**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

UTHANIA DE MELLO FRANÇA

**Busca de sintomáticos respiratórios pelo agente comunitário de
saúde em João Pessoa/PB**

**Ribeirão Preto
2011**

UTHANIA DE MELLO FRANÇA

**Busca de sintomáticos respiratórios pelo agente comunitário de
saúde em João Pessoa/PB**

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

Área de Concentração: Enfermagem

Linha de pesquisa: Sociedade, saúde e enfermagem

Orientadora: Prof^a Dr^a Tereza Cristina Scatena Villa

Ribeirão Preto

2011

Ficha Catalográfica

**Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
(EERP-USP)**

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

França, Uthania de Mello.

Busca de sintomático respiratório pelo agente comunitário de saúde em João Pessoa/PB.

89f.: il.;

Tese (Doutorado) apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo, EERP/USP. Área de concentração: Enfermagem.

Orientadora: Profª Drª Tereza Cristina Scatena Villa.

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

Folha de Aprovação

Uthania de Mello França

Busca de sintomáticos respiratórios pelo agente comunitário de saúde em João Pessoa/PB

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

Aprovada em : ____/____/____

Banca Examinadora:

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

À amiga Jordana de Almeida Nogueira, pela oportunidade.

A minha irmã Uda, pelo exemplo de vida, força, coragem e superação.

Aos meus filhos Amanda Raquel e Ramon Schnayder, mainha acabou!

Homenagem Especial

*À Luzia Alves de Melo (**Matinha**, in memoriam), presença viva de Deus em minha vida, de quem aprendi a humanização, a solidariedade, o direito à saúde como cidadania e o amor ao cuidado humano e à Enfermagem.*

À ti devo o que sou, o que sei e a vontade de continuar aprendendo a ser feliz e ter “... serenidade para aceitar, as coisas que não posso modificar, coragem para modificar as que eu posso e sabedoria para distinguir a diferença entre elas” (Reinhold Niebuhr, 1971).

Agradecimentos especiais

A Deus, sempre presente em minha vida, fortalecendo meu espírito e iluminando minhas conquistas;

A Carlos Mota, companheiro inseparável, pelo estímulo, compreensão e partilha do dia a dia, principalmente nos momentos de “provação”;

Ao meu pai George de França e Lucilene pela torcida e apoio;

Às amigas Maria Auxiliadora “Dôra”, Rosa Rita e Iolanda pelo apoio sempre na hora certa do início ao fim deste trabalho, pela voz... pelo silêncio... pela compreensão, acima de tudo pelos gestos de sabedoria e solidariedade, obrigada por tudo, mesmo!!!!

À Dr^a Tereza Cristina Scatena Villa por aceitar-me como orientanda e pela oportunidade de compreender a dinâmica do GEO-TB e do seu trabalho;

Ao professor Pedro Palha, pelo exemplo de que competência técnica, humanização e postura ética podem conviver harmoniosamente. Seu apoio e receptividade tornaram nossa passagem por Ribeirão Preto muito mais leve ;

Ao Dr. Ruffino Netto pela receptividade e pela maneira ímpar de “fazer ciência”, com competência técnica, sabedoria e humanização;

À Káren, Simone Protti e Pedro Palha pelo desprendimento, atenção e apoio recebidos no acidente sofrido na estrada para São Carlos, fiquei muito mais segura e menos aflita, vocês foram verdadeiros amigos, tornaram o momento mais fácil de ser vivido e as dificuldades enfrentadas.

Aos pais de Jordana, Dr Jarbas e D. Iranir, pelo apoio recebido, acolhimento e partilha de bons momentos de suas vidas e família, não vou esquecer! Vocês são lindos e foram maravilhosos. Tornaram nossa estadia em Ribeirão Preto muito mais agradável!

Obrigada por tudo!

Agradecimentos

À Dra^a Lúcia Scatena pelo cálculo amostral da população do estudo;

Aos componentes da banca, pelas contribuições;

À Paty pelas contribuições na caminhada desse curso, desde a matrícula, cobrança de prazos, documentos, relatórios, incentivo e prestatividade;

A todos os componentes do GEO-TB que participaram dessa minha experiência, em especial à Anne “minha filhinha” pelo exemplo vivo de que força, coragem, determinação e doçura podem caminhar juntas e à Amelinha pela alegria contagiante;

À Aline Monroe pelo acolhimento de sua família, pelas orações e o terço recebido de sua mãe;

Às amigas, Érika e Káren pelo convívio e partilha de bons e maus momentos que certamente nos fortaleceram como pessoas humanas;

À “Nara” pela amizade construída na convivência do condomínio, experiências compartilhadas e pelo acolhimento em sua família, que nos tornaram amigas até hoje;

Às ex-alunas, agora minhas colegas de profissão, Vanessa, Karla, Daniella, Isabele, Janine e Thaíse pelas contribuições durante a coleta de dados;

Ao casal de professores e amigos, Jordane e Lenilma, pela atenção e receptividade;

À diretora do Distrito Sanitário III, Dr^a Maura, pela atenção no período da coleta de dados e disponibilidade de dados secundários necessários para o desenvolvimento desta pesquisa;

Aos ACS do DS III que prontamente se prestaram a participar do estudo;

À amiga Mauricélia, Diretora da Divisão Epidemiológica de Controle da Hanseníase e Tuberculose da Secretaria de Estado da Saúde-SES/PB, de quem se percebe o compromisso com a formação do profissional que atua no controle da TB e que, inegavelmente, participa de forma ativa da história do controle da tuberculose no Estado, desde todas as etapas da BSR, na ponta do serviço de saúde, ao monitoramento do PCT em todo estado e outras áreas do país, obrigada por socializar comigo suas experiências e conhecimento;

À Enói e toda equipe do controle da tuberculose, pela receptividade em todas as horas que estive a precisar do setor; pelos momentos partilhados nos “treinamento” de pessoal para atuarem no PCT pelo Estado afora;

Ao LACEN-PB, na pessoa da Dr^a Lúcia Cristina de Aguiar Corrêa Moura, “Dr^a Lucinha”, bioquímica do laboratório de micobactéria tuberculosis, responsável pela avaliação externa da qualidade das baciloscopias, a quem devo o agradável despertar para o conhecimento sobre essa temática específica e de tamanha relevância para as metodologias de avaliação em saúde;

Às colegas Anadja e Jailde pela receptividade e compromisso com o movimento da EPS no Estado, e por partilharem comigo o ambiente onde se processam idéias, planejamentos, e por socializarem a história do movimento no Estado;

À mestra Débora “Debrinha” pesquisadora do GEO-TB/PB pela atenção e apoio recebidos na utilização das ferramentas do Software Statistica 9,0;

À Prof^a Glória Obermark, pelo apoio e atenção que sempre teve do início ao final deste estudo, desde suas aulas de inglês e revisão de linguagem textual em inglês;

Aos Prof^o Juan López e Aderson Graciano pela revisão de linguagem textual em espanhol e português respectivamente;

A todos que direta, ou indiretamente, contribuíram para realização desse estudo.

Muito obrigada!

“Se muito vale o que já foi feito, Mais vale o que será...”

(Milton Nascimento)

Resumo

FRANÇA,U. de Mello. Busca de sintomático respiratório pelo agente comunitário de saúde em João Pessoa/PB. 87f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

A busca de sintomáticos respiratórios (BSR) é uma ação programática para detecção precoce de casos de tuberculose. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) favorece a ação na atenção básica (AB) pelas peculiaridades de seu trabalho na família e comunidade. O objetivo foi avaliar a BSR desempenhada pelo ACS nos serviços de AB, João Pessoa/PB. Estudo epidemiológico descritivo tipo inquérito, realizado nas 53 unidades de saúde da família que compõem o DSIII com uma população de 635 ACS. O cálculo amostral considerou uma variância ($Sd^2=1$); diferença entre a média amostral simples e a média da população ($B = 0,2$); e probabilidade do erro tipo I igual a ($Z\alpha = 1,96$) resultando em 108 ACS. Utilizou-se 3 fontes de coleta de dados: Check list (material, insumos e logística para a BSR); entrevista estruturada para os ACS e dados secundários (resultados das baciloscopias). O estudo obedeceu aos preceitos éticos envolvendo seres humanos. Os resultados do desempenho do ACS, relacionado aos componentes da avaliação dos serviços de saúde, revelaram *Estrutura* quantitativa de recursos humanos (ACS) e materiais suficientes; *O Desempenho* limitado e deficiente dos ACS que realizaram capacitação em TB foi atribuído à falta de envolvimento da gestão, supervisão e organização do serviço para BSR como trabalho em equipe e formação profissional; e no *Resultado*: laboratório, baixa cobertura de SR examinados e inexpressivo número de casos de TB identificados pela AB, 3(2009) e 1(2010). Ressalta-se que os resultados não são homogêneos, quando se analisam as unidades isoladamente. Sugere-se estudos individualizados considerando a micro-gestão das unidades e maiores investimentos na reorientação das práticas da AB para o controle da tuberculose aliado a um forte processo de educação permanente em saúde, que envolva profissionais e gestores.

Palavras-chave: Tuberculose; Atenção Primária à Saúde; Auxiliares de Saúde Comunitária.

Abstract

FRANÇA, U. de Mello. Search for respiratory symptomatic people by Community Health Aides in J.Pessoa/PB. 87p.Thesis (Doctorate degree) - School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

The search for respiratory symptomatic people (RSS) is a programmatic action to detect early tuberculosis cases. The community health aid (CHA) promotes action in primary health care (PHC) through the peculiarities of his/her work with families and communities. The goal was to assess RSS performed by CHAs in PHC services in J Pessoa/Pb. Descriptive epidemiologic study, inquest-type, accomplished in the 53 family health units that make up Sanitary District (SD III) with a population of 635 CHAs. The sampling calculus considered a variance ($Sd^2=1$); a difference between the simple sampling mean and population mean ($B=0,2$); and error probability I equal to ($Z\alpha= 1,96$) totaling 108 CHAs. Three sources of data collecting were used: checklist (material, input and logistic to RSS); structured interview for CHAs as well as secondary data (bacilloscopy results). The study followed ethic principles involving human beings. The results of CHAs' performance, related to health services evaluation components showed quantitative structure of human resources (CHA) as well as sufficient materials. Limited and defective performance, by CHAs qualified in TB, due to the lack of involvement in management, supervision and organization of RSS services as a teamwork and professional qualification; and the results: laboratory, poor cover of examined RS and inexpressive number of TB cases, identified by Primary care, 3 (2009) and 1 (2010). We point out that results are not homogeneous as units are individually analyzed. We suggest separate studies when considering units micro-management, as well as more investment in reorienting Primary care practices, with a view to control TB, associated to a major process of permanent Health education which should involve both professionals and managers.

Key words: Tuberculosis, primary healthcare , Community Health Aides.

Resumen

FRANÇA,U. de Mello. Busca de sintomático respiratório pelo agente comunitário de saúde em João Pessoa/PB.87f. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

La búsqueda de sintomáticos respiratorios (BSR) es una acción programática para la detección precoz de casos de tuberculosis. El Agente Comunitario de Salud (ACS) favorece la acción ya en la atención básica (AB) por las peculiaridades de su trabajo con la familia y con la comunidad. El objetivo fue valorar la BSR desempeñada por el ACS en los servicios de AB João Pessoa/PB. Estudio epidemiológico descriptivo tipo investigación, realizado en las 53 unidades de salud de la familia que componen el DSIII con una población de 635 ACS. El cálculo de muestras consideró una variancia ($Sd^2=1$); diferencia entre la media amostral simple y la media da población ($B = 0,2$); y la probabilidad del error tipo I igual a ($Z\alpha = 1,96$) resultando en 108 ACS. Se utilizaron 3 fuentes de colecta de datos: Check list (material, insumos y logística para la BSR); entrevista estructurada para los ACS y datos secundarios (resultados de las baciloscopias). El estudio obedeció los preceptos éticos envolviendo seres humanos. Los resultados del desempeño del ACS, relacionado a los componentes de la evaluación de los servicios de salud, revelaron la Estructura cuantitativa de recursos humanos (ACS) y los materiales suficientes; *El Desempeño* limitado y deficiente de los ACS que realizaron la capacitación en TB fue atribuido a la falta de implicación de la gestión, supervisión y organización del servicio para BSR como trabajo en equipo y formación profesional; y en el *Resultado*: laboratorio, baja cobertura de SR examinados e inexpresivo número de casos de TB identificados por la AB, 3(2009) y 1(2010); Es importante resaltar que los resultados no son homogéneos cuando se analizan las unidades aisladamente. Se sugieren estudios individualizados considerando la micro-gestión de las unidades y mayores inversiones en la reorientación de las prácticas de la AB para el control de la tuberculosis aliado a un fuerte proceso de educación permanente en salud, que implique profesionales y gestores.

Palavras-clave: Tuberculosis; Atención Primaria a la Salud; Auxiliares de Salud Comunitária.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa da Paraíba e localização dos seis municípios prioritários no controle da tuberculose.....	30
Figura 2	Distribuição da área geográfica dos distritos sanitários do município de João Pessoa/PB, 2009.....	31

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Distribuição dos elementos <i>Estruturais</i> do serviço e do Desempenho do ACS para a BSR na família e comunidade.....	34
-----------------	---	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição das médias e intervalos de confiança, das respostas dos agentes comunitários de saúde às variáveis de <i>Estrutura-Organização</i> para busca de sintomáticos respiratórios, João Pessoa-PB, 2009.....	40
Gráfico 2	Distribuição das médias e intervalos de confiança, das respostas dos agentes comunitários de saúde às variáveis de <i>Estrutura-Formação Profissional</i> para busca de sintomáticos respiratórios, João Pessoa-PB, 2009.	41
Gráfico 3	Distribuição das médias e intervalos de confiança, das respostas dos agentes comunitários de saúde, ao componente <i>Desempenho</i> (focando a equipe na unidade - conhecimento dos casos e apoio), para busca de sintomáticos respiratórios, João Pessoa-PB, 2009.....	42
Gráfico 4	Distribuição das médias e intervalos de confiança, das respostas dos agentes comunitários de saúde às variáveis de <i>Desempenho</i> , para busca de sintomáticos respiratórios na família, João Pessoa-PB, 2009.....	43
Gráfico 5	Distribuição das médias e intervalos de confiança, das respostas dos agentes comunitários de saúde às variáveis de <i>Desempenho</i> , para busca de sintomáticos respiratórios na comunidade, João Pessoa-PB, 2009.....	44

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice 1	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	79
Apêndice 2	Quadro resumo do rendimento laboratorial, para baciloscopias de escarro do DS III, João Pessoa, PB, 2010....	80

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1	Chek List-Instrumento de RP/USP Projeto Retardo no diagnóstico da Tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil.....	82
Anexo 2	Roteiro de entrevista - Instrumento RP/USP Projeto Retardo no diagnóstico da Tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil.....	83
Anexo 3	Certidão de aprovação do comitê de ética e pesquisa - UFPB.....	89

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	- Atenção Básica
ACS	- Agente Comunitário de Saúde
BSR	- Busca de Sintomáticos Respiratórios
DS	- Distrito Sanitário
ESF	- Equipe de Saúde da Família
EPS	- Educação Permanente em Saúde
GEO-TB	- Grupo de Estudos Epidemiológicos e Operacionais em Tuberculose
LACEN	- Laboratório Central
MS	- Ministério da Saúde
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PNCT	- Plano Nacional de Controle da Tuberculose
PCT	- Programa de Controle da Tuberculose
PST	- Pronto Socorro de Mangabeira “Trauminha”
REDE-TB	- Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose
SIAB	- Sistema de Informação de Atenção Básica
SES-PB	- Secretaria de Estado da Saúde/Paraíba
SMS-JP/PB	- Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa/Paraíba
SS	- Serviço(s) de Saúde
SR	- Sintomático Respiratório
TB	- Tuberculose
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	- Unidade Básica de Saúde
USF	- Unidade de Saúde da Família

Sumário

	APRESENTAÇÃO.....	18
1	CAPÍTULO 1	
	INTRODUÇÃO.....	20
1.1	JUSTIFICATIVA.....	25
1.2	OBJETIVO GERAL.....	25
1.3	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
2	CAPÍTULO 2	
	REFERENCIAL TEÓRICO.....	27
3	CAPÍTULO 3	
	MATERIAL E MÉTODOS.....	29
3.1	Delineamento do Estudo.....	30
3.2	Cenário.....	30
3.3	População e amostra.....	32
3.4	Instrumentos para coleta de dados.....	33
3.5	Coleta de dados.....	35
3.6	Aspectos Éticos.....	36
3.7	Análise dos dados.....	36
4	CAPÍTULO 4	
	RESULTADOS.....	38
4.1	Recursos estruturais disponíveis nas unidades de saúde da família para a busca de sintomáticos respiratórios	39
4.2	O desempenho da busca de sintomáticos respiratórios pelo ACS na família e comunidade.....	42
4.3	Resultado da BSR realizada pelo ACS, a partir das baciloscopias de escarro, realizadas no período de 2009-2010.....	45
5	CAPÍTULO 5	
	DISCUSSÃO	47
6	CAPÍTULO 6	
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
	REFERÊNCIAS.....	70
	APÊNDICES.....	78
	ANEXOS.....	81

Apresentação

Este estudo insere-se no projeto multicêntrico, intitulado “Retardo do diagnóstico da tuberculose: análise em várias regiões do Brasil”, aprovado e financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT, Nº. 034/2008), e desenvolvido pelo Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose (GEOTB) da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose Área Epidemiológica e Operacional. O grupo está cadastrado no CNPq desde 2002, coordenado pelos professores Dr^a. Tereza Cristina Scatena Villa, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (EERP/USP), e Dr. Antônio Ruffino Netto, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (FMER/USP); vem desenvolvendo pesquisas com o propósito de contribuir com o controle da tuberculose.

Participaram do projeto, pesquisadores, docentes e discentes de várias instituições de ensino superior (IES), vinculados a cursos de graduação, e programas de pós-graduação; instituições governamentais: secretarias estaduais e municipais, por meio de seus coordenadores, gestores e profissionais da rede básica de saúde; Centros de Pesquisa, e Agências de Cooperação Internacional.

Dentre os enfoques do referido projeto, este estudo voltou-se para a prática do Agente Comunitário de Saúde (ACS), em especial, para sua atuação na busca ativa de sintomáticos respiratórios. Elegeu-se o município de João Pessoa, capital do estado da Paraíba, cuja organização da rede de atenção à saúde sustenta-se no fortalecimento da atenção básica (AB), que inclui a Estratégia Saúde da Família.

A elevada cobertura da referida estratégia, associada à extensa representatividade de ACS na composição das equipes de saúde da família (ESF) acena positivamente como possibilidade de expandir as ações de controle da tuberculose para o âmbito da AB. Propõe-se a avaliar a ação programática de busca de sintomáticos respiratórios (BSR) desempenhada na AB pelo ACS, considerando as peculiaridades de seu processo de trabalho na família e comunidade, focos de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) para reorientação da atenção à saúde e condição essencial para o controle da tuberculose.

Capítulo 1

Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2008, foram notificados 9,4 milhões de casos novos de Tuberculose (TB) no mundo com incidência de 140 e prevalência de 170 por 100.000 habitantes (WHO, 2010). No *ranking* mundial, dos 22 países que concentram 80% dos casos de TB, o Brasil ocupa a 19º posição. Em 2010, foram notificados no país, 70.601 casos novos da doença, com taxas de incidência de 37,9 e mortalidade de 2,5 casos por 100 mil habitantes ; a doença é a 4ª causa de morte entre as infectocontagiosas (DIC), e a 1ª entre pacientes com AIDS (BRASIL, 2010a); segundo estimativas, permanecerá entre as 10 maiores causas de DIC, até o ano de 2020 (MURAY; STYBLO; ROUILLON,1990).

Acreditava-se que as DIC poderiam ser controladas, diante do desenvolvimento tecnológico, do avanço das pesquisas e das descobertas terapêuticas antimicrobianas; no entanto, o problema da tuberculose está diretamente associado ao contexto social (RUFFINO-NETTO, 2000).

No Brasil, os indicadores epidemiológicos refletem o desenvolvimento do país, onde os determinantes do estado de pobreza, crescimento demográfico, incremento do número da população de idosos, surgimento de cepas resistentes aos tuberculostáticos e coinfeção TB/AIDS, limitam a ação da tecnologia, e, por consequência, dificulta o controle da doença (KRITSKI; RUFFINO-NETTO, 2000).

Outro agravante é a demora do diagnóstico da doença (MACIEL et al., 2010; MESFIN, et al., 2009; MFINANGA et al., 2008; TORRES; PÉREZ, 2000). Problemas na estrutura e organização dos serviços de saúde (SS) como a baixa prioridade na procura intradomiciliar de sintomáticos respiratórios (SR), e o baixo nível de suspeição diagnóstica causam demora do diagnóstico relacionado ao serviço de saúde (RUFFINO-NETTO, 2001).

Esforços mundiais têm sido realizados para o controle da tuberculose, como: as metas fixadas nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (*Millenium Development Gools-MDG*), que contemplam a redução da incidência, prevalência e mortalidade da doença, até 2015, em comparação aos números de 1990; a estratégia DOTS (*Directly Observed Therapy-Short-course*), criada a partir dessas metas, prevêm, entre outras questões, a detecção de 70% dos casos estimados, mediante baciloscopia; e a *Stop TB*, como reforço à estratégia DOTS, visa o fortalecimento dos sistemas de saúde, envolvendo, de forma integrada, os

profissionais de saúde; maior capacidade de ação para pacientes e comunidades e fomento à pesquisa (WHO, 2008).

Em nível nacional, o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), criado em 1998 pelo Ministério da Saúde, destaca a TB como um problema prioritário de saúde; estabelece novas diretrizes de trabalho incorporando ações no âmbito dos cuidados primários de saúde (BRASIL, 2002a; 2000; 1999).

Nessa direção, o Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente considerado mais como uma estratégia do que, propriamente um programa verticalizado, tem se constituído como política prioritária do governo brasileiro para a reorganização da atenção primária do sistema de saúde (SILVA; HARTZ; PAIM, 2002). Deste modo, mudanças significativas têm ocorrido nos procedimentos e na gestão do controle da TB no país, visando alcançar as metas, com responsabilização das ações do Programa de Controle da TB (PCT) para a Atenção Básica (AB) com vistas à prevenção, vigilância e controle da doença (BRASIL, 2008a).

Utilizou-se no estudo, os termos atenção básica (AB) e atenção primária à saúde (APS), como sinônimos, para nomear o primeiro nível de atenção à saúde, conforme documentos oficiais que regem a política de saúde no Brasil, sem, contudo, entrar no mérito da discussão sobre a terminologia, conceito e aspectos ideológicos em que se inserem.

Nesse contexto, a atuação do agente comunitário de saúde (ACS) que vem sendo incorporada, desde 1994, ao PSF, é um relevante canal de viabilização das políticas de saúde do novo modelo de atenção; está focado nas famílias e na comunidade, na qual elas se inserem, de forma integral e continuada, conforme concepção ampliada de saúde (BORNSTEIN; STOTZ, 2008; SILVA; DALMASO, 2002).

A importância do trabalho do ACS é abordada em estudos internacionais que trazem denominações variadas equivalentes, para trabalhadores que desenvolvem atividades em saúde, voluntárias ou remuneradas, vindos da própria comunidade, como na China, Etiópia, Índia, Nigéria (WHO, 1989).

O ACS contribui, significativamente, para as atividades propostas pela Atenção Primária à Saúde (APS), sendo aperfeiçoada e incorporada, em diversos sistemas de serviços de saúde (ENNEVER et al., 1988), com o controle de doenças e melhoria dos indicadores de saúde em várias regiões do mundo (HAINES, 2007).

No Brasil, os estudos que abordam o trabalho do ACS tem sido divulgados com maior frequência, após o ano 2000 (BORNSTEIN; STOTZ, 2008; KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI 2006; SILVA; DALMASO, 2002; TOMAZ, 2002; NUNES et al., 2002; NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000); acompanhando a evolução histórica da profissão do ACS no país, suas origens são marcadas por iniciativas bem sucedidas de saúde comunitária, em municípios do Estado do Ceará (MINAYO,1990); atualmente o trabalho do ACS contribui para o fortalecimento da atenção primária em todo país, com atribuições preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS), incluindo ações de promoção da saúde e controle de doenças, na família e comunidade (BRASIL, 2006).

As ações do ACS transitam entre o trabalho comunitário e as ações institucionais, como as programáticas, voltadas para o alcance das metas dos programas e o atendimento às necessidades de grupos específicos da população, considerados prioritários nos serviços de atenção do PSF (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2006).

No que tange às ações programáticas do PCT, que se assenta em parâmetros e metas a serem alcançadas, destaca-se a busca de sintomáticos respiratórios (BSR) pelo ACS (BRASIL,1999; 2000). O desempenho dessa ação requer um saber ordenado (formação profissional) e uma disposição individual de recompor a prática profissional, a partir da compreensão do problema de saúde, que justifica o seu trabalho, num contexto específico da atenção primária.

A recomposição da prática do ACS é atribuída à necessidade de reorganização da atenção e da reorientação das práticas de saúde no Brasil. Bodstein (2002) destaca que essa necessidade requer investimentos na avaliação, considerando as mudanças provocadas pelas iniciativas por parte do gestor federal do SUS e a capacidade de resposta dos municípios a essas mudanças em diferentes contextos.

Nessa direção, espera-se que o ACS seja capaz de desempenhar a BSR, junto à família e comunidade, contribuindo com o fortalecimento dos atributos da AB para o diagnóstico e controle da tuberculose e atenção integral à saúde da população. Portanto, a avaliação é necessária para o acompanhamento da evolução dessa capacidade de respostas dos municípios, no que se refere ao controle da TB (CASTELO FILHO et al., 2004; RUFFINO-NETTO et al. 2002; BRASIL, 2010a),

forneendo-se subsídios para o aperfeiçoamento contínuo do serviço, devido à extensão territorial e a diversidade regional do país.

Estudos avaliativos, realizados por integrantes do Grupo TB/PB e pesquisadores da REDE/TB que abordam o problema da TB e o cuidado no âmbito da Atenção Primária a Saúde, têm apontado fragilidades estruturais e organizacionais do sistema de serviços de saúde, que permeiam as ações voltadas para o diagnóstico da doença. Marcolino et al. (2009) evidenciam no município de Bayeux–PB, capacidades organizacionais distintas das equipes de saúde da família (ESF), algumas com difícil acesso à coleta de escarro para diagnóstico; Figueiredo et. al (2009) apontam que no município de Campina Grande–PB, aponta que a AB não tem se estabelecido como porta de entrada do sistema e insuficiente apropriação dos casos de TB existentes em área de abrangência; Scatena et al. (2009) afirmam que a forma de organização dos serviços em vários municípios do Brasil não foi fator determinante de bom êxito, e a descentralização das ações de controle da doença para o PSF parece não apresentar desempenho satisfatório.

No que concerne à ação de identificação de Sintomáticos Respiratórios (SR), Oliveira et al. (2011), em município do interior do estado de São Paulo, verificou inexpressiva contribuição da APS, que não responde aos seus atributos para o diagnóstico da doença, insuficiente cuidado integral e ações resolutivas; Investigações por Marciel (2008) no município de Vitória e por Muniz et al (2005) no município de Ribeirão Preto destacaram, entre outras questões, fragilidades na formação profissional e no desempenho dessa ação pelo ACS.

Reportando-se ao cenário desse estudo, se observa que o município de João Pessoa-PB, mesmo com alta cobertura de Equipes de Saúde da Família (ESF) e avanços na oferta de formação profissional para os ACS, não consegue alcançar as metas programadas e pactuadas para a detecção de casos de TB, pelo município nos anos de 2009 e 2010, e de SR examinados (8,7% e 5,5 %) nos respectivos anos (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2008).

Estudos de avaliação propostos por Donabedian (1980) utilizam três componentes: *Estrutura-Processo-Resultado*, e destaca como imprescindível, identificar a inter-relação e a interdependência entre os três.

Não se desconsidera a existência de outros elementos que se inter-relacionam e determinam as condições de desempenho do ACS: aspectos subjetivos, governabilidade individual frente às ações e processo de trabalho;

capacidade gerencial das ações de saúde e vigilância no território; contexto micro e macro político; financiamento; controle social e empoderamento da comunidade. No entanto, este estudo não teve como propósito investigar, profundamente, todos estes componentes, mas conhecer como é operacionalizada a ação de BSR pelo ACS e os resultados que produzem no contexto do Distrito Sanitário de um município prioritário para o controle da TB, na Paraíba.

Diante dessa problemática suscitou-se o seguinte questionamento norteador da pesquisa: como a busca de sintomáticos respiratórios é desempenhada pelo ACS num DS de um município prioritário no controle da tuberculose?

1.1 JUSTIFICATIVA

Justifica-se o estudo, considerando que a BSR envolve investimentos na estruturação do serviço, preparo de seus profissionais e funcionamento da retaguarda laboratorial para o desfecho do diagnóstico, identificando, portanto, a necessidade de avaliação com vistas a otimização da ação, acreditando que influem positivamente na redução dos indicadores epidemiológicos da doença e na promoção da saúde na população.

A relevância do estudo é destacada pela compreensão da problemática no referido município, e sua articulação com as formas de organização do serviço e produção de resultados, oferecendo informações técnico-científicas para subsidiar o planejamento da ação, operacionalização e resultados mais efetivos no controle desse agravo na AB.

1.2 OBJETIVO GERAL

Avaliar a busca de sintomático respiratório (BSR) desempenhada pelo ACS nos serviços de atenção básica do distrito sanitário III- João Pessoa/PB.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar os recursos estruturais disponíveis nas unidades de saúde da família, para a realização da busca de sintomáticos respiratórios;
- Avaliar o desempenho da busca de sintomáticos respiratórios pelo ACS na família e comunidade segundo a capacitação recebida em TB;
- Analisar o apoio técnico dos laboratórios para as baciloscopias, no período de 2009-2010.

Capítulo 2

Referencial Teórico

A base teórica utilizada neste estudo são os componentes da avaliação dos serviços de saúde, propostos por Donabedian (1980). Para o autor, no componente *Estrutural (E)* o enfoque está relacionado com os recursos necessários ao processo assistencial, abrange, entre outros elementos: a área física; a distribuição e a qualificação do corpo profissional; os recursos materiais; os instrumentos normativos técnico-administrativos; insumos; equipamentos e o horário de atenção ao paciente.

O “*Processo (P)*” está relacionado com: o conjunto de atividades desenvolvidas; a utilização de recursos nos seus aspectos quantitativos e qualitativos; o reconhecimento de problemas de saúde na população; diagnóstico e cuidados prestados. Envolve atributos de continuidade, coordenação, trabalho em equipe, seqüência apropriada e a forma de atendimento dos profissionais (Donabedian, 1980;1992). Neste estudo será utilizado o termo “Desempenho” como sinônimo do componente “Processo”, conforme refere Starfield (2002). O “*Resultado (R)*” representa as consequências das atividades dos profissionais de saúde, visando: a melhoria do nível de saúde, a satisfação da clientela; e possui a característica de influir nos efeitos do cuidado (DONABEDIAN, 1980). Para o autor, os componentes E-P-R, analisados de forma isolada, expressam insuficiências no processo avaliativo, necessitando de um conjunto de indicadores representativos das três abordagens do objeto a ser avaliado.

Neste estudo o termo *Desempenho* será utilizado como sinônimo de *Processo* destacado por Starfield (2002). Segundo a referida autora, as características de cada um dos componentes são peculiares, e diferem de tempo e lugar; mas, cada serviço possui uma estrutura (ou capacidade) que possibilita a oferta de serviços, e envolve as ações ou *Desempenho* dos profissionais de saúde; o resultado se reflete nas condições de saúde. Esses componentes se integram ao comportamento individual, e são determinados, tanto por este comportamento, como pelo contexto social, político e econômico onde se inserem os serviços de saúde.

A temática da avaliação pode ser conceituada como um julgamento com critérios previamente definidos. Deste modo, é uma estratégia utilizada com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões, e resolução de problemas (TANAKA; MELO, 2001); sejam no serviço, ou nas ações, no caso em estudo, a BSR pelo ACS.

Capítulo 3

Material e Método

3.1 Delineamento

Estudo epidemiológico descritivo tipo inquérito.

3.2 Cenário

Elegeu-se como cenário desta investigação a capital do estado da Paraíba – João Pessoa, por pertencer ao grupo dos onze municípios prioritários da unidade federativa. Conta com população de 702.234 habitantes (IBGE, 2010), e organiza a atenção à saúde de forma regionalizada; dispõe de 180 Unidades de Saúde da Família (USF), perfazendo uma cobertura de 84% (Figura 1).

Figura 1- Mapa da Paraíba e localização dos seis municípios prioritários no controle da tuberculose.

Fonte: Emepa (2009)

A rede da AB à saúde constitui-se, territorialmente, em cinco distritos sanitários (DS-I ao DS-V); juntos, agrupam os 63 bairros do município (Figura 2). Cada distrito possui uma esfera administrativa, direção e equipe de profissionais (apoiadores), profissionais que compõem o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF); são considerados o elo entre as Unidades de Saúde da Família (USF) e a Secretaria Municipal de Saúde (BRASIL, 2010b). Nenhum problema segue das unidades de saúde diretamente para a secretaria de saúde do município, sem ter que passar, primeiramente, pelos apoiadores. Cada equipe do NASF é composta de

atenção secundária e terciária, referência e contra referência, bem como, no sistema de informação. As ações de controle da doença são desenvolvidas por todas as ESF, as quais possuem uma cobertura de quase 100% de PCT e 25% com DOTS implantados até 2009.

O diagnóstico da TB é realizado, por meio da solicitação de baciloscopia (BK) de escarro por profissionais de qualquer USF, desde que vinculada à área de abrangência territorial, e encaminhamento do pote de escarro ao único laboratório municipal de referência, para o exame de SR do DS estudado.

O exame laboratorial do escarro no município é realizado em qualquer laboratório da rede pública de atenção à saúde, utilizando-se as mesmas técnicas, equipamentos e materiais de forma padronizada; contam, com monitoramento da qualidade das baciloscopias.

Os resultados chegam às unidades de saúde num prazo de 7 à 10 dias, são comunicados pelo ACS nas respectivas moradias.

A sintomatologia rege a procura da demanda espontânea pelo serviço, ou encaminhamento por meio de algum profissional de saúde; na maioria das vezes, do próprio ACS, mediante suspeição de SR. A demanda, uma vez na unidade, tem prioridade no atendimento, devido a exposição da população ao seu contato.

Por determinação gerencial, as solicitações de exames são centralizadas no enfermeiro ou médico; as orientações para coleta são exclusivas do enfermeiro. Os SR examinados deveriam constar no livro de registros de SR, existente nas unidades, que de fato, são subutilizados.

3.3 População e amostra

A população de unidades de saúde da família foi constituída de todas as 53 pertencentes ao DS III estudado. O cálculo da amostra de ACS foi baseado na população de 365 existentes no DS III. Assumindo variância ($S_d^2 = 1$) e a diferença entre a média amostral simples e a média da população ($B = 0,2$) e probabilidade do erro tipo I igual a ($Z_\alpha = 1,96$), temos, de acordo com a equação de Bolfarine e Bussab (2005): $n = S_d^2 \cdot (Z_\alpha)^2 / B^2 = 96$. Prevendo-se uma taxa de não resposta de, aproximadamente, 10%, foi calculado um $n=108$ ACS, os quais foram sorteados

dentre as 53 unidades existentes, sendo 2 ACS sorteados de 51 ESF e 3 das outras duas restantes.

Para avaliar a formação profissional do ACS para a BSR, considerou-se a capacitação em TB; a amostra foi estratificada em 2 grupos: os que realizaram, e os que não realizaram capacitação em TB.

3.4 Instrumentos para coleta de dados

Foram utilizadas essencialmente 3 fontes para coleta de dados: Roteiro tipo *Chek List* (utilizado para avaliação da estrutura do serviço); Roteiro de entrevista (utilizado para avaliação do desempenho do ACS e dados de formação profissional); e dados secundários (para a avaliação dos resultados).

O *Chek List* foi aplicado, para identificação *in loco* da existência, e disponibilidade dos materiais, e equipamentos necessários à execução da BSR. Constituiu-se de insumos existentes: pote para coleta de escarro (se de fácil acesso aos profissionais); formulário para pedido de baciloscopia; geladeira para acondicionamento dos exames de escarros coletados; existência de apoio laboratorial; livro de sintomáticos respiratórios; existência de rotina sistematizada para o atendimento dos usuários SR, e existência de um profissional responsável pela TB. A checagem foi realizada com o acompanhamento do responsável pela unidade, ou por ele designado, após as entrevistas com os ACS. O componente “formação profissional” embora considerado estrutural, foi contemplado no roteiro de entrevista.

O Roteiro de entrevista foi baseado no *Primary Care Assessment Tool* (PCAT), adaptado, no Brasil, para a atenção à tuberculose por Villa e Ruffino-Netto (2009) e utilizado na avaliação de indicadores dos componentes *Estrutura* e *Desempenho*. Adaptou-se, mais uma vez, o referido roteiro de com base em estudos anteriores e similares, que trouxeram subsídios para a construção de indicadores relacionados à Busca de Sintomático Respiratório (BSR) na prática do ACS (MUNIZ et al., 2005; NOGUEIRA et al., 2007; MACIEL et al., 2008). O instrumento envolve aspectos: sócio demográfico do ACS, tempo de serviço e experiência profissional com tuberculose. Foram utilizadas 25 questões (Quadro 1) contemplando: Elementos Estruturais: 09 variáveis (01 a 09), destas, 05 de organização da unidade

e 04 de formação profissional; Elementos de Desempenho: na Unidade (04 variáveis, de 10 a 13), na família (09 variáveis, de 14 a 22) e na comunidade (03 variáveis, de 23 a 25).

Elementos Estruturais	Organização	1	<i>A organização da unidade facilita o diagnóstico da TB (variável 43);</i>
		2	<i>O usuário leva o pote de escarro até à unidade (variável 36);</i>
		3	<i>A unidade recebe o pote de escarro (variável 37);</i>
		4	<i>A unidade encaminha o pote de escarro (variável 38);</i>
		5	<i>Dificuldade da unidade em receber o pote de escarro fora do horário (variável 39);</i>
	Formação Profissional	6	<i>Preparo para identificar suspeitos de TB (variável 61)</i>
		7	<i>Preparo para orientar sobre TB (variável 62)</i>
		8	<i>Preparo para orientar sobre coleta de escarro para baciloscopia (variável 63);</i>
		9	<i>Preparo para suspeitar que um usuário aprestando tosse, pode estar doente de TB (variável 24).</i>
Elementos do Desempenho	Apoio da equipe	10	<i>Os profissionais da equipe conhecem os casos de TB acompanhados pelo ACS? (variável 44);</i>
		11	<i>A equipe discute as ações de controle da TB (variável 45);</i>
		12	<i>Sente-se apoiado em casos de dúvida na tomada de decisões (variável 46);</i>
		13	<i>Sente-se apoiado em casos de dúvidas frente a suspeita de TB (variável 48);</i>
	Família	14	<i>Realiza visita domiciliar após às 18h (variável 18);</i>
		15	<i>Tem dificuldade de encontrar as pessoas em casa (variável 20);</i>
		16	<i>Leva um pedido de baciloscopia para o usuário de sua área (variável 25);</i>
		17	<i>Ensina o usuário a coletar o escarro (variável 33);</i>
		18	<i>Ensina o usuário como armazenar e encaminhar o pote de escarro (variável 34);</i>
		19	<i>Frequência com que realiza as visitas domiciliares (variável 49);</i>
		20	<i>Questiona tosse há mais de 3 semanas aos comunicantes (variável 50);</i>
		21	<i>Questiona tosse há mais de 3 semanas durante sua VD (variável 51);</i>
		22	<i>Comunica ao enfermeiro quem tosse há mais de 3 semanas (variável 41)</i>
	Comunidade	23	<i>Frequência com que realiza reuniões com a comunidade para discutir TB (variável 54);</i>
		24	<i>Orienta as pessoas da comunidade sobre a TB (variável 52);</i>
		25	<i>Realiza ações de saúde junto a parceiros da comunidade para identificar SR (variável 53).</i>

Quadro 1-Variáveis que representam elementos Estruturais do serviço e do Desempenho do ACS para a BSR na família e comunidade.

Cada questão teve como opção de resposta uma escala pré-estabelecida, tipo *Likert*, com escores de 1 a 5 (1 =nunca; 2=quase nunca; 3=às vezes ; 4=quase sempre; 5=sempre).

Ressalta-se que, em duas questões especificamente procedeu-se: 1) Temática da(s) capacitação(ões), com opção de resposta aberta, aplicada somente aos ACS capacitados(variável 55); 2) Frequência com que realiza visita a cada família, a escala 1= nunca; 2 = 1 vez/mês; 3 = 2 vezes/mês; 4 = 3-6 vezes/mês; 5= mais de 6 vezes/mês.

Ao final do instrumento consta o item “*observações do entrevistador*”, no qual registrou-se algumas informações complementares sobre a forma, de como se realizam as BSR.

Os dados secundários foram coletados em três setores da rede do serviço para a realização da BSR; auxiliaram na descrição do cenário, e na avaliação dos resultados dessa ação, pelo ACS. Para descrição do cenário, considerou-se os dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Direção do DS III: população cadastrada, cobertura populacional, nº de casos, lista das Unidades, e de ACS vinculados às unidades estudadas. Para avaliação dos resultados da BSR pelo ACS, considerou-se o quantitativo de baciloscopias (BK) realizadas do DS III, nos 02 laboratórios de referência do município, no período de 2009 e 2010.

3.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada durante os meses de novembro e dezembro de 2009, por meio de entrevista estruturada, previamente agendada com o serviço, e visita às 53 unidades de saúde, a fim de verificar a estrutura disponível para a realização da BSR pelo ACS.

Para as entrevistas, foi sorteado um número da relação de nomes dos ACS em cada uma das respectivas unidades; o nome do ACS correspondente foi entrevistado, mediante contato e agendamento prévio com os respectivos profissionais.

A entrevista foi realizada em cada uma das unidades. A predisposição dos ACS, em participar e a disponibilidade de sala reservada preservando-se a total

privacidade do participante do estudo, constituem aspectos facilitadores para esta etapa da pesquisa.

Como dificuldades constataram-se a inexistência de registros que pudessem fornecer informações sobre a BSR realizada por esse profissional; o difícil acesso de algumas unidades de saúde da família e áreas geográficas de extrema vulnerabilidade social.

3.6 Aspectos Éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal da Paraíba; os sujeitos participantes leram e, concordando em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme a Resolução nº 196/96 do CNS. Ressalta-se que não houve fornecimento de benefícios, bem como discriminação ao participar da pesquisa. A participação foi voluntária, e o direito de recusa foi preservado, tanto de sua participação, quanto do ato de responder à qualquer uma das perguntas especificamente. Para assegurar a confidencialidade das informações, e para proteger sua identidade, os entrevistados foram identificados apenas por número e ordem de entrevista.

3.7 Análise dos dados

Foram utilizadas técnicas da Estatística Descritiva da seguinte forma:

1) *Estrutura* (Cenário do estudo e alguns elementos mais específicos, números inteiros e relativos e respectivos percentuais); nos indicadores de *Estrutura* – relacionados à “Formação Profissional” considerou-se a capacitação do ACS em TB, sendo a amostra estratificada em 2 grupos: os que realizaram e os que não realizaram capacitação em TB;

2) *Desempenho* (escala ordinal tipo Likert, com respostas categorizadas: “*Insatisfatório*” (valores próximos de 1 e 2); “*Regular*” (próximo de 3), e “*Satisfatório*” (próximo de 4 e 5). Portanto, a medida estatisticamente mais adequada seria a

moda, no entanto, optou-se por utilizar os valores da Média, Desvio Padrão e o Intervalo de Confiança (IC), embora artificialmente, para melhor apresentação dos resultados que foram trabalhados no *Software Statistica 9,0, da Statsoft*, o valor da média foi obtido pela somatória de todas as respostas dos ACS entrevistados à cada questão, dividido pelo total de respondentes;

3) “*Resultado*” (baciloscopias realizadas na AB do DS estudado). Diante da limitação e dificuldade pela falta de registros dessa ação pelo ACS, considerou-se como um indicador indireto de seu desempenho, resultante do trabalho da equipe. Para os cálculos foram empregadas os parâmetros adotados no monitoramento do apoio laboratorial (BRASIL, 2008b).

1) Concentração de baciloscopias de diagnóstico por SR:

$$\frac{\text{nº BK de diagnóstico (1ª e 2ª amostras) dos SR}}{\text{nº de SR investigados (1ª amostra)}} = (\text{Parâmetro 2 lâminas})$$

2) Rendimento técnico do laboratório (percentual de positividade)= Percentual de lâminas examinadas para detecção de uma positiva

$$\frac{\text{nº BK de diagnóstico positiva (1ª e 2ª amostras)}}{\text{nº BK realizadas (1ª e 2ª amostras)}} \times 100 = (\text{Parâmetro 5-10\%})$$

3) Número de lâminas examinadas para encontrar uma positiva (quantitativo de positividade)

$$\frac{\text{nº BK de diagnóstico (1ª e 2ª amostras)}}{\text{total de casos de TB com BK positiva}} = (\text{Parâmetro 25 lâminas})$$

Capítulo 4

Resultados

4.1 Recursos estruturais disponíveis nas unidades de saúde da família para a busca de sintomáticos respiratórios

Das 180 ESF existentes no município, 53 (29,4%) encontram-se no DS III, distribuídas em 37 Unidades de Saúde da Família (USF); destes 31 são individuais (unidades, anteriormente residências, ou escolas que foram adaptadas para funcionar uma ESF); 6 são integradas (unidades construídas de forma padronizada para este fim; em 4 atuam 4 ESF, em 2 atuam 3 ESF). Embora ambas, individuais e integradas, com compartimentos de consultório médico, de enfermagem e de odontologia individualizados, as unidades individuais são menores; dispõem de pouco espaço para o funcionamento de outras áreas (recepção, vacina, ambiente de espera), as integradas possuem áreas amplas, de uso comum (recepção, ambiente de reuniões das equipes, atividades educativas para população e acolhimento coletivo, almoxarifado, farmácia, sala de vacina).

No que tange ao *material* de registros e insumos para BSR, das 53 ESF estudadas: 43(81,1%) dispunham de livro de sintomáticos respiratórios (SR), algumas unidades com poucas anotações, outras sem nenhuma; 48 (90,6%) dispunham de formulário para BK; 43 (81,1%) contavam com potes para a coleta; em nenhuma delas havia geladeira, ou caixa térmica, destinada ao acondicionamento do escarro para exame.

A *cobertura populacional* das ESF é de 82,2%, com algumas áreas isoladas descobertas, as equipes existentes são ampliadas e completas, com uma média de 6-8 ACS, por equipe, sob a supervisão de 1 enfermeiro.

Quanto às características: sexo, escolaridade, tempo de serviço e experiência profissional com tuberculose, dos 108 ACS, 77,6% eram do sexo feminino; 87,0% possuíam ensino médio/técnico, 13% tinham ensino superior completo; 61,7% apresentaram uma mediana de tempo de serviço de 68 meses (>5 anos), 57,0% não tinham experiência com doente de TB.

No que se refere à logística da unidade para o transporte do pote de escarro para o laboratório, 44 (83,0%) USF contam com esse serviço (motoqueiro), de 4 (21,4%) o pote é transportado pelo próprio usuário.

Quanto à organização das unidades para realização da baciloscopia de escarro para diagnóstico da TB, os ACS referiram ser “*satisfatória*” (Gráfico 1).

LEGENDA: 1- A organização da unidade facilita o diagnóstico da TB; 2- O usuário leva o pote de escarro até à unidade; 3- A unidade recebe o pote de escarro; 4- A unidade encaminha o pote de escarro; 5- Dificuldade da unidade em receber o pote de escarro fora do horário;

Gráfico 1- Distribuição das médias e intervalos de confiança, das respostas dos agentes comunitários de saúde, ao componente *Estrutura - Organização* para busca de sintomáticos respiratórios, João Pessoa-PB, 2009.

Observou-se, ainda, que, nas informações extraídas no item “*observações do entrevistador*” contidas no Roteiro de entrevista, a BSR não é realizada de forma sistematizada. Em 17 (32,0%) foi referida rotina para BSR na família, condicionada à existência de um doente de TB. Sendo assim, entende-se que se trata de uma rotina para o controle dos comunicantes ou acompanhamento do doente de TB.

Quanto à formação profissional, constatou-se que, dos 108 ACS, 31 (28,7%) realizam capacitação em TB e 77 (71,3%), não. Dos que realizaram capacitação em TB, 04 (12,9%) tinham também formação específica para o ACS e, dos que não realizaram capacitação em TB 40 (52,0%) possuíam formação específica para ACS, e 37(48%) só tinham o curso introdutório ao serviço.

Os 77 que não realizaram capacitação em TB referiram 30 temáticas de outros cursos realizados, numa frequência de 228 vezes. Não obstante, 10 temáticas aparecem com uma frequência acima de 50,0%, em ordem decrescente:

Hipertensão, 24 (10,5%); Saúde da mulher, 20 (8,8%); Diabetes, 18 (7,9%); Territorialização, 16 (7,0%); DST/AIDS e Visita domiciliar com preenchimento das fichas, 15 (6,6%) respectivamente; Educação Popular, 12 (5,2%); Saúde na comunidade, 11 (4,8%) e Vacina 10 (4,4%).

No *Componente Estrutural-Formação profissional* comparou-se as respostas dos ACS com capacitação em TB(C) e sem capacitação em TB(S) (Gráfico 2).

LEGENDA: 6 - Preparo para identificar suspeitos de tuberculose; 7 - Preparo para orientar sobre a TB; 8 - Preparo para orientar coleta de escarro; 9 - Suspeita que um indivíduo, apresentando tosse, pode estar doente de tuberculose.

Gráfico 2 - Distribuição das médias e intervalos de confiança, das respostas dos agentes comunitários de saúde, ao componente *Estrutura - Formação Profissional* para busca de sintomáticos respiratórios, João Pessoa-PB, 2009.

Os ACS não se sentem preparados “satisfatoriamente” para o desempenho da BSR. Não se observa diferenças significativas das respostas dos ACS com capacitação em TB, e os sem capacitação em TB, exceto quando se trata de *orientar sobre a doença*, na qual, os capacitados em TB sentem-se satisfatoriamente preparados; os não capacitados, sentem-se preparados de forma “regular”. O gráfico mostra a baixa suspeição, principalmente entre os não capacitados em TB.

4.2 O desempenho da busca de sintomáticos respiratórios pelo ACS na família e comunidade

Ao analisar o *Desempenho* da BSR pelo ACS, na família e comunidade investigou-se, primeiramente, a articulação e o apoio da equipe na unidade (Gráfico 3).

LEGENDA: 10 - Os profissionais da equipe conhecem os casos de TB acompanhados pelo ACS? ; 11 - A equipe discute as ações de controle da TB; 12 - Sente-se apoiado em casos de dúvida na tomada de decisões; 13 - Sente-se apoiado em casos de dúvidas frente a suspeita de TB.

Gráfico 3 - Distribuição das médias e intervalos de confiança, das respostas dos agentes comunitários de saúde, ao componente *Desempenho* (focando a equipe na unidade - conhecimento dos casos e apoio), para busca de sintomáticos respiratórios, João Pessoa-PB, 2009.

O desempenho da BSR pelo ACS, sua articulação com a equipe, e apoio da equipe ao seu trabalho, apresenta-se, de um modo geral, “regular”, destacando-se como “satisfatório”, o apoio às tomadas de decisões, avaliada pelo ACS.

Quanto ao desempenho do ACS, na família e comunidade, comparou-se as respostas dos ACS com capacitação em TB (C), e sem capacitação em TB (S), primeiramente na família (Gráfico 4); depois apresentou-se na comunidade (Gráfico

5) pelas peculiaridades dos aspectos que envolvem cada segmento da atenção do cuidado prestado pelo ACS.

Obs: Exclusivamente, na variável 19 - *Frequência com que realiza as visitas domiciliares*, as médias dos escores 2,0 (capacitados), e 2,1 (não capacitados) significam realização de 1 a 2 vezes ao mês, compreendendo-se, portanto, como desempenho “satisfatório”.

LEGENDA 14 - *Realiza visita domiciliar após às 18h*; 15- *Tem dificuldade de encontrar as pessoas em casa*; 16 - *Leva um pedido de baciloscopia para o usuário de sua área*; 17- *Ensina o usuário a coletar o escarro*; 18 - *Ensina o usuário como armazenar e encaminhar o pote de escarro*; 19 - *Frequência com que realiza as visitas domiciliares*; 20 - *Questiona tosse há mais de 3 semanas entre os comunicantes*; 21 - *Questiona tosse há mais de 3 semanas durante sua VD*; 22 - *Comunica ao enfermeiro quem tosse há mais de 3 semanas*.

Gráfico 4 - Distribuição das médias e intervalos de confiança, das respostas dos agentes comunitários de saúde às variáveis de busca de sintomáticos respiratórios, na família, João Pessoa-PB, 2009.

O Gráfico 4 não mostra diferenças significativas no desempenho da BSR, na família e na comunidade, entre os ACS com capacitação em TB(C) e sem capacitação em TB(S). No geral, as médias das respostas dos ACS capacitados apresentam-se mais elevadas, representando um fazer com mais frequência das ações.

O desempenho dos sem capacitação em TB foi “insatisfatório” e dos com capacitação em TB “regular” nas seguintes variáveis 22- *Comunica ao enfermeiro quem tosse há mais de 3 semanas* foi a que apresentou melhor desempenho do ACS. 14- *Realiza visita domiciliar após às 18h*; 16 - *Leva um pedido de baciloscopia para o usuário de sua área*; 17- *Ensina o usuário a coletar o escarro*; 18 - *Ensina o usuário como armazenar e encaminhar o pote de escarro*, apresentaram. As demais foram avaliados como “regular” em ambos os ACS, com e sem capacitação em TB.

No que se refere ao desempenho da BSR pelo ACS na comunidade, apresentada no Gráfico 5, não se observam diferenças significativas.

23 - Frequência que realiza reuniões com a comunidade para discutir TB; 24- Orienta as pessoas da comunidade sobre a TB; 25 - Realiza ações de saúde junto a parceiros da comunidade para identificar sintomático respiratório.

Gráfico 5 - Distribuição das médias e intervalos de confiança, das respostas dos agentes comunitários de saúde às variáveis de busca de sintomáticos respiratórios, na comunidade, João Pessoa-PB, 2009.

O Gráfico 5 apresenta uma contradição entre as respostas, tanto dos ACS capacitados, quanto as dos não capacitados em TB, nas seguintes variáveis 23 - *Frequência com que realiza reuniões com a comunidade para discutir TB* e 24-

Orienta as pessoas da comunidade sobre a TB. Compreende-se que, a resposta ao desempenho da variável 23 como “regular” refere-se às campanhas de TB, mesmo assim, as reuniões não são utilizadas como um meio de discussão sobre a problemática da TB, revelando baixa ou quase nenhuma ação conjunta com a comunidade para BSR e detecção de casos.

4.3 Resultado da BSR realizada pelo ACS, a partir das baciloscopias de escarro realizadas no período de 2009-2010

Ao considerar os resultados da BSR como a finalização da ação, e impacto do desempenho do ACS, no diagnóstico e controle da TB, constatou-se que o total de casos notificados de tuberculose no município, nos anos de 2009 e 2010, foi de 517 e 449 respectivamente; destes, 181(35,0%) e 179 (39,8%) respectivamente foram diagnosticados na AB do DS III. Não surpreende que no período, apenas 2 (1,1%) e 3 (1,7%) foram diagnosticados pela AB, em comparação com os 179 (98,8%), e os 176 (98,3%) diagnosticados pela rede hospitalar no mesmo DS, incluindo o Pronto Socorro municipal.

Considerando os registros em laboratórios de referência, e os parâmetros de monitoramento preconizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008b), investigou-se as baciloscopias de diagnóstico (1ª e 2ª amostra) realizadas do DSIII, nos anos de 2009 e 2010, que apresentaram um total de 310 e 361 baciloscopias realizadas, incluindo pronto socorro municipal e hospitais.

A partir da população cadastrada nos anos de 2009 (149.627) e 2010 (206.421), e de SR (1%) esperados (1.496 e 2.064) respectivamente, calculou-se (Anexo 1):

- 1) A taxa de *cobertura laboratorial* (BK programadas e realizadas), 8,7% e 5,5%;
- 2) A *Concentração de baciloscopias de diagnóstico por SR*, 1,8 e 1,5;
- 3) O *Rendimento técnico do laboratório* (quantitativo de positividade) 7,6% e 3,0% ;
- 4) O *Número de lâminas examinadas para encontrar uma positiva*, 15 e 66;
- 5) Os casos identificados foram 16 (por 18 BK positivas) e 06 (por 12 BK positivas);
- 6) 8(3,7%), e 33(15,5%) tiveram resultados de “*material inadequado*” .

Chama atenção nos respectivos anos de 2009 e 2010: realização de menos de 2 BK para se diagnosticar um caso (são recomendadas, pelo MS, 2); menos de 5% das BK foram positivas em ambos os anos; o número de 25,3 lâminas examinadas para que se encontrasse uma positiva e 66 realizadas (quando o parâmetro do MS são 25); e todas as baciloscopias de diagnóstico realizadas pelos hospitais, em 2010, tiveram uma concentração maior de bacilos (+++) se comparados com os diagnosticados pela AB (+/++).

Acompanhando o percurso dos SR, que tiveram resultado “material inadequado”, apenas 5 (15,1%) retornaram à outros serviços, alguns meses após, para repetir o exame, destes, 1 teve resultado de BK (+++), diagnosticado pelo Pronto Socorro Municipal.

Esse quadro descrito nos parágrafos anteriores sobre o resultado do desempenho refere-se ao levantamento das BK realizadas em todo DS III, numa visão macro; no entanto, quando se debruça sobre os dados de algumas unidades isoladamente, percebe-se que o quadro não ocorre de forma homogênea.

Existem USF que diagnosticam casos de TB, advindos da identificação, orientação e coleta do escarro pelo ACS; os resultados das BK sempre são concluídos com a realização de 2 baciloscopias; nenhuma com resultados “material inadequado” , e , surpreendentemente, o resultado chega a USF em 24-48h (o enfermeiro telefona para o laboratório referindo urgência). Essas Unidades são responsáveis, proporcionalmente à população adscrita, pelos maiores números de casos de TB, diagnosticados na AB, se comparados a outras unidades que constituem esse nível de atenção, no município.

Capítulo

Discussão

É importante, primeiramente, ressaltar que neste estudo, não se trabalhou com o conceito de “avaliação do desempenho” como um processo, pelo qual a organização (instituição, setor, departamento) identifica em que medida cada trabalhador contribui, para satisfazer os objetivos estratégicos, e atingir os resultados da organização; assim o desempenho individual foca a capacidade, e a responsabilidade única de cada profissional avaliado; a avaliação do sistema considera toda extensão e impacto dos seus serviços (REERINK, 1987).

Não se pretende, avaliar o desempenho do ACS isoladamente, mas, articulado a outros componentes do serviço, pressupondo que o desempenho da BSR precede de componentes *Estruturais* do serviço, o qual deve oferecer subsídios para o próprio desenvolvimento do ACS, a fim de que produzam resultados, portanto, os três componentes principais da avaliação do serviço de saúde, apresentados por Donabedian (1980): Estrutura, Processo e Resultado (E-P-R).

O aumento da detecção de casos de TB, por meio do fortalecimento do sistema de saúde na AB, e o controle da doença, são prioridades para 2006-2015, destacada pelo Plano *Stop TB* (WHO, 2008). No Brasil, a BSR é uma ação normativa do PCT, operacionalizada na AB por meio da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2008a). O desempenho dessa ação, pelo ACS, precede uma estrutura da unidade a fim de produzir um resultado.

Nessa perspectiva, a avaliação do desempenho, realizada no estudo, a partir dos componentes da avaliação do serviço E-P-R (Donabedian, 1980), evidencia que no *Componente Estrutural*, as equipes ampliadas e a elevada *cobertura populacional* (82,2%) correspondem ao avanço da implantação e à implementação da estratégia de saúde da família (SF), no estado da Paraíba.

O aumento é observado em todo país e constitui prerrogativa do MS de expansão da estratégia SF em todo país, diante dos ótimos resultados já alcançados, no atendimento da população, desde sua implantação (BRASIL, 2010b). Preconiza-se que haja um número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de até 12 ACS por equipe de Saúde da Família; O atendimento deve ser prestado na Unidade ou no domicílio, pelos profissionais, que são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, em delimitada área geográfica; O principal propósito da

Estratégia SF é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases, e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família, por meio da priorização de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua (BRASIL, 2010b).

Constatou-se que há uma boa cobertura de ESF, e de ACS, embora tenha-se detectado algumas áreas descobertas. Sobre essa cobertura, concorda-se com Teixeira (2004), quando refere que, apesar da expansão da Estratégia de SF, ainda não se pode afirmar que as ações, e os serviços produzidos refletem uma mudança de conteúdo das práticas. Segundo Palha e Villa (2003), ainda faltam evidências que apontem-na como uma estratégia suficiente e capaz de reorientar o modelo de assistência vigente.

Ressalta-se que, embora não tenha sido o foco desse estudo, analisar os indicadores epidemiológicos e operacionais da tuberculose, entre as USF, observou-se que a distribuição desses, não são homogêneos. Algumas unidades apresentam indicadores mais favoráveis se comparadas com indicadores de outras USF na mesma área de cobertura, carecendo de estudos mais aprofundados de avaliação do serviço, gestão local e microgestão.

Considerando-se em cada contexto, não apenas as desigualdades sociais, regionais e intraregionais, mas a compreensão dos processos intermediários, das situações dos desempenhos institucionais locais; peculiaridades de cada território ou da condução das ações em cada USF.

Quanto aos recursos *materiais para a BSR*, as USF apresentaram um quantitativo satisfatório de: livro de SR, pote, formulário específico, e boa logística de transporte de escarro, para o laboratório. Contudo, a subutilização do livro de SR, valioso instrumento de informações, que auxilia na avaliação e no monitoramento da BSR, é compreendido como o não reconhecimento da equipe sobre a importância desse recurso; atribuindo-se isso à falta de um processo educativo, de supervisão, e de gestão, que conduziriam ao seu preenchimento de forma adequada.

A falta de geladeira, ou caixa térmica para o acondicionamento de escarro destinado ao diagnóstico, resulta em perdas de material e do próprio paciente (Nogueira, et al. 2007) que, muitas vezes, não retornam ao serviço.

A subutilização de material, ou a falta dos mesmos podem ser consideradas exemplos simples do papel indutor do estado, representado pelo fornecimento de

materiais às unidades, sem qualquer integração gerencial e de conscientização sobre a importância desses recursos (BODSTEIN, 2002).

Quanto à *organização do serviço*, considerada satisfatória, de um modo geral, favorável ao diagnóstico da TB com entrega, recebimento e encaminhamento do pote ao laboratório para exame diagnóstico (Gráfico 1), apresenta *Dificuldade da unidade em receber o pote fora do horário*, que acredita-se estar relacionada à inexistência de material para o acondicionamento do escarro. A solução imediata consiste em acionar o transporte do laboratório, em caráter de urgência ou orientar o próprio paciente para que, ele próprio possa conduzir o pote até o devido local. Esta segunda alternativa requer tempo e custos financeiros, do paciente para sua locomoção; isso fragiliza a continuidade da ação, que é de responsabilidade do serviço, comprometendo a integralidade da atenção (MARCOLINO, 2009; NOGUEIRA, 2007; MATTOS, 2001).

Ainda sobre o *Componente Estrutural – Organização*, concorda-se com a assertiva de que o problema no controle da TB *não está apenas na forma de detectar e tratar, mas principalmente na forma de organização dos serviços de saúde para detectar e tratar os casos de TB* (WHO, 1999). Ressalte-se: a atuação do enfermeiro, a quem compete planejar, supervisionar, coordenar e avaliar o desempenho da BSR, pelos ACS, é fundamental. Contribui para a organização do serviço e para o atendimento da demanda referenciada, além de facilitar a relação entre os profissionais da ESF – ACS.

O planejamento do processo de trabalho, necessário à organização do serviço, deve ser realizado pela equipe, de acordo com o perfil dos sujeitos a serem assistidos, sem desconsiderar sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural (BRASIL, 2006). Isso não é tarefa fácil, requer um sólido processo de formação profissional, principalmente porque a APS é uma área de “especialização” que requer formação específica (STARFIELD, 2002; ALMEIDA; MACINKO, 2006).

Para a avaliação do *Componente Estrutural - Formação Profissional* partiu-se da *escolaridade* do ACS, pelos aspectos históricos que envolvem o reconhecimento legal da profissão, e pela política do Ministério da Saúde (MS) de ampliação da escolaridade dos trabalhadores saúde, com vistas à aumentar a qualidade de resposta do setor.

O nível médio predominante entre os ACS deste estudo mostra um atendimento acima das exigências legais da profissão preconizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002; 2006); e corrobora com outros estudos que envolvem essa categoria profissional (FERRAZ; AERTS, 2005; SILVA; DALMASO, 2002; ESCOREL, 2002).

Entretanto, identificaram-se lacunas causadas pelos extremos de escolaridade na atuação do ACS: de um lado ACS sem formação específica da profissão e/ou sem capacitação em TB; e do outro, ACS com nível superior, embora não diretamente relacionado à área de saúde. Se por um lado, como afirmam Ferraz e Aerts (2005), quanto maior o nível de escolaridade, maior possibilidade de compreensão da problemática em saúde; por outro, na realidade estudada, pode refletir a problemática do um mercado de trabalho restrito, possibilitando, em momento oportuno, a migração do profissional para sua área de formação superior, o que representa um risco ao fortalecimento do vínculo do serviço com a comunidade.

Acredita-se que a experiência com tuberculose, apresentada por quase 50% dos entrevistados, e o tempo de serviço apresentado maior de 5 anos, podem favorecer à prática do ACS. Concorde-se com Hashin, Kubbaissy e Dulayme (2003) quando afirmam em estudo desenvolvido no Iraque, que o tempo de serviço favorece o desenvolvimento de conhecimentos no controle da TB.

Porém, duvida-se que o tempo de trabalho assegure a oferta de serviço qualificado; acredita-se sim, que este SS, favorecido pela formação profissional, permanente, durante todo exercício da equipe de profissionais, pode assegurar a qualidade dos serviços oferecidos à população.

Sobre a formação profissional, as diferenças significativas não encontradas nas respostas entre ACS com capacitação em TB e sem capacitação em TB (Gráfico 2) sugerem reavaliação dos modelos de formação adotados pelos serviços de saúde (CECIM; FEUERWERKER, 2004).

Destaca-se a média das respostas dos ACS que realizaram capacitação em TB, identificada como “satisfatória” para *orientar sobre a doença e coleta de escarro*, mas “regular”, para *identificar um SR* e *suspeitar que tosse pode ser sinal de TB*. Aqui, duas considerações de relevância ficam evidentes: a primeira ação traz a necessidade de conhecimento mais técnico e operacional; a segunda, requer

conhecimento para identificar SR, que envolve escuta, observação e acompanhamento.

Nessa direção, Nogueira et al. (2007) afirmam que os profissionais tendem a não valorizar a tosse como um sintoma da TB, e a considerar casos agudos, ou crônicos “agudizados”, em detrimento da promoção e prevenção de doenças. A mudança de prática exige a priorização da tuberculose pelo serviço, e, segundo os referidos autores, a incorporação da BSR pelo ACS no cotidiano de sua prática, aliado a um consistente processo de formação profissional.

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

Analizando o programa de qualificação do agente comunitário, Tomaz (2002) comenta que nele está reunido basicamente um tripé, em que consta: identificação de sinais e situações de risco; orientação para famílias e comunidade, e encaminhamento/ comunicação à equipe sobre os casos e situações identificadas. Isso coloca o trabalho do ACS em posição de impulsionar a consolidação do SUS.

No entanto, essa consolidação, depende de um conjunto de fatores técnicos, políticos, sociais e o próprio envolvimento de diferentes atores. Necessita de processos inovadores de formação e capacitação, que resgatem a capacidade do sujeito de criar e recriar saberes e práticas de sua realidade cotidiana.

Neste sentido, concorda-se com Nogueira et al. (2011a), que apontam que a ideia tradicionalista de capacitação profissional, insiste em permanecer nos processos de formação, pautado em conhecimentos, puramente técnicos e no modelo biologizado, ainda hegemônico na saúde, divergente, em sua essência, dos sentidos do princípio da integralidade (MATTOS, 2001). A linha de capacitações nas quais se desdobram cursos e treinamentos, tradicionalmente, propõe prescrições de trabalho aos profissionais, em lugar de compreender a gênese de cada problema (CECCIM, 2005).

Diferentemente da idéia tradicionalista, defende-se a Educação Permanente em Saúde (EPS) como proposta de formação profissional em saúde; concorda-se com os autores a seguir, que abordam-na como “aprendizagem significativa”, promovendo sentidos (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994). Complementa esse

pensamento, Ceccim (2005), quando afirma que, a EPS possibilita a construção da integralidade em saúde, visto que promove articulação entre gestão, atenção, ensino e controle social. E Mehry (2003) afirma que a EPS versa sobre o reconhecimento do mundo do trabalho como uma escola, justificando ainda que, a compreensão sobre a natureza do trabalho em saúde, e as tecnologias envolvidas em sua produção, desafia a maneira de pensar a aprendizagem e a produção de conhecimento do trabalho vivo na produção do cuidado.

Direcionando para tuberculose, o PNCT apresenta a EPS como meta prioritária, entre outras questões, para capacitar profissionais no gerenciamento e supervisão em serviço e atualizar as equipes de saúde (BRASIL, 2000). Como política de formação dos recursos humanos para o SUS, a EPS traz uma proposta de recomposição das práticas de formação, submetendo os processos de educação técnica à ampla permeabilidade das necessidades e direitos de saúde da população, da universalização e equidade das ações e serviços de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

No entanto, a EPS não tem funcionado como se propõe, nem tem avançado no ritmo necessário às mudanças, por envolver aspectos subjetivos (conscientização pessoal e profissional, compromisso político e de gestão setorial), e aspectos contextuais (co-participação intersetorial, de planejamento, de financiamento e de gestão da saúde), para sua necessária efetivação (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A educação em serviço quando coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica, submetidos a um projeto de mudanças da orientação política das ações prestadas, pode ser equivalente à Educação Permanente (CECCIM, 2005).

Considerando que as demandas para educação em serviço, prioritariamente, nascem, e são construídas no cenário de prática, pode-se concluir que, à luz da EPS, a tuberculose ainda não foi problematizada, no contexto estudado, como uma questão prioritária de formação e de prática do ACS. Bem como, na perspectiva tradicionalista, não é prioritária na capacitação profissional, atestado pela simples observação de que não aparece entre as 10 temáticas das capacitações oferecidas pelo serviço ao ACS, estando no topo da lista, Hipertensão, 24 (10,5%) e Saúde da mulher, 20 (8,8%), na frequência de ocorrência das respostas dos participantes.

Neste sentido, muito ainda se tem que avançar no processo de qualificação e requalificação dos ACS, que possibilite sua participação, de maneira integrada, junto à equipe e aumente a resolutividade do serviço frente à BSR.

No *Componente Desempenho – Apoio da equipe* avaliado pelo ACS como “satisfatório” na *tomada de decisões* para a BSR, acredita-se que esteja relacionada apenas à determinação de ações a serem realizadas, uma vez que a participação da equipe requer outras questões, que não ocorrem, de forma “satisfatória”, como o *conhecimento e discussão dos casos* e socialização das *dúvidas do ACS* na equipe (Gráfico 3).

As reuniões semanais, prática adotada pelas ESF, oferecem um importante espaço, para discussões entre os profissionais, das práticas adotadas, inclusive para a operacionalização da BSR, se orientadas pela lógica do trabalho coletivo.

Partindo-se do princípio de que a lógica do serviço se reflete sobre o trabalho dos profissionais, é de se esperar que, no caso da TB, a concepção curativa e intervenções “campanhistas” ainda estejam presentes, sendo observado que as discussões sobre a doença, sempre estão condicionadas à existência de caso na área; os profissionais, não só o ACS, tendem a vincular a BSR exclusivamente aos comunicantes.

Compreende-se “apoio” da equipe como uma ação coletiva, que envolve mutuamente o comprometimento e a participação entre todos os sujeitos envolvidos no processo de trabalho, permitindo tomada de decisões mais seguras, sobre um determinado assunto. Ao procurar ampliar a participação visa-se aumentar a capacidade de cada profissional, de governar a forma de implementação suas ações.

A “tomada de decisões” remete à governabilidade do ACS, no sentido de autonomia sobre sua prática profissional, e sobre o seu “fazer” (RODRIGUES, et al., 2010). Merhy (2002) refere sobre a governabilidade dos profissionais de saúde sobre seus próprios atos, quando afirma que são possuidores do que melhor a tecnologia em saúde fornece: o saber, o conhecimento e o trabalho vivo em ato (exercício do autogoverno). A dimensão das ações do ACS, em contexto específico, é determinada pelo próprio profissional, ou seja, é um trabalho técnico, permeado de subjetividades.

Evidencia-se, pois, que o desempenho da BSR pelo ACS é uma ação complexa, que assume posição estratégica do agir tecnológico (Muniz, 2005), e do

criar espaços relacionais; de escuta qualificada e de vínculos: afetivos e efetivos (Ferreira et al., 2009); exige conhecimento técnico e social (Silva; Dalmaso, 2002) para que seja desenvolvimento na família e comunidade, aumentando a capacidade resolutiva das USF.

O conhecimento técnico relaciona-se aos saberes epidemiológicos e clínicos dos agravos e das situações de risco, para a prevenção de agravos e monitoramento de grupos específicos; quanto aos conhecimentos sociais, são oriundos da saúde coletiva (políticas públicas, direitos sociais e organização social); são necessários ao desempenho do ACS pelas contribuições de seu papel na construção da cidadania e da inclusão social (Silva; Dalmaso, 2002) dos indivíduos e família na comunidade.

Quanto ao *Componente Desempenho - na Família*, o conceito de família, adotado neste estudo trata do mais forte vínculo afetivo entre os indivíduos; é base para identidade social e sobrevivência espiritual, através dos quais os modos de vida de seus indivíduos são construídos (GOMES; PEREIRA, 2005).

A abordagem ao indivíduo e família, exige o respeito às diferenças individuais. Espera-se que o ACS, de acordo com suas atribuições no controle da TB, possa desenvolver atividades na família tais como: vigilância da saúde (acompanhando todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, por meio da visita domiciliar (VD), de acordo com a programação da equipe; registros na ficha do SIAB (B-TB), mantendo-a atualizada; prevenção da tuberculose (realizar ações educativas sobre TB; identificar os SR; encaminhar ou comunicar um caso suspeito à equipe; orientar a coleta e o encaminhamento do escarro dos SR; orientar e encaminhar os contatos para consulta e diagnóstico quando necessário) e promoção da saúde (práticas individuais ou coletivas que promovam qualidade de vida e saúde) (BRASIL, 2006; 2008a).

A Busca de Sintomáticos Respiratórios (BSR), ação programática, preconizada pelo PCT, é uma ação com metas a serem alcançadas, a partir do número estimado de SR a serem examinados, em uma determinada população. Sua realização é de responsabilidade de toda a equipe de saúde da AB, mas as características do trabalho do ACS favorecem o desenvolvimento dessa ação na identificação precoce de casos intradomiciliares.

Nesta perspectiva, concorda-se com Nogueira et al., (2011b) e Oliveira et al. (2009), o conhecimento da dinâmica familiar é foco das reformas do setor da saúde;

tem como objetivo permitir o acesso igualitário a grupos marginalizados, que são extremamente vulneráveis à saúde com problemas resultantes das precárias condições de vida, como a tuberculose (TB).

A identificação de um SR enquanto indivíduo pertencente a um núcleo familiar simboliza a luta contra a tuberculose em um contexto sócio-cultural específico, relevante para oferecer atenção integral à saúde, haja vista o conceito ampliado de saúde como um retrato da maneira de vida das pessoas (MATTOS, 2004).

Concorda-se com Buffon e Rodrigues (2005) ao afirmarem que, a família é o local mais próximo onde o indivíduo encontra valores, interpretações, percepções, modelos de comportamento, proteção, orientação contra os desafios da vida e os processos associados com ao bem-estar, saúde e doença. Portanto, a ampliação da prática, e a participação familiar possibilitam hábitos favoráveis à prevenção da TB, e à promoção da saúde, bem como do planejamento e do desenvolvimento de intervenções terapêuticas, se necessário, juntamente com a família (ROSA; LABATE, 2005).

Neste estudo, não se observam diferenças significativas entre o desempenho da BSR, na família, pelos ACS com capacitação em TB e os sem capacitação em TB. De modo geral, a ação limita-se a *comunicar ao enfermeiro um SR*, mostrada como “satisfatório” (Gráfico 4). Considera-se a ação potencialmente frágil no contexto estudado, tendo em vista que, essa comunicação depende da suspeição de SR; como já visto, o ACS não se sente preparado de forma “satisfatória” para tal.

A avaliação dos atos de *levar um pedido de BK, orientar para coleta e armazenamento do escarro e encaminhar à unidade*, como “insatisfatório” é preocupante, pois se constitui numa tríade essencialmente operacional, o eixo prático da ação. O caráter reducionista da BSR sinaliza para a falta de motivação, capacitação e supervisão do ACS no desempenho pleno da ação na família, sejam por omissão do enfermeiro, da equipe ou gestor local; o contrário possibilitaria, entre outras questões, sua co-participação, conscientização do profissional e compromisso no controle da TB, para cumprirem eficazmente suas responsabilidades específicas com apropriada supervisão (PNCT, 1999).

Destaca-se pois, a responsabilidade maior do enfermeiro, a quem, entre suas atribuições, compete: planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS (BRASIL, 2006). Constata-se a assertiva de Teixeira

(2004), em que a forma de organização do processo de trabalho nas ESF, obedece a uma tendência à burocratização do processo de gerenciamento, não envolvendo, ativamente, profissionais da gestão - equipe. Estudo desenvolvido por Muniz (2005) observou que após capacitação de enfermeiros e ACS para ações de controle da TB, a frequência da BSR pelo ACS aumentou, quando supervisionada pelo enfermeiro, voltando a diminuir à medida que a supervisão diminuía.

Durante a *visita domiciliar*, realizada quantitativamente de maneira “satisfatória” (1-2 vezes/mês), é esperado uma abordagem familiar que considere as singularidades de seus sujeitos sociais (uma vez inserido num contexto social, o sujeito não pode ser analisado fora dele). Assim, deve-se implementar ações, com características diferentes e específicas no acolher, no informar, no atender e no encaminhar de acordo com as peculiaridades de cada família (RODRIGUES; SANTOS; ASSIS, 2010). No caso da TB somar à sensibilidade do olhar peculiar, à capacidade de reconhecer um indivíduo com tosse há mais de três semanas, associando-se à possibilidade de ser um caso de TB.

A BSR entre os comunicantes, desempenhada de forma não satisfatória, como foi identificado neste estudo, representa que os ACS não estão sensibilizados do para a problemática, ou, nem mesmo, para a exigência normativa desta ação pelo PCT.

A situação se agrava, quando se percebe, que os ACS não capacitados em TB, *investigam tosse há mais de 3 semanas*, de forma menos frequente entre comunicantes, do que entre indivíduos, sem indicativo aparente de SR durante VD de rotina. Há uma inversão na conduta técnica, deixando transparecer a falta de direcionamento do olhar do ACS, no curso da VD para a TB.

A atividade de *orientação para coleta de escarro com distribuição do pote e formulário para BK*, avaliadas de forma “regular”, pelos capacitados em TB, foi apresentada pelos ACS como ação exclusiva do médico ou enfermeiro, centralizada na unidade. A descentralização da BSR por meio do trabalho do ACS durante as visitas domiciliares tornaria o acesso ao diagnóstico da TB, mais rápido e próximo ao indivíduo, à família e à comunidade, como propõe a política da Estratégia Saúde da Família. O acesso do usuário à imediata informação adequada, supervisão na coleta e entrega do escarro ao laboratório são fundamentais, e evitam: desgaste do usuário, e da credibilidade do serviço; demora do diagnóstico e exposição da família e comunidade à propagação do bacilo.

O ACS deve construir e desenvolver competências para o desenvolvimento da VD, não só para aquelas onde há caso de TB, mas para toda e qualquer família quanto à presença de fatores de risco apresentados de três formas: 1) presença de hábitos de fumar, uso de drogas, lícitas ou ilícitas, inatividade física, entre outros; 2) Doenças genéticas ou infecciosas, extremos de idade e outras causas decorrentes do ciclo de vida; 3) Situação socioeconômica (NORONHA; ANDRADE, 2002).

Destaca-se que o ACS uma vez capacitado, sua percepção sobre as questões contempladas nos itens 1 e 2, apresentado no parágrafo anterior, envolve a dimensão da integralidade de sua própria ação.

Essa dimensão nos remete à questão da governabilidade, autonomia e tomada de decisões abordada anteriormente, neste estudo, no mesmo componente *Desempenho*. A dimensão das ações do ACS na família em contexto específico é determinada pelo próprio profissional, ou seja, é um trabalho técnico, permeado de subjetividades, compromisso e determinação do querer fazer, se dispor a fazer (MATTOS, 2004). A subjetividade também media a relação de vínculo e confiança que se estabelece entre profissional e usuário, essa relação é contínua, pessoal e intransferível (CECÍLIO, 2001). Assim pode-se afirmar que depende puramente da capacidade relaciona, de comunicação e interação do ACS.

Sobre a situação socioeconômica, citada no item 3, é sabido que na problemática social da TB, indivíduos de baixa renda, vivendo em áreas urbanas densamente povoadas e famílias numerosas, experimentando condições precárias de habitação e educação, são mais vulneráveis à TB.

O aumento na incidência dos casos de Tuberculose, no Brasil, relaciona-se também, à questão da vulnerabilidade social: baixa renda familiar, educação precária, habitação ruim/inexistente, crescimento das populações marginais, a epidemia de HIV/AIDS, o envelhecimento da população, os movimentos migratórios, desnutrição alimentar, dependências químicas, lícitas e ilícitas e doenças infecciosas associadas (BRASIL, 2002; RUFFINO - NETTO, 2002).

Diante do contexto apresentado no parágrafo anterior, evidencia-se o importante papel do ACS na vigilância da saúde, além do domicílio, estendendo seu cuidado à saúde da comunidade, atentando, principalmente para as situações de risco (BRASIL, 2006).

No que tange ao *Componente Desempenho - na comunidade*, o desempenho do ACS requer conhecimento das características sócio-culturais, rompendo, com a

verticalidade da relação profissional-usuário frente aos problemas de saúde (NORONHA; ANDRADE, 2002). Assim, o trabalho comunitário do ACS objetiva construir coletivamente novas alternativas de enfrentamento dos problemas de saúde sem que, para isso, sejam negadas a cultura e a vivência dessa comunidade (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2006).

Nesse sentido, a formação profissional é imprescindível, não só para o bom desempenho de ações programáticas de controle da TB, mas, principalmente, para: tomada de decisões; utilização de recursos disponíveis; interação com os indivíduos e comunidade; na busca cotidiana do aprimoramento e transformação das práticas e organização do serviço (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Espera-se do ACS, que, a partir de suas atribuições, seja capaz de: construir pontes entre os serviços de saúde e a comunidade como co-responsáveis pela saúde da população de sua área de abrangência; identifique prontamente seus problemas, atuando no trabalho de prevenção de doenças, promoção da saúde (NUNES et al., 2002; HAINES et al., 2007; SILVA et al., 2004) Bem como, o controle dos agravos, nos demais espaços da comunidade (BRASIL, 2008a).

Direcionando esta expectativa para a problemática da TB, os planos nacionais e consensos para o controle da doença no Brasil, têm contado com o trabalho do ACS na BSR como forma de ampliar o acesso ao diagnóstico da doença na esfera comunitária. Espera-se uma prática que permita a identificação de casos suspeitos na comunidade, em lugares onde se concentram populações mais vulneráveis à tuberculose: asilos, presídios; assim como, estratégias educativas: reuniões comunitárias em igrejas, associações de bairro, cheques, escolas, legitimadas pela participação da comunidade e de seus representantes.

Neste estudo, o desempenho dos ACS (os que realizaram capacitação em TB e os que não realizaram capacitação em TB) foi “regular” para realização de reuniões com a comunidade, e completamente “insatisfatório”, para orientação sobre a TB, e realização de parcerias com a comunidade para identificar SR (Gráfico 5), constatando-se a assertiva de Nogueira et al. (2011b), a BSR na comunidade, não parece ser, ainda uma prática estabelecida pelos serviços, tornando evidente a não prioridade da tuberculose nas ações do ACS.

Tomando o PCT como normativo das ações programáticas de BSR de forma descentralizada para a AB, a situação nos remete ao pensamento de Bodstein (2002), que alerta para o risco da descentralização, citando as ações fragmentadas

dos profissionais, nas quais, muitos desconhecem os reais problemas de saúde de sua comunidade, que justificam determinadas ações específicas no seu trabalho. Não só as questões biológicas, mas as econômicas e socioculturais determinam necessidades de saúde da comunidade (NOGUEIRA et al., 2011b; OLIVEIRA et al. 2009).

Seguindo esse pensamento, problemas associados à TB implicam numa diversidade de alternativas para seu enfrentamento na comunidade; não se trata de um processo simples, pois dependem de interações e ações coordenadas pelos diferentes segmentos sociais a fim de produzirem respostas eficazes (NORONHA, 2002). Estas, exigem uma reorganização da rede e do processo de trabalho conjunto onde profissionais e comunidade sejam encorajados a seguir, com autonomia e co-responsabilidade (RIBEIRO, 2004).

Entretanto, é preciso atentar para, as metas quantitativas impostas programaticamente ao ACS, que muitas vezes, não acompanham a dinâmica do trabalho na comunidade (STOTZ; DAVID; BORNSTEIN, 2009).

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

O trabalho comunitário exige que o ACS, mostre-se familiarizado com os valores, costumes e linguagem da comunidade, produzindo elo entre o uso de tecnologia/conhecimento em saúde e a cultura local (NUNES et al., 2002; HAINES et al., 2007; SILVA et al., 2004) Assim, práticas alternativas, complementares e comportamentos em busca da saúde com o uso de ervas e religião, devem ser valorizados.

A inclusão do pensamento de Geertz (1978) torna-se pertinente nesta discussão, o autor defende a idéia da cultura como uma “teia de significados”, atribuídos pelos sujeitos, que dela se constituem.

Nessa perspectiva, vale ressaltar as concepções culturais, os sentidos da tuberculose, historicamente construídos, no imaginário popular da comunidade. Esse imaginário, acentuado pela desinformação, pode gerar o estigma e o preconceito, que, muitas vezes, conduz o SR, ou mesmo doente de TB, a esconder seu problema, ou optar ser diagnosticado e tratado em outra instituição de saúde, até

mesmo o hospital. Outro problema se instala, devido a responsabilidade que USF tem por uma área adscrita específica, e, de forma não rara, cria-se constrangimentos ao indivíduo, pelo não atendimento.

O ACS deve desenvolver a percepção exata da situação apresentada, e oferecer orientações adequadas para a comunidade, vislumbrando práticas de saúde mais condizentes, e construção de novos conhecimentos pela comunidade; isso se dá a partir da compreensão dos fatores de risco da doença.

Outra questão importante no trabalho na comunidade pelo ACS é tratado, por Costa, Unfer e Oliveiras (1997), que exprimem a exigência de responsabilidade, disciplina e estabilidade emocional para: lidar com os mais variados problemas da comunidade; ter de bom manejo para atuar em ambientes coletivos e ter a capacidade de solucionar problemas compatíveis com sua habilitação.

Nessa direção, aponta-se três caminhos que precisam ser trilhados pelo ACS: 1) falar abertamente sobre a doença, destituído de qualquer censura e saber ouvir naturalmente; 2) procurar fornecer subsídios para a conscientização dos indivíduos de maneira a se reconhecerem, se for o caso, como possível caso de TB e, 3) apoiar, promovendo segurança e tranquilidade ao indivíduo, à família e à comunidade para que, se confirmado o diagnóstico, haja adesão terapêutica da TB e apoio de todos.

Acredita-se que, a não observância dos caminhos, abordados no parágrafo anterior, o desempenho do ACS está fadado ao descrédito, à intensificação do preconceito e à ausência de multiplicadores de saúde, que poderiam aliar-se ao seu trabalho, no seio da comunidade.

Um forte aliado ao trabalho do ACS na comunidade é a comunicação em saúde que diz respeito a utilização de estratégias de comunicação, para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos, e das comunidades, na busca da sua saúde (TEIXEIRA, 1996).

Em relação à BSR, a comunicação é utilizada como ferramenta tecnológica na abordagem de SR e na propagação de informações em escolas, locais de trabalho e na comunidade sobre a doença e comportamentos de saúde, visando evitar ou minimizar os riscos. A comunicação não verbal deve ser utilizada pelos sujeitos envolvidos no processo de cuidar, e precisam ser levadas em consideração pelo ACS. Ela pode revelar informações importantes, tanto para o ACS, quanto para

o indivíduo que necessita de e orientações, cuidado, observação e acompanhamento.

Ainda sobre comunicação, outro aspecto são os meios de comunicação social; se utilizados de forma direcionada, podem auxiliar na compreensão da comunidade sobre a problemática da TB, e, despertar políticas efetivas pelos governantes, além de incentivar a participação comunitária, em tempo integral, permanentemente vinculada à realidade, esperando-se assim, que possa mostrar impacto sobre o problema em pauta (RUFFINO- NETTO, 2001).

Os meios de comunicação são formadores de opinião; podem estimular a co-responsabilidade da comunidade nos problemas de saúde, como uma questão de cidadania.

Sobre a participação comunitária, concorda-se com Silva et al. (2004), que apontam-na como a possibilidade do sujeito-usuário influir no planejamento e a dinâmica de funcionamento do serviço de saúde, seja por meio de órgãos específicos, ou simplesmente participando de reuniões locais nas próprias Unidades de saúde.

Reforçam o pensamento da participação comunitária, Rodrigues, Santos e Assis (2010), acrescentando que, a própria atuação no dia a dia da comunidade, contribui para aumentar a sensibilidade da população, sobre o processo saúde-doença, seus determinantes e a importância de sua participação. Eis, o tamanho da responsabilidade e da importância que o trabalho do ACS pode representar.

O desempenho do ACS, da BSR na comunidade, aproxima-se do conceito de empoderamento, uma vez que, integra a promoção da saúde com aspectos clínicos da TB. Assim, contribui para quebra do modelo hegemônico; possibilita e incentiva a participação da comunidade, bem como contribui para a consolidação de um novo modelo de atenção à saúde, uma nova forma de se produzir cuidado em saúde (RODRIGUES; SANTOS; ASSIS, 2010; NUNES et al., 2002).

A assertiva dos referidos autores, deve ser concebida sem se desconsiderar outros elementos necessários à consolidação do novo sistema e práticas de saúde como afirma Tomaz (2002); Isso evita a criação de expectativas revolucionárias do trabalho do ACS, este segundo Jorge et al. (2007), não é um “super-herói”, seu trabalho se depara com limites relacionados à resolubilidade de muitos problemas de saúde que chegam até à equipe de saúde da qual depende a continuidade da ação.

Sobre o trabalho em saúde na comunidade, o ACS, enquanto sujeito, é um ser humano que produz um cuidado em saúde, dirigido a propiciar ganhos de autonomia e de vida, próprios e dos usuários da comunidade sob sua responsabilidade; como afirmam Merhy e Feuerwerker (2011) é de alta complexidade, interdisciplinar, intersetorial e interprofissional para sua conclusão final e resolutividade do problema identificado.

Segundo os referidos autores, o contexto é desafiador para todos profissionais de saúde: implica necessidade de produzir novas tecnologias de cuidado; construir equilíbrio entre os diferentes tipos de tecnologias envolvidas no trabalho em saúde; desenvolver um trabalho efetivamente orientado, e mobilizado pelas necessidades de saúde, não somente do usuário, mas do coletivo familiar em questão; superar a fragmentação do sistema de saúde, e produzir continuidade de atenção, no interior de uma linha de cuidado que é produzida, em ato, para cada situação.

Acredita-se que o espaço oferecido à participação da comunidade com as reformas do setor saúde, tem sido favorável ao desempenho do ACS de forma a promover a saúde, e a prevenir a comunidade da TB, por meio da BSR, e agilização do diagnóstico. Contando com parcerias na comunidade, supervisão apoiada no processo de seu trabalho, os ACS poderão contribuir para melhores resultados do desempenho, criatividade e iniciativa dos envolvidos, na perspectiva de respostas mais efetivas do controle da TB.

A BSR permite a identificação da principal fonte de transmissão da infecção: o paciente bacilífero. Ela implica assegurar que todas as etapas do processo diagnóstico para seu desfecho, sejam alcançadas, desde a abordagem do paciente, onde estão embutidos os conceitos de processo saúde-doença, seus aspectos culturais, passando pelas informações sobre a doença, e pela maneira de coletar o escarro, assegurando a chegada do material na unidade laboratorial, até o retorno do resultado à família (NOGUEIRA et al., 2007; DYE et, al., 2003).

Entre outras questões, já apresentadas, o desempenho da BSR, influi na continuidade da ação, por outros segmentos do setor saúde, como baciloscopias realizados em laboratórios de referências para as USF, e refletem uma resposta do trabalho de BSR pela ESF.

As respostas produzidas conduzem ao *Componente Resultado* no processo avaliativo adotado neste estudo; partir dos critérios avaliativos propostos constata-se que os casos diagnosticados por hospitais e pronto socorro apresentaram BK (+++),

e, podem representar: o agravamento do quadro clínico pela demora no diagnóstico; a demora diagnóstica atribuída, entre outras questões, à organização do serviço (abordada no *Componente Estrutura*); a falta de realização da BSR sistematicamente, e de forma planejada; o não atendimento dos objetivos da AB, de porta de entrada do sistema de saúde, segundo Starfield (2002); falta de fortalecimento da integralidade do serviço, transferindo-se a responsabilidade do diagnóstico para outros serviços, quando deveria ser de responsabilidade da AB (MUNIZ et al., 2005; MATTOS, 2001).

A baixa *Cobertura laboratorial* (baciloscopias programadas e realizadas), (Apêndice 2), apresentada, pode ratificar que, os ACS não têm investigado SR na família e comunidade. Entretanto, é oportuno ressaltar que, o número inexpressivo de BK realizadas, acena para a questão dos valores, cálculos e parâmetros que norteiam as metas programáticas, pré-fixadas pelo PCT (BRASIL, 2002; 2008b); isso evidencia a necessidade de estudos epidemiológicos mais aprofundados sobre o comportamento dos casos novos, em variados contextos da realidade brasileira.

A *Concentração de baciloscopias de diagnóstico por SR* mostra que, na realidade estudada, os casos estão sendo diagnosticados, com menos de duas baciloscopias, abaixo do preconizado pelo PCT, que recomenda a coleta de, pelo menos, duas amostras de escarro espontâneo, na rotina de investigação diagnóstica da tuberculose pulmonar. Se possível, deve ser coletada uma amostra de escarro, na ocasião da primeira consulta, e outra, independentemente do resultado da primeira, na manhã do dia seguinte, em jejum (BRASIL, 2008b).

Diversas são as argumentações, utilizadas por profissionais de saúde, frente a essa tomada de decisão diagnóstica, sejam: de evitar a disseminação do bacilo, na comunidade; possibilidade do doente não retornar ao serviço; estágio clínico avançado, somado ao elevado número de bacilos identificados no escarro; as argumentações, quase sempre, revelam problemas na operacionalização da BSR, e, a necessidade de estudos da problemática específica.

Quanto ao *Rendimento técnico do laboratório* (quantitativo de positividade), segundo parâmetro do MS (> 5 a 10%), o resultado de 7,6%, apresentado em 2009, de lâminas positivas, entre todas examinadas, é considerado satisfatório; revela boa qualidade do material para exame; e, 3,0%, apresentado, em 2010, é insatisfatório; indica que, as amostras de escarro, enviadas ao laboratório, não estavam adequadas podendo conter, alta concentração de saliva;

A referida concentração aponta, para problemas no desempenho da BSR, envolvendo as orientações fornecidas, e ou, a própria coleta do escarro. Caso o SR só produza amostras com aspecto de saliva, outras fontes de informação e acompanhamento de sua evolução devem ser adotadas (BRASIL, 2008b).

Já quanto, aos percentuais de positividade, acima dos parâmetros, não foram detectados; ao contrário, seria, indicativo de, BSR não adequada; no caso, as lâminas estariam sendo realizadas em indivíduos, em sua maioria, já doentes.

O percentual de “*material inadequado*”, superior à 15%, em 2010, sugere problemas na coleta, devido, às lacunas operacionais, encontradas na BSR; dificilmente, estaria relacionado ao preparo do material, ou, leitura da lâmina; isso porque há, nos laboratórios, monitoramento sistematizado, da qualidade das lâminas examinadas; diferente da BSR, que ocorre sem qualquer supervisão, registro ou controle.

Ressalta-se a seriedade do problema para o controle da TB, identificado no estudo, e a gravidade desse resultado: apenas 05 (15,1%) dos SR, com BK “material inadequado”, observados no estudo, retornaram à algum serviço de saúde para repetir o exame; dos 05, 01 foi para o Pronto Socorro, provavelmente com clínica agravada, teve resultado, em ambas BK de diagnóstico, positivas (+++).

Acredita-se que, as orientações adequadas, para a coleta de escarro, não estão sendo oferecidas ao SR; isso remete à necessidade de capacitação profissional, e de supervisão, já identificadas e abordadas, no Componente Estrutura (formação profissional e organização do serviço), constatando-se, portanto, que a interrelação dos componentes considerados no estudo, referida por Donabedian (1980).

Outra questão, que merece destaque, é o número de lâminas (66), examinadas pelo laboratório em 2010, para que uma, aparecesse positiva (o parâmetro é, a cada 25 lâminas examinadas, uma deverá ser positiva); o número de positividade, esperado, foi muito inferior, e põe em cheque, a qualidade da suspeição do indivíduo SR e da coleta do escarro.

Quanto à entrega do resultado das BK liberados com 7 a 10 dias, a primeira leitura que se faz é que o laboratório não está contribuindo, de maneira satisfatória, para busca rápida das fontes de infecção na comunidade; o recomendado é até 24 horas (BRASIL, 2008b). No entanto, a demora nessa etapa da ação de BSR, atribui-se: à problemas operacionais (grande demanda), face à centralização laboratorial.

As baciloscopias centralizadas, em um ou dois laboratórios, para atender à realização de exames, de toda população do município, vai de encontro ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde: um laboratório a cada 100.000 habitantes, especificamente para realização de BK. Considerando, o número de habitantes do DS III estudado, a população deveria dispor esse requisito, possibilitando, a agilização do diagnóstico da tuberculose (BRASIL, 2002; 2008b). Eis, uma situação que poderia ser revertida e a necessidade da população atendida; mas, foge da esfera do desempenho, essencialmente técnico, da BSR pelo ACS, e envolve a co-participação da comunidade e os já referidos conhecimentos sociais do profissional.

A falta de registros da BSR, seja ela, na família ou comunidade, foi uma das dificuldades encontradas para o desenvolvimento deste estudo. Bem como, a dificuldade de acesso a algumas USF, devido sua localização geográfica.

Capítulo 6

Considerações Finais

Com base em pesquisas que evidenciam a complexidade do trabalho do ACS, e os problemas no controle da TB, nos serviços de AB, a delimitação da temática em foco, resultou: do reconhecimento da importância da avaliação para o atual cenário de mudanças na saúde; da compreensão de que, a estrutura e organização da USF, adequadas, para a BSR, aliada à formação profissional, podem influenciar, o desempenho do ACS, no diagnóstico e controle da doença.

Esta pesquisa, realizada a partir, dos componentes da avaliação de serviço, *Estrutura, Processo e Resultado*, possibilitou, evidenciar, em vários momentos do processo avaliativo, a interrelação dos elementos que os constituem; e constatou-se os seguintes aspectos:

A boa **Estrutura** quantitativa, de material e pessoal, apresentada no cenário estudado, por si só, não assegurou um desempenho, de um geral, da BSR pelo ACS; a organização do serviço pode influenciar, negativamente, o desempenho dessa ação, quando favorece, sua implementação, pelo ACS, de maneira limitada, e, desarticulada da equipe, e da comunidade, revelando lacunas, no processo de gestão local e de formação profissional.

Ficou claro que a capacitação em TB, realizada nos moldes tradicionalista, não influi, significativamente, no desempenho da BSR pelo ACS, ou não se sobrepõe, à lógica da organização do processo de trabalho da ESF, já delineados.

Quanto ao **Componente Desempenho** propriamente dito, o estudo acena para a convicção de que, nenhuma proposta, de reorientação e desempenho dos ACS, será bem sucedida, se não estiver consubstanciada, por um fortalecido processo de educação permanente; que, envolva profissionais que, lidam na ponta da produção do cuidado em saúde e gestores.

O desempenho do ACS, aliado à gestão e à formação profissional, na organização das ESF, pode produzir um cuidado em saúde na família e comunidade de forma ampliada; na qual a prevenção da TB, por meio da BSR, contribua para reduzir os indicadores da doença e a promover a saúde.

Ressalta-se que, a prevenção da TB, e a promoção da saúde, são potencialmente favorecidas, pelo trabalho do ACS, se, agregado à formação profissional; que, possibilite sua emancipação, enquanto sujeito social, e favoreça o desenvolvimento, da articulação dos espaços, de encontros de subjetividades, singularidades e culturas, na família e na comunidade.

Observou-se, que o desempenho da BSR, nas unidades, não são homogêneos. Recomendam-se estudos, que analisem a micro-gestão das unidades individualmente; maiores investimentos na reorientação das práticas da AB, aliado à um forte processo EPS, que envolva profissionais e gestores, na perspectiva de resultados significativos no processo de diagnóstico e controle da tuberculose.

A formação profissional, baseada na EPS, é desafiadora; transita pela problematização da realidade, na busca de construir e fortalecer consciências, de que , enquanto houver: a dicotomia no discurso e na prática, desenvolvida pelos profissionais que constituem o SUS; e a falta de investimento de recursos financeiros (em áreas socialmente vulneráveis, em recursos humanos qualificados, em equipamentos e em novas tecnologias acessíveis), a política conquistada, por meio da reforma sanitária sempre conviverá , com a ilusão de ser efetivada satisfatoriamente.

Na avaliação do **Componente Resultado** da BSR, realizada pelo ACS, revela ineficácia da ação, enquanto trabalho em equipe, com baixa cobertura de SR examinados e de casos identificados, comprometendo a qualidade do serviço oferecido à população, assim como, a integralidade da atenção preconizada pelo SUS.

O desempenho técnico, dos laboratórios, para a realização das baciloscopias de escarro, foi um bom indicador para avaliação desse componente. Sugere-se considerá-lo como elemento educativo, nos processos de formação e monitoramento promovidos por meio do PCT, de avaliação do serviço na unidade e nos processos de formação profissional.

Enfim, ficou evidente a complexidade do trabalho do ACS, que ultrapassa a lógica puramente biologizada da tuberculose e se depara com a necessidade de sensibilização e compromisso, do profissional e do serviço, com . Espera-se, que sejam fomentadas, discussões sobre a temática evidenciada, estimulando-se pesquisas futuras; assim como, a adoção de novas práticas pelos serviços, de maneira, que, promovam o desempenho satisfatório, do BSR pelo ACS, favorecendo a resolutividade, da AB, frente ao diagnóstico e controle da tuberculose .

Referências

ALMEIDA C; MACINKO J. **Validação de uma metodologia rápida das características organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, v.10. 2006.

BARRÊTO, A. J.R.; SÁ, LD; NOGUEIRA, JA; PALHA, PF; PINHEIRO, PGOD; FARIAS, NMP; RODRIGUES, DCS; VILLA, TCS. Organização dos Serviços de Saúde e a Gestão do Cuidado à Tuberculose. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-ABRASCO, n. 427, 2011.

BODSTEIN R. Atenção básica na agenda da saúde. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p.401-412, 2002.

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

BORNSTEIN, V J; STOTZ, E N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Ciênc. Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.13, n.1, Jan. / Fev. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília-DF, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília-DF, 2010b.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual Nacional de Vigilância Laboratorial da tuberculose e outras micobactérias**. Brasília-DF, 2008b, 436p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Ministerial nº 648 de 28 de março de 2006**. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Brasília- DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Controle da Tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço**. Brasília-DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Estratégico para Implementação do Plano de Controle da Tuberculose no Brasil no Período 2001-2005**. Resumo Executivo. Brasília-DF, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Plano Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília-DF, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade, Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília-DF, 1998.

BUFFON, M.C.M; RODRIGUES, C.K. A saúde da família como enfoque estratégico para a organização da atenção primária em saúde. **Visão Acadêmica**, v6, n2, p.96-98, 2005.

CASTELO FILHO, Adauto et al. II Consenso Brasileiro de Tuberculose: Diretrizes Brasileiras para Tuberculose 2004. **J. bras. Pneumol**, [online]. v.30, 2004. Supl.1. Disponível em: http://www.jornaldepneumologia.com.br/portugues/suplementos_caps.asp?id=15. Acesso em 22 de set. 2011.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface** – comunicação, saúde, educação, v.9, n.16, p.161-77, 2005.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER L.C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v..14, n1, p. 41- 65, 2004.

CECÍLIO, L. C. As Necessidades de saúde como centro estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p.113-126.

COSTA, I.C.C, UNFER, B., OLIVEIRA, A.G.R.C., Investindo na promoção de saúde: Programas de Saúde da Família (PSF) e Agente Comunitário de Saúde (PACS), uma análise de suas performances em oito municípios brasileiros. **Revista ABOPREV**. 1998 nov; 1(1): 30-7.

DONABEDIAN, A. **Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. Explorations in Quality Assessment and Monitoring**. vol. I, pp. 77-125, Ann Arbor - Michigan: Health Administration Press, 1980.

_____. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **Quality Review Bulletin**, Nov;18(11):356-60, Ann Arbor, Michigan, 1992.

DYE, C. et al. What is the limit to case detection under the DOTS strategy for tuberculosis control. **Communicable Diseases**: World Health Organization, p.35-43, 2003.

EMEPA- Empresa Estadual de Pesquisa Agropecuária da Paraíba- S.A. Disponível em: <http://www.emepa.org.br>. Acesso em: jun 2009.

ENNEVER, O; FLASH O'SULLIVAN, L; SMITH, I; WHITE, S. **The use of Community Health Aides as perceived by their supervisors in Jamaica**, West Indies. Ano?

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

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. 247-255, 2005.

FERREIRA, V S C; Andrade, C S; Franco, T B; Merhy, EE. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.4, p.898-906, abr, 2009.

FIGUEIREDO, T. M. R. M. de; VILLA, T. C. S.; SCATENA, L. M.; GONZALES, R. I. C.; RUFFINO-NETTO, A.; NOGUEIRA, J. de A.; OLIVEIRA, A. R. de; ALMEIDA, S. A. de. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. **Rev Saúde Pública**, v.43, n.5, p. 825-831, 2009.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

GOMES, M. A., PEREIRA, M. L. D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.10, n.2, p. 357-363, 2005.

HADDAD, J. Q.; ROSCHKE, M. A.; DAVINI, M. C. (Ed). **Educación permanente de personal de salud**. Washington: OPS/OMS, 1994.

INSTITUTO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE- Estimativa das populações residentes. Disponível em; <http://www.ibge.gov.br/home/> Acesso em: 08 de dezembro de 2010.

HAINES, A, SANDERS D, LEHMANN U, ROWE AK, LAWNJE, JAN S, et al.. Achieving child survival goals: potential contribution of community health workers. **Lancet** , Libéria, v. 369, p.2121-2131, 2007.

HASHIM, D.S; AL KUBBAISY, W., A.L DULAYME, A. Knowledge, attitudes and practices survey among health care workers and tuberculosis patients in Iraq. **East Mediterr Health** , v.9, p.718-31, 2003.

JORGE, M.S.B.; ALBUQUERQUE, K.M.A.; PEQUENO, L.L.; ASSIS, M.M.A.; GUIMARÃES, J.M.X. Concepções dos agentes comunitários de saúde sobre sua prática no programa de saúde da família. **Revista de APS**, v.10, n.2, 2007.

KLUTHCOVSKY, A.C.G.C.; TAKAYANAGUI, A.M.M. O Agente Comunitário de Saúde: uma revisão de literatura. **Rev Latino-american de Enfermagem**. v.14, n.6, nov/dez 2006a.

KRITSKI AL, RUFFINO-NETO A. Health sector reform in Brazil: impact on tuberculosis control. **Int J Tuberc Lung Dis** 2000; 4: 622-26.

MACIEL, E.L.N; GOLUB, J.E; PERES, R.L; HADAD, D.J; FÁVERO, J.L; MOLINO, L.P., et al.. Delay in diagnosis of pulmonary tuberculosis at a primary health clinic in Vitoria, Brazil. **Int J Tuberc Lung Dis**, v.14, n.11, p.1403–1410, 2010.

MACIEL, E. L. N.; VIEIRA, R. da C. A.; MILANI, E. C.; BRASIL, M.; FREGONA, G; R. DIETZE. O agente comunitário de saúde no controle da tuberculose: conhecimentos e percepções. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.6, p.1377-1386, jun, 2008.

MACHADO, M.H. Programa de Saúde da Família: algumas considerações sobre o perfil dos médicos e enfermeiros. In: SOUZA, M.F. (Org.). **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MARCOLINO, A.B.L; NOGUEIRA, J. DE A.; RUFFINO-NETTO, A.; MORAES, R. M.; SÁ, L.D. DE; VILLA, T.C.S.; ROLIM, F.J. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux – PB. **Rev Bras Epidemiol**, v.12, n. 2, p.144-57, 2009.

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

_____. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad Saúde Pública**, v. 20, n.5, p.1411-6, 2004.

MERHY, E. E. **Saúde: a Cartografia do Trabalho Vivo**; São Paulo, Hucitec, 2002.

_____. Grandes Desafios para os Gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In MERHY et al, **o trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**; São Paulo:HUCITEC, 2003.

MERHY, E.E. FEUERWERKER, L.M. **Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde** - Atenção Domiciliar: medicalização e substitutividade. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2011. Disponível em: http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/ad-medicalizacao_e_substitutividade.pdf. Acesso em: 10 set de 2011.

MESFIN MM, NEWELL JN, WALLEY JD, Gessesew A, Madeley RJ. Delayed consultation among pulmonary tuberculosis patients: a cross sectional study of 10 DOTS districts of Ethiopia. **BMC Public Health**, v. 9, p.53, 2009.

MFINANGA SG, MUTAYOBA BK, KAHWA A, KIMARO G, MTANDU R, NGADAYA E, et al. The magnitude and factors responsible for delay in tuberculosis management in Dares salaam, Tanzania. **BMC Health Serv Research**, v.8, p.158, 2008.

MINAYO, M.C.S; D'ELIA, J.C; CVITONE, E. **Programa Agentes de Saúde do Ceará**. Fortaleza: Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), 1990.

MUNIZ, J N; PALHA, PF; MONROE, AA; GONZALES, RC; RUFFINO NETTO, A; VILLA, TCS. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]., vol.10, n.2, p. 315-321. 2005.

MURRAY, C.J.L.; STYBLO, K.; ROUILON, A. Tuberculosis in developing countries: burden, intervention and cost. **Bulletin of International Union against Tuberculosis and Lung Diseases**, Paris, v.65, n.1, p.6-24, 1990.

NIEBUHR, R. **Oração da Serenidade**. Disponível em: <http://www.portalangels.com/oracoes/oracoes-diversas/oracao-para-serenidade.html>. Acesso em: 23 de set. de 2011.

NORONHA, K.V.M.S, ANDRADE, M.V. Desigualdades sociais em saúde: evidências empíricas sobre o caso brasileiro. **Revista Econômica do Nordeste**, v.32, p.877-897. 2002.

NOGUEIRA, R.P; SILVA, F; RAMOS, Z. **A Vinculação institucional de um trabalhador *sui generis*** - o agente comunitário de saúde. (Textos para discussão n 735). 2000. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br>. Acesso em: 23 de março 2011.

NOGUEIRA, J. A; SILVA CA DA; TRIGUEIRO DRSG; TRIGUEIRO J VS; ALMEIDA, AS; SÁ, L D; RIBEIRO LCS . A formação de profissionais de saúde na atenção a TB: desafios e contradições da prática. **Rev enferm UFPE**. v.5, n.4, p.778-87, Jun.2011.

NOGUEIRA, J. A.; TRIGUEIRO D.R.S.G.; SÁ; L.D. DE; SILVAI, C. A. DA; OLIVEIRA L. C.S.; VILLA, T.C.S.; SCATENA, L.M. Enfoque familiar e orientação para a comunidade no controle da tuberculose. **Rev Bras Epidemiol**, v. 14,n.2, p.207-216 2011.

NOGUEIRA, J. A.; RUFFINO –NETTO, A.; MONROE, A. A.; GONZALES, R. I. C.; VILLA, T. C. S. Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios no Controle da Tuberculose na Percepção do Agente Comunitário de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v.09.p.106-118, 2007.

NUNES, M. de .O; Trad L, B.; ALMEIDA; B.DE A; HOMEM, C. R.; MELO M.. C.I. DE C. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.8, n.6, p.1639-1646, nov-dez, 2002.

OLIVEIRA, M. F.; ARCÊNCIO, R.A.; RUFFINO-NETTO, A.; Scatena, L. M.; Palha, P.F.; VILLA,T.C.S. Acesso ao diagnóstico da tuberculose no município de Ribeirão Preto – SP: a porta de entrada para o sistema de atenção à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2011. (no prelo).

OLIVEIRA, S.A.C, RUFFINO NETTO, A; VILLA TCS, VENDRAMINI S.H.F, ANDRADE R.L.P, SCATENA, L.M. Serviços de saúde no controle da tuberculose: enfoque na família e orientação para a comunidade. **Rev Latino-am Enfermagem**, v, 17, n.3, 2009.

PALHA, P.F.; VILLA, T.C.S. A descentralização como eixo norteador na reorganização e operacionalização dos princípios do Sistema Único de Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v.37, n.3, p.19-26, 2003.

REERINK, E. Quality assurance in the care system in the Netherlands. **Austr. clin. Rev.**, v.7,n.24,p.11-15, 1987.

RIBEIRO, E.M. As várias abordagens da família no cenário do Programa Estratégia de Saúde da Família (PSF). **Rev Latino-am Enfermagem**,v.12, n.4, p.658-64. 2004.

RODRIGUES , A. Á. A. de O.; SANTOS, A. M. dos; ASSIS, M. M. A. Agente comunitário de saúde: sujeito da prática em saúde bucal em Alagoinhas, Bahia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, Maio, 2010.

ROSA, W.A.G, LABATE, R.C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem**,v.13, n.6,p.1027-1034, 2005.

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

_____. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Rev. da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.35, n.1, p.51-58, 2002.

SCATENA, L. M.; VILLA, T. C. S.; RUFFINO-NETTO A.; KRITSKI,A.L.; FIGUEIREDO, T.M.R.M.DE; VENDRAMINI,S.H.F.; ASSIS,M.M. DE A.; MOTTA,M. C. S. DA. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n.3 São Paulo, Maio/Jun., 2009.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano Municipal de saúde**: (2006-2009). Secretaria Municipal de Saúde, de João Pessoa, PB, 2006.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Núcleo de atenção básica**. João Pessoa, PB, 2009.

SILVA, J.A da, DALMASO, A.S.W. **Agente Comunitário de Saúde**: o ser, o saber, o fazer, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

SILVA, L. M.V. DA; HARTZ, Z.M.A.; PAIM, J.S. **O Programa de Saúde da Família**: evolução de sua implantação no Brasil. Relatório Final. Universidade Federal da Bahia/ Instituto de Saúde Coletiva/ Centro colaborador do Ministério da Saúde/ Secretaria de Políticas de Saúde, 2002.

SILVA RVB, STELET BP, PINHEIRO R, GUIZARDI FL. Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In: PINHEIRO R, MATTOS RA, (org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Abrasco; p. 75-90,2004.

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

STOTZ, E.M.; DAVID,H.S.L.;BORNSTEIN,V.J. O agente Comunitário de Saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular,**Rev. APS**, Belo Horizonte, v. 12, n.4, p.487-489, out/dez, 2009.

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

TEIXEIRA, C.F. Saúde da Família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, n.7, p. 10-23. jan.2003-abr.2004.

TEIXEIRA, J. A C. Comunicação e cuidados de saúde. Desafios para a psicologia da saúde. **Análise Psicológica**, v.14,n.1, p. 135-139, 1996.

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

TORRES E, PÉREZ R. Tiempo empleado en la captación, diagnóstico y tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar frotis positivo en el Hospital Santa María del Socorro de Ica. **Informe 2000-Tuberculosis en el Perú**. Capítulo III: Investigaciones operacionales. Ministerio de Salud. Perú, 2000.

VILLA,T.C.S, RUFFINO-NETTO,A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da tuberculose no Brasil. **J Bras Pneumol**,v.35, n. 6, jun 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **An expanded DOTS framework for effective tuberculosis control: stop TB communicable disease**. WHO report , Geneva, 2010. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564069_eng.pdf . Acesso em: junh. 2011

_____. **Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing**: WHO report. Geneva, 2008.

_____. **What is dots?** A guide to understanding the recommended TB Control Strategy Known as DOTS. Geneva: Swtzerland, 1999. 32p.

_____. Mejoramiento de la labor de los agentes de salud comunitarios en la atención primaria de salud 1987/1988/1989. **West Indian Med J**, Genebra: OMS,v.37, n.3, p. 31-38, sept. 1989, Série de Informes Técnicos 780.

Apêndices

Apêndice 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) senhor (a),

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

Sua participação consistirá em responder a um questionário, que dura em média 40 minutos, e as informações fornecidas contribuirão com a melhoria dos serviços de saúde na atenção à Tuberculose.

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

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

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

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

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

Uma cópia desta declaração deve ficar com o (a) Sr.(a).

João Pessoa ____, de _____ de 2009

Assinatura do entrevistado

Telefone:

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

Uthania de Mello França
Pesquisadora responsável

Profª Drª Tereza Cristina Scatena Villa
Coordenadora do Projeto

CONTATO:

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Endereço: Avenida Bandeirantes, 3900 Campus Universitário – Ribeirão Preto – SP; CEP 14049-900 – SP

Telefone (0XX16) 36023228

e.mail: tite@eerp.usp.br

Departamento de Enfermagem Clínica-DENC

Centro de Ciências da Saúde da saúde CCS UFPB

(83) 3216 7248

Apêndice 2

QUADRO RESUMO DO RENDIMENTO LABORATORIAL, PARA BACILOSCOPIAS DE ESCARRO DO DS III, JOÃO PESSOA, PB, 2010

Base de cálculo DS III-AB	Ano de 2009	Ano de 2010
População Cadastrada		
SR esperados (1%)		
BK Programadas	2.992	4.128
BK realizadas para a AB*	260	227
Total de BK 1ª amostra	134	132
Total de BK 2ª amostra	103	68
Total de BK de diagnóstico (1ª e 2ª amostras)	237	200
Total de BK 1ª amostra positiva	11	06
Total de BK 2ª amostra positiva	07	06
Material inadequado	08	33
Total de casos	16	06
RESULTADOS CALCULADOS		
Cobertura laboratorial de BK na AB	8,7%	5,5%
Concentração de BK/SR	1,8**	1,5**
Rendimento Técnico dos laboratórios (positividade)	7,6%***	3%***
Nº de BK realizadas para se identificar um caso	15	66

* O total realizado no DS, incluindo pronto socorro e hospitais foi de 310 e 361 respectivamente nos anos de 2009 e 2010.

** MS=Referência =2

*** MS= Referência de 5-10%

**** MS= Referência <25

ANEXOS

Anexo 1

CHEK LIST- INSTRUMENTO DE RP/USP
PROJETO : RETARDO NO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE: ANÁLISE DAS
CAUSAS EM DIFERENTES REGIÕES DO BRASIL

“RETARDO NO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE: ANÁLISE DAS CAUSAS EM
DIFERENTE REGIÕES DO BRASIL”

Check list dos Serviços disponibilizados pelos Serviços de Saúde

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

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

INFORMAÇÕES SOBRE OS INSUMOS EXISTENTES NA UNIDADE			
5.	Há pote para coleta de escarro no Serviço?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não	
6.	Os potes para coleta de escarro, são de fácil acesso para os profissionais do serviço?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não	
7.	Há formulário para pedido de baciloscopia de escarro no Serviço?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não	
8.	Há geladeira no Serviço para acondicionamento dos exames de escarro colhidos?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não	
9.	Existe algum laboratório responsável por pegar as Baciloscopias?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não	
10.	-Se sim:		
	10.2.Qual a frequência que o laboratório passa: 1 ☐ Diariamente 2 ☐ Uma vez / Semana 3 ☐ Duas vezes / semana 4 ☐ Três vezes / semana 5 ☐ Quatro vezes / semana		
	10.1 Qual o horário que o Laboratório passa? _____		
	Há livro de Registro dos Sintomáticos respiratórios?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não	
12.	Há na Unidade uma rotina sistematizada para o atendimento dos usuários sintomáticos respiratórios?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não	
13.	Hum profissional que responda pelas ações de controle da TB?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não	

Anexo 2

INSTRUMENTO DE RP/USP: RETARDO NO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE: ANÁLISE DAS CAUSAS EM DIFERENTES REGIÕES DO BRASIL

I. Agentes Comunitários de Saúde

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

A. INFORMAÇÕES GERAIS

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

B. PORTA DE ENTRADA

8.	Em sua opinião, qual o primeiro local que o usuário procura quando apresenta algum problema de saúde?	1- ☐ locais religiosos 2- ☐ farmácia 3- ☐ Pronto Atendimento (PA) 4- ☐ UBS/USF 5- ☐ casa de curandeiros (benzedadeiras) 0- ☐ Não sabe 7- ☐ outros Especificar: _____
9.	Com que frequência o usuário procura o local que o(a) Sr(a) trabalha quando precisa de algum controle preventivo (vacinas, exames de rotina, aferir pressão)?	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre 0- ☐ Não sabe
10.	Com que frequência o usuário procura o local que o(a) Sr(a) trabalha quando apresenta algum problema de saúde?	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre 0- ☐ Não sabe
11.	Em sua opinião, com que frequência o usuário procura o serviço de saúde mais próximo da moradia dele?	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre 0- ☐ Não sabe

C. ACESSO AO DIAGNÓSTICO		
12.	Quando os usuários procuram esta unidade de saúde conseguem consulta no prazo de 24 horas?	1- ☐ sempre 2- ☐ quase sempre 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase nunca 5- ☐ nunca 0- ☐ Não sabe
13.	A unidade de saúde em que o(a) Sr(a) trabalha fica aberta pelo menos uma vez por semana após as 18 horas?	1- ☐ sempre 2- ☐ quase sempre 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase nunca 5- ☐ nunca
14.	Os usuários perdem turno de trabalho ou compromisso para serem atendidos nesta unidade?	1- ☐ sempre 2- ☐ quase sempre 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase nunca 5- ☐ nunca 0- ☐ Não sabe
15.	A maioria dos usuários que utilizam esta unidade de saúde faz uso de transporte motorizado para chegar até a unidade?	1- ☐ sempre 2- ☐ quase sempre 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase nunca 5- ☐ nunca 0- ☐ Não sabe
16.	Com que frequência os usuários tem que pagar pelo transporte para se deslocar até esta unidade de saúde?	1- ☐ sempre 2- ☐ quase sempre 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase nunca 5- ☐ nunca 0- ☐ Não sabe
17.	Com que frequência os usuários tem dificuldade para se deslocarem até a unidade de saúde?	1- ☐ sempre 2- ☐ quase sempre 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase nunca 5- ☐ nunca 0- ☐ Não sabe
18.	O(a) Sr(a) realiza visitas domiciliares após as 18 horas ou aos finais de semana?	1- ☐ sempre 2- ☐ quase sempre 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase nunca 5- ☐ nunca
19.	Durante a visita domiciliar, o usuário se sente à vontade para falar sobre suas dúvidas e preocupações?	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre 0- ☐ Não sabe
20.	Com que frequência, o(a) Sr(a) encontra dificuldade de encontrar as pessoas em casa?	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre
21.	Quando os usuários procuram a unidade de saúde em que o(a) Sr(a) trabalha demoram mais de 60 minutos para serem atendidos?	1- ☐ sempre 2- ☐ quase sempre 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase nunca 5- ☐ nunca 0- ☐ Não sabe
22.	Os usuários conseguem marcar consulta por telefone na unidade de saúde?	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre 0- ☐ Não sabe
23.	Os usuários conseguem obter informações por telefone na unidade de saúde?	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre 0- ☐ Não sabe
24.	Com que frequência o(a) Sr(a) suspeita que	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre

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

D. ELENCO DE SERVIÇOS

30.	Com que frequência tem formulário para solicitação de exame de escarro no serviço de saúde que o(a) Sr(a) trabalha?	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre 0- ☐ Não sabe
31.	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
32.	Com que frequência tem lugar específico para guardar o escarro (geladeira ou caixa térmica) no serviço de saúde que o(a) Sr(a) trabalha?	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre 99 - ☐ Não se aplica 0- ☐ Não sabe
33.	O(a) Sr(a) ensina o doente como coletar o exame de escarro?	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre
34.	O(a) Sr(a) ensina o doente como armazenar e encaminhar o pote de escarro até o local indicado?	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre
35.	Com que frequência ao mês a unidade de saúde oferece ao usuário transporte e/ou vale transporte para a	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre 99 - ☐ Não se aplica 0- ☐ Não sabe

	realização dos exames diagnósticos da TB (exame de escarro, raio X)?	
36.	Com que frequência o usuário tem dificuldade para entregar o pote de escarro com o material colhido?	1- ☐ sempre 2- ☐ quase sempre 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase nunca 5- ☐ nunca 99 - ☐ Não se aplica 0- ☐ Não sabe
37.	Com que frequência o pote de escarro não é encaminhado ao laboratório para análise por esquecimento da equipe de saúde da sua unidade?	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre 0- ☐ não se aplica (para o caso de o exame nunca ter sido pedido) ☐ não sabe 99-
38.	Com que frequência o pote de escarro não é encaminhado ao laboratório para análise devido ao paciente entregar o pote de escarro fora do horário?	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre 0- ☐ não se aplica (para o caso de o exame nunca ter sido pedido) ☐ não sabe 99-
39.	Na unidade de saúde em que o(a) Sr(a) trabalha há um profissional que responde pelas ações de controle da TB?	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre 0- ☐ Não sabe

E. COORDENAÇÃO

40.	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
41.	O(a) Sr(a) comunica a enfermeira(o) quando algum usuário apresenta sintoma de tosse há mais de três semanas?	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre 99 - ☐ Não se aplica
42.	Na Unidade de saúde que o(a) Sr.(a) trabalha, o modo como o serviço está organizado facilita o diagnóstico da TB:	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre 99 - ☐ Não se aplica 0- ☐ Não sabe
43.	No serviço de saúde em que o(a) Sr(a), trabalha, os profissionais de saúde conhecem o(s) caso(s) de TB que o(a) Sr(a) já acompanhou?	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre 99 - ☐ Não se aplica 0- ☐ Não sabe
44.	Existe discussão das ações de controle da doença no serviço de saúde onde trabalha?	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre 99 - ☐ Não se aplica
45.	O(a) Sr(a) se sente apoiado por outros do serviço em que o(a) Sr(a) trabalha frente a uma situação que gera	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre

	dúvida do que fazer?	
46.	Qual profissional da unidade o(a) Sr(a) pode procurar quando tem uma dúvida?	_____
47.	O(a) Sr.(a) já se sentiu apoiado por outro profissional de saúde do serviço em que o(a) Sr(a) trabalha frente a uma situação de suspeita de TB?	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre

F. DIAGNÓSTICO NA FAMÍLIA E COMUNIDADE

48.	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
49.	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
50.	Com que frequência, o Sr(a), pergunta se as pessoas tem tosse quando realiza visitas domiciliares?	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre
51.	Com que frequência, o(a) Sr(a) orienta as pessoas da comunidade sobre a tuberculose?	1- ☐ nunca 2- ☐ quase nunca 3- ☐ às vezes 4- ☐ quase sempre 5- ☐ sempre
52.	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
53.	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
54.	As ações de busca de suspeitos de tuberculose na sua área são realizadas só em época de campanha?	1- ☐ Sim 2- ☐ Não 99 - ☐ Não se aplica

G. FORMAÇÃO PROFISSIONAL

55.	Quais assuntos foram abordados no seu treinamento quando o(a) Sr(a) foi contratado	_____
-----	--	-------

Anexo 3

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 11ª Reunião Ordinária, realizada no dia 17-12-08, o projeto de pesquisa intitulada “RETARDO NO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE: ANÁLISE DAS CAUSAS EM DIFERENTES REGIÕES DO BRASIL”, da interessada Professora Lenilde Duarte de Sá. Protocolo nº. 0589.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apresentação do Comitê.

Eliane Marques D. de Souza
Coordenadora - CEP/CCS-UFPB