

AÇÕES DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE PULMONAR

ACTIONS OF THE COMMUNITY HEALTH AGENT IN THE DIAGNOSIS OF PULMONARY TUBERCULOSIS

ACCIONES DEL AGENTE COMUNITARIO DE SALUD EN EL DIAGNÓSTICO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR

Dândara Nayara Azevêdo Dantas¹, Marcela Paulino Moreira da Silva², Déborah Raquel Carvalho de Oliveira³, Bertha Cruz Enders⁴, Ramon Evangelista dos Anjos Paiva⁵, Ricardo Alexandre Arcêncio⁶

O objetivo do estudo foi analisar as ações do Agente Comunitário de Saúde no diagnóstico da tuberculose pulmonar na Atenção Primária à Saúde. Pesquisa descritiva, quantitativa, realizada com amostra de 110 Agentes Comunitários de Saúde de Natal, entre julho e setembro de 2009 e utilizando um questionário construído a partir do *Primary Care Assessment Tool*. A análise descritiva dos dados mostrou que 62,7% dos agentes investigavam, nas visitas domiciliares, se as pessoas apresentavam tosse; 57,3% sempre orientavam os Sintomáticos Respiratórios a coletar o escarro; 60% dificilmente encontravam dificuldade de convencer o usuário a colher o escarro e 44,5% das unidades possuíam geladeira ou caixa térmica para acondicionar o escarro. Conclui-se que a maioria dos agentes nesse município realizavam as ações de diagnóstico. Contudo, estes enfrentam empecilhos no sistema que podem inviabilizar o diagnóstico precoce da doença e portanto o seu controle.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Auxiliares de Saúde Comunitária; Tuberculose Pulmonar.

The objective of this study was to analyze the actions of the community health agent in the diagnosis of tuberculosis in the primary care health. A descriptive quantitative study was conducted from July to December 2009, with 110 community health agents in Natal, and it was used a questionnaire from the Primary Care Assessment Tool. The descriptive analysis of the data indicated that 62, 7% of the agents investigated individuals with cough symptoms during their home visits; 57,3% frequently instructed the Respiratory Symptomatic individuals to collect the sputum; 60% rarely had difficulty in convincing individuals to collect sputum and 44,5% of the health units problems with the sputum collection and 44,5% of the health units had a specific place to store the material. It is so concluded that the majority of the agents conduct the diagnostic activities. However, they face system difficulties that can interfere in the early diagnosis of the disease and, therefore, its control.

Descriptors: Primary Health Care; Community Health Aides; Tuberculosis, Pulmonary.

El objetivo del estudio fue analizar las acciones del Agente Comunitario de Salud en el diagnóstico de la tuberculosis en la Atención Primaria de Salud. Estudio descriptivo, cuantitativo, con 110 agentes comunitarios de Natal, entre julio y septiembre de 2009, que utilizó una encuesta desarrollada a partir del *Primary Care Assessment*. El análisis descriptivo señaló que 62,7% de los agentes investigaban en las visitas domiciliarias se las personas tenían tos; 57,3% a menudo orientaban a los que tienen síntomas respiratorios para recoger el esputo; 60% rara vez tienen dificultades para recoger el esputo y 44,5% de las unidades tienen un lugar específico para guardarlo. Se concluye que la mayoría de los agentes desarrollaban acciones para el diagnóstico de la tuberculosis. Pero, enfrentaban dificultades en el sistema para interferir en el diagnóstico y control de la enfermedad.

Descriptores: Atención Primaria de Salud; Auxiliares de Salud Comunitaria; Tuberculosis Pulmonar.

* Artigo derivado da Dissertação "A busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose na prática e perspectiva do agente comunitário de saúde nos distritos sanitários de Natal", de autoria de Ramon Evangelista dos Anjos Paiva, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), em 2010. Desenvolvida com o apoio do Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose (GEO-TB).

¹ Graduanda do 7º período do curso de Enfermagem da UFRN. Bolsista CNPq. Brasil. E-mail: dandara_dantas@hotmail.com

² Graduanda do 7º período do curso de Enfermagem da UFRN. Bolsista PIBIC. Brasil. E-mail: marcelasmp@hotmail.com

³ Graduanda do 7º período do curso de Enfermagem da UFRN. Bolsista PIBIC. Brasil. E-mail: deborahrco@hotmail.com

⁴ PhD em Enfermagem. Docente do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFRN (PGENF-UFRN). Brasil. E-mail: berth@ufrnet.br

⁵ Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN. Enfermeiro do Hospital Estadual Monselhor Walfredo Gurgel (RN). Brasil. E-mail: ramom_enf@yahoo.com.br

⁶ Enfermeiro. Professor Dr, Depto. Materno Infantil e Saúde pública – EERP/USP. Docente Colaborador do PGENF-UFRN. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: ricardoarcencio@uol.com.br

Autor correspondente: Dândara Nayara Azevêdo Dantas.

Rua Doutor José Bezerra, 905, Ap. 102, Barro Vermelho. CEP: 59022-120. Natal/RN. Brasil. E-mail: dandara_dantas@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) é uma doença infecciosa secular que continua a afligir a humanidade nos dias atuais⁽¹⁾. No Brasil, a taxa de cura ainda é baixa, uma vez que o país apresenta uma taxa de cura de 77%, enquanto que a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza 85%. Segundo dados do Relatório de Controle Global da Tuberculose 2009, lançado pela OMS, no 3º Fórum Stop TB, o Brasil passou da 16ª para a 18ª posição no *ranking* dos 22 países com maior projeção de incidência de Tuberculose no mundo, e a estimativa da taxa por 100 mil habitantes caiu de 50 para 48 casos⁽²⁾.

Reportando ao Estado do Rio Grande do Norte (RN), dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) revelam que, em 2010, o referido estado brasileiro notificou 762 novos casos de TB pulmonar, sendo que 306 desses casos foram notificados no Município de Natal. Com efeito, essa cidade — que é a capital do estado — necessita de uma atenção especial para medidas de controle emergenciais, e mais eficazes.

Propondo a redução da incidência da TB no Brasil, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) estabeleceu diretrizes com o propósito de promover o controle da doença através do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), que na atualidade reconhece a importância de horizontalizar o combate a TB, estendendo-o para todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS); visando à integração do controle da TB no âmbito das unidades de Atenção Primária (AP) à Saúde⁽³⁾.

Essa decisão política está assentada na compreensão que a TB é um problema passível de resolução na AP, visto que esse nível de atenção quando estruturado pode interferir positivamente nos determinantes da doença. Com esse entendimento, as ações de controle propostas na AP compreendem a investigação dos Sintomáticos Respiratórios (SR), a realização do diagnóstico precoce da doença, o tratamento com esquema básico descentralizado e o acompanhamento dos sujeitos com TB e de seus contatos. Essas ações ampliam o acesso da população em situação de vulnerabilidade social, favorecendo a redução das taxas de abandono ao tratamento⁽⁴⁾.

Desse modo, o processo de descentralização do controle da TB vem ocorrendo gradativamente no país sob os auspícios do PNCT, que tem considerado a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) meios operacionais para

a integração dos serviços na ampliação do acesso do SR ao atendimento à saúde⁽⁵⁾. Destarte, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) promovem essa aproximação entre as equipes e o SR, para além do assistencialismo biomédico centrado na doença e no controle epidemiológico de determinados agravos⁽⁶⁾.

Dentre as atribuições nesse processo, incluem-se: realizar a busca ativa de SR nos domicílios e na comunidade; encaminhar ou comunicar o caso suspeito de TB à equipe; orientar a coleta e o encaminhamento do escarro dos SR; supervisionar a tomada diária da medicação específica, assegurar o comparecimento do doente às consultas agendadas e fazer visita domiciliária de acordo com a programação da equipe, usando a ficha do SIAB (B-TB)⁽¹⁾. É esperado ainda que esse profissional contribua para a democratização do conhecimento do processo saúde-doença concernente à TB, e que possa subsidiar a organização dos serviços de saúde em função de uma realidade epidemiológica, política e social.

Na literatura há evidências da importância do ACS no contexto dos serviços de saúde. Todavia, são escassos os trabalhos científicos que apresentam as contribuições desse ator para o controle da TB. Os estudos realizados têm focalizado na ação de busca ativa do SR pelo ACS, tanto do ponto de vista do agente, como do enfermeiro supervisor. Estes indicam que a atividade de busca é realizada com dificuldades, tanto próprias do profissional, quanto as relacionadas à organização de serviço⁽⁷⁻⁸⁾. Considera-se, portanto, que há necessidade de estudos que suplementem o conhecimento existente sobre as diversas ações desse profissional nesse contexto.

Toma-se como proposta teórica para realização do estudo, a Atenção Primária à Saúde (AP), que deve ser considerada como uma abordagem que forma a base e organiza a demanda para os demais níveis da atenção à saúde. Assim sendo, a AP oferece a entrada no sistema de saúde e atende os problemas mais comuns na comunidade, proporcionando serviços de prevenção, cura e reabilitação no contexto no qual a doença existe para maximizar a saúde e o bem-estar⁽⁹⁾.

Considera-se que o estudo se justifica pela sua contribuição que visa oferecer ao conhecimento existente sobre a prática do ACS no controle de TB na comunidade. Da mesma forma, atende a necessidade de discutir a reorganização dos serviços de saúde, na medida em que constitui uma fonte de reflexão para a elaboração de propostas de pesquisa e a procura de uma ação mais organi-

zada no controle da TB. Na área de enfermagem, ainda, o estudo visa contribuir para uma reflexão sobre a prática dos enfermeiros que atuam na AP, quanto à liderança que estes exercem no seu trabalho em equipe na comunidade, e em especial, junto ao ACS, para o desenvolvimento de medidas de controle das doenças.

Assim, este estudo tem por objetivo analisar as ações do ACS no diagnóstico da tuberculose pulmonar nas unidades de atenção básica.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa descritiva com abordagem quantitativa, realizada através de levantamento epidemiológico com os ACS que atuam nas Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) no Município de Natal/RN.

A pesquisa foi composta de um universo de aproximadamente 646 agentes do município, a população do estudo é distribuída em cinco distritos, nos quais 344 agentes pertencem aos Distritos Norte I e Norte II, 31 ao Distrito Sul, 207 ao Distrito Oeste e 64 ao Distrito Leste. A amostragem foi do tipo probabilístico-aleatória; estratificada por distrito, tendo sido sorteados para a entrevista 57 agentes dos Distritos Norte I e Norte II; seis do Distrito Sul; 11 do Leste e 34 do Distrito Oeste, totalizando 108 ACS.

Para o cálculo do tamanho da amostra, utilizou-se uma equação⁽¹⁰⁾ que possibilitou assumir variância média dos estratos ($S_d^2=1$) e a diferença entre a média amostral simples dos estratos e a média da população ($B=0,2$) e probabilidade do erro tipo I igual a ($Z_\alpha=1,96$). Assim, temos $n=S_d^2(Z_\alpha)^2/B^2=96$. Prevendo-se uma taxa de não resposta de aproximadamente 10%, calculou-se um $n=108$.

Na composição da amostra foram acrescentados dois ACS, devido ao interesse em participar da pesquisa e à sua disponibilidade no ambiente da coleta. Dessa forma, a amostra foi composta por 110 agentes, que atuavam em 38 unidades de saúde, sendo quatro UBS, 33 USF e um Centro de Saúde.

Após a aprovação do estudo pelo comitê de Ética da UFRN (Parecer nº 274/2009), a coleta de dados foi cumprida no período de Julho a Setembro de 2009, por meio de entrevistas. Os ACS não presentes ou que se recusaram a fazer parte da pesquisa foram substituídos por outros agentes, previamente selecionados, para manter o tamanho da amostra estabelecida.

Para realização da coleta foi efetuado um contato prévio com o gerente ou diretor das unidades de saúde para agendar as entrevistas. A coleta de dados foi realizada no local de trabalho onde os ACS exerciam suas atividades. Os profissionais foram abordados, individualmente, e foram esclarecidos sobre a importância do estudo e de sua contribuição para a conclusão dele. Após a explicação do questionário e da concordância em respondê-lo, cada entrevistado recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual assinou antes de proceder com a entrevista. O responsável pela coleta de dados leu os itens contidos no questionário e com base na resposta do entrevistado, assinalou a alternativa correspondente.

Neste estudo, o foco de análise centrou-se nas variáveis: ações desenvolvidas pelos ACS no auxílio ao diagnóstico da TB; dificuldades apontadas por esses profissionais para a realização das ações desenvolvidas durante a coleta do escarro dos SR e disponibilidade de materiais e insumos nas unidades de saúde que favorecessem a realização e armazenamento da baciloscopia de escarro.

Utilizou-se o instrumento estruturado da Pesquisa Operacional da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose/REDE-TB, que foi elaborado a partir do *Primary Care Assessment Tool*, conhecido como PCAT. O instrumento é formado por questões abertas e fechadas que seguem escalas de possibilidades preestabelecidas, do tipo Likert, sendo atribuído um valor entre 0 e 5. O valor 0 foi atribuído para a resposta “não sabe”; o valor 99 quando não se aplica; e os valores de 1 a 5 registraram o posicionamento dos ACS quanto à frequência das ações desenvolvidas, sendo o valor 1 correspondente a “nunca”; 2 a “quase nunca”; 3 “às vezes”; 4 “quase sempre” e 5 “sempre”. A todas as variáveis foram atribuídas os valores acima, com exceção das variáveis de recusa a colher o escarro e dificuldade de convencer o usuário a colher o escarro, as quais o valor 1 corresponde a “sempre”, 2 a “quase sempre”, 3 “às vezes”, 4 “quase nunca” e 5 “nunca”.

Para fins de processamento e análise dos dados, os valores 1, 2 e 3 foram agrupados em “dificilmente” para representar a dificuldade para realização de uma ação ou deficiência de insumos no diagnóstico da TB. Esse agrupamento se realizou por entender que essas três alternativas davam margem a interpretação de que os fatos ocorriam com pouca frequência. Os valores 4 e 5 foram agrupados em “frequentemente”, devido representar a facilidade para realização de uma ação ou dispo-

nibilidade de insumos. Nos questionamentos de recusa a colher o escarro e dificuldade de convencer o usuário a colher o escarro as definições de agrupamento foram invertidas.

Os dados referentes às questões relacionadas às variáveis de estudo no diagnóstico da TB foram tabulados no SPSS e sua análise ocorreu por meio de estatística descritiva utilizando o banco de dados elaborado a partir dos questionários.

RESULTADOS

No estudo, pôde-se identificar que 87,3% dos 110 ACS eram do sexo feminino; 58,7% possuíam o Ensino Médio completo; 8,3% concluíram o Ensino Fundamental; 24,8% tinham nível técnico; e 8,2% estudaram até o nível superior. A média de tempo de trabalho como ACS

e 51,9% frequentemente recebiam treinamento nessa temática.

Tomando como parâmetro as ações desenvolvidas pelos ACS no auxílio ao diagnóstico da TB, pôde-se identificar que 41,8% dos agentes dificilmente instruíam os SR a coletar a amostra de escarro e 57,3% sempre os orientavam; 40,9% dificilmente ensinavam ao doente como armazenar e encaminhar o exame de escarro até o local indicado e 58,2% sempre os ensinavam. Constatou-se que 81,8% dos ACS desempenhavam visitas domiciliares uma vez por mês a cada família da comunidade.

Os resultados mostram que 62,7% dos agentes frequentemente investigavam se as pessoas apresentavam tosse, quando realizavam visitas domiciliares; 85,5% perguntavam se as pessoas que moravam com o doente de TB tinham tosse com duração de três semanas ou mais; e 14,5% dificilmente faziam esse questionamento (Figura 1).

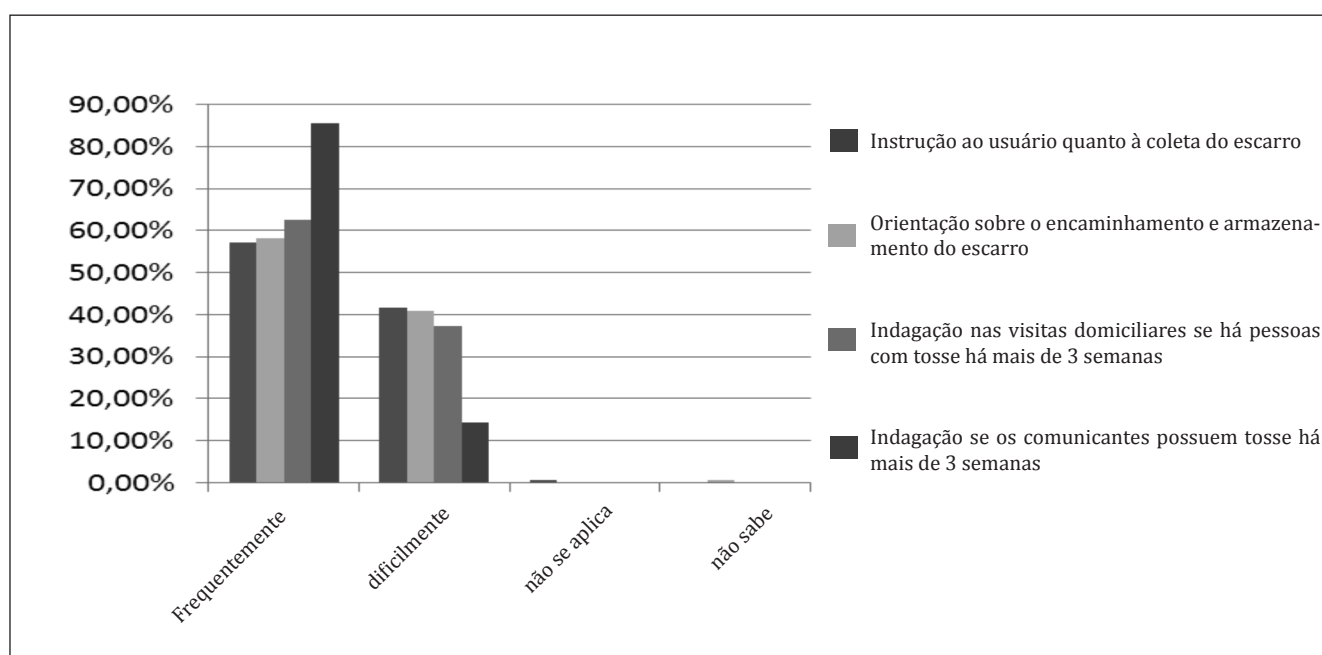


Figura 1 — Atividades desenvolvidas pelos ACS para o diagnóstico da tuberculose na rede básica de saúde do município de Natal/RN. Natal, RN, 2011

foi de aproximadamente 10 anos, sendo três anos e meio o menor período de experiência na profissão e o maior período era de 20 anos e meio. Aproximadamente 80% desses profissionais estavam satisfeitos em trabalhar na unidade de saúde.

Além disso, foi questionada a frequência de treinamento desses profissionais quanto à TB. Nesse aspecto, identificou-se que 8,2% dos 110 entrevistados nunca participaram de treinamento relacionado à TB

No que se refere à coleta do escarro, verificou-se que 60% dos ACS dificilmente possuíam dificuldade de convencer o usuário a colher o escarro e que 60,9% dos SR dificilmente se recusavam a colher esse material. Quanto à disponibilidade de materiais e insumos para realização da baciloscopia de escarro nas unidades de saúde do município, 46,4% dos ACS informaram que dificilmente as unidades de saúde ofereciam ao usuário transporte e/ou vale-transporte para realização dos exa-

mes diagnósticos da TB; 40% sempre ofereciam esses incentivos e 10% dos entrevistados não souberam responder a essa indagação.

A presença de formulários para solicitação de exame de escarro alcançou 91,8% das 38 unidades que constituem os locais de trabalho dos ACS; 72,7% disponibilizavam potes para a coleta de escarro; 44,5% possuíam um local específico para acondicionar o escarro (caixa térmica ou geladeira); 21,8% dificilmente apresentavam um local específico e em 28,2% das unidades os usuários eram encaminhados a um laboratório de referência para deixarem a amostra do escarro para ser analisada. Nestas unidades os agentes não realizavam essa atividade. Alguns desses dados podem ser verificados na Figura 2.

apresentavam quatro anos ou mais de trabalho nessa profissão⁽¹¹⁾.

Acredita-se que os profissionais que possuem mais tempo de profissão tendem a conhecer melhor a comunidade e ter mais laços de amizade com ela; fato que facilita o processo de trabalho em saúde, pois, além disso, os ACS são os únicos trabalhadores da AP que devem obrigatoriamente residir na área de atuação.

Durante o processo de trabalho em saúde desses profissionais no que concerne ao controle da TB, os resultados da pesquisa apontam que os ACS se depararam com menores dificuldades para a busca de SR quando comparado com outros estudos. Um estudo realizado em Ribeirão Preto/SP⁽⁷⁾ revelou que 75% dos ACS mencio-

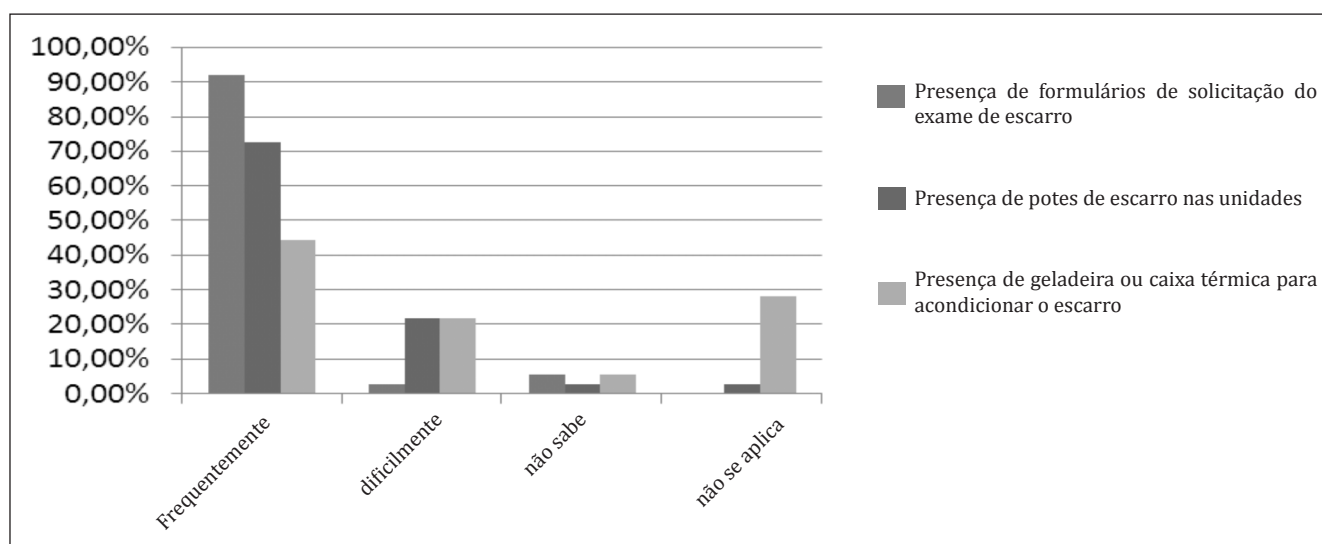


Figura 2 — Disponibilidade de materiais e insumos nas unidades de saúde para realização e condicionamento da baciloscopia de escarro. Natal, RN, 2011

DISCUSSÃO

A partir dos dados apresentados quanto ao perfil profissional dos ACS pressupõe-se que esses profissionais possuíam um grande vínculo com a comunidade, uma vez que a média de tempo de trabalho como ACS era de aproximadamente 10 anos. Já um estudo realizado em Vitória, Espírito Santo, a média de anos de trabalho dos ACS foi de 3,1 ($\pm 1,8$) anos, sendo que o maior período foi de sete anos e o menor, referia-se a um recém-admitido, inferior a um mês⁽³⁾. Em um estudo realizado em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, a média de anos de trabalho foi semelhante a do estudo feito em Vitória; 60,3% da população possuíam três anos de trabalho como ACS e 4,3%

naram dificuldades para a coleta de escarro. O referido estudo também apontou que algumas unidades de saúde não apresentaram indicadores operacionais satisfatórios no que tange a cobertura da baciloscopia de escarro conforme as recomendações do MS, que estabeleceu como diretriz para as unidades a pesquisa direta de bacilos álcool ácidos resistentes (BAAR) no escarro e, se caso uma unidade de saúde não possuísse laboratório, deveria identificar um laboratório de referência e estabelecer um fluxo de envio do material⁽¹⁾.

Os resultados mostraram a dificuldade vivenciada por alguns SR, para dar andamento ao diagnóstico, porque em determinadas unidades de saúde de Natal encaminha-se o SR até uma unidade de referência para deixa-

rem as amostras de escarro. No entanto, a maioria delas não oferece recursos ou vale-transporte para os usuários que não possuem condições financeiras de custear esse traslado. O alto custo econômico que o deslocamento para os serviços de saúde representa para o doente de TB pode desencadear o diagnóstico tardio dos casos desse município⁽¹²⁾.

Com efeito, as condições estruturais e organizacionais das unidades dificultam o acesso do SR aos serviços de saúde, sendo esta uma importante barreira para o diagnóstico precoce na AP. Os dados demonstraram ainda que o pote de escarro estando disponível nas unidades de saúde, esses locais estão propensos a desprezar o material colhido devido não disporem de geladeira ou outro equipamento para armazenar o recipiente com escarro o desprezo parte do material colhido. Tal deficiência de insumos tem sido constatada em um estudo realizado no município de Ribeirão Preto, SP, especificamente quanto à falta dos potes de escarro e a ausência de caixa de isopor para armazenamento, no qual também se observou a desarticulação entre o horário de funcionamento da unidade, a entrega do pote pelo usuário e o seu transporte ao laboratório, ocasionando a interrupção do fluxo e desperdício de material⁽⁷⁾.

Nesse direcionamento destaca-se um estudo realizado em São Paulo que ressalta a importância do reconhecimento das condições que asseguram a confiabilidade dos resultados da baciloscopia por parte dos profissionais de saúde, com o intuito de dar suporte ao laboratório para que sejam fornecidos resultados confiáveis. Para isso, é necessário que o laboratório receba amostra de escarros suficientes, obtidos em quantidade adequada, colocados em recipiente apropriado, e corretamente identificados, conservados e transportados, evitando assim o desperdício dos materiais coletados⁽¹³⁾.

Outro estudo menciona o déficit em relação à disponibilidade do serviço em oferecer o pote para coleta de escarro aos sintomáticos respiratórios que procuram o serviço de saúde, e que apenas 40,5% o oferecem rotineiramente, contrariando o que é estabelecido pelo MS, que sugere 100%⁽¹⁴⁾.

A provisão de materiais é fundamental para o diagnóstico precoce da TB na AP. Todavia, garantir tais insumos exige gerenciamento e organização permanentes desses recursos. Definir a quem compete à manutenção regular dos materiais inclui divisão de papéis e responsabilização dos membros da equipe de saúde. Interrom-

per uma etapa do ciclo pode colocar em risco toda a ação planejada e comprometer a integralidade da atenção⁽⁷⁾.

Segundo as normas para coleta e armazenamento de escarro, recomenda-se que o material seja armazenado sob refrigeração, em geladeira comum ou isopor com gelo reciclável, até o momento de ser transportado. Não haveria, portanto, necessidade de desprezar o material coletado, e sim acondicioná-lo adequadamente até o dia seguinte⁽⁷⁾.

Com relação às ações no auxílio do diagnóstico da TB pulmonar constata-se que é necessário um projeto institucional de sensibilização junto à equipe, para a busca ativa de SR e orientações sobre a coleta e armazenamento da amostra de escarro. Tais ações se revelam importantes para o diagnóstico da TB, mas não estão sendo exercidas em algumas unidades de saúde do município e, portanto, não contribuem para dar garantia de qualidade dos serviços prestados em termos de apoio ao diagnóstico.

A orientação correta quanto à forma de coleta do escarro, a revisão das instruções antes da coleta do material, bem como a compreensão dessas orientações pelo paciente, implica na melhora da qualidade das amostras e conseqüentemente no resultado efetivo da análise do material expectorado⁽¹⁵⁾. Em um estudo realizado no Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), Potiguara — Paraíba, a falta de orientação para a coleta de escarro aparece como um fator limitante para o procedimento de coleta de escarro que compromete a qualidade do material e leva a equipe a optar pela solicitação de exames de maior precisão diagnóstica, como a cultura do escarro⁽¹⁶⁾.

A baciloscopia de escarro e a busca ativa são métodos essenciais para o controle da TB que devem ser incorporados à rotina de atividades de todos os ACS. Pela deficiência dessas ações em algumas unidades, estima-se que muitos casos não estejam sendo diagnosticados na AP devido à política instituída em algumas unidades de saúde.

As investigações dos casos suspeitos de TB não podem se limitar ao usuário que procura o serviço de saúde. Além do domicílio, a ESF deve assegurar a busca e identificação de casos suspeitos em locais que concentrem populações com maior vulnerabilidade ao adoecimento por TB, o que parece ainda não ser uma prática instituída⁽¹⁴⁾. Em mais um estudo realizado em Ribeirão Preto, ao analisar a realização de parcerias sociais para ações básicas para o controle da TB como a entrega do pote para coleta

de escarro, nota-se a inexistência dessas ações pelos serviços de saúde no controle da TB⁽¹⁷⁾.

A realização da busca ativa de SR para diagnóstico precoce de casos de TB pulmonar é uma das tarefas a ser realizada pelo ACS na nova proposta de descentralização do PNCT⁽³⁾. Apesar de essa atividade ser estabelecida como uma das atribuições dos ACS, não significa que de fato essa ação seja incorporada no seu cotidiano de trabalho⁽⁸⁾. Quando analisados dois segmentos de ações designados aos ACS operacionalizados pelo PNCT — identificar os SR nos domicílios, na comunidade e orientar a coleta e o encaminhamento do escarro —, detecta-se que a maioria desses profissionais realiza essas atividades, contudo, a parcela de agentes que não desenvolve essas ações favorece a ocorrência de erros de conduções na coleta e armazenamento do escarro. Isso pode gerar desperdício de material colhido e amostras que não se apresentam favoráveis ao diagnóstico da TB.

O modo como se organiza os serviços de saúde na busca de SR desperta uma série de reflexões acerca da assistência prestada. Considera-se como ponto de partida uma gestão mais colegiada, que envolva além dos dirigentes institucionais também representações legítimas do trabalhador de saúde, incluindo o ACS para a assunção de responsabilidades sanitárias e sensibilização dos trabalhadores em prol da missão institucional das unidades de AP⁽⁸⁾. Os dados podem ter relação com uma falta de identidade do ACS com as prerrogativas do seu cargo elencadas nos documentos oficiais, especialmente aquelas concernentes a busca de casos de TB na comunidade.

Nesse sentido, considera-se de suma importância que haja um reordenamento das relações no interior das unidades, um ajustamento de funções face às demandas do território adscrito às unidades de saúde. Está imbuído a esse processo um compromisso político do trabalhador com as questões de saúde da comunidade, que devem reivindicar melhores condições de trabalho para que consigam ofertar de fato um cuidado mais condizente à política social do SUS. Não obstante, há de se instituir a avaliação como processo permanente de construção das equipes de saúde, para que possam identificar os produtos do seu trabalho, sua qualidade, eficiência e eficácia social.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a maioria dos ACS do Município de Natal, RN, desenvolvia as atividades preconizadas pelo

Ministério da Saúde no cumprimento das ações de diagnóstico da TB no município, porém, pressupõe-se que a parcela dessa população que nunca participou de treinamento em TB, apresenta insegurança para realizar tais atividades.

Para que o controle da TB seja eficaz, o ciclo que vai desde a identificação do SR até a cura do paciente deve ocorrer de forma ininterrupta. Entretanto, foi observado que dentro desse ciclo existem falhas no sistema que, juntas, têm o poder de dificultar o diagnóstico e inviabilizar o controle da doença.

Portanto, torna-se necessário que todos os procedimentos de atividades preconizados pelo MS aos profissionais da AP sejam desempenhados satisfatoriamente; a organização das unidades facilite o acesso dos usuários ao atendimento à saúde; os materiais e insumos necessários para realização da baciloscopia de escarro, análise e resultado estejam disponíveis nas redes de atendimento; os medicamentos para tratamento da TB não falem; os SR colaborem nas ações de diagnóstico e tratamento da doença e o tratamento supervisionado seja fortalecido na AP.

É nesse contexto que o enfermeiro na AP assume papel importante, à medida que esse profissional articula a vigilância em saúde, inclusive o controle da TB, com a equipe e os membros da comunidade e é responsável pela supervisão das ações dos ACS no auxílio ao diagnóstico da doença. O vínculo com o profissional de Enfermagem oferece uma oportunidade para os ACS poderem encontrar meios para aperfeiçoar sua atuação nas ações de controle de TB.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica. 6. ed. Rev. E Ampl. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
2. World Health Organization. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report. Geneva: WHO; 2009.
3. 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; 24(6):1377-86.
4. Oliveira MF, Villa TCS, Arcêncio RA, Scatena LM, Ruffino-Netto A. O acesso ao diagnóstico da Tuberculo-

- se nos serviços de saúde do município de Ribeirão Preto-SP, 2007. In: Villa TCS, Ruffino-Netto A, organizadores. Tuberculose: pesquisas operacionais. São Paulo: FUNPEC; 2009.
5. Marcolino ABL, Nogueira JA, Ruffino Netto A, Moraes RM, Sá LD, Villa TCS. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux — PB. *Rev Bras Epidemiol*. 2009; 12(2):144-57.
 6. Lanzoni GMM, Meirelles BHS. Vislumbrando a rede complexa de relações e interações do Agente Comunitário de Saúde. *Rev Rene*. 2010; 11(2):140-51.
 7. Nogueira JA, Ruffino Netto A, Monroe AA, Gonzales RIC, Villa TCS. Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose na percepção do agente de saúde. *Rev Eletr Enf [periódico na Internet]*. 2007 [citado 2011 out 03]; 9(1): [13p]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a08.htm>.
 8. Muniz JN, Palha PF, Monroe AA, Gonzales RC, Ruffino Netto A, Scatena VTC. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(2):315-21.
 9. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
 10. Bolfarine H, Bussab WO. Elementos de amostragem. Projeto Fisher. São Paulo: Blucher; 2005.
 11. Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(2):347-55.
 12. Figueiredo TMRM, Villa TCS, Scatena LM, Gonzales RIC, Ruffino Netto A, Nogueira JA, et al. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(5):825-31.
 13. Péricles A, Abrahão RMCM, Malucelli MIC. Análises dos resultados de exames de escarros, provenientes de unidades de saúde, hospitais e presídios do município de São Paulo, para o diagnóstico da tuberculose. *Inf Epidemiol SUS*. 2000; 9(4):263-71.
 14. Nogueira JA, Trigueiro DRSG, Sá LD, Silva CA, Oliveira LCS, Villa TCS, et al. Enfoque familiar e orientação para a comunidade no controle da tuberculose. *Rev Bras Epidemiol*. 2011;14(2):207-16
 15. Falqueto L, Silva RM, Bazzo, ML, Chagas M. Impacto da orientação na coleta de escarro sobre a qualidade da amostra obtida. *Arq Catarin Med*. 2006; 35(3):29-34.
 16. Nóbrega RG, Nogueira JA, Ruffino Netto A, Sá LD, Silva ATMC, Villa TCS. The Active search for respiratory symptomatics for the control of tuberculosis in the potiguara indigenous scenario, Paraiba, Brazil. *Rev Latinoam Enferm*. 2010; 18(6):1169-76.
 17. Curto M, Scatena LM, Andrade RLP, Palha PF, Assis EG, Scatolin BE, et al. Tuberculosis control: patient perception regarding orientation for the community and community participation. *Rev Latinoam Enferm*. 2010; 18(5):983-9.

Recebido: 05/09/2011

Aceito: 12/12/2011