



Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ape@unifesp.br

Escola Paulista de Enfermagem

Brasil

Melo Guimarães dos Santos, Tatiana Maria; Tolstenko Nogueira, Lídy; Arcêncio, Ricardo Alexandre
Atuação de profissionais da Estratégia Saúde da Família no controle da Tuberculose

Acta Paulista de Enfermagem, vol. 25, núm. 6, 2012, pp. 954-961

Escola Paulista de Enfermagem

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307024805019>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Atuação de profissionais da Estratégia Saúde da Família no Controle da Tuberculose*

Professional Practice of the Family Health Strategy in Tuberculosis Control

Actuación de profesionales de la Estrategia Salud de la Familia en el Control de la Tuberculosis

Tatiana Maria Melo Guimarães dos Santos¹, Lídy Tolstenko Nogueira², Ricardo Alexandre Arcêncio³

RESUMO

Objetivo: Avaliar as ações desenvolvidas por profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família no controle da tuberculose, no Município de Teresina-PI. **Métodos:** Pesquisa avaliativa, de abordagem quantitativa na qual foram entrevistados 286 profissionais de saúde (64 médicos, 76 enfermeiros, 68 auxiliares de enfermagem e 78 agentes comunitários de saúde) da Estratégia Saúde da Família. **Resultados:** Dos 286 participantes da pesquisa, 86% relataram ter sido capacitados no Programa de Controle da Tuberculose e 69,5% citaram que a capacitação foi suficiente para realizar as ações preconizadas no Programa. Na verificação de associação das ações preconizadas no diagnóstico e no acompanhamento do doente de tuberculose e sua realização pelos profissionais, constatou-se associação estatística significativa em todas as variáveis estudadas, com $p < 0,05$. **Conclusão:** O desenvolvimento de ações do programa está associado à categoria profissional de quem as realizam, portanto, é importante que cada componente da equipe conheça suas reais atribuições.

Descritores: Tuberculose/prevenção & controle; Atenção primária à saúde; Serviços de saúde; Avaliação; Saúde da família

ABSTRACT

Objective: To evaluate the actions developed by professionals of the Family Health Strategy teams in tuberculosis control in the municipality of Teresina-PI. **Methods:** Evaluative research, of a quantitative approach, in which 286 health professionals (64 physicians, 76 nurses, 68 auxiliary nurses and 78 community health workers) of the Family Health Strategy were interviewed. **Results:** Of the 286 research participants, 86% reported they had trained in the Tuberculosis Control Program and 69.5% reported that the training was sufficient to perform the actions proposed in the program. In the verification of the association of the actions recommended for the diagnosis and for monitoring of tuberculosis patients and their implementation by professionals, there was a statistically significant association in all variables with $p < 0.05$. **Conclusion:** The development of actions of the program was associated with the professional category of those who performed them, so it is important that each team member knows their actual responsibilities.

Keywords: Tuberculosis/prevention & control; Primary health care; Assessment of health services; Family health

RESUMEN

Objetivo: Evaluar las acciones desarrolladas por profesionales de los equipos de la Estrategia Salud de la Familia en el control de la tuberculosis, en el Municipio de Teresina-PI. **Métodos:** Investigación evaluativa, de abordaje cuantitativo en el cual fueron entrevistados 286 profesionales de salud (64 médicos, 76 enfermeros, 68 auxiliares de enfermería y 78 agentes comunitarios de salud) de la Estrategia Salud de la Familia. **Resultados:** De los 286 participantes de la investigación, 86% relataron haber sido capacitados en el Programa de Control de la Tuberculosis y el 69,5% citaron que la capacitación fue suficiente para realizar las acciones preconizadas en el Programa. En la verificación de asociación de las acciones preconizadas en el diagnóstico y en el acompañamiento del enfermo de tuberculosis y su realización por los profesionales, se constató una asociación estadística significativa en todas las variables estudiadas, con $p < 0,05$. **Conclusión:** El desarrollo de acciones del programa está asociado a la categoría profesional de quienes las realizan, por tanto, es importante que cada componente del equipo conozca sus reales atribuciones.

Descriptores: Tuberculosis/prevención & control; Atención primaria de salud; Servicios de salud; Evaluación; Salud de la familia

* *Artigo extraído da dissertação de mestrado intitulada: "Avaliação da Efetividade do Programa de Controle da Tuberculose na Estratégia Saúde da Família em Teresina-PI" apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI, Teresina (PI), Brasil.*

¹ Mestre em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI, Teresina (PI), Brasil.

² Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Mestrado em Enfermagem da UFPI.

³ Professor Doutor da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) persiste como um importante problema de saúde pública mundial, exigindo a elaboração de estratégias para seu controle, envolvendo aspectos humanitários, econômicos e de saúde pública. Desde 2003, o Ministério da Saúde vem considerando essa doença como uma das prioridades na agenda da saúde, incentivando medidas prementes de enfrentamento, seja por meio de indução de políticas de saúde ou de ações afirmativas, com destaque para a Estratégia Saúde da Família (ESF). O Brasil é um dos 22 países que albergam 80% da carga mundial de tuberculose, sendo tratado com prioridade pela Organização Mundial da Saúde, haja vista que o país ocupa a 19ª posição em número de casos novos. Em 2009, a taxa de incidência foi de 37 casos por 100 mil habitantes, sendo notificados 71.700 casos novos da doença⁽¹⁾.

O novo dinamismo e a estruturação dos serviços e ações de saúde propostos pela ESF a evidenciam como diferencial em relação aos programas tradicionais⁽²⁾. No cuidado à TB, a ESF visa o diagnóstico precoce, a detecção de casos entre sintomáticos respiratórios (SR) e contatos, sobretudo de casos bacilíferos e crianças⁽³⁾.

Estudos apontam a descentralização do diagnóstico e tratamento da atenção à TB para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e ou ESF como estratégia para ampliar o acesso das pessoas portadoras do agravo aos serviços de saúde. Deste modo, a descentralização das ações para as UBS vem provocando mudanças significativas no volume de atividades com o aumento do número de SR examinados, de baciloscopia realizadas, detecção de novos casos, controle de contatos, aproximando-se das metas estabelecidas pelo PNCT^(4,5).

Por esta conjuntura, torna-se premente avaliar o impacto da atenção básica na busca de casos, diagnóstico e tratamento da TB, haja visto que este ponto de atenção pode representar o primeiro contato da comunidade com os serviços e sistemas locais de saúde.

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo avaliar as ações desenvolvidas por profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família no controle da tuberculose, no Município de Teresina-PI.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, de abordagem quantitativa, que utilizou o desenho de estudo transversal.

Eleger-se o Município de Teresina – Piauí como local do estudo, em função das seguintes características: capital desse Estado, cuja população é de 802.416 habitantes⁽⁶⁾; é um dos cinco municípios prioritários na atenção à TB no Estado, além, de possuir uma cobertura populacional

da ESF de 96,5%, com o coeficiente de incidência de TB de 42,7%, em 2008.

A população objeto do estudo é a equipe da ESF constituída pelo médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) que atuavam na zona urbana de Teresina. Em cada equipe, foram entrevistados um profissional de cada categoria em seu horário de trabalho. Procurou-se fazer uma abordagem individualizada para evitar interferências nas respostas.

Antecedendo à coleta de dados, realizou-se o pré-teste do questionário, com 29 profissionais de equipes de outras UBSs não escolhidas, representando cerca de 10% da amostra, para avaliar a comprehensibilidade das questões do instrumento e a sensibilidade cultural do mesmo.

Utilizou-se como critérios de inclusão: ser profissional da ESF e concordar com a participação no estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os critérios de exclusão foram: profissional de saúde em férias ou de licença médica. Foram considerados como perdas, profissionais não localizados nas UBSs no expediente de trabalho, depois de três visitas agendadas.

Desse modo, a amostra de profissionais compôs-se de 64 médicos, 76 enfermeiros, 68 auxiliares de enfermagem e 78 ACSs, totalizando 286 profissionais e uma perda amostral de 8,3%.

Aplicou-se um questionário com perguntas fechadas aos profissionais da ESF com variáveis relacionadas: a capacitação técnica para atuar no PCT; as ações desenvolvidas no diagnóstico e no acompanhamento do tratamento de TB; as dificuldades enfrentadas pelos serviços de saúde conforme Modelo Lógico proposto pelo PNCT⁽¹⁾.

Os dados foram digitados no programa *Microsoft Excel* e, depois migrados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS* (versão 12.0 for Windows), no qual foram tabulados e analisados.

A análise estatística utilizada foi a descritiva, baseada nos percentuais das categorias de respostas das variáveis. Os dados foram explorados por meio das técnicas univariadas e bivariadas. O uso do teste Qui-quadrado de Pearson(χ^2) com nível de significância ($p < 0,05$) foi utilizado para verificar as possíveis associações entre as variáveis. Entretanto, como este teste não relaciona o tamanho do efeito da associação, para tal objetivo utilizou-se V-Cramer⁽⁷⁾, que é uma medida do grau de associação entre duas variáveis categóricas e, assim considera-se como efeito pequeno quando $r=0,1$, médio $r=0,3$ e grande $r=0,5$.

Atendendo à Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado por todos os entrevistados. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (Parecer nº 0177.0.045.000-09).

RESULTADOS

Os dados da Tabela 1 apresentam as características das capacitações promovidas pela gestão municipal para atuação dos profissionais no PCT. O tempo médio de atuação na ESF foi de 6,9 anos com desvio padrão de 3,1 anos.

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais, conforme as características das capacitações para atuar no PCT e a nota atribuída ao PCT. Teresina (PI), 2010

Variáveis	Média X	Desvio Padrão (S)	Intervalo de confiança IC 95%	Mínimo-Máximo	n	(%)
Categoria profissional						
Medico					64	22,4
Enfermeiro					76	26,6
Auxiliar de Enfermagem					68	23,8
Agente Comunitário de Saúde					78	27,3
Total					286	100,0
Tempo de atuação na ESF (anos)	6,9	(3,1)	6,5-7,2	1-16		
1 a 5					99	34,6
6 a 10					160	55,9
mais de 10					27	9,4
Total					286	100,0
Capacitação específica no PCT						
Sim					246	86,0
Não					40	14,0
Total					286	100,0
Capacitação suficiente						
Sim					171	69,5
Não					75	30,5
Total					246	100,0
Nota atribuída ao PCT	7,6	(1,2)	7,5-7,8	3-10		

Nos dados da Tabela 2, ao buscar a associação das ações preconizadas no diagnóstico de TB e a categoria profissional responsável pela ação, constatou-se que houve significância

Quanto à capacitação específica para atuar no PCT, 86% dos profissionais entrevistados relataram ter sido capacitados e 69,5% que a capacitação recebida foi suficiente para realizar as ações de controle da TB. Com relação à nota atribuída ao programa, a média foi 7,6 com desvio padrão de 1,2 (mínima de 3 e máxima de 10).

Tabela 2 – Associação entre ações desenvolvidas no diagnóstico de TB e as categorias profissionais da ESF de Teresina (PI), 2010

Ações desenvolvidas	Categorias profissionais							Valor p ¹	Valor r ²		
	Médico		Enfermeiro		Aux. Enf.		ACS				
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)			
Busca ativa											
Nunca	07	10,9	06	7,9	30	44,1	03	3,8	46	16,1	
Às vezes	41	64,1	40	52,6	24	35,3	24	30,8	129	45,1	0,000
Sempre	16	25,0	30	39,5	14	20,6	51	65,4	111	38,8	0,4
Total	64	100	76	100	68	100	78	100	286	100	
Identifica SR*											
Nunca	01	1,6	-	-	26	38,2	08	10,3	35	12,2	
Às vezes	09	14,1	28	36,8	32	47,1	32	41,0	101	35,3	0,000
Sempre	54	84,4	48	63,2	10	14,7	38	48,7	150	52,4	0,4
Total	64	100	76	100	68	100	78	100	286	100	
Notificação dos casos											
Nunca	10	15,6	-	-	48	70,6	37	47,4	95	33,2	
Às vezes	10	15,6	-	-	10	14,7	07	9,0	27	9,4	0,000
Sempre	44	68,8	76	100	10	14,7	34	43,6	164	57,3	0,5
Total	64	100	76	100	68	100	78	100	286	100	

* SR – Sintomático Respiratório ¹Valor p – teste Qui-quadrado ²Valor r – V-Cramer

Quanto à busca ativa dos casos, 45,1% dos profissionais informaram que a realizavam “às vezes”, sendo os ACSs, a categoria mais representativa entre os que “sempre” desempenhavam a busca ativa (65,4%).

Com relação à identificação do SR pelos profissionais participantes do estudo, apenas 52,4% relataram que “sempre” identificavam um suspeito. No que se refere à notificação dos casos de TB, verificou-se que 100% dos enfermeiros “sempre” se responsabilizavam por esta ação

e que uma parcela considerável dos outros profissionais “nunca” a realizavam (33,2%). Observou-se um efeito grande (0,5 – teste V-Cramer) na associação da notificação com a categoria profissional.

No que se refere à convocação dos contatos dos doentes de TB para avaliação, os dados da Tabela 3 mostram que a maioria dos profissionais relatou “sempre” realizar (77,3%) a referida ação, sendo enfermeiros e ACSs os profissionais que mais a desenvolveram, (96,1% e 91%, respectivamente).

Tabela 3 – Associação entre ações desenvolvidas durante o acompanhamento do tratamento de TB e categorias profissionais da ESF de Teresina (PI), 2010

Ações desenvolvidas	Categorias profissionais								Valor p ¹	Valor r ²		
	Médico		Enfermeiro		Aux. Enf.		ACS					
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)				
Convoca contatos												
Nunca	-	-	-	-	26	38,2	02	2,6	28	9,8		
Às vezes	11	17,2	03	3,9	18	26,5	05	6,4	37	12,9		
Sempre	53	82,8	73	96,1	24	35,3	71	91,0	221	77,3		
Total	64	100	76	100	68	100	78	100	286	100		
Acompanha TDO												
Nunca	03	4,7	01	1,3	16	23,5	07	9,0	27	9,4		
Às vezes	25	39,1	04	5,3	30	44,1	08	10,2	67	23,4		
Sempre	36	56,3	71	93,4	22	32,4	63	80,8	192	67,1		
Total	64	100	76	100	68	100	78	100	286	100		
Orienta a coleta do escarro												
Nunca	11	17,2	01	1,3	17	25,0	23	29,5	52	18,2		
Às vezes	16	25,0	02	2,6	23	33,8	16	20,5	57	19,9		
Sempre	37	57,8	73	96,1	28	41,2	39	50,0	177	61,9		
Total	64	100	76	100	68	100	78	100	286	100		
Busca ativa de faltosos												
Nunca	05	7,8	-	-	28	41,2	01	1,3	34	11,9		
Às vezes	25	39,1	05	6,6	20	29,4	05	6,4	55	19,2		
Sempre	34	53,1	71	93,4	20	29,4	72	92,3	197	68,9		
Total	64	100	76	100	68	100	78	100	286	100		
Ações educativas												
Nunca	05	7,8	03	3,9	15	22,1	06	7,7	29	10,1		
Às vezes	42	65,6	46	60,5	41	60,3	42	53,8	171	59,8		
Sempre	17	26,6	27	35,5	12	17,6	30	38,5	86	30,1		
Total	64	100	76	100	68	100	78	100	286	100		
Assistência domiciliar												
Nunca	01	1,6	01	1,3	06	8,8	01	1,3	09	3,1		
Às vezes	34	53,1	34	44,7	40	58,8	06	7,7	114	39,9		
Sempre	29	45,3	41	53,9	22	32,4	71	91,0	163	57,0		
Total	64	100	76	100	68	100	78	100	286	100		

¹ Valor p – teste Qui-quadrado ² Valor r – V-Cramer

ACS – Agentes comunitários de saúde.

Em relação ao acompanhamento do Tratamento Diretamente Observado (TDO), 67,1% dos entrevistados relataram “sempre” acompanhar o doente durante esse tipo de tratamento, seguido de 23,4%, que responderam “às vezes”. Quando indagados sobre a orientação para a coleta do escarro, 61,9% dos profissionais referiram “sempre” ter realizado, com destaque para o enfermeiro (96,1%). Quanto à busca ativa dos faltosos, 93,4% dos

enfermeiros e 92,3% dos ACS informaram que “sempre” realizavam a referida busca.

Quanto às ações educativas, 59,8% dos participantes do estudo relataram que “às vezes” realizavam tal atividade em sua área de atuação na ESF e 57% dos profissionais informaram que “sempre” realizavam assistência domiciliar. Houve associação estatística significativa das variáveis, com $p=0,002$ e $p=0,000$, respectivamente.

Tabela 4 – Dificuldades para o funcionamento adequado do Programa de Controle da TB na percepção dos profissionais da ESF de Teresina (PI), 2010.

Dificuldades*	Categoria Profissional									
	Médico		Enfermeiro		Aux.Enferm		ACS		Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Falta eventual de medicamentos	11	17,5	15	20,8	15	22,1	11	15,5	52	75,9
Falta de informatização na UBS	20	31,7	30	41,7	21	30,9	21	29,6	92	133,9
Deficiência na estrutura física da UBS	24	38,1	32	44,4	30	44,1	27	38,0	113	164,6
Falta eventual de insumos	27	42,9	45	62,5	36	52,9	22	31,0	130	189,3
Falta de fluxograma de referência e contrarreferência	26	41,3	33	45,8	07	10,3	10	14,1	76	111,5
Falta de capacitações com direcionamento prático	05	7,9	16	22,2	33	48,5	26	36,6	80	115,2
Burocracia na liberação da medicação	06	9,5	16	22,2	13	19,1	04	5,6	39	56,4
Falta de organização no auxílio para o portador	20	31,7	31	43,1	26	38,2	26	36,6	103	149,6
Outras	02	3,2	04	5,6	-	-	07	9,9	13	18,7
Total de respondente	63	100,0	72	100,0	68	100,0	71	100,0	698	1015,1

Notas: ** Os participantes do estudo poderiam opinar por mais de uma resposta; ACS – Agentes comunitários de saúde.

Em se tratando da variável “dificuldades enfrentadas para o funcionamento adequado do PCT”, demonstrada na Tabela 4, os profissionais poderiam optar por respostas múltiplas, e os principais apontamentos foram: falta eventual de insumos, deficiência na estrutura física das UBSs, falta de organização no sistema de auxílio para o portador de baixa renda, não informatização das UBSs e falta de capacitações dirigidas às situações práticas.

DISCUSSÃO

O fácil acesso do doente ao tratamento é um fator importante para o controle da TB nas comunidades. Para tal, a descentralização do tratamento precisa ser cuidadosamente planejada e executada, garantindo-se a capacitação dos profissionais, supervisão adequada e a qualidade do atendimento⁽¹⁾.

Em estudo realizado em Ribeirão Preto- SP, foi observado que o vínculo doente-profissional de saúde apresenta resultados mais favoráveis nos programas que atendem menor número de doentes, o que demonstra

que este aspecto facilita a comunicação e a relação entre doente-profissional⁽⁸⁾.

A Portaria nº 2.488/GM de 21/10/2011 estabeleceu a equipe mínima e as atribuições dos profissionais de saúde para a organização da atenção básica na ESF⁽⁹⁾, e as normas do Manual Técnico de Vigilância em Saúde⁽¹⁰⁾ assinalam as atribuições específicas para cada categoria profissional na atenção à TB.

O responsável pelo PCT precisa levantar os locais onde o tratamento é conduzido, assim como as unidades de saúde que realizam a supervisão do TDO⁽¹⁾. Nesses locais, é necessária a ampliação da capacidade técnica dos profissionais e o consequente empoderamento, no que diz respeito às suas funções e competências frente aos casos de tuberculose.

Ademais, no Brasil ainda não existe a cultura de avaliação dos serviços públicos oferecidos, especialmente, os voltados aos programas na área de saúde⁽¹⁰⁾. Estes são idealizados e operacionalizados em âmbito central, sem a participação das equipes da ESF, que irão ser os executores dos referidos programas e, muitas vezes, seus

resultados não são avaliados. Impera, assim, a distância entre os princípios que os regulamentam e aqueles que os gerenciam, e destes com seu funcionamento cotidiano na sociedade.

A descentralização das ações do PNCT para a atenção básica implica o reconhecimento desse ponto de atenção como protagonista na organização do sistema de atenção à saúde, que deve assumir dispositivos ou mecanismos organizacionais além de apresentar uma melhor capacidade instalada para que possa ser garantida a longitudinalidade do cuidado⁽¹¹⁾.

Por conseguinte, espera-se que as equipes da ESF desenvolvam ações do PNCT, que incluam a realização de busca ativa dos sintomáticos respiratórios na comunidade, a detecção de casos bacilíferos da tuberculose pela bacilosкопia direta do escarro, a anulação dessas fontes de infecção, mediante tratamento padronizado e a execução de ações de vigilância dos focos^(5,12).

Quanto à busca ativa dos casos, 45,1% dos profissionais informaram que “às vezes” realizavam, apresentando significância estatística ($p=0,000$). Todavia, a busca ativa é considerada uma atividade de saúde pública e, como uma estratégia recomendada internacionalmente, deve ser realizada permanentemente por todos os profissionais dos serviços de saúde nos níveis primários, secundários e terciários^(1,13). Desse modo, a busca ativa é uma atividade multiprofissional com o objetivo de diagnosticar precocemente os casos de TB⁽¹⁴⁾; é, portanto, uma importante estratégia para interromper a cadeia de transmissão da TB, fundamental para a descoberta precoce dos casos de pacientes bacilíferos e redução da incidência da doença a longo prazo⁽¹⁾.

Com a descentralização das ações do PNCT para a ESF, a busca ativa e a identificação do SR devem ser estendidas à comunidade e incluídas na visita domiciliar⁽¹⁾ e com a participação ativa de todos os profissionais da equipe nessas ações. No entanto, pode-se afirmar com este estudo que a realização das ações preconizadas para o diagnóstico pelo PCT, é exercício inerente a uma ou outra categoria profissional.

A vigilância da TB tem por objetivo o conhecimento dos casos da doença que ocorrem na população, permitindo a adoção de medidas que visem à interrupção da sua transmissão para indivíduos susceptíveis. A boa qualidade da informação é fundamental na avaliação do programa, pois permite conhecer a magnitude da transmissão da doença no País⁽¹⁵⁾.

Dessa forma, a UBS que descobre e inicia o tratamento dos casos novos torna-se responsável pela notificação compulsória dos mesmos. E qualquer profissional da equipe pode notificar o caso, sendo a notificação compulsória uma atribuição comum a todos os integrantes da equipe da ESF^(9,16).

O controle de contatos deve ser realizado fundamentalmente pela atenção básica. O enfermeiro poderá

utilizar algumas estratégias para alcançar e identificar os contatos: uma delas é durante o atendimento diário para o TDO, durante a consulta, investigando os acompanhantes do paciente. Outra estratégia é a visita domiciliar, por meio do ACS, visando buscar os contatos e orientá-los sobre a importância da realização dos exames⁽¹⁷⁾.

A partir do TDO, é possível estabelecer relações de acolhimento, vínculo e de responsabilidade do doente para com o tratamento e com a equipe de saúde. Além disso, torna a organização do processo de assistência mais flexível, incluindo a visita domiciliar que favorece o estabelecimento de vínculo, considera também que o sujeito é o protagonista do seu processo assistencial, sendo um ponto essencial no processo de adesão ao tratamento⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

A unidade de saúde deve ter profissional capacitado para fornecer informações claras ao doente quanto à coleta do escarro, pois a quantidade e a qualidade da amostra interferem no resultado da bacilosкопia direta, método fundamental para o diagnóstico e o controle do tratamento em adultos⁽¹⁾.

Em relação à busca dos faltosos, esta ação deve ocorrer por meio de visita domiciliar com o objetivo de evitar o abandono do tratamento e deve ser realizada o mais rapidamente possível, após a verificação do não comparecimento ao TDO na UBS⁽¹⁾. Verifica-se, portanto, com este estudo, que o enfermeiro e o ACS foram os que mais incorporaram essa atividade no cotidiano do trabalho.

Os resultados mostram ainda, que 59,8% ($p<0,002$) dos sujeitos referiram realizar “às vezes” ações educativas em sua área de atuação na ESF, o que corrobora os resultados do estudo realizado em Ribeirão Preto-SP⁽²⁰⁾, no qual foi observado que a educação em saúde não é uma atividade realizada regularmente pelos profissionais de saúde.

A educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientados à prevenção de doenças e promoção da saúde. Trata-se de um recurso, para que o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinja a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferecerá subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde⁽²¹⁾.

Entre os entrevistados, 57% relataram que “sempre” realizavam assistência domiciliar. Contudo, no estudo feito no Município de Bayeux-PB, esta prática não é adotada regularmente pelos profissionais das equipes da ESF pesquisadas⁽²²⁾. A visita domiciliar é uma ferramenta de trabalho da ESF e condição essencial para o acompanhamento dos casos de TB em TDO.

No que diz respeito à organização dos serviços e das práticas de saúde, a integralidade caracteriza-se pela assimilação das práticas preventivas e assistenciais por um mesmo serviço. Assim, o usuário do Sistema Único de Saúde não precisa dirigir-se às unidades de saúde distintas

para receber assistência curativa e preventiva. No caso da ESF, a equipe está capacitada para executar desde ações de busca ativa de casos na comunidade da área adscrita, mediante visita domiciliaria, até acompanhamento ambulatorial dos casos diagnosticados e com o fornecimento de medicamentos. Seguindo o princípio da integralidade, as atividades de educação em saúde estão incluídas entre as responsabilidades dos profissionais da ESF⁽²¹⁾.

O levantamento das dificuldades no processo de trabalho se faz necessário, pois subsidiará a gestão na tomada de decisão e na definição de estratégias de intervenção, e assim superar as fragilidades existentes nos distintos sistemas locais de saúde.

O estudo traz a perspectiva dos profissionais de saúde, estando centrado em suas experiências, em que se procurou apreender a atuação dos profissionais da ESF no controle da tuberculose, particularmente, no que concerne às recomendações do PNCT. Para estudos futuros seria interessante um acompanhamento sistemático do trabalho desses profissionais na atenção básica. Por se tratar de um estudo transversal, há possibilidades de viés de informação, tanto devido ao viés de memória como a de causalidade reversa.

CONCLUSÃO

Observa-se que o desenvolvimento de ações está associado à categoria profissional de quem as realiza. Assim, é importante que cada membro da equipe conheça

suas reais atribuições dentro do PCT com o objetivo de oferecer um cuidado mais integral e, assim, maior chance de resolutividade de suas ações.

Por meio da descentralização das ações em saúde e reestruturação dos serviços, a ESF assume um papel essencial no controle da tuberculose, com chances de se tornar protagonista no combate a doença, uma vez que durante a visita domiciliaria pode-se identificar o SR e criar vínculo com as pessoas da comunidade, o que poderá facilitar a adesão ao tratamento.

O estudo possibilitou compreender os fatores que dificultam o funcionamento do PCT no cotidiano de trabalho das equipes de Saúde da Família, na condição de indicativos de deficiências estruturais e organizacionais (previsão de insumos, capacitação insuficiente dos profissionais, burocracia), que tem grande influência no desempenho destas equipes.

Diante das evidências sobre a problemática da tuberculose e a realidade do PCT no Município, surge a necessidade de promover a capacitação das equipes de saúde, para que instituam a avaliação em seus processos de trabalho. No mais, é necessária a realização de novas pesquisas abordando a atuação dos profissionais de forma individualizada. Os resultados permitiram concluir que a superação das deficiências exige convencimento, planejamento, comprometimento político e os esforços unificados dos profissionais de saúde, gestores e comunidade, para apresentarem chances de êxito na luta contra a tuberculose.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2010.
2. Oliveira e Silva AC, Sousa MC, Nogueira JA, Motta MC. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose: potencialidades e fragilidades na percepção do enfermeiro. Rev Eletrônica Enferm [Internet]. 2007 [citado 2010 Jun 6]; 9(2):402-16 Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista9_2/f1_coletiva.html>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2004.
4. Del Castillo AD, Maia AP, Moreira KF, Santos MA. A operacionalização das ações do programa de controle da tuberculose na rede básica de saúde do município de Porto Velho, RO. Saúde Coletiva. 2009; 29(6): 84-9.
5. Amaral AS, Tamaki EM, Sales CM, Renovato RD. [Evaluation of the decentralization of the tuberculosis control program from secondary to primary level in the health system of Dourados-MS]. Saude Soc. 2010;19(4): 794-802. Portuguese.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Censo demográfico 2007. [citado 2011 Maio 24]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>.
7. Field A. Descobrindo a estatística usando SPSS. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
8. Brunello MF, Cerqueira DF, Pinto IC, Arcêncio RA, Gonzales RI, Villa TC, et al. Interaction between patient and health care professionals in the management of tuberculosis. Acta Paul Enferm. 2009;22(2):176-82.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília(DF); 2011 Out 24: Seção 1:48-55.
10. Felisberto E. [From the theory to the formulation of a National Policy of Evaluation in Health: reopening the debate]. Ciênc Saúde Coletiva. 2006; 11(3):553-63. Portuguese.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2006.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose. 2a ed rev. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2008.
13. World Health Organization. Global tuberculosis control 2009: epidemiology, strategy, financing: WHO report 2009

- [Internet]. Geneva: WHO; 2009 [cited 2011 Abr 15]. Available from:http://books.google.com.br/books?id=0byXrYpnFB0C&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
14. Conde MB, coordinator, editor. III Brazilian Thoracic Association Guidelines on Tuberculosis. *J Bras Pneumol.* 2009; 35(10):1018-48.
 15. Braga JU. Tuberculosis surveillance and health information system in Brazil, 2001-2003 Rev Saúde Pública. 2007; 41(Supl 1):77-88.
 16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.472, de 31 de agosto de 2010. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília(DF); 2010.
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Tratamento diretamente observado na atenção básica: protocolo de enfermagem. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2010.
 18. Vendramini SH, Villa TC, Palha PF, Monroe AA. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma unidade de saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente. *Bol Pneumol Sanit.* 2002; 10(1):5-12.
 19. Caliari JS, Figueiredo RM. Tuberculosis: patient profile, service flowchart, and nurses' opinions. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(1): 43-7.
 20. Arcêncio RA. A acessibilidade do doente ao tratamento de tuberculose no município de Ribeirão Preto (2007) [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de; 2008.
 21. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface Comum Saúde Educ.* 2005; 9(16):39-52.
 22. Marcolino AB, Nogueira JA, Ruffino-Netto A, Moraes RN, Sá LD, Villa TC, et al. [Evaluation of access to tuberculosis control actions in the context of family health teams in Bayeux – PB]. *Rev Bras Epidemiol.* 2009; 12(2):144-57. Portuguese.