, surge o discurso descrito a seguir:

...Teria que ter uma pessoa aqui, não sei dizer, mais ociosa pra tá fazendo isso. Agora se tivesse um acolhimento melhor...

(trecho do DSC, q.3, categ.A)

De acordo com o MS (2007c), acolhimento aos usuários é o estabelecimento de uma relação solidária e de confiança entre profissionais do sistema de Saúde e usuários ou potenciais usuários, entendida como essencial ao processo de co-produção da Saúde, sob os princípios orientadores do SUS (universalidade, integralidade e equidade). Traduz-se nas atitudes dos profissionais e, também, nas condições e processos de trabalho envolvidos na recepção e atendimento aos

cidadãos, onde quer que ele se dê: na comunidade, nos ambulatórios, em hospitais ou demais unidades e serviços de saúde. Acolhimento aos usuários

A recepção nas unidades e serviços de saúde é estratégica para o acolhimento, pois é quando se dá, muitas vezes, o primeiro contato com o sistema. Na recepção, o acolhimento deve ser feito por equipes multidisciplinares, que devem se responsabilizar integralmente pelo usuário, atendendo-o com atenção solidária e encaminhando a resolução de suas necessidades e demandas, informando-o dos limites e possibilidades do sistema e estabelecendo, quando necessária, a articulação com outros serviços de forma que haja resolutividade e continuidade no atendimento.

Se considerarmos o modelo de recepção descrita nos discursos, ele revela insuficiência da estrutura para acolher.

Segundo LEITE e col. (1999), analisando as dificuldades que os profissionais de saúde encontram na realização do acolhimento, verificou-se que estas se concentram na organização dos serviços, onde a falta de recursos humanos, excesso da demanda e insuficiente e inadequada área física são apontadas como principais causas, acrescidas pela falta de interesse dos profissionais de saúde.

Ter sensibilidade para a escuta e o diálogo, mantendo relações éticas e solidárias, envolve um aprendizado contínuo e vivencial, pouco enfatizado no ambiente de trabalho, levando-se em conta, ainda, o predomínio das estruturas administrativas tradicionais, rígidas e burocráticas (CASATE e CORRÊA, 2005).

Uma nova recomposição das práticas profissionais é exigida para que o acolhimento não se configure apenas como mais uma atividade que compete com outras já implantadas ou a ser incorporada pelos serviços.

Sendo assim, a organização dos serviços nas unidades básicas de saúde, para viabilizar a proposta de acolhimento, deverá sofrer modificações importantes, tanto no que tange aos profissionais de saúde, como nas questões operacionais do atendimento.

Em trabalho realizado por TAKEMOTO e SILVA (2007), onde relata as transformações no trabalho da enfermagem com a incorporação do acolhimento em unidades básicas de saúde, descreve que o atendimento de enfermagem prestado no acolhimento trouxe novas possibilidades para o cotidiano destes profissionais, incorporando algum grau de satisfação e conferindo um novo significado ao trabalho.

No geral, a prática deixa de ser restrita apenas ao atendimento individual, fragmentado, possibilitando enxergar mais nitidamente o produto de seu trabalho.

Entretanto, o acolhimento pode gerar angústia, caso o profissional de saúde não tenha respostas ou soluções para dar frente a problemas que possam surgir, ou seja, passam o dia ouvindo queixas, problemas, necessidades da população e não ter como resolvê-las.

Assim, o serviço de saúde deve se estruturar no sentido de redefinir espaços específicos e formas de atender necessidades de saúde, visando o acolhimento, que se inicia mesmo antes do usuário chegar ao serviço, determinando maneiras de responder às necessidades que são expressas por eles.

Enfim, a humanização do atendimento em saúde mostra-se relevante no contexto atual, uma vez que a constituição de um atendimento calcado em princípios como a integralidade da assistência, a equidade, a participação social do usuário, dentre outros, demanda a revisão das práticas cotidianas, com ênfase na criação de espaços de trabalho menos alienantes que valorizem a dignidade do trabalhador e do usuário (CASATE e CORRÊA, 2005).

6 – CONCLUSÕES

Conhecer a percepção do profissional de saúde sobre a atividade de busca ativa do sintomático respiratório foi o objetivo proposto neste trabalho, por julgar que a qualidade das ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde é determinante no desempenho dos mesmos e está diretamente relacionada à percepção que o profissional de saúde tem de uma atividade.

Nesse sentido, utilizando a metodologia do DSC, ficou evidente que:

- o profissional de saúde sabe o que é fazer busca ativa;
- a maioria se preocupa com quem está tossindo indo investigar;
- a atividade é reconhecida como um bom trabalho;
- a atividade é considerada simples apesar de desencadear várias etapas e trazer preocupações e reações tanto do usuário como do profissional de saúde;
- os fatores que inviabilizam a sua execução são: a falta de recursos humanos, excesso de trabalho, falta de interesse e desmotivação aliados à inexistência de uma rotina implantada para que a mesma possa ser realizada.

A dificuldade para identificar o “sintomático respiratório” na demanda dos serviços parece estar associada ao modo como a assistência é prestada.

A organização dos serviços de saúde prioriza a consulta médica e as atividades delas decorrentes, como aplicação de medicamentos, curativos, coletas de exames. A atividade de busca ativa não é considerada “prioritária” pelas chefias das unidades de saúde, conseqüentemente ela acaba sendo realizada de maneira informal, fato este evidenciado durante as entrevistas.

O dia a dia do profissional de saúde é preenchido por várias atividades que devem ser feitas, independentes da demanda ou do número de profissionais existentes, “o importante é fazer” e caso isto não ocorra, ele deverá prestar contas pela sua ineficiência.

Nesta “carrera”, mesmo sabendo o que é fazer busca ativa, conhecendo a sua importância, as condições para desenvolver a atividade passam a depender de vários

aspectos como, disponibilidade pessoal, compromisso com o trabalho, interesse em realizar uma atividade que não está nas tarefas da sua rotina de trabalho.

De fato, a incorporação da atividade de busca ativa dentro das demais já existentes nas unidades de saúde é imprescindível para que ela se desenvolva. Uma rotina de trabalho deve ser estabelecida para ser realizada, com uma operacionalização clara, responsabilizando profissionais de saúde para executá-la. A avaliação constante da atividade é um fator que deve ser levado em conta no que diz respeito à continuidade da mesma, considerando que o profissional de saúde precisa conhecer os resultados para se convencer da importância de “buscar ativamente”.

O local para a realização da atividade é outro fator que deve ser considerado, onde a privacidade das informações do usuário deve ser garantida. O interrogatório realizado em filas, recepção, talvez não seja a maneira mais indicada de realizar a busca.

A estratégia de utilizar locais com maior fluxo de usuários e que ao mesmo tempo possibilitem privacidade durante o interrogatório, como sala de vacinas, salas de curativos e outras salas de atendimento, parece mais favorável tanto para o profissional de saúde como para o usuário.

Considerando que perguntar sobre tosse implica em explicar o porquê da pergunta para o usuário, pois ele tem o direito de ser esclarecido, é importante a existência um local adequado para isso. Torna-se, portanto impraticável o procedimento em locais onde vários usuários estão em filas, como por exemplo, na recepção, onde com certeza, a qualidade da busca acaba sendo comprometida.

Enfim, o material produzido neste trabalho retrata de uma maneira simples a realidade tão presente nos serviços de saúde. Seu conteúdo tem um valor inestimável, pois possui elementos para nos orientar nas possíveis intervenções com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento nas unidades de saúde.

7 - REFERÊNCIAS

Armengol R, Machado C, Quiñones L. Encuesta de sintomáticos respiratórios en establecimientos de salud de la zona metropolitana. Caracas. Gac. Méd. Caracas. 1992;2:121-127.

Antunes JLF, Waldman EA, Moraes M. A tuberculose através do século: ícones canônicos e signos de combate à enfermidade. Cienc saúde coletiva. 2000;5:367-379.

Bellato R, Pasti MJ, Takeda E. Algumas reflexões sobre o método funcional no trabalho da enfermagem. Rev Latino am enfermagem. 1997;5:75-81.

Barreira IA. A enfermeira Ananéri no país do futuro: a aventura da luta contra a tuberculose [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ; 1993.

Barroso WJ. Time...bomb – A tuberculose de hoje! [documento na internet]. [acesso em 06/04/2007]. Disponível em:
http://www.comvisa.bvs.br/tiki-read_article.php?articleId=193

Caminero Luna JA. Guia de la tuberculosis para médicos especialistas. Paris: UICTER; 2003.

Cecagno D, Cecagno S, Siqueira HCH. Trabalhador de enfermagem: agente colaborador no cumprimento da missão institucional. Rev bras enfermagem. 2005;58:22-26.

Casate JC, Corrêa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Rev latinoam enfermagem. 2005;13:105-111.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 293/2004. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados [resolução na internet]. [acesso em 06/04/2007]. Disponível em:
<http://corensp.org.br/072005>

DATASUS. População Residente – Guarulhos (1998 a 2006); [acesso em 10 jan 2007]. Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popsp.htm>

Fortes PAC, Spinetti SR. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. Cad Saúde Publica. 2004;20:1328-1333.

Franco C, Zanetta DMT. Tuberculose em profissionais de saúde: medidas institucionais de prevenção e controle. Arq Cienc Saúde. 2004;11:244-252.

- Gaidzinski RR. Dimensionamento de pessoal de enfermagem. In: Kurcgant P, coordenadora. Administração em enfermagem. São Paulo: EPU; 1991. 91-96.
- Galesi VMN, Almeida MMMB, Santos LAR. Tuberculosis case-finding campaign, São Paulo, Brasil. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease 2001; 5(11): S 91.
- Galesi VMN, Santos LAR. Tuberculose: a cura em estado de alerta. Prática Hospitalar. 2004;(32):61-67.
- Gonçalves H. A tuberculose ao longo dos tempos. Hist cienc saúde-Manguinhos. 2000;7:305-327.
- Jindani A, Aber VR, Edwards EA, Mitchison DA. The early bactericidal activity of drugs in patients with pulmonary tuberculosis. Am Rev Respir Dis 1980;121:939-49.
- Jindani A, Dore CJ, Mitchison DA. Bactericidal and sterilizing activities of antituberculosis drugs during the first 14 days. Am J Respir Crit Care Med 2003; 167: 1348-54.
- Kritski AL, Conde MB, Souza GRM. Tuberculose: do ambulatório à enfermaria. São Paulo: Atheneu; 2000.
- Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: EDUCS; 2003.
- Leite JCA, Maia CCA, Sena RR. Acolhimento: perspectiva de reorganização da assistência de enfermagem. Rev bras enfermagem. 1999;52:161-168.
- Marin Vaca, Cholula CT, Castillo RO. Tuberculosis pulmonar entre sintomáticos respiratórios en las unidades de salud de la SSA, en el estado de Tlaxcala, México. Rev Inst Nat Enfermedades Respir. 1999;12:29-34.
- Matos E, Pires D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. Texto & Contexto enfermagem. 2006;15:508-514.
- Minayo MCS. Pesquisa social-teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1999.
- Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? Cad Saúde Pública. 1993; 9(3): 239-48.
- MS-Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Programa da CNCT: normas e instruções técnicas. Rio de Janeiro; 1962.
- MS-Ministério da Saúde. Fundação Serviços de Saúde Pública. Controle da Tuberculose: normas e instruções. Rio de Janeiro; 1971.

MS-Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária. Programa Nacional de Controle da Tuberculose: Manual de procedimentos para unidades de saúde. Rio de Janeiro; 1979.

MS-Ministério da Saúde. Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica. Brasília, DF; 2002a.

MS-Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Tuberculose: guia de vigilância epidemiológica. Brasília, DF; 2002b.

MS-Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro de Referência Prof. Hélio Fraga, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Controle da Tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço. 5. ed. Rio de Janeiro; 2002c

MS-Ministério da Saúde. Vigilância em Saúde. Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional contra a Tuberculose. Tuberculose [documento na internet]. [acesso em 07/11/2005]. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=21445

MS-Ministério da Saúde. Vigilância Epidemiológica. Controle da Tuberculose-O desafio [documento na Internet]. [acesso em 24 abril 2007]. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21446
(2007a)

MS-Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde. Área Técnica de Pneumologia Sanitária. Programa Nacional de Controle da Tuberculose [documento na internet]. [acesso em 22/04/2007]. Disponível em:
<http://www.opas.org.br/prevencao/site/UploadArq/ProgramaTB.pdf>
(2007b)

MS-Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: tópicos: Acolhimento aos usuários [documento na internet]. [acesso em 11/04/2007]. Disponível em:
http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico_det.php?co_topico=265&letra=A
(2007c)

PMG-Prefeitura do Município de Guarulhos. Dinâmica Demográfica-Guarulhos (1980 a 2000); [acesso em 11 jan 2007]. Disponível em:
http://guarulhos.sp.gov.br/05_cidade/estatisticas/dinamica_dem_guarulhos.xls

Rosemberg José. Tuberculose - Aspectos históricos, realidades, seu romantismo e transculturação. Bol Pneumol Sanit. 1999;5-29.

Santos ACCF dos, Marques BMS, Bernardes MMR. Sentimentos detectados em auxiliares de enfermagem no cuidado a pacientes em investigação de tuberculose pulmonar. Rev enfermagem UERJ. 2001;9:45-51.

Saraceni V, Leal MC, Hartz ZMA. Avaliação de campanhas de saúde com ênfase na sífilis congênita: uma revisão sistemática. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2005;5:263-273.

Schraiber LB, Peduzzi M. Recursos humanos e trabalho coletivo em saúde: a equipe multiprofissional. Washington, DC: Organização Panamericana da Saúde; 1999 (Pesquisa em Saúde Pública – documentos técnicos, 11).

SESSP-Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Divisão de Tuberculose. Tuberculose: recomendações para redução do risco de transmissão em serviços de saúde. São Paulo; 1998.

SESSP-Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria dos Institutos de Pesquisa. Centro de Vigilância Epidemiológica. Tuberculose. São Paulo; 1999. (Treinamento Básico de Vigilância Epidemiológica - CVE).

SESSP-Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Divisão de Tuberculose. Tuberculose na população prisional. *Rev Saúde Pública.* 2006;40(3):557.

Serrano DP. Percepção e o processo de compra. São Paulo; 2000; [documento da Internet]. [acesso em 31 maio 2006]. Disponível em:

<http://www.portaldomarketing.com.br/artigos/percepcao.htm>

Sontag S. A doença como metáfora. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal; 2002.

Santos ACCF dos, Marques BMS, Bernardes MMR. Sentimentos detectados em auxiliares de enfermagem no cuidado a pacientes em investigação de tuberculose pulmonar. *Rev enfermagem UERJ.* 2001;9:45-51.

Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2007;23:331-340.

Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.

Vecina Neto G, Terra V. A universidade e a formação de recursos humanos na gestão da saúde. *Rev adm pública.* 1998;32:185-94.

Vendramini SHF, Villa TCS, Palha PF, Monroe AA. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma unidade de saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente. *Bol Pneumol Sanit.* 2002;10:2-12.

WHO-World Health Organization. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. Report. Geneva; 2005. (WHO/HTM/TB/2005.349).

8 – ANEXOS

ANEXO I

Livro de Registro do Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde



PROGRAMA DE CONTROLE DE TUBERCULOSE



Registro de Sintomático respiratório no Serviço de Saúde

Unidade de Saúde: _____

UF: _____

Identificação					Exames de Escarro para Diagnóstico						Observações
Nº Ordem	Nome	Idade	Sexo	Endereço	D.A.	1ª Amostra		2ª Amostra			
						Data	Resultado	Data	Resultado		

ANEXO II

Relatório de Sintomáticos Respiratórios Examinados

21/11/2005 08:50

Município - GUARULHOS

(todos laboratórios)

Ano de referência = 2004

Trimeste 1		Trimeste 2		Trimeste 3		Trimeste 4		Total		Pop	Meta anual	% da meta	% de positiv.
Sintom. resp. exam.	Casos posit.	Sintom. resp. exam.	Casos posit.	Sintom. resp. exam.	Casos posit.	Sintom. resp. exam.	Casos posit.	Sintom. resp. exam.	Casos posit.				
409	69	1000	69	1198	81	1486	115	4093	334	1160469	11605	35,3	8,2

Fonte: LABTB, 2005

ANEXO III

ROTEIRO

DATA:

UBS:

NOME:

IDADE:

SEXO:

ESCOLARIDADE:

FUNÇÃO:

TEMPO QUE TRABALHA NA UNIDADE:

EM QUE ÁREA VOCÊ TRABALHA NA UNIDADE:

- 1- Como você faz a busca ativa da tuberculose?
- 2- Como é para você fazer esta atividade?
- 3- De acordo com o PCT, fazendo a busca ativa do SR nós encontramos os casos de tuberculose mais rapidamente, iniciamos o tratamento e com isto diminuimos a transmissão da doença, pois quanto mais rápido acharmos os doentes, menos tempo ele fica transmitindo a doença na comunidade e até na unidade de saúde.
Apesar da importância de se fazer a busca ativa, as unidades acabam fazendo bem menos do que se espera. Na sua opinião porque isto acontece?
- 4- A atividade de busca ativa se define por interrogar todas as pessoas que procuram o serviço de saúde, sobre a presença de tosse há mais de 3 semanas, independente do motivo da procura. Fazer busca ativa é perguntar se a pessoa tem tosse e não esperar ela tossir para perguntar. Nos manuais e em treinamentos se ensina de um jeito e as unidades acabam fazendo diferente.**Na sua opinião porque isto acontece?**

ANEXO IV**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, _____, concordo em participar da pesquisa intitulada “Busca Ativa de casos de tuberculose na demanda dos Serviços de Saúde: percepção do profissional de saúde”, da pesquisadora Maria Cecília Vieira Santos, enfermeira, aluna de pós-graduação da Faculdade de Saúde Pública da USP, sob a orientação da Prof^a Dr^a Cleide Lavieri Martins, com o objetivo de conhecer a percepção do profissional de saúde sobre a atividade de busca ativa no município de Guarulhos, pretendendo-se com isto contribuir para a melhoria do desempenho das ações do Programa de Controle da Tuberculose.

Fui esclarecido que para não perder informações importantes para o desenvolvimento da pesquisa, a entrevista será gravada, mas meu nome não será revelado sob nenhuma hipótese. No caso de não querer responder alguma questão, tenho direito de me calar, sem sofrer qualquer tipo de sansão. As informações serão objeto restrito deste estudo e não causarão prejuízo em relação ao meu trabalho. Os dados compilados serão analisados e objeto de divulgação em eventos de caráter científico e em publicações da área de saúde.

Em caso de dúvida poderei entrar em contato com a pesquisadora Maria Cecília Vieira Santos pelo telefone (11) 66012361 ou com sua orientadora pelo telefone (11) 30667719 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública pelo telefone (11) 30667779.

São Paulo, _____ de _____ de 2006.