

BUSCA DE PACIENTES SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS: ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO CONTROLE DA TUBERCULOSE EM MUNICÍPIO DE GRANDE PORTE, BRASIL

Beatriz Estuque Scatolin¹, Erika Simone Galvão Pinto², Ricardo Alexandre Arcêncio³, Rubia Laine de Paula Andrade⁴, Anneliese Domingues Wysocki⁵, Maria Amélia Zanon Ponce⁶, Tiemi Arakawa⁷, Aline Ale Beraldo⁸, Tereza Cristina Scatena Villa⁹, Pedro Fredemir Palha¹⁰

¹ Doutoranda do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, Brasil. E-mail: scatolin@eerp.usp.br

² Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal do Rio Grande Norte. Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: erikasgp@gmail.com

³ Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP/USP. São Paulo, Brasil. E-mail: ricardoarcencio@uol.com.br

⁴ Doutora em Ciências da Saúde. Especialista em Laboratório do Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública de São Paulo. São Paulo, Brasil. E-mail: rubia@eerp.usp.br

⁵ Doutoranda do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da EERP/USP. São Paulo, Brasil. E-mail: lilisew@yahoo.com.br

⁶ Doutora em Ciências da Saúde. Professora de enfermagem e medicina da Faculdade Ceres (FACERES). São Paulo, Brasil. E-mail: amelinha_famerp@yahoo.com.br

⁷ Doutoranda do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da EERP/USP. São Paulo, Brasil. E-mail: tiemi.a@gmail.com

⁸ Doutoranda do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da EERP/USP. São Paulo, Brasil. E-mail: li_abb@yahoo.com.br

⁹ Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP/USP. São Paulo, Brasil. E-mail: tite@eerp.usp.br

¹⁰ Doutor em Enfermagem. Professor Livre-Docente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP/USP. São Paulo, Brasil. E-mail: palha@eerp.usp.br

RESUMO: Este estudo analisou a atuação do Agente Comunitário de Saúde na busca de sintomáticos respiratório em Ribeirão Preto-SP. Trata-se de estudo de corte transversal, realizado em 2009-2010, através de formulário estruturado aplicado a 105 Agentes Comunitários de Saúde e consulta a dados secundários. Criou-se indicadores a partir das médias das variáveis que apresentaram escala Likert de resposta, sendo insatisfatório (valor 1 e 2), regular (3) e satisfatório (4 e 5). Verificaram-se deficiências na atuação do Agente Comunitário na investigação dos sintomáticos respiratórios (média=3,0), na discussão sobre tuberculose com a comunidade (média=1,5) e no estabelecimento de parcerias no território para a busca de sintomáticos respiratórios (média=1,9). Apenas 6% dos sintomáticos respiratórios esperados nas áreas adscritas das unidades dos entrevistados foram examinados. Os resultados reforçam a necessidade de supervisão de enfermagem, uma nova lógica de trabalho, com avanços na articulação intersetorial, visando o incremento na detecção de casos de tuberculose.

PALAVRAS CHAVE: Agentes comunitários de saúde. Vigilância epidemiológica. Tuberculose. Enfermagem.

ACTIVE CASE FINDING: COMMUNITY HEALTH WORKERS' ACTIVITY RELATED TO TUBERCULOSIS CONTROL IN A LARGE CITY, BRAZIL

ABSTRACT: This study analyzed the Community Health Workers' activity in active case finding in Ribeirão Preto-SP. Cross sectional study, conducted in 2009-2010, with the use of a structured form, which was applied to 105 Community Health Workers and research of secondary data. Indicators were created based on the variable means that used the Likert scale for the answers, being dissatisfactory (scores 1 and 2), regular (3) and satisfactory (4 and 5). Deficiencies in the activity of the Community Workers in the active case finding were identified (mean=3.0), in the discussion with the community about the tuberculosis (mean=1.5) and in the establishment of partnership in the region for the active case finding (mean=1.9). Only 6% of the expected respiratory symptoms in the areas where the units of the participants are located were examined. The results reinforced the need for nursing supervision, a new work logic, with advances in the intersectional articulation, aimed at increasing the detection of tuberculosis cases.

KEYWORDS: Community health workers. Epidemiological surveillance. Tuberculosis. Nursing.

BÚSQUEDA DE PACIENTES SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS: ACTUACIÓN DEL AGENTE COMUNITARIO DE SALUD EN EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN UNA MUNICIPALIDAD GRANDE DE BRASIL

RESUMEN: Este estudio examinó el papel del Agente Comunitario de Salud en la búsqueda de pacientes sintomáticos respiratorios en Ribeirão Preto-SP. Estudio transversal, realizado en 2009 utilizando formulario aplicado a 105 Agentes Comunitarios de Salud y consulta de datos secundarios. Los indicadores fueron creados a partir de medias de cuestiones que presentaron escala de respuesta tipo Likert, que se evaluó como insatisfactorio (valor de 1 y 2), regular (3), satisfactorio (4 y 5). Hubo deficiencias en el desempeño en búsqueda de sintomáticos respiratorios (media=3,0), discusión con la comunidad (media=1,5) y establecimiento de asociaciones en el territorio para búsqueda de sintomáticos respiratorios (media=1,9). Sólo 6% de los sintomáticos respiratorios esperados en las áreas de estudio fueron examinados. Se refuerza la necesidad de la enfermería en supervisión de los Agentes Comunitarios, una nueva lógica de trabajo, con avances en la coordinación intersectorial, teniendo como objetivo el aumento de detección de casos.

PALABRAS CLAVE: Agentes comunitarios de salud. Vigilancia epidemiológica. Tuberculosis. Enfermería.

INTRODUÇÃO

No contexto da reorganização das práticas de atenção à tuberculose (TB) no Brasil, o Plano Nacional de Controle da TB tem enfatizado a integração das ações de controle da doença à atenção básica (AB), especificamente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).¹ Nesta perspectiva, espera-se uma conformação das práticas de atenção à TB mais delineada pelas singularidades e necessidades de saúde que emergem do território, representando uma ruptura com a lógica programática para o planejamento em saúde voltado ao diagnóstico situacional das comunidades.²

Nesse sentido, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) assume a vanguarda deste processo, pela sua presença no território e pelo compartilhamento de um mesmo contexto social, cultural e um mesmo universo linguístico, capaz de promover articulação entre os serviços de saúde e a comunidade, identificar seus problemas, e atuar no trabalho de prevenção de doenças e promoção da saúde,³⁻⁵ o que pode constituir uma importante contribuição no controle da TB.

Por meio de uma revisão da literatura dos últimos 20 anos, identificou-se 15 artigos publicados relacionados à atuação do ACS no controle da TB, e verificou-se que, predominantemente, a participação desse profissional ocorre no fomento ao conhecimento das comunidades sobre a doença, na efetividade das ações de prevenção, no aumento do acesso, aceitabilidade e adesão ao tratamento da TB, como também nas taxas de cura.⁶⁻⁹ Embora seja um dos objetos de trabalho dos ACSs, poucos estudos têm abordado a atuação deste ator na Busca de Sintomático Respiratório (BSR), os quais enfrentam dificuldades para o desenvolvimento de tal ação,¹⁰⁻¹² revelando que esta requer

conhecimentos além dos aspectos técnicos, com a necessidade de incorporar uma visão ampliada do processo saúde-doença e dos seus determinantes na medida em que possuem uma relação muito próxima com a comunidade.

Deste modo, o controle da TB tem no ACS um ator importante, uma vez que seu trabalho configura possibilidades de ampliação do acesso do Sintomático Respiratório (SR) aos serviços de saúde, levando ao diagnóstico precoce e a redução da morbimortalidade por TB na comunidade. Este artigo teve como objetivo analisar a atuação do ACS na BSR em Ribeirão Preto-SP.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, que faz parte do projeto multicêntrico intitulado "Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil", aprovado e financiado pelo CNPq Edital MCT/CNPq/CT Saúde/MS/SCTIE/DECIT 30/2008 Doenças Negligenciadas - Proc. 575386/2008-8.

O estudo foi realizado no município de Ribeirão Preto, São Paulo, que possuía uma população de aproximadamente de 563.107 habitantes em 2009. A rede municipal de saúde apresenta-se organizada em cinco distritos sanitários (Norte, Sul, Leste, Oeste, Central) com um total de 13 Unidades Saúde da Família (USFs) e 28 Unidades Básicas de Saúde (UBSs), sendo 20 com PACS. Ribeirão Preto apresenta cobertura de 13% de ESF e 35% de ACS.¹³ A cobertura não é homogênea entre os distritos. Os Distritos Sul e Central não possuem USF, sendo oito localizadas no Distrito Oeste e quatro no Distrito Norte, regiões de maior vulnerabilidade e concentração de casos de TB e que também apresentam maior cobertura de ACS. Das 13 unidades de saúde que participaram do estudo, três USFs

das quatro estudadas tem supervisão de enfermagem de seis ACSs para uma enfermeira (6:1), e das nove UBSs/PACSs estudadas, seis têm supervisão de enfermagem (15:1), o que está de acordo com as normas do Ministério da Saúde (MS),¹⁴ sendo que o número de pessoas acompanhadas pelos ACSs também está de acordo (750 por ACS).

Em relação ao perfil epidemiológico da TB, em 2009, o município apresentou 194 casos de TB, coeficiente de incidência de 32,7 por 100.000 habitantes e 20% de coinfeção TB/HIV. A atenção aos doentes de TB é prestada em nível secundário em cinco ambulatórios de referência para TB, distribuídos nos distritos sanitários, as quais operam com equipes especializadas e realizam ações para o diagnóstico e o manejo clínico dos casos e seus comunicantes. Todas as unidades de saúde da AB podem realizar baciloscopia e cultura de escarro. Os laboratórios responsáveis pela análise desses exames são conveniados com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), sendo que as amostras dos exames são recolhidas na maioria das USFs e UBSs em torno de três vezes por semana, no período matutino. Os resultados são disponibilizados no sistema informatizado de prontuários eletrônicos Hygia-WEB, o qual pode ser acessado on-line em todas as unidades de saúde e, no caso de resultados positivos, o laboratório informa o serviço de saúde por telefone.

A população de estudo foi constituída por ACSs que atuavam nas USFs e UBSs do município de Ribeirão Preto em abril de 2009. Neste período, haviam 333 ACSs em atividade. Para o cálculo da amostra, considerou-se erro amostral de 0,08, Z de 1,96 para um intervalo de 95% de confiança, proporção populacional de 50% e correção para o tamanho da população de 333 indivíduos, obtendo-se 105 ACSs. O processo de amostragem foi por partilha proporcional aos distritos sanitários. A amostragem foi intencional, sendo realizado sorteio para determinar a ordem das unidades de saúde a participar do estudo. A cada unidade sorteada eram entrevistados todos os ACSs presentes na unidade de saúde no momento da coleta. Isso ocorreu até completar a amostra proporcional a cada distrito.

O período da coleta de dados foi de junho de 2009 a janeiro de 2010. Inicialmente, após o sorteio das unidades de saúde para coleta de dados, a proposta da pesquisa era apresentada e uma equipe de entrevistadores treinados e sob supervisão dos pesquisadores iniciavam a coleta de dados nas unidades.

Dos ACSs que estavam trabalhando nos serviços no momento da coleta de dados, 14 não foram entrevistados por estarem realizando atividades fora do serviço e dois por se recusarem participar da pesquisa. Quando o número de entrevistas previstas não eram completadas, um novo serviço de saúde era sorteado, totalizando 13 unidades de saúde estudadas. Neste sentido, de acordo com a partilha proporcional por distrito de saúde, fizeram parte do estudo 30 ACSs do distrito Norte; seis do Sul; 18 do Leste; 48 do Oeste; e três do distrito Central.

A coleta de dados foi realizada por meio de um formulário estruturado, elaborado com base em estudos anteriores, cartilhas e manuais do MS, os quais trouxeram subsídios para a criação de indicadores relacionados à BSR de TB na prática do ACS.^{10-12,15-16}

Tal formulário estruturado compreendeu 19 questões, divididas em dois blocos, a saber:

I - Caracterização dos ACS: incluiu sete questões relacionadas ao sexo, escolaridade, tipo de unidade em que trabalha, participação em treinamentos sobre TB; e preparo para identificar suspeitos e para orientar sobre a TB e a coleta de escarro.

II - Atuação do ACS na BSR: incluiu 12 questões, contempladas no quadro 1. Tais variáveis foram organizadas em duas dimensões, sendo um deles o cuidado individual, que expressam a atenção voltada à prática da BSR na dimensão individual, e o cuidado coletivo, cujas variáveis se relacionam às ações de alcance coletivo. Estas dimensões são interfaces importantes quando se intenta o controle dos determinantes do processo saúde-doença e assim o cuidado integral da população no território.¹⁷

Os entrevistados responderam cada pergunta do formulário com respostas dicotômicas, qualitativas ordinais e uma escala de possibilidades preestabelecida, escala Likert, à qual foi atribuído um valor de um a cinco para o grau de preferência ou concordância das afirmações (1- nunca; 2- quase nunca; 3- às vezes; 4- quase sempre; 5- sempre). Destaca-se que, após as entrevistas, os formulários eram revisados, a fim de identificar lacunas no preenchimento.

As variáveis que buscaram caracterizar os ACSs entrevistados foram analisadas a partir da estatística descritiva. As demais variáveis com escala Likert de resposta foram avaliadas a partir da construção de indicadores, que correspondeu ao valor médio das pontuações, sendo que os mesmos foram considerados insatisfatórios para os

valores próximos de 1 e 2, valores próximos de 3, regular; e valores próximos de 4 e 5, satisfatórios. Para estes valores, calculou-se o intervalo de 95% de confiança.

Quadro 1 - Variáveis de atuação do Agente Comunitário de Saúde na busca de sintomáticos respiratórios segundo o cuidado individual e coletivo, jun. 2009 - jan. 2010

| Bloco | Dimensão | Variáveis |
|-----------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Atuação do ACS na BSR | Cuidado individual | A - Identificação dos SR de TB na comunidade e nos serviços de saúde |
| | | B - Investigação de SR na visita domiciliar |
| | | C - Levar um pedido de baciloscopia para o usuário no seu território |
| | | D - Ensinar o usuário a coletar o escarro |
| | | E - Ensinar o usuário como armazenar e encaminhar o pote de escarro |
| | | F - Comunicar ao enfermeiro sobre os SR identificados no seu território |
| | | G - Investigação de SR a partir dos casos de TB confirmados na comunidade |
| | Cuidado coletivo | H - Parceria com a comunidade para a BSR |
| | | I - Discussão com a comunidade sobre TB |
| | | J - Educação em saúde sobre TB na comunidade |
| | | K - Participação em discussões sobre as ações de controle da doença |
| | | L - Apoio por outro profissional de saúde do serviço em que trabalha frente a uma situação de suspeita de TB |

Realizou-se, ainda, o cálculo da proporção de SR examinados, por entender que este indicador reflete um trabalho integrado e focado nas ações de vigilância em saúde, sendo desfecho do empenho das equipes na BSR, especialmente dos ACSs, que atua essencialmente no território. Para tal, levantou-se junto ao laboratório municipal, o número de baciloscopias de diagnóstico solicitadas pelas unidades de saúde em estudo, cuja população adscrita era de 184.408 habitantes. Como número esperado de SR, adotou-se o parâmetro nacional de 1% da população.¹⁶

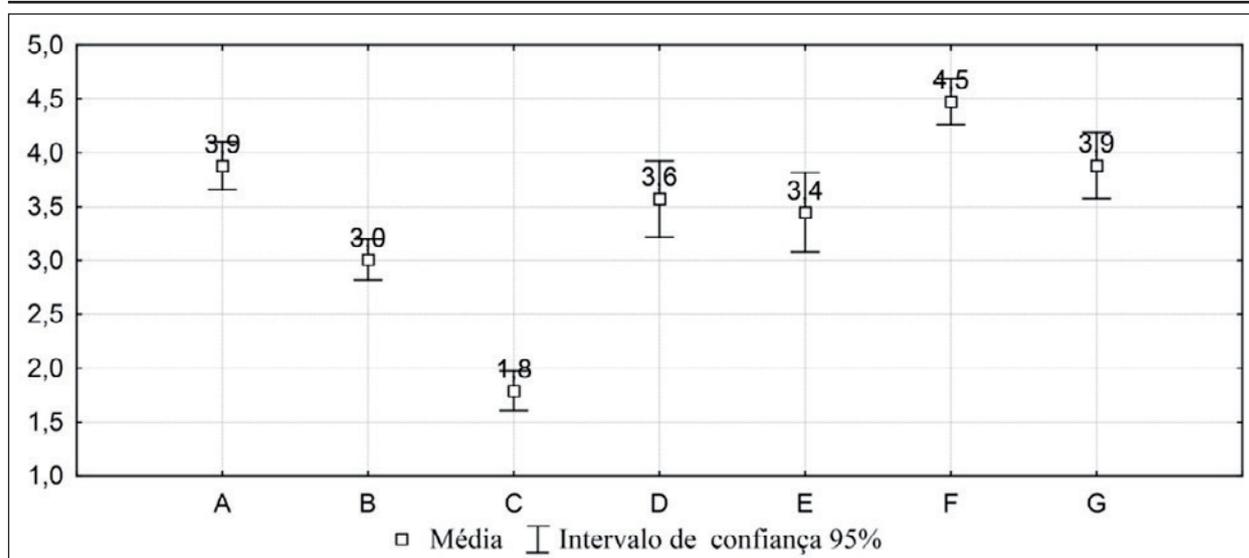
O projeto passou por um estudo piloto, no qual foram realizadas 15 entrevistas, e foi autorizado pela SMS de Ribeirão Preto, recebendo aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, conforme o protocolo de n. 0984/2008. Para este estudo foram respeitados os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos contidos na Declaração de Helsinki e Resoluções n. 196/96 e n. 251/97 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Dos ACS entrevistados, 68 (65%) atuavam em UBS com PACS e 37 (35%) em USF. Houve

predominância do sexo feminino (99%) e a maioria (69%) tinham ensino médio completo. Identificou-se que 55% dos ACSs do estudo sempre participaram de treinamentos sobre TB, sendo que 61% referiram sempre ter preparo para desenvolver ações de BSR, 79% dos ACSs referiram sempre ter preparo para orientar sobre TB e 65% dos ACSs referiram sempre ter preparo para orientar coleta de escarro.

Em relação à atuação do ACS na BSR, na dimensão do cuidado individual, observou-se fragilidade na investigação da tosse nas visitas domiciliares (média=3,0). Contudo, os ACSs apresentaram escores satisfatórios na identificação dos SRs de TB na comunidade e nos serviços de saúde (média=3,9) e na investigação a partir dos casos índice (média=3,9). Destaca-se que o ACS comunica ao enfermeiro sobre o sintoma da tosse (média=4,5), entretanto, não oferta o pote de escarro ao SR (média=1,8). Ainda no cuidado individual verifica-se habilidade na orientação dos usuários quanto à coleta da baciloscopia (média=3,6), bem como ao acondicionamento e transporte do escarro a unidade de saúde (média=3,4) (Figura 1).

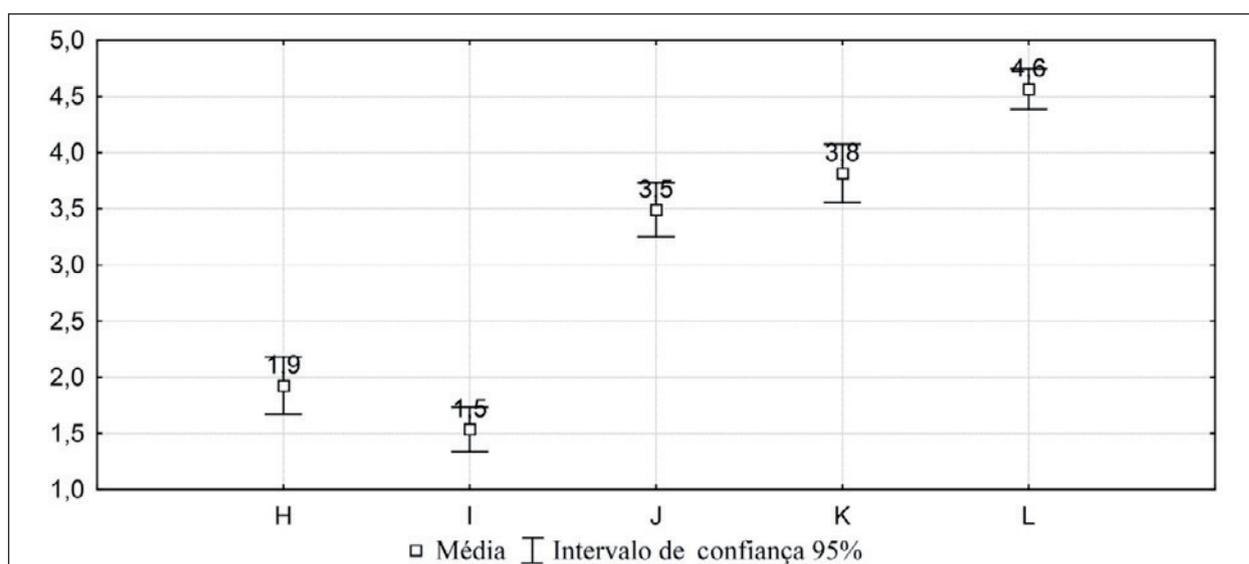


Legenda: A - identificação dos sintomáticos respiratórios de tuberculose na comunidade e nos serviços de saúde; B - investigação de sintomáticos respiratórios na visita domiciliar; C - leva um pedido de baciloscopia para o usuário no seu território; D - ensina o usuário a coletar o escarro; E - ensina o usuário como armazenar e encaminhar o pote de escarro; F - comunica ao enfermeiro sobre os sintomáticos respiratórios identificados no seu território; G - investigação de sintomáticos respiratórios a partir dos casos de tuberculose confirmados na comunidade.

Figura 1 - Distribuição das médias e intervalos de confiança dos indicadores de atuação dos Agentes Comunitários de Saúde na busca do sintomático respiratório, segundo o cuidado individual em Ribeirão Preto-SP, jun. 2009-jan. 2010

Em relação ao cuidado coletivo, identificaram-se fragilidades no estabelecimento de discussões com a comunidade sobre TB (média=1,5) e parcerias com a comunidade para a BSR (média=1,9), em que os ACSs apontaram ausência de

articulação com os equipamentos sociais presentes no território adscrito às unidades de saúde. Outra fragilidade identificada no estudo relaciona-se a educação em saúde das comunidades sobre TB (média=3,5) (Figura 2).



Legenda: H - Parceria com a comunidade para a busca de sintomático respiratório; I - Discussão com a comunidade sobre Tuberculose; J - Educação em saúde sobre Tuberculose na comunidade; K - Participação junto à equipe em discussões sobre as ações de controle da doença; L - Apoio por outro profissional de saúde do serviço em que trabalha frente a uma situação de suspeita de Tuberculose.

Figura 2 - Distribuição das médias e intervalos de confiança dos indicadores de atuação dos Agentes Comunitários de Saúde na busca de sintomático respiratório em Ribeirão Preto-SP, segundo o cuidado coletivo, jun. 2009-jan. 2010

Em relação aos SRs examinados, no ano de 2009 encontrou-se que apenas 6% (115) da população das áreas de abrangência das unidades de Saúde do estudo foram examinados, o que se pode inferir que aproximadamente 1.729 SRS não foram investigados. Os distritos Oeste e Norte, com maior carga de TB do município, obtiveram baixíssima proporção de SR investigados (6% e 2%, respectivamente), enquanto que os distritos Central, Leste e Sul obtiveram 14%, 11% e 8% de SRSs investigados, respectivamente. Destaca-se que dentre os distritos com alta carga de TB, três unidades de saúde não investigaram nenhum SR durante todo o ano de 2009.

DISCUSSÃO

A caracterização dos ACSs deste estudo está de acordo com outros estudos,¹⁸⁻¹⁹ predominando o sexo feminino e escolaridade maior que o ensino fundamental, recomendado pelo MS.²⁰

O maior nível de escolaridade dos ACSs pode ampliar a incorporação de novos conhecimentos, auxiliar na orientação das famílias sob responsabilidade deles²¹ e facilitar o reconhecimento das necessidades de saúde da população, sendo assim importante requisito para o trabalho na comunidade. Contudo, mesmo que os ACSs deste estudo possuíam bom nível de escolaridade, alguns indicadores como: “investigação dos SRs na visita domiciliar” e “educação em saúde sobre TB na comunidade”, não se apresentaram satisfatórios. Tal fato pode estar relacionado ao modelo instituído pela SMS em relação à forma como os treinamentos de TB são realizados, voltados às discussões mais clássicas do processo de adoecimento por TB, portanto, circunscritos aos sinais e sintomas da doença, caracterizando a predominância do modelo biomédico na área da saúde. Esse modelo, aliado a uma centralização dos treinamentos com pouco ou nenhum retorno aos ACSs, pode ser um dos elementos que favoreçam as dificuldades quanto aos indicadores discutidos aqui.

Em 2009, a SMS do município estudado ofereceu seminários sobre TB em nível central a todos os profissionais de saúde da rede, no entanto, aproximadamente 80 participaram. Cabe ressaltar que, de modo geral, não houve repasse das informações oferecidas nos treinamentos aos demais membros das equipes, sendo que essas somente ocorreram quando da ocorrência de algum caso de TB na área de abrangência ou quando solicitado. Tal conjunção pode desfavorecer a BSR no território e não inspirar o ACS para uma nova ordem na saúde,

uma vez que os profissionais que deveriam ser agentes multiplicadores dos treinamentos recebidos no nível central não se apresentam como tal, o que pode não despertar o compromisso ético e político dos ACSs e dos demais profissionais para as questões sanitárias do território.

Para assegurar o conhecimento e habilidades específicas para o desempenho das funções dos ACSs, especialmente a atuação na BSR, as capacitações devem ocorrer adotando uma ação educativa crítico-reflexiva, capaz de referenciar a realidade das práticas e as transformações de saúde, e não descontextualizada do cotidiano do trabalho em que se vivenciam as reais situações das comunidades.^{3,5}

Nesta perspectiva, a proposta da Educação Permanente em Saúde (EPS) é considerada imprescindível para a qualificação das equipes dos serviços de saúde, organizados em razão das necessidades de saúde da população. Tal prerrogativa traz como objeto de transformação o processo de trabalho no qual os trabalhadores consigam estabelecer estratégias efetivas de enfrentamento, pactuadas com a equipe e comunidade.²² Deste modo, a EPS pode ser uma grande ferramenta no controle da TB na medida em que chama para responsabilidade todos os atores envolvidos na problemática do território (gestão, ensino, serviço e controle social) que, na sua conjuntura política e social, poderão definir claramente a melhor estratégia de enfrentamento do seu problema. Tal configuração poderá substancialmente contribuir para a BSR na comunidade e para que a AB assumira seu papel político e social como porta de entrada do SR de TB. Neste sentido, a educação em saúde contextualizada com o território, podendo ocorrer através da supervisão de enfermagem pode fomentar uma melhor atuação dos ACSs, os quais comprometidos com as questões sanitárias do território poderiam ampliar o espectro da responsabilidade na BSR.

Ainda relacionado à organização das atividades junto às equipes de saúde, no que concerne a atuação do ACS em relação à investigação dos SRs quando em visita domiciliar, considerado como escore “regular”, e levar um pedido de baciloscopia para o usuário do território, considerado “insatisfatório”, revela-se a dificuldade na implementação de ações que poderiam levar a um melhor resultado nos processos de investigação dos SRs de TB, uma vez que, no julgamento dos ACSs, esses conseguem identificá-los na comunidade e nos serviços de saúde.

Essa divergência reflete a forma de organização da AB na atenção à TB, dado que limita as ações que poderiam ser ofertadas pelos ACSs. Essa encontra ressonância quando o ACS é orientado a encaminhar o suspeito à unidade de saúde para a realização da baciloscopia. Esse modelo assistencial impõe um processo de burocratização no trabalho do ACS, interferindo na BSR, colaborando para o baixo desempenho das unidades de saúde do estudo no que se refere aos SRs examinados, que foi de 6% dos SRs esperados para as áreas de abrangência do município estudado. Há que se considerar que não estamos eximindo a responsabilidade de toda a equipe de saúde nessa atividade, no entanto, dado a especificidades do trabalho do ACS junto à comunidade, essa poderia ser uma estratégia ampliada para a melhoria dos índices relacionados a suspeita da TB no território.

Nesse sentido, esta forma de organização também pode interferir diretamente em algumas ações de caráter coletivo de competência dos ACSs, como é o caso das parcerias com a comunidade para a BSR e a discussão com as comunidades sobre TB, julgadas como “regular e insatisfatória”, o que nos leva a pressupor que a falta de autonomia dos ACSs para desencadear o processo de investigação de SR pode ser um dos elementos motivacionais que interfere no desenvolvimento dessas ações coletivas. Nessa direção estudos referem que as ações coletivas realizadas pelos ACSs carecem de fortalecimento na valorização e no desenvolvimento comunitário, bem como nas ações educativas e preventivas que interferem positivamente na saúde da comunidade.²³⁻²⁴

Tais limitações deixam de envolver uma ação comunicativa na sociedade, de diálogo permanente dos grupos sociais existentes e as pessoas de modo geral, o que buscaria a reestruturação da ação coletiva em defesa da saúde e da melhoria das condições de vida reforçando o novo modelo assistencial proposto de Atenção à Saúde Integral,²⁵⁻²⁶ ou seja, o cidadão compreendido em suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais.²⁷

Autores ressaltam que apesar do ACS procurar trabalhar com ações de promoção da saúde para legitimar seu trabalho, a equipe de saúde por vezes desqualifica a ação cuidadora do ACS, por não reconhecer nele a competência para a construção de cuidado diferente daquele centrado na lógica programática, constrangendo-o à repetição do atual modelo.²⁸ Tais resultados corroboram com os achados deste estudo em que, apesar do ACS sentir-se preparado para o desenvolvimento de

algumas práticas necessárias ao controle da TB, sua efetivação se revelou insuficiente, talvez pela dificuldade das equipes em valorizar este agente no desenvolvimento de ações individuais e coletivas para a busca ativa dos suspeitos de TB.

A ação de educação em saúde sobre TB nas comunidades pelos ACSs obteve um bom desempenho no município do estudo, no entanto, observamos fragilidades na realização de articulação das discussões com a comunidade sobre TB pelos ACSs e parcerias com a comunidade para a BSR. Tal contradição pode estar relacionada à concepção que os ACSs têm sobre a educação em saúde, na medida em que o não estabelecimento de vínculos e articulação com a comunidade nas discussões sobre TB parecem indicar que a transferência de conhecimentos, passividade e pouca autonomia são elementos chaves que carregam o processo educacional. Tal compreensão de educação pode ser um dos obstáculos para a consolidação de um novo modelo assistencial, dado que os ACSs não conseguem fomentar a organização da comunidade para a cidadania e a inclusão numa dimensão de transformação social,⁵ reproduzindo na comunidade, o modelo de trabalho da unidade de saúde a qual está vinculado.

Com relação ao apoio dos integrantes das equipes de saúde ao ACSs, identificaram-se escores satisfatórios no que tange ao apoio por outro profissional de saúde do serviço em que trabalha frente a uma situação de suspeita de TB e ao ato de comunicar o enfermeiro sobre os SR identificados no território. Esses dois indicadores revelam que o ACS consegue identificar algum profissional da equipe de saúde como referência para o desenvolvimento e suporte de suas atividades, que geralmente é o enfermeiro. No entanto, as fragilidades na articulação com a comunidade revelam que, ao não deter um campo de conhecimento específico que lhe possibilite ter mais autonomia no processo de trabalho,⁵ necessariamente para essas ações de caráter coletivo, precisaria de uma supervisão para o desenvolvimento das mesmas, pois o trabalho com a comunidade exige uma metodologia específica.

Cabe destacar que é de competência do enfermeiro a supervisão dos ACSs, sendo esta realizada geralmente de forma rotineira, uma vez por semana, como também encontrada no cenário deste estudo, o que pode não oferecer tempo suficiente para as discussões sobre os problemas sanitários do território e das áreas adscritas aos ACSs. Deste modo, infere-se que insuficiência de tempo,

para uma supervisão contínua pode acarretar em dificuldades no processo e operacionalização da BSR pelo ACS.

Além de supervisões pelo enfermeiro e apoio por parte dos integrantes da equipe, as discussões sobre as ações de controle da TB nas unidades de AB se configuram em importantes espaços para trocas de experiências e busca de soluções com base nas necessidades de saúde da população. Discussões periódicas com todos os membros da equipe favorecem o intercâmbio de idéias, e efetivação do vínculo e busca de soluções para as dificuldades vividas.²⁹ Desse modo, a supervisão aliada às discussões internas sobre as questões da TB precisam extrapolar para além dos serviços de saúde, garantindo parcerias com a comunidade e possibilitando a construção de um novo modelo assistencial, onde a atuação em TB se configure como um processo vinculado à vigilância em saúde, não apenas em atividades pontuais de cunho campanhista.

Deste modo, o ACS tem uma importante atuação política no sentido de organização da comunidade e de transformação de suas condições,⁵ no entanto, neste estudo, o desempenho deste ator nas ações de BSR esteve mais vinculado à dimensão técnica, relacionado ao atendimento aos indivíduos e famílias,⁵ reproduzindo o modelo biomédico existente nos serviços de saúde e reforçando as dificuldades da reorientação do modelo atrelado a vigilância em saúde. Para a TB, a dimensão política do trabalho do ACS é condição *sine qua non* quando se intenta decididamente o controle da TB nas comunidades.³⁰

CONCLUSÃO

Há fortes evidências de que o atual modelo assistencial limita o desenvolvimento de um trabalho mais coletivo e articulado com as reais necessidades da comunidade. Isso é reproduzido no micros espaço do trabalho do ACS, restringindo as ações previstas pelo Ministério da Saúde para a investigação da TB, e se traduz em uma atividade com maior ênfase na dimensão técnica em detrimento da dimensão política.

As fragilidades encontradas em relação à supervisão do enfermeiro e capacitação dos ACSs contribuem para a pouca valorização da incorporação das ações de BSR na rotina dos serviços de saúde, contribuindo assim para que a TB se mantenha como problema e desafio para a Saúde Pública. Neste sentido, o comprometimento político

e a necessidade de prover maiores investimentos na EPS são imprescindíveis para um novo modelo de atenção à TB, valorizando os ACSs como integrantes singulares na equipe de saúde para a BSR no território.

O estudo tem limitações na medida em que apresenta apenas a percepção dos ACSs em relação ao seu preparo e prática para a realização da BSR, sendo que estes aspectos podem ser supervalorizados pelos mesmos. Outro limite se refere à utilização de dados secundários (número de baciloscopias de escarro para diagnóstico solicitadas) disponibilizados pelo laboratório municipal que nem sempre estavam adequadamente preenchidos. Além disso, não foi possível captar a subjetividade relacionada ao trabalho do ACS junto à equipe de saúde, o que seria possível por meio de uma abordagem qualitativa.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo 575386/2008 8, pelo financiamento da pesquisa, e à FAPESP, processo n. 2009/12016-3.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria das Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. Plano de controle da tuberculose no Brasil no período de 2001-2005. Brasília (DF): MS; 2000.
2. Teixeira G. O controle da tuberculose e a saúde da família. Perspectivas de uma parceria. Bol Pneumol Sanit. 2000 Dez; 8(2):3-4.
3. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O Agente Comunitário de Saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cad Saúde Pública. 2002 Nov-Dez; 18(6):1639-46.
4. Haines A, Sanders D, Lehmann U, Rowe AK, Lawn JE, Jan S, et al. Achieving child survival goals: potential contribution of community health workers. Lancet. 2007 Jun; 369:2121-31.
5. Silva JA, Dalmaso ASW. Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2002.
6. Clarke M, Dick J, Zwarenstein M, Lombard CJ, Diwan VK. Lay health worker intervention with choice of DOT superior to standard TB care for farm dwellers in South Africa: a cluster randomised control trial. Int J Tuberc Lung Dis. 2005 Jun; 9(6):673-9.
7. Datiko DG, Lindtjorn B. Health extension workers

- improve tuberculosis case detection and treatment success in southern ethiopia: a community randomized trial. *PLoS ONE*. 2009 May; 4(5):1-7.
8. Kiefer E, Shao T, Carasquillo O, Nabeta P, Seas C. Knowledge and attitudes of tuberculosis management in San Juan de Lurigancho district of Lima, Peru. *J Infect Dev Ctries*. 2009; 3(10):783-8.
 9. Wright J, Walley J, Philip A, Pushpanathan S, Dlamini E, Newell J, et al. Direct observation of treatment for tuberculosis: a randomized controlled trial of community health workers versus family members. *Trop Med Int Health*. 2004 May; 9(5):559-65.
 10. Muniz JN, Palha PF, Monroe AA, Gonzales RC, Ruffino-Netto A, Villa TCS. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do Agente Comunitário de Saúde. *Cien Saúde Colet*. 2005. Abr-Jun; 10(2):315-21.
 11. Nogueira JA, Ruffino-Netto A, Monroe AA, Gonzales RIC, Villa TCS. Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose na percepção do Agente Comunitário de Saúde. *Rev Eletrôn Enferm* [online]. 2007 Jan-Abr; 9(1):106-18. [acesso 2009 Mai 15] Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v9/n1/v9n1a08.htm
 12. Maciel ELN, Vieira RCA, Milani EC, Brasil M, Fregona G, Dietze R. O Agente Comunitário de Saúde no controle da tuberculose: conhecimentos e percepções. *Cad Saúde Pública*. 2008 Jun; 24(6):1377-86.
 13. Ribeirão Preto. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão Ano 2009. [acesso 2010 Mai 31]. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/i16principal.php?pagina=/ssauade/conselho/i16ind-gestao.htm>
 14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): MS; 2006.
 15. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Tuberculose: informações para Agentes Comunitários de Saúde. Brasília (DF): MS; 2001.
 16. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília (DF): MS; 2010.
 17. Teixeira CF, Pinto LL, Vilas Boas ALQ. O Processo de trabalho da vigilância em saúde. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz/EPSJV/Proformar, 2004. 60p.
 18. Ministério da Saúde (BR). Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. 2. ed. Brasília (DF): MS, Fundação Oswaldo Cruz; 2005.
 19. Pinto ESG, Menezes RM, Villa TCS. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família em Ceará-Mirim. *Rev Esc Enferm USP*. 2010 Set; 44(3):657-64.
 20. Ministério da Saúde (BR). Proposta de formação do Agente Comunitário de Saúde - Habilitação Profissional Técnica. Brasília (DF): MS; 2004.
 21. Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do Agente Comunitário de Saúde no PSF em Porto Alegre. *Cien Saúde Colet*. 2005 Abr-Jun; 10(2):347-55.
 22. Massaroli A, Saupe R. Distinção conceitual: educação permanente e educação continuada no processo de trabalho em saúde. Santa Catarina, 2008 [acesso 2010 Nov 16]. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.045.pdf>
 23. Oliveira SAC, Ruffino Netto A, Villa TCS, Vendramini SHF, Andrade RLP, Scatena LM. Serviços de saúde no controle da tuberculose: enfoque na família e orientação para a comunidade. *Rev Latino-Am Enferm*. 2009 Mai-Jun; 17(3):361-7.
 24. Oliveira RG, Nachif MCA, Matheus MLF. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde na percepção da comunidade de Anastácio, Estado do Mato Grosso do Sul. *Acta Scient Health Sciences*. 2003 Jan-Jun; 25(1):95-101.
 25. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo (SP): Hucitec/Lugar Editorial, 1997:385.
 26. Minayo MCS. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. *Cien Saúde Colet*. 2001; 6(1):7-19.
 27. Morosini MVGC, Corbo AD'A. organizadores. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro (RJ): EPSJV/Fiocruz; 2007.
 28. Ferreira VSCF, Andrade CS, Franco TB, Merhy EE. Processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde e a reestruturação produtiva. *Cad Saúde Pública*. 2009 Abr; 25(4):898-906.
 29. Campinas LLSL, Almeida MMB. Agentes Comunitários de Saúde e o acolhimento aos doentes com tuberculose no Programa Saúde da Família. *Bol Pneumol Sanit*. 2004; 12(3):145-54.
 30. Macq J, Torfoss T, Getahun H. Patient empowerment in tuberculosis control: reflecting on past documented experiences. *Trop Med Int Health*. 2007 Jul; 12(7):873-85.

Correspondência: Beatriz Estuque Scatolin
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo. Laboratório 27
Avenida Bandeirantes, 3900
14040-902 - Ribeirão Preto, SP, Brasil
E-mail: patpaz@eerp.usp.br

Recebido: 03 de Maio de 2012
Aprovado: 17 de Fevereiro de 2014