

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CYBELLE ALVES DA SILVA

**DESEMPENHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO
AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE**

JOÃO PESSOA-PB
2012

CYBELLE ALVES DA SILVA

**DESEMPENHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO
AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE**

Dissertação apresentada à Coordenação do
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
nível Mestrado, do Centro de Ciências da
Saúde da Universidade Federal da Paraíba.

Linha de pesquisa: Epidemiologia e Saúde

Orientadora: Professora Dra. Jordana de Almeida Nogueira

JOÃO PESSOA-PB
2012

CYBELLE ALVES DA SILVA

**DESEMPENHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO
AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE**

Trabalho apresentado e submetido à avaliação da banca examinadora como requisito para a obtenção do título de Mestre do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba

Aprovado em _____ de _____ 2012

Prof.^a Dr.^a. Jordana de Almeida Nogueira - Orientadora
(Universidade Federal da Paraíba)

Prof.^a. Dr.^a. Roxana Isabel Cardoso Gonzáles – Examinadora
(Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul)

Prof.^a. Dr.^a. Lenilde Duarte de Sá – Examinadora
(Universidade Federal da Paraíba)

JOÃO PESSOA-PB
2012

*Dedico este trabalho a **Deus** por seu amor incondicional,
por seu meu leme em todos os caminhos que percorro,
por ser meu céu e meu chão, minha vida e tudo o que conquistei.
Sem Ele nada disso seria possível.
A Ele toda honra, toda glória, todo bem e toda a graça.
A minha estrada está nas mãos do Senhor...*

AGRADECIMENTOS

À Deus por seu amor incondicional, por todas as graças e bênçãos derramadas e por permitir mais essa vitória em minha vida.

À Nossa Senhora por sua incessante intercessão, por estar comigo a me acalmar e proteger, por olhar por mim junto ao seu filho Jesus. Obrigada minha Mãe!

À minha mãe, por sua dedicação, amor e carinho. Por ser um exemplo de garra. Por ser meu porto seguro em quem posso atracar em dias de tempestade..Por suas orações a Deus que me protegem sempre.

Ao meu pai, por acreditar em mim e torcer pelo meu sucesso. Por ter me formado a pessoa que hoje eu sou.

À minha irmã, por suas palavras de força, coragem e pelo seu exemplo de determinação e perseverança. Por ser minha fortaleza que me ampara em todos os momentos...Meu grande amor!

Ao meu namorado, Julio César por seu apoio, carinho e paciência, pelo seu incentivo, por acreditar em mim e ser minha força em todos os momentos. Meu amor, eterno amor...

Ao meu cunhado, Thiago Leandro, pelas palavras de incentivo e por seu exemplo de paciência e positivismo. Pelo seu carinho e disponibilidade em ajudar sempre.

À Dona Lígia pelo seu carinho, palavras de coragem, orações a Deus por mim, por ser uma mão amiga sempre disposta a ajudar. Pelas suas orações a Deus por mim...

À minha melhor amiga Karina Iluminata por sua fiel amizade, por estar presente sempre, em todos os momentos, mesmo estando distante...

Às minhas primas Isabella e Isabelle pelo carinho, amizade e confiança, por torcerem por mim e acreditarem nessa vitória e em tantas que ainda virão.

À minha amiga Martinha pela preciosa amizade em Cristo, e apesar da distância está sempre presente em orações a Deus.

Ao casal-amigo Manoel e Bené pelos ensinamentos da fé, pelo carinho e força que sempre me deram em momentos difíceis.

Aos meus amigos e irmãos em Cristo Lila, Diana, Tônico e pai Manoel pela amizade que foi construída na rocha do amor de Deus, pelos momentos de alegria, onde pudemos expressar através do canto nossos louvores a Cristo, o carinho de vocês e compreensão fizeram a diferença nessa etapa da minha vida.

À amiga e colega de curso, parceira de trabalho, Luana Carla por sua amizade e

serenidade que me foi transmitida em momentos nos quais me encontrei aflita.

À Débora Raquel por sua amizade sincera e disponibilidade em me ajudar em todos os momentos. Por seu exemplo de força e determinação...

À amiga Daiane Medeiros por sua amizade e presença em momentos importantes deste estudo. Por sua indispensável colaboração para a conclusão dessa pesquisa.

À todos os meus colegas de turma que compartilharam comigo cada etapa do curso, cada novo aprendizado, conquistas e derrotas.

À Professora Dr^a Jordana, por sua paciência, carinho e amizade. Por fazer parte mais uma vez de um momento tão importante em minha vida. Por ter me ensinado a humildade e perseverança.

À professora e amiga Professora Dr^a Lenilde porque se tornou um verdadeiro anjo em minha vida. Pela disponibilidade em ajudar sempre...Pela sua amizade...Um presente de Deus no meu caminho...

À professora Roxana pela colaboração com suas orientações e sugestões para melhor resultado deste estudo.

À professora Sandra Aparecida pelo carinho e atenção que sempre me foi dado quando precisei. Por sua amizade e por quem eu tenho muito carinho.

À Secretaria Municipal de Saúde do município de Cabedelo, pela colaboração para a realização desta pesquisa e aos profissionais das Equipes Saúde da Família do município em especial aos Agentes Comunitários de Saúde pela disponibilidade em participar desse estudo.

À todos os Professores da Pós Graduação em Enfermagem da UFPB por seus ensinamentos, dedicação e paciência em nos transmitir preciosos conhecimentos. E aos funcionários pela colaboração de sempre.

À todos os meus amigos e colegas de trabalho do Instituto Cândida Vargas por se tornarem para mim pessoas especiais. Em especial à coordenadora de enfermagem Carminha pela paciência e compreensão em momentos importantes para a conclusão desse estudo.

À todos aqueles amigos, familiares, parentes, vizinhos, colegas, que direta ou indiretamente contribuíram de alguma forma para que eu alcançasse esta vitória.

*“É por isso que não desfalecemos.
Ainda que o ser humano exterior se decomponha em nós,
o ser humano interior se renova dia a dia.
A presente aflição, momentânea e leve,
nos dá um peso eterno de glória incalculável.
Por isso não olhamos para as coisas visíveis mas para as invisíveis.
As coisas visíveis são temporais; as invisíveis são eternas”.*

2 Coríntios 4, 16-18

SILVA, C.A. Desempenho dos agentes comunitários de saúde na atenção ao tratamento da tuberculose. 2012. 81f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012

RESUMO

As atividades desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), tendo como objeto de trabalho a família e comunidade são essenciais para a implementação das ações de controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde. Estudo descritivo tipo inquérito que teve como objetivo analisar o desempenho dos ACS na atenção ao tratamento da Tuberculose, nos serviços de saúde de Cabedelo-PB. Os dados foram coletados por meio de fonte primária (entrevistas) envolvendo 64 ACS, utilizando-se um instrumento adaptado e validade para a atenção a TB. Os dados foram tabulados utilizando o programa - Statistical Package for the Social Sciences sendo identificados quatro indicadores para avaliação do desempenho cujas variáveis foram analisadas segundo escores previamente estabelecidos. Embora 93% dos ACS afirmem realizar visita domiciliar aos casos de prioritários de TB, o desempenho na atenção domiciliar foi avaliado como regular uma vez que somente 43% o fazem diariamente, apenas 45,3% investigam rotineiramente a presença de tosse no domicílio e 40,6% sentem-se despreparados para orientar o procedimento de coleta de escarro. Quanto ao desempenho do ACS segundo indicadores de acompanhamento e tratamento, observa-se que aquelas relacionadas ao Tratamento Diretamente Observado (TDO) alcançaram escores superiores enquanto que variáveis relacionadas a realização de baciloscopias (mensal/bimensal) apresentaram escores inferiores. O desempenho no processo de orientação ao doente foi considerado satisfatório, tendo em vista que 96,9% disseram que repassam informações sobre a transmissão da doença, 93,8% orientam quanto ao horário de tomada da medicação e 78,1% alertam o doente sobre a possibilidade de reações indesejadas. Quanto à análise dos indicadores de monitoramento e prevenção, o desempenhos dos ACS foi considerado regular, sendo que apenas 43,8% dos entrevistados afirmaram que a coleta do escarro é entregue na unidade e somente 12,5% realizam atividades educativas de rotina. As ações desenvolvidas pelos ACS limitam-se intervenções voltadas para o doente, com pouca inserção em atividades de prevenção no núcleo familiar.

Palavras-chave: Tuberculose. Adesão à medicação. Avaliação do desempenho.

SILVA, C. A. Performance of Community Health Agents in the treatment of tuberculosis. 2012. 87f. Dissertation (Master Degree in Nursing) – Post-Graduation Program in Nursing – Health Science Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2012.

ABSTRACT

The activities developed by the Community Health Agents (CHA), which focus of work is the family and community is essential for the implementation of tuberculosis control in Primary Health Care. It is a descriptive inquiry that aimed to analyze the performance of CHA care in the treatment of tuberculosis in health services of Cabedelo-PB. The data were collected by means of primary sources (interviews) with 64 CHA, using as instrument which was adapted and validated to TB care. Data were tabulated using the software Statistical Package for the Social Sciences and identified four indicators to evaluate the performance. The variables were analyzed according to previously established score. Although 93% of CHA making home visits to assert the priority of TB cases, performance was evaluated in home care as regular as only 43% do so daily, only 45.3% routinely investigate the presence of cough at home and 40, 6% felt unprepared to guide the process of sputum collection. The performance of the CHA according to indicators for monitoring and treatment, it is observed that those related to the Directly Observed Treatment (TDO) achieved higher scores while variables related to achievement of sputum (monthly / bimonthly) had lower scores. Performance in the orientation process to the patient was satisfactory, considering that 96.9% said they would pass on information about the transmission of the disease, 93.8% provide guidance as to the time of taking the medication and 78.1% warn the patient the possibility of undesired reactions. The analysis of indicators for monitoring and prevention, the performance of CHA was considered fair, with only 43.8% of respondents said that sputum collection is delivered in the unit and only 12.5% performed routine educational activities. The actions taken by CHA are limited to interventions aimed at the patient, with little integration in prevention activities within the family.

Key-words: Tuberculosis. Medication Adherence. Employee Performance Appraisal

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DOTS	<i>Directly Observed Treatment Short-course</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MCT	Ministério da Ciência e Tecnologia
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PSF	Programa Saúde da Família
REDE TB	Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose
SINAN	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SR	Sintomáticos Respiratórios
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TBMR	Tuberculose multirresistente
TS	Tratamento Supervisionado
USF	Unidade Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo
WHO	World Health Organization

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Síntese esquemática de construção de indicadores de desempenho	40
Figura 2: Desempenho do ACS na atenção ao tratamento da tuberculose	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição de frequências e desempenho dos Agentes Comunitários de Saúde segundo indicadores da atenção no domicílio	42
Tabela 2: Distribuição de frequências e desempenho do Agente Comunitário de Saúde segundo indicadores de informação sobre tuberculose	48
Tabela 3: Distribuição de frequências e desempenho dos Agentes Comunitários de Saúde segundo indicadores de informação sobre a tuberculose	52
Tabela 4: Distribuição de frequência e desempenho dos Agentes Comunitários de Saúde segundo indicadores de monitoramento e prevenção	56

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde que compõem as Equipes de Saúde da Família do município de Cabedelo entrevistados por unidades de saúde	37
Quadro 2: Indicadores de desempenho e variáveis de respostas selecionadas para o presente estudo	38

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Objetivos	20
2 REFERENCIAL TEÓRICO	
2.1 Agente Comunitário de Saúde e o controle da tuberculose: uma prática dialógica?	22
2.2 Desempenho do Agente Comunitário de Saúde nas ações de controle da tuberculose: perspectivas para a produção do cuidado	23
3 PERCURSO METODOLÓGICO	33
3.1 Caracterização do estudo	34
3.2 Cenário do estudo	34
3.3 População e amostra	37
3.4 Instrumento para coleta de dados	38
3.5 Variáveis e indicadores	39
3.6 Procedimento para coleta de dados	40
3.7 Análise dos dados	40
3.8 Aspectos Éticos	41
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
4.1 Desempenho do ACS na atenção domiciliar do doente de TB	43
4.2 Desempenho do ACS junto ao tratamento do doente de TB	47
4.3 Desempenho do ACS segundo indicadores de informação sobre tuberculose: uma prática pautada na subjetividade do indivíduo?	52
4.4 Desempenho do ACS segundo indicadores de monitoramento de prevenção da tuberculose	57

4.5 Análise geral de desempenho	62
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS	70
ANEXO 1 – Instrumento para coleta de dados	83
ANEXO 2 – Certidão de aprovação do comitê de ética	86
APÊNDICE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido	88

1 INTRODUÇÃO

Amadurecimento...

(...) Ouvir a eloqüência do silêncio aconselhando vislumbre de novas vitalidades acenando esquecer fracassos sofridos desenganos e, ativamente continuar, no encalço de um mundo

melhor menos desigual, Esperando...

Antônio Ruffino Netto

Este estudo insere-se no projeto multicêntrico intitulado “Estratégia DOTS no tratamento da tuberculose: desempenho da atenção básica em municípios da região sul, sudeste e nordeste do Brasil”, aprovado e financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT, Edital nº 14/2010) e desenvolvido pelo Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose (GEOTB) da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose. Na Paraíba um subprojeto vem sendo desenvolvido em municípios da região metropolitana de João Pessoa e encontra-se sob coordenação de pesquisadores do Grupo de Estudo e Qualificação em Tuberculose da Paraíba- Grupo TB/PB.

O percurso histórico da Tuberculose (TB) comprova que os avanços tecnológicos relacionados à descoberta de medidas preventivas e terapia medicamentosa para a cura, ocorridos no século XX, proporcionaram importantes mudanças no tratamento e representação social da doença. Porém, oponente aos avanços obtidos, a TB destaca-se neste milênio como a doença que mais mata no mundo, encontrando-se em franca expansão predominantemente nos países de baixa visibilidade social, entre os segmentos populares mais empobrecidos (SANTOS *et al*, 2005).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) no ano de 2008, ocorreram 9,4 milhões de novos casos de TB no mundo, destes, 3% localizados nas Américas. O Brasil ocupa a 19ª posição na lista dos 22 países que apresentam maior número de casos, notificando em 2010, 70.601 casos novos da doença, com taxas de incidência de 37,9 e mortalidade de 2,5 casos por 100 mil habitantes. Alguns estados brasileiros apresentam taxas de incidência muito superiores à nacional, tais como o Rio de Janeiro (71,8 por 100.000 habitantes), Amazonas (67,8), Pará (48,0) e Rio Grande do Sul (46,9). No outro extremo com menores taxas estão Distrito Federal (10,9), Goiás (14,6) e Tocantins (16,7) (BARREIRA, 2011).

O Estado da Paraíba, por sua vez, não apresenta um status ideal de controle da doença. Embora tenha uma cobertura de 95% de implantação das ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT), os indicadores contrariam as recomendações da OMS, que prevê percentuais de cura acima de 85% e redução do abandono a menos de 5% dos casos diagnosticados. Em 2009, o Estado registrou taxa de 62,88% de cura e 12,43% de abandono ao tratamento (SINAN/NDE/SES/PB, 2009). Neste mesmo ano foram notificados 1.002 casos de

TB, apresentando coeficiente de incidência de 27,9 para todas as formas clínicas e 14,9 para pulmonar positivo por cada 100 mil habitantes.

Dos 223 municípios que compõe o Estado, 11 foram selecionados pelo PCT como prioritários, sendo eles: João Pessoa, Bayeux, Santa Rita, Campina Grande, Patos, Cajazeiras, Cabedelo, Sapé, Sousa, Pombal e Guarabira (LIMA, 2010). Eleito como o local de desenvolvimento deste estudo, o município de Cabedelo, cidade portuária, pertencente à área metropolitana da Capital do Estado da Paraíba, registrou 30 casos de TB no ano de 2009, com uma taxa de Co-infecção TB/HIV de 13,3% nesse mesmo período. O município apresenta ainda uma taxa de incidência de 46,59/100.000, 85,1% de cura, uma taxa de abandono de 7,4%, óbito 7,4% e por fim uma taxa de 9/100.000 casos de reincidência (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CABEDELLO, 2011). O contexto epidemiológico deste município reflete fragilidades nas ações do PCT, e mostra dificuldade do cumprimento das metas preconizadas pela OMS.

Diversos fatores vêm sendo apontados como precursores deste quadro, destacando-se a baixa capacidade dos serviços de atenção básica em diagnosticar e tratar os casos de TB. Estudos avaliativos realizados por pesquisadores do Grupo de Estudo e Qualificação em Tuberculose da Paraíba (GrupoTB/PB) mostram que as mudanças na condução e gestão das ações de controle, tendo como canal prioritário a Estratégia de Saúde da Família (ESF) ainda apresentam debilidades de natureza operacional relacionadas à organização do serviço de saúde local para a implantação de rotinas de diagnóstico para a TB; ausência de rotina sistematizada para a busca de Sintomáticos Respiratórios (SR); abordagem inadequada ao usuário; insuficiente capacitação profissional; fragmentação do cuidado e pouca mobilização da equipe de saúde (MARCOLINO *et al.*, 2009; SÁ *et al.*, 2011a; NOGUEIRA *et al* 2011; SÁ *et al.*, 2011b).

Os estudos mostram ainda, que em alguns municípios, a implantação da ESF representou mais uma mudança institucional do que, de fato, uma aproximação ao cotidiano das famílias e do cuidado familiar. Ressaltam que na atenção a TB, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) vem ocupando um lugar de destaque no cotidiano dos usuários seja pela aproximação ao contexto de vida ou pela formação de vínculos e acompanhamento do processo terapêutico (SÁ *et al*, 2007). Destaca-se que, dentre as atividades que compõem o elenco de atribuições das equipes, a

visita domiciliária vem sendo predominantemente executada pelo ACS (NOGUEIRA et al 2011).

Em uma pesquisa sobre a opinião dos usuários acerca do trabalho de cada profissional da equipe da ESF, observou-se que, dentre todas as categorias profissionais analisadas, o ACS foi o que obteve maior aprovação por parte dos entrevistados com 84,7%, seguido pelo auxiliar/técnico de enfermagem com 67,8% e, por fim, juntos, o médico e o enfermeiro com 66,1%. Esse resultado explica-se pelo fato de o ACS ser o profissional mais conhecido da equipe da ESF, uma vez que o mesmo corresponde ao elo entre a comunidade e a unidade, visitando-os nos seus domicílios, inclusive dos moradores que, habitualmente, não frequentam a unidade. Salienta-se que, neste mesmo estudo, 25% a 30% da amostra desconheciam os demais profissionais da unidade de saúde da família (RONZANI; SILVA, 2008).

Logo, o ACS vem se constituindo, como segmento efetivo do trabalho da produção dos serviços, que se apresenta não apenas como suporte para gerar determinadas ações em saúde, mas, também, como peça essencial na organização da assistência (SILVA; DALMASO, 2002). Por vivenciar os problemas e morar na comunidade em que desempenha a sua prática de trabalho, figura como importante elo de interlocução entre a equipe e o usuário, na produção do cuidado. Exerce um papel relevante na atenção às necessidades de saúde da população, haja vista que conhece a realidade particular das famílias acompanhada.

Citado com agente nuclear para realização de determinadas ações em saúde, o ACS deve viabilizar, no que concerne a sua competência, o cumprimento adequado dos parâmetros e metas determinados pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Desse modo, espera-se que o ACS seja capaz de identificar sintomáticos respiratórios na comunidade, orientar procedimentos para o diagnóstico, supervisionar o tratamento dos casos confirmados, acompanhar os contactantes intra-domiciliares, promover ações educativas na comunidade.

No entanto a execução das ações previstas pressupõe um saber ordenado e uma disposição individual de compor a prática, a partir da compreensão do problema de saúde, que justifique o seu trabalho no contexto específico da atenção primária.

Reportando-se ao cenário desse estudo, observa-se a rede de atenção básica a saúde do município de Cabedelo, organiza-se exclusivamente com equipes de saúde

da família, sendo que a descentralização das ações de TB para estes serviços ocorreu de forma efetiva a partir de 2007. Nestes últimos anos, as equipes foram treinadas quanto aos aspectos clínicos, sistema de informação, organizou-se fluxos e rede de referência laboratorial para procedimentos diagnósticos.

Logo a relevância deste estudo pauta-se na necessidade de desenvolver pesquisas voltadas para avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina destes profissionais e analisar o alcance destas iniciativas na organização da rede de atenção à saúde. Além disso, pode contribuir na construção de conteúdos para formação e capacitação de pessoal, instrumento para gestão, e como apoio na tomada de decisões.

Evidentemente que se reconhece a importância do trabalho em equipe e a existência de elementos que inter-relacionam (aspectos subjetivos, governabilidade individual frente às suas ações e seu processo de trabalho, capacidade gerencial das ações de saúde e vigilância no território, contexto micro e macro político, financiamento, empoderamento da comunidade) e influenciam o desempenho dos profissionais na atenção e cuidado ao doente de TB. No entanto, o desejo de investigar a atuação do ACS advém do reconhecimento de que estes atores trabalham dentro de um modelo operacional cujas ações representam possibilidade de extensão de cobertura do Programa de Controle da Tuberculose.

Com base em todas as considerações tecidas anteriormente, este estudo parte da hipótese que o trabalho dos ACS nos serviços de atenção básica promove um acompanhamento dos casos de TB, centrado no doente e família.

1.1 Objetivos

Geral:

Analisar o desempenho do Agente Comunitário de Saúde na atenção ao tratamento da Tuberculose.

Específicos

- Analisar a atenção proporcionada na prática da visita domiciliar como estratégia de atenção ao doente de TB;
- Analisar a atenção proporcionada no acompanhamento do doente de TB em tratamento, considerando a capacidade de repasse de informações, ações de monitoramento e prevenção.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O conhecimento torna a alma jovem e diminui a amargura da velhice.

Colhe, pois, a sabedoria. Armazena suavidade para o amanhã.

Leonardo da Vinci

2.1 Agentes Comunitários de Saúde e o Controle da Tuberculose: uma prática dialógica?

Os modelos atuais de atenção à saúde vem buscando atender as demandas das populações em conformidade à suas necessidades, na tentativa de ofertar serviços voltados ao cuidado integral dos indivíduos e coletividade. Starfield (2002) aponta que a obtenção da efetividade e equidade nos sistemas de serviço de saúde estabelece que os mesmos tenham uma forte orientação para a atenção primária.

Partindo dessa concepção e tendo em vista a gravidade do problema da Tuberculose em todo o mundo e o desafio de controlar o avanço da doença, iniciativas promovidas por organizações internacionais de saúde vêm impulsionando os governos e a sociedade civil de diversos países à ampliar as ações de diagnóstico e controle da doença. Nos objetivos de desenvolvimento do milênio (*Millennium Development Goals - MDG*), foram fixadas metas de redução de incidência, prevalência e mortalidade da doença até 2015. A estratégia DOTS (*Directly Observed Therapy-Short-course*), propõe entre outros, a supervisão terapêutica dos casos diagnosticados e o *Stop TB*, visando metas globais para 2006-2015 nos países em desenvolvimento, prioriza o aumento da detecção de casos novos da TB nos diferentes contextos socioeconômicos e clínico-epidemiológicos através do fortalecimento das redes de atenção à saúde (WHO, 2008).

No Brasil, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) com o propósito de tornar a TB prioridade entre as políticas públicas de saúde redefine suas diretrizes e fixa metas de enfrentamento da doença (BRASIL, 1997). Aliado às recomendações previstas para implantação da estratégia DOTS, o PNCT enfatiza a importância do estabelecimento de uma rede descentralizada de diagnóstico e tratamento, integrada à Atenção Primária à Saúde (APS), visando horizontalizar as atividades de vigilância, prevenção e controle da doença, pela incorporação das mesmas às atribuições das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), que é a expressão da APS no Brasil.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), cujas primeiras experiências datam do começo da década de 1990 (denominada inicialmente como Programa Saúde da Família), tem sido apontada como capaz de atender aos princípios e metas do SUS,

enfrentando, de modo especial, a hegemonia do modelo médico-assistencial dos serviços de Saúde (COHN, 2005).

Entre os desafios que se colocam para o fortalecimento da ESF, destaca-se o trabalho interdisciplinar da equipe, a partir de dinâmicas relacionais, integradoras das diversas áreas de conhecimento. Os agentes comunitários de saúde (ACS) representam novos atores nos cenários da assistência e vem se constituindo como segmento efetivo do trabalho em saúde, e se apresentam não apenas como suporte para gerar determinadas ações em saúde, mas, também, como elemento essencial na organização e produção do cuidado (SILVA; DALMASO, 2002).

A importância do trabalho do ACS é abordada em estudos internacionais que trazem denominações variadas para trabalhadores que desenvolvem atividades em saúde, voluntárias ou remuneradas, vindos da própria comunidade (WHO, 1989). A origem desta categoria profissional advém de experiências chinesas e cubanas divulgadas na Conferencia Internacional de Cuidados Primários, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em 1978, na cidade de Alma-Ata, Cazaquistão. No relatório final da Conferência, a referência a utilização do ACS aparece quando se elabora as ações e competências que compõem os cuidados primários de saúde como primeiro nível de organização do sistema (SILVA; DALMASO, 2002).

Este evento ocasionou grande repercussão por favorecer a inclusão do ACS nos serviços de Atenção Primária, cujas atividades vêm sendo aperfeiçoadas e incorporadas em diversos sistemas de serviços de saúde em várias regiões do mundo (ENNEVER; *et al*, 1988), resultando em um maior controle de doenças e melhoria dos indicadores de saúde (HAINES, 2007).

No Brasil, as primeiras intervenções centradas no domicílio deram-se sob iniciativa do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em 1942, e eram realizadas por visitadoras sanitárias com vistas às ações de controle e prevenção de doenças transmissíveis, educação sanitária, saneamento do meio ambiente, promoção da saúde, monitoramento e acompanhamento de grupos de risco (SILVA; DALMASO, 2002).

Em 1960, as ações do SESP tiveram continuidade por meio da Fundação de Saúde Especial de Saúde Pública (FSESP), que inicialmente centrou suas ações no saneamento e controle de epidemias locais. Na atenção à TB, pode-se dizer que

essa instituição contribuiu significativamente para expansão das ações de controle principalmente em unidades localizadas no interior do país. O diagnóstico era realizado pelo exame de escarro e pacientes cuja adesão ao tratamento era questionável, eram submetidos a tratamento sob supervisão (JORNAL DE PNEUMOLOGIA, 1997).

Com vistas a melhorar o acesso de populações marginalizadas aos serviços de saúde, é criado em 1970, o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Mais especificamente no Estado de São Paulo, destaca-se o Projeto de Expansão dos Serviços Básicos de Saúde e Saneamento em área rural do Vale do Ribeira (DEVALE), cujo foco de ação voltava-se para o recrutamento de agentes de saúde da própria comunidade para o desempenho de ações comunitárias e individuais (SILVA; DALMASO, 2002).

Em 1991, o Ministério da Saúde propõe a criação do Programa Nacional de Agentes Comunitários (PNACS), que é substituído em 1992, pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Sua criação deriva de experiências que tinham como base contribuir com a redução dos problemas dos serviços públicos de saúde (DOMINGUEZ, 1998), melhorando a capacidade da população em cuidar de sua saúde.

Na região nordeste, a implantação do PACS foi motivada frente ao agravamento da situação de saúde das classes populares, expresso em indicadores de morbimortalidade, tendo como prioridade o desenvolvimento de ações de educação em saúde e como público alvo o grupo materno-infantil. No estado do Ceará, o PACS foi implantado em época de “seca”, com objetivo primordial da sobrevivência (MINAYO, 1990). Segundo a autora, o estado enfrentava dificuldades em fixar profissionais nos locais carentes, desprovidos de recursos sociais, econômicos e culturais. Priorizou-se, deste modo, ações para o controle da infecção respiratória aguda, controle de diarreias por hidratação oral, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, incentivo ao aleitamento materno e controle da vacinação.

Em São Gonçalo dos Campos, município localizado no recôncavo baiano, observou-se melhorias significativas nos dados epidemiológicos após a implantação do PACS. Houve um aumento considerável no índice percentual de aleitamento materno exclusivo que evoluiu de 46% para 76% nos anos de 96 a 97. Também

elevou-se de 69% para 91% o índice de cobertura vacinal em crianças menores de dois anos, além do acompanhamento de 97% das gestantes, com realização do pré-natal (MOREIRA; CARVALHO; SANTANA, 2000).

Na região norte, a epidemia de cólera motivou a implantação emergencial do PACS, onde os agentes comunitários de saúde atuaram principalmente em ações de controle e prevenção.

Estudos que abordam o trabalho do ACS vêm sendo divulgados com maior frequência a partir do ano 2000 (OLIVO; MULLER; SCHMITH, 2000; TRAD; *et al* 2000; BORNSTEIN; STOTZ, 2008; KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI 2006; SILVA; DALMASO, 2002; TOMAZ, 2002; NUNES, 2002; NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000; GALAVOTES; *et al* 2011), acompanhando a evolução histórica da profissão no país. Apontam que na arena nacional coexistem experiências que divergem quanto a eficácia e eficiência da atuação dos ACS. Esta dicotomia talvez se explique pela heterogeneidade do território brasileiro que convive com diferentes ofertas e organizações dos serviços locais de saúde. Discute-se o impacto do PACS nos grandes centros urbanos ou em municípios com rede básica estruturada, quando a falta de comprometimento efetivo das Secretarias Municipais de Saúde em garantir infraestrutura para desempenho e resolutividade de suas ações, resulta em deficiência dos recursos humanos para atuar segundo esta nova lógica.

Quanto à contribuição do ACS nas ações de controle da TB, estudos mostram como pontos positivos, aumento na detecção de novos casos de TB na comunidade (NOGUEIRA; *et al* 2007); expansão do tratamento supervisionado (CARDOZO-GONZALEZ, 2005) estabelecimento de vínculo com o doente favorece a comunicação e a compreensão do processo saúde-doença, (CAMPINAS; ALMEIDA, 2004; SOUZA; SILVA, 2010). Em relação aos pontos que merecem maior atenção destacam-se: a necessidade de aprimoramento na forma de supervisão e capacitação dos ACS para o desenvolvimento de ações de controle da TB, aprimoramento da integração entre ACS e demais membros da equipe (MUNIZ; *et al* 2005; SCATENA; *et al* 2009; NOGUEIRA; *et al*, 2011).

Ainda que se apresente em distintos cenários, menor ou maior nível de inserção do ACS nas ações de prevenção e cuidado ao doente de TB identifica-se potencialidades quanto a dimensão comunitária deste “novo” trabalhador. Acredita-se que o ACS pode identificar gradativamente os problemas advindos da

comunidade onde atua, e a partir destes, construir junto às equipes de saúde estratégias de atuação que sejam mais adequadas, vislumbrando-se respostas eficazes para situação encontrada.

2.2 Desempenho do Agente Comunitário de Saúde nas Ações de Controle da Tuberculose: perspectivas para produção do cuidado

O processo de trabalho do ACS ocorre essencialmente durante as visitas domiciliares realizadas às famílias que compõem a sua micro-área de abrangência. O recorte territorial e a delimitação da área de abrangência da unidade de saúde e suas respectivas micro-áreas são definidos segundo agregados de famílias a serem acompanhadas e sustentam-se no princípio da “territorialização” — ferramenta metodológica que possibilita o reconhecimento das condições de vida e da situação de saúde da população. Portanto, esse espaço apresenta, além de uma área delimitada, um perfil histórico, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o torna um território em permanente construção (GONDIM; *et al*, 2008).

Cada ACS, é responsável por acompanhar cerca de 400 a 750 pessoas devendo ser recrutado no próprio bairro em que irá atuar. O argumento para esse tipo de prerrogativa assenta-se no interesse de trazer para a rede de atenção à saúde indivíduos cujo conhecimento, familiaridade e inserção locais possam produzir uma leitura mais representativa das demandas e necessidades de seu bairro, “constituindo-se ao mesmo tempo, mobilizador da participação popular nos planos político e educativo” (SCHMIDT, NEVES, 2009, p 6).

Alem da representação popular, atribui-se ao ACS, funções de vigilância e controle sanitários, pelas quais deve desenvolver atividades de educação em saúde, individuais e coletivas, no domicílio e na comunidade atuando como porta voz do sistema de saúde. Idealmente, trata-se de imaginar um profissional “capaz de estabelecer pontes e vias de comunicação entre os modos de vida e saberes populares e as formas de cuidado e controle informadas pelos saberes científicos especializados” (SCHMIDT; NEVES; 2009, p 6).

Assim, compreende-se que o ACS configura-se como um elo de aproximação entre a comunidade e o serviço de saúde, uma vez familiarizado aos costumes,

valores e linguagem locais, deve ser capaz de identificar os problemas de saúde relacionados a população, atuando nas atividades de prevenção das doenças e promoção da saúde que fortalecem a valorização e o desenvolvimento comunitário (MACIEL; *et al*, 2008). Logo a atuação do ACS, é um relevante canal de viabilização das políticas de saúde do novo modelo de atenção, focado nas famílias e comunidade, de forma integral e continuada conforme concepção ampliada de saúde (BORNSTEIN; STOTZ, 2008; SILVA; DALMASO, 2002).

Chiesa e Fracolli (2004) acrescentam que o trabalho do ACS apresenta três dimensões: técnica, política e da assistência social. A **dimensão técnica** envolve o atendimento aos indivíduos, familiares, monitoramento de grupos específicos por meio de ações no domicílio, informação em saúde com base no saber epidemiológico e clínico. A dimensão **política** volta-se para a discussão dos problemas e organização da comunidade, auxiliando no fortalecimento da cidadania, com base no saber da saúde coletiva. A dimensão da **assistência social** inclui entre outros, o favorecimento do acesso aos serviços.

Na tentativa de conciliar estas três dimensões, o Ministério da Saúde estabeleceu cinco competências ao ACS: 1) integração da equipe com a população local; 2) monitoramento do risco ambiental e sanitário; 3) prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidade; 4) promoção da saúde; 5) planejamento e avaliação. Cada competência expressa uma dimensão do trabalho deste profissional representando um eixo estruturante de sua prática. Incorpora elementos como: “saber-conhecer”, “saber-ser”, “saber-fazer”. Todas as competências necessitam de habilidades (saber-fazer) e conhecimentos (saber-conhecer). A competência saber-ser (produção de si) é “considerada transversal às demais podendo ser expressa pela capacidade crítica, reflexiva e mudança ativa em si mesmo e na sua prática” (BRASIL, 2004, p3).

Entretanto, tais habilidades e conhecimentos não se apresentam de modo hierarquizado, cabendo às instituições formadoras, no processo de construção dos programas de qualificação, identificar e organizar esta complexidade, considerando, inclusive, suas transversalidades (BRASIL, 2004).

Na atenção à tuberculose as ações têm fundamentos alicerçados em saberes científicos traduzidos em normas técnicas que uma vez operadas nos serviços por agentes capacitados constituem-se em tecnologias segundo as quais se organizam

o processo de trabalho. O PCT define produtos de trabalho mediante um plano de prioridades, normas e padrões que deverão se concretizar nos encontros entre profissionais-usuários. Encontros esses que obedecem a uma organização que prevê (no interior da atenção) a integração de intervenções baseadas nas apreensões individuais dos objetos de trabalho com aquelas fundadas nas apreensões coletivas desse objeto (articulação de práticas e saberes).

Logo, a formação do ACS pauta-se em parâmetros e metas programáticas a serem alcançadas cujo foco de atuação transita entre o trabalho comunitário e as ações institucionais. Dentre as competências e ações de domínio prático (saber-fazer) e domínio cognitivo (saber-conhecer) está previsto:

Integração da equipe com a população local	
Saber –fazer • Comunicar, à equipe, o caso suspeito; • Encaminhar o caso suspeito à equipe; • Orientar indivíduos, famílias e grupos sociais quanto aos fluxos, rotinas e ações desenvolvidas no âmbito da atenção básica de saúde.	Saber-conhecer • Processo de trabalho em saúde e suas características; • Estratégias de abordagem familiar e de grupos



Monitoramento do risco ambiental e sanitário	
Saber –fazer • informar à equipe de saúde e à população sobre a ocorrência de situações de risco, na micro-área de atuação; • orientar moradores e famílias quanto aos cuidados relacionados ao ambiente domiciliar e peridomiciliar.	Saber-conhecer • Conceito de ambiente saudável; • Medidas de prevenção de riscos ambientais e sanitários; • Doenças prevalentes na micro-área relacionadas aos problemas sanitários e ambientais: mecanismo de transmissão e medidas de prevenção e controle.



Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidade	
Saber –fazer • Identificar os sintomáticos respiratórios nos domicílios e na comunidade; • Orientar coleta de escarro (diagnóstico e controle e o encaminhamento do material); • Informar sobre transmissão, tratamento, reações • Supervisionar a tomada diária da medicação; • Agendar consulta extra, quando necessário; • Orientar e encaminhar os comunicantes à unidade básica de saúde para consulta, diagnóstico e tratamento; • Orientar/encaminhar para realização sorologia HIV.	Saber-conhecer • Diferentes fases do ciclo vital: características, situações de vulnerabilidade e cuidados especiais. • Doenças transmissíveis: conceitos, sinais, sintomas e fatores de risco; • Cadeia de transmissão de doenças: agentes infecciosos, hospedeiros e mecanismos de transmissão; • Medidas de prevenção individual e coletiva das principais doenças transmissíveis; • Procedimentos para o diagnóstico.



Promoção da saúde	
Saber –fazer • Divulgar os serviços prestados tanto no âmbito do serviço de saúde como na própria comunidade; • Estabelecer articulação com equipamentos sociais (creches, asilos, escolas e outros); • Realizar ações educativas junto à clientela da unidade de saúde, bem como na comunidade.	Saber-conhecer • Intersectorialidade: conceito e dinâmica; • Estrutura Político- administrativa do município; • Formas de aprender e ensinar em educação popular; • Cultura popular e sua relação com os processos educativos.



Planejamento e Avaliação	
Saber –fazer • Participar, com a equipe, do planejamento de ações para controle da tuberculose na comunidade; • Manter a ficha do SIAB (B-Tb) atualizada.	Saber-conhecer • Estratégias de avaliação em saúde: conceitos, tipos, instrumentos e técnicas; • Indicadores epidemiológicos da TB, parâmetros e metas pactuadas; • Cadastramento familiar e territorial: finalidade, instrumentos, técnicas de registro da informação, consolidação e análise dos dados.

A combinação destes saberes e habilidades proporcionam conhecimento/ ferramenta tecnológica, para a conformação dos campos produtivos e construção dos processos de cuidado ao doente de tuberculose. Neste estudo não se tem a pretensão de investigar a totalidade das competências e seus domínios. Volta-se para o desempenho do ACS no desenvolvimento de ações de prevenção e monitoramento dos casos, incluindo ações de suspeição, identificação, e acompanhamento dos casos diagnosticados.

Este *rol* de atividades assenta-se em um plano *ético-normativo* em que são previstas e esperadas um conjunto ações. A realização da busca ativa de sintomáticos respiratórios requer para sua execução sucessivas etapas que incluem habilidades para abordar a família, identificar sinais e sintomas, orientar sobre orientação sobre a coleta de escarro, encaminhamento e recebimento do material. Já, o tratamento dos casos diagnosticados demanda uma atuação intensiva do ACS para promover a adesão terapêutica; seja no acompanhamento domiciliar, na pactuação de horário e local para realização da supervisão da ingesta medicamentosa (TDO); importância da regularidade no uso das drogas e as graves implicações sucedidas da interrupção ou abandono; orientação sobre a doença; exames de controle e investigação dos contatos (BRASIL, 2010b).

A abrangência e o impacto destas ações, no entanto, não se esgotam na composição dos processos produtivos constitutivo das rotinas institucionais. A produção do cuidado em saúde, no caso específico aos doentes de TB, tem colocado em discussão que ainda que se possa apoiar em protocolos, não deve se limitar a eles uma vez que as situações que emergem no cotidiano são singulares (SOUZA; *et al*, 2009). Os aspectos sociais, culturais, que se desvelam nos encontros entre usuários e profissionais de saúde, convocam a superação de uma prática de simples oferta de serviços e propõem um avanço em direção à incorporação das tecnologias das relações de interação e subjetividade (SOUZA; *et al*, 2009).

Franco (2006) aponta que o trabalho vivo sofre processos de captura pela normativa que hegemoniza o funcionamento do serviço de saúde. A norma impõe fortes amarras aos trabalhadores, que se vêem constrangidos no objetivo de produzir o cuidado. Isto é o aprisionamento do seu trabalho vivo, impeditivo para o estabelecimento de relações positivas para com os usuários. Por outro lado, acrescenta que o trabalho vivo em ato é auto-governável e, portanto, passível de subverter a ordem e a norma, e abrir linhas de fuga em que ele possa se realizar com maiores graus de liberdade, mostrando sua potência criativa, encontrar novos territórios de significações, que dão sentido para a produção do cuidado.

O reconhecimento de um problema (ou de necessidades) subentende consciência da existência de componentes sociais, políticos econômicos e físicos que se interagem e determinam o comportamento individual. Portanto para alcance de sucesso terapêutico dos casos de TB é imprescindível para a construção do cuidado, investir na reflexão e transformação relativas às características das interações interpessoais nos atos assistenciais e a partir deles, debruçar-se sobre as “raízes e significados sociais dos adoecimentos em sua condição de obstáculos coletivamente postos a projetos de felicidade humana e, de forma articulada, da disposição socialmente dada das tecnologias e serviços disponíveis para sua superação” (AYRES, 2004, p,25).

Por se tratar de uma doença de tratamento prolongado, requer permanente atenção dos profissionais para assegurar a continuidade terapêutica. A adesão ao tratamento está além da ingestão da medicação e configura-se num complexo processo de produção e reprodução social. Os profissionais devem estar disponíveis e sensibilizados para conhecer o doente e seu contexto de vida, suas crenças e

opiniões e sua compreensão sobre a tuberculose, escutar suas queixas, ajustar a assistência e propor soluções em conjunto (equipe de saúde e usuário), estabelecendo uma relação pautada no acolhimento e no vínculo (SÁ; *et al*, 2011).

Esta lógica de atendimento que compreenda a pluralidade dos sujeitos e considere o cuidado nas mais diversas dimensões do ser humano mostra consonância com o princípio da integralidade na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre os diversos sentidos que assume o termo “integralidade” enfatiza-se neste contexto, a integralidade do cuidado em saúde no sentido de apreensão ampliada das necessidades do doente de TB e sua família, e capacidade de nortear a oferta segundo projetos terapêuticos diferenciados, ou seja, adequados ao contexto específico de cada usuário (MATTOS, 2004),

Nesta direção a integralidade acontece de forma intersubjetiva, nos diversos encontros entre equipes de saúde e usuários. Segundo Ayres (2004, p.24) no espaço de interação com o outro, além do estabelecimento de vínculo emergem questões de identidade, pois se perguntar acerca de por que, como e quanto se é responsável por algo é como se perguntar quem se é, que lugar se ocupa diante do outro. Essa “reconstrução contínua de identidades no e pelo Cuidado, tanto do ponto de vista existencial como do ponto de vista das práticas de saúde, é outro aspecto a que se deve estar atento quando se trata de humanizar a atenção à saúde.

Assim, pressupõe-se que a qualidade no desempenho dos ACS na atenção a TB, depende diretamente da percepção que cada profissional tem de suas atividades, ao modo como as pessoas vêem o mundo, a forma como cada indivíduo constitui em si o conhecimento sobre as coisas que possui, pessoas e situações e o que cada um representa para si (SERRANO, 2000). No plano real, a intensidade e/ou amplitude o qual estes processos ocorrem é singular e se materializa ou não na produção do cuidado, ou seja, assumi maneiras particulares de apreender cada situação, de se situar em relação a elas e de determinar suas conseqüentes ações.

Esta reflexão aponta para o desafio de trilhar caminhos para além dos postos normativos de trabalho, que revele um “trabalho vivo”, extremamente dinâmico, criativo, não estruturado e de alta possibilidade inventiva.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos. Fernando Pessoa

3.1 Caracterização do estudo

Trata-se de pesquisa epidemiológica, descritiva tipo inquérito. Tais investigações produzem “instantâneos” da situação de saúde de uma população ou comunidade, com base em avaliação individual, tendo grande utilidade para realização de diagnósticos comunitários (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006).

A escolha deste enfoque metodológico se deu em virtude da mesma dispor de recursos que permitem quantificar se uma ação prescrita está sendo de fato alcançada. De acordo com Almeida Filho e Rouquayrol (2006) a epidemiologia descritiva consiste no estudo da distribuição de frequência das doenças e dos agravos à saúde coletiva, objetivando a construção de problemas precisos ou à pesquisa de eventos, em função de variáveis ligadas ao tempo, ao espaço e à pessoa, possibilitando o detalhamento do perfil epidemiológico com a finalidade de promover a saúde.

3.2 Cenário de Estudo

O município portuário de Cabedelo-PB encontra-se em 2º lugar no ranking do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM do Estado da Paraíba. A população estimada para o ano de 2010, segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística foi de 57.926 habitantes, todos residentes em área urbana, com um PIB per capita médio de R\$ 9.760,00 (IBGE, 2010).

A rede de Atenção Básica do município é organizada em 19 Unidades de Saúde da Família (USF), compostas por 19 equipes, perfazendo uma cobertura de 85%, não existindo unidades de saúde integradas, nem divisão por Distritos Sanitários. A descentralização das ações de tuberculose (TB) no município para a Atenção Básica ocorreu de forma efetiva a partir de 2007. O grau de institucionalização das ESF encontra-se consolidada, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde da cidade.

As equipes mínimas de saúde da USF são compostas por médicos generalistas, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem, odontólogos, agentes comunitários de saúde e auxiliares de consultório dentário, outras categorias também aparecem no cenário destas USF como, fisioterapeutas, fonoaudiólogos,

psicólogos, avaliadores físicos, agente de defesa ambiental e assistentes sociais, totalizando 319 profissionais que atuam nesse nível de atenção. Além das USF existem 02 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS AD - com 21 profissionais e CAPS I – com 18 profissionais); 01 Centro Especializado de Odontologia (CEO) que alberga 24 profissionais; 01 Policlínica, 01 Hospital (Hospital Municipal Padre Alfredo Barbosa) que possui 312 profissionais, estando o mesmo sob gestão municipal, 01 Laboratório Central de saúde Pública (LACEN) com 04 profissionais, 01 Centro Municipal de Fisioterapia, 01 Farmácia Central e 02 equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família, além de dispor do Serviço de Assistência Especializada (SAE) e de um Centro Municipal de Referência em Saúde, entre outros estabelecimentos listados abaixo (tabela 2). De acordo com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o município conta com 30 estabelecimentos responsáveis pelas ações em saúde.

Segundo informações de gestores da Secretaria Municipal de Saúde do município, as unidades de saúde possuem os insumos necessários para realização da coleta de material de escarro e solicitação de exames complementares para diagnóstico de TB, tais como pote para coleta de material para exame de baciloscopia, pedido de cultura, de baciloscopia e de exame HIV, além das fichas de referência e contra-referência. Entretanto, nem sempre realizam o procedimento de coleta nas dependências da unidade, por não contarem com recursos disponíveis para armazenamento do material coletado (geladeira ou isopor). Nestes casos os profissionais orientam os usuários quanto à realização da coleta de escarro, deixando os mesmos responsáveis pela entrega do material no início da manhã na unidade de saúde. A equipe de saúde entra em contato com a Secretaria Municipal de Saúde, que é responsável por acionar o motorista da prefeitura que conduzirá o material até o laboratório central. Caso o usuário entregue o material após este horário, o armazenamento fica condicionado à capacidade estrutural da unidade. Caso não seja possível o acondicionamento correto do material na unidade ou haja suspeitas pelo profissional de saúde de que o mesmo possa ter sofrido alguma alteração devido acondicionamento inadequado ou “erros” na coleta, despreza-se e solicita-se nova coleta. O processamento e análise do material são realizados pelo Laboratório Central (LACEN), recém-inaugurado no município.

A análise do material é realizada em 24 horas, ficando sob a responsabilidade do próprio usuário o recebimento dos resultados, os quais devem ser entregues à equipe de saúde. Os laboratórios são orientados a informar, por telefone, às USFs quando o resultado para TB for positivo, acelerando, dessa forma, o início do tratamento.

Exames complementares, a exemplo do Raio-X de Tórax, são solicitados pelo médico, marcado no próprio serviço de saúde, os casos sob investigação epidemiológica são encaminhados para realização do exame no Hospital do município ou Policlínica, caso o usuário prefira esta última opção. O teste de HIV é realizado também no Hospital municipal, embora algumas equipes de Saúde da Família realizam o teste rápido na própria unidade de saúde. O teste tuberculínico para os contatos é realizado apenas no hospital. Os casos confirmados são acompanhados pela unidade de saúde, porém muitas vezes os próprios usuários procuram o ambulatório especializado (PCT) do Complexo Hospitalar Clementino Fraga, localizado na cidade de João Pessoa-PB ou são encaminhados pela Policlínica.

Nas USFs não existe uma rotina sistematizada para o atendimento dos usuários de TB, realizando-se de acordo com os casos que possam surgir na comunidade. O tratamento supervisionado dos casos é feito sob supervisão geralmente pelo Enfermeiro, profissional que responde pelas ações de controle de TB na unidade, entretanto, na maioria das vezes fica sob responsabilidade do Agente Comunitário de Saúde responsável pela área em que reside o usuário, sendo realizada também, na maioria das vezes a auto-administração sem supervisão direta do profissional de saúde. Contudo, apesar do Enfermeiro responder pelas ações de controle da TB, ainda tem-se a centralização, por parte dos usuários, na figura do médico, em razão do mesmo realizar a solicitação dos exames.

O Programa de Tuberculose no Município de Cabedelo está inserido nas ações da Vigilância Epidemiológica, junto com outras doenças endêmicas sobre a responsabilidade de um técnico exclusivo para este agravo. Atualmente o número de casos novos é de aproximadamente 31casos/ano, com 100% dos casos descentralizados para o município com relação ao Hospital Clementino Fraga, referência estadual. No ano de 2006 foram intensificadas as ações do PCT através

da implantação do Tratamento Supervisionado (TS/DOTS) em 100% das USF. Para contribuir com adesão ao tratamento o Município disponibiliza para os pacientes uma cesta básica mensal durante nove meses consecutivos, isto significa dizer que o paciente termina o tratamento proposto em 06 meses, e ainda recebe a cesta por mais três meses. Tal iniciativa ajuda a manter o paciente em tratamento e principalmente no que se refere ao estado nutricional, proporcionando uma melhor reabilitação. As USF realizam busca ativa dos casos sintomáticos respiratórios e fazem o diagnóstico da Tuberculose Pulmonar, os casos de diagnóstico inconclusivos são encaminhados a Policlínica Municipal, onde são investigados pelo especialista, ou encaminhados ao Complexo Hospitalar Clementino Fraga.

3.3 População e amostra

A população do estudo foi constituída pelos agentes comunitários de saúde que compõem as equipes de saúde da família do município de Cabedelo. Considerando uma população de 96 ACS, o tamanho da amostra estimada foi calculada admitindo-se que 95% das estimativas poderiam diferir do valor populacional desconhecido P por no máximo 5%, isto é, o valor absoluto de d igual a 0,05 sob nível de confiança de 95%. Adotou-se o valor antecipado para P igual a 0,50. Assim, o número mínimo de ACS foi determinado pela expressão $n^* = (P \times Q) / V(p)$, sendo:

$$V(p) = \left(\frac{0,05}{1,96} \right)^2 = 0,000651 \quad \text{e} \quad n^* = \frac{0,50 \times 0,50}{0,000651} = 384,16$$

O tamanho da amostra n foi corrigido para a população de tamanho $N = 96$.

$$n = \frac{n^*}{1 + (n^* / N)} = \frac{384,16}{1 + (384,16 / 96)} = 76$$

Optou-se pelo sorteio das Unidades de Saúde da família até atingir o número amostral proposto. À época da coleta de dados, alguns ACS encontravam-se afastados de suas funções ou recusaram-se a participar da pesquisa, alegando pouca proximidade com a temática ou falta de tempo. Assim, a amostra constituiu-se

de 64 profissionais, conforme demonstrado no Quadro 1. Cabe destacar que as perdas ocorridas não invalidam os resultados obtidos.

Quadro 1. Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde que compõem as Equipes de Saúde da Família do município de Cabedelo entrevistados por unidade de saúde. Cabedelo-PB, 2011.

Tipo de serviço	Nome do serviço de saúde	Nº de ACS/unidade	Nº de ACS entrevistados	% de ACS entrevistados
USF	USF Renascer III Eq II	05	05	100,0%
	<u>USF Jacare</u>	06	05	83,3%
	<u>USF Camalau</u>	08	08	100,0%
	<u>USF Monte Castelo</u>	06	01	16,6%
	<u>USF Centro</u>	07	02	28,5%
	<u>USF Renascer II</u>	05	05	100,0%
	<u>USF Renascer III Eq I</u>	04	02	50,0%
	<u>USF Palmeira</u>	03	02	66,6%
	<u>USF Pe Alfredo Barbosa</u>	04	01	25,0%
	<u>USF Antonio Mariz</u>	05	01	20,0%
	<u>USF Ponta de Mato</u>	08	04	50,0%
	<u>USF Salinas Ribamar</u>	01	01	100,0%
	<u>USF Leonor Viana</u>	04	01	25,0%
	<u>USF Siqueira Campos</u>	08	08	100,0%
	<u>USF Intermares</u>	04	03	75,0%
	<u>USF Jardins</u>	04	04	100,0%
	<u>USF Joao Roberto B. de Souza</u>	07	06	85,7%
	<u>USF Renascer III Eq III</u>	03	03	100,0%
	<u>USF Nelson Smith</u>	05	02	40,0%
	TOTAL	96	64	66,6%

3.4 Instrumento para coleta de dados

Os dados foram coletados através de fontes primárias (entrevistas com agentes comunitários de saúde). O questionário utilizado foi adaptado e validado pelo Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose (GEOTB) da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose, contendo indicadores de avaliação do desempenho dos profissionais de saúde no acompanhamento dos casos de TB no âmbito da Atenção Primária a Saúde (Anexo 1). Composto por 50 questões, segundo escalas variadas de respostas como dicotômicas, de múltipla escolha com resposta única, que contemplam os tres componentes de avaliação: estrutura, processo e resultado.

3.5 Variáveis e Indicadores

Para este estudo elegeu-se 26 variáveis correspondentes ao indicador processo (desempenho). Cada variável recebeu escores que compuseram a pontuação de cada indicador analisado. (Quadro 2).

Quadro 2 – Indicadores de desempenho e variáveis de respostas selecionadas para o presente estudo.

INDICADORES DE DESEMPENHO	Variáveis
Atenção no Domicílio (10 pontos)	Frequência com que realiza visita domiciliar aos doentes de TB (2,0) Oferece visita domiciliar aos casos prioritários de TB (2,0) Pergunta sobre tosse durante a visita domiciliar (2,0) Sente-se preparado para identificar sintomáticos respiratórios (2,0) Sente-se preparado para orientar quanto a coleta de escarro (2,0)
Acompanhamento do Tratamento (10 pontos)	Realização do Tratamento Diretamente Observado (TDO) (2,0) Local de realização do TDO (1,0) Dia da semana para realização do TDO (1,0) Horário de realização do TDO (1,0) Horário da realização das consultas médicas de controle (1,0) Entrega da medicação (1,0) Baciloscopia de controle mensal (1,5) Baciloscopia de controle bimensal (1,0) Baciloscopia início e final de tratamento (0,5)
Informações sobre a TB (10 pontos)	Forma de transmissão da doença (2,0) Horário de tomar a medicação (2,0) Reações adversas da medicação (2,0) Necessidade de examinar seus contatos (2,0) Importância da adesão ao tratamento (2,0)
Monitoramento e Prevenção (20 pontos)	Orienta realização da sorologia para o HIV (2,0) O material (escarro) para baciloscopia de controle é entregue na USF (2,0) Consultas médicas mensais para controle do tratamento (2,0) Auxilia marcação de consultas/exames em outros serviços (2,0) Informações escritas quando encaminhado para outros serviços (2,0) Busca de faltosos à consulta médica (2,0) Busca de faltosos ao TDO e/ou retirada da medicação (2,0) Costuma ouvir outros problemas de saúde e necessidades do doente (2,0) Ações educativas voltadas para a comunidade/rotina (2,0) Ações educativas voltadas para a comunidade/campanhas (2,0)

3.6 Procedimentos e coleta de dados

No primeiro momento, foi realizado um levantamento de informações junto ao gerente de vigilância epidemiológica e/ou coordenação do Programa de Controle da Tuberculose de Cabedelo: organização da rede de assistência; levantamento dos casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); identificação e localização das Unidades de Saúde notificadoras; disponibilidade de visita dos pesquisadores aos serviços. Antes de iniciar o trabalho de campo foi realizado um levantamento e aquisição dos insumos necessários: elaboração de uma agenda com roteiro de atividades; reprodução dos Termos de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE I) e reprodução dos Instrumentos.

As entrevistas foram agendadas previamente de acordo com a conveniência do profissional ACS, sendo realizadas na Unidade de Saúde da Família, durante o horário de trabalho. Cada entrevistado recebeu informações sobre a natureza e os objetivos do estudo, assim como a permissão para participação mediante assinatura do consentimento informado (Anexo 2). Os entrevistadores explicaram para os entrevistados que cada resposta tinha um significado numérico (escores variando de 0,5 a 2,0). As entrevistas foram realizadas durante quatro meses (agosto a novembro de 2011) e tiveram duração média de 40 minutos. A coleta de dados contou a colaboração de alunos da graduação e Pós-graduação previamente treinados.

3.7 Análise dos dados

Os dados obtidos foram armazenados em uma planilha eletrônica do Microsoft Office Excel 2003 e, posteriormente transferidos para a Tabela de Entrada de Dados do *Software Statistica 8.0* da *Statsoft*.

Foram construídas tabelas de frequências para quantificar os resultados observados e verificar possíveis inconsistências no banco de dados, como erros na entrada de dados ou omissão de respostas pelos respondentes. Cada variável foi analisada segundo os escores previamente estabelecidos. Para construção do fator de desempenho, considerou-se a proporção de repostas afirmativas. Os indicadores foram construídos, através do somatório dos escores de desempenho.

Considerou-se níveis **satisfatórios** de desempenho quando o indicador apresentou valor maior que 75% do total de pontos, regulares com valores entre 75% e 35% e **insatisfatórios** abaixo de 35%. (Figura 1)

Figura 1: Síntese esquemática de construção de indicadores de desempenho.

Indicadores cujas variáveis somam 10 pontos										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
INSATISFATÓRIO <35%			REGULAR 35 a 75%				SATISFATÓRIO >75%			

Indicador cujas variáveis somam 20 pontos		
0 - 7	8 – 14	15 – 20
INSATISFATÓRIO <35%	REGULAR 35 a 75%	SATISFATÓRIO >75%

3.8 Aspectos Éticos

Atendendo às orientações inerentes ao protocolo de pesquisa contido na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, este projeto foi enviado ao Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto –EERP/USP, sendo aprovado em 01 de junho de 2011, sob o nº 1264.

Não houve fornecimento de benefícios aos entrevistados, bem como risco de discriminação ao participar da pesquisa, podendo os mesmos se recusarem a participar ou a responder qualquer pergunta. Para assegurar a confidencialidade das informações e proteger sua identidade, os participantes não foram identificados. Somente foram relatadas as respostas agregadas e nenhuma resposta individual foi atribuída à fonte pessoal original. Todos os documentos estão guardados em lugar seguro e confidencial de acesso somente dos pesquisadores.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conhecer é tarefa de sujeitos, não de objetos.

E é como sujeito e somente enquanto sujeito, que o homem pode realmente conhecer.

Paulo Freire

4.1 Desempenho do ACS na atenção domiciliar ao doente de TB

A Tabela 1 apresenta a frequência e desempenho das variáveis que compõem o indicador “atenção no domicílio”. Entre os ACS investigados, 93% afirmaram realizar visitas domiciliares (VD) aos casos de tuberculose considerados prioritários. Entretanto apenas 43% o fazem diariamente. Quanto a busca de sintomáticos respiratórios (SR), apenas 45,3% assinalaram que investigam rotineiramente a presença de tosse durante a visita, sendo que 17,2% nunca o fazem.

Embora 71,9% dos ACS afirmarem se sentirem capazes de identificar um SR, 40,6% sentem-se despreparados para orientar o procedimento de coleta de escarro. Compreende-se que estas duas atividades devem estar integradas, haja vista que, uma vez identificado o SR este será submetido a coleta de material para o exame bacteriológico. Contudo isso não é o bastante. Os agentes não costumam perguntar durante as visitas se existem pessoas com tosse naquele domicílio, podendo muitas vezes passar por despercebida a presença de um SR naquela família.

Tabela 1- Distribuição de frequência de desempenho dos ACS segundo indicadores de atenção no domicílio - Cabedelo, 2011.

Atenção no domicílio	n	%	Desempenho (10 pontos)
Realiza VD aos casos prioritários de TB			
Sim	60	93,8	1,87
Não	4	6,2	
Total	64	100,0	
Frequência com que realiza VD aos doentes de TB			
Diariamente	28	43,7	1,40
Quinzenalmente	28	43,7	
Mensalmente	8	12,6	
Total	64	100,0	
Pergunta se as pessoas têm tosse durante VD			
Sempre	29	45,3	1,24
Às vezes	24	37,5	
Nunca	11	17,2	
Total	64	100,0	
Sente-se preparado para identificar SR			
Sim	46	71,9	1,43
Não	18	28,1	
Total	64	100,0	
Sente-se preparado para orientar à coleta de escarro			
Sim	38	59,4	1,21
Não	26	40,6	
Total	64	100,0	
Escore			7,15

Quanto ao desempenho, todas as variáveis examinadas que compõe este indicador, alcançaram escores superiores a 50%, entretanto apenas a variável “Realiza VD aos casos prioritários de TB” foi superior a 75%. No computo geral este indicador foi avaliado como regular, apresentando escore igual a 7,15.

Os problemas relacionados a ocorrência da TB apresentam uma diversidade de determinações, fazendo com que propostas de resolução sejam baseadas em múltiplas estratégias, medidas e atores, que articulem ações preventivas (visitas domiciliares, busca ativa de sintomáticos respiratórios, atividades educativas) e assistenciais (exames diagnósticos, acompanhamento terapêutico) .

Apesar do excelente desempenho dos ACS quanto a oferta de visitas domiciliares aos usuários com TB, a periodicidade com que a mesma ocorre é insuficiente para acompanhar os casos. O acompanhamento do doente de TB, ao longo do tratamento, deve ser intensificado nos três primeiros meses, pois se trata de um período crítico para a ocorrência do abandono do tratamento (FERREIRA; SILVA; BOTELHO, 2005; BERGEL; GOUVEIA, 2005).

No âmbito das práticas de saúde pública, Marques e Ferreira (2002) afirmam ser fundamental a realização de visitas domiciliares, sendo inquestionável sua importância tanto para o diagnóstico dos problemas de saúde como o controle e prevenção de doenças.

A visita domiciliar potencializa esse processo de monitorização e deve ocorrer regularmente. Caracteriza-se como oportunidade de identificar as dificuldades vividas pelo doente no percurso terapêutico, como se reconhece doente e como se insere nesse processo. Leva a uma aproximação com o mundo vivido por cada indivíduo e permite a identificação das condições sociais e epidemiológicas, dos problemas de saúde e seus agravos, de modo a subsidiar as intervenções a partir da observação direta da realidade da comunidade (MARCOLINO, 2009).

Além disso, a presença do profissional no domicílio dos usuários favorece a produção do vínculo entre usuário, família e o serviço de saúde possibilitando, sobretudo, o desenvolvimento de um cuidado contínuo, centrado no enfoque familiar, segundo o qual o indivíduo deve ser considerado em seu ambiente cotidiano e a avaliação das necessidades ampliadas segundo o contexto familiar (MACINKO; ALMEIDA, 2006).

Destaca-se ainda que estes encontros no domicílio permitem acompanhar a família, e estar atento a sintomas respiratórios que indiquem o aparecimento de casos secundários de TB. A convivência diária com doentes em fase ativa da doença, aumenta as chances de adoecimento.

Assim a investigação entre os contatos domiciliares é uma ação prevista pelo Programa de Controle da Tuberculose (PCT), para o diagnóstico precoce de casos. O ACS deve estar vigilante à presença de tosse por três semanas ou mais, estar atento a condição social e de nutrição dos familiares bem como à presença de morbidades que tornem os usuários mais susceptíveis a tuberculose, como os portadores de HIV, de diabetes, de neoplasia entre outros (BRASIL, 2002).

Pesquisa realizada na cidade de Vitória – ES que analisou os conhecimentos e a percepção do ACS sobre as ações de controle da TB, aponta que apenas 28 dos 105 agentes participantes reconheceram a tosse há mais de três semanas como um sintoma característico de tuberculose. O estudo identificou um percentual ainda menor em relação ao conhecimento sobre o termo Sintomático Respiratório, onde somente 3 responderam corretamente a este questionamento (MACIEL, et al, 2008).

Observa-se no presente estudo, que menos da metade dos respondentes investigam a presença de sintomas respiratórios na visita domiciliar. Gazetta *et al*, (2008) apontam que a investigação dos comunicantes como meio de diagnóstico precoce e diminuição da disseminação da doença, não tem sido adotado como prática na rotina dos serviços de saúde. Um dos obstáculos relaciona-se ao pouco reconhecimento dos profissionais de saúde quanto a importância desta ação como medida de identificação de novos casos, além da falta de acompanhamento sistemático através de registros no sistema de informação.

Em estudo realizado em Ribeirão Preto-SP constatou-se que as ações de busca de SR nas atribuições do ACS não aconteciam de forma rotineira como preconizado. A implementação dessas atividades ocorreram com maior intensidade apenas após a realização de qualificação com os agentes, atenuando com o passar do tempo (NOGUEIRA; *et al*, 2009).

Maciel *et al* (2008) identificou falhas no conhecimento e nas ações desenvolvidas pelos ACS, sugerindo que melhorias na concepção da educação permanente são essenciais para o melhor desempenho na detecção de novos

casos. Compreende-se que para suspeitar e identificar casos novos de TB é necessário que os profissionais sejam preparados para orientar e executar os procedimentos para diagnóstico. Como visto nos resultados, parcela significativa de 71,9% dos ACS investigados, assinalaram preparo para identificar sintomáticos, em contrapartida, um total de 40,6% dos entrevistados afirmaram sentir dificuldades para orientar a coleta de escarro. Esta deficiência fragiliza o cuidado aos usuários e familiares, uma vez interrompe uma ação iniciada.

A coleta de escarro corresponde a uma atividade simples para o profissional, contudo, vale ressaltar que é necessário utilizar de uma abordagem educativa com o paciente, para que o mesmo compreenda o processo saúde-doença bem como o que é a tuberculose, seu tratamento e que a cura existe, derrubando o forte estigma do preconceito que ainda circunda quem convive com a doença.

Estudo realizado em Ribeirão Preto- SP, que avaliou a prática do ACS na busca de sintomáticos respiratórios, identificou fragilidades de natureza operacional relacionada ao trabalho do agente (dificuldade na abordagem junto à família, pouca aceitação do procedimento de coleta do escarro pelo usuário) e de ordem organizacional (rigidez nas rotinas/horário de envio de escarro).

Mazzaia (2000) avaliou a atitude de profissionais de enfermagem frente a amostra de escarro e orientação para o procedimento de colheita. A mesma constatou que entre os profissionais observados, a maioria apresentou atitude favorável diante da orientação sobre o procedimento; entretanto, 86% apresentaram atitude desfavorável em relação ao material- amostra de escarro.

Destaca-se que nem sempre a capacidade institucional dos sistemas de saúde em gestão dos recursos humanos é suficiente para fazer frente aos problemas de pessoal nos serviços de saúde, como também para garantir condições de trabalho que favoreçam a atuação do ACS (FONSECA; SEIXAS, 2002). Duarte, Silva e Cardoso (2007) analisando o processo de qualificação dos ACS, observaram que o método utilizado pauta-se no modelo tradicional, que enfoca mais os aspectos biológicos, fragmentados e reparadores. Acrescentam que os profissionais da estratégia saúde da família comungam da mesma ótica, e que são eles responsáveis pela capacitação do agente.

Mattos (2001) acrescenta que esta idéia tradicionalista de capacitação profissional, insiste em permanecer nos processos de formação em saúde, diverge, em sua essência, dos sentidos do princípio da integralidade. 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).

Sugere-se que para o desenvolvimento das habilidades e potencialidades do ACS, seria preciso priorizar as necessidades destes e da comunidade, através da construção através de um projeto de educação para ensinar a ensinar, ou seja, uma prática educativa problematizadora (DUARTE; SILVA; CARDOSO ,2007).

4.2 Desempenho do ACS junto ao tratamento do doente de TB

O início imediato do tratamento da TB corresponde à ação prioritária para interrupção da cadeia de transmissão da doença. Para isso, é preciso que sejam obedecidos os princípios básicos da terapia medicamentosa e a adequada operacionalização do tratamento (BRASIL, 2010a).

Entretanto, a disponibilidade das drogas e serviços de saúde bem estruturados não são suficientes para garantir o sucesso terapêutico. Promover a cura dos doentes de TB requer dispositivos que favoreçam a adesão ao tratamento.

Eleito como elemento chave da estratégia DOTS (*Directly Observed Treatment Short-course*), o Tratamento Diretamente Observado (TDO), vem sendo realizado pelos serviços de atenção básica, com o objetivo de ampliar a cobertura da supervisão da ingesta medicamentosa e consequente redução do abandono ao tratamento. Consiste em administrar o esquema de tratamento padronizado de curta duração, sob supervisão direta de um observador treinado, durante pelo menos a fase inicial do tratamento, estendendo-se minimamente aos casos com baciloscopias positivas (RUFFINO-NETTO, 2001).

A tabela 2 refere-se ao desempenho do ACS segundo indicadores de Acompanhamento e Tratamento dos doentes de TB. Observa-se que entre os ACS investigados, 95,3% discutem junto com o doente a importância sobre a realização

do TDO; 89,1% acordam local de realização, dia da semana (82,8%) e horário de tomada da medicação (89,1%).

Quanto ao agendamento de horário para consulta médica e controle, 68,8% atendem ao que melhor se adéqua a disponibilidade do doente. Em relação a realização mensal de baciloscopia de controle do tratamento, apenas 23,4% dos entrevistados assinalaram afirmativamente, sendo que 53,2% assinalaram que o procedimento não é realizado. Além disso, uma maioria de 46,9% responderam que a baciloscopia de controle bimensal também não é realizada, e apenas 29,7% relataram que sim. Quando investigado se a baciloscopia de controle é realizada no início e no final do tratamento, 29,6% dos ACS responderam que sim, 51,6% afirmaram que não e 18,8% não souberam informar.

Quanto as variáveis que compõem o indicador de desempenho no acompanhamento e tratamento dos casos de TB, observa-se que aquelas relacionadas ao TDO alcançaram escores superiores a 75%. Entretanto as variáveis relacionadas a realização de baciloscopias (mensal/bimensal) apresentaram pior desempenho. No computo geral este indicador foi avaliado com regular, apresentando escore igual a 6,92.

Tabela 2: Distribuição de freqüências e desempenho do ACS segundo indicadores de Acompanhamento e Tratamento dos doentes de TB. Cabedelo – PB. 2011.

Tratamento	n	%	Desempenho (10 pontos)
Discussão junto ao doente sobre realização do TDO (2,0)			
Sim	61	95,3	1,90
Não	3	4,7	
Total	64	100,0	
Pactua local de realização do TDO (1,0)			
Sim	57	89,1	0,89
Não	7	10,9	
Total	64	100,0	
Pactua dia da semana pra realização do TDO (1,0)			
Sim	53	82,8	0,82
Não	11	17,2	
Total	64	100,0	
Pactua horário de realização do TDO (1,0)			
Sim	57	89,1	0,89
Não	7	10,9	
Total	64	100,0	
Horários das consultas médicas de controle (1,0)			
Sim	44	68,8	0,69
Não	20	31,2	
Total	64	100,0	

Entrega da medicação (1,0)			
Sim	61	95,3	0,95
Não	3	4,7	
Total	64	100,0	
Baciloscopia de controle Mensal (1,5)			
Sim	15	23,4	0,35
Não	34	53,2	
Não sabe	15	23,4	
Total	64	100,0	
Baciloscopia de controle Bimensal (1,0)			
Sim	19	29,7	0,29
Não	30	46,9	
Não sabe	15	23,4	
Total	64	100,0	
Baciloscopia no início e final do tratamento (0,5)			
Sim	19	29,6	0,14
Não	33	51,6	
Não sabe	12	18,8	
Total	64	100,0	
Escores			6,92

A adesão ao tratamento da TB é quase sempre uma difícil tarefa para o doente, pois implica no uso de esquemas terapêuticos que combinam ao menos três medicações de uso prolongado, no mínimo seis meses, com a utilização de drogas agressivas ao organismo que resultam em efeitos adversos indesejados e consequente desistência terapêutica.

Com vistas a um maior controle e eficácia do tratamento, o PCT vem recomendando que o TDO seja realizado em todos os casos de TB, haja vista que não é possível prever quais usuários irão aderir ao tratamento. O TDO pode ser realizado com supervisão de um trabalhador da saúde, um familiar ou um membro da comunidade. Algumas experiências mostram que o DOT realizado por um membro da comunidade é tão eficaz quanto o DOT realizado em um ambulatório por um trabalhador da saúde (BOOGAARD *et al.*, 2009).

Estudos realizados em outros municípios brasileiros apresentaram resultados semelhantes a este no que se refere ao desempenho do ACS em relação ao TDO (COSTA *et al.*, 1998; VIEIRA; RIBEIRO, 2011; HECK *et al.*, 2011). Acredita-se que o TS se apresenta de fato como uma estratégia positiva no aumento da adesão dos doentes ao tratamento, visto que a supervisão direta pelo profissional de saúde garante a certeza da tomada da medicação pelo doente (VENDRAMINI *et al.*, 2002).

Estudos publicados avaliando os resultados de pacientes com TB recebendo supervisão através do TDO sustentam a inferência que esta modalidade de tratamento vem apresentando ótimos efeitos na adesão do doente superando o método auto-administrado e reduzindo as taxas de abandono (HILL; MANIKAL; RISK, 2002; WALLEY *et al*, 2001; REIGOTA; GARANDINA, 2002; MORRONE, 1999).

Em Ubatuba–SP a introdução do TDO reduziu o abandono para 4,3% e elevou a taxa de cura para 80% dos casos (BERGEL; GOUVEIA, 2005). No município de Ribeirão Preto-SP, a taxa de cura registrada em 1997 foi de 47%. Com a implantação do TDO a partir de 1998, houve um incremento das taxas de cura alcançando em 2002, 76,6% dos casos (MUNIZ; *et al*, 2006).

Contudo, ao fixar a atenção para outra direção, percebe-se também que o TDO, revela-se como capaz de transformar a prática de atenção ao paciente com TB, por meio de reestruturação do trabalho da equipe e ampliação dos espaços e formas de intervenção, no âmbito individual e coletivo. Sousa e Silva (2010) refletem que o papel do profissional de saúde no TDO não corresponde somente a observação direta da tomada da medicação para controle do bacilo, mas também estabelecer uma relação de proximidade com o doente de TB, contribuindo assim para o enfrentamento da doença tanto pelo apoio instrumental com a entrega dos medicamentos em domicílio como também pelo apoio emocional e discussão junto ao usuário acerca das informações inerentes à doença e terapia medicamentosa.

Há evidências que a adesão ao tratamento está relacionada mais às intervenções que incluem a sensibilidade às necessidades do paciente (educação médica, apoio social, assistência aos sem teto, usuários de droga e doentes mentais, oferecimento de transporte e cestas básicas) durante a implantação do TDO do que a supervisão médica (VOLMINK; MATCHABA; GARNER, 2000). Portanto, a discussão sobre o tratamento da TB vai além de aspectos estritamente médicos da doença.

Mishra *et al* (2005) comentam que a implementação do TDO requer flexibilidade, com adaptações nos diversos contextos, bem como necessita de comunicação ou intercâmbio entre as partes envolvidas, a saber, profissionais e usuários. As autoras também salientam a importância de incentivos monetários para

os pacientes, educação em saúde e supervisão intensiva para garantir o êxito do TDO.

Estudo realizado em município de grande porte no sudeste que avaliou o desempenho do TDO no domicílio do doente mostrou que esta exige uma reorganização das atividades internas do serviço de saúde em função de uma estrutura mínima (viatura, motorista, e profissional de saúde – supervisor) e requer a sistematização das atividades do TDO, em um planejamento com o doente no que diz respeito ao horário e local da supervisão (CARDOZO; GONZALES *et al.*, 2008).

No entanto, em investigações realizadas sobre a adesão do tratamento da tuberculose a partir da operacionalização do TDO, identificaram-se a presença de limitações da estratégia, citando a falta de estrutura física das unidades, as ações burocráticas, como grande quantidade de impressos a serem preenchidos e a falta de capacitação dos profissionais de saúde em relação à estratégia, além da falta de recursos humanos para o tratamento supervisionado nos ambulatorios de saúde. Apontou-se ainda, que o tratamento baseado no TDO comunitário interfere menos nas atividades diárias dos doentes, privilegiando-se, assim, uma abordagem do tratamento centrada no usuário em seu domicílio (TERRA, 2007; BOOGAARD *et al.*, 2009).

Neste contexto, a atuação do ACS, configura-se como possibilidade de expandir seu campo de atuação para além da supervisão medicamentosa. A terapêutica medicamentosa, mesmo sendo eficaz, sofre o contraponto da singularidade do doente em correlação com sua inserção na sociedade (VENDRAMINI *et al.*, 2002). Ao pactuar junto ao doente o melhor local e horário para a tomada da medicação, observa-se a importância de um cuidado pautado em projetos terapêuticos singularizados, que se estruturam a partir das particularidades e demandas destes usuários.

No entanto, embora se observe bom desempenho do ACS nas ações que envolvem o TDO, o acompanhamento bacteriológico dos casos ainda é insuficiente. O exame de escarro durante o tratamento é um importante recurso para avaliar a evolução da doença. O Ministério da Saúde (2010a) preconiza que sejam realizadas baciloskopias de controle mensalmente em pacientes em tratamento, sendo

indispensável a realização de ao menos a cada dois meses, no segundo, quarto e sexto mês de uso das medicações.

Estudos realizados em regiões brasileiras mostram que essa realidade também se apresenta em todo território nacional. Os resultados mostram que todos os municípios estudados apresentavam proporções semelhantes de ausência de informação sobre a baciloscopia de controle no quarto e sexto mês, além de um terço destes apresentarem baixa frequência de pacientes com baciloscopia realizada. Tais dados mostram a baixa capacidade, ainda existente, de acompanhamento dos pacientes sob tratamento nas unidades de saúde. Apontam também para a existência de subnotificação da TB e deficiência dos programas estaduais de controle da doença, ou seja, baixa qualidade de vigilância (BRAGA, 2007; NORA; PATROCLO, 2002).

Tal realidade pode ser justificada ainda pela capacitação insuficiente dos ACS, o qual recebe pouca ênfase na vigilância e promoção à saúde, além da ausência de supervisão de suas ações pelo enfermeiro e melhora no preparo técnico, que o possibilite identificar a baciloscopia não só como medida de diagnóstico, mas também como medida de controle da doença (MACIEL *et al*, 2008).

Estudos realizado com ACS mostram que as ações realizadas por estes caracterizam-se pela ênfase no modelo biomédico, dificultando as ações em âmbito coletivo em que este profissional não está preparado para realizá-las, o que contribui para sua dependência com o enfermeiro nas tomadas de decisão em relação ao tratamento da TB (PINTO; FRACOLLI, 2010; PINTO *et al*, 2010).

4.3 Desempenho do ACS segundo indicadores de informação sobre a Tuberculose: uma prática pautada na subjetividade do indivíduo?

A informação adequada sobre a doença, de modo especial sobre o tratamento, sua duração e principalmente a importância da regularidade no uso das drogas e as graves implicações sucedidas da interrupção ou abandono, são essenciais para a efetividade do tratamento da TB. A difusão dessas informações deve acontecer em todas as oportunidades de contato com o doente, durante as consultas, acolhimento e visitas domiciliares realizadas pelo ACS ou demais

membros da ESF, estabelecendo desse modo, uma relação de cooperação mútua (BRASIL, 2010b).

A tabela 3 apresenta o desempenho do ACS segundo as variáveis que compõem o indicador “informações em TB”, referindo-se às informações repassadas durante o tratamento. Observa-se que os mecanismos de transmissão da doença são abordados por 96,9% dos entrevistados, 93,8% orientam sobre a importância da regularidade na ingestão das drogas; 78,1% alertam o doente sobre a possibilidade de reações indesejadas; 98,4% informam sobre a importância da investigação dos contatos. Neste indicador o desempenho geral dos ACS, foi considerado satisfatório alcançando escore igual a 9,14.

Tabela 3- Distribuição de freqüências e desempenho dos ACS segundo indicadores de Informação sobre a Tuberculose. Cabedelo, 2011.

Informações em TB	n	%	Desempenho (10 pontos)
Informações sobre a transmissão da doença (2,0)			
Sim	62	96,9	1,93
Não	2	3,1	
Total	64	100,0	
Informações quanto ao horário de tomar a medicação (2,0)			
Sim	60	93,8	1,87
Não	4	6,2	
Total	64	100,0	
Informações quanto reações adversas da medicação (2,0)			
Sim	50	78,1	1,56
Não	14	21,9	
Total	64	100,0	
Informações quanto à necessidade de examinar seus contatos (2,0)			
Sim	63	98,4	1,97
Não	1	1,6	
Total	64	100,0	
Informações quanto à importância da adesão ao tratamento (2,0)			
Sim	58	90,6	1,81
Não	6	9,4	
Total	64	100,0	
Escore			9,14

Dentre os diversos fatores que influenciam a não adesão ao tratamento da TB destaca-se a falta de informações do doente acerca da própria doença. Desse modo compreende-se como consequência a descontinuidade do tratamento tendo em vista a falta de conhecimento do doente sobre a enfermidade (COSTA; et al, 2011).

O repasse de tais informações são fundamentais para o alcance da cura da doença, considerando que, uma vez o doente compreendendo o processo de adoecimento e o caminho percorrido até a cura, facilita a sua adesão terapêutica.

Estudo realizado no município do Rio Grande (RS) apresentou que 60% dos usuários entrevistados responderam afirmativamente acerca do conhecimento sobre a importância da adesão ao tratamento, contrapondo os 85% de taxa de cura do Ministério da Saúde, considerando a relação direta entre esses dois fatores (COSTA, et al, 2011; BRASIL, 2002).

Sabe-se que as drogas anti-tuberculose têm poder bactericida eficaz contra o *Mycobacterium tuberculosis*, mas estudos têm demonstrado que não é o suficiente, tornando-se essencial o compromisso da equipe de saúde, como instrumento para identificar fatores relacionados a não adesão ao tratamento, seja por razões ligadas ao próprio doente ou pelas condições socioculturais que ele vive (BRASIL, 2002).

Em sua maioria, os doentes de TB conseguem concluir o tratamento sem sofrer grandes desconfortos resultantes dos efeitos adversos dos medicamentos. Contudo, vale ressaltar que a presença e intensidade desses efeitos depende de alguns fatores determinantes, dentre eles destacam-se a idade, o estado nutricional do indivíduo e a drogadição, mais comumente o alcoolismo e além disso, a co-infecção com o vírus HIV. Desse modo, os usuários devem ser orientados sobre a possibilidade de intercorrências (BRASIL, 2002).

O momento oportuno para o repasse dessas informações deve ser durante as consultas médicas e de enfermagem, e nas visitas domiciliares e não deve se restringir apenas por ocasião do diagnóstico. Sob efeito da descoberta da doença, medos e insegurança que surgem nesta ocasião, incorrem muitas vezes em pouco entendimento e assimilação sobre as informações recebidas. Portanto a equipe de saúde e no caso específico o ACS, deve em cada encontro conversar com o doente sobre a doença, o tratamento e sua participação na gestão do cuidado. Deve ouvir com atenção as suas dúvidas, anseios e questões pessoais, valorizando o sentido

de cuidar-se que o próprio doente leva consigo como reflexo da experiência vivida (PAZ; SÁ 2009). Deste modo, minimiza-se a possibilidade de abandono do tratamento relacionado à inadequada assimilação de informações por parte do doente e permite-se iniciar a relação de vínculo que deve haver entre ambos, de modo a promover uma interação terapêutica.

Em pesquisa realizada no município de São José do Rio Preto (SP) identificou-se que os profissionais realizam de forma efetiva o repasse de informações sobre a terapêutica da TB, sendo de extrema importância para a sua adesão e colaborando para o sucesso do tratamento haja vista que o doente compreendendo o processo de adoecimento e cura torna-se corresponsável pela sua saúde (PONCE, et al 2011).

Sá *et al* (2007) destacam que os profissionais precisam estar sensibilizados para ouvir e identificar as necessidades individuais do usuário e promover a co-responsabilização na assistência, garantindo assim a adesão ao tratamento. Além disso, refletem a importância de ouvir as queixas do paciente proporcionando uma assistência individualizada, desenvolvendo soluções em conjunto, assegurando o cuidado pautado no acolhimento e no vínculo.

Brunello *et al* (2009) refletem que o vínculo permite que sejam estabelecidas relações de escuta, diálogo e respeito mútuo entre o paciente e o cuidador, favorecendo a segurança do doente com o serviço de saúde uma vez que este sente-se acolhido e próximo dos profissionais responsáveis por sua assistência.

Sánchez (2007) corrobora com essa reflexão quando afirma que o vínculo contribui efetivamente na adesão do paciente ao tratamento, haja vista que este começa a compreender o processo terapêutico e a sentir-se seguro com as recomendações dos profissionais que o atendem.

Nessa perspectiva, cabe uma breve reflexão sobre a importância das tecnologias leves no processo do cuidar em saúde, tendo em vista que correspondem aquelas implicadas no trabalho vivo, utilizando relações de interação e subjetividade, resultando na construção do acolhimento, vínculo e responsabilização (MERHY, 2003). Segundo Ayres (2009) o espaço das tecnologias leves corresponde aquele que os profissionais de saúde estão inseridos em suas

práticas de cuidado frente ao outro na relação terapêutica favorecendo a presença desse outro de maneira mais efetiva.

O espaço das tecnologias leves também pode ser compreendido como espaço de conversação e o serviço de saúde como redes interligadas de conversação. Por exemplo, para a efetividade do acolhimento, do vínculo e da responsabilização, faz-se necessário que as tecnologias de conversação sejam desenvolvidas a partir de uma escuta humanizada que favoreça a participação ativa do outro com suas diferentes demandas. Além disso, é preciso uma orientação assistencial com base na integralidade do cuidado que produza uma resposta a essas demandas (AYRES, 2009; TEIXEIRA, 2003).

Nesse contexto, o termo integralidade do cuidado é compreendido por Mattos (2004), quando se refere aos encontros entre usuários e profissionais de saúde, como a capacidade do profissional perceber o sofrimento expresso pelo outro ou a possibilidade de sofrimento futuro do outro ao compreender sua dinâmica de vida e desse modo enxergar as ofertas de cuidados que se fazem necessárias de acordo com a realidade apresentada. Reflete ainda que mais do isso, é se colocar no lugar o outro e a partir dessa compreensão torna-se possível delinear um plano de cuidados individualizado.

Merhy (2007) acrescenta que o trabalho em saúde deve estruturar-se a partir de “espaços intercessores”, onde nos encontros entre profissionais e usuários seja valorizada a “escuta”, a troca de informações, a discussão sobre direitos e deveres e oportunidade para a tomada de decisões.

Embora neste estudo os resultados tenham apontado desempenho satisfatório dos ACS quanto a valorização da informação no acompanhamento dos casos de TB, questiona-se se na prática consolida-se de fato como espaço de emancipação dos sujeitos e promoção da autonomia. Ações de educação em saúde realizadas de maneira tradicional, algumas vezes, mostram-se ineficazes em relação à transformação de realidades individuais e sociais. Estudo realizado por Souza *et al* (2009) que se propôs a analisar a relação entre as singularidades do doente com história de abandono do tratamento de tuberculose e a atenção dispensada pela equipe de saúde da família, mostrou que pouca familiarização com os recursos da informação acerca da doença e tratamento, exerceram influência sobre a atitude de

abandonar o tratamento da TB. Como raiz deste problema poder-se-ia apontar a prática de uma educação focada na simples transferência de informações e/ou recomendações, o que por vezes ocorre em linguagem pouco adequada ao entendimento do público a que se destina.

4.4 Desempenho do ACS segundo indicadores de monitoramento e prevenção da Tuberculose

Na atenção aos casos de tuberculose, além da atenção proporcionada no domicílio e acompanhamento terapêutico estão previstas a execução de uma série de ações que irão permitir a extensão do cuidado. Deve ser investigada a condição sorológica para o HIV; providenciado encaminhamento para unidade de referência especializada quando a situação exigir procedimentos de alta densidade tecnológica; busca de faltosos às consultas médicas e de enfermagem; atividades de prevenção e promoção a saúde.

A Tabela 4 apresenta o desempenho do ACS segundo as variáveis que compõem o indicador “monitoramento e prevenção da TB”. Observa-se que 87,5% dos ACS entrevistados orientam a realização da sorologia para o HIV, 93,8% auxiliam na marcação de consultas médicas e exames; 85,9% assinalaram que o serviço fornece informações por escrito quando o doente de TB é encaminhado para outros serviços de saúde; a busca de faltosos ao TDO e consulta médica/enfermagem é realizada, respectivamente, por 98,4% e 95,3% dos ACS.

Quanto ao local de entrega do material (escarro) apenas 43,8% assinalaram ser a unidade de saúde da família responsável pelo recebimento. A prática de atividades educativas voltadas para a comunidade de forma rotineira foi mencionada somente por 12,5% dos ACS, sendo realizada por 90,6% apenas por ocasião de campanhas. Neste indicador o desempenho geral dos ACS, foi considerado regular alcançando escore igual a 14,77.

Tabela 4- Distribuição de frequências e desempenho dos ACS segundo indicadores de monitoramento e prevenção. Cabedelo, 2011.

Monitoramento e Prevenção	n	%	Desempenho (20 pontos)
Orientação quanto a realização do exame anti-HIV (2,0)			
Sim	56	87,5	1,75
Não	8	12,5	
Total	64	100,0	
O material (escarro) é entregue na USF (2,0)			
Sim	28	43,8	0,87
Não	29	45,3	
Não sabe	7	10,9	
Total	64	100,0	
Consultas médicas mensais (2,0)			
Sim	48	75,0	1,50
Não	16	25,0	
Total	64	100,0	
Auxilia marcação de exames e consultas (2,0)			
Sim	60	93,8	1,87
Não	4	6,2	
Total	64	100,0	
Serviço fornece informações por escrito quando encaminhado (2,0)			
Sim	55	85,9	1,71
Não	9	14,1	
Total	64	100,0	
Busca de Faltosos à consulta médica/enfermagem (2,0)			
Sim	61	95,3	1,90
Não	3	4,7	
Total	64	100,0	
Busca de Faltosos ao TDO/retirada de medicação (2,0)			
Sim	63	98,4	1,96
Não	1	1,6	
Total	64	100,0	
Costuma ouvir outros problemas de saúde e necessidades dos doentes (2,0)			
Sim	62	96,9	1,93
Não	2	3,1	
Total	64	100,0	
Atividades educativas voltadas para a comunidade de forma rotineira (3,0)			
Sim	8	12,5	0,37
Não	56	87,5	
Total	64	100,0	
Atividades educativas voltadas para a comunidade em épocas de campanha (1,0)			
Sim	58	90,6	0,91
Não	6	9,4	
Total	64	100,0	
Escores			14,77

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) gerou visivelmente um impacto na epidemiologia, na história natural e na evolução clínica da Tuberculose (TB) (FRIEDEN *et al* 2003). Caracteriza-se como um dos principais fatores de risco para a progressão da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (Mtb), e se não o mais grave, o mais característico em termos de morbidade, não apenas pela interação patológica, mas por uma combinação de fatores que favorecem a evolução da doença em ambas (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004; MUNIZ *et al* 2006).

Em 2008, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou a ocorrência de 9,4 milhões de casos novos de TB no mundo, sendo que 700 mil (8%) eram coinfetados (WHO, 2010). No Brasil, neste mesmo ano, 7.557 estavam coinfetados pelo HIV, correspondendo a 9% do total (BRASIL, 2009). Os estados com maiores percentuais de coinfeção foram: Santa Catarina (20,3%), Rio Grande do Sul (19,9%), e São Paulo (15,6%).

A estreita e forte interação na distribuição desses dois agravos, em que a ocorrência de um repercute diretamente sobre a ocorrência do outro, exigiu a intervenção do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), recomendando que 100% dos casos com diagnóstico confirmado de TB fossem submetidos à investigação sorológica para o HIV (JAMAL; MOHERDAUI; 2007).

O aconselhamento e a testagem anti-HIV para os doentes com TB e a quimioprevenção para TB nos portadores do HIV, são ações prioritárias desenvolvidas no âmbito do projeto de controle da TB apoiado pelo Fundo Global (BARREIRA, 2009). Essas ações visam impedir o recrudescimento da TB no Brasil, ocasionado pela alta prevalência desta doença entre os indivíduos com HIV, assim como, impedir que a TB comprometa os avanços que vêm sendo alcançados na qualidade de vida dos pacientes soropositivos e na diminuição da mortalidade pela AIDS no país.

Apesar desta orientação, o que se observa é uma baixa frequência de solicitação e realização da sorologia, o que aumenta a incerteza sobre a real magnitude desta associação. Em 2007 apenas 59% das pessoas com tuberculose tiveram acesso ao resultado do teste anti-HIV em momento oportuno (BARREIRA,

2009). Segundo a OMS (WHO, 2009), no ano de 2008 foi realizado a testagem para o HIV em 22% dos casos notificados de TB no mundo.

Estudo realizado por Silva e Gonçalves (2009) investigou a frequência de solicitação do exame sorológico para detecção da infecção pelo HIV em pacientes com TB e a prevalência de tal co-infecção nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, no período de 2004 a 2006. Nesta série histórica, o percentual de pacientes com tuberculose testados para infecção pelo HIV aumentou de 50,6% em 2004 para 60,7% em 2006. Os municípios de Rio Branco e Macapá (Região Norte) apresentaram as piores coberturas de testagem sorológica, com frequências de não realização acima dos 86,5% nos três anos de estudo. As melhores coberturas de rastreio ocorreram em Campo Grande (Região Centro- Oeste) e Curitiba (Região Sul), com frequências de não realização inferiores a 20,5%. Na capital do estado da Paraíba, dos 1202 casos de TB notificados no período, 41,3% (497/1202) realizaram o teste para o HIV.

As evidências apontam que a oferta da sorologia para o HIV diverge entre as regiões do país, estando menos ou mais incorporada nas ações dos serviços de saúde. Embora no município de Cabedelo- PB tenha sido mencionada como ação orientada, por um percentual significativo de ACS, não significa que realmente o exame tenha sido executado. Para melhor conhecimento desta variável seria necessário analisar a proporção de casos investigados com sorologia para o HIV, entre o total de casos de TB notificados.

Outro dado importante apresentado na tabela 4 refere-se a entrega do material coletado (escarro) na unidade de saúde da família (USF). Percentual significativo de ACS (45,3%) assinalou que o material não é deixado na USF e 10,9% não souberam responder.

Esse dado contradiz a conduta preconizada pelo PCT e pela PORTARIA Nº 648/ MS (BRASIL, 2006) que preconiza a descentralização das ações de controle da TB para a atenção básica, entre elas a oferta do exame bacteriológico. O serviço de saúde deve estar organizado para assegurar aos profissionais no exercício de suas competências, que o cuidado iniciado tenha continuidade. O encaminhamento do doente para outros serviços pode ser um fator impeditivo para realização do mesmo, seja pela dificuldade de se deslocar ou por implicar em custos financeiros.

Cabe ressaltar ainda, que o desconhecimento quanto ao fluxo do material coletado manifestado por alguns ACS, demonstra fragilidade na interação destes atores com o funcionamento e articulação entre os diferentes pontos do sistema de serviços de saúde. Além disso, reafirma o baixo desempenho para orientar a coleta de escarro e realização de baciloscopias mensais/bimensais apontados respectivamente nos item 5.1 e 5.2 deste capítulo.

Em relação às variáveis “marcação de consultas/exames”, “busca de faltosos” os ACS demonstraram alto percentual de participação. No entanto este achado corrobora com estudos que tem mostrado atuação restrita do ACS, votadas à ações de cunho administrativo o organizacional. O processo de trabalho do ACS medicocentrado opera centralmente na produção do cuidado. Limita-se a informar sobre o funcionamento da unidade, rotinas, entrega de resultados de exames, marcação de consultas (FORTES; SPINETTI, 2004; SILVA, 2001; ROSA; LABATE, 2005).

Evidentemente que uma das ações de controle da TB corresponde ao acompanhamento clínico mensal para observação da evolução da doença, identificação de reações adversas das medicações, monitoramento do peso do paciente e ajustes de dose dos medicamentos (BRASIL, 2010b). Contudo, a atuação do ACS parece reproduzir as atribuições que formalmente foram determinadas para serem executadas. Rosa e Labate (2005) chamam atenção para a necessidade de reorganizar a rede de poderes e dos processos de trabalho de modo que as equipes de saúde estejam, ao mesmo tempo, estimuladas e sendo preparadas para assumir novos padrões de autonomia e de responsabilidade.

Quanto ao fluxo de informação por ocasião do encaminhamento dos doentes para serviços de maior densidade tecnológica, observa-se no município estudado integração entre os diferentes pontos da rede de atenção. A referência é definida como o ato de encaminhamento de um usuário atendido em um estabelecimento de saúde a outro de maior aporte tecnológico. Já a contra-referência como o ato de encaminhamento de um usuário ao estabelecimento de origem, que o referiu, após resolução da causa responsável pela referência. Esta estrutura visa subsidiar e manter a garantia do acesso da população aos serviços e o respeito aos seus direitos e liberdade. Neste processo é fundamental a existência de mecanismos

administrativos formais que registrem e organizem o movimento de usuários e informações (CONH *et al* 2005).

Segundo Mendes (2002), para que os serviços de saúde atuem de forma integrada e não fragmentada é preciso que haja uma permanente comunicação entre os diferentes pontos de atenção, prestando uma assistência contínua e de forma organizada, a uma população definida. Não deve haver uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal integrada para a atenção a eventos crônicos, cuja manifestação é gradual e o resultado não é a cura, mas o acompanhamento em longo prazo.

No que tange aos trabalhos educativos direcionados a comunidade, observa-se que as ações são pontuais e limita-se a períodos de campanha. Muniz *et al* (2007) apontam que existe uma certa “capturação” do processo de trabalho dos ACS pela unidade de saúde. As demandas impostas pelo calendário do setor saúde (campanhas nacionais, estaduais e municipais) moldam o processo de desenvolvimento de suas práticas e buscam responder a um certo modelo de atenção voltadas as linhas campanhistas, sem preocupação com a integralidade no próprio processo educativo ou com uma continuidade de ações junto à comunidade que trabalhe sua autonomia e conscientização. Nesse processo, a relação com a comunidade tende a se tornar utilitarista quando conduzida no sentido de garantir mobilização dos indivíduos para as campanhas (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

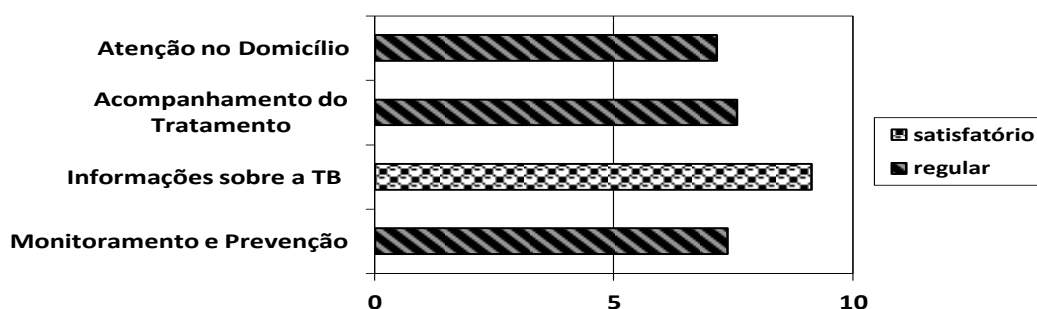
Esta forma restrita de conduzir a educação em saúde retrata a conformação histórica das políticas de saúde pública no Brasil. A educação sanitária foi adotada como instrumento de trabalho predominante no início do século XX, visando formar a consciência sanitária do povo em geral. O controle educativo/ terapêutico instaurado pela higiene iniciou um modo de regulação política da vida dos indivíduos que até hoje vem se mostrando eficiente (ROSA, LABATE, 2005).

Entretanto, esta concepção demonstra ser capaz de provocar mudanças no comportamento ainda que em âmbito restrito. Porém, não é um processo capaz de desenvolver nas pessoas a consciência crítica das causas dos seus problemas e, ao mesmo tempo, de criar uma prontidão para atuar no sentido de mudanças (MENDONÇA, 1987).

4.5 Análise Geral de Desempenho

Os indicadores analisados compõem um conjunto de ações que conformam a atenção e cuidado aos doentes de TB. Os resultados mostram lacunas no processo de trabalho do ACS, que precisam ser revistos e priorizados. Chama atenção no cenário pesquisado que embora o indicador “informações sobre a TB” tenha apresentado desempenho satisfatório, o espaço domiciliar é pouco explorado para suspeição e identificação e de casos.

FIGURA 2: Desempenho do ACS na atenção ao tratamento da TB. Cabedelo-2011



Merhy e Franco (2003) reconhecem que apesar dos serviços de saúde realizarem mudanças significativas na forma de produzir saúde e entenderem a importância de se conhecer o usuário e o contexto social no qual este se insere, a fim de estabelecer vínculos e criar estratégias para alcançar o sucesso do tratamento, o processo de trabalho continua estagnado, centrado na doença, na produção da saúde, sem, no entanto, priorizar a prevenção e promoção da saúde, desrespeitando, dessa forma, a tão visada integralidade.

Nessa perspectiva, o cuidado aos doentes de TB deve tomar por base não apenas a doença em si. Os processos de qualificação do ACS devem estimular o diálogo com o usuário, com os familiares e com outros profissionais, a fim de estimular a compreensão, a autonomia e a co-responsabilidade com o cuidado. 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.

Contudo Merhy e Feuerwerker (2011) apontam que este processo é desafiador: implica na necessidade de produzir novas tecnologias de cuidado; construir outro equilíbrio entre os diferentes tipos de tecnologias envolvidos 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.

Logo, se faz necessário operar mudanças não só na produção do cuidado em saúde, mas também no processo de trabalho, através da articulação de ações que visem à prevenção, a promoção e a recuperação da saúde, além da garantia de uma abordagem integral do indivíduo, doente e da família.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo propôs-se analisar o desempenho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na atenção ao tratamento da Tuberculose (TB), tendo em vista as atividades desenvolvidas por este profissional no seu cotidiano considerando a atenção no domicílio, tratamento, informações sobre TB e ações de monitoramento e prevenção.

Os resultados levam a compreender que o ACS possui uma importante função no serviço de saúde por ser o elo entre a comunidade e a equipe da unidade. Por estar presente no dia-a-dia da comunidade, fortalece as relações de vínculo com os usuários, fato que contribui para um melhor acompanhamento dos casos de TB.

A pesquisa mostrou que o desempenho dos agentes na implementação de ações de controle da tuberculose varia entre regular e satisfatório. Foram identificadas algumas limitações, divergências e potencialidades no trabalho do ACS.

Como limitações pode-se elencar:

- A busca de sintomáticos respiratórios não está atribuída à rotina dos ACS, fato que pode retardar o diagnóstico e consequente tratamento precoce da TB;
- A visita domiciliar não é realizada diariamente aos casos de TB;
- A baciloscopia de controle não é realizada mensalmente;
- O material coletado para a baciloscopia não é entregue na unidade de saúde e sim diretamente no laboratório pelo usuário;
- As atividades educativas para o controle da TB junto à comunidade é realizada em sua maioria em épocas de campanha.

Além das limitações no trabalho do ACS para a realização de ações de controle da TB, observaram-se algumas contradições com relação a algumas práticas desses profissionais:

- A maioria dos agentes sabe identificar um SR, porém não pergunta durante as visitas domiciliares se alguém apresenta tosse há mais de três semanas;

- Apesar de sentirem-se preparados para identificar um SR, muitos não sabem orientar quanto à coleta de escarro;
- A maioria desses profissionais realiza visita domiciliar aos casos prioritários, contudo afirma também, em sua maioria, que essa atividade não é realizada diariamente;
- Muitos agentes afirmam realizar o repasse de informações sobre a doença e tratamento bem como sabem identificar um SR, no entanto a maioria realiza ações educativas para a comunidade apenas em épocas de campanha.

O estudo também mostra algumas potencialidades no trabalho dos agentes na perspectiva da atenção ao tratamento da TB:

- São oferecidas visitas domiciliares aos casos prioritários de tuberculose;
- As informações inerentes à doença e tratamento são repassadas aos doentes de forma efetiva;
- Há discussão junto ao doente sobre a realização do tratamento diretamente observado bem como a adequação conforme as necessidades do doente;
- São repassadas orientações quanto a realização do exame anti-HIV;
- É realizada a busca de faltosos às consultas, ao TDO ou ao recebimento de medicamentos na unidade;

Compreende-se que o trabalho do Agente Comunitário de Saúde nas ações de controle da Tuberculose corresponde a uma ferramenta indispensável nesse processo, tendo em vista que representam o elo entre a comunidade e o serviço de saúde.

A visita domiciliar é a principal atribuição do ACS, devendo ser realizada diariamente a todos os casos de TB especialmente aos prioritários para diminuir os casos de abandono ao tratamento. Além disso, através da VD o profissional acompanha a realização da tomada da medicação através do TDO, colaborando para a adesão ao tratamento.

Essa atribuição do agente fortalece o vínculo junto ao doente, haja vista que o profissional participa do cotidiano dessa pessoa e de sua família, oportunizando um cuidado mais humanizado, a partir da aproximação da realidade dos sujeitos.

Desse modo faz-se necessário que haja um comprometimento da gestão das políticas públicas de saúde e do PCT em investir na qualidade do trabalho dos agentes comunitários de saúde, com o objetivo de não apenas treiná-los para a realização de procedimentos técnicos, mas sim para a realização de uma prática pautada na humanização do cuidado ao doente de TB e na co-responsabilização desses sujeitos no processo saúde-doença.

Frente aos resultados encontrados, merecem destaque os seguintes apontamentos:

- Realização de capacitações em serviço para os agentes sobre a busca de SR, com ênfase na importância dessa atividade para o controle da doença e melhor acompanhamento dos casos em tratamento.
- Estabelecer na rotina desses profissionais a visita domiciliar diária aos casos de TB com vistas ao acompanhamento mais próximo desses pacientes e evitar o abandono ao tratamento. Além disso, na perspectiva do cuidado, esse contato diário com o doente fortalece as relações de vínculo, estabelecendo a co-responsabilização no tratamento e potencializando a adesão terapêutica do doente.
- Maior comprometimento da gestão em investir nas ações de controle da TB, a começar pela viabilização da baciloscopia de controle mensalmente ou ao menos uma vez a cada dois meses (2º, 4º e 6º mês de tratamento) para um acompanhamento mais efetivo dos casos bacilíferos em tratamento.
- Treinar os ACS para coleta de escarro, tendo em vista que esta é uma atribuição que lhe compete e pela proximidade que este profissional tem com a comunidade, facilita a aceitação do SR e/ou doente em realizar a baciloscopia.
- A articulação entre o serviço de saúde e a gestão do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) local para viabilizar equipamentos necessários (geladeira ou caixa de isopor) para o adequado armazenamento do material coletado para a baciloscopia na unidade e assim possa ser encaminhado pela equipe de saúde para o laboratório e não ser entregue pelo próprio usuário, evitando desperdício de material ou alterações nos resultados por contaminação do escarro.

- Implementação das atividades de prevenção e monitoramento da tuberculose junto a comunidade a partir de ações educativas promovidas pela equipe da unidade e/ou Secretaria Municipal de Saúde e PCT com o apoio de outros setores a fim de abranger a população adstrita.
- Promover o acolhimento como forma de interação usuário/serviço de saúde a partir da escuta qualificada para atender as necessidades dos doentes de TB que buscam a unidade de saúde.
- O fortalecimento da estratégia DOTS a partir do comprometimento da gestão em investir neste plano de controle da tuberculose, treinando os profissionais para lidarem com a diversidade e complexidade da tuberculose se utilizando do TDO para uma maior aproximação da comunidade

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. Popular education in primary care: in search of comprehensive health care. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 8, n. 15, p. 259-74, mar/ago 2004.

ALMEIDA FILHO, N. de.; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à Epidemiologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v. 8, n. 14, p. 73-91, 2004.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado: Trabalho e interação nas práticas de saúde. rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/IMS: Abrasco, 2009.

BARREIRA, D. Antigo e atual problema de saúde pública. **Radis**, n. 106, p. 20-21, jun 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família**. Brasília: 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual Técnico para o Controle da Tuberculose. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília: 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perfil de competências profissionais do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006**. Brasília: 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. 1ed. Brasília-DF:2009.

_____. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição Centro Federal de Ensino e Pesquisa em Saúde. Serviço de Saúde Comunitária. **Tuberculose na Atenção Primária à Saúde**. Org.: Sandra Rejane Soares Ferreira; Rosane Glasenapp; Rui Flores. Porto Alegre, RS: 2010a.

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

BERGEL, F. S.; GOUVEIA, N. Retornos frequentes como nova estratégia para adesão ao tratamento da tuberculose. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 39, n. 6, p. 898-905, dez. 2005.

BOOGAARD, J. V. D.; KIBIKI, G. S.; KISANGA, E. R.; BOEREE, M. J.; AARNOUTSE, R. E. New drugs against tuberculosis: problems, progress and evaluation of agents in clinical development. **Antimicrob Agents Chemother** 53: 849-862, 2009.

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. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 259- 268, 2008.

BRAGA, J. U. Vigilância epidemiológica e o sistema de informação da tuberculose no Brasil, 2001-2003. **Revista de Saúde Pública**, v.41, suppl.1, p. 77-87, 2007.

BRUNELLO, M. E. F.; et al. Vínculo doente-profissional de saúde na atenção a pacientes com tuberculose. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 2, p. 176-82, 2009.

CAMPINAS, L. L. S. L.; ALMEIDA, M. M. M. B. tuberculose: o desafio da acessibilidade e do acolhimento nos serviços de saúde. **Mundo saúde**. v. 28, n. 1, p. 69-79, jan/mar, 2004.

CARDOZO-GONZALES, R.I. et al. La práctica del Tratamiento Supervisado en um Programa de Control de la Tuberculosis Del Município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil (1998-2001). **Revista Salud Pública**. México. 2005, 47(5): 325. 2005.

CARDOZO-GONZALES, R.I.; MONROE, A. A. ARCÊNCIO, R. A.; OLIVEIRA, M. F.; RUFFINO NETTO, A.; VILLA, T. C. S. Indicadores de desempenho do DOT no domicílio para o controle da tuberculose em município de grande porte, SP, Brasil. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 95-100, 2008.

CECIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Revista Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, 2005.

CHIESA, A. M.; FRACOLLI, L. A. O trabalho dos agentes comunitários de saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da promoção da saúde. **Revista Brasileira da Saúde de família Brasília**, 2004; 2:42-49.

COHN, Amélia. “O SUS e o direito à saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde”. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel (orgs.). **Saúde e democracia. História e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, pp. 385-405 (ISBN 85-7541-058-X)

CONSENSO BRASILEIRO DE TUBERCULOSE, 1,24-25 abr. 1997. **Jornal de Pneumologia** 1997; 23:294-301.

COSTA, S. M.; et al. Conhecimento dos clientes com tuberculose pulmonar e seus familiares sobre adesão ao tratamento e fatores associados, no município do Rio Grande (RS). **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(Supl. 1):1427-1435, 2011.

DUARTE, L. R. SILVA, D. S. J. R.; CARDOSO, S. H. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 23, p. 439-47, set./dez. 2007.

DOMINGUEZ, B.N.R. **O Programa de saúde da família: como fazer**. São Paulo: Parma, 1998.

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. 1988.

FERREIRA, S. M. B.; SILVA, A. M. C; BOTELHO, C. Abandono do tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá - MT - Brasil. **Jor. Bras. Pneumol.** 2005 Set-Out; 31 (5): 427-35.

FONSECA, C. D.; SEIXAS, P. H. D. Agenda nacional de recursos humanos em Saúde: Diretrizes e prioridades. In: **RECURSOS humanos em Saúde: Política, desenvolvimento e Mercado de Trabalho**. Campinas, SP: Unicamp, 2002.

FORTES, P. A.; SPINETT, S. R. A informação nas relações entre os Agentes Comunitários de Saúde e os usuários do Programa de Saúde da Família. **Saúde e Sociedade** v.13, n.2, p.70-75, maio-ago 2004.

FRANCO, T. B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. FRANCO, T.B.; in **Pinheiro, R. & Matos, R.A. "Gestão Em Redes"**, LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2006.

FRIEDEN, T.R.; DRIVER, C.R. Tuberculosis control: past 10 years and the future progress. **International Journal Tuberculosis**. 2003. Lung Disease 83(1-3):82-85.

GALAVOTE, H. S.; PRADO, T. N.; MACIEL, E. L. N.; LIMA, R. C. D. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(1):231-240, 2011.

GAZZETA, C. E.; et al. Tuberculosis contact control in Brazil: a literature review (1984-2004). **Rev Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 306-13, 2008.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, Ary Carvalho de et al. (Org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 237-255.

HAINES, A.; SANDERS, D.; LEHMANN, U.; ROWE, A. K.; LAWN, J. E.; JAN, S. et al. Achieving child survival goals: potential contribution of community health workers. **Lancet** 2007; 369:2121-31.

HILL, A. R.; MANIKAL, V. M.; RISKA, P. F. Effectiveness of directly observed therapy (DOT) for tuberculosis: a review of multinational experience reported in 1990-2000. **Medicine (Baltimore)**. 2002;81(3):179-93.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: www.censo2010.ibge.gov.br. 2010.

JAMAL, L. F.; MOHERDAUI, F.. Tuberculose e infecção pelo HIV no Brasil: magnitude do problema e estratégias para o controle. **Revista de Saúde Pública**[online], v. 41, p. 104-110, 2007. Suplemento1. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v41s1/6545.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2011.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Community health agent: a literature review. **Rev Latino am Enferm** 2006; 14:957-63.

LIMA, D. S. **Situação da tuberculose na Paraíba**. Seminário das ações de controle da tuberculose. Núcleo de Doenças Endêmicas – Secretaria Estadual de Saúde, 2010.

MACIEL, E. L. N.; VIEIRA, R. C. A.; MILANI, E. C.; BRASIL, M.; FREGONA, G.; DIETZE, R. O agente comunitário de saúde no controle da tuberculose: co-

nhecimentos e percepções. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, jun. 2008.

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

MARCOLINO, A. B. L. et al. Avaliação do acesso à ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux – PB. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.12, n.2, p. 144-57, 2009.

MARQUES, P. F.; FERREIRA, S. L. O domicílio como espaço de práticas de saúde: reflexões a partir dos programas de saúde da mulher. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, maio/ago.2002, p. 138-141.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001. p.39-64.

MAZZAIA, M. C. **Conhecimento, atitudes e práticas do pessoal de enfermagem visando a qualidade de amostras de escarro para baciloscopia no diagnóstico da tuberculose pulmonar**. 2000. [dissertação] Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

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

MENDONÇA, G.F. Educação em Saúde: um processo participativo. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Ação participativa: avaliação de experiências**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

MERHY, E. E. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec; 2003.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudança para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde em Debate**, vol. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

MINAYO, M.C.; DELIA, J.C.R.; SVITONE, E. **Programa de Agentes de Saúde do Ceará: estudo de caso**. Unicef, Fortaleza:1990.

MISHRA, P.; HANSEN, E. H.; SVEND, S.; KAFLE, K. K. Adherence is associated with quality of Professional-patient interaction in Directly Observed Treatment Short-course, DOTS. **Patient Education and Counseling**, San Francisco, v. 2544, p. 1-9, 2005.

MOREIRA, R.C.R.; CARVALHO, J.E.; SANTANA, N., Programa de agentes comunitários de saúde! Uma estratégia em favor da saúde coletiva. In: VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. **Anais**. Salvador, 2000. p.261:787.

MORRONE, N; et al. Tuberculose: tratamento supervisionado "versus" tratamento auto-administrado. **J.Pneumol**. v. 25, n.4, p.198-206, 1999.

MUNIZ, J. N.; PALHA, P. F.; MONROE, A. A.; GONZALES, R. I. C.; RUFFINO NETTO, A.; VILLA, T. C. S. A Incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.2, p.315 - 321, 2005.

MUNIZ J.N; RUFFINO-NETTO A.; VILLA T.C.S.; YAMAMURA M; ARCENCIO R.; CARDOZO-GONZALES R.I., et al. Aspectos epidemiológicos da co-infecção tuberculose e vírus da imunodeficiência humana em Ribeirão Preto (SP), de 1998 a 2003. **J. Bras. Pneumol**. 2006;32(6):529-34

NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F.B. DA; RAMOS, Z.DO V.O. **A vinculação institucional de um trabalhador *sui generis* — o agente comunitário de saúde**. Ministério do

Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto de Pesquisas Econômicas aplicadas- IPEA. Rio de Janeiro, 2000. Texto para discussão nº 735.

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,n.01,p.106-118,2007.

Disponível em: www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a08.htm.

NOGUEIRA, J. A; SILVA, C. A. DA; TRIGUEIRO, D. R. S. G; TRIGUEIRO, J. V. S; ALMEIDA, A. S; SÁ, L. D.; RIBEIRO, L. C. S. A formação de profissionais de saúde na atenção a TB: desafios e contradições da prática. **Rev enferm UFPE** on line. 2011 jun.;5(4):778-87.

NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, nov./dez. 2002.

OLIVEIRA, H. M.; GONÇALVES, M. J. F. Educação em Saúde: uma experiência transformadora. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 6, p. 761-763, nov./dez. 2004.

OLIVO, V.M.F.; MULLER,A .R.;SCHIMITH,M.D. A reestruturação do programa dos agentes comunitários de saúde a partir de um processo avaliativo. In: VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. **Anais**. Salvador, 2000. p.275:851

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação de Vigilância Epidemiologia. **Relatório de Gestão**. João Pessoa, 2008.

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

PINTO, E.S.G.; MENEZES, R.M.; VILLA, T.C.S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família em Ceará – Mirim. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.44, n.3, p. 655 – 664, 2010.

PONCE, M. A. Z. Et al. Vínculo profissional/doente no tratamento da tuberculose: desempenho da atenção básica em município do interior paulista. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 19(05):[08 telas]. Set.-out., 2011.

REIGOTA, RM; CARANDINA, L. Implantação do tratamento supervisionado no município de Bauru/SP - Avaliação da tuberculose pulmonar, 1999/2000. **Bol Pneumol Sanit**. 2002;10(1):23-30.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-americana Enfermagem**, nov/dez, 2005.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Minas Gerais, v.13, n.1, p. 23-34, jan./fev. 2008.

RUFFINO NETTO A. **Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas**. 2001. IESUS10(3):129-38.

SÁ, L. D.; SOUZA, K. M. J.; NUNES, M. G.; PALHA, P. F.; NOGUEIRA, J. A.; VILLA, T. C. S. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2007 Out-Dez; 16(4): 712-8.

SÁ, L. D. et al. Intersetorialidade e vínculo no controle da tuberculose na Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. de Enfermagem**, v. 19, n. 2 [09 telas], mar/abr 2011a.

SÁ, L. D. et al. Implantação da estratégia DOTS no controle da TB na Paraíba: entre o compromisso político e o envolvimento das equipes do programa saúde da família (1999-2004). **Ciênc. saúde colet.**, v. 16, n. 9, p. 3413-9, 2011b.

SÁNCHEZ, A. I. M. **O tratamento diretamente observado "DOTS" e a adesão ao tratamento da tuberculose: significados para os trabalhadores de unidades de saúde da região central do município de São Paulo - São Paulo – Brasil.** 2007. Tese - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

SANTOS, M. A. P. S. et al. Risk factors for treatment delay in pulmonary tuberculosis in Recife, Brazil. **BMC Public Health**, v. 5, n. 25, p. 1-8, 2005.

SCATENA, L. M.; Et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Rev Saúde Pública**. 2009; 43(3):389-97.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CABEDELO. **Dados tuberculose.** Cabedelo-PB: 2011

SERRANO, D. P. Percepção e o processo de compra. São Paulo: 2000. [Documento da Internet].

Disponível em: <http://www.portaldomarketing.com.br/Artigos/Percepcao.htm>. Acesso em: 14 de dezembro de 2011.

SILVA, J. A. da. **O agente comunitário de saúde do Projeto Qualis: agente institucional ou agente comunitário?** Tese de Doutorado. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública USP, 2001

SILVA, J. A. S.; DALMASO, A. S. W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, n. 10, p.75-96, fev. 2002.

SILVA, H. O. E; GONÇALVES, M. L. C. Co-infecção tuberculose e HIV nas capitais brasileiras: observações a partir dos dados do sistema de informação de agravos de notificação. **Revista Brasileira de Promoção à Saúde**, v. 22, n. 3, p. 172-178, 2009.

Disponível em:< http://www.unifor.br/images/pdfs/pdfs_notitia/3550.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2011.

SOUZA, S. S.; SILVA, D. G. V. Passando pela experiência do tratamento da Tuberculose. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2010 Out-Dez; 19(4): 636-43.

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

TEIXEIRA, R. R. Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações, pp. 49-61. In: **R Pinheiro e RA Mattos (org.). Construção da integralidade – cotidiano, saberes e práticas em saúde**. IMS-UERJ-Abrasco, Rio de Janeiro, 2003.

TERRA, M. F. **O tratamento diretamente supervisionado (“DOTS”) como estratégia para a adesão ao tratamento da tuberculose: significados segundo profissionais de saúde da supervisão técnica de saúde do Butantã, São Paulo, SP**. 2007. 169f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Coletiva) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não pode ser um “super-herói”. **Interface – Comunic, Saúde, Educ** [periódico na Internet]. 2002 [acessado 2011 junho 21]; 10(6): Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v6n10/08.pdf>

TRAD, L.A.B.; SANTANA, E.; HOMEM, C.; ALMEIDA, B.; MELI, M.; TRAD, S. Racionalidades e práticas em saúde: a diversidade presente na implementação do PSF na Bahia. In: VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. **Anais**. Salvador, 2000. p.268.

VENDRAMINI, S. H. F.; VILLA, T. C. S.; PALHA, P. F.; MONROE, A.A. Tratamento supervisionado no controle da Tuberculose em uma unidade de saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v. 10, n.1, jan.jun, p.5-12, 2002.

VOLMINK, J.; MATCHABA, P.; GARNER, P. Directly observed therapy and treatment adherence. **Lancet**. 2000; 355: 1345-50

WALLEY, J.; KHAN, A.; NEWELL, J.; KHAN, H. Effectiveness of direct observation component of DOTS for tuberculosis: a randomised controlled trial in Pakistan. **Lancet** 357, 664–669, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mejoramiento de la labor de los agentes de salud comunitarios en la atención primaria de salud**. Serie de Informes Técnicos 780. Ginebra: OMS, 1989.1987/88. *West Indian Med J*; 37(3): 131-8, sept. 1988.

WORD, Health Organization. **Implementing the stop Tb strategy: a handbook for national tuberculosis control programmes**. Geneva, Word Health Organization, 2008. (WHO/HTM/TB/2008.401)

WHO. World Health Organization. **Aids epidemic update: December 2009**.

Disponível em:

<http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1700_epi_update_2009_en.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2011.

WORD, Health Organization. **Tuberculosis Control: WHO Report 2010**. Geneva, Word Health Organization, 2010.

ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

ANEXO I INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS					
Número do questionário: _____		Município: _____			
Nome do serviço de saúde: _____		Telefone: _____			
Responsável pela coleta dos dados: _____		Data da coleta dos dados: ____/____/____			
Digitador: _____		Data da digitação: ____/____/____			
Horário de início da entrevista: _____		Horário de término da entrevista: _____			
I - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE					
1.	Tipo de unidade:	1 ☐ UBS			
		2 ☐ UBS/PACS			
		3 ☐ USF			
2.	Horário de funcionamento:	1 ☐ 7:00 às 17:00			
		2 ☐ 8:00 às 17:00			
II - IDENTIFICAÇÃO DO INFORMANTE CHAVE					
RESPONSÁVEL PELAS AÇÕES DE CONTROLE DA TB NO SERVIÇO					
3.	Formação:	1 ☐ Enfermeiro			
		2 ☐ Auxiliar/técnico de enfermagem			
		3 ☐ Médico			
		4 ☐ Agente Comunitário de Saúde			
4.	Função exercida no serviço:	1 ☐ Enfermeiro assistencial			
		2 ☐ Enfermeiro coordenador de equipe de enfermagem/ coordenador de ACS			
		3 ☐ Auxiliar/técnico de enfermagem			
		4 ☐ Médico			
		5 ☐ Agente Comunitário de Saúde			
		6 ☐ Gerente			
5.	Tempo de atuação na Atenção Básica:	anos	6.	Tempo de atuação no serviço:	anos
ACOMPANHAMENTO DOS CASOS DE TUBERCULOSE					
III - COMPONENTE DA AVALIAÇÃO 1: ESTRUTURA (40 pontos)					
RECURSOS HUMANOS (15 pontos)					
7.	Quais são os profissionais de saúde envolvidos com o atendimento aos doentes de TB nesse serviço? (4,0 pontos)	7.1 Enfermeiro	1 ☐ SIM (1,0)	2 ☐ NÃO (0,0)	
		7.2 Auxiliar/técnico de enfermagem	1 ☐ SIM (1,0)	2 ☐ NÃO (0,0)	
		7.3 Médico	1 ☐ SIM (1,0)	2 ☐ NÃO (0,0)	
		7.4 Agente Comunitário de Saúde	1 ☐ SIM (1,0)	2 ☐ NÃO (0,0)	
8.	Há outros profissionais (Psicólogo, assistente social) envolvidos com o tratamento da TB nesse serviço? (1,5 ponto)		1 ☐ SIM (1,5)	2 ☐ NÃO (0,0)	
9.	Nos últimos 3 anos, quais profissionais foram capacitados para atendimento em TB? (5,0 pontos)	9.1 Enfermeiro	1 ☐ SIM (1,0)	2 ☐ NÃO (0,0)	
		9.2 Auxiliar/técnico de enfermagem	1 ☐ SIM (1,0)	2 ☐ NÃO (0,0)	
		9.3 Médico	1 ☐ SIM (1,0)	2 ☐ NÃO (0,0)	
		9.4 Agente Comunitário de Saúde	1 ☐ SIM (1,0)	2 ☐ NÃO (0,0)	
		9.5 Outros (Profissionais da saúde bucal, assistência social, psicologia)	1 ☐ SIM (1,0)	2 ☐ NÃO (0,0)	
10.	Nos últimos 12 meses houve capacitação sobre TB realizada pela Vigilância Epidemiológica/ Programa de Controle de TB/ Secretaria Municipal de Saúde para este serviço? (1,5 pontos)		1 ☐ SIM (1,5)	2 ☐ NÃO (0,0)	
11.	Nos últimos 12 meses houve capacitação sobre TB realizada por este próprio serviço de saúde aos profissionais que aqui trabalham? (1,5 pontos)		1 ☐ SIM (1,5)	2 ☐ NÃO (0,0)	
12.	Há nesse serviço de saúde um profissional responsável pelo Tratamento Diretamente Observado (TDO)? (1,5 pontos)	1 ☐	SIM (1,5) Quem? _____		2 ☐ NÃO (0,0)
RECURSOS FÍSICOS (10 pontos)					
13.	Nesse serviço há disponibilidade de consultórios/salas para o atendimento ao doente de TB? (1,0 ponto)	13.1 Consultórios médicos (0,5)	1 ☐ SIM (0,5)	2 ☐ NÃO (0,0)	
		13.2 Salas para atendimento de enfermagem (0,5)	1 ☐ SIM (0,5)	2 ☐ NÃO (0,0)	
14.	Há atualmente disponibilidade de cestas básicas ou vale alimentação para entregar aos doentes? (1,25 pontos)		1 ☐ SIM (1,25)	2 ☐ NÃO (0,0)	
15.	Há atualmente disponibilidade de vale transporte para entregar aos doentes? (1,25 pontos)		1 ☐ SIM (1,25)	2 ☐ NÃO (0,0)	
16.	Os profissionais possuem acesso aos seguintes instrumentos de registros: (2,5 pontos)	16.1 Ficha de notificação (0,5)	1 ☐ SIM (0,5)	2 ☐ NÃO (0,0)	
		16.2 Prontuários (0,5)	1 ☐ SIM (0,5)	2 ☐ NÃO (0,0)	
		16.3 Ficha de acompanhamento mensal de trat/o. (0,5)	1 ☐ SIM (0,5)	2 ☐ NÃO (0,0)	
		16.4 Ficha diária de TDO (0,5)	1 ☐ SIM (0,5)	2 ☐ NÃO (0,0)	

17.	A Unidade de saúde possui os seguintes insumos/equipamentos para controle do tratamento: (2,5 pontos)	16.5	Livro verde (0,5)	1 ☐ SIM (0,5)	2 ☐ NÃO (0,0)
		17.1	Pote para exame de escarro (0,5)	1 ☐ SIM (0,5)	2 ☐ NÃO (0,0)
		17.2	Pedido de baciloscopia (0,5)	1 ☐ SIM (0,5)	2 ☐ NÃO (0,0)
		17.3	Pedido de cultura (0,5)	1 ☐ SIM (0,5)	2 ☐ NÃO (0,0)
		17.4	Pedido de exame HIV (0,5)	1 ☐ SIM (0,5)	2 ☐ NÃO (0,0)
17.5	Ficha de referência e contra referência (0,5)	1 ☐ SIM (0,5)	2 ☐ NÃO (0,0)		
17B	A Unidade tem lugar específico para guardar o escarro (geladeira/caixa térmica)	1 ☐ SIM (0,5)	2 ☐ NÃO (0,0)		
18.	A disponibilidade (entrega) de medicamentos para TB nessa unidade de saúde nos últimos 12 meses atendeu a demanda? (1,5 ponto)	1 ☐ SIM (1,5)	2 ☐ NÃO (0,0)		
ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO (15 pontos)					
19.	Esse serviço de saúde atende fora do horário comercial (após às 17:00)? (2,0 pontos)	1 ☐ SIM (2,0)	2 ☐ NÃO (0,0)		
20.	São realizadas discussões dos casos de TB que realizam tratamento neste serviço pela equipe de profissionais responsáveis pelo tratamento desse agravo? (2,0 pontos)	1 ☐ SIM (2,0)	2 ☐ NÃO (0,0)		
21.	Os doentes de TB em tratamento conseguem consulta no prazo de 24 horas nesse serviço se passarem mal por causa da medicação ou da TB? (2,0 pontos)	1 ☐ SIM (2,0)	2 ☐ NÃO (0,0)		
22.	Os doentes de TB em tratamento são orientados a procurar pelo serviço de saúde fora da data agendada para retorno, caso apresentem algum problema relacionado à sua doença e tratamento? (2,0 pontos)	1 ☐ SIM (2,0)	2 ☐ NÃO (0,0)		
23.	Existe articulação desse serviço com outros níveis de atenção quando: (2,0 pontos)	23.1	O doente necessita de consultas por possuir outras co-morbidades (diabetes, hipertensão, doenças psiquiátricas) (0,5)	1 ☐ SIM (0,5)	2 ☐ NÃO (0,0)
		23.2	O doente é co-infectado pelo HIV (0,5)	1 ☐ SIM (0,5)	2 ☐ NÃO (0,0)
		23.3	Há complicações no tratamento (0,5)	1 ☐ SIM (0,5)	2 ☐ NÃO (0,0)
		23.4	Há dificuldades na realização do TDO (0,5)	1 ☐ SIM (0,5)	2 ☐ NÃO (0,0)
24.	O nº de vezes que o laboratório passa para buscar os exames de TB durante o tratamento é suficiente para atender a demanda desse serviço? (2,0 pontos)	1 ☐ SIM (2,0)	2 ☐ NÃO (0,0)		
25.	O resultado do exame de baciloscopia fica pronto e chega a esse serviço em até 7 dias? (1,5 ponto)	1 ☐ SIM (1,5)	2 ☐ NÃO (0,0)		
26.	Há no serviço de saúde um sistema informatizado contendo informações sobre o doente de TB (como consultas agendadas, faltas ao serviço, falta na supervisão medicamentosa...)? (1,5 ponto)	1 ☐ SIM (1,5)	2 ☐ NÃO (0,0)		
IV - COMPONENTE DA AVALIAÇÃO 2: PROCESSO – ATENÇÃO PROPORCIONADA (60 pontos)					
26B	Este serviço realiza visitas domiciliares aos doentes de TB?	1 ☐ SIM	2 ☐ NÃO		
Filtro Se SIM Com que frequência?		1 ☐ diariamente	2 ☐ semanalmente	3 ☐ quinzenalmente	4 ☐ mensalmente
26C	Com que frequência o(a) Sr(a) pergunta se as pessoas tem tosse quando realiza VD?	1 ☐ sempre	2 ☐ As vezes	3 ☐ nunca	
26D	O(a) Sr(a), se sente preparado(a) para identificar usuários com suspeita de TB?	1 ☐ SIM	2 ☐ NÃO		
26E	O(a) Sr(a) se sente preparado(a) para realizar orientações sobre a forma de coletar escarro?	1 ☐ SIM	2 ☐ NÃO		
27.	Os profissionais de saúde que acompanham o tratamento de TB nesse serviço costumam ouvir outros problemas de saúde e necessidades (além da doença) do doente? (3,0 pontos)	1 ☐ SIM (3,0)	2 ☐ NÃO (0,0)		
28.	Os doentes de TB são atendidos pelos mesmos profissionais cada vez que demandam ao serviço de saúde? (3,0 pontos)	1 ☐ SIM (3,0)	2 ☐ NÃO (0,0)		
29.	São passadas informações sobre a TB quanto à: (5,0 pontos)	29.1	Forma de transmissão da doença (1,0)	1 ☐ SIM (1,0)	2 ☐ NÃO (0,0)
		29.2	Horário de tomar a medicação (1,0)	1 ☐ SIM (1,0)	2 ☐ NÃO (0,0)
		29.3	Reações adversas da medicação (1,0)	1 ☐ SIM (1,0)	2 ☐ NÃO (0,0)
		29.4	Necessidade de examinar seus contatos (1,0)	1 ☐ SIM (1,0)	2 ☐ NÃO (0,0)
		29.5	Importância da adesão ao tratamento (1,0)	1 ☐ SIM (1,0)	2 ☐ NÃO (0,0)
30.	Há discussão junto ao doente de TB sobre a forma de ser realizado o seu acompanhamento durante o tratamento em relação à: (6,0 pontos)	30.1	Realização do Tratamento Diretamente Observado (TDO) (1,0)	1 ☐ SIM (1,0)	2 ☐ NÃO (0,0)
		30.2	Local de realização do TDO (1,0)	1 ☐ SIM (1,0)	2 ☐ NÃO (0,0)
		30.3	Dia da semana para realização do TDO (1,0)	1 ☐ SIM (1,0)	2 ☐ NÃO (0,0)
		30.4	Horário de realização do TDO (1,0)	1 ☐ SIM (1,0)	2 ☐ NÃO (0,0)
		30.5	Horário da realização das consultas médicas de controle (1,0)	1 ☐ SIM (1,0)	2 ☐ NÃO (0,0)
		30.6	Entrega da medicação (1,0)	1 ☐ SIM (1,0)	2 ☐ NÃO (0,0)
31.	Há regularidade no fornecimento da medicação para o doente de TB? (3,0 pontos)	1 ☐ SIM (3,0)	2 ☐ NÃO (0,0)		
32.	Esse serviço de saúde oferece TDO no: (3,0 pontos)	32.1	Domicílio	1 ☐ SIM (1,0)	2 ☐ NÃO (0,0)
		32.2	Unidade de saúde	1 ☐ SIM (1,0)	2 ☐ NÃO (0,0)
		32.3	Trabalho	1 ☐ SIM (1,0)	2 ☐ NÃO (0,0)
33.	Esse serviço de saúde oferece Visitas Domiciliares (VD) aos casos prioritários de TB (doentes com baciloscopia +, soropositivos, alcoolistas, dependentes químicos)? (3,0 pontos)	1 ☐ SIM (3,0)	2 ☐ NÃO (0,0)		
34.	As ações educativas em TB voltadas para a comunidade são realizadas:	34.1	De forma rotineira?	1 ☐ SIM (2,0)	2 ☐ NÃO (0,0)
		34.2	Em épocas de campanhas?	1 ☐ SIM (2,0)	2 ☐ NÃO (0,0)

	(4,0 pontos)				
35.	É orientada a realização do exame anti-HIV aos doentes de TB em tratamento? (3,0 pontos)	1 ☐	SIM (3,0)	2 ☐	NÃO (0,0)
36.	Esse serviço de saúde solicita baciloscopia de controle: (3,0 pontos)		Mensal (3,0)	1 ☐	SIM (3,0)
			Bimensal (2º, 4º e 6º meses) (2,0)	1 ☐	SIM (2,0)
			Esporadicamente (0,5)	1 ☐	SIM (0,5)
			No início e no final do tratamento (0,1)	1 ☐	SIM (0,1)
37.	A baciloscopia de controle é entregue neste mesmo serviço de saúde? (3,0 pontos)	1 ☐	SIM (3,0)	2 ☐	NÃO (0,0)
38.	Esse serviço de saúde realiza o agendamento de consultas médicas MENSAS de controle ao doente de TB? (3,0 pontos)	1 ☐	SIM (3,0)	2 ☐	NÃO (0,0)
39.	A consulta médica de controle é realizada na mesma unidade que o doente realiza o TDO? (2,0 pontos)	1 ☐	SIM (2,0)		
		2 ☐	NÃO, mas há comunicação entre os serviços (telefone, informações escritas) sobre o tratamento do doente de TB? (1,0)		
40.	Quando o doente é encaminhado para outros serviços de saúde, os profissionais ajudam na marcação dos exames e consultas? (3,0 pontos)	1 ☐	SIM (3,0)	2 ☐	NÃO (0,0)
41.	Quando o doente é encaminhado para outros serviços de saúde, os profissionais fornecem informações escritas (ficha de referência, resultado de exame, carta, etc) para entregar ao serviço referido? (2,0 pontos)	1 ☐	SIM (2,0)	2 ☐	NÃO (0,0)
42.	Há contra-referência das informações referentes às consultas médicas realizadas fora desse serviço de saúde? (2,0 pontos)	1 ☐	SIM (2,0)	2 ☐	NÃO (0,0)
43.	É realizada busca ao doente de TB quando ele falta a uma consulta médica/enfermagem? (3,0 pontos)	1 ☐	SIM (3,0)	2 ☐	NÃO (0,0)
44.	É realizada busca ao doente de TB quando ele não comparece na tomada da medicação/não busca a medicação na data correta? (3,0 pontos)	1 ☐	SIM (3,0)	2 ☐	NÃO (0,0)
DADOS SECUNDARIOS					
REGISTROS					
44 B	O livro de registro de busca ativa se SR está atualizado?	1 ☐	SIM (3,0)	2 ☐	NÃO (0,0)
45.	O livro de registro e acompanhamento de doentes ("livro verde") está atualizado? (3,0 pontos)	1 ☐	SIM (3,0)	2 ☐	NÃO (0,0)
V - COMPONENTE DA AVALIAÇÃO 3: RESULTADOS (Essas informações deverão ser coletadas junto ao PCT municipal)					
		2008	2009	2010	
46.	Número de doentes de TB que foram curados:				
47.	Número de doentes de TB que abandonaram o tratamento:				
48.	Número de doentes de TB que foram à óbito por TB:				
49.	Número de doentes de TB acompanhados nesse serviço de saúde:				
50.	Número de doentes de TB que realizaram TDO nesse serviço de saúde:				
50 B	Número de sintomáticos respiratórios investigados				

ANEXO 2
CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP -182/2011

Ribeirão Preto, 01 de junho de 2011.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 01 de junho de 2011.

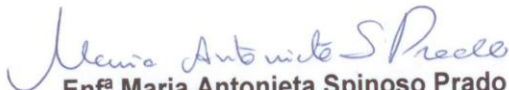
Protocolo: n° 1264/2011

Projeto: Estratégia DOTS no tratamento da Tuberculose: desempenho da atenção básica em municípios da Região Sul, Sudeste e Nordeste do Brasil.

Pesquisador: Tereza Cristina Scatena Villa

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

Atenciosamente,


Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

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

APÊNDICE

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Prezado (a) senhor (a),

Gostaria de convidá-lo (a) para participar de uma pesquisa sobre “Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil”. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da instituição Universidade Federal da Paraíba. 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 a Tuberculose.

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

A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do 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).

Cabedelo, ____, de _____ de 2011

Assinatura do entrevistado

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

Atenciosamente

Mestranda Cybelle Alves da Silva

CONTATO: Universidade Federal da Paraíba

Endereço: Campus Universitário I – Centro de Ciências da Saúde - João Pessoa – PB; CEP: 58059-900

Telefone (0XX183) 36023228

e.mail: cybelle_17@hotmail.com

S586d Silva, Cybelle Alves da.

*Desempenho dos agentes comunitários de saúde na
atenção ao tratamento da tuberculose / Cybelle Alves da
Silva.- João Pessoa, 2012.*

88f.

Orientadora: Jordana de Almeida Nogueira

Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS

*1. Tuberculose - controle. 2. Adesão -
medicamentos. 3. Agentes Comunitários de Saúde
(ACS) - avaliação do desempenho.*

UFPB/BC

CDU: 616-002.5(043)