**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ALEXANDRE BERNARDINI VIEIRA

**A BUSCA ATIVA DE SINTMATICOS RESPIRATÓRIOS NA
ATENÇÃO PRIMARIA EM SÃO BERNARDO DO CAMPO-SP**

**SÃO PAULO
2016**

ALEXANDRE BERNARDINI VIEIRA

**A BUSCA ATIVA DE SINTOMATICOS RESPIRATÓRIOS NA
ATENÇÃO PRIMARIA EM SÃO BERNARDO DO CAMPO-SP**

Versão corrigida da Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Enfermagem na Atenção Primária no Sistema Único de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção de título de Mestre em Ciências

Área de Concentração: Cuidado em Atenção Primária à Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Rita Bertolozzi

VERSÃO CORRIGIDA

A Versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

**SÃO PAULO
2016**

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

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catalogação na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Vieira, Alexandre Bernardini
A Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios na Atenção Primária em
São Bernardo do Campo – SP
2016.127 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Rita Bertolozzi

Área de concentração: Cuidado em Atenção Primária à Saúde

1. Tuberculose. 2. Diagnóstico. 3. Enfermagem.
4. Atenção Primária à Saúde. I. Título

Nome: Alexandre Bernardini Vieira

Título: A Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios na Atenção Primária em São Bernardo do Campo-SP

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária no Sistema Único de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo USP para obtenção do Título de Mestre em Ciências

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Para meu companheiro Diego Adriano Augusto de Jesus que tentou de tudo para estar comigo na finalização do estudo, mas infelizmente Deus o levou durante a realização desta pesquisa, mas sei que está olhando para mim aí de cima.

AGRADECIMENTOS

À minha Orientadora Prof.^a Dr.^a Maria Rita Bertolozzi, pela compreensão, paciência, neste período tão turbulento, sem a Senhora não conseguiria. Obrigado de coração.

À Izabel Cristina Pagliarini Fuentes, Diretora da Atenção Básica de São Bernardo do Campo, pela compreensão e incentivo ao estudo, conheci poucas pessoas tão humanas como você.

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível”

(Charles Chaplin)

Vieira, AB. A Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios na Atenção Primária de São Bernardo do Campo [Dissertação]. São Paulo Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

RESUMO

Introdução: Ainda que curável, a Tuberculose (TB) permanece no cenário epidemiológico mundial e nacional e parece estar distante de ser eliminada, uma vez que sua relação com as iniquidades sociais é inegável. Estima-se que, em 2015, 3 milhões de pessoas não tiveram a doença diagnosticada. O diagnóstico precoce é fundamental como uma estratégia preventiva para se evitar mortes e sofrimento, rompendo a cadeia de transmissão. No Município de São Bernardo do Campo-SP, a busca ativa de sintomáticos respiratórios tem se apresentado abaixo das metas estimadas. **Objetivo:** Elaborar um plano de intervenção para o aprimoramento da busca ativa de sintomáticos respiratórios no âmbito da Atenção Primária. **Método:** Trata-se de pesquisa-ação, realizada com 14 profissionais de saúde: coordenadores de unidade básica de saúde, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários, representando um Território de Saúde do Município. À luz das diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica e do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, por meio de grupo focal, com sessões realizadas em 2016, a detecção precoce e a busca ativa de sintomáticos respiratórios foram problematizadas, tendo sido elaborado um plano de intervenção para reverter a situação de baixa busca ativa nas unidades básicas de saúde. **Resultados:** Os depoimentos dos participantes revelam que a TB ainda carrega estigma e preconceito, que dificultam a busca ativa de casos. Verificou-se que a busca ativa é expressivamente atribuída ao agente comunitário e não envolve outros membros da equipe; também se verificou a não utilização de espaços estratégicos na unidade de saúde para estimular a interação com a população e informá-la a respeito do agravo. Outro aspecto que emergiu refere-se ao diagnóstico da doença, realizado em unidades de pronto atendimento e de urgência e não no âmbito da atenção primária. Ademais, os profissionais de saúde reivindicam capacitação para a abordagem da TB, incluindo a incorporação de tecnologias leves na busca ativa. Elaborou-se um plano de intervenção com ações intra e extra-muros, além de indicar-se a necessidade de monitoramento dos indicadores epidemiológicos no âmbito institucional. Tratando-se de pesquisa-ação, algumas ações relacionadas à busca ativa de casos já tiveram início, envolvendo todas as unidades básicas de saúde. **Conclusão:** O plano de intervenção construído contribuirá para o controle da TB na região. Ainda assim, entende-se que o controle da doença requer intervenções amplas e que envolvem a qualificação dos profissionais de saúde, a participação da população e, sobretudo, políticas intersectoriais que modifiquem as condições sociais e de vulnerabilidade.

Palavras-Chave: Tuberculose, Diagnóstico Precoce, Busca Ativa, Enfermagem, Atenção Primária

Vieira, AB. The Tuberculosis Early Diagnosis in Primary Care in São Bernardo do Campo City [Master]. São Paulo School of Nursing, University of São Paulo; 2016

ABSTRACT

Introduction: Although curable, Tuberculosis (TB) remains in the worldwide and national epidemiological scenery and seems to be far from being eliminated, since its relationship with social inequalities is undeniable. It is estimated that in 2015, 3 million people did not have the disease diagnosed. The early diagnosis is essential as a preventive strategy to prevent deaths and suffering, breaking the transmission chain. In São Bernardo do Campo – SP, the active search for respiratory symptoms has been shown below the estimated targets. **Objective:** To elaborate a plan of action to improve the active search for respiratory symptoms within the Primary Attention. **Method:** It is an action-research, performed with 14 health professionals: coordinators of basic health units, doctors, nurses, nursing technicians and community workers, representing a City Health Territory. In the light of the guidelines of the National Policy of Primary Attention and the National Program for Tuberculosis Control, through focus group, with sessions held in June of 2016, the question related to the early detection and active search for respiratory symptoms was questioned, having the plan of action been drawn up to reverse the situation in the basic health units. **Results:** The statements of the participants reveal that TB still carries stigma and prejudice, which hinder the active search for cases. It was found that the active search is significantly attributed to the community worker and does not involve other team members; there was also no use of the strategic spaces in the health unit to encourage interaction with the population and inform them about the grievance. Another aspect that has emerged concerns the diagnosis of the disease, conducted in emergency care and emergency units and not as part of the primary attention. In addition, health professionals claim training for TB approach, including the active search, mainly as regards the use of lightweight technologies. It was developed an intervention plan with intra and extramural actions, besides to indicate the need for monitoring epidemiological indicators at the institutional level. As an action-research, some actions related to the active search for cases already started, involving all basic health units. **Conclusion:** The intervention plan will contribute to the control of TB in the region, and it is understood that the control of the disease requires broad interventions, which involve the training of health professionals, public participation and, especially, intersectoral policies to modify social and vulnerability conditions.

Key words: Tuberculosis, Early Diagnosis, Active Search, Nursing, Primary Attention

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Desafios do Plano Estratégico de Eliminação da Tuberculose	38
Quadro 2 - Série histórica de busca ativa de casos. Estado de São Paulo.....	42
Quadro 3 - Situação dos exames baciloscópicos de BK no escarro. São Bernardo do Campo, 2014.....	43
Quadro 4 - Indicadores de acompanhamento do PNCT. Brasil, 2002.....	54
Quadro 5 - Programação das reuniões e respectivo objetivo.....	62
Quadro 6 - Ações para o incremento da busca ativa de casos de TB nos Territórios que compõe o Município de São Bernardo do Campo. 2016	80

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa do Município de São Bernardo do Campo-SP.....	58
Figura 2 - Divisão de Territórios de Saúde do Município de São Bernardo do Campo.....	59

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Indicadores de incidência e mortalidade por tuberculose por regiões do Brasil	41
Gráfico 2- Número de baciloscopias realizadas entre junho e setembro de 2015/2016, por território.	82
Gráfico 3 - Número de baciloscopias realizadas entre junho e setembro de 2015 e junho a setembro de 2016, na atenção primária do Município de São Bernardo do Campo.	82
Gráfico 4 - Comparação do Diagnóstico de TB Pulmonar no período de junho a setembro 2015/2016, por território.	83
Gráfico 5 - Baciloscopias e Diagnóstico de TB Pulmonar, no período de junho a setembro 2015/2016. Município de São Bernardo do Campo.....	84

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Participantes do estudo segundo Unidade Básica de Saúde. São Bernardo do Campo, 2016.	57
Tabela 2 - Número de Baciloscopias realizadas por Território de Saúde. Município de São Bernardo do Campo, 2014.	60
Tabela 3 - Caracterização dos participantes do estudo. São Bernardo do Campo, 2016.	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BEPA	Boletim Epidemiológico Paulista
BK	Baciloscopia de escarro
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEU	Centro de Educação Unificado
CNCT	Comissão Nacional de Controle da Tuberculose
ESF	Estratégia Saúde da Família
ENF	Enfermeiro
GVE	Grupo de Vigilância Epidemiológica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não Governamental
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNCT	Política Nacional de Controle da Tuberculose
SUS	Sistema Único de Saúde
SR	Sintomático Respiratório
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TB	Tuberculose
TBMR	Tuberculose Multi Resistente
TDO	Tratamento Diretamente Observado
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	33
1 INTRODUÇÃO	37
1.1 DESAFIOS E AÇÕES PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE	37
1.2 SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA TUBERCULOSE	39
1.2.1 A Tuberculose no Âmbito Mundial	39
1.2.2 No Âmbito Nacional	40
1.2.3 No Âmbito Estadual	41
1.2.4 Em São Bernardo do Campo	42
1.3 A BUSCA ATIVA DE CASOS	43
2 OBJETIVOS.....	49
2.1 OBJETIVO GERAL	49
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	49
3 MÉTODOS	53
3.1 MARCO REFERENCIAL.....	53
3.1.1 A Política Nacional de Atenção Básica - PNAB	53
3.1.2 O Programa Nacional de Controle da Tuberculose - PNCT	54
3.2 TIPO DE ESTUDO.....	55
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	57
3.4 CENÁRIO DO ESTUDO	58
3.5 ETAPAS DO ESTUDO.....	60
3.5.1 Articulação Programa Municipal de Tuberculose.....	58
3.5.2 Estratégia para a coleta de dados	61
3.5.3 Apresentação da proposta aos participantes do estudo	61
3.5.4 As Reuniões de Grupo Focal	62
3.6 INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA A APREENSÃO DOS DADOS.....	64
3.7 TRATAMENTO DOS DADOS QUALITATIVOS	64
3.8 ASPECTOS ÉTICOS	64
4 RESULTADOS.....	67
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	67
4.2 PERCEPÇÕES DOS PARTICIPANTES A RESPEITO DO TEMA CENTRAL DO ESTUDO.....	68

4.2.1 Concepção sobre a Doença	68
4.2.2 A Busca ativa	70
4.3 O DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	72
4.4 ESTRATÉGIAS E PROPOSTAS	74
4.5 DIVULGAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO AOS GESTORES E COORDENADORES DE UBS DO MUNICÍPIO	79
4.6 DIVULGAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO AOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMARIA E A CONSTRUÇÃO DE NOVAS PROPOSTAS	79
4.7 OUTROS RESULTADOS CONCRETOS DA PESQUISA	81
5 DISCUSSÃO	87
5.1 TUBERCULOSE COMO PRIORIDADE EM TODOS OS ESPAÇOS INTRA E EXTRA-MUROS	87
5.2 TRABALHO EM EQUIPE PARA MELHORA DA BUSCA ATIVA	90
5.3 TECNOLOGIAS LEVES NA PRÁTICA ASSISTENCIAL RELACIONADA À TB	95
5.4 ANÁLISE DE INDICADORES E ACOMPANHAMENTO NO COTIDIANO DA UBS	96
6 CONCLUSÃO	101
7 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA AS PRÁTICAS DE SAÚDE	105
REFERÊNCIAS	109
APÊNDICES	115
ANEXOS	123

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

A minha trajetória profissional teve início em 2005, como Auxiliar de Enfermagem junto à Secretaria de Saúde do Município de Aparecida, no Estado de São Paulo, no Programa Municipal de Tuberculose, Hanseníase e HIV. Sentia-me desafiado pelo “mundo da epidemiologia”, pelo contato com as famílias e suas angústias, que enfrentavam dificuldades em um contexto singular e dinâmico, dentre outros motivos, devido ao estigma e medo causado pelos agravos que os acometiam, entre eles, a Tuberculose (TB). Fui percebendo que a doença atingia pessoas que pertencem aos estratos sociais que apresentam maior fragilidade no sistema de produção e de reprodução social e, naquele contexto assistencial, os indivíduos se igualavam em relação às preocupações e dúvidas sobre a doença. O Programa municipal apresentava ações centralizadas e sem muita articulação com a rede de serviços, com baixos índices de tratamento supervisionado e busca ativa de sintomáticos respiratórios realizada somente por profissionais médicos, o que, via de regra, proporcionava insatisfação.

Com a conclusão da Graduação em Enfermagem e atuando como Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família (ESF), percebi o potencial da equipe de saúde na prevenção, diagnóstico e tratamento da TB: era mágico verificar que um agente comunitário de saúde conseguia realizar a busca ativa, resultando posteriormente em um diagnóstico médico e isso era comemorado por toda a equipe. Da mesma forma, a alta por cura era motivo de celebração por todos.

Hoje, como Coordenador Técnico de Unidade de Saúde e supervisor dos processos de trabalho de três equipes da ESF, percebo o quanto é necessário refletir e estudar o tema, visto que a busca ativa apoia a detecção precoce de casos e envolve, além de aspectos operacionais, outros, de caráter subjetivo, relativos aos usuários e trabalhadores. A exigência do simples cumprimento de metas, pelas equipes da ESF e pelo Município, como resposta às demandas de gestão, por si só não vem sendo resolutive, como pode ser constatado pelos dados epidemiológicos nacionais e locais.

Assim, fui percebendo a necessidade de refletir a respeito de novas formas de pensar a Tuberculose, com um olhar multiprofissional e integrado, pois ainda é uma doença negligenciada, de grande impacto na sociedade, causadora de número importante de óbitos, mesmo que a cura tenha sido descoberta há décadas.

Desta forma, a presente Dissertação teve como objetivo analisar aspectos da detecção precoce de casos de TB por meio da busca ativa de sintomáticos respiratórios na Atenção Primária à Saúde de São Bernardo do Campo, na perspectiva de profissionais que atuam na ESF, entre eles: coordenadores de unidades básicas de saúde, enfermeiros, médicos de Família e Comunidade e agentes comunitários de saúde. O projeto tem como finalidade apoiar a promoção de ações que incrementem o diagnóstico precoce da Tuberculose e, com isso, contribuir para o controle da enfermidade.

INTRODUÇÃO

1INTRODUÇÃO

1.1 DESAFIOS E AÇÕES PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE

A Tuberculose é uma das doenças mais conhecidas e antigas do mundo e ainda considerada um grave problema de saúde pública. Mesmo sendo potencialmente curável, é um agravo negligenciado, o que pode ser comprovado quando se observa o elevado número de óbitos e a extensa morbidade. No século XX, com o advento dos antibióticos, entre eles, a estreptomicina em 1943, descoberta pelo americano Selman Waksman, o qual, em função disso recebeu o Prêmio Nobel de Medicina, foi um marco para a sucessiva utilização de novos fármacos para o tratamento da doença, dentre estes, a Isoniazida, o Etambutol e a Pirazinamida (Maciel et al., 2012).

O Brasil padronizou o esquema de tratamento em todo o País, em 1964, por meio do Comitê Nacional de Controle da Tuberculose (CNCT), o que resultou em efetivas porcentagens de cura (Maciel et al., 2012). Com estes avanços em relação ao tratamento, esperava-se que a TB fosse erradicada em algumas décadas, mas a difusão da miséria e da desigualdade social, assim como o surgimento do HIV na década de 80, foram fatores importantes na manutenção da epidemia, requerendo atenção especial dos gestores, profissionais de saúde e da sociedade.

Nas últimas décadas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) elencou alguns desafios em relação à Tuberculose, também por meio do projeto nominado *STOP-TB*, estabelecendo, para o período entre 1990 a 2015, a redução de 50% da mortalidade pelo agravo, o que foi obtido por 16 dos 22 países com maior número de casos. Com isso, estima-se que foram evitadas 43 milhões de mortes. Outro aspecto importante é que a incidência vem decrescendo ano a ano: considerando-se o período entre 2000 a 2015, as taxas diminuíram 18%(WHO, 2015).

Mesmo assim foram estabelecidos novos objetivos para o combate à TB até 2035, destacando-se a redução da doença em 90% e o número de óbitos em 95% (Quadro 1), apontando-se, para o cumprimento dessas metas, a necessária e extensa sensibilização de Organizações não Governamentais (ONGs), de profissionais de saúde e de instituições governamentais, além de todos os setores da sociedade.

No ano de 2016 vários desafios para o controle da TB no âmbito mundial podiam ser elencados, mas a meta, estabelecida pela Organização Mundial da Saúde é mais ousada que a anterior, que previa a redução da mortalidade em 50%. São desafios pós-2015, definidos na Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 2014: eliminar a epidemia e avançar nas estratégias prevenção, diagnóstico e tratamento (WHO, 2015).

Quadro 1 - Desafios do Plano Estratégico de Eliminação da Tuberculose

Desafios	2020	2025	2030	2035
Redução do Número de Mortes por TB em comparação a 2014	35%	75%	90%	95%
Redução da Taxa de Incidência comparada a 2015	20% <85/100.000	50% <55/100.000	80% <20/100.000	90% <10./100.000

Fonte: WHO 2015.

Ainda para superar os desafios de controle da TB no mundo, a OMS estabeleceu algumas estratégias que intitulou como pilares para o “FIM da TB”:

Pilar 1: Proporcionar cuidado integral e acessibilidade: com destaque na detecção precoce, no rastreamento de contatos, na vigilância de grupos de alto risco, no tratamento e no oferecimento de apoio aos doentes, além de maior atenção aos que apresentam comorbidades, como o HIV.

Pilar 2: Reforçar as políticas de saúde: por meio da implementação da saúde universal e de estratégias de proteção social, da atenção aos determinantes sociais nos grupos mais vulneráveis, como pobres, migrantes, refugiados, prisioneiros e HIV positivos.

Pilar 3: Intensificação do desenvolvimento de novas estratégias de cuidado e promoção de inovações nas ações de controle da doença.

1.2 SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA TUBERCULOSE

1.2.1 A Tuberculose no Âmbito Mundial

Estima-se que 1/3 da população mundial, correspondente a 2 bilhões de pessoas, esteja contaminada pelo bacilo causador da TB, o *Mycobacterium tuberculosis*, o que implica que, em algum momento de suas vidas podem vir a manifestar a doença. A TB é a doença curável que mais mata no mundo: somente em 2014 foram 1,5 milhões de óbitos. Outro aspecto importante refere-se à co-infecção TB-HIV: a TB é a principal causa de mortes entre os pacientes com AIDS: dados mundiais são preocupantes, pois revelam, no mesmo ano anteriormente mencionado, cerca de 4.400 óbitos por dia e das 1,4 milhões que pessoas que foram a óbito por AIDS, 400 mil apresentavam TB (WHO, 2015).

Após o ano 2000, diversos avanços ocorreram no controle da TB, entre eles, a diminuição da taxa de mortalidade em 50% (WHO, 2015). Entretanto, ainda assim são necessários esforços no controle da doença, pois a Organização Mundial da Saúde admite que milhões de óbitos poderiam ter sido evitados, se ações de controle fossem mais fortalecidas nos países. O número de diagnósticos também vem avançando, chegando à detecção de 9,6 milhões de casos em 2015, mas estima-se que 3 milhões de pessoas não foram diagnosticadas pelos serviços de saúde, o que evidencia uma lacuna de milhões de pessoas sem acesso ao diagnóstico. Outro aspecto preocupante refere-se à Tuberculose Multiresistente (TBMR), que chega a 3,3% dentre os novos casos (WHO, 2015).

Colocam-se, portanto, desafios nas próximas décadas no controle da TB, sendo inaceitável um agravamento com potencial importante de cura ainda levar contingente expressivo de pessoas a óbito.

1.2.2 No Âmbito Nacional

O Brasil ocupa o 18º lugar na lista dos 22 países com maior número de casos de TB, representando 0,9% dos casos do mundo e 33% dos casos nas Américas. Entre 1990 e 2014, o coeficiente de incidência apresentou redução de 51,8 para 34,1/100mil habitantes e o de mortalidade de 3,6 para 2,2/100mil habitantes. Com tais dados o País cumpriu as metas internacionais estipuladas pela OMS. Entretanto, mesmo com todos estes avanços, ainda foi registrada, entre 2005 e 2014, média de 70 mil casos novos/ano e 4.400 óbitos, o que perfaz uma taxa de óbitos maior que 5% entre os casos novos. O aumento da TBMR, entre 2012 e 2015 também preocupa, chegando a 840 casos novos (Brasil, 2016).

A incidência da TB nas unidades federativas segue a tendência mundial de heterogeneidade, variando de 10,1/100.000 habitantes em Tocantins, até 70,1/100.000 habitantes no Amazonas (Gráfico 1). Um aspecto importante é que a taxa de incidência não vem acompanhando a taxa de mortalidade, o que pode sugerir como estão organizados os serviços de saúde, principalmente no que se refere à qualidade das ações prestadas, além da determinação social processo saúde doença da TB. Assim, o Rio de Janeiro apresenta o maior coeficiente de mortalidade, chegando a 5,1/100 mil habitantes, seguido de Pernambuco, com 4,3, e do Amazonas e Alagoas com 3,3, respectivamente (Brasil, 2016).

Ainda merece destaque outro aspecto que reflete a qualidade dos serviços de saúde, que diz respeito ao indicador operacional referente aos contatos domiciliares examinados. Reitera-se a preocupação com esse indicador, pois dados do Ministério de Saúde de 2015 revelam que somente 53,7% dos contatos domiciliares foram examinados (Brasil, 2015).

Gráfico 1- Incidência e mortalidade por tuberculose por regiões. Brasil, 2016.

Fonte: Brasil 2016.

1.2.3 No Âmbito Estadual

São Paulo, em 2015, chegou a 17.019 casos, com maior concentração em algumas regiões, como a Baixada Santista e a Capital, mantendo média de 37 casos/100 mil habitantes, acima da média nacional de 34,1 casos/100 habitantes. Em se tratando do número total de casos, São Paulo ocupa o primeiro lugar, por ser o Estado com maior densidade populacional, mas quando comparados os indicadores de mortalidade, que podem refletir a qualidade dos serviços prestados, em 2014, São Paulo apresentou 1,9 mortes/100 mil habitantes, o que o coloca em 14º lugar no País (BEPA, 2012).

No que diz respeito à busca ativa de casos, pode-se verificar a situação no Quadro 2.

Quadro 2 - Série histórica de busca ativa de casos. Estado de São Paulo.

Regiões	2011 (%)	2012 (%)	2013 (%)
Capital	88,0	85,1	79,1
Região Metropolitana	67,9	76,9	72,1
Interior	49,4	55,0	56,5
Baixada Santista	119,0	134,4	125,3
Total	66,5	70,9	68,6

Fonte: BEPA, 2012.

Evidencia-se heterogeneidade entre as regiões, observando-se taxas bastante elevadas na Baixada Santista, que é hiperendêmica. Nela preconiza-se a identificação de 5% de sintomáticos respiratórios, ao invés de 1%.

Quando se compara a média estadual, de cerca de 68,6%, evidencia-se parcela muito expressiva sem rastreamento, visto que o preconizado pelo PNCT é de 100%. Este dado é bastante preocupante, pois a detecção precoce de casos é fator preventivo na ocorrência de óbitos que, no Estado de São Paulo, chegam a 1.200 por ano, deixando clara a necessidade dos municípios melhorarem este indicador (BEPA, 2012).

1.2.4 Em São Bernardo do Campo

Próximo à região da Baixada Santista encontra-se o Município de São Bernardo do Campo, situado no ABC Paulista. Região do Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE) VII, o Município encontra-se na lista das cidades prioritárias para o controle da Tuberculose no Brasil. Em relação a alguns indicadores operacionais, em 2015, apresentou 177 casos de TB Pulmonar e 32 extra-pulmonar, totalizando 209 casos, com Coeficiente de Incidência de 29,8/100 mil habitantes, que apresenta-se abaixo da média nacional e estadual, e 4,3% de óbitos totalizando 9 óbitos, o que equivale a 1,1 óbitos/100 mil habitantes, também um pouco abaixo da média estadual.

Entretanto, em relação à alta por cura, o Município atingiu taxas de 70,8% em 2015, abaixo do preconizado pelo Programa Nacional de Tuberculose, que é curar 85% dos casos. Também no mesmo ano, o Município apresentou 70% de cobertura de Tratamento Diretamente Observado (TDO), estratégia que visa o fortalecimento da adesão do paciente ao tratamento, aumentando a probabilidade de cura, assim como a prevenção de cepas resistentes aos medicamentos (Brasil, 2011).

Destaca-se que, a partir de 2010 ocorreu um processo de ampliação das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), com cobertura de 60,1% no ano de 2015, totalizando 135 equipes. As ações de controle da doença foram descentralizadas para a ESF nesse mesmo ano. Com tal ampliação esperava-se uma melhora acentuada do indicador operacional de Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios (SR), o que não ocorreu.

De fato, a busca ativa de SR vem apresentando números muito abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde. Em 2014, a cidade contava com 766.253 habitantes, o que significa que teria como meta, a realização de, no mínimo, 7.663 baciloscopias (representando 1% da população). Entretanto, o nível primário de atenção realizou somente 2.617 (33%) (Quadro 3).

Quadro 3 - Situação dos exames baciloscópicos de BK no escarro. São Bernardo do Campo, 2014.

População	Expectativa de amostras nos Sintomáticos Respiratórios (1%)	Amostras coletadas pelos serviços de Atenção Primária
766.253 habitantes	7.663	2.617
	100,0%	33,0%

Fonte: Lab TB 2014.

1.3 A BUSCA ATIVA DE CASOS

A busca ativa de sintomáticos respiratórios visa identificar precocemente pessoas com tosse com tempo igual ou superior a três semanas e, consequentemente

realizar o diagnóstico precoce da TB. Trata-se de recomendação internacional, que está voltada à descoberta dos casos bacilíferos, e deve ser realizada permanentemente, por todos os profissionais e serviços de saúde. Em se tratando de populações mais vulneráveis ao adoecimento, como a população prisional, HIV positivos ou pessoas em situação de rua, recomenda-se buscar pessoas que apresentam tosse no período de duas semanas (Brasil, 2011). A busca ativa pode apresentar algumas etapas, conforme verifica-se a seguir.

Etapas na realização de Busca Ativa de Tuberculose

O objetivo da Busca Ativa de SR é interromper a cadeia de transmissão e reduzir a incidência no longo prazo. Desta forma, ao estimar que 90% dos casos de TB apresentam-se na forma pulmonar e, destes, 60% são bacilíferos, o parâmetro nacional recomendado, em relação à busca ativa de casos, é de 1% da população. Na Estratégia Saúde da Família este valor está fixado em torno de 1,0% a 2,0% ou de 5,0% nas primeiras consultas dos indivíduos com 15 anos ou mais. Assim, espera-se que, para cada 100 SR examinados, encontre-se em média 3 a 4 pacientes (Brasil, 2011).

Calcula-se que um paciente com Tuberculose Pulmonar, bacilífero, sem tratamento, pode infectar, em um ano, em média, entre 10 a 15 pessoas. Em contatos próximos pode chegar a 20,0% e, em contatos casuais, a 2,0%, a depender do tempo de convívio e da carga bacilar (Santos, 2007).

Ressalta-se que a busca ativa deve ocorrer em qualquer nível da atenção à saúde e enfatizada na atenção básica. Entretanto, identifica-se que isto não ocorre de modo geral. Oliveira et al. (2011), em estudo realizado em Ribeirão Preto-SP, que avaliou o desempenho da atenção primária no diagnóstico da TB revelou que, por mais que os pacientes procurassem serviços desse nível, seu diagnóstico era

realizado por serviços de atenção secundária ou terciária em 70% dos casos, evidenciando a baixa resolutividade da Atenção Primária em Saúde (APS) nesta ação.

Estudo semelhante foi realizado por Antunes et al. (2016), no Município de Pelotas-RS, que revelou que, para menos de 50% dos pacientes atendidos com sintomas relacionados à TB era ofertado o exame de escarro na atenção primária.

Em outro estudo similar, realizado por Paiva et al. (2014), na região Nordeste, concluiu que as equipes de saúde de família apresentam limitações no diagnóstico da doença, sendo pouco resolutivas. Os autores apontam que a maioria dos pacientes ainda tem o diagnóstico realizado por serviço de referência.

Em contraposição, há experiências positivas em relação ao diagnóstico precoce da doença, destacando-se o que se apresenta a seguir, no âmbito da literatura internacional. Em estudo de intervenção, realizado por Severo et al. (2008), em dois territórios de Cuba, observou-se elevação acentuada no diagnóstico, após encontros para orientação e realização de planos de intervenção com os profissionais da atenção primária, médicos e enfermeiros, levando os autores a sugerir a necessidade de estender tais ações a todo o país.

É importante ressaltar que o controle da TB não se limita à busca ativa de casos, mas como já se destacou anteriormente, dado que a enfermidade tem importante cunho social, é fundamental que os profissionais de saúde tenham tal compreensão e que as estratégias visando o controle da doença tenham participação intersetorial, para a redução das inequidades. Nessa linha, Trigueiro et al. (2013) apontam que as equipes de saúde da família devem ter um olhar ampliado sobre o processo saúde doença de seu território adscrito, no sentido de analisar conjuntamente outros fatores, dentre os quais, as necessidades de saúde dos indivíduos e famílias.

Tendo sido apresentados dados que indicam a relevância da busca de sintomáticos respiratórios, assim como as lacunas que persistem no âmbito da APS, este estudo se justificou pelo elevado impacto na comunidade que o diagnóstico precoce, através da busca ativa qualificada pode ocasionar, reduzindo a transmissão do agravo, o sofrimento das pessoas acometidas e de suas famílias e a ocorrência de óbitos evitáveis.

Desta forma, o presente estudo teve como finalidade problematizar, junto a equipes da Estratégia Saúde da Família, o processo de diagnóstico precoce da Tuberculose com ênfase na busca ativa de sintomáticos respiratórios no território de abrangência das equipes e, com isso, contribuir para o controle da doença na região de São Bernardo do Campo-SP.

2 OBJETIVOS

2OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um plano de intervenção para o aprimoramento da busca ativa de sintomáticos respiratórios no âmbito da Atenção Primária junto ao Município de São Bernardo do Campo-SP.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Captar as percepções dos profissionais de saúde a respeito da Tuberculose, e da busca ativa de sintomáticos respiratórios.

Sensibilizar os profissionais de saúde a respeito da situação da TB no Município.

3 MÉTODOS

3 MÉTODOS

3.1 MARCO REFERENCIAL

3.1.1A Política Nacional de Atenção Básica - PNAB

A Política de Atenção Básica Brasileira (PNAB) caracteriza-se por um conjunto de ações individuais e coletivas que abrangem a promoção, a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Objetiva a atenção integral, que produza impacto na saúde da coletividade (Brasil, 2012).

Utiliza como forma de trabalho, a delimitação territorial, através de práticas multiprofissionais e democráticas de gestão do cuidado, segundo as necessidades de saúde da população. A atenção deve levar em consideração critérios de risco, vulnerabilidade e resiliência. Orienta-se pelos princípios da acessibilidade, vínculo, responsabilização, longitudinalidade do cuidado, equidade e participação social (Brasil, 2012).

A Atenção Básica difere da consulta por curta duração, e lida com problemas mais comuns e menos definidos, mas não menos complexos. Os pacientes devem ter acesso direto às ações de saúde, buscando-se evitar iniquidades. A PNAB prevê a proximidade com as famílias, de forma a entender questões subjetivas do processo saúde doença, visando o cuidado integral, resolutivo e também criativo, de acordo com a singularidade dos indivíduos e das famílias de um território adscrito (Brasil, 2012).

Neste sentido, os profissionais de saúde devem entender a dinamicidade do território e as necessidades de saúde dos indivíduos e famílias. Desta forma, a questão central do presente estudo, que se refere à problematização da busca ativa de casos de TB visando o diagnóstico precoce e o controle da doença, vai de encontro à orientação da PNAB, na medida em que se admite que estas ações devem integrar o Programa de Controle, sem perder de vista que o entendimento do processo saúde-doença vai além das ações instituídas nos serviços de saúde, conforme anteriormente mencionado.

3.1.2 O Programa Nacional de Controle da Tuberculose - PNCT

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) tem como objetivo principal reduzir a morbidade, a mortalidade e a transmissão da TB e preconiza, dentre outras ações, a detecção precoce de novos casos e a ampliação da alta por cura (Brasil, 2002).

Para tanto, prevê a capacitação contínua dos profissionais e gestores, formando multiplicadores, a fim de fortalecer as avaliações epidemiológicas para a construção de novas estratégias de cuidado (Brasil, 2002).

Também prevê ações integradas com a Estratégia Saúde da Família (ESF), através de visitas domiciliares e da educação em saúde, valendo-se da intersectorialidade (Brasil, 2002).

Ainda que tenha caminhado exemplarmente, a ponto do Brasil influenciar a proposição de ações para o controle da TB no âmbito mundial, o PNCT estabelece metas que muitos municípios ainda têm dificuldade de cumprir. Destaca-se, assim, a meta que está orientada a testar 100% dos SR, com o intuito de promover o diagnóstico em tempo oportuno, ampliando as ações de busca ativa a todos os membros da equipe e enfatizando a necessidade de fortalecer estas estratégias nos municípios prioritários para o controle da doença.

Esta meta integra diversos indicadores, relacionados à Cobertura, Processo e Resultados, conforme pode se verificar no exemplo a seguir (Brasil, 2002).

Quadro 4 - Indicadores de acompanhamento do PNCT. Brasil, 2002.

Indicador de Cobertura	Indicador de Processo	Indicador de Resultado
Unidades Básicas de Saúde com Programa de Tuberculose Implantado	100% de Sintomáticos Respiratórios Examinados	Diminuição do Percentual de óbitos: < 5%

Fonte: Brasil 2002.

Portanto, o presente estudo foi desenvolvido tendo como base a Política Nacional de Atenção Básica e as diretrizes do Programa Nacional de Controle da Tuberculose.

3.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo com abordagem qualitativa e que se enquadra nos critérios de pesquisa avaliativa, com desenho experimental (intervenção), por meio de pesquisa-ação.

A escolha da análise qualitativa justifica-se pela natureza do objeto de estudo. A abordagem qualitativa relaciona-se a fenômenos, representações, crenças, atitudes, opiniões e aproximações sucessivas à realidade.

A proposição de intervenção remete a um plano da realidade que dificilmente pode ser quantificado, mas requer uma análise mais compreensiva e interpretativa, que pode ser melhor proporcionada pela análise qualitativa (Minayo, 2008). Neste sentido, elegeu-se a pesquisa-ação, na medida em que se buscava propor intervenções em serviços de saúde para modificações da prática assistencial, neste caso, melhorar a busca ativa de TB e, com isso, incrementar a detecção precoce de casos. Este método é associado à resolução coletiva de problemas e à transformação da realidade (Thiollent, 2011).

A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica, concebida e realizada com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo, no qual os pesquisadores e os participantes, representativos da situação ou do problema, envolvem-se de modo cooperativo e/ou participativo, a fim de propor intervenções para o problema proposto. Utiliza a gestão colaborativa entre o pesquisador e os sujeitos (Thiollent, 2011).

É muito flexível quando comparada a outros métodos, pois em sua essência, não está vinculada a fases cronológicas rígidas. Segundo Thiollent (2011), didaticamente, pode-se dizer que se baseia em três fases:

1ª. Coleta dos dados: pode ser efetuada por meio de entrevista coletiva ou individual ou sócio drama, dentre outras técnicas. É nesta etapa que os pesquisadores e participantes procuram, em comum, a informação necessária para o andamento da pesquisa. Tem como objetivo, o debate de questões a fim de trazer respostas não condicionadas.

2ª. Elaboração de um plano de ação: nesta fase apresentam-se os dados coletados junto aos participantes, com o objetivo de interpretá-los e, com isso, apoiar a construção de um plano de ação e estratégias de avaliação. Neste momento é importante estabelecer critérios que auxiliem o protagonismo de todos, a fim de enriquecer a discussão, pois o tema a ser debatido pode gerar conflitos. Também é importante estabelecer metas claras e viáveis, para que o resultado final tenha potencialidade para ser colocado em prática e, posteriormente, ser avaliado e monitorado.

3ª. Divulgação e monitoramento da intervenção proposta: o intuito desta fase é fazer conhecer os resultados que podem contribuir para a resolução de um problema coletivo, além de possibilitar a continuidade de outros ciclos de ação/investigação e mudanças. É importante que a população manifeste suas opiniões sobre o assunto tratado.

A pesquisa-ação requer a participação efetiva do sujeito para a compreensão do fenômeno e a produção de conhecimento coletivo entre pesquisador e pesquisado, e realiza-se em um processo amadurecedor de enfrentamento das próprias insuficiências (Haguette, 1987).

A esse respeito, é possível evocar a Educação Emancipatória, defendida por Paulo Freire, que supera o modelo pedagógico “bancário”, que vale-se da transmissão de informações. Na perspectiva da Educação Emancipatória, são preconizadas as ações dialógicas, a liberdade de expressão, o diálogo democrático e a quebra do autoritarismo. A educação libertadora tem o intuito de desenvolver a consciência crítica, evitando a alienação social e a opressão. Assim, admite-se as pessoas como conscientes e pensadoras sobre problemas sociais, base que sustentou a presente pesquisa-ação.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

O estudo foi realizado com coordenadores de UBS, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, e agentes comunitários de saúde, envolvidos na Estratégia Saúde da Família de três Unidades do Município de São Bernardo do Campo.

Assumindo que ausências dos profissionais de saúde podem repercutir no cotidiano da UBS, foram convidados a participar do estudo, pelo menos um coordenador técnico, um enfermeiro e um médico, além de dois agentes comunitários de saúde por Unidade de Saúde.

Assim, tendo em vista a realização de grupo focal, o número de sujeitos foi definido a priori, conservando-se cerca de doze participantes (Minayo, 2004). De fato, em todas as reuniões de grupo focal compareceram: dois coordenadores de UBS, quatro enfermeiros, um médico, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS). Portanto, 80% do esperado.

Tabela 1 - Participantes do estudo segundo Unidade Básica de Saúde. São Bernardo do Campo, 2016.

UBS	Sujeitos
A	Coordenador (1)
	Médico (1)
	Enfermeiro (2)
	Auxiliar em Enfermagem (1)
	ACS (2)
B	Coordenador (1)
	Enfermeira (1)
	ACS (2)
C	Enfermeiro (1)
	ACS (2)
Total	14

3.4 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo ocorreu no Município de São Bernardo do Campo, que está situado na região metropolitana de São Paulo, denominada de ABC Paulista. O Município tinha população estimada, em 2015, de 816.925 habitantes, densidade demográfica de 1.869,36 habitantes por Km², e área territorial de 409.508 Km². Cerca de 53,0% do Município encontra-se em áreas de mananciais, sendo 18,0% correspondente à represa Billings. Apresenta Índice de Desenvolvimento Humano de 0,805, maior que a média estadual, que é de 0,783. O índice de pobreza é de 28,0%, ocupando o terceiro lugar entre as quatro cidades do Grande ABC (IBGE, 2016).

Figura 1 - Mapa do Município de São Bernardo do Campo -SP.

Fonte: IBGE (2015).

Em relação à saúde, o Município tem cobertura pela Estratégia Saúde da Família. Dados do portal do Departamento de Atenção Básica apontam que 465.450 habitantes estão cadastrados pelas 135 equipes que atuam em 34 unidades básicas de saúde, o que corresponde a 60,1% de cobertura. Cerca de 47,0% da população tem saúde suplementar, no entanto, cada vez mais esta população vem utilizando as unidades básicas, fato representado pelo aumento acentuado de cadastros.

Para fins de saúde, o Município tem uma divisão em nove territórios que contam com, no mínimo, três Unidades Básicas de Saúde e, no máximo, cinco UBS (Tabela 3). O presente estudo foi desenvolvido junto ao Território de Divisão de Saúde 7, constituído por cinco Unidades Básicas de Saúde com Estratégia Saúde da Família. Nesse Território também há um CAPS III, um CAPS AD, um Centro de Especialidades Odontológicas, uma policlínica de especialidades e uma unidade de pronto atendimento (UPA).

A região vem passando por diversas transformações viárias, com construção de corredores de ônibus que permitirão ampliar o acesso entre a periferia e o centro. Em relação à educação, o território conta com sete escolas estaduais e municipais, além de um Centro Educacional Unificado (CEU).

A população desse território, em 2015, era de, aproximadamente, 121.828 habitantes. O Território 7 foi o local definido para o desenvolvimento do estudo porque apresentava os indicadores de busca ativa de sintomáticos respiratórios abaixo de 30% e por ser uma região com importante vulnerabilidade social, apresentando elevadas desigualdades sociais. Ademais, abriga grande parte do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Medicina do ABC, o que tem proporcionado maior participação acadêmica nestas unidades de saúde, fato que se considerou positivo para a proposta de estudo.

Figura 2 - Divisão de Territórios de Saúde do Município de São Bernardo do Campo.

Fonte: Caderno de Saúde. Territorialização. São Bernardo do Campo. 2013.

Outro aspecto que balizou a escolha desse Território refere-se ao baixo indicador de realização de baciloscopias: cerca de 30,0%.

Tabela 2 - Número de Baciloscopias realizadas por Território de Saúde. Município de São Bernardo do Campo, 2014.

Território	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Total 10
Total de UBS	3	4	3	3	5	4	5	3	4	34
Total de Habitantes (IBGE)	68.296	90.569	88.005	79.950	107.953	118.519	121.828	65.988	41.142	766.253
Número de amostras realizadas 2014	152 22,2%	205 22.6%	252 28.6%	206 20.6%	433 43.3%	386 35%	346 28.8%	231 35%	250 60.8%	2617 33%

Fonte: Lab TB, 2014.

3.5 ETAPAS DO ESTUDO

3.5.1 Articulação com o Programa Municipal de Tuberculose

Anteriormente à coleta de dados, ocorreram encontros com profissionais do Programa Municipal de TB de São Bernardo do Campo, com o intuito de debater os problemas relacionados à TB e à busca ativa de casos. Nessa ocasião, evidenciou-se ainda mais que a busca ativa era um grande desafio e que nos últimos anos não apresentava melhora. Assumindo-se que o desenvolvimento do presente projeto de pesquisa vinha de encontro ao interesse dos profissionais de saúde, estes manifestaram apoio para a construção do plano de intervenção, que se constituía objetivo deste estudo.

3.5.2 Estratégia para a coleta de dados

Como estratégia para problematizar o tema central que se refere à busca ativa de casos e detecção precoce da TB, optou-se pela realização de grupo focal, conforme anteriormente mencionado. O grupo focal é uma técnica de baixo custo para obtenção de dados qualitativos e fornece riqueza de informações, promovendo a interação entre os participantes (Gomes, 1999). Deve ser composto por 6 a 12 pessoas e, para o sucesso da proposta, os participantes devem ter em comum alguma similaridade, como escolaridade, formação, estrato social, local de trabalho. No presente estudo, todos eram profissionais da saúde. Assim, optou-se por esta técnica, por entender-se que auxiliaria na compreensão do tema de estudo e na formulação das estratégias de intervenção.

3.5.3 Apresentação da proposta aos participantes do estudo

Após as reuniões com os profissionais do Programa Municipal de TB, a proposta foi apresentada pelo responsável do estudo, em reuniões técnicas nas três unidades que tiveram a representação dos participantes. Nas outras duas unidades de saúde foram realizados diversos contatos com os coordenadores técnicos, mas a participação dos profissionais de saúde foi inviabilizada devido à simultaneidade das atividades relativas à Campanha de Vacina.

A apresentação do projeto teve também o objetivo de convidar os profissionais para as reuniões de grupo focal. Nesse momento destacou-se que seria importante a afinidade com o tema e o desejo dos profissionais em participar da proposta. O mesmo convite posteriormente foi enviado, por meio de correio eletrônico das unidades de saúde, já com definição da data e horário dos encontros, guardando-se antecedência de 30 dias para o devido planejamento da liberação dos profissionais (Apêndice 4).

3.5.4 As Reuniões de Grupo Focal

Foram realizados três encontros, conforme quadro a seguir.

Quadro 5 - Programação das reuniões e respectivo objetivo.

Reunião	Data	Objetivo
1ª.	05/05/2016	Problematizar a questão da Busca Ativa de TB e a detecção precoce do agravo
2ª.	12/05/2016	Elaborar plano de intervenção para incrementar o diagnóstico precoce da TB
3ª.	19/05/2016	Elaborar plano de intervenção para incrementar o diagnóstico precoce da TB

No **primeiro encontro** com os sujeitos do estudo foi enfatizada a importância da realização de duas reuniões de grupo focal, com intervalo de uma semana. Em todas as reuniões contou-se com a participação de uma facilitadora e um relator (neste caso, o responsável pela proposta), conforme recomenda Minayo (2010). As reuniões foram realizadas em uma unidade de saúde do Território 7 e foram gravadas em áudio.

Nessa primeira reunião os sujeitos foram recepcionados e valeu-se de estratégia de apresentação dos participantes, buscando-se criar um ambiente confortável. Assim, cada um dos sujeitos apresentou seu nome, local de trabalho, tendo-se solicitado que apresentassem uma qualidade pessoal. Em seguida, os participantes foram esclarecidos a respeito dos procedimentos do estudo, ocasião em que foi distribuído o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice 1) e o Instrumento de Caracterização dos Sujeitos (Apêndice 3). Conforme já mencionado, a primeira reunião teve como objetivo a problematização do tema central: a detecção precoce de casos de TB e o processo de busca ativa no serviço. Para suscitar o debate foram utilizadas algumas questões norteadoras:

- 1- O que vocês conhecem sobre Tuberculose?
- 2- O que é busca ativa para vocês? Quem as realiza?

3- Quais as facilidades e dificuldades para realizar a busca ativa de sintomáticos respiratórios?

Ao fim deste encontro, o relator solicitou aos sujeitos que, durante o intervalo entre este e o seguinte, as questões debatidas fossem levadas para as reuniões de equipes da Unidade de Saúde onde atuavam, a fim de ampliar a discussão e o amadurecimento de propostas para o segundo encontro.

O **segundo encontro** teve o objetivo de construir propostas para melhorar a busca ativa de casos no território, e a elaboração de um plano de intervenção. Antes, foi apresentada a síntese das falas dos participantes no primeiro encontro, buscando proporcionar a ressignificação do tema e facilitar a elaboração de propostas. Justifica-se a análise dos significados da problematização sobre a TB, pois teve o intuito de avaliar qualitativamente relações, valores, atitudes, crenças e hábitos (Minayo, 2012).

Para delinear o plano de intervenção foi utilizada uma matriz de intervenção (Apêndice 2), construída durante a segunda reunião de grupo focal, que tinha as seguintes questões norteadoras:

- a. Quais as estratégias e ações propostas?
- b. Qual o detalhamento desta ação?
- c. Quais os recursos necessários?
- d. Quem serão os responsáveis pelas ações?
- e. Qual será o prazo para o início da intervenção e como será monitorada?

As duas primeiras reuniões tiveram a duração média de 60 minutos. Ainda que não previsto, ao final do segundo encontro, os próprios participantes do estudo sugeriram um terceiro momento, dado que consideraram que o plano de intervenção ainda requeria maior debate.

O **terceiro encontro** teve como objetivo a finalização da elaboração do plano de intervenção.

3.6 INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA A APREENSÃO DOS DADOS

Para facilitar a obtenção dos dados do estudo valeu-se de uma Matriz de Intervenção, e de um instrumento de caracterização dos participantes (Apêndices 2 e 3, respectivamente).

3.7 TRATAMENTO DOS DADOS QUALITATIVOS

Durante todas as reuniões de grupo focal, os depoimentos dos participantes foram gravados em áudio e transcritos na íntegra pelo responsável pela proposta. Posteriormente, foram categorizados por similaridade dos temas (Minayo, 2012), conforme abaixo.

- Concepção sobre a Doença
- A Busca Ativa de Casos
- O Diagnóstico da Situação
- Estratégias e Propostas

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação da Secretaria de Saúde do Município de São Bernardo do Campo e aprovado (Anexo 1). Posteriormente, foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, tendo sido aprovado, conforme o parecer Nº 1.464.699 (Anexo 2). No momento da coleta de dados foi enfatizado o caráter sigiloso das informações aos participantes da pesquisa, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012, sendo entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE (Apêndice1).

4 RESULTADOS

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Antes de dar início à apresentação dos temas que emergiram das falas dos participantes do estudo durante as reuniões de grupo focal, será apresentada a caracterização dos participantes, conforme Tabela 3.

Verifica-se que a idade dos participantes variou de 22 a 55 anos, com idade média de 34 anos. Já a atuação em atenção primária variou entre 2 meses a 15 anos, com média de 9,3 anos, ou seja, trata-se de participantes com potencial para conhecer a situação de saúde-doença da região na qual realizou-se o estudo.

De igual forma, a experiência com TB variou entre 2 meses a 10 anos, com média de 9,3 anos. A respeito da capacitação sobre busca ativa de casos em TB no Município, somente um participante informou nunca ter participado, e é importante comentar que esse profissional tinha experiência muito restrita no âmbito da APS e em TB.

As diferentes formações profissionais e a atuação na área da TB permitiram a troca de experiências e tornaram as discussões qualificadas. Durante os encontros ficou clara a afinidade e a motivação dos sujeitos em relação ao tema, com destaque para os agentes comunitários de saúde, que trouxeram sua realidade de trabalho à tona, expondo dificuldades e facilidades. O desejo de discutir a temática revelou-se evidente quando partiu dos próprios participantes a proposição de realização do terceiro encontro, que não havia sido programado.

Tabela 3 - Caracterização dos participantes do estudo. São Bernardo do Campo, 2016.

Nº	Atuação	UBS	Idade (em anos)	Tempo de Atuação na APS (em anos)	Tempo de Experiência com TB (em anos)	Capacitação sobre Busca Ativa de TB
1	Coordenadora	A	55	10	10	Sim
2	Coordenador	B	31	10	10	Sim
3	Médica	A	34	8	8	Sim
4	Enfermeira	A	22	2 meses	2 meses	Não
5	Enfermeira	A	28	9	9	Sim
6	Enfermeira	B	34	6	6	Sim
7	Enfermeiro	C	32	8	8	Sim
8	Auxiliar em Enfermagem	A	35	15	10	Sim
9	Agente Comunitário	A	36	12	10	Sim
10	Agente Comunitário	A	32	10	10	Sim
11	Agente Comunitário	B	38	10	10	Sim
12	Agente Comunitário	B	37	8	8	Sim
13	Agente Comunitário	C	34	6	6	Sim
14	Agente Comunitário	C	35	10	10	Sim

4.2 PERCEPÇÕES DOS PARTICIPANTES A RESPEITO DO TEMA CENTRAL DO ESTUDO

Seguem as percepções dos participantes, oriundas dos depoimentos nas reuniões de grupo focal, já sistematizadas em grupos temáticos: Concepção sobre a doença, A busca ativa, Diagnóstico da situação e Estratégias e propostas.

4.2.1 Concepção sobre a Doença

Nesta seção apresentam-se as percepções a respeito da TB, lembrando que os participantes foram estimulados a posicionar-se frente à questão: **“O que vocês conhecem sobre a Tuberculose”?**

Os depoimentos dos trabalhadores revelaram que a Tuberculose ainda é permeada por estigma, o que dificulta a prática assistencial:

“O tabu é muito grande ainda hoje, as pessoas ficam isoladas, e as pessoas ainda hoje ainda tem esse tabu, a gente fala o nome da doença, elas resistem muito” (ACS2).

“Geralmente, quando se fala de Tuberculose, as pessoas ficam com vergonha de chegar, se aproximar, por conta de ser respiratória, as pessoas ficam com muita vergonha de comentar e se aproximar” (E1).

“O tabu é muito grande ainda hoje, as pessoas ficam isoladas” (ACS5).

“Muita Vergonha de falar que está com doença, de procurar tratamento, vergonha de ser discriminada (ACS6).

“É uma doença que o tratamento causa muito preconceito, existe muita resistência”(ACS1).

Chama a atenção as palavras: tabu, vergonha, resistência e isolamento, mostrando o quanto a Tuberculose, historicamente, ainda está presente e requer compreensão que vai além da clínica e da biologia, mas uma abordagem mais ampla, que incorpore a sua determinação social. Isto requer um conhecimento amplo das singularidades e especificidades do território adscrito, de acordo com sua história social e dinamicidade.

O depoimento a seguir mostra o quanto ainda é delicada a abordagem do paciente com TB, inclusive porque a situação específica conduziu ao óbito por recusa de tratamento:

“Eu tive um paciente que foi a óbito, quando ele descobriu que tinha Tuberculose, simplesmente ele se isolou, não aceitou ajuda da família, não aceitou de ninguém, chegou ir a óbito... ele realmente se isolou e não aceitou” (ACS4).

Alguns profissionais ainda acreditam que o esclarecimento sobre a doença é muito restrito na população em geral, o que resulta em certos comportamentos:

“Eu acho que está faltando muito esclarecimento... porque qualquer outra doença a gente tem os meios de comunicação, tem que estar mais firme ... para orientar a população” (E2).

Em contraposição, outros profissionais reconhecem que houve avanços na divulgação da TB através de meios de comunicação:

“... hoje em dia, depois daquele jogador que teve Tuberculose e um cantor também, o Thiaguinho, teve ... tem mais propaganda na televisão, que antes nem tinha e eles falam: tem cura, então, acho que hoje em dia tem até mais” (ACS6).

Ressalta-se que houve menção de que a TB vem atingindo também diferentes grupos sociais:

“... atinge pessoas ricas e pobres, não importa né?”(M).

Portanto, verificou-se: concepção ainda estigmatizada da doença, o que dificulta o diagnóstico precoce, com repercussões para o doente, inclusive levando ao óbito. Também verificou-se que a TB acomete diferentes grupos sociais e que houve um avanço na divulgação da doença, quando foi informada por meios de comunicação.

4.2.2 A Busca ativa

O segundo tema, que emergiu dos depoimentos, dos participantes refere-se à busca ativa de casos, tema central do estudo. A pergunta a seguir foi a motivadora da discussão: **“O que é busca ativa para vocês”? “Quem as realiza”? “Quais as facilidades e dificuldades para realizar a busca ativa de sintomáticos respiratórios”?**

Evidenciou-se resistência, por parte da população, de ser submetida à realização da baciloscopia, o que dificulta a busca ativa:

“Busca ativa né? realmente isso ... de você ir e você perguntar, daí, quando ele falar que tem tosse, você já está percebendo que ele está com sintomas e daí, você realmente oferece: vamos fazer a coleta, pois antes a gente andava até com os potinhos da primeira amostra e da segunda amostra e, às vezes, vinha aquela resistência mesmo da pessoa não querer fazer, mas às vezes fazia, mas no começo tínhamos muita resistência, mas tinha alguns casos que dava certo, a gente trazia morrendo de nojo, mas trazia, mas agora acho que deu uma esclarecida” (ACS3).

Neste depoimento verifica-se o estigma por parte do profissional de saúde, ao mesmo tempo em que se verifica falha no Programa, quando o trabalhador fala que, anteriormente, era prática ter material para a realização do exame, durante o

seguimento das famílias pelos ACS. Ora, tal diretriz ainda existe no Município, mas não é concretizada por todos os profissionais de saúde.

Reitera-se a dificuldade da aceitação do oferecimento do exame pela população, mesmo quando parece ser concreta a sintomatologia:

“Tem muito preconceito, a gente pergunta da tosse, só quando você oferece, a pessoa fala: não, não, não é meu dia de fazer” (ACS5).

“Tem alguns que falam: você está arrumando doença para mim” (ACS3).

“Tem muito preconceito né, às vezes, a gente fala, a pessoa fala: eu não quero ir, pois eu não tenho TB, já teve esposa me procurando: meu marido está tossindo, eu dou o potinho e depois ela fala: meu marido não aceitou” (ACS4).

“A gente presta muita atenção em relação à tosse, se está tossindo muito, não fumante, já pedi para ir à UBS para colher o BK, daí ficamos em cima, perguntando se fulano compareceu, e ficamos perguntando: por que a senhora não foi? ... insistimos tanto que dá positivo mesmo, às vezes, a pessoa acha que tosse é do tempo e já ocorreu de dar positivo” (ACS2).

Tal dificuldade na abordagem foi comum também para outros sujeitos participantes do estudo, além dos agentes comunitários de saúde:

“A própria pessoa não vem, ela está enclausurada dentro da sua casa, está com sintomas, está perdendo peso, está com sudorese, febre constante e não vem” (E1).

A busca ativa prevê a captação de suspeitos com a sistemática procura de SR em todas as visitas domiciliares a todos os moradores do domicílio, além da interrogação na rotina das consultas. Chama a atenção que não é raro que as pessoas são convocadas a comparecer à UBS, sendo que é estratégia operacional preconizada, coletar uma amostra no momento em que se identifica um SR e, outra, no dia subsequente.

Alguns participantes problematizaram a busca ativa a partir da necessidade de mudança de abordagem:

“Eu acho que o grande desafio da busca ativa é trabalhar com perguntas disparadoras que convença ele que aquilo é importante para ele, porque, se você perguntar: você está com tosse há mais de três semanas? Estou, vamos ver se você está com Tuberculose, daí, acabo !!!! (risos). (C1)

Portanto, verificou-se que a busca ativa não é simples de ser realizada, pois a população em geral, não está informada a respeito da doença e há casos em que nega a possibilidade de ser vulnerável.

4.3 O DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Este tema engloba a percepção dos participantes em relação à busca ativa de TB em sua área de atuação.

Mesmo que as ações relacionadas à busca ativa tenham sido descentralizadas e fortalecidas com a ampliação das equipes da ESF, a partir de 2009, em São Bernardo do Campo, a melhora estrutural não vem garantindo a detecção precoce de casos:

“... perguntei como vocês fazem a busca ativa, todo mundo falou de campanha, daí eu perguntei: mas vocês não fazem sempre? Não é rotina? Eu até comentei que aqui na UBS as metas ficaram baixas, a gente precisa melhorar mesmo, para não ser campanha, TB não é campanha, TB é rotina, como vacina, como atendimento”. (E3)

Inicialmente, alguns trabalhadores recém-admitidos se mostraram consternados com a atual situação da busca ativa na UBS, o que parecia naturalizado por outros profissionais. Entretanto, durante as reuniões, alguns posicionamentos se tornaram mais críticos:

“... avaliando o processo histórico do nosso município, o que eu analiso enquanto pessoa, como este processo iniciou maximamente com os agentes comunitários. Há um pensamento que perguntar às pessoas ficou para eles, os trabalhadores da UBS se isentaram desta atribuição” (C2).

Verificou-se, também, indignação em relação à situação atual da TB na sociedade:

“... como é possível que exista ainda tantas pessoas que adquiram a doença ainda hoje, e ainda tem pessoas indo a óbito morrendo por este problema de saúde e existe... por que que ainda existe tanto estigma? (E3).

Admite-se que a busca ativa não está incorporada ao cotidiano da equipe de Saúde da Família e também da equipe multiprofissional:

“Está ficando no inconsciente das pessoas que o carro chefe era os agentes comunitários, desta forma, os profissionais que ficam dentro da UBS não incorporaram esta tarefa, eu acho que precisamos retomar esta discussão, o tempo foi passando, a gente depositou toda a confiança nos agentes comunitários (C2).

E, ainda:

“Eu falo sinceramente, falo por mim, a busca ativa de Tuberculose não está incorporada em nós, pois nossas atribuições vêm com uma carga muito extensa e a TB não está incorporada em nós, ela é sazonal...” (C1).

“Até entre a gente, eu não sei nesta UBS, a gente conversa uma com a outra, quando tem um cadastrado que vou ter que levar remédio para Tuberculose, a gente fala: Ah, não acredito (risos), já bate aquela insegurança entre a gente..., mas depois, a gente vai pegando confiança, mas tem aquela resistência” (ACS1).

Também se verificou manifestação de não contentamento de alguns profissionais pela falta de diagnóstico da TB no âmbito da atenção primária:

“E daí, procura o serviço de pronto atendimento ... esta é minha decepção, pois não fomos nós que realizamos a descoberta e, depois, ela chega até nós, eu trato meu paciente com Tuberculose não pela minha busca ativa e sim do pronto socorro” (M).

Assim, foi reconhecida a necessidade de melhora da busca ativa pela unidade de saúde, por alguns sujeitos que se voltaram ao cenário atual e reconhecem a necessidade de mudança:

“Ele chega na UBS, vai falar os sintomas, tem toda a burocracia de acolhimento, procura aqui, procura ali, e toda aquela demora até descobrir, ver os sintomas, daí ele já acha ir mais fácil ir para a UPA, tô com febre, vou ser atendido mesmo, pois chega na UBS vai esperar uma falta, mas a febre vai aumentando, o suor vai aumentando, vou para UPA” (ACS1).

Também é necessário apontar que se percebe a insatisfação com a atuação do Programa Municipal:

“Existe uma cobrança muito administrativa, mas não existe ação... as reuniões antigamente eram mais frequentes” (M).

E, ainda:

“Hoje temos um programa de tuberculose ausente, é um programa que está atrás da mesa, delegando as suas atribuições, isso é muito fácil, nós tínhamos um programa de tuberculose proativo, que dialogava olho no olho, mas isso não ocorre mais, falta estratégia de coletividade” (C2).

Nessa linha, constatou-se a necessidade de ampliar o processo de matriciamento:

“Eu penso que o centralizador deve ter reunião com seus descentralizadores, e deve se reunir periodicamente” (C2).

E, ainda:

“Tínhamos reunião bimestral e não estamos participando, isso faz falta (AE).

Também se apontou a necessidade de capacitação para atualização:

“O ideal é sermos orientados e não somente cobranças, coisas novas e novas tecnologias, tem muitas informações técnicas que a gente não sabe... hoje não se tem uma preocupação por isso, antigamente tinha uma capacitação produtiva” (E1).

4.4 ESTRATÉGIAS E PROPOSTAS

Os encontros tiveram objetivos bem definidos conforme já mencionado, mas é importante enfatizar que em todos houve propostas de mudança para o aprimoramento da busca ativa. Abaixo seguem as falas que auxiliaram na construção do plano de intervenção.

“... O grande desafio da busca ativa é trabalhar com perguntas disparadoras que convençam ele que aquilo é importante para ele, você perguntar se está com tosse há mais de três semanas, a pessoa fala estou, vamos aí ver se é tuberculose...” (C1)

Parece claro entre os sujeitos que a forma atual de abordagem pode ser aprimorada:

“Prevenção na Mulher é rotina, vacina também, toda semana tem, por que que não coloca a Tuberculose também, sempre tem gente na UBS, ela nunca está vazia” (ACS4).

Alguns apontaram ações que já vinham realizando na própria UBS que atuavam e que pode servir de exemplo para melhorar a situação da detecção de casos:

“... na minha UBS, eu já colho o exame, as próprias técnicas de enfermagem preenchem o papel e só leva ele para colher o exame, ... todos que trabalham

na unidade básica, todo mundo tem que falar a mesma língua, não precisa passar no médico para pedir o exame” (Enf 2).

Parece, pois, evidente, a importância de se compartilhar as informações entre toda a equipe para que todos possam assumir o protagonismo nas ações voltadas ao controle da TB.

Alguns sujeitos sugeriram valer-se de espaços ainda não consolidados e a criação de novos espaços para a realização da busca ativa:

“Sempre temos uma campanha, então, só não está sendo aproveitado, esta época tem muita gente, daria para fazer um trabalho grande” (ACS2).

Ou ainda:

“Então, a busca ativa teria que ser incorporada em todos os setores da unidade para alcançar mais pessoas, o que ocorre são tantas coisas, cobranças, e isso acaba se perdendo, como todo mundo falou, este processo deveria ser como a verificação de pressão arterial, as pessoas chegam com dor de cabeça e já verificamos a pressão, deveria ser algo assim” (AE).

“No acolhimento de equipes... tem todo aquele aglomerado de pessoas esperando ... para marcar consulta” (M).

Ou:

“Eu falo, gente, vamos falar um pouquinho sobre Tuberculose aqui no corredor mesmo, eu falo, você, o que é TB, que é uma doença que tem cura e que está matando muita gente, daí eles ficam interessados, tanto que teve quatro pessoas que já fizeram, tanto que na hora, eu já fui lá, peguei, preenchi primeira e segunda amostra (ACS1).

Também surgiram indagações e questionamentos sobre seu processo de trabalho:

“Pois todo dia este posto tá cheio, oportunidade não nos falta” (ACS4).

Alguns sujeitos trouxeram a necessidade de qualificar a abordagem e sugeriram uma formação específica em aconselhamento em TB:

“Que a melhor forma de burlar este preconceito e chegar a abordar a pessoa e ter um aconselhamento da equipe geral, como o DST AIDS tem, tem que ter um para TB também entendeu?” (E3).

Apontou-se, ainda, a necessidade de ampliar o processo de matriciamento:

“Eu penso que o centralizador deve ter reunião com seus descentralizadores, e deve se reunir periodicamente” (C2).

Após a primeira reunião, os participantes tiveram como ação de dispersão, proceder ao diálogo na UBS onde atuavam a respeito da questão da busca ativa de casos. Assim, alguns sujeitos se mostraram satisfeitos com alguns resultados preliminares, pois constatavam que a construção era coletiva e não vertical e imposta, como o relato a seguir:

“Acho que isso dá um ânimo, ... pois quatro já colheram, eu achei ótimo, vamos continuar, vamos fazer mesmo, as outras equipes vão aproveitando, a gente tem momentos de acompanhamento do bolsa família...na comunidade, são espaços que estão lá e você pode aproveitar” (C1).

Com a realização do terceiro encontro finalizou-se a proposição do Plano de Intervenção, abaixo apresentado, com sete propostas para melhorar a busca ativa no território.

Plano de Intervenção

Situação Problema: Número de Baciloscopias realizadas para a detecção de Tuberculose abaixo do esperado na Atenção Primária OBJETIVO/META: Melhorar a busca ativa de TB na Atenção Primária				
Estratégias e Ações Propostas	Detalhamento da execução	Responsáveis	Recursos Necessários Para Desenvolvimento	Monitoramento
1.Intensificar a Busca Ativa em Tuberculose na própria UBS, aproveitando espaços já existentes, com a participação de toda a equipe de saúde	1.Aumentar os insumos necessários para a realização de baciloscopia: potes para coleta de material e impressos para a solicitação do exame. 2. Utilizar espaços já consolidados como Grupos de Diabéticos, Gestantes, Tabagismo, Hipertensos, Triage Odontológica, reuniões com conselho gestor, grupos de saúde mental. 3.Disponibilizar, em todos os setores da	1.Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem 2. Responsáveis pelos respectivos grupos	Aumento de insumos para confecção dos Kits	Análise mensal da realização de Baciloscopia, pelo sistema LabTB

	<p>UBS: recepção, consultórios, farmácia, saúde bucal, sala de acolhimento e de procedimentos: kits contendo potes para coleta de material e impressos para solicitação de baciloscopia</p> <p>4. Aumento e ou elaboração de instrumentos educativos (como folders) a fim de facilitar a comunicação com o grupo</p>			
2.Tema Busca Ativa ser Pauta Permanente em Reuniões da unidade de Saúde	<p>1.Apresentar indicadores de Busca Ativa de sintomáticos respiratórios, em todas as reuniões gerais.</p> <p>2.Levantamento periódico de dados pelo sistema Lab TB</p>	Coordenador da Unidade Básica de Saúde e Enfermeiros	Levantamento de dados periodicamente pelo sistema municipal Lab TB	Análise mensal dos resultados das baciloskopias realizadas pelo sistema Lab TB
3.Realização de comunicações dialógicas sobre o tema TB em sala de espera	<p>1.Apresentar aspectos sobre sinais e sintomas, tratamento e controle da TB em sala de espera aos usuários do serviço de saúde que aguardam atendimento, incluindo o momento do Acolhimento.</p> <p>2. Utilização de materiais educativos (folders, álbuns seriados) e capacitação de profissionais para uma abordagem qualificada.</p>	Agentes Comunitários de Saúde Ou outros Membros da equipe de saúde	Utilização de materiais educativos (folders, álbuns seriados) E capacitação de profissionais para uma abordagem qualificada	Frequência da ação ocorrida em sala de espera e análise da adesão dos usuários
4.Utilizar o canal interativo para divulgar informações sobre TB	Utilizar o Canal Oficial da Prefeitura do que passar constantemente informações sobre TB incluindo outros temas	Coordenador da Unidade Departamento de Atenção Básica e Secretaria de Comunicação	<p>- Aparelhos de TV</p> <p>- Vídeos criados pela Secretaria de comunicação do município.</p> <p>Solicitar autorização à</p>	Observação da adesão dos munícipes as informações ali transmitidas fazendo uma avaliação escrita

			Secretaria de Saúde do para a efetivação da estratégia	aos mesmos sobre as informações do vídeo.
5.Falar sobre Tuberculose em Grupos de orientação já consolidados na unidade	Utilizar espaços já consolidados como Grupos de Diabéticos, Gestantes, Tabagismo, Hipertensos, Triagem Odontológica, reuniões com conselho gestor, grupos de saúde mental	Responsáveis pelos respectivos grupos	Aumento e ou criação de insumos como folders a fim de facilitar a comunicação com o grupo	Observar se irá ocorrer coleta de amostras ao final do grupo
6.Intensificação de campanhas educativas para a TB, quando necessário	Realizar campanhas de orientação e busca ativa junto a espaços território. Como escolas, instituições religiosas, Associação de Bairros	Enfermeiros e Agentes Comunitários	Articulação intersectorial com espaços do território e aumento de insumos para a realização das campanhas	Observação do número de amostras após a campanha
7.Capacitação de profissionais de saúde sobre o uso de tecnologias leves a respeito do tema TB	Possibilitar participação de profissionais de saúde das unidades básicas de saúde nos cursos de capacitação	Coordenadores da Unidade	Articulação com Departamento de Educação Permanente para a capacitação	Ao final do curso com as falas dos trabalhadores

Após a construção das propostas, o Plano de Intervenção foi enviado aos participantes do estudo, por correio eletrônico. Os profissionais se comprometeram a divulgá-lo em suas respectivas unidades de saúde. Todos concordaram que deveria ser rapidamente implementado e difundido a outros trabalhadores de outras UBS não participantes, a fim de promover uma ação com caráter mais abrangente no Município.

Dada a relevância do tema, todos sugeriram um novo encontro no prazo de seis meses para avaliar o impacto do Plano de Intervenção, suas potencialidades e adaptações necessárias.

4.5 DIVULGAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO AOS GESTORES E COORDENADORES DE UBS DO MUNICÍPIO

Após a finalização do plano de ação e com a autorização dos sujeitos da pesquisa foi proposta sua divulgação ao Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado do Município. Em reunião com os Coordenadores Técnicos das 34 unidades básicas de saúde do Município, no dia 4 de agosto de 2016, a Coordenação acatou a proposta de Plano de Ação, tendo como base os indicadores epidemiológicos da região.

4.6 DIVULGAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO AOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E A CONSTRUÇÃO DE NOVAS PROPOSTAS

Para promover ainda mais as ações sobre a busca ativa no Município foi proposta uma nova reunião com os demais profissionais, responsáveis pelas ações de controle da Tuberculose. Cada unidade básica de saúde tem Enfermeiros que são conhecidos como “Referência em Tuberculose”, os quais, além das atribuições regulares no âmbito da ESF, têm a função de capilarizar e monitorar as ações relacionadas à TB no interior da unidade. Para tanto, foi realizada uma nova reunião entre a gestão da Atenção Básica e o responsável pelo presente projeto. Nesta, foi acordado que o Plano de Ação seria apresentado e que seria utilizada metodologia participativa para dinamizar o encontro, conforme mencionado adiante.

A reunião, com a presença de 34 enfermeiros das 34 unidades básicas de saúde do Município, ocorreu no dia 19 de setembro de 2016 e também contou com a presença da Gestão da Atenção Básica. O responsável pela presente proposta solicitou que os enfermeiros se reunissem por território totalizando os nove da cidade, e explicou como é realizado o cálculo epidemiológico da busca ativa de SR. Cada enfermeiro dispunha dos seguintes dados da unidade de saúde onde atuavam:

- População total cadastrada no território
- Número de baciloscopias realizadas até aquele momento
- Número de casos diagnosticados e acompanhados
- Total de comunicantes acompanhados

É importante registrar muitos enfermeiros apresentaram dúvidas em relação à análise do número de baciloscopias estimadas e o número realizado, mas foi relevante identificar a situação de cada unidade de saúde. A seguir foi apresentado o plano de intervenção construído na etapa anterior, e as enfermeiras/território analisaram a viabilidade de sua implementação, estabelecendo metas para os próximos meses.

Apresentam-se apenas aquelas que tinham alguma inovação, para não repetir o que está proposto no plano de intervenção já apresentado. Também é necessário esclarecer que as metas foram projetadas para o período entre outubro a dezembro de 2016.

Quadro 6 - Ações para o incremento da busca ativa de casos de TB nos Territórios que compõe o Município de São Bernardo do Campo. 2016

Território (T) / Meta (M)	Propostas
T1 M: 418 amostras	<ul style="list-style-type: none"> • Busca ativa de SR em empresas e estabelecimentos comerciais • Busca ativa nos domicílios, semanalmente • Colaboração de estudantes de Enfermagem, estagiários na unidade de saúde
T2 M: 506 amostras	<ul style="list-style-type: none"> • Busca ativa de SR na recepção da UBS • Busca ativa em pessoas em situação de rua • Busca ativa na sala de espera da UPA
T3 M: 397 amostras	<ul style="list-style-type: none"> • Atuar em Micro áreas com maior vulnerabilidade social, com intensificação em pontos de uso de álcool e outras drogas
T4 M: 128 amostras	<ul style="list-style-type: none"> • Intensificar a busca ativa de SR nos estabelecimentos comerciais • Estabelecer um dia/mês para intensificar a busca ativa no território
T5 M: 503 amostras	<ul style="list-style-type: none"> • Reunião mensal com ACS para o monitoramento de micro áreas mais vulneráveis • Grupos de orientação sobre TB na comunidade
T6 M: 390 amostras	<ul style="list-style-type: none"> • Reunir os pacientes que recusam-se a realizar a coleta de material para baciloscopia, com a finalidade de esclarecimento • Utilizar o período da campanha do Outubro Rosa e Novembro Azul para a realização de busca ativa • Realizar busca ativa de SR, contando com a participação de alunos do curso de Medicina, estagiários na UBS
T7 M: 190 amostras	<ul style="list-style-type: none"> • Busca ativa de SR em todos os setores da unidade

T8 M: 351 amostras	<ul style="list-style-type: none"> • Busca ativa de SR em pacientes que fazem nebulização se tosse persiste em período maior que duas semanas
T9 M: 89 amostras	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar mutirão em microáreas vulneráveis com ACSe Técnicos de Enfermagem • Realizar visita às comunidades terapêuticas do território
Total: 2972 amostras	

Durante todo o processo de construção do plano de intervenção, o responsável pelo presente projeto enfatizou a necessidade de sensibilizar pessoas da equipe para a continuidade do cuidado e garantir a integralidade e a equidade no território, os quais são dimensões do SUS. Enfatizou-se, ainda, que esse entendimento não deveria ser reduzido às metas propostas.

4.7 OUTROS RESULTADOS CONCRETOS DA PESQUISA

O desenvolvimento do projeto já produziu alguns resultados, conforme se apresenta a seguir.

Quando se analisam os indicadores do Programa Municipal de TB, por meio dos dados do programa Lab-TB, pode se verificar, em relação à solicitação da baciloscopias, comparando-se os resultados de 2015 com 2016 (ainda que não se disponha de dados mensais, mas tendo em consideração a realização da primeira reunião de grupo focal, que ocorreu em maio de 2016), o que se apresenta no gráfico a seguir.

Gráfico 2- Número de baciloscopias realizadas entre junho e setembro de 2015/2016, por território.

Fonte: LabTB 2015,2016.

Gráfico 3 - Número de baciloscopias realizadas entre junho e setembro de 2015 e junho a setembro de 2016, na atenção primária do Município de São Bernardo do Campo.

Fonte: LabTB 2015,2016.

Conforme o Gráfico 4, dos nove territórios de saúde, em oito houve aumento na realização de baciloscopias, o que pode evidenciar que a problematização da

questão da busca ativa de SR pode ter acarretado em capilarização da proposta para o interior das unidades de saúde. De fato, no período de junho a setembro de 2016 ocorreu um aumento de 27,5%, em comparação ao mesmo período de 2015.

Vale destacar alguns depoimentos que concretizam tal situação:

“Tem que ser lembrado né gente, toda reunião geral tem vários assuntos como Acolhimento, Acolhimento, Acolhimento... Tem que fazer parte da pauta, eu acho importante, não é que está na moda, é importante gente...” (M).

“Acho que, do mesmo jeito que a gente já faz com a Gestante, a gente deve incorporar isso nas reuniões...” (C2).

“A dengue era assim, também ninguém falava, começou a falar em toda a reunião, diminui os casos de Dengue” (ACS1).

Entretanto, em relação ao diagnóstico de TB pulmonar no mesmo período, verifica-se que não houve aumento do número de casos.

Gráfico 4 - Número de casos de TB Pulmonar no período de junho a setembro 2015/2016, por território.

Fonte: TB- WEB- 2015,2016.

Em 2015 foram diagnosticados 42 pacientes e, em 2016, 27 pacientes. Destaca-se que o laboratório da região notificou as unidades sobre amostras inadequadas ou até mesmo potes vazios, o que sugere que apenas o aumento da solicitação de baciloscopias não basta para melhorar o diagnóstico e, tampouco para melhorar o Programa de Controle.

Outro aspecto relevante refere-se ao entendimento de que a TB está associada às condições sociais e, portanto, tampouco é suficiente aumentar a solicitação de baciloscopias, mas é importante que ações de caráter mais estrutural sejam implementadas, principalmente em áreas de maior vulnerabilidade.

Gráfico 5 - Baciloscopias e Diagnóstico de TB Pulmonar, no período de junho a setembro 2015/2016. Município de São Bernardo do Campo.

Fonte: Lab TB, 2015/2016.

5 DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

A discussão se apresenta em seções, tendo por base os principais elementos que compuseram o Plano de intervenção proposto.

5.1 TUBERCULOSE COMO PRIORIDADE EM TODOS OS ESPAÇOS INTRA E EXTRA-MUROS

Considerando que o presente estudo prevê a elaboração de estratégias de intervenção para melhora da busca ativa na dinâmica de trabalho dos profissionais da atenção básica, buscou-se analisar as propostas à luz das diretrizes estabelecidas no Programa Nacional de Controle da Tuberculose e na Política Nacional de Atenção Básica, além de outras, pertinentes.

Primeiramente, há que observar que as ações para o controle da Tuberculose seguem uma tendência de um princípio organizacional do SUS, orientado à descentralização, o que exige das equipes que também incorporem o princípio da integralidade, que inclui a análise das necessidades do território. Assim, é preciso entender a dinamicidade do território e consolidar a APS como a porta de entrada dos serviços de saúde.

Outro ponto importante refere-se à imprescindível integração do Programa de Controle da Tuberculose com as ações da ESF. É preciso, pois, transcender a limitação dos programas, ainda centralizados, para orientá-los às necessidades das pessoas que habitam determinado território.

Apesar de ser uma diretriz nacional, alguns autores, como Marcolino (2009) fazem críticas à operacionalização da descentralização. Em estudo realizado na Paraíba, que avaliou o processo de descentralização das ações de controle da Tuberculose na APS, verificou diversas restrições no atendimento, como horários restritos, falta de visitas domiciliares e ausência da solicitação de baciloscopia, este último achado, semelhante ao do presente estudo.

Já Marquieviz et al.(2013), em estudo realizado em Curitiba, pois concluíram que a descentralização repercutiu de maneira positiva nas equipes de ESF,na medida em que revelou aumento no número de diagnósticos e diminuição das taxas de abandono e mortalidade. Os autores apontam que a descentralização pode significar melhora do acesso se acompanhada de discussão e incorporação de novas tecnologias na atenção aos usuários.

A matriz de intervenção, proposta no presente projeto, permite ponderar sobre o mosaico de possibilidades de estratégias para o aprimoramento da busca ativa, e o quanto pode se valer dos espaços internos e externos da unidade de saúde como potencialidades para o desenvolvimento de ações mais efetivas e para maior aproximação com as pessoas que a procuram e com a comunidade que integra o território de saúde. Isto vem de encontro às diretrizes da APS, que prevê o estabelecimento de ações que respeitem as diferenças locoregionais, podendo ser realizadas em diversos espaços comunitários como igrejas, associação de bairros, entre outros (Brasil, 2012).

Na mesma linha, a inserção do tema TB em espaços intra-muros, já consolidados, como atividades grupais, à exemplo de grupos de Hipertensão, Gestantes, Idosos, remetem a pensar a necessidade do fortalecimento da Integralidade na assistência e não somente continuar criando “caixas de especialidades”, no interior da atenção primária, o que limita as ações de orientação. Pinheiro (2005) frisa o quanto a assistência integral deve se antecipar ao sofrimento ocasionado por uma doença e pode proporcionar maior qualidade de vida às pessoas.

O presente estudo, que foi estruturado e desenvolveu-se por meio de pesquisa-ação, traz à tona a potencialidade da criatividade e do protagonismo dos sujeitos, pois foi possível transcender a doença e orientar o debate para a perspectiva da saúde, da ampliação da oferta de cuidado, de forma a responder às necessidades, como possibilidade futura de redução do agravo (Pinheiro, 2005).

A ampliação de acesso à informação, levando o tema TB a diversos espaços, tanto intra como extra-muros, guarda consonância com o PNCT, que reforça a necessidade de realizar a busca ativa como uma ação de acolhimento e atitude envolvendo outros atores da equipe multiprofissional (Brasil, 2002).

As ações de combate à TB devem ser disseminadas por meio de projetos de comunicação em saúde e de mobilização social, de acordo com características epidemiológicas, culturais e regionais locais, com a realização e validação de materiais educativos, e com o apoio das diferentes categorias profissionais. Destaca-se o necessário incentivo político e social para a elaboração de planos de ação para os municípios prioritários e a certificação do cumprimento das metas (Brasil, 2002).

O ato da comunicação dialógica em sala de espera, para problematizar a questão da TB e oferecer orientações às pessoas que se encontram muitas vezes durante horas aguardando assistência, surgiu fortemente em diversas falas, principalmente quando se apontou que o atendimento individual tem limitações em relação ao tempo e à demanda. Estudo de Siqueira (2008) reforça a importância do aproveitamento desse espaço, que pode ser promissor para o estabelecimento de uma linguagem mais próxima junto aos pacientes, saindo da dimensão restritamente técnica, além de possibilitar reforçar informações para acompanhantes. O autor sugere a padronização das orientações, especialmente em relação às formas de transmissão, tratamento e prevenção, para que esta estratégia possa ser realizada por diversos atores.

No Rio Grande do Sul, Paixão e Castro (2006) demonstraram a experiência da equipe multiprofissional em sala de espera, ao abordar diversos temas, inclusive TB de forma contínua, e constataram que houve aproveitamento das informações pelos munícipes. Chirinos e Meirelles (2010) apresentam resultados semelhantes e reforçam a importância da realização de atividades em sala de espera, especificamente em relação à Tuberculose. Os autores apontam que o abandono do tratamento foi relacionado a não participação de pacientes em atividades realizadas de orientação. Nessa linha, é importante dizer que este espaço pode ter grandes potencialidades, dada a possibilidade de criação de vínculo e levar estas informações a outras pessoas da comunidade, além da família.

Ainda no que diz respeito à necessidade de difusão do conhecimento em relação à doença, Rangel (2012) analisa a circulação de saberes da comunidade em relação à TB e aponta que, em geral, contém informações contraditórias e errôneas, que ocasionam estigma e preconceito em relação à doença. Mas, o desconhecimento sobre a TB também é encontrado em outros estudos, como menciona Costa (2007),

que avaliou o conhecimento sobre TB entre pacientes do Rio Grande do Sul, tendo verificado que cerca de 40% destes não tinham conhecimento correto sobre a doença.

É nessa linha que o canal interativo, que tem a função de transmitir informações sobre saúde nas unidades de saúde, surgiu como uma possibilidade de uso de tecnologia disponível, mas que até aquele momento não carregava informações sobre TB. Ora, ações de Educação em Saúde e comunicação, que proporcionem ampla difusão das informações sobre TB, inclusive na mídia municipal e massiva, são preconizadas pelo PNCT (Brasil, 2002).

Aqui está se falando na difusão do conhecimento de forma construtiva, reflexiva, crítica e criativa, o que, via de regra, não ocorre no cotidiano das UBS. Sá (2013) aponta que profissionais da Estratégia Saúde da Família percebem que as informações sobre saúde ainda são transmitidas de maneira “bancária”. O autor analisou as ações de educação em TB, desenvolvidas por equipes da ESF, e aponta resultados preocupantes, ao verificar que grupos educativos não incentivavam o diálogo, mas somente a transmissão de informações. Também encontrou frágil mobilização social. Sá (2013) enfatiza que a perpetuação do modelo biomédico preocupa, e é uma grande lacuna a se enfrentar nas ações de controle da TB. Desta forma, a proposta de ampliação das ações educativas apontadas pelos sujeitos participantes, deve ser rigorosamente trabalhada, pois se trata de incluir estratégias metodológicas que estimulem a participação dos usuários dos serviços de saúde, e problematizar as questões de saúde a partir de seu próprio cotidiano de vida e de trabalho.

5.2 TRABALHO EM EQUIPE PARA MELHORA DA BUSCA ATIVA

O trabalho em equipe é preconizado pela Política Nacional da Atenção Básica (Brasil, 2012). As ações de planejamento das ações assistenciais das equipes de ESF são atribuições de todos, desde o agente comunitário até o médico. Entretanto, no presente estudo verificou-se ausência da participação de alguns profissionais no processo de busca ativa.

A busca ativa não pode ser interpretada como uma ação mecânica, uma vez que pode estar envolvida por preconceito e estigma. Nogueira (2008) enfatiza que essa ação, grandemente realizada por agentes comunitários de saúde, é uma atividade complexa, para a qual tais sujeitos podem não dispor de mecanismos para suportar as demandas apresentadas pela comunidade. O presente estudo verificou, por exemplo, vulnerabilidade programática, concretizada pela rigidez de horário no envio da amostra de baciloscopia, por exemplo, fato que o ACS tem dificuldade em solucionar e que requer, portanto, do diálogo entre a equipe para a mudança da situação vigente.

Também é necessário que o ACS tenha apoio e supervisão de sua prática diária, o que fortalece as ações em saúde. O mesmo autor anteriormente citado, realizou estudo na cidade de Ribeirão Preto, que objetivou avaliar a incorporação da busca ativa de SR, segundo a percepção de ACS, em serviços de atenção primária. Através da análise dos indicadores de baciloscopia antes e após a implantação da busca ativa de SR no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), observou-se que, nos dois primeiros meses, o número de exames elevou-se, com decréscimo nos meses seguintes. O autor sugere a necessidade de supervisão e orientação permanente dos agentes comunitários pelo médico e pelo enfermeiro.

Uma vez que o ACS é um dos importantes protagonistas que fazem a ponte entre a comunidade e os serviços de saúde, além do apoio da equipe para a prática diária, é muito importante que disponha de conhecimento adequado, neste caso, em relação à TB. Sobrinho (2005) analisou o conhecimento de ACS sobre a TB, utilizando como referência, a Cartilha de Tuberculose - Informações para os Agentes Comunitários de Saúde. O estudo foi realizado com 87 ACS, por meio de um questionário de múltipla escolha, no município de Ribeirão Preto, e o resultado evidencia que os agentes comunitários têm conhecimento sobre as ações de controle da doença, porém, o autor ressalta que há equívocos em relação às formas de transmissão, duração do tratamento, e abandono do tratamento. Sugere, portanto, ações educativas frequentes, dado o papel crucial destes profissionais no controle da TB. No presente estudo foram propostas capacitações para toda a equipe de saúde a respeito do uso de tecnologias leves a fim de qualificar a busca ativa na Atenção Básica.

Ainda no que diz respeito aos membros que integram a equipe de saúde, o Enfermeiro tem como atribuições, na APS, planejar, acompanhar e avaliar as ações realizadas pela equipe de saúde, assim como fortalecer o trabalho interdisciplinar; mobilizar a comunidade, envolvendo o controle social; e também deve planejar, gerenciar e avaliar as ações realizadas pelos agentes comunitários. Todas essas atividades são diretamente relacionadas à assistência e ao controle da TB, com destaque para o diagnóstico precoce da enfermidade (Brasil, 2012).

O Enfermeiro da APS é protagonista histórico no que se refere ao controle da TB; desde 1920, enfermeiras já atuavam como visitadoras sanitárias, realizando a supervisão do tratamento da doença (Sá, 2012).

O Enfermeiro, ao assumir com plenitude e desenvolver com qualidade seu trabalho, pode ser um facilitador no diagnóstico precoce da TB, uma vez que parte de seu processo de trabalho está focalizado para a gestão da equipe. Entretanto, ainda há desafios importantes a serem superados. Estudo de Sobrinho (2014), que avaliou o conhecimento de 30 enfermeiras da APS em Foz do Iguaçu-PR, em relação à Tuberculose, demonstrou que tais profissionais têm conhecimento superficial sobre o tema, em relação à transmissão, diagnóstico e tempo de tratamento.

Barreto (2013) analisou a formação do enfermeiro e as ações de gestão do cuidado a pacientes com TB, em estudo realizado na região metropolitana de João Pessoa-PB, com 10 Enfermeiros que atuam na ESF. O autor aponta superficialidade no ensino de temas relacionados à TB na formação do Enfermeiro, no âmbito da graduação, e que a prática dos enfermeiros, em muitos momentos, é mecanicista e tarefaira. Em seu estudo verificou a necessidade da formação em serviço, uma vez que a universidade está distante da realidade dos serviços de saúde.

Em relação ao protagonismo médico na busca ativa, durante as reuniões de grupo focal do presente estudo, ficou clara a importância deste profissional se integrar de forma mais contundente às ações da equipe. É bem verdade que, no âmbito da APS, o médico generalista tem como atribuição, prestar assistência às pessoas do território adscrito, além de realizar atividades de promoção da saúde e participar da elaboração de estratégias e ações da equipe de ESF, de acordo com prioridades locais (Brasil, 2012).

Entretanto, em revisão bibliográfica, Piassi (2014) verificou baixo nível de conhecimento de médicos generalistas em relação à Tuberculose, indicando a necessidade de aprimoramento, para que resulte positivamente na assistência e no diagnóstico do agravo, corroborando a necessidade de capacitação em serviço de toda a equipe.

Estudo realizado no Reino Unido, por Metcalf et al. (2007), com pacientes com Tuberculose, teve como objetivo entender o processo de diagnóstico da doença na Atenção Primária. Foram identificadas barreiras no diagnóstico realizado pelos médicos, falta de continuidade do cuidado e elevadas demandas de trabalho. Os autores reconhecem a tuberculose como um problema nacional, também apontando a necessidade de capacitação profissional.

Outra questão muito evidente no presente estudo relaciona-se ao papel do gestor na qualificação da busca ativa na atenção primária: foram apontados vários aspectos relativos à organização dos processos de trabalho, como a necessidade de reuniões frequentes, de monitoramento qualificado e, de articulação intersetorial. Assim, é importante que os gestores tenham conhecimento sólido, integral, criativo e responsável sobre todos os processos, a fim de avaliar, em conjunto com a equipe, as necessárias ações a serem realizadas na comunidade e no interior do serviço de saúde.

Oliveira (2013) avaliou o discurso de 14 gestores da APS em Ribeirão Preto-SP, em relação à busca ativa de sintomáticos respiratórios. Verificou que os gestores apresentam resistência às decisões verticais da gestão central, relatando que estas estratégias divergem das necessidades da comunidade e dos trabalhadores para a efetivação da busca ativa de SR e isto reflete na descontinuidade das ações, sugerindo-se a necessidade de uma gestão mais participativa na tomada de decisões, o que vem de acordo com a metodologia utilizada neste estudo, que possibilitou a construção de ações de maneira democrática pelos trabalhadores.

Estudo de Pinheiro et al. (2012), realizado com 16 gestores em João Pessoa (PB), revela a importância destes profissionais conhecerem as ações para o diagnóstico da TB, enfatizando que o desconhecimento pode prejudicar a busca ativa de casos. Aponta-se, portanto, a importância do envolvimento mais próximo nas ações das equipes.

De fato, o papel do gestor pode ter impacto positivo nas ações locais e municipais. Estudo de Marquieviz et al. (2013), desenvolvido em Curitiba-PR, relata investimento maciço em capacitação sobre o controle da TB para profissionais da atenção primária. Isto ocorreu entre 2000 e 2009; assim, evidenciou-se, neste período, aumento do número de exames para diagnóstico, além de redução da mortalidade e do abandono do tratamento.

Ainda no que tange à necessária capacitação da equipe, Façanha et al. (2009) avaliaram o processo de treinamento contínuo sobre busca ativa de sintomáticos respiratórios por equipes da ESF, em uma comunidade de baixa renda do Ceará. A área de abrangência correspondia a cinco equipes, com cerca de vinte e cinco mil pessoas acompanhadas. O treinamento foi realizado para uma equipe. Após dois anos foi realizado um estudo comparativo entre a equipe treinada e as demais, concluindo-se que, neste período, o número de pacientes diagnosticados, que era 2, elevou-se para 22, comprovando a eficácia da sensibilização da equipe no diagnóstico da Tuberculose.

Em relação à participação da equipe multidisciplinar na busca ativa de SR, Nóbrega (2010) analisou a assistência prestada a indígenas. Foram apontados como fatores que dificultam a organização dos serviços, a ausência de uma rotina sistematizada na busca ativa, capacitação profissional insuficiente, além de abordagens inadequadas aos pacientes, o que também foi evidenciado no presente estudo.

Ponderação importante é que somente a decisão política da descentralização das ações da Tuberculose, isoladamente, não produz efeitos satisfatórios. Estudo de Scatena Villa et al. (2009), que avaliou o acesso ao diagnóstico para a Tuberculose, em municípios brasileiros, concluiu que a Estratégia Saúde da Família não apresentou desempenho satisfatório em relação à melhora de acesso ao diagnóstico. Pode-se dizer que a melhora no acesso ao diagnóstico não sofre incremento somente com decisões verticais, sendo necessário maior envolvimento dos membros da equipe da Atenção Primária de Saúde (APS), como aponta este presente estudo.

É importante destacar que a busca ativa não deve ocorrer de forma episódica, mas continuamente. Ela pode ser realizada por qualquer profissional da saúde para facilitar o processo de investigação e coleta de amostras, no entanto, para que isto

ocorra, é necessário incorporar os profissionais nessa atividade. Por fim, é importante ressaltar que a gestão do cuidado ao paciente com Tuberculose não deve ser uniprofissional, centrada no profissional médico, pois os desafios são inúmeros e devem ser enfrentados por diversos saberes, o que significa mudança de atitude e do necessário acolhimento por toda a equipe (Brasil, 2002).

5.3 TECNOLOGIAS LEVES NA PRÁTICA ASSISTENCIAL RELACIONADA À TB

As práticas de saúde envolvem muitas questões subjetivas, o que exige dos profissionais um olhar diferenciado para qualificar a assistência (Brasil, 2002). Para tanto, não bastam ações meramente técnicas, mas o sucesso de uma intervenção é mediado pela apreensão das necessidades, que não se restringem ao âmbito biológico/clínico.

Isto ainda é mais difícil quando se trata da TB, historicamente envolta por estigma e preconceito. Merhy (2006) fala sobre o encontro entre trabalhador e usuário de uma maneira viva, em que em um encontro podem ser criados vínculos, potencializando-se a escuta, enquanto que o usuário pode exercer protagonismo, aumentando a possibilidade de interagir com o profissional. A isto o autor conceitua tecnologia leve.

No presente estudo também foi apontada a necessidade de uma forma de agir distinta da classicamente corrente, mas que remeteria a um esforço para entender as necessidades das pessoas que, muitas vezes, não procuram o serviço de saúde, pois nele não encontram a satisfação de suas necessidades. A concretização do exame baciloscópico, após a busca ativa, pode não ocorrer devido ao desencontro entre o que espera/necessita o paciente e o que o serviço de saúde pode oferecer.

Souza (2010) ressalta a importância de práticas de educação em saúde da comunidade para que doentes e familiares se tornem cientes dos seus papéis no processo de prevenção e controle da TB, além da necessidade de disseminação de informações ao território, com o intuito de desconstruir estigmas relacionados à enfermidade. Para tanto, o autor enfatiza o uso de tecnologias leves em saúde.

Verifica-se, no presente estudo, que os profissionais de saúde requerem conhecer e saber usar de tecnologias leves na abordagem do paciente sintomático respiratório. Veja-se que a PNAB (2012) prevê o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, por meio do acolhimento dos usuários e da escuta qualificada sem exclusão, apontando a necessidade de ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços.

Quando os profissionais expõem a necessidade de qualificação, entende-se que ainda há muitos desafios, pois a APS deve responder de maneira positiva, à maioria dos problemas de saúde da população, estabelecendo vínculos e relação de afetividade e confiança (Brasil, 2012), o que parece não se concretizar no cotidiano, de forma regular.

Veja-se que as tecnologias leves devem integrar a totalidade das atividades da APS, relacionadas ao controle da TB e, especificamente em referência à busca ativa, como no caso das visitas domiciliares, no acolhimento, nas consultas médicas e de enfermagem, na realização de grupos, no atendimento à demanda espontânea, nas reuniões de equipe. Entretanto, sua efetivação depende da sensibilidade e da qualificação dos profissionais.

Amorim, Assis e Santos (2014) realizaram avaliação da utilização de tecnologias leves na APS verificando relações de tensão entre usuários e trabalhadores, que resultam em trabalho fragmentado e pouco resolutivo, sugerindo a necessidade de ampliar a qualificação destes profissionais. Os autores sugerem aproximação dos profissionais com as famílias do território sob a responsabilidade da unidade de saúde para o entendimento de suas necessidades.

No presente estudo, com as propostas das 34 enfermeiras das unidades de saúde, ficou claro que há singularidades territoriais, o que também requer o emprego de tecnologias leves para o reconhecimento das necessidades e para que seja eficiente a busca ativa de SR, pois esta ação requer uma relação dialógica.

5.4 ANÁLISE DE INDICADORES E ACOMPANHAMENTO NO COTIDIANO DA UBS

A análise de indicadores deve fazer parte do cotidiano da Estratégia Saúde da Família, com o objetivo de realizar um trabalho planejado, de acordo com a realidade

local. Durante o estudo ficou claro que esta prática não vem sendo realizada de maneira contínua pelas equipes, visto que surgiu, por parte dos trabalhadores, a proposta de apresentação de indicadores em todas as reuniões técnicas da unidade de saúde.

O PNCT (2002) prevê a vigilância de casos para aumentar a detecção da doença, sendo necessária avaliação epidemiológica frequente, que pode incluir mudança de estratégias. A ausência de análise de indicadores, como o de busca ativa de sintomáticos respiratórios, pode implicar em assistência não qualificada.

A avaliação de risco epidemiológico e indicadores é importante para identificar a prevalência da TB no território, o que pode requerer a alteração das estratégias de atuação na comunidade. Mendonça e Franco (2015) realizaram um estudo ecológico por sete anos em Santa Catarina para avaliar o risco epidemiológico de cada território e constataram áreas com diferentes índices de morbimortalidade por TB, o que auxiliou na construção de mapas de prioridade para os serviços de saúde. A construção de mapas de prioridade é relevante, pois prevê o oferecimento de ações segundo as necessidades do território.

A priorização de um território para a realização de busca ativa foi objeto do estudo de Façanha et al. (2009), que constatou que a análise epidemiológica, atrelada à análise ampliada das condições sociais, aumentou a detecção de casos de TB em uma comunidade de baixa renda.

Evidentemente que o impacto da realização de baciloscopias e a detecção de casos, como um resultado do presente estudo, ainda não ocorreu, dado o reduzido período de tempo de ocorrência da intervenção. Entretanto, espera-se que a indução para a busca ativa resulte em uma dinâmica de trabalho que permita identificar com a devida precocidade os casos de TB.

6 CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo sugerem que a busca ativa de Tuberculose é um processo que ainda precisa avançar em diversas dimensões, principalmente em relação a se tornar uma rotina da Estratégia Saúde da Família, com ampliação deste processo para a equipe multidisciplinar.

Ficou bastante evidente que esta ação é muito presente no trabalho dos agentes comunitários, seguidos pela equipe de enfermagem e, por último, pelos médicos. Outros profissionais como recepcionistas, farmacêuticos, dentistas e psicólogos não foram citados pelos sujeitos do estudo e, tampouco em reunião com os Enfermeiros da Atenção Básica da Secretaria de Saúde do Município.

A busca ativa depende do conhecimento do usuário do serviço de saúde e da própria comunidade, a respeito da TB. Barreiras relacionadas ao preconceito e estigma da doença também repercutem na busca ativa.

Os profissionais de saúde demonstram descontentamento pelo fato de que o diagnóstico de TB não está sendo realizado pela unidade de saúde, mas por serviços de urgência ou de pronto atendimento.

Reconhece-se que as unidades de saúde têm realizado limitadas ações para fomentar a realização da busca ativa de SR, ainda de maneira sazonal e por realização de campanhas, fato que é reconhecido por todos os participantes, mas o estudo demonstra que há possibilidades de melhorar este processo, por meio da integração entre a gestão e a assistência.

Por meio de pesquisa-ação foi possível construir um Plano de intervenção para o incremento da busca ativa de SR no Município de São Bernardo do Campo, que já foi utilizado como instrumento de apoio para ampliar as ações de controle da TB no Município, em especial, a busca ativa de SR já demonstrando alguns resultados. Destaca-se que o desenvolvimento do estudo também já possibilitou o encontro de enfermeiros de todas as unidades básicas de saúde do Município, com o objetivo de estabelecer um debate sobre as ações voltadas ao objetivo acima apontado.

Destaca-se que os gestores têm um papel fundamental no incremento da busca ativa e que os trabalhadores de saúde se mostram abertos e motivados para as mudanças, mas é necessária organização e vontade para provocar o debate de maneira democrática e não hierarquizada para a conquista dos resultados necessários para reverter a situação da TB na região.

O estudo permitiu constatar que não bastam diretrizes para melhorar a busca ativa, mas do protagonismo continuado e sistemático dos trabalhadores, para que sejam atores da transformação necessária. Também se verificou que é necessário compreender que as necessidades de saúde são distintas, pois também são distintos os territórios onde as pessoas vivem e trabalham. Para tanto, requer-se de tecnologias que vão além do conhecimento e dos equipamentos e insumos, mas que se ampliam para buscar capturar as necessidades.

Fica muito claro que a atenção primária deve trabalhar no território, segundo o princípio da Integralidade e que a TB envolve elementos como preconceito e estigma, que são históricos e exigem um diálogo mais amplo com os profissionais e não somente o estabelecimento de metas estatísticas. Portanto, é necessário o fortalecimento das práticas de saúde de maneira participativa e integral, voltadas à realidade do território da unidade de saúde, com o objetivo de transcender o espaço intra-muros.

7 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA AS PRÁTICAS DE SAÚDE

7 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA AS PRÁTICAS DE SAÚDE

Este estudo vem responder à finalidade do Programa de Mestrado Profissional, que é incrementar a qualificação das práticas de cuidado no âmbito da atenção primária no Sistema Único de Saúde. Assim, é pertinente refletir se seu resultado tem implicações práticas e se tem potencial para implementação em outras realidades.

O SUS apresenta um grande desafio, no sentido de qualificar a assistência e de oferecer cuidado inovador, lastreado em pesquisa científica. Assim, tem se claro que a realização deste estudo permitiu compartilhar a problematização e a construção de alternativas para a modificação da situação com trabalhadores, que são os sujeitos do próprio cotidiano de práticas. Verificou-se profícua a oportunidade de discutir com a equipe os problemas da prática, mais do que aguardar passivamente as decisões de âmbito central.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Amorim ACCLA, Assis MMA, Santos AM. Vínculo e responsabilização como dispositivos para produção do cuidado na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Baiana de Saúde Pública*. 2014;38(3):539-554.

Andrade LRP, Scatolin BE, Wysocki AD, Beraldo AA, Monroe AA, Scatena LM, et al. Diagnóstico de Tuberculose: atenção básica ou pronto atendimento? *Rev Saúde Pública*. 2013;47(6):1149-58.

Antunes LB, Tomberg JO, Harter J, Lima LM, Beduhn DAV, Gonzales RIC. Sintomático respiratório de tuberculose na atenção primária: avaliação das ações segundo as recomendações nacionais. *Rev Rene*. 2016;17(3):409-15.

Ayres JRCM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 117-139.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento da Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Panorama da Tuberculose no Brasil: indicadores epidemiológicos e operacionais*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional da Atenção Básica*. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Manual de Recomendações para Controle da Tuberculose no Brasil*. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde*. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica, Coordenação Geral De Doenças Endêmicas, Programa Nacional De Controle Da Tuberculose. *Plano Estratégico para Controle da Tuberculose Brasil 2007-2015*. 1.ed. Brasília: 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Área Técnica de Pneumologia Sanitária. *Programa Nacional do Controle da Tuberculose*. 1.ed. 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. 1.ed.Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

Brasil. Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 de set. 1990. Seção 1: 18055.

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Educação em Saúde. Ação participativa; metodologia; Anais do Encontro de Experiências de Educação e Saúde da Região Norte.Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Documentação, 1982.

Coelho AGV, Zamarioli LA, Perandones CA, Cuntiere I, Waldmam EA. Características da tuberculose pulmonar em área hiperendêmica- município de Santos-SP. J BrasPneumol. 2009;35(10):998-1007.

Façaanha MC, Melo MA, Vasconcelos FF, Sousa JRP, Pinheiro AS, Porto IA, et al. Treinamento da equipe de saúde e busca ativa na comunidade: estratégias para a detecção de casos de TB. J Bras Pneumol. 2009;35(5):449-54.

Furlan MCR, Silva RLDT, Marcon SS. Factors associated with early and late diagnosis of tuberculosis: a descriptive study. Online BrazNurs. 2014;13(1):62-71.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE [Internet]. Brasília. Censo Demográfico 2010 [atualizado 2014]. Disponível: <http://www.cidades.ibge.gov.br>.

Instituto Clemente Ferreira, Informes Técnicos Institucionais. Desafios da Tuberculose diante da Resistência Microbiana. Rev Saúde Pública. 2011;45(5):997-1000.

José BPS, Camargos PAM, Cruz Filho AAS, Correa RA. Precisão diagnóstica de doenças respiratórias em unidades primárias de saúde. RevAssocMed Bras. 2014;60(6):599-612.

Santos Junior JDO, Pereira BB. Estudo dinâmico da mortalidade por tuberculose no Estado de São Paulo, Brasil: uma abordagem bayesiana. Cad Saúde Pública. 2011;27(7):1415-22.

Liu Q, Abba K, Alexandria MM, Sinclair D, Balanag VM, Lansang MA. Reminder systems to improve patient adherence to tuberculosis clinic appointments for diagnosis and treatment.Cochrane DatabaseSyst Rev. 2014; 8;(11).

Maciel MS, Mendes PD, Gomes AP, Siqueira-Batista R. A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da miséria. RevBrasClin Med. 2012;10(3):226-30.

Marquieviz J, Alves IS, Neves EB, Ulbricht L. A Estratégia de Saúde da Família no controle da tuberculose em Curitiba (PR). Ciência e Saúde Colet. 2013;18(1):265-71.

- Mendonça SA, Franco SC. Avaliação do risco epidemiológico e do desempenho dos programas de controle de tuberculose nas Regiões de Saúde do estado de Santa Catarina, 2003 a 2010. *EpidemiolServSaúde*. 2015;24(1):59-70.
- Metcalf EP, Davies JC, Wood F, Butler CC. Unwrapping the diagnosis of tuberculosis in primary care: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 2007;57(535):116-22.
- Minayo MCS. *O Desafio do Conhecimento Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
- Minayo MCS. *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. 32.ed. Petrópolis: Vozes; 2012.
- Muniz JN, Palha PF, Monroe AA, Gonzales RC, Ruffino-Netto A, Villa TCS. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. *CienSaude Colet*. 2005;10(2):315-21.
- Ruffino-Netto A, Souza AMAF. Reforma do setor Saúde e Controle da Tuberculose no Brasil. *Informe Epidemiológico do SUS*. 1999; 8(4):35-51.
- Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RR, Fracolli LA. A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela Enfermagem. *RevLatAm Enfermagem*. 2008;16(5):923-8.
- Nogueira JA, Ruffino-Netto A, Monroe AA, Gonzales RIC, Villa TCS. Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose na percepção do agente de saúde. *RevEletr Enf*. 2007;9(1):106-18.
- Oliveira CBB. *Análise Discursiva de gerentes da Atenção Primária a Saúde: busca de sintomáticos respiratórios em São José do Rio Preto São Paulo [Dissertação]*. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2013.
- Oliveira MF, Arcêncio RA, Ruffino-Netto A, Scatena LM, Palha PF, Villa TCS. A porta de entrada para o diagnóstico da Tuberculose no Sistema de Saúde de Ribeirão Preto/SP. *RevEscEnferm USP*. 2011;45(4):898-904.
- Paim JS. *O que é o SUS*. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p. 56-9.
- Paiva RCG, Nogueira JA, Sá LD, Nobrega RG, Trigueiro DRSG, Villa TCS. Acessibilidade ao diagnóstico de Tuberculose em município do Nordeste do Brasil: desafio da atenção básica. *RevEletrEnf* 2014;16(3):520-6.
- Pinheiro PGOD, Sá LD, Palha PF, Souza FBA, Nogueira JA, Villa TCS. Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios e o Diagnóstico Tardio da Tuberculose. *Rev Rene*. 2012;13(3):572-81.
- Rubinowicz A, Bartlett G, MacGibbon B, Greenaway C, Ronald L, Munoz M, Menzie D. Evaluating the role of primary care physicians in the treatment of latent tuberculosis: a population study. *Int J TubercLungDis*. 2014;18(12):1449-54.

Santos MCV. Busca Ativa dos Casos de Tuberculose nas Demandas dos Serviços de Saúde: percepção do profissional de saúde [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2007.

São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica Professor Alexandre Vranjac. Coordenadoria do Controle de Doenças. Boletim Epidemiológico 2012;2(11):177-99.

Scatena LM, Villa TCS, Ruffino-Netto A, Kritsky AF, Figueiredo TMRM, Vendramine SHF, et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. Rev Saúde Pública. 2009;43(3):389-97.

Severo TJ, González RO, Castrillo AOD, Ochoa EG, Perez LA. Evaluación de ladetección de casos de tuberculosis mediante un indicador sintético en dos municipios de Ciudad de La Habana. Rev Cubana HigEpidemiol. 2008;46(3).

Sobrinho ECR, Freitas KG, Figueiredo RM, Caliaris Js. A Tuberculose na Estratégia de Saúde da Família: o conhecimento dos agentes comunitários de saúde. RevEletr Enf. 2013;15(2):416-21.

Souza EP, Barbosa ECS, Rodrigues ILA, Nogueira LMV. Prevenção e controle da tuberculose: revisão integrativa da literatura. RevCuid. 2015; 6(2):1094-102.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. p. 58-67.

Thiollent M. Metodologia da Pesquisa-Ação. São Paulo: Cortez, 18.ed., 2011.

Trigueiro DRSG, Nogueira JA, Monroe AA, Sá LD, Anjos UU, Villa TCS. Determinantes Individuais e utilização dos serviços de Saúde para diagnóstico da Tuberculose. Rev Enferm UERJ. 2013;21(3):371-8

WHO. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2015. WHO: Library Cataloguing-in-Publication Data.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Prezado(a) Senhor(a) Profissional da Saúde,

O(A) Senhor(a) está sendo convidado para participar de uma pesquisa chamada 'Ações para o Incremento do Diagnóstico Precoce da Tuberculose na atenção primária em São Bernardo do Campo-SP', sob coordenação da Prof.^a Dr.^a Maria Rita Bertolozzi da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo EEUSP. Sua colaboração será da maior importância para a realização deste trabalho, motivo pelo qual solicito sua participação. O seu consentimento em participar desta pesquisa deve considerar as seguintes informações:

- O objetivo do estudo é: Colaborar na realização de um plano de ação para aprimoramento da busca ativa de sintomáticos respiratórios na Atenção Primária de São Bernardo do Campo.
- A sua participação é voluntária, e consistirá na realização de dois encontros que serão gravados, com duração de aproximadamente 60 minutos. Durante a pesquisa você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de dúvidas, podendo recusar-se a responder perguntas ou deixar de participar do estudo a qualquer momento, se assim o desejar, sem sofrer nenhum dano no seu atendimento. Você não terá lucros em participar da pesquisa e haverá garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, ou seja, haverá encaminhamento para solução de eventuais problemas identificados.
- Não é necessária sua identificação e será garantido o seu anonimato e o sigilo das informações, assim como os resultados serão utilizados exclusivamente para fins científicos. Ao final da pesquisa, se for do seu interesse, terá livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discuti-lo junto à pesquisadores.

Desde já agradeço a sua colaboração e me coloco à disposição por meio do telefone (11) 3061-7652 ou pelo e-mail mrbertol@usp.br, (11) 4125-4534 ou pelo e-mail alexandrebernardini@usp.br.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (telefone 11 3061-7548; **e-mail:** edipesq@usp.br).

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Declaro que, após ter entendido o que me foi explicado, aceito participar do estudo.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do Entrevistado

APÊNDICE 02 - MATRIZ DE INTERVENÇÃO

Metas/Estratégias e Ações Propostas	Detalhamento da execução	Recursos necessários	Responsáveis	Prazos	Monitoramento COMO?

APÊNDICE 3 - CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DE PESQUISA

Nome:	Idade:
UBS:	
Função: () Coordenador de Unidade () Médico Generalista () Enfermeiro () Agente Comunitário de Saúde	
Formação:	Tempo de Formação:
1-Tempo que atua na mesma UBS: () Dias_____ () Meses_____ () Anos_____	
2-Tempo de Experiência em Atenção Primária () Dias_____ () Meses_____ () Anos_____	
3-Tempo de Experiência em Tuberculose na Atenção Primária () Dias_____ () Meses_____ () Anos_____	
4-Especializações. Quais?	
5-Já realizou algum Curso Específico sobre Tuberculose? () Sim () Não	
6-Já participou de reuniões sobre Busca Ativa de SR em sua UBS? () Sim () Não	

APÊNDICE4 - CARTA CONVITE AOS PARTICIPANTES

São Paulo, 06 de fevereiro de 2016.

Prezado senhor,

Dirijo-me à Vossa Senhoria para verificar a possibilidade de participação da pesquisa *Ações para o Incremento do Diagnóstico Precoce da Tuberculose na Atenção Primária em São Bernardo do Campo*. Pretende-se com este estudo a elaboração de um plano de intervenção multiprofissional nas unidades de saúde para melhora da busca ativa de Tuberculose na Atenção Primária do Município.

O estudo faz parte do Programa de Mestrado Profissional na Atenção Primária no Sistema Único de Saúde-SUS da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo-USP. O estudo já foi apreciado pelo Município e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP.

Sua participação será de fundamental importância e poderá auxiliar na elaboração de estratégias para o fortalecimento das ações no Sistema Único de Saúde.

Desde já agradecemos a disponibilidade.

Atenciosamente,

Alexandre Bernardini Vieira

Prof.^aDr. ^a Maria Rita Bertolozzi

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO1 - CARTA DE COPARTICIPANTE DO MUNICÍPIO

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
Secretaria de Saúde
Departamento de Apoio à Gestão SUS
Divisão de Educação Permanente em Saúde e Gestão Participativa
Rua Continental, 542 - Parque São Diogo - CEP: 09732-610 fone: 4126-4316
e-mail: educação.permanente@saobernardo.sp.gov.br

Ofício SS.5 - SBC/SS nº0113 /2015

São Bernardo do Campo, 18 de Novembro de 2015.

A Divisão de Educação Permanente e Gestão Participativa da Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo, após análise do projeto de pesquisa intitulado **“Ações para o incremento do diagnóstico precoce da tuberculose na atenção primária em São Bernardo do Campo-SP”** manifesta interesse à abertura de campo de pesquisa. O projeto será desenvolvido pelo pesquisador Alexandre Bernardini Vieira vinculado à Universidade de São Paulo. Informamos ainda que a coleta de dados só poderá ser iniciada após a apresentação do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição de Ensino responsável.
Sem mais para o momento.

Atenciosamente,

Fabio Souza dos Santos
Responsável pela Divisão de Educação Permanente e Gestão Participativa

A/C
Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - 2º andar, sala 201
CEP: 05403-000 - Cerqueira César - São Paulo - SP
Tel.: (11) 3061-8858 - E-mail: cepee@usp.br

ANEXO 2- PARECER DE APROVAÇÃO DO ESTUDO PELO COMITE DE ETICA E PESQUISA-CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AÇÕES PARA O INCREMENTO DO DIAGNÓSTICO PRECOCE DA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SÃO BERNARDO DO CAMPO

Pesquisador: Alexandre Bernardini Vieira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 52862415.9.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.464.699

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa vinculado ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Enfermagem na Atenção Primária no Sistema Único de Saúde - SUS. Trata-se de estudo de natureza qualitativa cujo objeto é a busca ativa de Sintomáticos Respiratórios na Atenção Primária à Saúde, na perspectiva dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família. A tuberculose, uma das doenças mais conhecidas e antigas do mundo, continua causando graves problemas à saúde pública. Como doença potencialmente curável, é considerada como um agravio negligenciado, dado que o crescente desenvolvimento tecnológico na área da saúde não tem sido acompanhado pela melhora dos indicadores da doença, a exemplo do número de óbitos. A busca ativa de sintomáticos respiratórios constitui uma estratégia que visa a identificação precoce de pessoas com tosse com tempo igual ou superior a três semanas. O estudo será realizado no município de São Bernardo do Campo, situado na região metropolitana de São Paulo, visto que o município ainda não possui nenhum instrumento de ação. Será utilizado como ferramenta para a sua realização, o método da pesquisa-ação. Serão sujeitos do estudo profissionais de saúde que participam, de alguma forma, de ações relacionadas ao controle da tuberculose: médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e, dada a importância estratégica, também serão convidados os gerentes das UBS. Propõe-se a realização de duas reuniões de grupo focal. Os

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

Continuação do Parecer: 1.464.699

dados serão analisados à luz da Política Nacional de Atenção Básica, das Diretrizes do Programa Nacional de Tuberculose e do conceito de vulnerabilidade.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

Apresentar um plano de ação para aprimoramento da busca ativa de sintomáticos respiratórios na Atenção Primária de São Bernardo do Campo.

Objetivos específicos

- Descrever as ações realizadas por profissionais de saúde em relação à busca ativa de Sintomáticos Respiratórios;
- Caracterizar aspectos que se referem à dimensão da Vulnerabilidade Programática em relação ao controle da tuberculose.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

Na Plataforma Brasil, menciona-se apenas que não haverá exposição a risco biológico nem experimental. No TCLE, além dessa informação menciona-se que poderá ocasionar desconfortos eventuais durante a realização dos grupos focais em razão das diferentes opiniões do grupo em relação ao tema.

Benefícios

Espera-se que com este planejamento, a busca ativa para tuberculose aumente, ocasionando diagnóstico precoce e prevenindo complicações e até possíveis óbitos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa aborda tema relevante com benefício esperado para a área de conhecimento em saúde coletiva. Apresenta fundamentação teórica, justificativa pertinente, objetivos claramente definidos e metodologia apropriada. A região selecionada para o estudo apresenta indicadores de busca ativa de sintomáticos respiratórios abaixo de 30% e trata-se de território com maior grau aparente de vulnerabilidade social no município. Conta com cinco UBS e o convite para a participação na pesquisa será feito em uma reunião mensal e propõe-se que os coordenadores dessas UBS convidem os trabalhadores a participar do estudo, segundo o critério da intencionalidade. Serão

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419	
Bairro: Cerqueira Cesar	CEP: 05.403-000
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858	E-mail: cepee@usp.br

Continuação do Parecer: 1.464.699

realizadas duas reuniões de grupo focal composto por cerca de 15 participantes, com duração de aproximadamente 60 minutos cada sessão: na primeira serão abordadas questões sobre a realização da busca ativa e na segunda a proposição e elaboração de um plano de ação sobre o tema em pauta, utilizando uma matriz de intervenção. Os encontros serão gravados em áudio e realizados com intervalo de 15 dias.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto está preenchida e assinada. No Cronograma de execução, o período de coleta de dados foi revisado - o início previsto de 14/03/2016 foi alterado para 18/04/2016.

O TCLE está redigido em forma de convite à participação no estudo, contém as informações necessárias conforme as especificações da Resolução 466/2012. As inadequações apontadas no parecer anterior foram revistas adequadamente.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências apontadas no TCLE foram atendidas de forma satisfatória. Na Plataforma Brasil, a informação sobre risco não foi completada conforme apontado no parecer anterior. Considerando que os desconfortos eventuais estão mencionados no TCLE, o projeto pode ser aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

- Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil;
- Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_643044.pdf	09/03/2016 00:00:59		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto-plataforma.docx	09/03/2016 00:00:35	Alexandre Bernardini Vieira	Aceito
TCLE / Termos de	TCLECORRIGIDO.docx	07/03/2016	Alexandre	Aceito

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP **Município:** SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

Continuação do Parecer: 1.464.699

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECORRIGIDO.docx	23:34:16	Bernardini Vieira	Aceito
Folha de Rosto	fderosto.pdf	29/01/2016 22:07:48	Alexandre Bernardini Vieira	Aceito
Outros	cartacoparticipante.jpg	21/12/2015 16:36:17	Alexandre Bernardini Vieira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 24 de Março de 2016

Assinado por:
Lisabelle Mariano Rossato
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br