UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ERIKA SIMONE GALVÃO PINTO

Controle da tuberculose na atenção básica de saúde de Natal / RN: visão do
agente comunitário.

Ribeirão Preto

2011

ERIKA SIMONE GALVÃO PINTO

Controle da tuberculose na atenção básica de saúde de Natal / RN: visão do
agente comunitário.

Tese apresentada ao Programa Interunidades de
Doutoramento em Enfermagem da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade
de São Paulo para obtenção do título de Doutor
em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Enfermagem

Linha de pesquisa: Saúde, Sociedade e
Enfermagem

Orientador (a): Tereza Cristina Scatena Villa

Ribeirão Preto

2011

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

Pinto, Erika Simone Galvão

Controle da tuberculose na atenção básica de saúde de Natal / RN:
visão do agente comunitário.

93f. : il. ; 30cm.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de
concentração: Enfermagem

Orientadora: Villa, Tereza Cristina Scatena.

1. Tuberculose. 2. Auxiliares de saúde comunitária. 3. Atenção primária à
saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

ERIKA SIMONE GALVÃO PINTO

Controle da tuberculose na atenção básica de saúde de Natal / RN: visão do agente comunitário.

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação Interunidades EERP-USP, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde

Aprovado em: ____/____/____

Banca examinadora

Prof.Dr _____
Julgamento: _____

Instituição: _____
Assinatura: _____

Prof.Dr _____
Julgamento: _____

Instituição: _____
Assinatura: _____

Prof.Dr _____
Julgamento: _____

Instituição: _____
Assinatura: _____

Prof.Dr _____
Julgamento: _____

Instituição: _____
Assinatura: _____

Prof.Dr _____
Julgamento: _____

Instituição: _____
Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

"O valor das coisas não está no tempo em que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis."

(Fernando Pessoa)

*Dedico este trabalho a **mainha, Edna**, meu exemplo de vida, pelo amor infinito e estímulo em todos os momentos de minha vida.*

*A **Painho, Manoel Pinto Filho**, pelo amor incondicional e confiança depositada em mim a vida inteira.*

*A minha irmã **Èdla**, pelo cuidado e carinho.*

*Aos meus avós **Manoel Pinto, Maria das Virgesns Pinto, Vicente e Maria Pinheiro** (in memorian) pelos valiosos ensinamentos da vida.*

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

*Á **Profª Drª Tereza Cristina Scatena Villa** (Tite),
minha orientadora, com seu espírito nato de liderança,
sabedoria e competência soube me conduzir para as
mais valiosas reflexões que nortearão a minha vida
profissional. Seus ensinamentos me transformaram e
seu exemplo será um espelho sempre presente na minha
vida. Obrigada por me acolher e confiar em mim. Você
já faz parte da minha vida.*

*Ao **Prof. Dr. Antonio Ruffino Netto** obrigada pelos
seus ensinamentos. Sua sabedoria é impar e nos
contagia. Obrigada pela sua disponibilidade em sempre
me ouvir e me orientar. Foi um privilégio tê-lo como
mestre. Lembrarei Sempre do senhor com muito
carinho.*

*A **profª Drª Aline Aparecida Monroe** pelo carinho e
pela contribuição durante o desenvolvimento do meu
estudo. Você é uma pessoa especial.*

AGRADECIMENTOS

*Á **Deus** pelo dom da vida, da sabedoria e pela coragem para realizar o que desejo em minha vida.*

*Aos membros da banca examinadora, **profª. Drª. Tereza Cristina Scatena Villa, Profª. Drª. Aline Aparecida Monroe, Prof. Dr. Antonio Ruffino Netto, Prfª.Drª. Lis Aparecida de Souza Neves** e o **Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha** por me fazerem refletir que sempre é momento de aprender.*

*À **Coordenação de aperfeiçoamento de pessoal de nível superior (CAPES)** pela bolsa de doutorado.*

*Aos **professores Tite, Ruffino Neto e Aline Monroe** por terem me proporcionado grandes reflexões na banca de qualificação.*

*Á professora **Drª. Lúcia Scatena Villa** pelo apoio estatístico ao nosso grupo GEOTB*

*Às **secretárias do programa de interunidades da EERP/USP** pelas informações transmitidas e pelo carinho durante a minha trajetória em Ribeirão Preto / SP*

*Aos meus colegas do grupo TB Ribeirão Preto (SP) : (Ca) **Anne**, (Ca) **Aline Beraldo**, (Ca) **Bia**, (Ca) **Brunello** (Ca) **Mé**, (Ca) **Rúbia**, , (Ca) **Tiemi**, (Ca) **Gabi**, (Co) **Rei** e (Ca) **Kátia** pelo compartilhar das nossas experiências e por dividir os meus momentos de angústia, saudade de casa. E em especial a (Ca) **Paty**, companheira e de uma valiosa admiração. "Geinteeeee" aprendi a amar cada um de vocês.*

*Á **Aline Beraldo, Carlos, Karen e Uthania** pela convivência em Ribeirão Preto (SP).*

*Á **Aline Beraldo** (laia), pela ajuda inesquecível na reta final desse trabalho. Obrigada ainda pelas palavras de conforto nos momentos mais difíceis. Você será sempre uma pessoa muito especial em minha vida. Adoro você.*

*Ao **Dr. Edmilson de Albuquerque Júnior** pelo consentimento e oportunidade que me foi concedida em realizar a coleta de dados no Município de Natal / RN.*

*À **coordenação Municipal de atenção básica, coordenação Estadual (na pessoa de Marta Santos) e Municipal de tuberculose e as coordenações dos Distritos Sanitários** pelo apoio durante o desenvolvimento da coleta de dados.*

*A **Profª. Drª. Rejane Maria Paiva de Menezes**, e a **Profª. Drª. Bertha Cruz Enders** pela confiança depositada, minha eterna gratidão pelo incentivo à pesquisa e a docência, enfim, por todos os seus valiosos ensinamentos.*

*Aos **Agentes comunitários de saúde (ACS)** do município de Natal que aceitaram a participar do estudo.*

*Aos meus **tios** (as) e **primos** (as) pelo estímulo de coragem.*

*À **Brenda** (filozinha), **Frank, Márcia Cerveira, Régina, Regina, Valéria** (Valerinha) e **Vilani** (Vila) pela disponibilidade em estarem sempre pronto(as) a ajudar-me. Adoro vocês.*

*Aos **docentes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)** que contribuíram na minha formação acadêmica e acompanham a minha trajetória profissional.*

*Aos **colegas da Universidade Potiguar (UNP)** por me apoiarem nessa caminhada.*

Hoje, batalha conquistada: sorriso nos lábios, lágrimas de felicidade, coração palpitante e a certeza de que o sabor da vitória depende da intensidade da luta.

A todos vocês que contribuíram de forma direta ou indireta para esta nova etapa da minha vida, os meus sinceros agradecimentos.

*Tenham a certeza que **todos vocês** foram muito importantes nessa conquista.*

Muito obrigada!

"Cada dia que amanhece assemelha-se a uma página em branco, na qual gravamos os nossos pensamentos, ações e atitudes. Na essência, cada dia é a preparação de nosso próprio amanhã."

(Francisco Cândido Xavier)

RESUMO

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

O agente comunitário de saúde (ACS) é um ator social fundamental nas ações de controle da tuberculose (TB). Nesse estudo considerou-se à micro política voltada para prática do ACS. Objetivo do estudo: analisar segundo a visão do ACS a Busca de Sintomático Respiratório (BSR). Estudo descritivo do tipo inquérito, de forma transversal realizado em Natal, junho a setembro de 2009. População: 646 ACS do Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS) / Estratégia Saúde da Família (ESF). Critérios de seleção: ACS trabalhando no período de coleta. Foram excluídos aqueles que estavam de férias, licença ou com atestados médicos. Utilizou-se amostragem de múltiplas etapas: cálculo da amostra baseado na população, partilha proporcional de acordo com a quantidade de ACS por distrito sanitário (DS) e amostragem casual simples. Prevendo-se uma taxa de não resposta de 10%, calculou-se um $n=108$. Para coleta de dados utilizou-se um formulário aplicado aos ACS. Este compreendeu um total de 28 questões, divididas em três seções: caracterização dos ACS (08 questões), dados sobre a *Estrutura* das unidades de saúde (07 questões), dados sobre o *Processo* de atenção (13 questões). Os ACS responderam cada pergunta segundo diferentes escalas variadas de respostas: dicotômicas, de múltipla escolha com resposta única e uma escala de possibilidades preestabelecida (escala Likert) à qual foi atribuído um valor entre “um” e “cinco”. A resposta mais favorável recebeu o valor mais alto da escala e a mais desfavorável recebeu o valor mais baixo. Os dados sobre *Resultado* (01 questão) foram coletados através de dados secundários. Para analisar os componentes *Estrutura* e *Processo* os valores próximos de 1 e 2 foram estipulados a classificação insatisfatória, próximo de 3, regular e próximo de 4 e 5, satisfatória. Para analisar o componente *Resultado* da BSR, considerou-se à proporção de sintomático respiratório examinados. A maioria do ACS era do sexo feminino, nível médio e trabalhavam em unidades saúde da família com tempo médio de atuação de 122 ($\pm 47,4$) meses. Consideraram como bom o trabalho na comunidade, julgaram regular a remuneração, sempre/quase sempre recebem capacitação em TB. Com relação à *Estrutura* das unidades de saúde apresentaram condições satisfatórias para formulários ($\bar{x} = 4,90$) e potes ($\bar{x} = 4,25$), e, no entanto apresentaram deficiências (regular) em geladeira ou caixa térmica ($\bar{x} = 3,73$), para armazenar o material coletado (escarro). Em relação ao ACS sentir-se preparado para identificar o suspeito de TB ($\bar{x} = 4,4$), orientar sobre TB ($\bar{x} = 4,7$) e baciloscopia ($\bar{x} = 4,2$), contudo muitas vezes não suspeita que a tosse possa ser TB ($\bar{x} = 3,4$). Foram insatisfatórias no componente *Processo* as ações de BSR ($\bar{x} = 2,7$) e levar pedido de baciloscopia para o usuário ($\bar{x} = 2,2$). Apenas 11% das baciloskopias esperadas foram solicitadas. A ação de BSR pelo ACS no território torna-se complexa por envolver a sua formação, a *Estrutura* e a organização do serviço de saúde sendo importante a supervisão do enfermeiro com foco nos mais diversos ângulos do seu trabalho, desde as visitas domiciliares até as atividades comunitárias.

Palavras - chave: Tuberculose. Auxiliares de saúde comunitária Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

PINTO, E.S.G. **Tuberculosis control in primary health care in Natal / RN: community health agent's view.** 93 p. Thesis (Doctorate degree) – Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

The community health agent (CHA) is a fundamental social actor in strategies for tuberculosis control (TB). This study considered the micro policy towards CHA practice. Aim of the study: to analyze, according to the CHA's view, the Respiratory Symptomatic Search (RSS). It is a cross-sectional descriptive study, a survey conducted in Natal, from June to September 2009. Population: 646 CHAs employed at the Community Health Agents Program (CHAP) / Family Health Strategy (FHS). Selection criteria: CHA employed at the data collection period. Those on vacation, absence or medical leave were excluded. Sample was calculated using multiple steps: sample calculation based on population, proportional division according to the number of CHAs by sanitary district (SD) and simple casual sampling. As a 10% loss rate of was expected, $n = 108$. Data was collected using a questionnaire completed by the CHAs. There were 28 questions, sorted into three sections: CHAs' profile (08 questions), data about health centers *Structure* (07 questions), data about the caring *Process* (13 questions). Each question was answered according to different answering scales: dichotomous, multiple answers with single option and a Likert scale ranging from "one" to "five". The most favorable answer was given the highest score and the most unfavorable was given the lowest score. Data about *Result* (01 question) was collected using secondary data. To analyze the *Structure* and *Process* components, scores similar to 1 and 2 were set as a dissatisfying, similar to 3 as regular and similar to 4 and 5 as satisfying. To analyze the RSS's *Result* component the proportion of respiratory symptomatic was considered. Most CHAs were female, with middle education level and employed at a health center for an average of 122 (± 47.4) months. They rated community work as good, wages as regular, and reported education formation in TB always or almost always present. In the *Structure* component health centers met satisfying conditions regarding forms ($\bar{x} = 4.90$) and containers ($\bar{x} = 4.25$), despite some shortages (rated as regular) in refrigerators or thermal boxes ($\bar{x} = 3.73$) used to store collected material (sputum). The CHA's sense of preparedness to identify a TB suspect ($\bar{x} = 4.4$), to give orientations about TB ($\bar{x} = 4.7$) and about bacilloscopy ($\bar{x} = 4.2$), although in many occasions they don't suspect cough is a TB symptom ($\bar{x} = 3.4$). RSS's *Process* component was rated as unsatisfying ($\bar{x} = 2.7$) along with taking the bacilloscopy exam form to the patient ($\bar{x} = 2.2$). Only 11% of expected bacilloscopies were requested. The act of RSS by CHAs in the territory becomes complex because it involves education, health centers *Structure* and health care service organization. Nurse's supervision is important to focus on different views of the work process, from home visits to community activities.

Key words: Tuberculosis. Community health aides. Primary health care.

RESUMEN

PINTO, E.S.G. **Control de la tuberculosis en la atención primaria de la salud de Natal, RN: Visión del agente comunitario.** 93f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

El agente comunitario de salud (ACS) es un actor fundamental en las acciones de control de la tuberculosis (TB). En este estudio se examinó la micro-política orientada a la práctica del ACS. Objetivo del estudio: analizar, según la visión del ACS, la Búsqueda de Sintomático Respiratorios (BSR). Estudio descriptivo de tipo encuesta de forma transversal realizado en Natal de junio a septiembre de 2009. Población: 646 ACS del Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS) / Estrategia de Salud Familiar (ESF). Criterios de selección: ACS trabajando durante el periodo de recolección de datos. Se excluyeron aquellos que estaban de vacaciones, licencia o con certificados médicos. Se utilizó el muestreo en varias etapas: el tamaño de la muestra fue calculado en base al tamaño de la población, dividida proporcionalmente de acuerdo con la cantidad de ACS's por distrito de salud (DS) y por muestreo aleatorio simple. Asumiéndose una tasa de no respuesta de 10%, se calculó un $n=108$. Para recoger los datos se utilizó un cuestionario aplicado a los ACS's. Este estaba compuesto de un total de 28 preguntas, divididas en tres secciones: caracterización de los ACS (8 preguntas), datos sobre la *Estructura* de las unidades de salud (7 preguntas), datos sobre el *Proceso* de atención (13 preguntas). Los ACS's respondieron a cada pregunta según varias escalas diferente de respuestas: dicotómicas, de elección múltiple individual y de una gama predeterminada de posibilidades (escala Likert) a la que se le asignó un valor de "uno" a "cinco". La respuesta más favorable recibió el valor más alto de la escala y la más desfavorable recibió el valor más bajo. Los datos sobre *Resultado* (1 pregunta) fueron recolectados a través de datos secundarios. Para analizar los componentes *Estructura* y *Proceso* se estableció la clasificación de insatisfactoria para los valores próximos de 1 y 2, regular para los valores próximos de 3, y satisfactoria para valores próximos de 4 e 5. Para analizar el componente *Resultado* de la BSR, se consideró la proporción de sintomáticos respiratorios examinados. La mayoría de los ACS's eran del sexo femenino, con escuela secundaria y llevaban en media 122 ($\pm 47,4$) meses trabajando en unidades de salud. Consideraban bueno el trabajo en la comunidad, juzgaran la remuneración como regular, siempre/casi siempre reciben capacitación en TB. Con relación a la *Estructura* de las unidades de salud presentaron condiciones satisfactorias para formularios ($\bar{x} = 4,90$) y potes ($\bar{x} = 4,25$), y sin embargo presentaron deficiencias (regular) en refrigerados o caja térmica ($\bar{x} = 3,73$) para almacenar el material recolectado (esputo). En relación al ACS sentirse capacitado para identificar a los sospechosos de TB ($\bar{x} = 4,4$), orientar sobre TB ($\bar{x} = 4,7$) y baciloscopía ($\bar{x} = 4,2$), sin embargo, a menudo no sospechan que la tos puede ser TB ($\bar{x} = 3,4$). En el componente *Proceso* fueron insatisfactorias las acciones de BSR ($\bar{x} = 2,7$) y llevar pedidos de baciloscopía para los usuarios ($\bar{x} = 2,2$). Solamente el 11% de las basiloscopías esperadas fueron solicitadas. La acción de BSR por el ACS en el territorio se torna compleja debido a su educación, la *Estructura* y la organización del servicio de salud siendo importante la supervisión del personal de enfermería con foco en los más diversos ángulos de su trabajo, desde las visitas domiciliarias hasta las actividades comunitarias.

Palabras clave: Tuberculosis. Auxiliares de salud comunitaria. Atención

LISTA DE FIGURAS

Figura 1:	Impacto do problema da tuberculose	28
Figura 2:	Agente Comunitário de Saúde como ator fundamental na equipe de saúde.....	32
Figura 3:	O sistema de Serviços de Saúde.....	38
Figura 4:	Distribuição geográfica dos bairros segundo Distrito Sanitário, Natal / RN.....	39
Figura 5:	Rede Integral de Saúde do Município de Natal/ RN, 2007	42
Figura 6:	A Estrutura operacional das redes de atenção à tuberculose no município de Natal /RN.....	47
Figura 7:	Distribuição das médias e intervalos de confiança referentes aos indicadores de Estrutura das Unidades de Saúde para a realização da Busca de Sintomático Respiratório em Natal / RN, na visão do Agente Comunitário de Saúde, 2009	55
Figura 8:	Distribuição das médias e intervalos de confiança referentes aos indicadores de Processo para a realização da Busca de Sintomático Respiratório em Natal/RN, na visão do Agente Comunitário de Saúde, 2009.....	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Distribuição de baciloscopias de diagnóstico, Natal/RN, 2009.....	44
Tabela 2:	Distribuição do tratamento diretamente observado, por forma clínica, Natal/RN, 2009.....	44
Tabela 3:	Distribuição de algumas variáveis sobre o perfil dos Agentes Comunitários de Saúde, Natal/RN, 2009.....	54

LISTA DE QUADROS

Quadro 1:	Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde segundo tipo de Unidade de Atenção Básica e Distritos Sanitários no município de Natal / RN, 2009.....	48
Quadro 2:	População e amostra calculada por Distritos Sanitários na Secretaria Municipal de Saúde, Natal/ RN, 2009.....	49
Quadro 3:	Indicadores de Busca de Sintomático Respiratório segundo os componentes dos serviços de saúde.....	50
Quadro 4:	Distribuição da quantidade de profissionais de saúde, das unidades do estudo, que podem solicitar baciloscopia; população de abrangência; número esperado e proporção de Sintomático Respiratório examinados em relação ao esperado no município de Natal/RN,2009.....	57

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1:	Cobertura populacional pela Estratégia de Saúde da Família em Natal/RN.....	40
Gráfico 2:	Cobertura populacional por Agente Comunitário de Saúde em Natal/RN.....	41
Gráfico 3:	Indicadores epidemiológicos de tuberculose no município de Natal/RN.....	43
Gráfico 4:	Indicadores operacionais de tuberculose no município de Natal/RN..	43

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A	Características do município de Natal/RN, 2009.....	81
APÊNDICE B	Distribuição da população de abrangência das unidades de saúde, número de Sintomáticos Respiratórios esperados, número e proporção de Sintomáticos Respiratórios examinados em relação ao esperado, segundo os Distritos Sanitários e tipo de unidade em Natal/RN, 2009.....	82

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A:	Formulário - Agentes Comunitários de Saúde - Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil.....	84
ANEXO B:	Roteiro para o contexto do cenário	89
ANEXO C:	Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa / Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN	90
ANEXO D:	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	92

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
BCG	Bacilo Biliard de Calmette- Guérin
BSR	Busca de Sintomático Respiratório
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEO	Centro Especializado de Odontologia
CNES	Centro Nacional de Estabelecimentos de Serviços
DOTS	Tratamento Diretamente Observado
DS	Distrito Sanitário
ESF	Estratégia Saúde da Família
GEOTB	Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
LACEN	Laboratório Central
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCNT	Programa de Controle Nacional da Tuberculose
PCT	Programa de Tuberculose
PID	Programa de Internação Domiciliar
REDE TB	Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose
RH	Recursos Humanos
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESAP	Secretaria Estadual de Saúde Pública
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SINAN	Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SR	Sintomático Respiratório
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDO	Tratamento Diretamente Observado
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
US	Unidade de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	22
1	INTRODUÇÃO	25
2	QUADRO TEÓRICO	31
3	OBJETIVOS	35
3.1	Geral	36
3.2	Específicos	36
4	MATERIAIS E MÉTODOS	37
4.1	Descrição do município	39
4.1.1	Estrutura da rede de atenção a tuberculose	46
4.2	Modelo de estudo	47
4.3	População e amostra	47
4.4	Instrumentos e coleta de dados	49
4.5	Indicadores envolvidos no estudo	50
4.6	Facilidades e dificuldades encontradas para a coleta de dados	51
4.7	Análises dos dados	51
4.8	Limitações do estudo	52
4.9	Aspectos Éticos	52
5	RESULTADOS	53
5.1	Estrutura - Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde	54
5.2	Estrutura das unidades de saúde para a Busca de Sintomáticos Respiratórios e diagnóstico da tuberculose	55
5.3	Ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde para a Busca de Sintomáticos Respiratórios	56
5.4	Resultado do Processo de atenção dos profissionais de saúde para a Busca de Sintomático Respiratório	57
6	DISCUSSÃO	59
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
	REFERÊNCIAS.....	70
	APÊNDICES.....	80
	ANEXOS.....	83

*"Há homens que lutam um dia e são bons.
Há outros que lutam um ano e são melhores.
Há os que lutam muitos anos e são muito bons.
Porém, há os que lutam toda a vida.
Esses são os imprescindíveis."*

(Bertolt Brecht)

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Este estudo integra o projeto multicêntrico intitulado “Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil” - Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT nº 034/2008, que foi desenvolvido pelo Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose (GEOTB) coordenado pela profª DRª Tereza Cristina Scatena Villa, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP / USP) e pelo Prof Dr Antonio Ruffino Netto, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP / USP). Conta com a participação de pesquisadores de entidades governamentais (coordenações Estaduais e Municipais, gestores e profissionais da rede básica de saúde), Instituições de Ensino superior Estaduais e Federais, estudantes de doutorado, mestrado, graduação e Centros de pesquisa e Agências de Cooperação Internacional, compondo o Grupo GEOTB, cadastrado e certificado no diretório de grupos do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) desde 2002.

O grupo GEOTB vem produzindo conhecimentos tomando como eixo a avaliação dos serviços de saúde (*Estrutura-Processo-Resultado*) com o proposto de contribuir para o controle da Tuberculose (TB) no Brasil, o qual, por sua vez, conta com a colaboração de pesquisadores da Área Epidemiológica e Operacional da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE-TB).

Ressalta-se que este estudo foi desenvolvido no município de Natal / RN tendo como foco a visão do Agente Comunitário de Saúde na Busca de Sintomático Respiratório. Levou-se em consideração a micro política, uma vez que aborda a atuação Do ACS no território.

“Todo desejo inicial é difícil. Sábio é aquele que não desamina com os tropeços”.

(Epicteto)

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é caracterizada como uma das doenças infecciosas de maior morbimortalidade e, sobretudo, negligenciada principalmente pelos países em desenvolvimento. A estimativa mundial, no ano de 2008 correspondeu a 9,4 milhões de novos casos de TB (140/100.000 habitantes) e em relação aos indicadores de prevalência e mortalidade no mesmo ano foram registrados 11 milhões de casos (170/100.000 habitantes) e 21/100.000 habitantes respectivamente (WHO, 2009). Aproximadamente 80 % dos casos de TB estima-se em 22 países (WHO, 2009) sendo que o Brasil apresenta maior carga da doença na América do Sul nesta situação. Em 2008, a TB no Brasil caracterizou-se pela 4ª causa de morte por doenças infecciosas, 1ª causa de morte dos pacientes que viviam com o Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) e o país, atualmente, ocupa a 19ª posição no ranking de países com maior número de casos de TB, ainda distante do alcance das metas propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que corresponde a 70% de casos detectados (BRASIL, 2010).

No ano de 2000, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) propôs a integração das ações de controle da TB na Atenção Básica (AB), Programa de Agente comunitário de Saúde (PACS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2000) que são experiências inovadoras com ênfase na família e que hoje incorpora vários programas de saúde dentre eles a TB. Tais estratégias são fundamentadas na viabilização efetiva dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que inclui a descentralização, a universalidade, a integralidade da assistência a saúde e o controle social.

O agente comunitário de saúde (ACS) configura-se como um ator social fundamental inserido nesses programas e uma das diretrizes operacionais para o seu trabalho é a vigilância à saúde (BRASIL, 1997) que propõe uma nova visão dos problemas de saúde da comunidade referenciados pelo conceito positivo de saúde e pelo paradigma da produção social de saúde (MENDES, 1996).

Dentre as inúmeras ações relacionadas à vigilância em TB, além da busca de sintomático respiratório (BSR) destacam-se a identificação dos contatos de TB e o acompanhamento de casos da doença (BRASIL, 2008). Essas ações contribuem para a concretização do trabalho da vigilância e promoção à saúde no território, e torna-se imprescindível o apoio do ACS por atuar nesse espaço não apenas com conotação

geográfica, mas também permeado por elementos políticos, sociais, econômicos e culturais.

Utilizou-se como referencial teórico para este estudo a vigilância à saúde proposto por Mendes (1996) que considera o território, os problemas de saúde e a intersetorialidade os pilares de sustentação da vigilância. Esse modelo de atenção considera o território como o ponto de partida para identificar, descrever e explicar os problemas que ocorrem na comunidade (Mendes, 1996) visando à promoção à saúde como uma tática para aumentar o envolvimento dos sujeitos e da coletividade com o intuito de modificar os determinantes do *Processo* saúde - doença (AERTS, ALVES, SALVIA, ABEGG, 2004).

Nesse estudo levaremos em consideração à micro política voltada para a prática do ACS que se caracteriza pelas experiências cotidianas com as famílias no território.

O território compreende um “espaço vivo” e dinâmico em que se faz necessário lançar mão de recursos que levem em consideração a subjetividade, aspectos culturais, econômicos, emocionais, crenças e os valores individuais (MENDES, 1996; MONKEN, BARCELLOS, 2005). Assim, os problemas de saúde por sua vez devem ser entendidos no âmbito social de necessidades sanitárias que não são definidos na rotina dos serviços de saúde. Como os problemas que ocorrem no território são complexos e mal-estruturados, referindo-se a natureza complexa, interdependente e dinâmica da problemática (RIVERA, ARTMANN, 2009) da promoção à saúde, exige a intersetorialidade que no âmbito do setor saúde enfrenta barreiras de comunicação como também da própria lógica do trabalho. No caso do ACS tem dificuldade de envolver as famílias nas suas atividades cotidianas em virtude da lógica do serviço de saúde que na maioria das vezes enfatiza o indivíduo, a doença. Assim, a detecção de BSR ainda ocorre de forma passiva, não fazendo parte da rotina sistematizada do serviço de saúde (NOGUEIRA et al., 2007).

Num território determinado, especialmente na micro área, o ACS é responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas (BRASIL, 1997; JARDIM, LANCMAN, 2009) e tem como atribuições o cadastramento das famílias, a participação na elaboração do perfil da comunidade, realização de visitas domiciliares, busca de doenças infecto contagiosas, dentre elas a TB, e estimulação da participação comunitária para ações que visem à melhoria da qualidade de vida da comunidade (BRASIL, 1997).

No que tange à atuação do ACS no território há dois componentes: um técnico e outro político (SILVA, DALMASO, 2002). O componente técnico em relação a TB envolve mais diretamente dois elementos da estratégia Directly Observed Therapy Short Course (DOTS), a busca de sintomático respiratório (BSR) e o TDO, enquanto que o político enfatiza a gestão política em que o sentido mais geral da vida, o modo de viver, é discutido com a comunidade. Alguns trabalhos relatam a dificuldade do desenvolvimento de algumas ações de controle da TB pelo ACS, como a BSR (MUNIZ et al., 2005; NOGUEIRA et al., 2007; MACIEL et al., 2008).

O papel do ACS na BSR é importante para a detecção precoce da TB e a sua mediação entre comunidade e serviço de saúde caracteriza o fortalecimento do vínculo e contribui para a promoção à saúde e prevenção da TB. Esse profissional é membro da população em que reside e trabalha, permitindo que este conheça a vida na comunidade e a conduta das famílias (MARTINS, CHAVES, 2007; FERRAZ, AERTS, 2005).

O ACS configura-se como elo entre o serviço de saúde e a comunidade, ocupando uma posição de mediador ou tradutor (BRASIL, 2000; GIFFIN, SHIRAIWA, 2006; PONTES et al.; BORNSTEIN, STOTZ, 2008; CONH, NAKAMURA, GUTIERRES; SZNELWER; FERREIRA, ANDRADE, FRANCO, MERHY; JARDIM, LANCMAN, 2009; PINTO, FRACOLLI; SANTOS, FRACOLLI; LANZONI, MEIRELES, 2010; GALAVOTE et al., 2011), desvelando-se enquanto um ator estimulante nas relações de trocas entre os saberes médicos científicos e populares (NUNES et al, 2002; FERREIRA, ANDRADE, FRANCO, MERHY, 2009), tornando-se fundamental para detecção de indivíduos sintomático respiratório (SR) no território. Tais trocas de saberes são importantes para o desempenho de suas ações, além do vínculo com a comunidade e profissionais de saúde (NASCIMENTO, CORREA, 2008; LEVY, MATOS, TOMITA, 2004). Como forma de fortalecer esse vínculo é importante que tenha um bom relacionamento, trabalhe as questões relacionadas a preconceitos, sigilo e ética profissional além da realização de ações sistemáticas na comunidade (GIOVANELLA et al., 2009).

Com base na figura 1 esboçada por Ruffino Netto (2000), em uma comunidade e nesse estudo partindo do pressuposto que o ACS precisa identificar o SR na sua área de abrangência pode-se imaginar uma população P em que X_1 representa o total de casos de TB e X_2 os casos de TB que procuram o serviço de saúde considerando-se os aspectos políticos, econômicos, culturais e sociais. No entanto, P , X_1 e X_2 caracterizam resultados da comunidade antes de adentrar no serviço de saúde e refere-se à área de maior atuação do ACS. Já X_3 representa a

demanda atendida no serviço de saúde e X_4 os casos que são diagnosticados no serviço. Estes representam a forma como estar estruturada e organizada os serviço de saúde (recursos humanos capacitados, disponibilidade de insumos, retaguarda laboratorial ,além da continuidade da atenção). Dependendo ainda da *Estrutura* e organização dos serviços de saúde, apenas X_5 conseguem iniciar o tratamento, e dos que iniciam somente X_6 conseguem concluí-lo.

Figura 1. Impacto do problema da tuberculose

Fonte: Ruffino – Netto, 2000

O trabalho do ACS, no que se refere à BSR na comunidade, ainda ocorre de forma casual não sendo plausível garantir a sua incorporação como uma rotina de trabalho (NOGUEIRA et al, 2007). Algumas vezes, essa atividade é prejudicada pela forma como se encontra estruturada e organizada as Unidades de Saúde (US) (NOGUEIRA et al, 2007). Por essas características peculiares nem sempre é possível dar respostas a comunidade por situações inerentes à desarticulação, *Estrutura* e organização do serviço. Essa ausência de resolutividade e a inoperância nos agravos de saúde ocasionam sofrimento adicional ao ACS em decorrência da sua aproximação com a comunidade (JARDIM, LANCMAN, 2009).

Entende-se que o trabalho do ACS no território é fundamentado em ações educativas e preventivas que objetivam fortalecer a organização, a valorização e o desenvolvimento comunitário (OLIVEIRA, NACHIF, MATHEUS, 2003).

Na rotina diária do ACS, percebe-se uma tensão na prática de saúde entre um saber clínico e as ações de caráter preventivo-promocional. Surge então, a inquietação acerca do por que da ausência da BSR como uma ação de rotina no território, micro - área, de atuação do ACS. Seria então resultado da *Estrutura* e organização do serviço de saúde?

Os motivos que levaram a realizar esse estudo foram: tentar compreender o contexto atual da AB de saúde e do desenvolvimento do trabalho do ACS no território.

Realizar uma pesquisa dessa natureza não significa apenas contribuir com o município em estudo, mas com a política de saúde brasileira em prol do modelo assistencial de saúde voltado para vigilância e promoção à saúde. Espera-se que a apresentação dos resultados possa colaborar para o maior entendimento dos impasses inerentes as ações desenvolvidas pelo ACS no território.

“O dia está na minha frente esperando para ser o que eu quiser. E aqui estou eu, o escultor que pode dar forma. Tudo depende só de mim”.

(Charles Chaplin)

QUADRO TEÓRICO

2 QUADRO TEÓRICO

A partir de uma revisão de literatura com o intuito de levantar as publicações que abordam a atuação do ACS no controle da TB, identificaram-se 267 artigos distribuídos pelas bases de dados: Pubmed, Cinahl, Medline, Lilacs, Embase e Scopus, que foram publicados no período de 1990 a 2009, nos idiomas: inglês, espanhol e português, a partir dos descritores community health aides AND tuberculosis; community health workers AND tuberculosis; agente comunitário de saúde e tuberculose e agentes comunitários de saúde. Dos 267 artigos relacionados à atuação do ACS no controle da TB, 112 foram excluídos por repetições e apenas 15 foram selecionados levando-se em consideração a atuação do ACS na detecção de casos de TB. Dos artigos selecionados observou-se que 33% foram realizados na África do Sul, 20% no Brasil e os demais nos países Asiáticos, Europeus e na América Latina. Os demais artigos enfatizavam a participação efetiva do ACS na comunidade enfatizando o conhecimento da comunidade sobre TB, ações de prevenção da TB realizadas pelo ACS, aceitabilidade e adesão da comunidade ao tratamento.

Diante do exposto têm-se como objeto deste estudo as ações desenvolvidas para a BSR na visão do ACS. Assim, a *Estrutura* do serviço de saúde, as ações desenvolvidas pelo ACS e o resultado dessas ações constituem o foco de investigação.

As atividades e ou ações realizadas pelo ACS tem como principal finalidade cooperar para a qualidade de vida individual e coletiva e para que isso ocorra tem que está sempre “vigilante” (BRASIL, 2009). Seu trabalho viabiliza-se através de um contato direto e contínuo na comunidade (JARDIM, LANCMAN, 2009) e a sua atuação como articulador das redes de apoio a ESF possibilita incorporar conhecimento político à sua ação cotidiana, mobilizando-se e inserindo-se nas redes de relações comunitárias (BUCHABQUI, CAPP, PETUCO, 2006) (Figura 2).

Figura 2. Agente Comunitário de Saúde como ator fundamental na equipe de saúde.

Além do conhecimento político no território é necessário que o ACS possua conhecimentos e habilidades técnicas para atuar na prevenção da TB e promoção à saúde resgatando no seu cotidiano a vigilância à saúde. Segundo Silva e Dalmaso (2002); Costa, Fracoli e Chiesa, (2007) o conhecimento técnico relaciona-se ao atendimento aos indivíduos e famílias relacionado a ações de prevenção de agravos e monitoramento a grupos específicos como também, a doenças prevalentes e situações de risco sendo necessário que o ACS apresente saberes epidemiológico e clínico. Já o conhecimento político caracteriza-se pela identificação do ACS como ator que favorece a reorientação da concepção e do modelo de atenção a saúde por participar de discussões relacionadas a problemas da comunidade e por contribuir para a organização da cidadania e inclusão social sendo assim necessário, na visão de Silva e Dalmaso (2002); Costa, Fracoli e Chiesa (2007) apresentar saberes oriundos da saúde coletiva (políticas públicas, direitos sociais e organização social). Esses dois tipos de conhecimentos, técnico e político, contribuem para o conflito da prática cotidiana do ACS

caracterizado pela insuficiente preparação para atuar nesses dois pólos de conhecimento e o que acaba resultando na opção pelo senso comum (SILVA, DALMASO, 2002).

O ACS também enfrenta conflitos diários na comunidade por apresentar ambivalência entre o serviço de saúde e a comunidade em que expectativas são depositadas nesse ator tanto pelos gestores como pela comunidade em que, muitas vezes se torna frustradas em virtude da organização comunitária e do serviço de saúde (NOGUEIRA, 2002) e que resulta na desintegração do ACS por perceber problemas na comunidade, vulnerabilidade política, econômica e social, em que o serviço de saúde não está preparado para atendê-lo.

Esses tipos de conflitos envolvem os determinantes de saúde, constituindo-se em espaço da saúde e não excepcionalmente de atenção a doença (TEIXEIRA, 2004; MENDES, 1993) que são vivenciados pela atuação do ACS na vigilância à saúde. Esta inclui indicadores sociais como autonomia, qualidade de vida, desenvolvimento humano e equidade que favorecem o conhecimento sobre a realidade da comunidade (BERTOLOZZI, FRACOLLI, 2004).

É através do reconhecimento do território, um dos pilares da vigilância, que se caracteriza a comunidade e seus problemas de saúde como também o impacto dos serviços (MONKEN, BARCELLOS, 2005). Na concepção de Mendes (1996) o território à saúde, é um espaço que está sempre em transformação e que vai além das características geofísicas. É nesse território com características políticas, econômicas, culturais e sanitárias que o ACS desenvolve as suas ações em saúde e segundo Nascimento e Correa (2008) constitui o seu espaço de intervenção. Para o mesmo autor, os problemas de saúde resultam das condições de vida e são estabelecidas por determinado ator social com base na sua visão entre a realidade e uma norma estabelecida. Neste caso podemos observar a questão da BSR pelo ACS que de um lado enxerga a realidade que vive, muitas vezes, caracterizada pelos obstáculos sociais da doença e de outro lado não consegue atingir as normas estabelecidas pelo PCT como controle de comunicantes, BSR na comunidade, por razões muitas vezes relacionadas a contextos das US como formação profissional, sobrecarga de trabalho, interesses de rotina nas US e empecilhos que dificultam a continuidade da assistência ao doente de TB como é o caso da referência e contra referência que caracteriza também a organização do serviço de saúde.

O último pilar da vigilância à saúde, a intersetorialidade analisada por Mendes (1996) destaca que uma ação para ser completa exige a solidariedade de diversos setores que segundo Costa, Pontes e Rocha (2006) constituem-se em um grande desafio por necessitar de mudanças nas formas de atuação dos profissionais e gestão das instituições. Assim, a BSR

pelo ACS no território não deve ser vista só no contexto da saúde, mas ultrapassar as barreiras com outros setores dentre eles a educação, ação social, associação de moradores, igrejas.

Dentre as ações realizadas pelo ACS no controle da TB destacam-se: identificar SR nos domicílios e na comunidade, encaminhar casos suspeitos para a equipe, realizar ações educativas junto à comunidade, realizar visita domiciliar usando a ficha do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) (B - TB) e orientar o indivíduo e a família de acordo com as suas necessidades (BRASIL, 2010). A diferença nas orientações fornecidas durante as visitas domiciliares é que o ACS adentra no contexto familiar e fica impregnado dos comportamentos das famílias, não se restringindo, portanto ao controle e fiscalização do estado de saúde do indivíduo/família (COHN, NAKAMURA, GUTIERRES, 2009).

Em relação à investigação de casos de TB esta não deve ser restrita apenas no ato das visitas. É uma ação que exige conhecimentos e que ultrapassa as habilidades técnicas por extrapolar o saber biológico e que se estende desde o contato no domicílio explicitando fatores relacionados à TB como sinais e sintomas, transmissão da doença, coleta de escarro e outros, até o encaminhamento ao seguimento ambulatorial aos casos diagnosticados (NOGUEIRA et al., 2007) .

Segundo Nunes et al., (2002) a dificuldade do papel do ACS para realizar suas ações no território consiste em informar à população o conhecimento científico e por outro lado traduzir para a equipe de saúde como caracteriza a comunidade para uma melhor compreensão dos problemas de saúde das famílias.

Nesse contexto, se faz necessário o papel fundamental de supervisão do enfermeiro, da equipe de saúde que ainda apresenta lacunas por motivos diversos dentre eles o processo de trabalho e formação profissional. A supervisão do ACS deveria enfocar os mais diversos ângulos do seu trabalho desde as visitas domiciliares até as atividades comunitárias (SILVA, DALMASO, 2002).

“Quando agimos para satisfazer nossos desejos imediatos sem levar em conta os interesses dos outros, solapamos a possibilidade de uma felicidade duradoura”.

(Dalai Lama)

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 Geral: Analisar segundo a visão do Agente Comunitário de Saúde a Busca de Sintomático Respiratório em Natal – RN

3.2 Específicos:

- ✓ Caracterizar a Estrutura dos serviços de saúde de Atenção Básica para a realização da Busca de Sintomático Respiratório e diagnóstico da tuberculose;
- ✓ Identificar as ações desenvolvidas pelo ACS para a BSR
- ✓ Analisar o número de baciloscopia para diagnóstico realizado no ano de 2009.

“Daí-me Senhor a perseverança das ondas do mar, que fazem de cada recuo, um ponto de partida para um novo avanço”.

(Cecília Meireles)

MATERIAIS E MÉTODOS

4 MATERIAIS E MÉTODOS

Utilizou-se como referencial teórico - metodológico avaliação dos serviços de saúde considerando-se *Estrutura-Processo-Resultado* (E-P-R), elementos que compõem o serviço de saúde, proposto por Donabedian (1980) e modificado por Starfield (2002).

Segundo Starfield (2002) a capacidade, entendida neste estudo como *Estrutura* relaciona-se a recursos necessários para a oferta das ações como pessoal, instalações e equipamentos, além da continuidade da atenção e o acesso às US. Já o *Processo* (Desempenho) refere-se às ações dos serviços de saúde, levando em consideração as relações entre profissionais como também destes com os usuários. A forma dessas relações como vínculo, acolhimento, determinam a oferta do serviço de saúde como também o uso dos usuários pelos serviços. Por fim, o *Resultado* (Estado de Saúde) implica em mudança no estado atual de saúde do doente relacionado aos cuidados de saúde oferecidos anteriormente (STARFIELD, 2002) (Figura 3).

Figura 3. O Sistema de Serviços de Saúde

Fonte: Starfield, 2002

Entende-se por *Estrutura* a disponibilidade de insumos, retaguarda laboratorial e preparo do ACS para desenvolver ações voltadas para a detecção de TB. Em relação ao *Processo* enfatizou-se as ações desenvolvidas pelo ACS e por fim como *Resultado* levou-se em consideração o número de baciloscopias de diagnósticos solicitadas nas US.

4.1 Descrição do município

O município eleito para o estudo foi Natal, capital do Estado do Rio Grande do Norte (RN). Apresenta uma população de 806.203 habitantes (IBGE, 2009) e está dividida geograficamente em 36 bairros, distribuídos em 4 Distritos Sanitários (DS): Norte, Sul, Leste e Oeste (NATAL, 2006) (Figura 4).

Figura 4. Distribuição geográfica dos bairros segundo os Distritos Sanitários, Natal / RN

* Programa de Internação Hospitalar

Figura 5. Rede Integral de Saúde do Município de Natal/ RN, 2007.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2007

Em relação às unidades de vigilância à saúde cada DS possui um coordenador que monitora as ações das equipes da ESF e gerencia o Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (SINAN) adotado no Brasil para registrar e processar dados de notificação e acompanhamento de doenças dentre elas a TB.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde , Natal/RN, 2007

Em relação ao sistema de saúde municipal está habilitado no Pacto pela Saúde desde 2008 e atualmente possui uma cobertura de 100% nessa habilitação . Em 1996 e 1998 respectivamente foram implantados o PACS e a ESF, como parte de uma estratégia do Ministério da Saúde voltado para a reorientação do modelo assistencial. Em média possuem de 2 a 4 equipes saúde da família por US exceto uma unidade localizada no Distrito oeste que possui 06 equipes. O quadro de servidores com vínculo na Secretária Municipal de Saúde são: 646 ACS, 363 auxiliares de enfermagem, 365 técnicos de enfermagem, 382 enfermeiros e 793 médicos (NATAL, 2009 a). Todos os profissionais que compõem a ESF são servidores públicos Municipais , Estaduais ou Federais que passaram por um processo seletivo interno e atuam com uma carga horária semanal de 40 horas.

Em se tratando de estabelecimentos de saúde, Natal possui 1.150 estabelecimentos cadastrados no centro nacional de estabelecimentos de serviços (CNES)(BRASIL ,2009). A rede de AB organiza-se por meio de 60 serviços de Saúde, destes, 37 são Unidades de Saúde da Família (USF) e 23 são Unidades Básicas de Saúde (UBS). Há 09 equipes de PACS distribuídas nas UBS e as USF são compostas por 115 equipes de saúde (APÊNDICE A) que cobrem 33,72 % da população (Gráfico 1), cuja distribuição está , seguindo a lógica do DS , e mantém a seguinte proporção: 54 % no Distrito Norte, 3% no Distrito Sul, 8% no Distrito Leste, e 35% no Distrito Oeste . Os Distritos Norte e Oeste apresentam maior cobertura da ESF em virtude da caracterização da área em vulnerabilidade social e apresentam ainda a maior concentração de casos em TB. Já o Distrito Leste vem apresentando maior incidência em TB apesar de ser considerada uma área heterogênea em que predomina os bairros com menor poder aquisitivo, considerado um indicador importante para TB (NATAL, 2006).

Gráfico 1. Cobertura populacional pela Estratégia de Saúde da Família em Natal/RN.

Fonte: Ministério da Saúde, 2011

Quanto a inserção do ACS nas US, pode ocorrer de duas formas: uma ligada à UBS e outra em que se encontram ligados a uma USF fazendo parte da equipe multiprofissional. Embora inseridos de forma diferenciada nas unidades (UBS/USF) em virtude da cobertura de cada programa (PACS/ESF), no município de Natal a atribuição é a mesma: levar cuidados primários a família e comunidade. Atualmente, existem em atividade no município 646 ACS correspondendo a 42,65% de cobertura populacional (Gráfico 2)

Gráfico 2. Cobertura populacional por Agente Comunitário de Saúde em Natal/RN.

Fonte: Ministério da Saúde, 2011

Em relação aos gráficos 1 e 2 observa-se uma diminuição de cobertura da ESF a partir do ano de 2007 e do PACS a partir do ano de 2006. A primeira relaciona-se a maior oferta de salário mensal oferecida à categoria médica no interior do Estado (Lei da oferta e da procura) e a segunda ao maior acesso do ACS a escolaridade, nível superior.

Na perspectiva da configuração da rede de atenção existem 09 unidades de pronto atendimento em saúde (UPAS); 06 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS; 01 Hospital Geral e 01 Especializado; 02 Unidades Mistas; 03 Centros de Especialidades Odontológicas - CEOs; 01 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU; 01 Centro de Controle e Zoonoses e 05 Unidades de Vigilância à Saúde (Figura 5). Duas dessas unidades localizam-se no Distrito Norte, uma no Distrito Leste, uma no Distrito Oeste e uma no Distrito Sul.

No ano de 2009 o município solicitou 414 baciloscopias sendo 182 positivas (Tabela 1) obtendo uma taxa de incidência de TB de 48,75 casos /100.000 habitantes, taxa de incidência TB bacilífera de 29,02 casos /100.000 habitantes, 2,1 % óbitos (Gráfico 3), 15% abandono, 5,56 % de co-infecção TB /HIV, 6,1% de casos de recidivas e 11,8 % reingressos por abandono (APÊNDICE B) (NATAL, 2009 b). No mesmo ano, foram curados 34,86% dos casos, 32% dos casos não foram encerrados e 31,04 % dos casos tiveram testes HIV realizados (Gráfico 4).

Gráfico 3. Indicadores epidemiológicos de tuberculose no município de Natal/RN

Fonte: Ministério da Saúde, 2011

Gráfico 4. Indicadores operacionais de tuberculose no município de Natal/RN

Fonte: Ministério da Saúde, 2011

Em relação à cobertura do PCT, as US possuem ações implantadas, e das 182 baciloscopias positivas apenas 25% (45) dos doentes possuem TDO (Tabela 2). Este tipo de tratamento é adotado apenas para os casos considerados pela equipe de AB como mais difíceis de tratar, como os dependentes químicos.

Tabela 1. Distribuição de baciloscopias de diagnóstico, Natal/RN, 2009.

Baciloscopia	Forma clínica			Total
	Pulmonar	Extrapulmonar	Pulmonar + Extrapulmonar	
Positivo	176	0	06	182
Negativo	103	16	04	123
Não realizado	69	38	02	109
Total	348	54	12	414

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, Natal /RN, 2009

Tabela 2. Distribuição do tratamento diretamente observado por forma clínica, Natal/RN, 2009.

Indicado	Forma clínica			Total
	Pulmonar	Extrapulmonar	Pulmonar + Extrapulmonar	
Sim	37	07	01	45
Não	178	34	05	217
Sem informação	133	13	06	152
Total	348	54	12	414

Fonte: Secretaria Municipal de saúde, Natal / RN, 2009

A principal porta de entrada do doente de TB é o Hospital de Referência em doenças infecto contagiosas que também é unidade de referência para os co-infectados TB-HIV. O usuário que procura esse serviço dispõe de aproximadamente 72 horas entre a solicitação de baciloscopia e a liberação do resultado, que ocorre de 24 a 48 horas, e o doente adquire medicamentos para 05 dias. O Hospital entra em contato via telefone com o DS para informar o caso de TB que por sua vez comunica a US que acolhe o doente geralmente na mesma semana que procura o serviço.

Em relação às unidades de AB, estas funcionam nos dois turnos (manhã e tarde) e os profissionais de saúde foram capacitados, pelas equipes da Secretária Estadual de Saúde Pública (SESAP) e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), para identificarem suspeito de TB.

No que se refere ao fluxo do doente de TB geralmente este é identificado e agendado pelo ACS para atendimento com o médico ou enfermeiro da equipe de saúde da família. Às vezes existe a procura espontânea ao serviço onde este paciente é acolhido e agendado a sua consulta.

As unidades de AB solicitam a baciloscopia de escarro que é realizada na unidade. O tempo decorrido entre a solicitação do exame de baciloscopia até o diagnóstico quando requerido por essas unidades de saúde é em média 30 dias, embora existam três laboratórios municipais disponíveis para o processamento dos exames (Policlínica da Zona Norte - Distrito Norte, Unidade Integrada de Saúde de Felipe Camarão - Distrito Oeste, Centro Clínico Zeca Passos - Distrito Leste) além do Laboratório Central (LACEN) - Distrito Leste. Em casos positivos, o laboratório via telefone, informa os DS que repassa as unidades de saúde.

Em relação ao sistema de informação em TB, este ainda é centralizado e o fluxo ocorre através do preenchimento das fichas de notificações nas US que são encaminhadas ao DS e posteriormente ao nível central para digitação. Em nível central os relatórios são avaliados trimestralmente e ainda verifica-se que muitos profissionais deixam de registrar devidamente as informações contribuindo para as subnotificações. Ainda observa-se uma desarticulação no fluxo de informações entre os DS e as unidades de AB não ocorrendo na maioria das vezes um retorno das informações o que pode caracterizar lacunas para a realização do planejamento situacional no território.

Quanto à *Estrutura* das unidades na rede básica 48% não dispõem de geladeira ou caixa térmica para armazenar as baciloscopias de escarro, sendo necessário que o próprio usuário se desloque até o laboratório de referência para deixar o material coletado. Havendo a necessidade de solicitar raio-x as unidades de AB solicitam a marcação a Central de Regulação.

Quando o diagnóstico é positivo para TB os doentes recebem incentivos como cestas básicas, vale transporte e leite, usando fortalecer a adesão a terapêutica preconizada.

Em relação às ações do ACS, município de Natal, para o controle da TB destacam-se: a BSR, orientações quanto aos sintomas e exames, controle do cartão de vacinas das crianças com BCG (Bacilo Biliad de Calmette- Guérin), controle de comunicantes, busca de faltosos a US. O ACS realiza mensalmente uma visita ao doente de TB que realiza tratamento

auto administrado e no caso do TDO realiza em média três visitas semanais. Suas ações e ou atividades são “supervisionadas” pelo enfermeiro da US inclusive em alguns momentos durante a visita domiciliar. Observa-se que na prática não há uma supervisão das atividades do ACS e sim uma cobrança durante a consolidação mensal dos formulários relacionados ao sistema de informação de AB (SIAB).

4.1.1 Estrutura da rede de atenção a tuberculose

A *Estrutura* das redes de atenção à saúde é constituída pelo centro de comunicação a AB, pontos de atenção à saúde secundária e terciária, sistemas de apoio (apoio diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde), sistemas logísticos (cartão de identificação dos usuários, prontuário clínico, sistema de transporte em saúde) e o sistema de governança da rede de atenção à saúde (MENDES, 2009).

No município de Natal, observa-se que teoricamente há uma rede de atenção à saúde, pois, na prática, são observadas inúmeras dificuldades na *Estrutura* e organização desses serviços como acolhimento, acesso, referência e contra referência, insumos e recursos humanos como também a deficiência do sistema de informação. No caso da suspeita de TB que procura a UBS/ESF dispõe de serviço de saúde caracterizado por sistemas logísticos (sistema de transporte, acesso a consultas médicas e de enfermagem, prontuário clínico, cartão SUS e cartão de aprazamento para as consultas de TB) e apoio (laboratórios municipais e LACEN, DS, apoio social como vale transporte, cesta básica, leite e o Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação - SINAN) (Figura 6). Na maioria das vezes a rede de atenção à TB é caracterizada por entraves, sobretudo na “retaguarda laboratorial” (recursos humanos suficientes, para atender toda a rede básica de saúde, e capacitados) para o diagnóstico da doença como também na organização e funcionamento das US que muitas vezes não solicitam baciloscopias. Ainda observa-se a pouca ou quase nenhuma comunicação entre a rede hospitalar e AB caracterizando a descontinuidade da assistência. Embora o foco das UBS/USF seja a AB, faz-se necessário oferecer a população uma assistência integral, referenciando-a quando for necessário.

Adaptada: Mendes, 2009

*R1...Rn: Redes de atenção à saúde

Figura 6. A Estrutura operacional das redes de atenção à tuberculose no município de Natal/RN

4.2 Modelo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo do tipo inquérito, de forma transversal, tendo como população de referência os ACS do município de Natal / RN, estando inseridos no PACS ou na ESF, 2009.

4.3. População e amostra

A população do estudo foi constituída por ACS do PACS e da ESF do município de Natal/ RN que totalizam aproximadamente 646 indivíduos distribuídos nas US dos 04 DS.

Os critérios de seleção foram assim norteados: ACS da estratégia PACS e ESF que estavam trabalhando no período de coleta da pesquisa, junho a setembro de 2009. Foram excluídos da população de estudo aqueles que estavam de férias, licença ou com atestados médicos no período da coleta de dados.

Tendo obtido a lista dos ACS lotados em cada US por DS, a seleção dos mesmos foi realizada por amostragem casual simples. Dessa forma, estima-se que os ACS selecionados representaram as US de todos os DS de Natal.

Utilizou-se amostragem de múltiplas etapas: cálculo da amostra baseado na população (646 ACS) (Quadro 1), partilha proporcional de acordo com a quantidade de ACS por DS e amostragem casual simples. A amostra foi calculada a partir dessa população base, constituindo uma amostra estratificada por DS. Assumindo variância média dos estratos ($S_d^2=1$) e a diferença entre a média amostral simples dos estratos e a média da população ($B=0,2$) e a probabilidade do erro tipo I igual a ($Z_{\alpha}=1,96$), tem-se a equação $n=S_d^2 \cdot (Z_{\alpha})^2/B^2=96$ (BOLFARINE, BUSSAB, 2005). Prevendo-se uma taxa de não resposta de aproximadamente 10%, calculou-se um $n=108$.

Quadro 1. Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde segundo tipo de Unidade de Atenção Básica e Distrito Sanitário no município de Natal - RN, 2009.

Tipo de US	Quantidade de ACS / DS Norte	Quantidade de ACS/ DS Sul	Quantidade de ACS/ DS Leste	Quantidade de ACS / DS Oeste	Total
UBS	36	12	08	21	77
USF	308	19	56	186	569
Total	344	31	64	207	646

Fonte: CNES e Secretaria Municipal de Saúde de Natal / RN, 2009.

Da amostragem proporcional resultaram 108 ACS (Quadro 2). Estes estão inseridos em 38 US (sendo 05 UBS e 33 USF) representando 63% do total das US do município que tiveram os ACS selecionados para a pesquisa. Inicialmente os pesquisadores tiveram contato prévio com as US, que tiveram os ACS selecionados na amostra, para apresentar a proposta

da pesquisa e confirmar o interesse da unidade em participar do estudo. Após a confirmação para participar do estudo a equipe formada por 15 entrevistadores treinados iniciaram a coleta de dados nas US. Os critérios de escolha do município foram: possuir área geograficamente delimitada com equipes PACS e ESF, apresentar alta, média ou baixa taxa de incidência de TB e TB/HIV, DOTS implementado no sistema de saúde.

Quadro 2. População e amostra calculada por Distrito Sanitário na Secretaria Municipal de Saúde, Natal/ RN, 2009.

Distrito	População	Amostra calculada
Norte	344	57
Sul	31	06
Leste	64	11
Oeste	207	34
Total	646	108

4.4 Instrumentos e coleta de dados

Para coleta de dados utilizou-se um formulário (ANEXO A) aplicado aos ACS. O referido instrumento compreendeu um total de **28 questões**, divididas *em* três seções:

I – Caracterização dos ACS entrevistados incluindo 08 questões relacionadas ao sexo, escolaridade, local de trabalho, tempo de atuação, percepção sobre o local de trabalho, percepção sobre a remuneração, recebimento de capacitação em TB, número de doentes de TB acompanhados;

II – Dados sobre a Estrutura das unidades de saúde: incluindo 07 questões conforme quadro 3;

III – Dados sobre o Processo de atenção: incluindo 13 questões esboçado no quadro 3;

Ainda quanto ao formulário, os ACS responderam cada pergunta segundo diferentes escalas variadas de respostas: dicotômicas, de múltipla escolha com resposta única e uma escala de possibilidades preestabelecida, escala Likert, à qual foi atribuído um valor entre “um” e “cinco”, sendo que a resposta mais favorável recebeu o valor mais alto da escala e a mais desfavorável recebeu o valor mais baixo. Para efeitos operacionais julgamos melhor

analisar os resultados da escala Likert por média e intervalo de confiança levando-se também em consideração estudos realizados por Almeida e Macinko (2006).

O instrumento supracitado foi elaborado com base em estudos anteriores que proporcionaram elementos para a construção de indicadores relacionados à BSR de TB na prática do ACS (MUNIZ et al., 2005; NOGUEIRA et al., 2007; MACIEL et al., 2008) .

Os dados sobre **Resultado da atenção proporcionada pelos profissionais de saúde:** inclui 01 questão (Quadro 3) e foram coletadas através de dados secundários (Banco de dados da SMS/RN).

Adicionalmente, elaborou-se um roteiro para caracterizar o cenário (ANEXO B).

4.5 Indicadores envolvidos no estudo

Os indicadores selecionados com o intuito de responder os objetivos do estudo serão apresentados de acordo com os componentes dos sistemas de saúde: *Estrutura*, *Processo* e *Resultado*.

Quadro 3. Indicadores de Busca de Sintomático Respiratório, segundo os componentes dos serviços de saúde.

Componentes	Indicadores
Estrutura	Presença de formulário para solicitar baciloscopia
	Presença de pote para coleta de escarro
	Presença de geladeira ou caixa térmica para armazenamento de material biológico (baciloscopia)
	Sente-se preparado para identificar suspeito de TB
	Sente-se preparado para realizar orientações sobre TB
	Sente-se preparado para realizar orientações sobre a coleta de escarro
	Sente-se apoiado por outro profissional de saúde do serviço frente a uma situação de suspeita de TB
Processo	Frequência de realização de visitas domiciliares para cada família de sua área
	Realiza visitas domiciliares após 18hs ou finais de semana
	Registra os relatos dos usuários que realiza visita domiciliar
	Questiona presença de tosse quando realiza visitas domiciliares
	Identifica SR na comunidade
	Comunica ao enfermeiro quando encontra algum SR
	Leva pedido de exame de escarro para os usuários
	Ensina como coletar o exame de escarro
	Ensina como armazenar e encaminhar a amostra de escarro
	Questiona presença de tosse em comunicantes de TB

	Participa de reuniões com a comunidade para discutir o problema da TB
	Orienta as pessoas da comunidade sobre a TB
	Realiza ações de saúde junto a parceiros da comunidade para identificação de SR
Resultado	Proporção de SR examinados nas unidades do estudo no ano de 2009

4.6 Facilidades e dificuldades encontradas para a coleta de dados

Facilidades: presença significativa da equipe de entrevistadores nas reuniões semanais, acesso a SMS e DS, interesse dos ACS em participar da pesquisa.

Dificuldades: acesso geográfico a maioria das US (áreas de vulnerabilidade econômica e social) e a obtenção de dados nos livros de registros dos DS relacionados ao fluxo de informações de atividades de diagnóstico de TB.

4.7. Análise dos dados

Os dados coletados foram digitados, armazenados e analisados através do programa *Statistica*, versão 9.0 da *Statsoft*. Inicialmente os ACS foram caracterizados em relação ao seu perfil sendo as variáveis analisadas através da estatística descritiva (frequências absolutas e relativas).

Para analisar as categorias básicas de avaliação da qualidade dos serviços de saúde: *Estrutura* e *Processo* foram construídos indicadores. O indicador criado correspondeu ao valor médio obtido pela somatória de todas as respostas de todos os entrevistados para cada pergunta e dividido pelo total de respondentes. O nível de significância estatística adotado foi de 5%.

A *Estrutura* e o *Processo* foram classificados segundo os valores obtidos dos indicadores. Aos valores próximos de 1 e 2 foi estipulada a classificação insatisfatória, próximo de 3, regular e próximo de 4 e 5, satisfatória.

Para analisar o *Resultado* da BSR, levou-se em consideração à proporção de SR examinados com baciloscopia de acordo com o número de SR esperados. Sabe-se que este é

um indicador indireto da atuação do ACS, visto que é um resultado do trabalho de toda a equipe da ESF. Para o cálculo do número esperado, considerou-se 1% da população da área de abrangência, conforme preconizado pelo MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE) (BRASIL, 2010). Para a elaboração do cálculo de baciloscopias esperadas levou-se em consideração a fórmula:

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

4.8 .Limitações do estudo

Os achados do estudo estão relacionados apenas a visão dos ACS que participaram do estudo e em relação aos *Resultados* de baciloscopia limita-se por ser resultado de todos os profissionais de saúde. Ainda sentiu-se a necessidade de voltar ao campo para compreender melhor o contexto da rede de atenção à TB.

4.9. Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi autorizado pela SMS de Natal e foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), processo nº de 123-09 (ANEXO C), de acordo com a resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO D).

"Tudo o que um sonho precisa para ser realizado é alguém que acredite que ele possa ser realizado."

(Roberto Shinyashiki)

RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 Estrutura - Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde

Em relação ao perfil dos ACS entrevistados, verifica-se que a maioria era do sexo feminino, possuía nível médio e trabalhavam em USF (tabela 3). O tempo médio de atuação nesta função foi de 122¹ ($\pm 47,4$) meses. Além disso, consideraram que é bom trabalhar na comunidade, julgaram regular a remuneração, sempre/quase sempre recebem capacitação em TB e acompanharam mais de 1 doente em TB, durante sua atuação como ACS (tabela 3).

Tabela 3. Distribuição de algumas variáveis sobre o perfil dos Agentes Comunitários de Saúde, Natal/RN, 2009.		n	%
Sexo	Feminino	95	88,0
	Masculino	13	12,0
Escolaridade	Nível Fundamental	9	8,3
	Nível Médio	61	56,5
	Nível Técnico	27	25,0
	Nível Superior	11	10,2
Local de Trabalho	Unidade de Saúde da Família	96	88,9
	Unidade Básica de Saúde	10	9,3
	Unidade Mista	2	1,9
Julgamento sobre o seu trabalho na comunidade	Bom	89	82,4
	Regular	15	13,9
	Ruim	4	3,7
Julgamento sobre a remuneração	Boa	41	38,0
	Regular	52	48,1
	Ruim	15	13,9
Frequência de realização de capacitação em tuberculose	Quase sempre / sempre	57	52,8
	Às vezes	30	27,8
	Nunca / quase nunca	21	19,4
Número de doentes	Nenhum	25	23,1

¹ O tempo de atuação do ACS foi assimétrico, contudo julga-se melhor usar a mediana

acompanhados pelo Agente Comunitário	Um	19	17,6
	Mais de um	64	59,3

5.2 Estrutura das unidades de saúde para a Busca de Sintomático Respiratório e diagnóstico da TB

Verifica-se que as US apresentaram condições de *Estrutura* satisfatória para a efetivação da BSR, tanto no que diz respeito à disponibilidade de insumos (formulário e pote) para a realização da baciloscopia, quanto ao preparo do ACS para atuar no apoio ao diagnóstico da TB (Figura 7).

Legenda: E1 - Presença de formulário para solicitar baciloscopia; E2 - Presença de pote para coleta de escarro; E3 - Presença de geladeira ou caixa térmica para armazenamento de material biológico (baciloscopia); E4 - Sente-se preparado para identificar suspeitos de TB; E5 - Sente-se preparado para realizar orientações sobre TB; E6 - Sente-se preparado para realizar orientações sobre a coleta de escarro; E7 - Sente-se apoiado por outro profissional de saúde do serviço frente a uma situação de suspeita de TB.

Figura 7. Distribuição das médias e intervalos de confiança referentes aos indicadores de *Estrutura* das Unidades de Saúde para a realização da Busca de Sintomático Respiratório em Natal / RN, na visão do Agente Comunitário de Saúde, 2009.

5.3 Ações desenvolvidas pelo Agente Comunitário de Saúde para a Busca de Sintomático respiratório

A partir da figura 8, verifica-se que o ACS visitou em média 2,34 vezes /mês cada família de sua área. Realizou ações para a identificação do SR, com o questionamento dos usuários e comunicantes, e para o seguimento do caso, com o registro das informações provenientes das visitas e comunicação ao enfermeiro caso encontrasse algum suspeito. Destaca-se ainda que, o ACS realizou de forma menos satisfatória (regular), a identificação de usuários com SR, bem como ações de orientação para a adequada coleta e armazenamento da amostra de escarro. Em relação ao desenvolvimento de ações voltadas ao âmbito coletivo e à busca de apoio na comunidade, verificou-se que ele realizou, de forma insatisfatória, a entrega de solicitações de exames de escarro durante as visitas, participação de reuniões com a comunidade para discutir TB e o estabelecimento de parcerias para a identificação de SR.

Legenda: P1 - Frequência de realização de visitas domiciliares para cada família de sua área. A questão P1 foi analisada de forma diferente na escala Likert: 1(nunca), 2(1vez/mês), 3(2 vezes/mês), 4 (3 - 6 vezes /mês), 5 (mais de 6 vezes/mês); P2 - Realiza visitas domiciliares após 18hs ou finais de semana; P3 - Registra os relatos dos usuários que realiza visita domiciliar; P4 - Questiona presença de tosse quando realiza visitas domiciliares; P5 - Identificação de SR na comunidade; P6 - Comunica ao enfermeiro quando encontra algum SR; P7 - Leva pedido de exame de escarro para os usuários; P8 - Ensina como coletar o exame de escarro; P9 - Ensina como armazenar e encaminhar a amostra de escarro; P10 - Questiona presença de tosse em comunicantes de TB; P11 - Participa de reuniões com a comunidade para discutir o problema da TB; P12 - Orienta as pessoas da comunidade sobre a TB; P13 - Realiza ações de saúde junto à parceiros da comunidade para identificação de SR.

Figura 8: Distribuição das médias e intervalos de confiança referentes aos indicadores de Processo para a realização da Busca de Sintomáticos Respiratórios em Natal/RN, na visão do Agente Comunitário de Saúde, 2009.

5.4 Resultado do Processo de atenção dos profissionais de saúde para a Busca de Sintomático Respiratório

Em relação ao número de baciloscopias solicitadas observou-se que menos da metade da população (11,2 %) que seria SR tiveram baciloscopias solicitadas pelos profissionais de saúde (Quadro 4).

Quadro 4. Distribuição da quantidade de profissionais de saúde, das unidades do estudo, que podem solicitar baciloscopia; população de abrangência; número esperado e proporção de Sintomáticos Respiratórios examinados em relação ao esperado no município de Natal/RN, 2009.

Quantidade de unidades de saúde	Quantidade de profissionais da AB que podem solicitar baciloscopia	População de abrangência	Nº de baciloskopias esperadas	Nº de baciloskopias solicitadas em 2009	% de baciloskopias solicitadas em 2009
38 ^a	208 ^b	335.460	3355	375	11,2

a Unidades de saúde que participaram do estudo (63 % do total de Unidades de AB do município de Natal/RN)

b Dos 208 profissionais de saúde 105 são enfermeiros e 103 médicos

“O cuidado é o suporte real da criatividade, da liberdade e da inteligência. No cuidado identificamos os princípios, os valores e as atitudes que fazem da vida um bem viver e das ações o resto agir”.

(Leonardo Boff)

DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

Estudos realizados com ACS em outros municípios brasileiros apresentaram resultados semelhantes a este no que se refere à predominância do trabalho feminino (MACHADO; ESCOREL; SILVA, DALMASO, 2002; FERRAZ, AERTS, 2005; AZAMBUJA et al., 2007; SIMÕES, 2009; PINTO, MENEZES, VILLA, 2010) GALAVOTE et al., 2011), assim como o predomínio do nível de escolaridade, o ensino médio (FERRAZ ; AERTS, 2005; VASCONCELLOS; COSTA-VAL, 2008; SIMÕES, 2009; GALAVOTE et al., 2011).

Acredita-se que quanto mais elevado o nível de escolaridade maior a sua compreensão e, conseqüentemente habilidades em transmitir informações à comunidade sendo elemento que potencializa a detecção das necessidades de saúde da população (FERRAZ, AERTS, 2005).

Em relação à permanência do ACS no PACS/ESF acredita-se que quanto maior o tempo na comunidade, maior a capacidade em detectar as necessidades de saúde (SILVA, DALMASO, 2002; FERRAZ, AERTS, 2005) e conseqüentemente, maior o vínculo na comunidade. Estudo realizado no Iraque mostrou que o conhecimento sobre TB está relacionado com a idade e o tempo de serviço dos profissionais de saúde (HASHIM, KUBBAISY, DULAYME, 2003). O tempo de permanência no programa é importante para o entendimento do papel do ACS para a BSR que é construído diariamente nas suas práticas cotidianas (FERRAZ, AERTS, 2005).

Quanto à satisfação com a remuneração os baixos salários e as precárias condições de trabalho podem levar à desmotivação e a falta de responsabilidade dos profissionais (VALLA, 1999; PEDROSA, TELES 2001). Apesar de não estarem satisfeitos com a remuneração, consideram que é bom trabalhar na comunidade (ESPÍNOLA, COSTA, 2006; SIMÕES, 2009). Tal fato pode estar relacionado ao seu tempo de atuação na profissão onde há possibilidade de maior vínculo entre a comunidade e o serviço de saúde.

Em relação à *Estrutura* das US investigadas para a BSR os resultados mostraram deficiências destas, quando não dispõem de geladeira ou caixa térmica para armazenar o material coletado como também apenas 65 % das 38 US que fizeram parte do estudo dispõe do serviço de coleta de laboratório diário. Essa é uma realidade de muitos países em desenvolvimento como mostram os estudos realizados no Brasil (NOGUEIRA et al,

2007) e no Peru (KIEFER et al, 2009). Neste estudo, 48 % das US que não dispõem de geladeira ou caixa térmica o próprio usuário , após receber a requisição de exame e o pote na US, é o ator responsável para levar o material até o laboratório, muitas vezes distante do seu domicílio, o que segundo Mendes (2002) envolve um custo econômico e social considerável comprometendo na visão de Marcolino et al. (2009) a integralidade da atenção .

Como o serviço de AB incorpora a BSR como sendo uma de suas atribuições? Como dar resolutividade: delegando responsabilidade de envio do escarro ao laboratório pelo usuário, contribuindo para que o Hospital se configure como a primeira porta de entrada do suspeito de TB?

Tal fato mostra que o serviço de AB de certa forma não possui muitas vezes *Estrutura* para dar resolutividade (capacidade cognitiva dos profissionais para identificarem um SR e tecnológica: insumos) à necessidade da população em que o ACS traz consigo a utopia de que todas as suas expectativas serão atendidas à medida que encaminha um SR ao serviço.

As lacunas de resolução caracterizam-se por uma *Estrutura* deficiente do serviço de saúde até mesmo antes da confirmação do diagnóstico e falha no fluxo de informação.

Muitas vezes, o ACS não identifica um SR e quando consegue identificar e orientar a coleta de escarro, no entanto, falta a supervisão das ações, pelo enfermeiro. Também há deficiência no monitoramento do SR identificado pelo ACS, no que se refere ao comparecimento ao serviço de saúde com o intuito de solicitar a baciloscopia muitas vezes não coletada. Há ainda casos em que a baciloscopia é solicitada sendo atribuída ao SR a responsabilidade de levá-la até o laboratório. Ainda acredita-se que fatores como a demora na identificação do SR pela AB e a posterior coleta de escarro para a confirmação do diagnóstico da TB, a forma assistemática, muitas vezes, do fluxo de informação entre US, DS e laboratório e a pouca ênfase dada à tosse pelos profissionais contribuem para que o Hospital de Referência em doenças infecto contagiosas seja a porta de entrada, diagnosticando cerca de 70 % dos casos de TB.

Acredita-se que, quanto mais um serviço mostra resolutividade mais preparado está para atender as necessidades da comunidade mesmo que isto constitua em encaminhá-lo para outro serviço com o intuito de assegurar a continuidade da assistência (TURRINE, LEBRÃO, CESAR, 2008) fato este dissonante neste estudo. Para os mesmos autores, a resolutividade do serviço de saúde consiste em uma forma de

avaliar os resultados oriundos da necessidade do usuário envolvendo satisfação da comunidade, tecnologias e acessibilidade aos serviços de saúde bem como os aspectos culturais, sociais e econômicos dos usuários.

Quanto ao preparo do ACS, do município de Natal, este diz sentir-se preparado para identificar um SR, mas, no entanto, apresenta baixo rendimento para a sua detecção. Tal fato poderia relacionar-se ao tipo de capacitação recebida com pouca ênfase a vigilância e promoção à saúde, ausência de supervisão de suas ações pelo enfermeiro (sendo esta importante para motivá-lo a realizar a BSR) e a falta de preparo político e social para lidar com as necessidades da comunidade que não é só biológica além de um melhor preparo técnico, que o possibilite identificar que a tosse pode não ser meramente um resfriado, uma gripe, mas uma possível TB.

Do ponto de vista técnico operacional, a vigilância à saúde reconhece o território como elemento fundamental para reorientar as atividades do ACS e que possibilita a esse ator, considerado como mediador entre o território vivo e o serviço de saúde, identificar as necessidades da comunidade. Nesse ambiente, procura-se atender a comunidade envolvendo as atividades de prevenção e promoção (BERTOLOZZI, 2004; TEIXEIRA, PAIM, VILASBOAS, 1998) havendo a necessidade de incorporar a BSR como uma ação de rotina do ACS e dos demais profissionais de saúde realizando ações junto a parceiros da comunidade.

Ao mesmo tempo em que o ACS caracteriza-se como mediador de dois mundos díspares caracterizados pela sua origem e pela competência técnica aplicada pela equipe (FIGUEIREDO, 2008) torna-se ambivalente por impregnar contextos relacionados tanto ao território em que vive (aspectos sócio - políticos) como também do serviço de saúde (competência técnica) o que pode refletir na sua desintegração a partir do momento em que não possui uma retaguarda profissional que lhe ofereça sustentabilidade técnica e psicológica, levando-se em consideração suas experiências de vida, como também ao reconhecer a necessidade da comunidade e ao tentar encaminhá-la ao serviço, observa debilidade de *Estrutura* e organização. É necessário ainda, compreender que existem situações que envolvem os componentes políticos, econômicos, culturais e sociais da comunidade a qual pertence como também é importante a vocalização dos sujeitos que vivem no território vivo.

Mesmo que a vigilância à saúde seja um norte para o PACS e a ESF (BRASIL, 1997) há dificuldade do ACS colocá-la em prática em decorrência da sua própria formação (BORNSTEIN, STOTZ, 2008; RONZANI, RIBEIRO, 2004; TOMAZ, 2002)

que, na maioria das vezes, não orienta para atuar nos campos político e social na comunidade contribuindo para a realização de suas ações no território voltadas predominantemente em suas experiências de vida.

Além do preparo para atuação técnica do ACS há necessidade de prepará-lo para o dia a dia na comunidade envolvendo a atuação política (vulnerabilidade social, saneamento, a própria estrutura da comunidade) em que muitas vezes se sente responsável para dar encaminhamentos para possíveis soluções sociais (AZAMBUJA et al, 2007). A ausência de instrumentos e de apoio para suprir as necessidades do seu trabalho seja na dimensão técnica ou política constituem limitações (SILVA, DALMASO, 2002; OLIVEIRA et al, 2010) que impedem a operacionalização do seu trabalho na comunidade.

Estudo realizado por Figueiredo (2008) mostra que o ACS se considera como um super herói por atuar na comunidade sem ter formação política e acompanhamento pelo enfermeiro. Os problemas da comunidade (sócio culturais, econômicos e de saúde) lhes são transportados e para realizarem suas atividades, no território, precisam adquirir a confiança da comunidade. Também vivencia no dia a dia das suas atividades entraves relacionado à assistência a saúde da comunidade caracterizada pela ausência de redes regionalizadas e hierarquizadas que possam garantir o acesso à população em relação aos demais níveis de atenção. Esse fato pode ser observado na AB o que limita o atendimento dado por uma simples porta de entrada sem saída (SOARES, 2000).

Quanto às ações do ACS, estas caracterizam - se pela ênfase na identificação da doença, ao tratamento da TB, que refletem a *Estrutura* e organização da US ancorado no modelo biomédico (PEDROSA, TELLES, 2001; NUNES et al., 2002; BORNSTEIN , STOTZ, 2008) dificultando as ações de âmbito coletivo em que o ACS não está preparado para realizá-las (PINTO , FRACOLLI, 2010). Este fato tem contribuído para a sua dependência com o enfermeiro no enfrentamento das dificuldades e tomadas de decisão.

O ACS apesar de viver no mesmo espaço de atuação, de vivenciar os mesmos problemas ,na maioria das vezes não consegue utilizar esses aspectos para contribuir e facilitar a dinâmica do seu trabalho. Tal fato poderia estar relacionado a conflitos relacionais em que não consegue fortalecer a ação comunitária como também a escassez de apoio de gestores, profissionais e comunidade civil para formarem parcerias e potencializar o trabalho intersetorial sendo este, no município de Natal, muito limitado e fragmentado com pouco apoio da Secretária de Ação Social e Educação.

Vale ainda salientar que, o ACS realiza atividades que não são de sua competência como: entrega de fichas para consultas médicas, entrega de medicamentos em domicílio, expediente no arquivo, entrega de leite, avaliação da bolsa família, entrega de exames. Tais fatos corroboram com outros estudos (OLIVEIRA, NACHIF, MATHEUS, 2003; FERRAZ, AERTS 2005; RODRIGUES, SANTOS; ASSIS 2010; OLIVEIRA et al. 2010). Segundo Rodrigues, Santos e Assis (2010) o cotidiano de suas práticas tendem a extrapolar as ações que são preconizadas pelo MS com o intuito de dar respostas às demandas da comunidade. Tal fato também pode estar relacionado à *Estrutura* e organização das unidades de saúde que também contribui para a ostentação da BSR como rotina na atuação do ACS.

Diante da realização de elevado rol de atividades que não são de sua competência e, sobretudo, pela deficiência de uma supervisão do enfermeiro, o ACS consegue menos resultados nas ações de mobilização e participação comunitária para identificarem um suspeito com sinais e sintomas como à tosse (MUNIZ et al., 2005; NOGUEIRA et al., 2007; HERCE et al., 2009; WOITH, VOLCHENKOV, LARSON, 2010;) o que pode refletir em um trabalho não centrado na vigilância e promoção à saúde voltado para a comunidade.

As atividades realizadas na comunidade ainda são muito limitadas e fragmentadas com pouco apoio dos profissionais da equipe. Estudos realizados em municípios brasileiros com elevada cobertura de ESF mostrou que menos de um terço dos profissionais desenvolvem ações voltadas em solucionar os problemas da comunidade (GIOVANELLA et al., 2009) havendo a necessidade de reorientação das atividades profissionais.

Neste sentido para promover o trabalho coletivo do ACS e a incorporação da BSR na sua rotina de trabalho torna-se imprescindível capacitações contínuas e supervisão pelo enfermeiro. No município de Natal ,as capacitações de TB foram focadas nos aspectos clínicos da doença (transmissibilidade, sintomatologia, supervisão da tomada de medicamentos) deixando de ser enfatizados os dados epidemiológicos, os direitos e deveres dos usuários e a implementação da BSR, além dos componentes políticos, econômicos, culturais e sociais que envolvem a TB. As capacitações são ofertadas pelas coordenações das Secretarias de Saúde Estadual e Municipal, sendo os médicos e enfermeiros os responsáveis em fazer o repasse aos ACS. Os treinamentos isolados, pulverizados e céleres, no serviço de saúde, têm marcado o processo de capacitação do ACS. Contudo, estudos realizados por Santos e Melo (2008) mostram que as capacitações oferecidas com foco nos aspectos clínicos das doenças não são suficientes para mudar o modelo biomédico. Deste modo, há necessidade de capacitações contínuas e voltadas

para as realidades locais valorizando a organização e desenvolvimento da comunidade (OLIVEIRA, 2003; MUNIZ et al, 2005).

A maioria dos enfermeiros de Natal argumenta que em virtude das inúmeras atribuições sobre a sua responsabilidade (assistência, gerenciamento de sistemas, responsável em articular-se com outros níveis de assistência em prol da continuidade da assistência) não há uma rotina de supervisão para o ACS e acreditam que durante a consolidação mensal do SIAB é um bom momento para supervisioná-lo. Esse fato corrobora com os estudos realizados por Pinheiro, Silva Junior e Mattos (2008) e, no entanto, metas quantitativas de produção de procedimentos impostas ao ACS, contrapõem-se a dinâmica do trabalho na comunidade (STOTZ, BORNSTEIN, 2009) não sendo capaz de avaliar as atividades do ACS no território. Percebe-se que há enfermeiros que não passaram por qualificação e preparação para desempenhar suas funções no processo de trabalho que requer dispositivos necessários para AB: acolher e identificar o doente, realizar assistência, educação em saúde, supervisão técnica, planejamento e integração com os demais elementos da equipe de saúde. Ressalta-se ainda, a ausência de supervisão dos gerentes dos DS em relação à atuação dos profissionais de saúde na AB o que reflete a forma de organização do sistema de saúde municipal.

Destaca-se que no município de estudo a maioria das USF tem a proporção de 1 enfermeiro para 6 ACS (1:6) e nas UBS 1 enfermeiro para 15 ACS (1:15), estando de acordo com a normatização do MS que preconiza 1:12 (USF) e 1:30 (UBS) (BRASIL, 2006).

Diante das barreiras estruturais e organizacionais das US com deficiência em atividades de vigilância e promoção à saúde, como é o caso da BSR, reflete a ínfima porcentagem de baciloscopias solicitadas (5,1 % das baciloscopias esperadas no município sendo apenas 3,78 % realizadas) representando 11,2 % das US que fizeram parte do estudo, embora o município possua três laboratórios municipais e o LACEN. Tal fato pode estar relacionado à escassez de recursos humanos para realizar leitura do exame, falta de insumos nos laboratórios como também a debilidade de transporte para levar as baciloscopias armazenadas nas US para os laboratórios e sobretudo a incorporação dos profissionais de saúde para identificarem um SR e solicitarem a baciloscopia. Ressalta-se ainda que as atividades de BSR ocorrem com maior frequência em épocas de campanha. Além desse resultado referencia-se a baixa taxa de cura, 34,86 %, e a alta taxa de abandono, 15 %.

Para que os serviços de saúde sejam capazes de responder aos problemas que emergem no território faz-se necessária a integração e organização das atividades como

também a incorporação de uma atenção continuada e integral em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde (CAMPOS, 2003; OLIVEIRA, CASANOVA, 2009) desde os DS, US, laboratórios até o Hospital de Referência.

“Não é no espaço que devo buscar minha dignidade, mas na ordenação de meu pensamento”.

(Pascal)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Algumas dificuldades vivenciadas, no dia a dia, pelo ACS apresentam certo destaque como a ausência de formação técnica (voltada para a implementação da BSR, dados epidemiológicos), política e social para atuar na comunidade, capacitação em TB de forma pulverizada, lacunas na *Estrutura* e organização do serviço (capacitação, insumos) constituindo elementos para a sua desintegração.

A ação de BSR pelo ACS, no território, torna-se complexa por envolver a sua formação, a *Estrutura* e a organização do serviço de saúde que atenda a comunidade, a qual espera resolutividade para um diagnóstico. Para alcançar essa resolutividade faz-se necessário a identificação do SR e a supervisão das ações para que seja garantida a coleta de escarro, o fluxo laboratorial do material coletado nas US, como também se torna imprescindível as capacitações continuadas que abarquem os aspectos inerentes (econômicos, técnicos com foco em estratégias de implementação para a BSR, políticos, culturais e sociais) de cada comunidade vivenciada pelo ACS tornando-o capaz de interagir com as famílias e com o serviço de saúde.

Assim, torna-se essencial um preparo profissional do ACS, ações que ocorram na direção de se construir novas formas de se lidar com o conhecimento, pois o seu duplo papel de agente e sujeito já contribui como um elemento dificultador para a realização da BSR como uma das suas ações no território.

Pode-se considerar que a BSR incipiente relaciona-se a qualidade do serviço ofertado, sendo necessárias capacitações continuadas, baseadas em vivências e práticas; supervisão pedagógica das ações do ACS pelo enfermeiro; motivação do ACS; disponibilidade de insumos; profissionais de saúde articulados com o serviço de saúde; e, sobretudo a organização da rede de serviços envolvendo DS, unidades de AB, rede laboratorial e hospitais. É salutar a valorização da interação, do trabalho em equipe, do planejamento situacional e da comunicação.

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

E ao mediar
ambivalente me encontrei
frente aos caos
da vigente política de saúde
antes ideológica, que utopia
problemas múltiplos a solucionar,
como esperado seria
literalmente
me desintegrei.

Antonio Ruffino Netto

27 - 07 – 2007.

“Dos diversos instrumentos utilizados pelo homem, o mais espetacular é, sem dúvida, o livro. Os demais são extensões de sua vida; o telefone é a extensão de sua voz; em seguida, temos o arado e a espada, extensões de seu braço. O livro, porém, é outra coisa: o livro é uma extensão da memória e da imaginação”.

(Jorge Luís Borges)

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

AERTS, D.;ALVES,G.G.; LA SALVIA,M.W.;ABEGG,C. Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.1020-1028, jul-ago, 2004.

ALMEIDA, C.M.; MACINKO, J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. 1. ed. Brasília, DF: Organização Panamericana da Saúde, 2006. v.1, p.215.

AZAMBUJA, E.P. et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um programa de saúde da família. **Texto contexto – enfermagem**, Florianópolis v.16, n.1, p.71-79, 2007.

BERTOLOZZI, M.R, FRACOLLII, L.A. Vigilância à saúde: alerta continuado em saúde coletiva. **Mundo Saúde**, v.28, n.1, p.14-20, 2004.

BOLFARINE, H.; BUSSAB, W.O. **Elementos de amostragem**. São Paulo: Blucher, 2005.

BORNSTEIN, V.J; STOTZ, E.M. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão de literatura. **Ciencia e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.259 -268 jan/fev, 2008.

BRASIL. **Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial**. Brasília (DF), 1997.

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

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica. – 6. ed. rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose /

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde/ Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Brasília: Ministério da Saúde, 2009.84p.

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

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____.(Org.). **Sala de situação em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 25 fev. 2011.

BUCHABQUI, J.A; CAPP, E; PETUCO, D.R.S. Convivendo com agentes de transformação:a interdisciplinarietà no processo de ensino/aprendizado em saúde.**Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro ,v.30,n.1,p.32-38 ,jan/abr,2006.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciências Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569 - 584, 2003.

COHN. A; NAKAMURA, E; GUTIERRES, K.A. De como o PSF entrecruza as dimensões pública e privada da vida social. In: COHN, A (Org). **Saúde da família e SUS: convergências e dissonâncias**. São Paulo: CEDEC, 2009, 233P, p.141-167.

COSTA, A.M; PONTES, A.C.R; ROCHA, D.G. Intersetorialidade na produção e promoção à saúde. In: CASTRO, A; MALO, M. **SUS: resignando a promoção da saúde**. São Paulo: HUCITEC: Opas, 2006, 222p. Cap V, p. 96 - 115.

COSTA, C.R; FRACOLLI LA; CHIESA, A.M. Desafios para o trabalho do enfermeiro no PSF/PACS nas grandes metrópoles: análise de gerência. In: SANTOS, AS; MIRANDA, SMRC (Org). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. São Paulo: MANOLE, 2007, 436 p, Cap VI, p.123-146.

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

DONABEDIAN, A. The effectiveness of quality assurance. **Int J Qual Health Care.** v.8, n.4, 1996.

ESCOREL S. Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde; 2002. (Relatório final)

ESPÍNOLA, F.D; COSTA, I.C. ACS do PACS: uma análise de sua vivencia profissional. **Revista de odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, São Paulo, v.18, n.1, p.43-51, 2006.

FERRAZ, L.; AERTS, D.R.G.C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 2, p. 347-55, 2005.

FERREIRA V.S.C.F; ANDRADE,C.S;FRANCO,T.B;MERHY, E.E. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro v.25, n.4, p. 898-906, 2009.

FIGUEIREDO A.C.G. Agente comunitário de saúde: caracterização da sua práxis enquanto promotor de saúde. Ribeirão Preto, SP, 155 f. il; 30 cm.

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

GIFFIN K, SHIRAIWA T. O agente comunitário de saúde pública: a proposta de Manguinhos. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.5, p. 24-44, 1989.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p. 1171 - 1181, jun, 2006.

GIOVANELLA, L et al.Saúde da família :limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de janeiro,v.14,n.3,p.783-794,2009.

HASHIM DS, AL KUBAISY W, Al DULAYME A.knowledge, attitudes and practices survey among health care workers and tuberculosis patients in Iraq.East **Mediterr Health j**, V.9, p. 718-31, 2003.

HERCE, M.E et al. A role for community health promoters in tuberculosis control in the State of Chiapas, Mexico. **Journal Community Health**, v.35, p.182-189, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Estimativas das populações residentes, segundo município. Acesso em: 22 de julho de 2009

JARDIM, T.A; LANCMAN S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface, comunicação, saúde, educação**, v.13, n.28, p. 123-135, 2009.

KIEFER, E et al. Knowledge and attitudes of tuberculosis management in San Juan de Lurigancho district of Lima, peru. **Journal of infection in developing countries**, v.3, n.10, p.783 -88, 2009.

LANZONI, G.M.M; MEIRELES, B.H.S. Vislumbrando a rede complexa de relações e interações do agente comunitário de saúde. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 140-151, abr./jun.2010.

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

MACHADO, M. H. Programa Saúde da Família no Brasil: algumas considerações sobre o perfil dos médicos e enfermeiros. In: SOUZA, M. F (org). **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002.

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

MACINKO J, STARFIELD B, SHI L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. **HSR: Health Services Research**, v.38, n.3, p.831 - 865 2003.

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

MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ / IMS, 2001.

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

MENDES, E.V, organizador. **Distritos sanitários: a mudança das praticas sanitárias no SUS**. São Paulo: Hucitec; 1993.

MENDES, E.V.Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: MENDES, EV. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996, 300p. Cap IV, p. 233 - 300.

MENDES, E.V.**A atenção primaria à saúde no SUS**.Fortaleza,2002.89p.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: ESP – MG, 2009.848 p.

MONKEN M, BARCELLOS C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Caderno Saúde Pública**, Rio de janeiro, v.21, n.3, p. 898-906, 2005.

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

NASCIMENTO E.P.L, CORREA C.R.S. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.6, p. 1304-13, 2008.

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

_____. (Re) desenhando a rede de saúde na cidade do Natal/SMS, Natal, RN, 2007.124 p.

_____. Departamento de gestão do trabalho e educação em saúde. Núcleo de administração de salários, 2009 a.

_____.SINAN, Natal. Departamento de vigilância à saúde. Setor de vigilância epidemiológica. Núcleo de agravos notificáveis, 2009 b.

ROBERTO P.N. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica “universalista” e a dimensão social “comunitarista. Interface - saúde - educação comunicação, v.6, n.10, p. 75-94, fevereiro, 2002.

NOGUEIRA, J.A et al. Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose na percepção do Agente Comunitário de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 09, n. 01, p. 106 - 118, 2007.

NUNES, M.O et al.O agente comunitário de saúde : construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico .**Cadernos de Saúde Publica**, Rio de Janeiro,v.8,n.6,p.1639-1646,Nov/dez,2002.

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

OLIVEIRA C.M, CASANOVA A.O. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 929-936, 2009.

OLIVEIRA et al. Satisfação e limitação no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. **Revista Eletrônica Enfermagem**, Goias,v.12,n,1,p.28-36,2010.

PEDROSA J. I. S.; TELLES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n.3, p. 303 -311, 2001.

OPAS. Control de tuberculosis em América Latina; Manual de normas y procedimientos para programas integrados, Washington, D.C, publicación científica, n. 376, 1979.

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do programa saúde da família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.3,p.303-311,2001.

PINTO, E. S. G.; MENEZES, R. M.; VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família em Ceará - Mirim. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo,v. 44, n.3, p.657 – 664, 2010.

PINTO, A.A.M; FRACOLLI, L.A. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção à saúde: considerações práticas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v. 12, n. 4, p. 766 - 769, 2010.

PINHEIRO, R; SILVA JUNIOR, A.G; MATTOS, R.A. **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de praticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ: ABRASCO, 2008, 358p.

PONTES, A.L.M et al. Itinerários terapêuticos e Estratégia de Saúde da Família: discursos sobre o processo saúde - doença e acesso aos serviços de saúde no trabalho do agente comunitário de saúde. In: PINHEIRO, R; SILVA JUNIOR, AG; MATTOS, RA. **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ: ABRASCO, 2008, 358p, p. 235 - 254.

RIVERA, F.J.U; ARTMANN, E. Promoção da saúde e planejamento estratégico situacional: intersectorialidade na busca de maior governabilidade. In: CZERINA, D; FREITAS, CM. **Promoção da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009, 300p. Cap IX, p. 183 - 206.

RODRIGUES, A.A.A.O; SANTOS, A.M; ASSIS, M.M.A.A. A gente comunitário de saúde: sujeito da pratica em saúde bucal em Alagoinhas, Bahia. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.907-915, 2010.

RONZANI, T. M.; RIBEIRO, M. S. Práticas e Crenças do Médico de Família. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.28, n.3, set/dez, p.191 - 197 2004.

RUFFINO-NETTO, A. Controle da tuberculose no Brasil: dificuldades na implantação do programa. **Jornal de Pneumologia**, Porto Alegre, v. 26, n. 4, p. 159-62, 2000.

SANTOS, S.S.B.S; MELO C.M.M. Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a Equipe de Saúde da Família. **Ciencia e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.6, p.1923-1932, 2008.

SANTOS, L.P.G.S; FRACOLII, L.A. O agente comunitário de saúde: possibilidades e limites para a promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** ,São Paulo, v.44, n.1, p.76-83, 2010.

SCHIMIT, M.L.S; NEVES, T.F. O trabalho do agente comunitário de saúde e a política de atenção básica em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v.13, n.2, p.225-240, 2010.

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

SILVA J.A, DALMASO A.S.W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, n.10, p.75-83, 2002.

SIMÕES, A.R. O agente comunitário de saúde na equipe de saúde da família: fatores de sobrecarga de trabalho e estresse. **Revista Saúde Pública**, Santa Catarina, v.2, n.1, jan./jul. 2009.

SOARES, L. T. As atuais políticas de saúde: o risco do desmonte neoliberal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, p. 7 - 24, 2000.

STOTZ, E.M; DAVID, H.S.L, BORNSTEIN, V.J. O agente comunitário de saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde. **Revista APS**, Minas Gerais, v.12, n.4, out/dez, p. 487-489, 2009.

SZNELWAR, L.I. El trabajo desde una mirada sustentable – desafíos para los servicios de salud pública: Estudio de caso del Programa de Salud Familiar en San Pablo, Brasil. Dossier Temático - laboreal. up.pt v. V, n. 1, p. 38-52, 2009.

TEIXEIRA, C. F., PAIM, J. S. e VILASBOAS, A. L. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde**. Informe epidemiológico do SUS, Vol. 7, CENEPI/MS, Brasília, DF, 1998.

TEIXEIRA, C.F. Saúde da família, promoção e vigilância da saúde: construindo a integralidade da atenção a saúde no SUS. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, v.5, n.7, p. 10-23, 2004.

TOMAZ, J.B.C. O agente comunitário de saúde não deve ser um super herói. **Interface, comunicação, saúde e educação**, v.6, n10, p.84 -87, 2002.

TURRINI, R.N.T; LEBRÃO. M.L; CESAR, C.L.G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Caderno de Saúde pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.3, p.663-674, 2008.

VASCONCELLOS, N.P.C; COSTA-VAL, R. Avaliação da qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de Lagoa Santa - MG. **Revista APS**, Minas Gerais, v.11, n.1, p.17-28, jan/mar, 2008.

VALLA, V.V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.2, p. 7-14, 1999.

VILLAS BOAS, L.M.F.M; ARAUJO, M.B.S; TIMOTEO, R.P.S. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.1355-60, 2008.

WOITH, W.M.; VOLCHENKOV, G.; LARSON, J.L. Russian health care workers' knowledge of tuberculosis and infection control. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v.14, n. 11, p.1489-1492, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing: WHO Report 2009**. Geneva: WHO, 2009.

“Mesmo que as pessoas mudem e suas vidas se reorganizem, os amigos devem ser amigos para sempre, mesmo que não tenham nada em comum, somente compartilhar as mesmas recordações”.

(Vinícius de Moraes)

APÊNDICES

APÊNDICE A

Características do município de Natal/RN 2009.

Características	Natal
Região do país	Nordeste
População municipal estimada para 2009	806.203
Habilitação em gestão plena do sistema de saúde	Sim
Cobertura do Programa Saúde da Família	33,72%
Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde	42,65%
Nº de ESF* implementadas	115 ESF
Nº de Agentes Comunitários de Saúde	646
Nº de unidades na rede básica de saúde	60
Nº de pronto-atendimentos	9
Incidência de TB bacilífera	29,02/100.000
Cobertura de tratamento diretamente observado	25%
Casos de recidiva	6,1%
Abandono do tratamento de TB	15%
Casos de reingresso após abandono	11,8%
Casos de co-infecção TB-HIV	5,56%
Taxa de cura	34,86%
Óbito por TB	2,1%

Legenda:* ESF = Equipes Saúde da Família.

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

APÊNDICE B

Distribuição da população de abrangência das unidades de saúde, número de Sintomático Respiratório esperados, número e proporção de Sintomático Respiratório examinados em relação ao esperado segundo os distritos de saúde e tipo de unidade em Natal, 2009.

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

"(...) O que vemos é novidade, o que sabemos é conhecimento, o que sentimos é opinião .

(Lester Markel)

ANEXOS

ANEXO A

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

Número do formulário: _____	Município: _____
Responsável pela coleta de dados: _____	
Data da coleta de dados: ____/____/____	
Digitador: _____	Data da digitação: ____/____/____
Local da coleta: _____	
Horário de início da entrevista: _____ Horário de término da entrevista: _____	
Recusa da entrevista ☐ Sim ☐ Não Justificar: _____	

A. INFORMAÇÕES GERAIS

	Iniciais:	1.	Sexo	F ☐	M ☐
2.	Formação: ☐ Nível fundamental ☐ Nível médio ☐ Nível técnico ☐ Nível universitário				
3.	Tipo de Unidade de Saúde que o profissional trabalha	1. ☐ Unidade Básica de Saúde (UBS)			
2. ☐ Unidade de Saúde da Família (USF)					
3. ☐ Outro _____ (especificar)					
4.	Número de meses que trabalha na função na rede básica do município: _____ meses				
5.	O(a) Sr(a) julga sua remuneração	5- ☐ muito boa 4- ☐ boa 3- ☐ regular 2- ☐ ruim 1- ☐ muito ruim			
6.	Para o(a) Sr(a) como é trabalhar na comunidade?	5- ☐ muito bom 4- ☐ bom 3- ☐ regular 2- ☐ ruim 1- ☐ muito ruim			
7.	O(a) Sr(a) participou de capacitação em TB?	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre			
8.	O(a) Sr(a) já acompanhou doentes de TB?	1- ☐ Nenhum 2- ☐ Um 3- ☐ Mais de um			

B. ESTRUTURA		
9.	Com que frequência tem formulário para solicitação de exame de escarro no serviço de saúde que o(a) Sr(a) trabalha?	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre 0- ☐ Não sabe
10.	Com que frequência tem pote para coleta de escarro no serviço de saúde que o(a) Sr(a) trabalha?	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre 99 - ☐ Não se aplica 0- ☐ Não sabe
11.	Com que frequência tem lugar específico para guardar o escarro (geladeira ou caixa térmica) no serviço de saúde que o(a) Sr(a) trabalha?	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre 99 - ☐ Não se aplica 0- ☐ Não sabe
12.	O(a) Sr(a) se sente preparado para identificar usuários com suspeita de TB?	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre
13.	O(a) Sr(a) se sente preparado para realizar orientações sobre TB?	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre
14.	O(a) Sr(a) se sente preparado para realizar orientações sobre a forma de coletar escarro?	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre

15.	O(a) Sr(a) já se sentiu apoiado por outro profissional de saúde do serviço em que o (a) Sr(a) trabalha frente a uma situação de suspeita de TB?	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre
C. PROCESSO		
16.	Com que frequência, o (a) Sr(a) visita cada família de sua área?	1- ☐ nunca 2- ☐ 1 vez/mês 3- ☐ 2 vezes/mês 4- ☐ 3-6 vezes/mês 5- ☐ mais de 6 vezes / mês
17.	O(a) Sr(a) realiza visitas domiciliares após as 18 horas ou aos finais de semana?	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre 0- ☐ Não sabe
18.	O(a) Sr(a) registra as queixas e os relatos dos usuários obtidos durante visita domiciliar?	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre
19.	Com que frequência, o(a) Sr(a) pergunta se as pessoas tem tosse quando realiza visitas domiciliares?	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre
20.	O(a) Sr(a) identifica usuários com suspeita de TB?	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre
21.	O(a) Sr(a)	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐

	comunica o enfermeiro(a) quando algum usuário apresenta sintoma de tosse há mais de três semanas?	quase sempre 5- ☐ sempre 99 - ☐ Não se aplica
22.	Com que frequência o Sr(a) leva um pedido de exame de escarro para o usuário de sua área (a cada mês)?	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre 99 - Não se aplica
23.	O(a) Sr(a) ensina o doente como coletar o exame de escarro?	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre
24.	O(a) Sr(a) ensina o doente como armazenar e encaminhar o pote de escarro até o local indicado?	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre
25.	Com que frequência, o(a) Sr(a) pergunta se as pessoas que moram com o doente de TB tem tosse com duração de três semanas ou mais?	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre
26.	Com que frequência, o(a) Sr(a) participa de reuniões com a comunidade para discutir o problema da TB?	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre
27.	Com que frequência, o(a) Sr(a) orienta as pessoas da	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre

	comunidade sobre a TB ?	
28.	Com que frequência, o(a) Sr(a) realiza ações de saúde junto à parceiros da comunidade (igrejas, associações de bairro, escolas, etc.), para identificação de usuários com tosse há mais de 3 semanas?	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre
D.RESULTADO		
29. Proporção de SR examinados nas unidades do estudo no ano de 2009		

Observações do Entrevistador:

ANEXO B

Roteiro para o contexto do cenário

- Dinâmica do trabalho do ACS na comunidade;
- As rotinas estabelecidas pelo serviço de saúde incluindo o programa de tuberculose;
- Processo de trabalho do enfermeiro dentro da unidade de saúde;
- Como é a relação entre enfermeiro e ACS;
- Como são capacitados os ACS;
- Ações que os ACS realizam no seu dia a dia (o que está preconizado pelo MS e o que é realizado pelo ACS e que não é recomendado pelo MS);
- Quem alimenta o SIAB; quem entrega os relatórios;
- Horário de atendimento da unidade de saúde;
- Quem envia o material de escarro (TB) para o laboratório;
- Os enfermeiros são capacitados para supervisionar os ACS;
- Os portadores de TB recebem algum tipo de incentivo para não abandonar o tratamento;
- Quem coordena o programa de tuberculose na Unidade de Saúde;
- Que ações de TB são descentralizadas;
- Como está organizada a equipe / profissionais de saúde envolvidos no PCT;
- Como funciona o sistema de informação em TB;
- Como se dá o fluxo do suspeita de TB;
- Como funcionam os níveis de referência e contra referência em TB;
- Cobertura do tratamento auto administrado/TDO.

ANEXO C

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Natal, RN, dede

Prezado (a) Sr. (a),

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

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

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

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

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

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

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

Consentimento Livre e Esclarecido

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

Participante da pesquisa:

Nome:.....

Assinatura:.....

Pesquisadora responsável:Erika Simone Galvão Pinto

Assinatura:.....

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

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

ANEXO D

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

PARECER Nº 274/2009

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

RELATO

1. RESUMO

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

2. ENTENDIMENTOS

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

PARECER 274/2009 CEP-UFRN

3. PARECER

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

4. ORIENTAÇÕES AO PESQUISADOR

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

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

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

Natal, 17 de setembro 2009.

Dulce Almeida
COORDENADORA DO CEP-UFRN