



**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE FAMÍLIA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ- UECE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE
DA FAMÍLIA**



ROBERTA ALVES SOUSA

**FATORES RELACIONADOS À DETECÇÃO DA TUBERCULOSE NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM ITAPIPOCA-CE**

**FORTALEZA – CEARÁ
2014**

ROBERTA ALVES SOUSA

FATORES RELACIONADOS À DETECÇÃO DA TUBERCULOSE NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA EM ITAPIPOCA-CE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família – Nucleadora da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de concentração Saúde da Família. Área de Concentração: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva

FORTALEZA – CEARÁ

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Sousa, Roberta Alves .

Fatores relacionados à detecção da tuberculose na estratégia saúde da família em Itapipoca-CE [recurso eletrônico] / Roberta Alves Sousa. - 2014.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 115 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2014.

Área de concentração: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde.

Orientação: Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva.

1. Tuberculose. 2. Detecção. 3. Saúde da Família. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Título.



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE FAMÍLIA – RENASF
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS MESTRADO
PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – MPSF
Av. Paranjana, n.º 1700 – Campus do Itaperi – CEP 60740-000 Serrinha
Fortaleza – Ceará – Brasil. Fone: (85) 3292-7413



FOLHA DE AVALIAÇÃO

Título da Dissertação: “FATORES RELACIONADOS À DETECÇÃO DA TUBERCULOSE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM ITAPIPOCA-CE”.

Nome da Mestranda: Roberta Alves Sousa

Nome do Orientador: Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva

Dissertação apresentada ao Curso DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – MPSF/RENASF, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE DA FAMÍLIA.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva
(Orientador)

Profa. Dra. Mônica Cardoso Façanha
(1º membro)

Prof. Dra. Ana Valeska Siebra e Silva
(2º membro)

Profa. Dra. Ana Patrícia Pereira Morais
(Suplente)

Data da defesa: 25/04/2014

Aos meus pais Núbia e Juarez por me fazer acreditar em mim mesma, lhes dando orgulho com minha vitória.

Ao meu irmão Jean por participar deste momento tão importante em minha vida.

Ao meu filho Natan que gosto como ninguém, que tem meu amor e meu carinho, que tem o melhor de mim sem nunca pedir, mas sim por simplesmente existir.

AGRADECIMENTOS

Dedico primeiramente a Deus que me deu discernimento, possibilidade de crescer mais em conhecimento e de poder realizar o sonho de uma pós-graduação, mesmo com os amargos e doces momentos da vida.

Ao Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva, pelo privilégio de tê-lo como meu orientador, por ter me acolhido com dedicação, paciência, gentileza, incentivo, compromisso, pela oportunidade de conviver e pela forma humilde como compartilha o seu rico conhecimento.

À Prof. Dra. Ana Patrícia pelo apoio, incentivo e compreensão.

À Prof.^a Dr.^a Mônica Cardoso Façanha e Prof.^a Dr.^a Ana Valeska Siebra e Silva pela colaboração na qualificação deste trabalho e pela disponibilidade de participação na banca para defesa da dissertação.

A todos os colegas que fizeram parte do Mestrado Profissional em Saúde da Família, em especial às minhas queridas Ana Paula e Ana Cybele.

A Coordenadora Estadual da Tuberculose, Sheila Santiago que fez com que surgisse minha paixão pela causa “Tuberculose”.

A Prof.^a Dr.^a Verônica Sales, que sonhou comigo e me orientou no ingresso no curso de Mestrado.

A todos os colegas que fizeram e outros que fazem parte da Secretaria Municipal de Saúde de Itapipoca, Regiane, Darley, Almeida, Dra. Izabel, Mayla, Karen, Niciane, Haidy, Estefânia, Cristina, Margarida, em especial ao ex-secretário Dr. Paulo Barroso pelo aprendizado de vida, ao Pereira e a Patty.

À Jênifa, ao Marcos Messias e à Juliana Lucena, pela contribuição e colaboração para a conclusão deste trabalho.

A todos os colegas que dividem comigo o dia a dia na Ala D (HGF), agradeço por tanto incentivo e compreensão.

Ainda no HGF, minha gratidão à Dr.^a Gilvânia Grangeiro, Dr.^a Valéria Viana, à Natália Alcântara e a Julianne Brito. Devo muito à Rose e Aurilene também.

A toda a minha família que torceu e me incentivou ressaltando Micheline e Amélia. E a minha tão amada e imperfeita família com quem divido meus dias: Dan, Rafa, JP, Bella, Jorge e agora também a pequena Larinha que tanto me ajudam nas tarefas diárias e na atenção, carinho e cuidado ao meu filho Natan.

Aos meus amigos Fabiana, Júlio Guido e Azul que sempre entenderam minha ausência e mesmo assim me incentivaram e comemoram comigo este passo.

Ao meu querido Hygo, que suportou tanta distância, renúncia, ausência e tantas vezes me confortou, incentivou, me deu forças, cuidando de mim e do Natan.

Muito obrigada!

CARENCIAS SENTIDAS

Quase que diariamente
a vivência,
fundamentalmente a convivência
tem nos mostrado
as carências
que percebidas, sentidas, vividas são
pelas pessoas.
De todas elas,
principalmente duas delas
viscerais são nos seus deletérios efeitos:
falta de benevolência
falta de beneficência.
Na essência: benevolência, desejar o
bem;
beneficência praticar o bem.
Se juntas estivessem sempre,
mãos dadas constantemente
outro contorno perfil
poderiam dar para a civilização
Diminuir poderia
a vulnerabilidade dos danos
para toda humanidade.

Antônio Ruffino Netto

RESUMO

A Tuberculose (TB) permanece como um problema prioritário em saúde pública, apesar de ser uma das doenças infecciosas mais antigas e vulnerável ao tratamento medicamentoso. Seu agente etiológico da tuberculose é o *Mycobacterium tuberculosis* (Bacilo de Koch- BK). A baixa detecção dos casos de tuberculose em Itapipoca persiste como um sério problema nas ações municipais de combate à doença, podendo estar relacionada com falhas no planejamento, na execução, no monitoramento e na avaliação do Programa de Controle da Tuberculose - PCT. Este trabalho tem como objetivo geral conhecer os fatores relacionados à detecção da Tuberculose na Estratégia Saúde da Família – ESF de Itapipoca-CE, no período de 2009 a 2012 e ainda, especificamente: verificar a detecção de casos novos de TB em relação aos casos esperados por equipe da ESF de Itapipoca-CE, no período de 2009 a 2012; descrever o perfil dos ACS e dos médicos e enfermeiros participantes do PCT em Itapipoca; identificar as práticas dos ACS e dos médicos e enfermeiros da ESF adotadas sobre a detecção da Tuberculose; descrever as dificuldades dos ACS e dos médicos e enfermeiros da ESF na detecção de TB. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, realizado em duas etapas: Etapa 1 - levantamento documental dos relatórios do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, verificando o desempenho do município no diagnóstico dos casos novos, notificados no período de 2009 a 2012, identificando o número de casos novos em cada área, situação das baciloscopias, exame realizado para diagnóstico e alta; Etapa 2 – aplicação um questionário aos componentes da ESF (Agentes Comunitários de Saúde – ACS e Médicos, Enfermeiros), enfocando conteúdos relacionados à detecção da TB. Das 26 equipes estudadas no período de 2009 a 2012, apenas quatro obtiveram êxito na detecção dos casos de TB, estando duas equipes da zona urbana e duas na rural, assim a urbana foi à zona que detectou o maior número de casos. O perfil do ACS demonstrou profissionais do sexo feminino, segundo grau completo, que atuam na ESF há mais de 10 anos, além de residir e executar suas atividades na área rural, treinados há mais de três anos. Os enfermeiros atuam na ESF num período entre dois e 10 anos, graduados de cinco a 10 anos, agem igualmente divididos entre as zonas urbana e rural. Já os médicos, trabalham na ESF de cinco a 10 anos, graduados a mais de 10 anos e executam suas atividades na zona urbana. A prática relatada se referiu a capacidade de sentirem-se seguros para identificar suspeitos de TB, estimar casos e buscá-los de forma ativa em todas as visitas, encaminhar contatos de pacientes diagnosticados para a UBS, acompanhar a realização da baciloscopia para diagnóstico e segmento dos casos suspeitos de TB, dentre outras, porém o desempenho das ESF foi divergente da prática citada. As principais dificuldades declaradas referem-se à extensa área descoberta, falta de capacitação/atualização, descontinuidade de insumos laboratoriais, preconceito e receio em relação à TB, o sigilo do diagnóstico e a associação entre a tosse e o fumo.

Palavras-chave: Tuberculose. Detecção. Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Tuberculosis (TB) remains a priority public health problem, despite being one of the oldest and most vulnerable to infectious diseases drug treatment. The causative agent of tuberculosis is *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*), also known as Koch's Bacillus (BK). According to data released by the World Health Organization – WHO in 2010, were reported 6.2 million cases of TB in the world, where Brazil is one of 22 countries which account for 82% of the global burden of TB. The low detection of TB cases in Itapipoca remains a serious problem in the context of municipal actions to combat the disease; this may be related to failures in planning, implementation, monitoring and evaluation of the Programme for Tuberculosis Control - PCT. This work has as main objective to know the causes of low TB detection in the Family Health Strategy – FHS Itapipoca-CE for the period 2009-2012 and, specifically: describe the profile of ACS and professionals participating in the PCT Itapipoca; verify the detection of new cases of tuberculosis per ESF in Itapipoca-CE, during the period of 2009-2012; identify the practices in the ACS Professional ESF adopted on the detection of tuberculosis; describe the difficulties of ACS's professional in detecting TB. This is a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach, carried out in two steps: Step 1-documentary survey of the reports of the Information System for Notifiable Diseases - SINAN, checking the performance of the municipality in the diagnosis of new cases reported in the period of 2009-2012, identifying the number of new cases in each area, the condition of skin smears, examination for diagnosis and discharge; Step 2 – Applying a questionnaire to the components of ESF (Community Health and ACS-Doctors, Nurses), focusing on content related to the detection of TB. Of the 26 teams studied in the period of 2009-2012, only four were successful in the detection of TB cases scheduled in that period, divided into two teams of urban and rural, being the urban zone the one that detected the highest number of cases. The limitations found in terms of infrastructure, educational health and supervision contribute to the poor improvement of interventions against TB becoming vulnerable to the PCT activities, as a result, TB remains as a problem and challenge for public health in Itapipoca-CE.

Keywords: Tuberculosis. Determination. Family Health. Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AGAP	Aperfeiçoamento em Gestão da Atenção Primária
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária em Saúde
BAAR	Bacilo Álcool-Ácido Resistente
BCG	<i>Bacilo de Calmette e Guérin</i>
BK	Bacilo de Koch
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CARA	Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CIDA	Agência Canadense de Desenvolvimento Internacional
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
DAB	Departamento de Atenção Básica
DIU	Dispositivo Intrauterino
DNERU	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DOTS/TDO	Tratamento Diretamente Observado (<i>Direct Observed Treatment Strategy</i>)
DSEI	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
E	Etambutol
EACS	Equipe de Agentes Comunitários de Saúde
EAD	Educação à Distância
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESP	Escola de Saúde Pública
Et	Etionamida
FUNRURAL	Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural

H	Isoniazida
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HMSVP	Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IAPM	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
ESF	Estratégia Saúde da Família
MDR	Multidrogaresistente
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MNT	Micobactéria não-tuberculosa
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NIT	Núcleo de Inovação Tecnológica
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PPD	Derivado Proteico Purificado
PT	Prova Tuberculínica
PTB	Partido Trabalhista Brasileiro
PSF	Programa Saúde da Família
R	Rifampicina
S	Estreptomicina
SADT	Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SF	Saúde da Família

SINAN	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SMS	Sistema Municipal de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SR	Sintomático Respiratório
SRE	Sintomáticos Respiratórios Esperados
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria e Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TB	Tuberculose
UAB	Universidade Aberta do Brasil
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância (<i>United Nations Children's Fund</i>)
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
Z	Pirazinamida

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição populacional pelo SIAB no período de 2009 a 2011, Itapipoca-CE.....	53
Tabela 2 – Perfil dos profissionais participantes da pesquisa.....	56
Tabela 3 – Consolidado referente ao número de casos novos de TB, em relação à meta, no período de 2009 a 2012, Itapipoca-CE.....	59
Tabela 4 – Dados de identificação dos ACS da ESF do município de Itapipoca, Ceará, 2014.....	65
Tabela 5 – Dados de identificação dos profissionais médicos e enfermeiros da ESF do município de Itapipoca, Ceará, 2014.	66
Tabela 6 – Características da educação permanente dos ACS, enfermeiros e médicos da ESF do Município de Itapipoca, Ceará, 2014.....	68
Tabela 7 – Habilidades relacionadas à abordagem da TB dos ACS da ESF do Município de Itapipoca, Ceará, 2014.....	70
Tabela 8 – Continuação das habilidades relacionadas à abordagem da TB dos enfermeiros e médicos da ESF do Município de Itapipoca, Ceará, 2014.....	74
Tabela 9 – Resultados informados pelos ACS das ESF do Município de Itapipoca, Ceará, 2014.....	76
Tabela 10 – Resultados informados pelos médicos e enfermeiros das ESF do Município de Itapipoca, Ceará, 2014.....	77
Tabela 11 – Desempenho das ESF na detecção de casos novos de TB, no período de 2009 a 2012, Itapipoca-CE.....	98

LISTAS DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Percentual (%) de casos novos de TB detectados em relação à meta, por zona, em Itapipoca-CE, de 2009 a 2012.....	64
Gráfico 2 – Habilidades relacionadas à abordagem da TB dos enfermeiros e médicos da ESF do Município de Itapipoca, Ceará, 2014.....	72

LISTAS DE QUADROS

Quadro 1– Síntese do posicionamento das principais agências sobre APS e Proteção social.....	30
Quadro 2 – Principais aspectos referentes ao PSF, lançados em março de 1994.....	33
Quadro 3 – Esquema básico para o tratamento da TB em adultos e adolescentes.....	47
Quadro 4 – Informações sobre tipo de estabelecimento, zona, área de abrangência, distância da sede, tipo de clientela e composição da equipe.....	99

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
2	OBJETIVOS.....	21
2.1	Geral.....	21
2.2	Específicos.....	21
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	22
3.1	Saúde no BRASIL.....	22
3.2	Saúde da família.....	28
3.3	História e magnitude da tuberculose.....	35
3.4	Características clínicas da tuberculose.....	38
3.5	Busca da tuberculose na atenção básica.....	47
4	METODOLOGIA.....	50
4.1	Delineamento da pesquisa.....	50
4.2	Procedimentos técnicos.....	50
4.3	Cenário do estudo.....	52
4.4	Participantes da pesquisa.....	55
4.5	Critérios de inclusão.....	56
4.6	Critérios de exclusão.....	57
4.7	Critérios de análise.....	57
4.8	Aspectos éticos.....	57
5	RESULTADOS.....	59
5.1	Desempenho das ESF na detecção de casos novos de TB.....	59
5.2	Perfil da população estudada.....	65
5.3	Características da educação permanente.....	67

5.4	Habilidades relacionadas à abordagem da TB na população estudada.....	69
5.5	Dados referentes aos resultados alcançados na detecção da TB	75
6	DISCUSSÃO.....	79
7	CONCLUSÃO.....	89
	REFERÊNCIAS.....	91
	APÊNDICE A: Tabela 13 – Desempenho das ESF na detecção de casos novos de TB, no período de 2009 a 2012, Itapipoca-CE.	98
	APÊNDICE B: Quadro 3 – Informações sobre tipo de estabelecimento, zona, área de abrangência, distância da sede, tipo de clientela e composição da equipe.....	99
	APÊNDICE C: Termo de Consentimento Livre Esclarecido- Modelo 1.....	102
	APÊNDICE D: Termo de Consentimento Livre Esclarecido- Modelo 2.....	103
	APÊNDICE E: Carta de Anuência.....	104
	APÊNDICE F: Termo de Fiel Depositário.....	103
	ANEXO A: Questionário para avaliação da Abordagem à Tuberculose pelos Profissionais da Estratégia Saúde da Família do Município de Itapipoca-CE	107
	ANEXO B: Questionário para avaliação da Abordagem à Tuberculose pelos Agentes Comunitários de Saúde do Município de Itapipoca-CE.....	109

1 INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) permanece como um problema prioritário em saúde pública, apesar de ser uma das doenças infecciosas mais antigas e vulneráveis ao tratamento medicamentoso (BARREIRA, 2011).

Sendo seu agente etiológico o *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*), também conhecido como Bacilo de Koch (BK), possui como sintomas clássicos da TB são: tosse persistente produtiva ou não (com muco e eventualmente sangue), febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento, podendo apresentar-se da forma primária, pós-primária (ou secundária) ou miliar. O período de incubação do *M. tuberculosis*, leva de quatro a 12 semanas (BRASIL, 2011e).

Segundo dados divulgados pela Organização Mundial de Saúde – OMS, em 2010, foram notificados 6,2 milhões de casos de TB no mundo, destes 5,4 milhões foram de casos novos, representando 65% dos casos estimados para o mesmo ano. A Índia e a China compõem 40% dos casos notificados e o Brasil é um dos 22 países que concentram 82% da carga mundial de TB (CEARÁ, 2013).

Com o objetivo de fortalecer a capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde às doenças emergentes e endemias, os gestores assumiram o compromisso previsto no Pacto pela Vida para cumprir as metas internacionais estabelecidas pela OMS e pactuadas pelo governo brasileiro, de detectar 70% dos casos de tuberculose estimados e curar pelo menos 85% dos casos novos de tuberculose bacilífera (BARREIRA, 2011).

No Ceará, a série histórica de 2001 a 2012* mostra uma tendência de discreto declínio nas taxas de incidência, deste modo em 2001 de 46,8/100.000, caindo para 38,8/1000 em 2012. Já o número de casos novos de TB notificados chegou a 3.338 em 2012, destes 2.829 (84,8%) eram pulmonares e 1.890 casos eram bacilíferos o que resultou numa incidência de 22/100.000 habitantes. Houve redução na taxa de mortalidade por TB no Ceará, que em 2001 foi de 3,4/100.000, passando para 2,8/100.000 em 2012 (CEARÁ, 2013).

Itapipoca é um município que foi criado em 31 de agosto de 1915, situado na região Norte do Ceará, na macrorregião litoral oeste e microrregião de Itapipoca. Possui uma área territorial de 1.614,68 km². Sua extensa área territorial se distribui

entre praia, serra e sertão deste modo conhecida como a cidade dos três climas (ITAPIPOCA, 2010).

O município de Itapipoca é classificado como prioritário para TB pelo Ministério da Saúde e a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará que possuem como critérios de inclusão neste grupo aqueles municípios que têm população acima de 100.000 habitantes e altas taxas de incidência ou estão com elevado número de casos da doença.

Diagnosticar e tratar precocemente os casos de TB pulmonar são medidas imprescindíveis para se conseguir o controle da doença, deste modo a busca ativa de sintomáticos respiratórios (SR) uma importante medida para o alcance desta ação (BRASIL, 2011).

Considerem-se Sintomáticos Respiratórios Esperados – SRE, o número de SR que se espera encontrar em um determinado período de tempo, deste modo o parâmetro recomendado pelo Ministério da Saúde, que 1% da população seja sintomática respiratória e que destes, 7% seriam o número de casos de TB a serem detectados (BRASIL, 2011).

Entretanto, em Itapipoca, a série histórica de casos novos, evidencia a baixa detecção de tuberculose, assim diagnosticados apenas 34 dos 70 (42,80%) casos em 2008; 20 dos 71 (28,10%) em 2009; 43 dos 72 (58,3%) em 2010 e 31 dos 73 (39,72%) em 2011 (SINANNET, 2011).

Desta forma, a baixa detecção dos casos de tuberculose em Itapipoca surge como um sério problema no contexto das ações municipais de combate à doença, tornando-se objeto deste estudo, podendo estar relacionado com o planejamento, a execução, o monitoramento e avaliação do Programa de Controle da Tuberculose - PCT.

Em 2010, na busca de modificar esta realidade e com o lançamento do Projeto de Aperfeiçoamento em Gestão da Atenção Primária – AGAP no Ceará, Itapipoca foi beneficiado com a participação no referido projeto por atender ao critério de possuir mais de 100.000 habitantes, elegendo como problemática a ser trabalhada, a baixa detecção da TB, de acordo com a realidade descrita.

O projeto AGAP foi fruto de uma cooperação internacional entre os governos brasileiro e canadense, por intermédio do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS e da Universidade de Toronto, contando com o financiamento e o apoio do Departamento de Atenção Básica (DAB) e da Agência

Canadense de Desenvolvimento Internacional (Cida), assim como com a colaboração das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) de Alagoas, Ceará, Paraíba e Piauí. Destaca-se ainda a contribuição ativa para a execução deste projeto da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), bem como da Organização Pan-Americana da Saúde (BRASIL, 2011b).

Experiências como essa, possibilitam conhecer estratégias adotadas por países que se defrontaram com mudanças de seu perfil epidemiológico, com o envelhecimento populacional, cuja magnitude o Brasil começa a conhecer nos dias atuais e com desafios que, continuamente, apresentaram-se ao longo do amadurecimento de seus sistemas de saúde é, sem dúvida, extremamente importante para tirar proveito de boas práticas e evitar cometer os mesmos erros já experimentados por aquelas sociedades (BRASIL, 2011b).

O objetivo final deste Projeto foi de contribuir para a promoção da equidade e justiça social no Brasil e reforçar e diversificar as relações de colaboração entre o Brasil e o Canadá (BRASIL, 2011b).

Nos quatro estados selecionados como prioritários para as intervenções do Projeto AGAP, foi iniciado um processo de capacitação, que constou de um curso com estrutura modular dividido em quatro módulos, composto por atividades presenciais e períodos de dispersão, para o desenvolvimento de atividades locais.

Desta forma, os participantes adquiriram habilidades necessárias e, em equipe elaboraram um projeto/plano de ação que se constituiu das seguintes etapas:

- Clara definição de um problema de saúde no território sob-responsabilidade da equipe;
- Apresentação das evidências e da relevância do problema selecionado;
- Formação de equipe/grupo de trabalho ampliado, envolvendo áreas técnicas/outros níveis de gestão, conforme a necessidade, para enfrentar o problema escolhido;
- Elaboração do plano de ação para enfrentar o problema, utilizando a matriz lógica;
- Apresentação das evidências de que as intervenções propostas podem modificar o problema;
- Definição de indicadores e sistema de avaliação da intervenção (BRASIL, 2011b).

O município de Itapipoca participou deste projeto nos anos de 2009 e 2010, conseqüentemente este último ano o de execução, trabalhando a baixa detecção de tuberculose utilizando estratégias como: capacitar os profissionais para vigilância/controle da TB incluindo o enfoque de gênero, etnia/cor; ampliar a busca de sintomáticos respiratórios; promover a utilização da microscopia direta do escarro como principal método de diagnóstico realizado em laboratório geral; garantir o tratamento e cura; expandir o tratamento supervisionado; monitorar e avaliar as metas pactuadas; e promover ações de educação em saúde.

O principal resultado foi o aumento do número de casos detectados, quando comparados os períodos de janeiro a junho de 2009 e 2010. Percebe-se que, em 2009, foram identificados 14 novos casos e, no mesmo período, em 2010, foram descobertos 25 casos, o que mostra aumento de 78% na taxa de detecção, já que neste período estavam dessa forma desenvolvidas as ações propostas pelo Projeto AGAP.

O interesse pessoal no tema eleito advém inicialmente da participação da mestranda como membro e coordenadora local no Projeto AGAP, trabalhando a temática supracitada, trazendo inquietação o desempenho do município, aquém da necessidade dos indicadores da TB, em especial a baixa detecção.

O interesse e a aplicabilidade do objeto deste trabalho no serviço fazem-se fundamentais, haja vista a necessidade de se fortalecer todos os serviços de saúde que, direta ou indiretamente, são responsáveis pela identificação, tratamento, monitoramento e avaliação do PCT, em virtude dos indicadores persistentemente abaixo das metas estabelecidas.

Observa-se que a Incidência da TB no Brasil, foi decrescente no período de 2009 a 2012, variando de 38,2/100.000 para 35,8/100.000, sendo o mesmo comportamento visto no Ceará de 45,1/100.000 para 38,3/100.000. Já em Itapipoca-CE, os dados foram crescentes de 18,3/100.000 para 24,3/100.000 e destaca-se o ano de 2010 que alcançou a incidência de 38,8/100.000.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Conhecer os fatores relacionados à detecção da Tuberculose na Estratégia Saúde da Família – ESF de Itapipoca-CE, no período de 2009 a 2012.

2.2 Específicos

- Verificar a detecção de casos novos de TB em relação aos casos esperados por equipe da ESF de Itapipoca-CE, no período de 2009 a 2012.
- Descrever o perfil dos ACS e dos médicos e enfermeiros participantes do PCT em Itapipoca.
- Identificar as práticas dos ACS e dos médicos e enfermeiros da ESF adotadas sobre a detecção da Tuberculose.
- Descrever as dificuldades dos ACS e dos médicos e enfermeiros da ESF na detecção de TB.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Saúde no Brasil

O Brasil foi descoberto em 1500, tornando-se a partir de então, uma colônia Portuguesa, conseqüentemente habitado basicamente por degredados e aventureiros, não dispoñdo de um modelo de atenção à saúde e não dispoñdo de qualquer interesse por parte do governo colonizador em criá-lo (POLIGNANO, 2013).

A atenção à saúde ficava restrita aos recursos próprios da terra como plantas e ervas e, aqueles que, por conhecimentos empíricos (curandeiros), desenvolviam suas habilidades na arte de curar (POLIGNANO, 2013).

A vinda da Corte Portuguesa para o Brasil em 1808, trouxe mudanças na administração pública colonial em todas as áreas, inclusive a da saúde. O Rio de Janeiro tornou-se centro das ações sanitárias por ser a sede provisória do império português e principal porto do país. Por ordem real, foram fundadas as academias médico-cirúrgicas, no Rio de Janeiro e na Bahia, no século XIX, que logo em seguida se transformaram nas duas primeiras escolas de medicina do país (BRASIL, 2011d).

Por volta de 1829, foi criada a Junta de Higiene Pública, não deste modo muito eficaz mesmo após várias reformulações, culminando para que as instâncias médicas assumissem o controle das medidas de higiene pública, isto posto então transformada em Junta Central de Higiene Pública que tinha como objetivos a inspeção da vacinação, o controle do exercício da medicina e a polícia sanitária da terra, que engloba a inspeção de alimentos, farmácias, armazéns de mantimentos, restaurantes, açougues, hospitais, colégios, cadeias, aquedutos, cemitérios, oficinas, laboratórios, fabricas e, em geral, todos os lugares de onde possa provir dano à saúde pública (BRASIL, 2011d).

Até 1850 as atividades de saúde pública estavam limitadas a delegação das atribuições sanitárias e ao controle de navios e saúde dos portos.

Por falta de uma assistência médica estruturada, proliferou-se pelo país a figura dos Boticários (Farmacêuticos) que tinham como papel a manipulação das

fórmulas prescritas pelos médicos, porém, eles próprios tomavam a iniciativa de indicá-los, realidade que vivenciamos até os dias atuais (POLIGNANO, 2013).

Com a Proclamação da República em 1889, formava-se uma organização Jurídica-Política típica do estado capitalista, assegurando apenas condições formais da representação burguesa clássica, com adoção do voto direto pelo sufrágio universal (POLIGNANO, 2013).

A tradição de controle político pelos grandes proprietários (coronelismo) impôs ainda normas de exercício do poder representando apenas interesses capitalistas predominantemente agrários (POLIGNANO, 2013).

No censo de 1920, o país era predominantemente rural com o número de analfabetos estimados em 70% da população. Analfabetos e doentes, assim se referiam os que se engajaram no movimento sanitarista da época quando se referiam à população brasileira. Esse era o cenário do país das três primeiras décadas do século XX (BRASIL, 2011d).

O final da década de 1910 pode ser indicado como o período de início efetivo das políticas de saúde, porém, neste momento, encontravam-se associadas os problemas de integração nacional e à consciência da interdependência gerada pelas doenças transmissíveis (BRASIL, 2011d).

A falta de um modelo sanitário para o país deixa as cidades à mercê das epidemias. Como exemplo, citamos o Rio de Janeiro, no início do século XX, cidade que apresentava um quadro sanitário caótico, caracterizado pela presença de diversas doenças graves, que acometiam a população, como a varíola, a malária, a febre amarela, e posteriormente, a peste. Este quadro gerou sérias consequências para a saúde da população e ainda com repercussão internacional, visto que os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto daquela cidade, temendo o quadro sanitário instalado (BRASIL, 2011d).

O presidente do Brasil Rodrigues Alves nomeou Oswaldo Cruz como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, com o propósito de erradicar a epidemia de febre amarela instalada no Rio de Janeiro. Foi criado um verdadeiro exército de 1500 homens que realizavam ações de desinfecção e combate ao mosquito (vetor da doença), porém, sem uma capacitação, foram cometidas algumas arbitrariedades que causaram revoltas na população (POLIGNANO, 2013).

Tal modelo de intervenção ficou conhecido como campanhista, com visão militar onde o uso da força e da autoridade eram os instrumentos preferenciais de ação, o que aumentava ainda mais a insatisfação e a revolta da população.

A onda de insatisfação teve seu ápice com a Lei Federal N° 1261 de 31 de Outubro de 1904, que instituiu a vacinação anti-varíola obrigatória em todo o território nacional, surgindo então um grande movimento popular denominado de revolta da vacina (POLIGNANO, 2013).

Apesar das arbitrariedades cometidas, o modelo campanhista obteve importantes avanços no controle de doenças epidêmicas como a febre amarela no Rio de Janeiro, o que fortaleceu o modelo proposto, tornando-o hegemônico como proposta de intervenção na área da saúde coletiva, fato que se observa até os dias de hoje, que em vários momentos lançamos mão da estratégia “campanha” para buscar atingir uma meta que obtendo um desempenho aquém do programado (POLIGNANO, 2013).

O sucessor de Oswaldo Cruz foi Carlos Chagas em 1920, que introduziu a propaganda e a educação sanitária na técnica rotineira da ação. Foram ainda criados órgãos especializados no combate a várias doenças como tuberculose, lepra e doenças venéreas. As atividades de saneamento foram expandidas para outros estados além do Rio de Janeiro e criou-se a Escola de Enfermagem Anna Nery. Desde o final do século passado até o início dos anos 60 predominou o modelo do sanitarismo campanhista (POLIGNANO, 2013).

No tocante às medidas de proteção social e, em particular a assistência médica, só foi reconhecida como política após a aprovação da Lei Elói Chaves de 24 de Janeiro de 1923, que regulamentou a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Tratava-se de organizações de direito privado criadas para grupos específicos de servidores e que os benefícios dependiam das contribuições dos segurados (BRASIL, 2011d).

A Lei deveria ser aplicada a todos os trabalhadores e para isso era necessária à aprovação no Congresso Nacional, no entanto, este era dominado pela oligarquia rural, e a condição para aprovação era que esse benefício não fosse estendido aos trabalhadores rurais, fato que perdurou até a década de 1960 quando foi criado o FUNRURAL (Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural), (BRASIL, 2011d).

Analisando o cenário político da época, cita-se a crise política de 1929, que imobilizou temporariamente o setor agrário exportador, propondo um novo padrão de uso do poder no Brasil.

Já em 1930, Getúlio Vargas comanda a revolução que rompe a política do café com leite entre São Paulo e Minas Gerais, e ainda, promoveu a expansão do sistema econômico, sustentado por uma nova legislação que criou o “Ministério do Trabalho”, o da “Indústria e Comércio” e o “Ministério da Educação e Saúde Pública - MESP” (POLIGNANO, 2013).

O MESP tinha como papel, tudo que dissesse respeito à saúde da população e que não se encontrava na área da medicina previdenciária, desenvolvida pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Prestava serviços para aqueles qualificados como pré-cidadãos: os pobres, os desempregados, os que exerciam atividades informais, em resumo, os que não contribuíam com as caixas e os serviços previdenciários (BRASIL, 2011d).

O primeiro governo de Vargas é reconhecido como um marco na configuração de políticas sociais, que moldaram a política pública brasileira, a partir de 1930 até um período recente.

A implantação do Estado Novo representou o acordo entre a grande propriedade agrária e a burguesia industrial historicamente frágil (POLIGNANO, 2013).

Em 1937, é promulgada a nova constituição, que reforça o centralismo e a autoridade presidencial (ditadura).

Já em 1939, é regulamentada a Justiça do Trabalho, e em 1943, é homologada a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

No que se refere à Previdência Social, estendeu-se a todas as categorias do operariado urbano organizado os benefícios da previdência. Houve a substituição das antigas CAPs pelos IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões), onde os trabalhadores eram organizados por categoria profissional e não por empresas, onde citamos o IAPM (Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos), o primeiro IAP a ser criado (POLIGNANO, 2013).

Os IAPs serviram como importante mecanismo de controle social e desenvolvimento econômico, por se tratar de um instrumento de captação de poupança forçada, em virtude do seu regime de capitalização (BRASIL, 2011d).

Sucessivas crises financeiras dos IAPs fazem com que a previdência social passe a ter importância muito maior instrumento de ação político-eleitoral nos governos populistas de 1950-64, especialmente pela ligação clara ao Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), (POLIGNANO, 2013).

Citam-se em 1949 a criação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência, o SAMDU, mantido por institutos e caixas ainda remanescentes.

A visão até o final dos anos 1950, a assistência médica e previdenciária não eram importantes. Era considerada secundária no sistema previdenciário brasileiro e seus segurados não a incluíam como parte importante das suas reivindicações (BRASIL, 2011d).

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, significando apenas um desmembramento do Ministério de Saúde e Educação, não trazendo nenhuma medida efetiva que buscasse atender aos problemas de saúde pública.

Cita-se ainda a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU) em 1956, atuando na febre amarela, malária e peste (POLIGNANO, 2013).

Desde os meados da década de 1950, havia uma inquietação por parte dos “desenvolvimentistas”, que defendiam a ideia de que a saúde era uma questão de superestrutura, isto é, consequência do desenvolvimento econômico e social, e não causa deste (BRASIL, 2011d).

Em dezembro de 1963 foi realizada a 3ª Conferência Nacional de Saúde, deste jeito esta a última experiência democrática. Os principais pontos discutidos foram: rediscussão da distribuição de responsabilidades entre os entes federativos; avaliação crítica da realidade sanitária do país e uma forte corrente a favor da municipalização dos serviços de saúde, intenção revelada por João Goulart, e do Ministro da Saúde Wilson Fadul (BRASIL, 2011d).

No cenário político, o movimento de 64 contava com suportes políticos extremamente fortes. Era preocupante a proliferação do comunismo e do socialismo no mundo, especialmente na América Latina, pondo em risco os interesses e a hegemonia do capitalismo, período chamado de guerra fria (POLIGNANO, 2013).

Em 31 de março de 1964, as forças armadas brasileiras articularam e executaram um golpe de estado, instalando o regime militar, com o aval dos Estados Unidos (POLIGNANO, 2013).

O Sistema Nacional de Saúde implantado no Brasil no período militar (1964-1984) tomou várias medidas no sentido da mercantilização crescente da saúde. Implantou reformas que afetaram profundamente a saúde pública e a medicina previdenciária. Unificou os IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, em 1966, concentrando todas as contribuições previdenciárias, além de gerir as aposentadorias, as pensões, a assistência médica dos trabalhadores formais, excluindo, os trabalhadores rurais e os trabalhadores urbanos informais (BRASIL, 2011d).

Com a unificação do sistema previdenciário, o governo militar obrigou-se a incorporar a oferta de benefícios como o da assistência médica, oferecido pelos vários IAPs. Com o aumento da demanda de beneficiários, tornou-se impossível para o sistema médico previdenciário existente, atender a toda essa população. Devido à necessidade de ampliação da oferta de serviços, o governo militar optou por direcionar os serviços para a iniciativa privada, deste modo estabelecidos convênios e contratos com os médicos e hospitais existentes no país, pagando-se por produção de serviços (*pró-labore*), (POLIGNANO, 2013).

Com o modelo organizado desta forma, na década de 1970, estando à assistência médica financiada pela Previdência Social, teve seu período de maior expansão de leitos disponíveis em cobertura e em volume de recursos arrecadados e com o pagamento por produção de serviços, tornou-se uma forma incontrolável de corrupção (BRASIL, 2011d).

Com a construção e/ou reforma de clínicas e hospitais privados com o dinheiro público, mas especificamente com o dinheiro da Previdência Social, fortaleceu-se a medicina curativa e as escolas de medicina no País. Em suma, o INPS financiou a fundo perdido empresas privadas que desejassem construir seus hospitais (BRASIL, 2011d).

O modelo econômico implantado pela ditadura militar entra em crise em 1975. A dura realidade da época fazia a população com baixos salários, em virtude da política econômica e da repressão, convivendo com o desemprego e suas graves consequências, como o aumento da marginalidade, favelas e mortalidade infantil (BRASIL, 2011d).

O modelo previdenciário fracassa e em virtude de causas como: priorizar a medicina curativa, aumento constante de custos desta medicina, crescente complexidade médico-hospitalar, redução de receitas previdenciárias em virtude da

diminuição do crescimento econômico, incapacidade cada vez maior em atender a população excluída do sistema e os marginalizados, já que não tinham carteira assinada e conseqüentemente não contribuíam com a previdência, desvio de verbas do sistema previdenciário para cobrir outras despesas e obras do governo federal, além do não repasse pela União de recursos do Tesouro Nacional para o sistema previdenciário que era proposto ser tripartite – empregador, empregado e união (BRASIL, 2011d).

3.2 Saúde da família

Segundo Giovanella *et al.* (2009), a utilização da Atenção Primária em Saúde – APS é uma estratégia para organizar o sistema de saúde e responder as necessidades da população desde que haja o entendimento de saúde como um direito social e o enfrentamento dos determinantes sociais para movê-la.

A ideia de APS surgiu como forma de organização dos sistemas universais de saúde, no chamado Relatório Dawson, apresentado na Inglaterra em 1920. Trazia como propostas a organização de bases territoriais e populações alvo, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino, organizadas de forma regionalizada e hierarquizada, idealizando os centros de saúde como “porta de entrada” do sistema, onde atuariam médicos generalistas, os GPs (*General Practitioners*) (CASTRO, 2009).

O modelo apresentado em Dawson inspirou a organização dos sistemas de saúde pelo mundo, principalmente nos países que instituíram sistemas nacionais universais, que traziam a concepção de saúde como direito de cidadania (CASTRO, 2009).

No período entre 1920 e 1950, iniciava-se um debate em prol da medicina preventiva, em oposição à medicina curativa dominante nas escolas médicas naquele período (CASTRO, 2009).

Destaca-se ainda que na década de 1940, surge a atenção primária voltada para a comunidade (*Communit Oriented Primary Care – COPC*), integrando a atenção clínica – individual e familiar – com ações de saúde pública, pautada na epidemiologia e ciências sociais (CASTRO, 2009).

Os autores Leavell e Clarck em 1965, sistematizaram os princípios básicos da medicina preventiva organizando em uma abordagem integral, centrada no indivíduo e na família, no qual apresentaram ainda os níveis de aplicação de medidas preventivas na história natural da doença, que comportaria três níveis de prevenção – primária, secundária e terciária, estando a promoção da saúde na prevenção primária (CASTRO, 2009).

A atenção primária passa a compor a agenda das políticas de saúde, deste modo a OMS uma das principais difusoras, juntamente com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (*United Nations Children's Fund – UNICEF*), assim como as Fundações Rockefeller, Kellogg, Ford e o Banco Mundial financiadoras dessas ideias (CASTRO, 2009).

No final dos anos 1970, as discussões a respeito da APS tomam importantes proporções envolvendo duas perspectivas: atenção primária abrangente e seletiva, destacando-se na difusão dessas concepções três agências internacionais: a OMS, o UNICEF e o Banco Mundial (CASTRO, 2009).

O quadro abaixo detalha a síntese do posicionamento das principais agências:

Quadro 1 – Síntese do posicionamento das principais agências sobre APS e Proteção social

Agências	APS	Proteção social
OMS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nos anos 1980 defende a concepção explicitada na Declaração de Alma-Ata (1978) que considera a APS estratégica para organização dos sistemas de saúde; ▪ Já na década de 1990, como reflexo da divisão interna, não há um posicionamento claro desta agência. Parte dos membros defende a concepção abrangente, de Alma-Ata, enquanto outros defendem a atenção primária seletiva; ▪ Nos anos 2000 há um resgate da APS abrangente de Alma-Ata e um posicionamento notório a favor da reforma dos sistemas de saúde orientada pela APS. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Embora considere a saúde como um direito, no início dos anos 2000 chega a defender o “novo universalismo”. Esta proposta parte do pressuposto de que não é mais possível oferecer todos os serviços para o conjunto da população em razão das restrições financeiras dos Estados e do crescimento dos gastos. Nesse sentido, sugere que um determinado conjunto de ações essenciais de alta qualidade, definido pelo critério de custo-efetividade, seja oferecido para todos. Posteriormente este conceito deixa de aparecer nos principais documentos lançados por esta agência.
UNICEF	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mesmo tendo apoiado a realização da Conferência de Alma-Ata, desde os anos 1980 até os dias atuais defende a concepção seletiva de APS; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Defensor da modalidade de proteção social ancorada em políticas focalizadas voltadas para determinados grupos sociais;
Banco Mundial	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Considerado um dos maiores difusores da idéia de atenção primária seletiva, foi o responsável pela introdução no debate internacional do conceito de “cestas básicas” de serviços. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Defende a redução do papel do Estado na garantia dos direitos sociais, logo, defende um modelo de proteção social pautado em políticas focalizadas como o mais adequado para países em desenvolvimento.

Fonte: CASTRO, 2009.

Nos anos oitenta, na América Latina, a atenção primária foi priorizada, porém em um modelo hegemônico, implementando uma cesta mínima de serviços geralmente de baixa qualidade (GIOVANELLA *et al.*, 2009).

Nesse mesmo período no Brasil, a regulamentação do Sistema Único de Saúde – SUS, trouxe princípios que tomaram por base a universalidade, equidade, integralidade além de suas diretrizes organizacionais que são a descentralização e a participação social, que para diferenciar-se da APS, utilizou-se o termo atenção básica em saúde definindo-se “*como ações individuais e coletivas situadas no primeiro nível, voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação*” (GIOVANELLA *et al.*, 2009).

No Brasil, a concepção de APS foi renovada nos anos noventa, tendo como embrião o Programa Agente de Saúde (PACS), criado no Ceará em 1987, como parte de um plano de governo do Governo Tasso Jereissati. Seus idealizadores foram o médico Carlile Lavor e a assistente social Miria Lavor que traziam experiências de Brasília (DF) e Jucás (CE), reforçando a importância da participação comunitária na melhoria dos indicadores de saúde (COELHO, ANDRADE, 2004).

A implantação oficial do PACS no Ceará se deu a partir da publicação do Decreto Nº 19.945, de 2 de janeiro de 1988, em 45 municípios após o êxito de ações como o cadastramento de mulheres para realizar promoção de saúde, com ênfase ao atendimento materno-infantil (COELHO, ANDRADE, 2004).

A partir desta experiência exitosa no Ceará, o Ministério da Saúde formula em 1991 o PACS, com o objetivo de contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, prioritariamente nas regiões Norte e Nordeste, ampliando a cobertura dos serviços de saúde para os mais necessitados (ROSA, LABATE, 2005).

A criação do programa pretendia reduzir a mortalidade infantil e materna, prioritariamente nas regiões Norte e Nordeste, por meio da extensão da cobertura de serviços de saúde para as áreas mais pobres, além de possuir caráter emergencial (combate e controle da epidemia de cólera), buscando ainda dar suporte à assistência básica onde não fosse possível a interiorização da assistência médica (CASTRO, 2009).

As Secretarias Estaduais de Saúde definiram um perfil para o ACS, deste modo é necessário ter no mínimo 18 anos, saber ler e escrever, ter capacidade de liderança e morar na comunidade há pelo menos dois anos. Às secretarias também couberam o papel de difundir os princípios do programa nos municípios (CASTRO, 2009).

O PACS introduziu novos conceitos relacionados ao modelo assistencial que foram centrais como o enfoque familiar; visão ativa de intervenção e não somente o atendimento a demanda espontânea; integração com a comunidade; enfoque menos reducionista e multidisciplinar (CASTRO, 2009).

Pode-se ainda considerar que o PACS foi um instrumento de reorganização do SUS e dos sistemas locais de saúde, a medida que exigia alguns critérios dos municípios para que pudessem estabelecer critérios com a FUNASA

como: o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, existência de uma unidade básica de referência para o programa, Fundo Municipal de Saúde e um enfermeiro na supervisão dos agentes comunitários (CASTRO, 2009).

O PSF foi efetivado a partir de uma reunião ocorrida nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993 em Brasília-DF, convocada pelo gabinete do Ministério da Saúde com o apoio da UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), com o tema “Saúde da Família”, discutindo a partir do êxito do PACS e da necessidade de incorporar outros profissionais para evitar que os agentes trabalhassem de forma isolada. Foi utilizado o modelo de supervisão realizado pelo enfermeiro ao ACS, no formato utilizado pelo Ceará (ROSA, LABATE, 2005).

Nesta mesma reunião, foi criada a Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC), na Fundação Nacional de Saúde, dentro do Departamento de Operações. A COSAC era uma gerência que agregava três programas: o de Agentes Comunitários, o de Saúde da Família e o de Interiorização do SUS (CASTRO, 2009).

Conforme descrito no Quadro 2, seguem os principais aspectos referentes ao PSF, lançados em março de 1994, pelo Ministério da Saúde, intitulado “Saúde dentro de casa” (CASTRO, 2009).

O Saúde da Família (SF) inicialmente visava a extensão de cobertura, priorizando áreas de maior risco social, implantado a partir de 1994 *“limitado, bom para os pobres e pobre com eles”*, ganhou centralidade na agenda de governo passando a estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde e modelo de APS (GIOVANELLA *et al.*, 2009).

Conceitua-se a ESF como um modelo de atenção primária, que se estrutura com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, constituindo-se como a principal porta de entrada e o centro de comunicação das redes de atenção à saúde, de modo a viabilizar o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde, que será ordenado pela atenção primária, observando os critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (ANDRADE *et al.*, 2013).

Quadro 2 – Principais aspectos referentes ao PSF, lançados em março de 1994.

Modelo de atenção	Voltado para prevenção, promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, dirigidos aos indivíduos, às famílias e à comunidade, com atenção integral e contínua.
Composição da equipe	Equipe mínima composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários de saúde. Cada equipe atenderá de 800 a 1000 famílias.
Regime de trabalho	Dedicação exclusiva e residência na própria área de atuação.
Áreas prioritárias para implantação	Áreas populacionais citadas no Mapa da Fome do IPEA.
Atividades do Programa	Diagnóstico de saúde da comunidade; visita domiciliar; internação domiciliar; participação em grupos comunitários; atendimento nas unidades de saúde; estabelecimento de referência e contra-referência.
Financiamento	<p>Aos municípios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Através da produção (SIA/SUS); ▪ Através do convênio com as SMS; <p>Às Secretarias Estaduais de Saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Repasse de recursos do Ministério da Saúde às coordenações estaduais do programa para execução de atividades de planejamento, capacitação, educação continuada e supervisão de equipes do PSF.
Operacionalização	Através da assinatura de convênios entre os estados e o Ministério da Saúde. Nos estados cujas Secretarias Estaduais não aderirem ao Programa, os municípios interessados encaminharão sua proposta de adesão à Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Fonte: CASTRO, 2009.

As mudanças levadas pelo PSF desde sua criação desencadearam não só um novo modelo de atenção, mas a reorganização do modelo de saúde e a modalidade da alocação de recursos fazem com que este programa se torne uma estratégia de reforma do sistema de saúde do Brasil (CASTRO, 2009).

A APS ganhou destaque na nacional de saúde, deste modo normalizada inicialmente através NOB 96, pelo Ministério da Saúde, adotando o PSF como estratégia prioritária para o fortalecimento das ações de atenção básica no SUS, passando a ser um ponto predominante das diretrizes normativas federais a partir de então (CASTRO, 2009).

O PSF consagrou-se como a principal estratégia de atenção básica no âmbito federal. Sua rápida expansão, sob forte indução do Ministério da Saúde, evidenciou problemas e desafios ainda não equacionados, na medida em que este modelo de atenção, pautado pela integralidade, exige recursos apropriados,

profissionais capacitados e um sistema organizado de referências para diversos níveis de complexidade (CASTRO, 2009).

Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica, foi acordada na Comissão Intergestores Tripartite, ampliando o escopo da atenção básica e reafirmando o SF como estratégia prioritária e modelo substitutivo para a organização da atenção básica (GIOVANELLA *et al.*, 2009).

De acordo com Sousa e Hamann (2007), a Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006, reitera os objetivos do PSF, assim como suas responsabilidades no sistema:

- Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, possuir um território adscrito facilitando o planejamento e a programação descentralizada, buscando o princípio da equidade;
- Cumprir a integralidade buscando: integrar as ações programáticas e a demanda espontânea, articular as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação;
- Ampliar as relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, na busca da continuidade das ações e a longitudinalidade do cuidado;
- Estimular os profissionais de saúde, acompanhando sua formação e capacitação;
- Avaliar e acompanhar sistematicamente os resultados alcançados, como elemento do processo de planejamento e programação;
- Estimular a participação e o controle social.

Com relação à composição das Equipes de Saúde da Família – ESF, deverão contar minimamente com um(a) médico(a) generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, um(a) enfermeiro(a), um auxiliar ou técnico(a) de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), cobrindo cerca de 800 famílias (ANDRADE *et al.*, 2013).

A partir de 2004, equipes de saúde bucal foram inseridas na ESF por meio do Programa Brasil sorridente, ampliando a equipe interprofissional (ANDRADE *et al.*, 2013).

A Portaria GM/MS Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, revisa as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a ESF e o PACS (FIGUEIREDO, 2013).

3.3 História e magnitude da tuberculose

A tuberculose (TB) acompanha o homem há muito tempo, existindo relatos da doença em ossos humanos pré-históricos encontrados na Alemanha, datados de 8.000 antes de Cristo (a.C.) e de coluna vertebral e de ossos em esqueletos egípcios de 2.500 a.C.

A TB pulmonar mesmo podendo ser confundida com outras doenças, já era descrita em documentos hindus e chineses. Com a diminuição do caráter nômade das tribos e a criação de aglomerados e aldeias, a doença (provável tuberculose) passa a ser mais citada e conhecida (CONDE; SOUZA; KRITSKI, 2012).

Em várias civilizações antigas, os males (entre eles a TB), eram considerados resultado de castigo divino. Coube a Hipócrates, na Grécia em XXX a.C, o entendimento de que a TB era uma doença natural e que, pelo seu caráter de esgotamento físico, passou a denominá-la de Tísica (do grego *phthisikos*, ou seja, que traz consumpção) (CONDE; SOUZA; KRITSKI, 2012).

Entre os romanos a TB era relativamente comum, deste modo descritos os hábitos tísicos e as possibilidades de cura por repouso e climas melhores, assim como foi sugerido tratamento para os sintomas, deste modo estudados nas escolas médicas árabes nos séculos seguintes (CONDE; SOUZA; KRITSKI, 2012).

Nos séculos XIV e XV, os médicos da região que hoje corresponde à Itália, começaram a demonstrar a possibilidade de contágio da TB entre as pessoas e procuraram criar condições de profilaxia da doença com o isolamento dos doentes e dos seus pertences, tentando evitar a disseminação da doença e as consequentes epidemias (CONDE; SOUZA; KRITSKI, 2012).

O início de Renascimento florentino, por volta do século XVI, traz um fato histórico interessante, que era o da cura da TB ganglionar através do toque do Rei. O toque do Rei consistia nos pacientes portadores desta forma de TB que se dirigiam uma vez por ano, em uma data determinada, aos reis da França e da Inglaterra para receberem o toque real, acompanhado de orações feitas pelos próprios reis ou por Cardeais que os serviam. O mais curioso, é que muitos

pacientes realmente melhoravam, mesmo sem comprovação, mas provavelmente devido à higiene e o asseio realizado no local da fístula, que precediam o toque real.

A partir dos séculos XVII e XVIII, surge o estudo da Anatomia (através de autópsia dos pacientes) por parte de nomes como Manget, Morton e posteriormente Morgani, deste modo realizada a identificação de estruturas, principalmente no pulmão dos doentes, com aspecto de tubérculos dos vitimados pela doença, a TB passa a ser melhor compreendida e recebe finalmente o seu nome atual.

No século XVIII, as taxas de mortalidade por TB eram muito elevadas, deste modo necessária a adoção de rígidas medidas para combater a Peste Branca (nome adquirido em contraponto a Peste Negra ou Bubônica). Em 1750, na Europa Ocidental, a TB chegou apresentar taxas de 200 a 400 óbitos por 100.000 pessoas por ano. Dessa forma, Fernando VI, rei de Espanha, proclama em 1751 uma lei que obrigava os médicos a informarem às autoridades de saúde todos os casos de tuberculosos. Assim, os que adoeciam eram afastados da coletividade e os que faleciam tinham todos os seus pertences incinerados (CONDE; SOUZA; KRITSKI, 2012).

Ressalte-se que o século XVIII corresponde a um momento socioeconômico especial na história da humanidade em virtude da Revolução Industrial da Inglaterra.

A partir de 1800, iniciam-se várias descobertas no entendimento da TB de acordo com a ordem a seguir: 1865 - Villemin estuda a inoculação em cobaias de material retirado de tubérculos obtidos de seres humanos; 1882 - Robert Koch, em Berlim, Prússia, descobre seu agente causador, o bacilo da tuberculose, também chamado hoje de bacilo de Koch e em 1885 Roentgen com suas descobertas traz grandes progressos para o diagnóstico e acompanhamento da tuberculose através da radiografia.

Esta é a época de um grande adoecimento pela TB, com grandes descobertas, porém sem avanços referentes ao tratamento. Discutia-se a necessidade absoluta do isolamento dos pacientes em sanatórios, com repouso total e os climas de montanha e marítimos, além de exposição ao sol, bem como a boa alimentação. Os medicamentos são a base de quinino, creosoto, enxofre, cálcio e preparados de ouro e bismuto. Surgem as grandes estâncias climáticas na Europa,

na Côte D'Azur, nos Alpes etc., já precedidas das instalações do Centro de Pesquisa em Davos na Suíça (CONDE; SOUZA; KRITSKI, 2012).

Até a década de 1940, o tratamento da TB era basicamente repouso e boa alimentação nos sanatórios, tratamentos cirúrgicos como, por exemplo, a ressecção de pedaços de pulmão com TB e a injeção de ar no espaço pleural, promovendo o pneumotórax eram tentativas com algum sucesso.

A partir de 1940 começam a surgir os antibióticos e os quimioterápicos que iriam trazer finalmente a cura da TB, nos anos seguintes. A estreptomicina é descoberta em 1944 e a isoniazida, descrita desde 1912, tem sua eficácia contra a tuberculose demonstrada em laboratório em 1945.

Na década de sessenta é instituído o esquema definitivo, usando três antibióticos ao mesmo tempo, que consegue curar 95% dos pacientes que utilizaram estes medicamentos diariamente por 18 a 24 meses durante sua internação nos sanatórios. O crescimento do saber levou as nações desenvolvidas a acreditar que no fim do século XX a TB estaria, senão erradicada, pelo menos confinada aos países pobres.

Porém, os intensos movimentos migratórios populacionais, o desmantelamento dos sistemas de saúde pública, a crise social/financeira mundial e o advento da AIDS puseram por terra este sonho. A TB acompanha a evolução do homem e, enquanto houver miséria e misseis, ela estará presente (CONDE; SOUZA; KRITSKI, 2012).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2010 foram diagnosticados e notificados 6,2 milhões de casos de TB no mundo, destes 5,4 milhões foram classificados como novos, correspondendo a 65% dos casos estimados para o ano (BRASIL, 2012).

Em 2010, a Organização das Nações Unidas (ONU) analisou os maiores problemas mundiais, estabeleceu oito *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)*, estando a TB contemplada no 6º objetivo intitulado: combater a AIDS, a malária e outras doenças.

Com a magnitude da TB, a OMS lançou o Plano Global para o Combate da Tuberculose 2011-2015 (*The Global Plan to Stop Tuberculosis 2011-2015*), com a visão de livrar o mundo da TB e com o objetivo de reduzir drasticamente a carga da doença até 2015, em consonância com a pactuação dos ODM.

O Plano Global para o Combate da Tuberculose está dividido em seis componentes: expandir a estratégia DOTS (*Direct Observed Treatment Strategy, Short-Course* – Tratamento Diretamente Observado, em português) com qualidade; visar a coinfecção TB/HIV, tuberculose multidroga resistente (TB MDR) e as necessidades de populações pobres e vulneráveis; fortalecer o sistema de saúde baseado na atenção primária; empoderar as pessoas com TB e a sociedade civil organizada; envolver todos os prestadores de serviços de saúde; e possibilitar e promover pesquisas. Citam-se ainda como principais metas: reduzir, pela metade a incidência e a mortalidade por TB até 2015, em relação aos valores de 1990, e eliminar a TB como problema de saúde pública até 2050 (BRASIL, 2012).

No Brasil, a TB é considerada prioridade pelo governo federal desde 2003, estando contemplada nas principais pactuações nacionais como o Pacto pela Saúde, Mais Saúde, Programação das Ações de Vigilância em Saúde, Pacto da Atenção Básica, e recentemente na Agenda Estratégica da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), demonstrando o compromisso político, técnico além da necessidade de pactuação e atenção nas três esferas de gestão.

No Ceará, em 2010, foram notificados 3.456 casos novos de TB, representando uma incidência entre os casos novos de 68,3/100.000 habitantes. A mortalidade em 2009 foi de 3,2/100.000 habitantes (BRASIL, 2011c).

Avaliando o encerramento de casos, em 2009, o estado obteve 69,9% de cura e 8,4% de abandono entre os casos novos de TB, deste modo a meta preconizada pelo Ministério da Saúde – MS 85% de cura e 5% de abandono (BRASIL, 2011c).

3.4 Características clínicas da tuberculose

O agente etiológico da tuberculose é o *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*), também conhecido como Bacilo de Koch (BK). O *M. tuberculosis* é constituído de várias espécies: *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum* e *M. microti*. O principal reservatório é o homem (BRASIL, 2009).

O *M. tuberculosis*, pode acometer uma série de órgãos e/ou sistemas, deste modo a TB pulmonar a mais frequente e a mais relevante para a saúde

pública, principalmente a forma bacilífera, que é a responsável pela manutenção da cadeia de transmissão da doença (BRASIL, 2011e).

Em virtude desta variedade de possibilidades de infecção pelo *M. tuberculosis*, a TB pode manifestar-se sob diferentes formas clínicas, que podem estar relacionadas com o órgão acometido. Portanto, outros sinais e sintomas além da tosse devem ser valorizados na investigação diagnóstica (BRASIL, 2011e).

A busca ativa de sintomático respiratório (SR) é a principal estratégia de controle da TB, pelo fato de permitir a detecção precoce das formas pulmonares (BRASIL, 2010).

Ao receber uma carga infecciosa de bacilos da TB, pela primeira vez, e que 1 a 2 bacilos alcancem o pulmão, após vencer as defesas da árvore respiratória se localizará nos alvéolos da periferia pulmonar, ocasionando uma reação inflamatória exsudativa do tipo inespecífica. Passadas duas ou três semanas, haverá no local da inoculação inicial um foco pequeno, arredondado, de 1 a 2 mm, esbranquiçado, de consistência amolecida e constituído, principalmente, por material caseoso (BRASIL, 2009).

Geralmente esse nódulo é único, porém existem relatos de múltiplos focos primários e de focos de dimensões maiores. “À associação do foco primário aos gânglios satélites de sua região, dá-se o nome de Complexo Primário de Ranke. O foco pulmonar regressivo, que pode ser visto nas radiografias, chama-se foco de Gohn” (BRASIL, 2009).

Os sintomas clássicos da TB são: tosse persistente produtiva ou não (com muco e eventualmente sangue), febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento, podendo apresentar-se da forma primária, pós-primária (ou secundária) ou miliar (BRASIL, 2011e).

A TB pulmonar primária é mais comum em crianças, apresentando-se clinicamente de forma insidiosa. Irritabilidade, febre baixa, sudorese noturna, inapetência compõem o quadro clínico (BRASIL, 2011e).

A TB pulmonar pós-primária (ou secundária) é mais comum em adultos jovens e em adolescentes, podendo também ocorrer em qualquer idade. Sua principal característica é a tosse, seca ou produtiva. A expectoração pode ser purulenta ou mucoide, com ou sem sangue. A febre vespertina e sem calafrios, não costuma ultrapassar os 38,5°C. Costumeiramente estes pacientes também apresentam: sudorese noturna, anorexia, *fácies* de doença crônica, emagrecimento.

Ressalte-se ainda que indivíduos com estado geral e sem perda de apetite também possam ter TB pulmonar (BRASIL, 2011e).

De acordo com as características epidemiológicas do local, qualquer paciente que procure o serviço de saúde devido à tosse, deverá ter a TB incluída na sua investigação diagnóstica (BRASIL, 2011e).

Já a TB miliar, tem essa denominação devido à vinculação ao aspecto radiológico pulmonar. É uma forma grave da doença, acometendo 1% dos pacientes HIV soronegativo e cerca de 10% em pacientes HIV soropositivos. Sua apresentação clínica clássica é aguda, aparecendo ainda hepatomegalia, alterações do sistema nervoso central e alteração cutâneas do tipo eritemato-máculo-papulo-vesiculosas (BRASIL, 2011e).

As apresentações extrapulmonares de TB têm seus sinais e sintomas dependentes de órgãos e/ou sistemas acometidos, geralmente ocorrendo em pacientes com AIDS, com imunocomprometimento grave, não deste modo objeto deste estudo.

A busca de sintomáticos respiratórios (SR) é definida como *“a atividade de saúde pública, orientada a identificar precocemente pessoas com tosse com tempo igual ou superior a três semanas, consideradas com suspeita de TB pulmonar, visando à descoberta de casos bacilíferos”* (BRASIL, 2011e).

Segundo BRASIL, 2011f:

Estudos recentes sugerem que pesquisar TB em quem procura a unidade de saúde devido ao sintoma respiratório, independentemente do tempo de sintoma, ou utilizar o tempo de duas semanas como ponto de corte, ou perguntar ativamente sobre tosse para todos os adultos que comparecem à unidade de saúde, pode aumentar significativamente o número de casos diagnosticados de TB, sobretudo em países com elevada prevalência de TB como o Brasil.

Brasil (2011e) ressalta ainda a importância da busca ativa ser realizada permanentemente em todos os serviços de saúde (níveis primário, secundário e terciário), além de ser uma estratégia recomendada internacionalmente, tendo como objetivo identificar precocemente os casos bacilíferos, interrompendo a cadeia de transmissão e reduzindo a incidência da doença em longo prazo.

Definem-se Sintomáticos Respiratórios Esperados (SRE), o número de SR que se espera encontrar em um determinado período de tempo, deste modo o parâmetro nacional recomendado é de 1% da população, ou 5% de consultas de

primeira vez de pessoas com 15 anos ou mais. Utilizaremos neste estudo, o parâmetro de 1% da população (BRASIL, 2011e).

Recomendam-se estratégias de busca ativa de acordo com o perfil de cada serviço de saúde, onde se citam de acordo com BRASIL, 2011e:

- Estratégia Saúde da Família – ESF: deve ser estendida à comunidade, com a inclusão da identificação do SR, para todos os moradores do domicílio de acordo com a área de abrangência da equipe.
- Hospitais gerais e emergências: importante medida de biossegurança, evitando que casos não diagnosticados transitem por esses locais oferecendo riscos para pacientes e profissionais de saúde. Os casos suspeitos deverão ser isolados até o resultado dos exames de baciloscopia (duas amostras).
- Serviços de atendimentos de populações com HIV/AIDS: fundamental a identificação de bacilíferos, por esta população apresentar maior risco de adoecer de TB.
- Sistema prisional: implementar busca ativa tanto no momento da inclusão quanto na rotina periódica em toda a população privada de liberdade.
- Outras instituições fechadas (asilos de idosos, hospitais psiquiátricos, albergues de população em situação de rua): idem ao sistema prisional.
- População indígena e moradores de rua: estabelecer uma rotina de busca ativa de SR, em virtude do elevado risco de adoecimento dessas populações.

No que se refere ao modo de transmissão, “a TB é transmitida de pessoa a pessoa, principalmente, através do ar. A fala, o espirro e, principalmente, a tosse de um doente de tuberculose pulmonar bacilífera lança no ar gotículas, de tamanhos variados, contendo no seu interior o bacilo” (BRASIL, 2009).

O período de incubação do *M. tuberculosis*, leva de 4 a 12 semanas para a detecção das lesões primárias. A probabilidade da infecção evoluir para doença é multifatorial, onde destacam-se: idade avançada, condições sócio-econômicas, algumas condições médicas (diabetes *mellitus*, alcoolismo, silicose, uso de imunossupressores, neoplasias, uso de drogas, infecção pelo HIV, pacientes submetidos a gastrectomia ou *bypass* intestinal). A evolução da doença dependerá ainda de ser tratar de uma primo-infecção (ser infectado pela primeira vez), ou reinfectado (infecção exógena), (BRASIL, 2009).

O adoecimento numa primo-infecção depende da virulência do bacilo, da fonte infectante e das características genéticas dos indivíduos infectados. Caso haja

um novo contato após uma infecção natural ou induzida pela BCG, a resistência dependerá da resposta imunológica (BRASIL, 2009).

A transmissão é plena, enquanto o doente não tiver iniciado o tratamento. Após o início do esquema terapêutico recomendado, a transmissão é reduzida gradativamente a níveis insignificantes ao fim de poucos dias ou semanas, ressalte-se que crianças com TB pulmonar não são fonte infectante (BRASIL, 2009).

Mesmo considerando a ocorrência de cura espontânea em alguns casos, a remissão dos sintomas e a respectiva cura só acontecem após o tratamento apropriado. Em virtude da remissão dos sintomas após as primeiras semanas de tratamento, alguns pacientes já o abandonam, porém o agente persiste no organismo, que fica exposto a recidivas e a multirresistência de drogas (BRASIL, 2009).

O tratamento diretamente observado (TDO) inova na forma de administrar os medicamentos, já que um profissional treinado passa a supervisionar a tomada da medicação pelo paciente desde o início até sua cura, sem, no entanto, haver mudança no esquema terapêutico (BRASIL, 2011e).

O TDO é ainda, um elemento chave da estratégia DOTS, que visa uma maior adesão do paciente ao tratamento, prevenção de cepas multidrogas resistentes, pela redução do abandono e possível aumento da cura. (BRASIL, 2011e).

O alcance de metas inferiores a 85% para cura e superiores a 5% para abandono, demonstram a necessidade de fortalecer a cobertura do TDO (BRASIL, 2011e).

Para Frieden; Sbarbaro (2007 *apud* BRASIL, 2011e), *“para todo caso de tuberculose (novo ou retratamento) deve-se realizar o tratamento diretamente observado, pois não é possível predizer os casos que irão aderir ao tratamento”*. O TDO busca construir um vínculo entre o doente e o profissional, assim como entre o doente e o serviço de saúde e por este fato, sua modalidade deve ser decidida em conjunto entre a equipe de saúde e o paciente, considerando sempre a realidade e a estrutura de atenção à saúde existente (BRASIL, 2011e).

O diagnóstico laboratorial é fundamentado em três métodos de acordo com Brasil (2009):

- Bacterioscópico – baciloscopia e cultura;
- Radiológico – raios-X e tomografia computadorizada de tórax;
- Outros – prova tuberculínica, anatomopatológico (histológico e citológico), sorológico, bioquímico e biologia molecular.

A utilização da pesquisa bacteriológica é fundamental em adultos, tanto para diagnóstico quanto para o controle do tratamento (BRASIL, 2011e).

O exame de escarro direto ou baciloscopia direta, é considerado simples e seguro, devendo por este motivo ser realizado por todo laboratório público de saúde e pelos privados tecnicamente habilitados. A técnica mais utilizada em nosso meio é a pesquisa do bacilo álcool-ácido-resistente (BAAR), pelo método de Ziehl-Nielsen (BRASIL, 2011e).

A pesquisa de BAAR é importante do ponto de vista epidemiológico, já que os casos bacilíferos é que são responsáveis pela manutenção da cadeia de transmissão da doença. Se executado corretamente identifica de 60% a 80% dos casos de TB pulmonar (BRASIL, 2011e).

A realização deste exame deverá ser enfatizada em pacientes que apresentam alterações pulmonares nos exames radiológicos e nos contatos de TB pulmonar bacilífera (BRASIL, 2009).

A cultura de escarro e de outras secreções está indicada em casos de suspeita clínica ou radiológica de TB com baciloscopia repetidamente negativa; suspeitos de TB com amostras paucibacilares (poucos bacilos); suspeitos de TB com dificuldade de obtenção da amostra (como crianças); para o diagnóstico das formas extrapulmonares e nos casos de infecção causadas por micobactérias não-tuberculosas (MNT) (BRASIL, 2011e).

Cita-se ainda a realização da cultura de escarro com necessidade de identificação e teste de sensibilidade, independente do resultado da baciloscopia: contatos de casos de TB resistente; pacientes com história de tratamento prévio, independente do tempo; imunodeprimidos, em especial os portadores de HIV; baciloscopia positiva ao final do segundo mês de tratamento; falência do tratamento antiTB; investigação em pacientes com maior risco de portarem cepa resistente do *M. tuberculosis*, como profissionais de saúde, moradores de rua, dentre outros (BRASIL, 2011e).

Segundo Brasil (2011e), a fase inicial do exame bacteriológico compreende a coleta, a conservação e o transporte do escarro são de responsabilidade da equipe de saúde e deverá atender aos seguintes critérios:

- Qualidade e quantidade da amostra – considera-se uma boa amostra de escarro, aquela que provém da árvore brônquica, obtida após esforço de tosse;

- Recipiente – pote plástico descartável, de boca larga e de rosca e transparente, devendo ainda ser identificado no corpo do copo com o nome e a data da coleta.
- Local da coleta – utilizar local aberto, de preferência ao ar livre, respeitando as normas de biossegurança.
- Momento da coleta e local da amostra - por ocasião do diagnóstico, devem ser colhidas duas amostras: uma na realização da primeira consulta e a segunda na manhã seguinte, ao despertar. (BRASIL, 2009).
- Orientação ao paciente – informar de forma simples e clara o procedimento para coleta de escarro.
- Conservação e transporte – as amostras devem ser recebidas pela unidade de saúde durante todo o seu período de funcionamento e devem ser mantidas sob-refrigeração até seu processamento. Com relação ao transporte da amostra devem ser considerados três pontos importantes: refrigeração; proteção contra a luz solar e acondicionamento adequada para que não haja risco de derramamento. Transportar preferencialmente em caixas de isopor com gelo reciclado em saco plástico e atentando para a que as requisições estejam fora do recipiente de transporte (BRASIL, 2011e).

O exame radiológico é auxiliar no diagnóstico da TB, permitindo a identificação de pessoas portadoras de imagens sugestivas de TB ou de outras patologias. Seus resultados deverão obedecer à seguinte classificação: normal – quando não apresentam imagens patológicas nos campos pleuro-pulmonares; sequela – apresentam imagens sugestivas de lesões cicatriciais, suspeito – apresentam imagens sugestivas de processo tuberculoso ativo; outras doenças – apresentam imagens sugestivas de pneumopatias não tuberculosas (BRASIL, 2009).

Citam-se ainda outros exames de imagem como tomografia computadorizada, a ressonância magnética e exames de imagem de estruturas ósseas (BRASIL, 2011e).

A prova tuberculínica (PT) é indicada como método auxiliar no diagnóstico da TB, consiste na inoculação intradérmica de um derivado do *M. tuberculosis* para medir a resposta imune celular a estes antígenos. No Brasil, a tuberculina usada é a PPD-RT23 (Derivado Protéico Purificado). Sua leitura deve ser realizada 48 a 72 horas após a aplicação, deste modo considerado como resultado a medida do maior

diâmetro transverso da área do enduredo palpável, medindo com régua milimetrada transparente e deste modo registrada em milímetros (BRASIL, 2011e).

A utilização do diagnóstico histopatológico estaria mais ligada às formas extrapulmonares, assim como outros métodos diagnósticos, não deste modo objetos deste estudo.

Em relação ao tratamento da TB, segundo Ferreira *et al.* (2013), o esquema de tratamento tem eficácia em torno de 95%, reduzindo de forma rápida a transmissão da doença e quebrando seu ciclo de transmissão. No Brasil, estes medicamentos estão disponíveis na rede pública de saúde, a efetividade do tratamento varia em diversos locais, e apesar das normas técnicas do Programa Nacional de Controle da Tuberculose – PNCT, existem dificuldades como as desigualdades sociais, as fragilidades no Sistema Público de Saúde e as deficiências de gestão que podem comprometer as metas pactuadas pela OMS, pelo Brasil.

“A associação medicamentosa adequada, as doses corretas e o uso por tempo suficiente são os princípios básicos para o tratamento, evitando a persistência bacteriana e o desenvolvimento de resistência aos fármacos e, assim, assegurando a cura do paciente” (BRASIL, 2011e).

É de competência dos serviços de saúde prover meios necessários que todas as pessoas com diagnóstico de TB, sejam tratadas precocemente, com algumas prerrogativas básicas para o sucesso do tratamento:

- Acolhimento – é a relação entre o serviço/usuário com escuta qualificada para atender a necessidade do usuário, buscando a percepção do usuário a partir de suas necessidades pessoais e/ou familiares, de suas condições de vida, o vínculo entre os trabalhadores e o serviço, da autonomia no seu modo de viver, da queixa biológica e de ser alguém singular. Todos estes cuidados, com o objetivo de produzir um cuidado com responsabilidade, solidariedade e compromisso (BRASIL, 2011e).
- Informação adequada – informar sobre sua doença, duração do tratamento, importância da regularidade no uso de medicamentos, das graves consequências nos casos de interrupção ou do abandono, se fazem fundamentais. Esta atividade deve ser realizada na consulta inicial e nas subsequentes, conscientizando o paciente da importância da sua colaboração

no tratamento e estabelecer com ele e seus familiares uma relação de cooperação mútua (BRASIL, 2011e).

O período de transmissibilidade após o início do tratamento cai rapidamente. Durante muito tempo foi considerado que 15 dias após o início do tratamento, o paciente não mais transmitiria a doença. Considera-se esse prazo, para o paciente sem história de tratamento anterior e que apresenta melhora clínica. Porém, com base em evidências de transmissão da TB resistente às drogas, recomenda-se que seja também considerada a negatificação da baciloscopia para que as precauções com o contágio sejam desmobilizadas (BRASIL, 2011e).

As drogas utilizadas nos esquemas padrões são as seguintes: Isoniazida (H), Rifampicina (R), Pirazinamida (Z), Etambutol (E) (BRASIL, 2009), Estreptomicina (S), Etionamida (Et) (MOURÃO, LACERDA, SANTOS, 2013).

Desde 1979, o Brasil utilizava um sistema de tratamento para TB composto por esquemas:

- Esquema I (2RHZ/4RH) – utilizado em casos novos;
- Esquema I Reforçado (2RHZE/4RHE) – para retratamentos;
- Esquema II (2RHZ/7RH) – TB meningoencefálica;
- Esquema III (3SZEEt/9EEt) – para falência (BRASIL, 2011e).

Ferreira *et al.* (2013) relatam que devido aos dados apresentados no II Inquérito Nacional de Resistência aos Fármacos Antituberculose (2007 – 2008), indicando um aumento da resistência primária à isoniazida e à rifampicina, respectivamente de 3,5% para 6% e de 0,2% para 1,5% entre os anos de 1997 a 2007, deste modo acrescentado em 2010 pelo PNCT um quarto fármaco (etambutol) à fase intensiva do tratamento.

Neste mesmo período, foi mudada a apresentação de cápsulas para comprimidos compostos por rifampicina (150mg), isoniazida (75mg), pirazinamida (400mg) e etambutol (275mg) (BRASIL, 2011e), em dose fixa combinada, seguindo orientação da OMS como medida adicional para aumentar a adesão ao tratamento da TB (FERREIRA *et al.*, 2013).

Ocorreram ainda outras mudanças no tratamento da TB que foram à extinção do Esquema I Reforçado e do Esquema III, deste modo necessário à solicitação de cultura, identificação e teste de sensibilidade para todos os casos de retratamento, utilizando-se esquema básico até o resultado dos exames (BRASIL, 2011e).

Quadro 3 – Esquema básico para o tratamento da TB em adultos e adolescentes

Regime	Fármacos	Faixa de peso	Unidade/dose	Meses
2 RHZE Fase Intensiva	RHZE 150/75/400/275 Comprimido em dose fixa combinada	20 a 35 kg	2 comprimidos	2
		36 a 50 kg	3 comprimidos	
		> 50 kg	4 comprimidos	
4 RH Fase de manutenção	RH Comprimido ou cápsula de 300/200 ou de 150/100 ou comprimidos de 150/75	20 a 35 kg	1 comprimido ou cápsula de 300/200mg ou 2 comprimidos de 150/75	4
		36 a 50 kg	1 comprimido ou cápsula de 300/200mg + 1 comprimido ou cápsula de 150/100mg ou 3 comprimidos de 150/75	
		> 50 kg	2 comprimidos ou cápsulas de 300/200mg ou 4 comprimidos de 150/75	

Fonte: Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil, 2011.

Ressalte-se ainda que “os medicamentos deverão ser administrados preferencialmente em jejum (uma hora antes ou duas horas após o café da manhã), em uma única tomada, ou em caso de intolerância digestiva, com uma refeição” (BRASIL, 2011e).

O tratamento de outras formas de TB e para pacientes com HIV não será descrito, por não ser objeto deste estudo.

3.5 Busca da tuberculose na atenção básica

A assistência aos pacientes de TB e suas familiares, passou a ser responsabilidade dos municípios desde 2001, com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS SUS 01/2002), que trouxe a hierarquização da saúde no país, atribuindo aos municípios e determinando como competência na atenção básica à saúde - ABS, em seus diversos níveis, esta responsabilidade (CARDOZO-GONZALES, 2011).

O novo PNCT foi lançado em 2004, apontando dificuldades na atenção aos pacientes de TB, que em muitos lugares continuava acontecendo em centros especializados ao invés da expansão para a ABS. O PNCT reconhece ainda a importância de horizontalizar o combate à TB, estendendo-o para todos os serviços de saúde do SUS, prioritariamente a ABS, como forma de ampliar o acesso ao diagnóstico e ao tratamento da TB (CARDOZO-GONZALES, 2011).

Para se conseguir avanços na intercepção desta doença, a estratégia utilizada em seu combate não pode mais ser centralizada em ações curativas, faz-se necessário uma abordagem mais ampla que vai desde o combate à miséria, a qual dá suporte à doença até a reorientação da Atenção Primária à Saúde (APS), incorporando ações e medidas em programas como o de Saúde da Família (PSF) e Agentes Comunitários de Saúde (PACS), onde se espera a melhoria do diagnóstico precoce e a realização da supervisão do tratamento (impactando na redução das taxas de abandono) (MARQUIEVIZ *et al.*, 2013).

A OMS enfatiza que a “direção organizacional e de desempenho dos serviços de saúde como deste modo mais importante do que as formas de detecção e de tratamento dos casos de TB”, considerando ser esta uma estratégia bem mais ampla do que uma abordagem clínica, mas sim uma política para o controle da TB (FIGUEIREDO *et al.*, 2009).

No Brasil, considera-se que a ESF seja a principal porta de entrada do paciente com TB. Em virtude disso o PNCT busca a descentralização deste serviço, buscando atingir principalmente as populações com risco ampliado de contrair a doença, porém “a falta de recursos humanos treinados para o diagnóstico, falhas na distribuição de drogas antituberculosas, notificação e acompanhamento do paciente com TB, ainda se configuram como dificuldades para o controle da doença” (CARDOZO-GONZALES, 2011).

Para se organizar serviços de saúde em conformidade com os princípios da APS, se faz necessário o cumprimento da dimensão “acesso” (FIGUEIREDO *et al.*, 2009).

Considere-se que o acesso tem conceito multidimensional, agregando características de oferta que facilitam ou limitam a capacidade das pessoas de utilizá-lo quando necessário, estando associado a fatores como: “tipo de atenção requerida a partir da necessidade do usuário, critérios de acesso e ingresso, alocação de mão-de-obra, horário de funcionamento e qualidade do atendimento” (FIGUEIREDO *et al.*, 2009).

O comportamento de busca e utilização dos serviços de saúde advém de um conjunto de determinantes como as características sócio-demográficas e de saúde, a organização da oferta e o perfil epidemiológico, estando assim, os fatores relacionados como a proximidade, o acesso aos serviços e recursos oferecidos pelo SUS, a cobertura pelo sistema de saúde suplementar, as percepções do indivíduo referente à saúde, valores sociais e culturais no tocante ao consumo dos serviços de saúde podem motivar na escolha por alguns serviços, assim como na agilidade que essa busca por atendimento ocorre, fato este que no contexto da TB, pode retardar o diagnóstico e o início do tratamento (BERALDO, 2009).

Entende-se por atraso do doente o tempo que transcorre entre a percepção do indivíduo com relação aos sinais e sintomas, sentir-se doente e identificar a necessidade de buscar cuidados, transpondo obstáculos sociais, religiosos, pessoais e até mesmo físicos. Nesse sentido, identificar o tempo de atraso do doente para o diagnóstico, elencando características individuais e a busca por serviço de saúde poderá ajudar na elaboração de medidas para a localização oportuna das fontes de infecção à TB (BERALDO, 2009).

A BSR no município de Itapipoca se dá habitualmente pela procura direta ao serviço de saúde por parte do doente sintomático seja ao comparecer a uma unidade de saúde ou ao ser encaminhado para este serviço por meio do ACS. Ocorre que, em virtude da extensa área descoberta por ACS, muitos dos possíveis doentes não têm fácil acesso aos serviços de saúde, o que dificulta a descoberta de casos.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento da pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, para conhecer as causas da baixa detecção da tuberculose nas unidades da Estratégia Saúde da Família – ESF, do município de Itapipoca-CE.

4.2 Procedimentos técnicos

A realização da presente pesquisa deu-se em duas etapas:

Etapa 1 – foi feito um levantamento documental dos relatórios do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, com cálculo dos casos esperados, utilizando como critério a recomendação do MS que 1% da população seja sintomática respiratória e que destes, 7% seriam o número de casos de TB a serem detectados (Brasil, 2011), o desempenho do município no diagnóstico dos casos novos, notificados no período de 2009 a 2012, identificando o número de casos novos em cada área, situação das baciloscopias, exame realizado para diagnóstico e alta.

Etapa 2 – foi aplicado um questionário aos profissionais da ESF (Médicos, Enfermeiros e ACS), abordando conteúdos relacionados à detecção da TB.

O referido questionário foi adaptado do questionário aplicado durante a execução do Projeto AGAP em Itapipoca, que foi utilizado naquele momento com o objetivo de identificar os pontos a serem abordados em uma oficina de atualização em tuberculose.

O questionário aplicado contemplou as seguintes divisões: Parte I – Identificação, Parte II – Educação Permanente, Parte III – Habilidades e Parte IV – Resultados. Foi proposto um modelo para os profissionais de nível superior (médico e enfermeiro) e um modelo com linguagem mais acessível para os ACS.

O questionário foi elaborado pela equipe do Projeto AGAP que era formado pela Coordenadora do Departamento de Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria – CARA e Coordenadora local do projeto AGAP; Coordenadora da Vigilância Epidemiológica do município de Itapipoca-CE e pela Coordenadora do Programa de Controle da Tuberculose no Estado do Ceará.

A aplicação do mesmo foi realizada por profissionais treinados, orientados com a testagem dos instrumentos, incentivo ao preenchimento de todos os campos, participação de todo o público alvo, buscando minimizar o risco de viés, deste modo aplicado da seguinte forma:

- Médicos e Enfermeiros – a aplicação se deu no momento de realização das reuniões periódicas entre as ESF e sua Coordenação Municipal. A referida coordenação foi treinada para aplicação do questionário aos profissionais.
- Agentes Comunitários de Saúde – foi utilizada a oportunidade da reunião entre este grupo e a sua Coordenação Municipal, com a participação do profissional responsável pelo Sistema de Informações da Atenção Básica – SIAB, que foi o responsável pela aplicação após treinamento, deste modo esta escolha justificada pela habilidade deste em identificar os agentes por áreas e microáreas com cobertura da ESF.

Em ambos os casos de aplicação, foi utilizado como controle de preenchimento do questionário uma lista de assinaturas de acordo com a identificação de áreas e microáreas, não deste modo possível, identificar nominalmente qual profissional preencheu o questionário. Foi possível apenas controlar pela lista de assinatura, se todos os profissionais da área preencheram.

No caso de recusa por parte dos profissionais para responderem o instrumento de coleta de dados foi solicitada a mediação por parte da coordenação, no sentido de motivar a participação dos referidos sujeitos.

Em casos de falta as reuniões descritas, foram realizadas duas repescagens nas próximas reuniões agendadas, não sendo possível a participação dos profissionais que persistiram ausentes.

Após a coleta, os questionários foram separados por categoria profissional em pastas, para que a pesquisadora se dirigisse até a Secretaria Municipal de Saúde de Itapipoca, no prazo de 15 dias, para iniciar a análise de dados.

Tabela 1 – Distribuição populacional pelo SIAB no período de 2009 a 2011, Itapipoca-CE

ESF- ZONA URBANA	2009	2010	2011	2012
Boa Vista	4.466	4.472	4.406	4.386
Cacimbas	6.442	6.434	6.450	6.393
Centro	-	-	1.596	1.621
Coqueiro	2.978	2.978	2.947	2.963
Estação	3.120	3.134	3.204	3.267
Flores	2.511	2.485	2.601	2.650
Ladeira	5.833	5.844	4.230	4.250
Maranhão	5.036	5.057	5.136	5.085
Mourão	4.749	4.731	4.811	4.863
Nova Aldeota	3.377	3.399	3.439	3.425
Picos	2.971	2.948	3.042	3.064
Violete	4.334	4.325	2.272	2.287
Violete II	-	-	2.086	2.128
TOTAL- ZONA URBANA	45.817	45.807	46.220	46.382
ESF- ZONA RURAL	2009	2010	2011	2012
Arapari	6.559	6.526	6.537	6.546
Assunção	5.382	5.369	5.426	5.409
Baleia	3.018	3.010	3.097	3.101
Barrento	2.733	2.752	2.702	2.658
Bela Vista	2.595	2.624	2.616	2.630
Betânia	4.845	4.889	4.911	4.789
Calugi	3.343	3.346	3.341	3.376
Deserto	4.522	4.529	4.570	4.653
Ipu Mazagão	2.241	2.263	2.261	2.313
Lagoa das Mercês	1.682	1.720	1.629	1.665
Marinheiros	3.050	3.060	3.127	3.142
Salgado dos Pires	3.134	3.130	3.129	3.135
Taboca	2.422	2.409	2.409	2.442
Sítio do Meio- EACS	9.098	9.171	9.278	9.251
TOTAL- ZONA RURAL	54.624	54.798	55.033	55.110
TOTAL GERAL ITAPIPOCA	100.441	100.605	101.253	101.492

Fonte: SIABMUN, 2013.

Conta ainda com três equipes de NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), desenvolvendo diversas atividades com o intuito de promover a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das equipes de saúde da família (ITAPIPOCA, 2010).

Ainda descrevendo o cenário de estudo, no que se refere à atenção de média e alta complexidade, o município dispõe de:

- Centro de Referência em Saúde da Mulher – serviço voltado à população feminina nas distintas faixas etárias residentes no município de Itapipoca. Presta assistência aos casos de alterações ginecológicas; pré-natal de alto risco, prevenção do câncer ginecológico; ultrassonografias; aconselhamento; coleta de material para biopsia de colo e vagina; colposcopia; cauterização de colo; tratamento de alterações ginecológicas e DST's; planejamento familiar (inserção de DIU e autorizações para laqueadura, conforme protocolo); atividades educativas.
- Sistema de Apoio de Diagnóstico e Terapêutica (SADT) - formado por 5 (cinco) laboratórios (Municipal, São Camilo, Tomé de Sousa, Francisco Pinheiro e João Wagner), e o Hospital São Vicente de Paulo, contando ainda com referência para o município de Fortaleza dos exames de alta complexidade. O município oferece dentro de seus equipamentos os serviços de ultrassonografia e eletrocardiograma (telessaúde).
- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) - é uma instituição destinada a acolher pessoas com algum tipo de transtorno mental, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca de autonomia, oferecendo-lhes atendimento médico psicológico. A principal característica dos CAPS é proporcionar a inclusão social desses indivíduos, seja na família, na escola, no trabalho, isto é, na sociedade de uma maneira geral. Como modalidades de atendimentos realizados no CAPS II de Itapipoca, podemos citar individuais, tais como triagens, avaliações, encaminhamentos, visitas domiciliares, orientações médicas, e de enfermagem, psicológicas, terapêuticas e sociais, e grupais, deste modo grupos de sala de espera, psicológicos, terapêuticos ocupacionais, oficinas terapêuticas e de atividades físicas.

- Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) – unidade municipal que contempla as especialidades: Dentística (Capeamento pulpar, Restauração dente decíduo, Restauração dente permanente anterior e Restauração dente permanente posterior), Cirurgia/ Estomatologia (Exodontia dente decíduo, Exodontia dente permanente, Remoção de foco residual, Biópsia dos tecidos moles da boca), Endodontia (Acesso à polpa dentária e medicação, Obturação em dente permanente uniradicular e Retratamento endodontico em dente permanente uniradicular) e Periodontia (Raspagem alisamento e polimento supragengivais, Raspagem alisamento subgengivais, Gengivectomia e Gengivoplastia).
- Hospital Maternidade São Vicente de Paulo (HMSVP) – unidade filantrópica conveniada ao SUS onde são realizadas ações a nível ambulatorial, funcionando o Laboratório de Patologia Clínica, atendimentos de emergências, pequenas cirurgias, mamografias e ações a nível hospitalar com 140 leitos destinados para o SUS (aderiu ao Incentivo 100% SUS) e resolutividade nas clínicas cirúrgica, obstétrica, médica e psiquiátrica, além do serviço de emergência 24 horas. Seu atendimento ainda se dá por demanda espontânea, além das referências das equipes do ESF e referências microrregionais. As ações de Média e Alta Complexidade são realizadas em Itapipoca e em outros municípios garantidos através de Pactuação tanto a nível microrregional (Itapipoca) quanto a nível macrorregional (Fortaleza) (ITAPIPOCA, 2010).

Em 2012, iniciaram as atividades mais dois equipamentos sediados em Itapipoca, para atendimentos locais e regionais que funcionam em regime de consórcio entre o Estado e os Municípios da Região de Itapipoca, que são a Policlínica e o CEO Regional.

4.4 Participantes da pesquisa

A população estudada foi composta levando em conta os critérios de elegibilidade, conforme disposto na tabela abaixo:

Tabela 2 – Perfil dos profissionais participantes da pesquisa.

Categoria Profissional	Público potencial elaboração do projeto – 2012	Público potencial coleta de dados - 2014	Participantes efetivos – 2014	%
Médicos	26	10	8	80
Enfermeiros	26	22	18	81,8
ACS	97	96	99*	103,1
Total	149	128	125	97,6

Fonte: SMS Itapipoca, 2014.

* Não foi possível identificar a participação de três ACS, já que o questionário não foi nominal.

No momento da elaboração do projeto, existiam 26 ESF e os ACS que compunham estas equipes somavam 97. No período de tempo decorrido até a realização da coleta de dados, houve algumas mudanças no cenário do município.

Apesar do número de equipes do município ter sofrido alterações ao longo do período estudado, considerando o cenário inicialmente projetado, optou-se por trabalhar apenas com as equipes que permaneceram nos quatro anos estudados, por já possuírem um trabalho estruturado com relação à detecção de TB, além de terem participado do projeto AGAP.

Das 26 equipes, estavam aptos a participar da pesquisa no momento da coleta de dados, respeitando os critérios de inclusão e exclusão: 10 médicos, 22 enfermeiros e 96 ACS. Destes, participaram: oito médicos, 18 enfermeiros e 99 ACS.

4.5 Critérios de inclusão

O estudo teve como critérios de inclusão: ser profissional de saúde atuando em Itapipoca na ESF há mais de três meses; ter aceitado participar da pesquisa e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

4.6 Critérios de exclusão

Foram excluídos os profissionais de licença médica, à disposição de outras secretarias ou outros serviços, bem como os que estavam realizando trabalho voluntário ou estágio supervisionado.

4.7 Critérios de análise

Após a coleta de dados (questionário estruturado autoaplicável) os dados foram organizados e armazenados em banco de dados *Software Office Excel 2010* e posteriormente transferidos para o *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, para posterior checagem analítica e descritiva, que constará na disposição de números absolutos, relativos, frequências, deste modo organizados em gráficos e tabelas.

Na dependência dos resultados encontrados, a análise inferencial foi utilizada para comparação de possíveis diferenças de resultados nos grupos entrevistados (médicos, enfermeiros e ACS).

4.8 Aspectos éticos

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, por meio da Plataforma Brasil, com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE), número 19191313.0.0000.5534 e liberação de parecer em 23/03/2014.

Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE, de acordo com as normas e diretrizes instituídas pelo Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução nº 466/12, para a Pesquisa em Saúde com Seres Humanos.

Os resultados do trabalho serão divulgados para a Secretaria Municipal de Saúde de Itapipoca-CE, para os profissionais, deste modo cedido para a divulgação e base de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES.

Os riscos da pesquisa envolvendo sujeitos humanos são definidos em um conceito multidimensional que envolve a probabilidade e o valor do prejuízo para os participantes da pesquisa. Os mesmos devem ser ponderados com os benefícios e a análise ética apropriada do risco requer que o valor do dano e sua probabilidade de ocorrer sejam considerados (PESSALACIA; RIBEIRO, 2013).

A análise ética dos riscos baseia-se nos métodos e procedimentos envolvidos na pesquisa. O instrumento mais utilizado para levantamento de informações é o questionário, podendo ser entregue pessoalmente, por meios virtuais e ainda por correios. Pode ser elaborado com perguntas fechadas ou abertas e ainda a combinação dos dois tipos.

Segundo Pessalacia e Ribeiro (2013), a existência de riscos para os sujeitos na aplicação dos instrumentos relataram palavras como: intimidação, vergonha, constrangimento, humilhação, medo, problemas emocionais, moral, valores, discriminação, invasão de privacidade, ofensas, exposição, ansiedade e risco.

Neste trabalho o instrumento utilizado foi o questionário com perguntas fechadas, no qual se buscou preparar quem aborda os sujeitos, utilizar local adequado, utilizar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), garantir a privacidade das informações, como forma de prevenir ou minimizar riscos (PESSALACIA; RIBEIRO, 2013).

5 RESULTADOS

5.1 Desempenho das ESF na detecção de casos novos de TB

Após a análise documental, foi construída a Tabela 3 considerando a população de cada área da ESF, o número de sintomáticos respiratórios e casos novos e esperados além dos resultados alcançados como o número de casos novos, a porcentagem da meta alcançada por ESF, por zona urbana e rural, e município período que se estende de 2009 a 2012.

Tabela 3 – Consolidado referente ao número de casos novos de TB, em relação à meta, no período de 2009 a 2012, Itapipoca-CE

	ESF- ZONA URBANA	TOTAL					INCIDÊNCIA
		POPULAÇÃO	SR	CASOS ESPERADOS	CASOS NOVOS	META MÉDIA PERÍODO	
ZONA URBANA	Boa Vista	17.730	177	12	4	33,3	22,6
	Cacimbas	25.719	257	19	9	46,3	35,0
	Centro	3.217	32	2	12	125,0	373,0
	Coqueiro	11.866	119	8	6	75,0	50,6
	Estação	12.725	127	8	6	75,0	47,2
	Flores	10.247	102	8	2	25,0	19,5
	Ladeira	20.157	202	14	10	68,8	49,6
	Maranhão	20.314	203	16	19	118,8	93,5
	Mourão	19.154	192	12	2	16,7	10,4
	Nova Aldeota	13.640	136	8	3	37,5	22,0
	Picos	12.025	120	8	3	37,5	24,9
	Violete I	13.218	132	10	7	79,2	53,0
	Violete II	4.214	42	2	3	75,0	71,2
	TOTAL- ZONA URBANA	184.226	1.842	128	86	67,2	46,7
ZONA RURAL	ESF- ZONA RURAL	POPULAÇÃO	SR	CASOS ESPERADOS	CASOS NOVOS	META MÉDIA PERÍODO	INCIDÊNCIA
	Arapari	26.168	262	20	2	10,0	7,6
	Assunção	21.586	216	16	2	12,5	9,3
	Baleia	12.226	122	8	1	12,5	8,2
	Barrento	10.845	108	8	16	200,0	147,5
	Bela Vista	10.465	105	8	3	37,5	28,7
	Betânia	19.434	194	12	1	8,3	5,1
	Calugi	13.406	134	8	9	112,5	67,1
	Deserto	18.274	183	12	6	50,0	32,8
	Ipu Mazagão	9.078	91	8	2	25,0	22,0
	Lagoa das Mercês	6.696	67	4	2	50,0	29,9
	Marinheiros	12.379	124	8	-	-	-
	Salgado dos Pires	12.528	125	8	6	75,0	47,9
	Taboca	9.682	97	8	5	62,5	51,6
	Sítio do Meio- EACS	36.798	368	24	2	8,3	5,4
	TOTAL- ZONA RURAL	219.565	2.196	154	57	37,1	26,0
TOTAL ITAPIPOCA	403.791	4.038	282	143	50,7	35,4	

Fonte: Pesquisa de Campo.

Iniciou-se a análise pelas unidades da zona urbana, que possuía 12 USF nos anos de 2009 e 2010, deste modo uma equipe dividida em duas em 2011, passando a zona urbana a contar com 13 equipes nos anos de 2011 e 2012.

A ESF de Boa Vista manteve o mesmo desempenho de casos novos descobertos no período em estudo, com apenas um caso novo diagnosticado a cada ano, detectando em média 33% dos casos esperados a cada ano.

A ESF do Centro é um caso especial, posto que foi criada inicialmente para ser referência aos casos complicados de TB. Em 2010, foi responsável pelo diagnóstico e tratamento de quatro casos, deste modo transformada em ESF apenas em 2011 e a partir de então passou a ter a mesma responsabilidade que as demais com respeito a população e casos de TB esperados. Em 2011, detectou novamente quatro casos, no qual a meta, que tinha por base a população, apontava apenas um caso, fazendo com que a meta alcançada fosse de 400%. Em 2012, esta equipe permaneceu alcançando 100% dos casos esperados, o que contribuiu para alavancar os resultados do município.

A ESF de Coqueiro não conseguiu detectar casos de TB em 2009, porém, no período de 2010 a 2012, este quadro foi revertido e a equipe passou a detectar dois casos a cada ano, atingindo 100% da meta estimada para a área em cada ano.

A ESF de Estação atingiu a meta estimada nos anos de 2009 e 2011 com a detecção de dois casos que representaram 100% da meta. Nos anos de 2010 e 2012, detectou-se um caso, significando, esse número, 50% da meta.

A ESF de Flores deveria descobrir dois casos novos a cada ano, porém não detectou casos nos anos de 2009 e 2012, encontrando um caso nos anos de 2010 e 2011, significando 50% dos casos a serem descobertos respectivamente.

A ESF de Ladeira não detectou casos de TB, em 2011. Em 2009 detectou três casos correspondendo a 75% da meta estimada. Em 2010 foram detectados quatro casos significando 100% da meta. Já em 2012, foram três os casos novos encontrados, correspondendo 100% da meta pelo fato da população ter sido reduzida após a abertura da ESF Centro, que recebeu parte da população coberta anteriormente pela ESF Ladeira.

A ESF de Maranhão inicia o período em estudo detectando três casos novos de TB, o que representa 75% dos casos estimados para 2009. A partir de 2010, a equipe eleva sua detecção para quatro, seis e seis, significando 100%, 150% e 150%, para os anos de 2010, 2011 e 2012, respectivamente. Esta equipe foi

a que atingiu melhor desempenho dentre as da zona urbana no período em estudo, já que alcançou a média de detecção de casos novos de TB no valor de 118%, localizando os casos além do estimado para sua área, impulsionando o indicador municipal.

Já a ESF de Mourão, dos quatro anos do estudo, esta equipe conseguiu detectar casos apenas em 2010, diagnosticando dois dos três casos estimados para esse ano, atingindo uma média de detecção, nos quatro anos, de apenas 16,7%. Este número contribui para a baixa detecção de casos no município, no período em estudo.

A ESF de Nova Aldeota não detectou casos nos anos de 2010 e 2011. Em 2009, detectou dois casos o que representou 100% da meta para este ano. Em 2012, detectou um caso significando 50% da meta estimada. Ao final dos quatro anos, obteve a média de detecção no valor de 37,5%.

A ESF de Picos, de 2009 a 2011, detectou um caso por ano, significando 50% da meta, neste período. Em 2012, não foram descobertos casos.

A ESF de Violeta tinha como meta de detecção três casos a cada ano. Era composta por uma única equipe nos anos de 2009 e 2010, que detectou apenas um caso, equivalendo a 33% da meta estimada, representada aqui por Violeta I. Em 2011, sua população foi dividida para duas equipes: Violeta I e Violeta II. Após a divisão, a equipe Violeta I ficou com meta anual estimada de dois casos por ano, descobrindo dois casos em 2011 e três em 2012, perfazendo uma cobertura de 100% e 150%, respectivamente. A equipe Violeta II, que surgiu em 2011, tinha como meta apenas a detecção de um caso novo nos anos de 2011 e 2012. Porém, detectou um caso em 2011 e dois em 2012, atingindo 100% e 200% da meta, respectivamente.

Observou-se que as equipes da zona urbana alcançaram parcialmente a meta estimada para o período. Em 2009, foram detectados 18 casos, traduzindo 56% da meta estimada. Já em 2010, foi o melhor ano do período, em que as equipes detectaram 26 casos, levando a cobertura para 81%. Nos anos de 2011 e 2012 foram descobertos 21 casos em cada ano, identificando 66% dos casos estimados de TB. As equipes da zona urbana detectaram no período de 2009 a 2012, 67% dos casos estimados, com uma incidência de 46,6/100.000.

As ESF da zona rural eram compostas por 13 equipes no período em estudo.

Inicia-se a análise da zona rural com a ESF de Arapari que deveria encontrar cinco casos a cada ano, porém encontrou apenas dois casos, deste modo um em 2010 e outro em 2012. Sua meta alcançada de casos novos no quadriênio foi de 10%.

A ESF de Assunção possuía como meta a detecção de quatro casos novos ao ano. Seu resultado foi o diagnóstico de apenas dois casos novos, concentrados em 2010 e sua meta acumulada foi de apenas 12,5%.

O mesmo desempenho observou-se na ESF de Baleia que deveria detectar dois casos novos a cada ano. Entretanto, detectou apenas um caso, em 2010 e não foram encontrados outros casos em 2009, 2011 e 2012, deste modo o desempenho acumulado de apenas 12,5% de detecção dos casos novos de TB.

A ESF de Barrento destaca-se como a equipe que mais detectou casos novos de TB. Com base na sua população deveria encontrar dois casos novos a cada ano, no entanto, detectou cinco casos em 2009, quatro casos em 2010, cinco casos em 2011 e dois casos em 2012. A meta prevista para o quadriênio era de oito casos e a equipe encontrou 16 casos no total, alcançando um resultado de 200% de casos novos, no período.

A ESF de Bela Vista deveria encontrar dois casos novos a cada ano e mantiveram-se encontrando um caso novo por ano, com exceção do ano de 2011, que não foram encontrados casos. Sua meta acumulada foi de 37,5%.

A ESF de Betânia destaca-se como uma das ESF que obteve os resultados mais baixos do município, em relação à meta proposta para a sua população e em relação ao desempenho das demais equipes. Esta deveria detectar três casos novos a cada ano, porém, não os conseguiu fazê-la. O único caso detectado por esta equipe foi em 2010. Tal resultado fez com que seu desempenho chegasse a apenas 8,3% dos casos esperados.

A ESF de Calugi manteve uma regularidade na descoberta de casos novos, já que deveria encontrar dois casos a cada ano e os encontrou. Ressalta-se que o melhor desempenho foi em 2011, ano em que foram três casos, deste modo um a mais que o previsto, alcançando 112,5% de casos novos detectados.

A ESF de Deserto deveria encontrar três casos novos a cada ano, porém o resultado foi de um caso por ano excetuando-se o ano de 2010, no qual foram descobertos três casos, deste modo o único ano do período estudado que a equipe

detectou o número de casos previstos. A média de detecção no quadriênio foi de 50%.

A ESF de Ipu Mazagão deveria encontrar dois casos novos a cada ano. Os dados mostram a dificuldade desta equipe, porquanto, dos quatro anos em estudo, passou três destes sem identificar casos, que foram detectados apenas em 2010. A meta acumulada alcançada foi de 25% no diagnóstico de casos novos.

A ESF de Lagoa das Mercês possuía como meta um caso novo de TB a cada ano. No período em estudo, não detectou casos nos anos de 2009 e 2010, porém conseguiu detectar um caso nos anos de 2011 e 2012, atingindo a meta prevista para esses anos. A meta acumulada atingida no quadriênio foi de 50%.

A ESF de Marinheiros possuía como meta a detecção de dois casos novos a cada ano. Chama atenção o fato de não ter sido encontrado nenhum caso novo no período em estudo, deste modo a ESF com pior desempenho do município, mesmo com a presença em sua área de abrangência, povo indígena que possui vulnerabilidade especial para a incidência de TB, em virtude do seu perfil sócio-cultural.

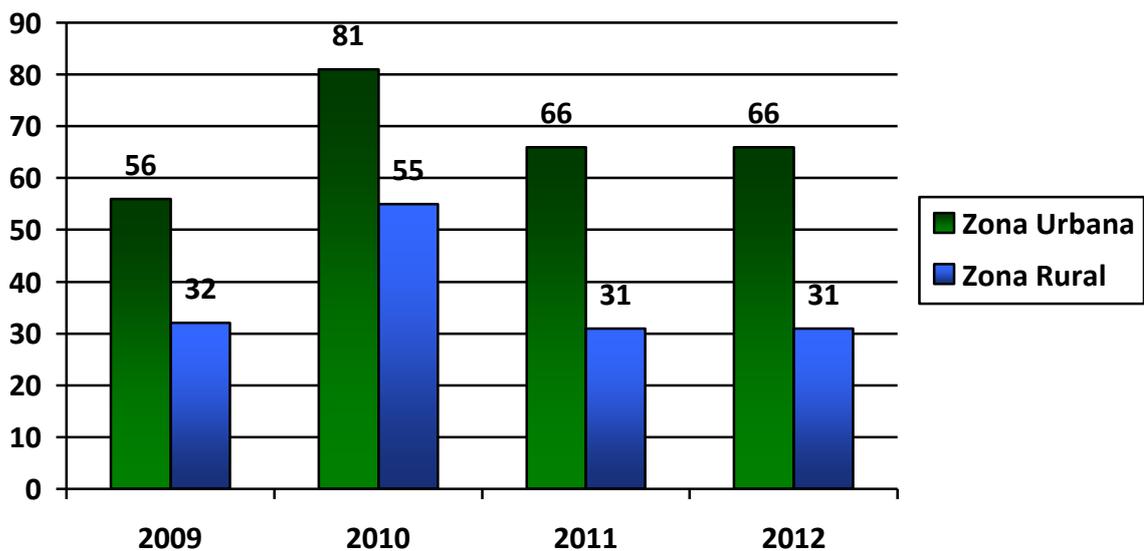
A ESF de Salgado dos Pires apresentou variação no quantitativo de casos novos achados. Deveria encontrar dois casos a cada ano e em 2009 não conseguiu encontrar casos, estando restrito apenas a este ano tal desempenho. Em 2010 encontrou os dois casos estimados. Em 2011 apenas um e teve seu melhor desempenho no ano de 2012 que conseguiu detectar três casos.

A ESF de Taboca deveria diagnosticar dois casos novos a cada ano. Em 2009, obteve seu melhor desempenho, encontrando três casos. Em 2010 detectou um caso e no ano seguinte em 2011 não encontrou casos. Já em 2012 voltou a detectar um caso, atingindo uma meta acumulada de 62,5% de casos diagnosticados.

Existe ainda na realidade do município ACS que não estão ligados à Estratégia Saúde da Família, e sim a um enfermeiro. São as equipes que compõem a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Sem médico na equipe, não é possível iniciar o tratamento de TB e assim os casos detectados residentes nestas áreas, são encaminhados e conduzidos pela ESF do Centro que além da sua população faz o atendimento das áreas descobertas de ESF e os casos complicados.

Observa-se que as equipes da zona rural alcançaram parcialmente a meta estimada para o período. Em 2009, foram detectados 12 casos, traduzindo 32% da meta estimada. Já 2010 foi o melhor ano do período, no qual as equipes detectaram 21 casos e levando a cobertura para 55%. Nos anos de 2011 e 2012 foram descobertos 12 casos em cada ano, correspondendo a 31% dos casos estimados. As equipes da zona rural detectaram no período de 2009 a 2012, 37% dos casos estimados, com uma incidência de 26,0/100.000.

Gráfico 1 – Percentual (%) de casos novos de TB detectados em relação à meta, por zona, em Itapipoca-CE, de 2009 a 2012.



Fonte: Pesquisa de Campo

Ao comparar os resultados obtidos pelas zonas urbana e rural, conforme descrito no Gráfico 1, observa-se que nenhuma das zonas que formam o município detectou os casos de TB estimados, no entanto, a zona urbana tem alcançados resultados melhores quando comparada com a zona rural. Ressalta-se que do quadriênio 2009-2012 o ano em que se obtiveram os melhores resultados foi o de 2010, ano este em que foi trabalhado o projeto AGAP no município conforme já citado anteriormente, com meta alcançada de 81% na zona urbana e 55% na zona rural. Em todos os anos, a zona urbana superou a zona rural na detecção de casos. A incidência acumulada do período na zona urbana foi de 46,6% e da zona rural foi de 26,0%. O número de ESF é igual em cada zona, porém as áreas descobertas por ACS estão presentes em maior frequência na zona rural, fato que pode contribuir para tais resultados.

5.2 Perfil da população estudada

A Tabela 4 traz o perfil do ACS participantes da pesquisa com relação a sexo, escolaridade, tempo de atuação na equipe e zona de atuação.

Tabela 4 – Dados de identificação dos ACS da ESF do município de Itapipoca, Ceará, 2014.

Dados de identificação	f	%
Sexo (n = 96)		
Masculino	5	5,2
Feminino	91	94,8
Escolaridade (n = 90)		
Ensino fundamental	6	6,7
2º grau incompleto	2	2,2
2º grau completo	71	78,9
3º grau incompleto	3	3,3
3º grau completo	8	8,9
Tempo de atuação na equipe (n = 71)		
< 1 ano	3	4,2
1 a 2 anos	3	4,2
> 2 anos a 5 anos	3	4,2
> 5 anos a 10 anos	12	16,9
> 10 anos	50	70,4
Zona da equipe (n = 96)		
Zona urbana	25	26,0
Zona rural	71	74,0

Fonte: Pesquisa de Campo

Foram entrevistados 99 ACS, dos quais 96 responderam os dados de identificação solicitados. O sexo predominante foi o feminino com 94,8% e apenas 5,2% são do sexo masculino. O item referente à escolaridade chama atenção, pois se observa que apenas 6,7% possuem somente ensino fundamental. A maior parte do grupo, ou seja, 78,9% possuem segundo grau completo. Nota-se ainda a

presença de ACS que ingressaram no terceiro grau, deste modo que 3,3% ainda não concluíram e 8,9% concluíram a graduação.

Ressalta-se ainda que o quadro de ACS existente tem o *status* de funcionário público, o que torna a permanência no serviço atrativa e que se confirma quando foi analisado o item tempo de atuação na equipe, pois 70,4% atuam há mais de 10 anos na equipe. Foi concluída em junho de 2014 uma seleção pública para o município de Itapipoca de 179 novos ACS, realizada pela Escola de Saúde Pública (ESP) de acordo com o disposto na Lei Nº 11350/06, visando ampliar para 100% a cobertura de ACS que em Abril/2014 é de 50,12%, de acordo com a estimativa do Departamento de Atenção Básica (DAB), além de formação de cadastro de reserva para suprir desistências e possíveis aposentadorias.

Com relação à área de atuação, 74% dos ACS residem e atuam na zona rural, enquanto os 26% restantes estão na zona urbana.

A Tabela 5 traz os dados de identificação dos profissionais médicos e enfermeiros.

Tabela 5 – Dados de identificação dos profissionais médicos e enfermeiros da ESF do município de Itapipoca, Ceará, 2014.

Dados de identificação	Enfermeiro (n = 18)		Médico (n = 8)		p-valor
	F	%	F	%	
Tempo de atuação na equipe (n = 22)					
< 1 ano	4	23,5	-	-	0,438*
1 a 2 anos	2	11,8	1	20,0	
> 2 anos a 5 anos	5	29,4	1	20,0	
> 5 anos a 10 anos	5	29,4	3	60,0	
> 10 anos	1	5,9	-	-	
Tempo de graduação (n = 22)					
< 5 anos	3	18,8	1	16,7	0,071*
5 a 10 anos	12	75,0	2	33,3	
> 10 anos	1	6,2	3	50,0	
Zona da equipe (n = 25)					
Zona urbana	9	50,0	4	57,1	0,748**
Zona rural	9	50,0	3	42,9	

*razão de verossimilhança; ** teste qui-quadrado.

Fonte: Pesquisa de Campo.

Inicia-se a análise pelo tempo de atuação na equipe que foi menor que um ano para 23,5% dos enfermeiros, ao passo que nenhum médico se apresentou nesta condição.

No período de um a dois anos de atuação na ESF, 11,8% dos enfermeiros afirmaram possuir este tempo, assim como 20% dos médicos. Os profissionais que labutam há um período compreendido entre mais de dois até cinco anos, foram 29,4% de enfermeiros e 20% de médicos. Os que laboram há mais de cinco anos até dez anos foram de 29,4% de enfermeiros e 60% de médicos. Apenas um enfermeiro atua há mais de dez anos na ESF e nenhum médico está há mais de dez anos na ESF.

Em relação ao tempo de graduação, foi menor que cinco anos para 18,8% dos enfermeiros e 16,7% dos médicos. Os que estão graduados há um período entre cinco e dez anos, foi de 75% dos enfermeiros e 33,3% dos médicos. Já os que estão graduados há mais de dez anos, foi apenas um enfermeiro e três médicos.

Dos profissionais participantes da pesquisa, 50% dos enfermeiros atuam na zona urbana e os outros 50% na zona rural, já os médicos, 57,1% atuam na zona urbana e 42,9% na zona rural.

Não houve significância estatística nos dados referentes à identificação de médicos e enfermeiros da ESF, vistos na tabela anterior.

5.3 Características da educação permanente

A Tabela 6 traz os dados relativos às características da educação permanente dos ACS, enfermeiros e médicos.

Sobre cursos/treinamentos para a abordagem de pacientes com TB, 99% dos ACS afirmaram possuir treinamento e 80% dos profissionais de nível superior também o fizeram. 1% dos ACS e 20% dos profissionais enfermeiros e médicos afirmaram não ter recebido treinamento para abordagem a pacientes com TB.

Dos que foram treinados, 98,9% dos ACS e 44,4% dos enfermeiros e médicos cumpriram treinamento com carga horária inferior a 20 horas. Nenhum ACS e 27,8% dos enfermeiros e médicos afirmaram ter recebido um treinamento com carga

horária entre 20 e 40 horas. Os treinamentos maiores que 40 horas foram realizados por 1,1% dos ACS e 27,8% dos enfermeiros e médicos, conforme descrito a seguir:

Tabela 6 – Características da educação permanente dos ACS, enfermeiros e médicos da ESF do Município de Itapipoca, Ceará, 2014

	ACS		ENF/MED		p-valor
	f	%	F	%	
Q2. Você já fez curso ou recebeu treinamento para abordagem a pacientes com TB					
SIM	98	99,0	20	80,0	0,001*
NÃO	1	1,0	5	20,0	
Q3. Se sim, quantas horas?					
< 20h	90	98,9	8	44,4	0,000*
20 a <40h	-	-	5	27,8	
40h ou mais	1	1,1	5	27,8	
Q4. Onde realizou? (n = 93) ACS (n = 18) ENF/MED					
Câmara Municipal de Itapipoca	9	9,1	-	-	0,000*
NIT	71	71,7	-	-	
Secretaria de Saúde de Itapipoca	10	10,1	8	44,4	
UAB	3	3,0	2	11,1	
Centro de Saúde Dona Libânia	-	-	1	5,6	
Escola de Saúde Pública do Ceará	-	-	6	33,3	
Internet	-	-	1	5,6	
Q5. Quando realizou o último curso/treinamento?					
Há menos de 1 ano	37	39,8	1	5,3	0,000**
Há 1 ano	42	45,2	4	21,1	
Há 2 anos	10	10,8	6	31,6	
Há 3 anos ou mais	4	4,3	8	42,1	
Q6. Você tem acesso aos manuais do MS de TB?					
SIM	81	83,5	25	96,2	0,097**
NÃO	16	16,5	1	3,8	
Q7. Você os utiliza?					
SIM	80	80,8	23	88,5	0,747**
NÃO	13	14,0	3	11,5	

*Razão de verossimilhança; ** teste qui-quadrado

Fonte: Pesquisa de Campo

Os locais de treinamento citados foram: a Câmara Municipal de Itapipoca apenas por ACS com 9,1%; o Núcleo de Informação Tecnológica (NIT) mencionado apenas por ACS, com 71,7%; a Secretaria de Saúde de Itapipoca, indicada por 10,1% dos ACS e 44,4% de enfermeiros e médicos; a Universidade Aberta do Brasil (UAB) foi mencionada por 3% dos ACS e 11,1% de enfermeiros e médicos; o Centro de Saúde Dona Libânia foi citado apenas por profissional de nível superior com 5,6%; a Escola de Saúde Pública presente apenas na resposta dos profissionais de nível superior com 33,3% e foi explicitada também a Internet por 5,6% dos profissionais enfermeiros e médicos.

O tempo de realização do último curso/treinamento foi menor que um ano para 39,8% dos ACS e 5,3% dos profissionais de nível superior. Os que realizaram treinamento há um ano foram 45,2% dos ACS e 21,1% dos outros profissionais. Há mais de dois anos foi citado por 10,8% dos ACS e 31,6% dos participantes. Disseram ter realizado treinamento há mais de três anos 4,3% dos ACS e 42,1% dos enfermeiros e médicos.

O acesso aos manuais do MS sobre TB foi afirmado por 83,5% dos ACS e 96,2% dos enfermeiros e médicos. Disseram que não ter acesso a estes manuais 16,5% dos ACS e 3,8% dos profissionais de nível superior.

Com relação à utilização dos manuais do MS, 80,8% dos ACS afirmaram utilizá-lo assim como 88,5% dos enfermeiros e médicos. 14% dos ACS e 11,5% não os utilizam.

Das questões analisadas na tabela 6, houve significância estatística nas questões que tratam sobre a realização de cursos/treinamento para a abordagem de TB, a quantidade de horas destes treinamentos, em que foram realizados e há quanto tempo foram realizados. Não houve significância estatística nas questões relativas a acesso e utilização dos manuais do MS.

5.4 Habilidades relacionadas à abordagem da TB na população estudada

A Tabela 7 traz informações referentes à abordagem de TB pelos ACS das ESF de Itapipoca e:

Sobre segurança para identificar pacientes com suspeita de TB em sua microárea, 94,9% afirmaram sentem-se seguros e 5,1% não se sentem.

A realização de busca ativa dos SR é realizada por 96,9% e não é feita por 3,1% destes, conforme segue:

Tabela 7 – Habilidades relacionadas à abordagem da TB dos ACS da ESF do Município de Itapipoca, Ceará, 2014

	F	%
Q8. Você tem segurança para identificar pacientes com suspeita de tuberculose em sua micro área?		
SIM	93	94,9
NÃO	5	5,1
Q9. Realiza busca ativa dos sintomáticos respiratórios		
SIM	94	96,9
NÃO	3	3,1
Q10. Se sim, com que frequência realiza?		
Em todas as visitas	83	88,3
Em grupos educativos	5	5,3
Em campanhas	6	6,4
Q11. Faz investigação e encaminhamento de TODOS os contatos de pacientes diagnosticados?		
SIM	88	91,7
NÃO	8	8,3
Q12. Você acompanha durante sua visita se a baciloscopia do paciente em tratamento foi realizada?		
SIM	85	89,5
NÃO	10	10,5
Q13. Você acompanha durante sua visita se a baciloscopia do caso suspeito de TB foi realizada?		
SIM	93	94,9
NÃO	5	5,1
Q14. Você cadastra e mantém atualizada a ficha B-TB?		
SIM	90	91,8
NÃO	8	8,2
Q15. É realizado visita domiciliar ao paciente em tratamento de tuberculose?		
SIM	93	95,9
NÃO	4	4,1
Q16. Se sim, com que frequência?		
Mensal	2	2,5
A cada dois meses	1	1,2
A cada três meses	2	2,5
Não se aplica	76	93,8
Q17. É realizado TDO na sua equipe aos pacientes com Tuberculose?		
Sim, para todos.	92	95,8
Sim, para os resistentes.	3	3,1
Não	1	1,0

Fonte: Pesquisa de Campo

Quando a busca ativa de SR é realizada, 88,3% dos ACS afirmam ser em todas as visitas, 5,3% em grupos educativos e 6,4% em campanhas.

A investigação e encaminhamento de todos os pacientes contactantes de TB diagnosticados são feitas por 91,7% dos ACS e deixa de ser realizada por 8,3% destes.

O acompanhamento da realização de baciloscopias do paciente em tratamento foi efetuado por 89,5% dos ACS e 10,5% não realizam.

No caso de visita domiciliar a pacientes com suspeita de TB, 94,9% declararam acompanhar se a baciloscopia foi realizada e 5,1% não fazem este monitoramento.

O cadastro e atualização da ficha B-TB é feita por 91,8% dos ACS e não é feita por 8,2% destes.

A visita domiciliar a pacientes em tratamento pra TB é feita por 95,9% dos ACS e 4,1% não realizam visita domiciliar para pacientes em tratamento.

A frequência e realização de visita domiciliar para pacientes em tratamento para TB é efetivada mensalmente por 2,5% dos ACS, a cada dois meses por 1,2%, a cada três meses por 2,5% e não se aplica para 93,8% dos ACS.

A realização de TDO na equipe para pacientes em tratamento de TB é efetuada por 95,8% dos ACS e 1,0% destes não realizam.

O Gráfico 2 traz as habilidades relacionadas à abordagem da TB dos profissionais médico e enfermeiro da ESF.

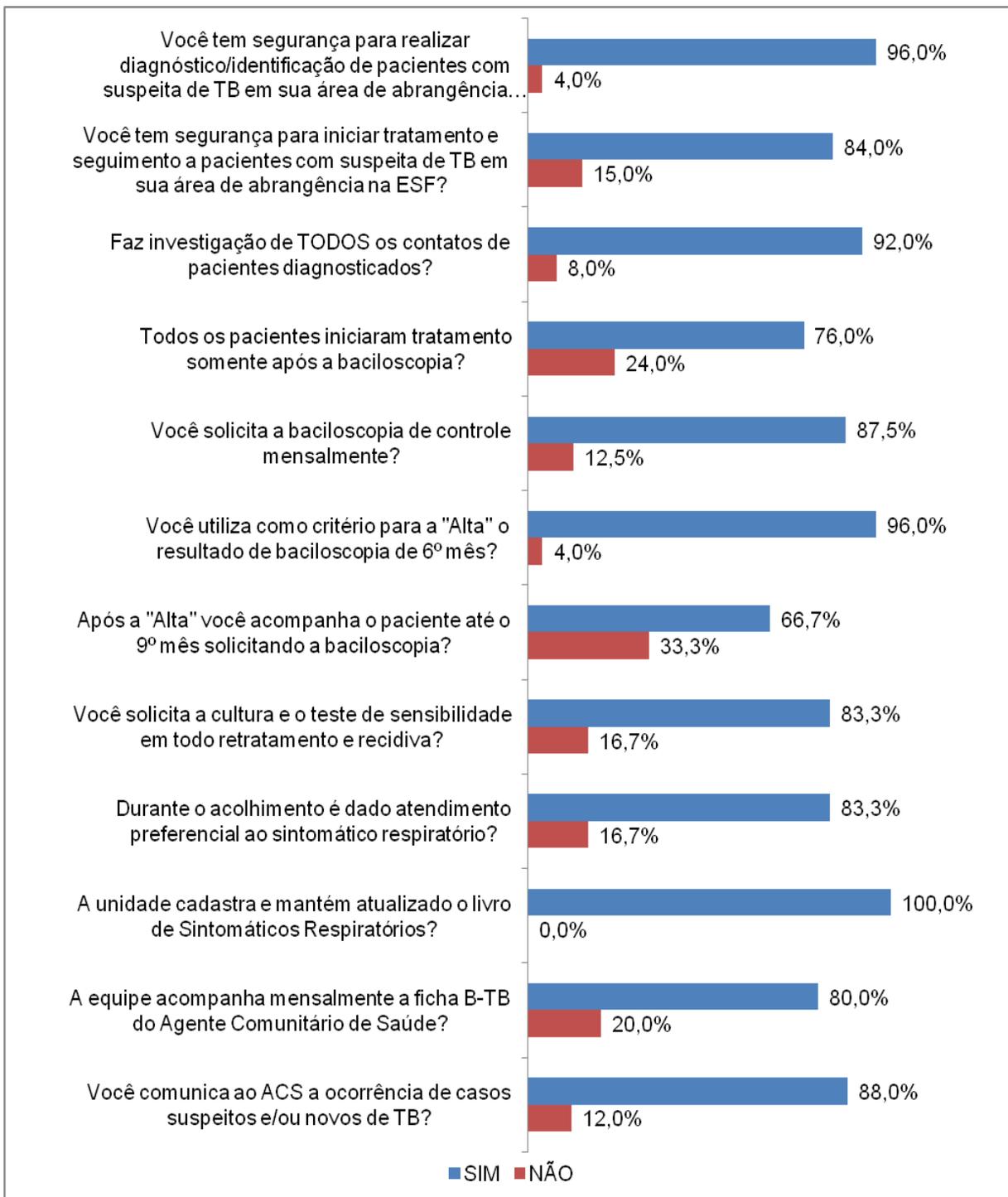
Com relação a sentir-se seguro para iniciar tratamento e seguimento em pacientes com suspeita de TB na sua área de abrangência, 84% dos profissionais responderam que sim e 15% responderam que não.

Após a descoberta de um caso novo de TB, foi perguntado se era realizado a investigação de todos os contatos. 92% dos profissionais afirmaram realizar esta investigação, enquanto que 8% responderam que não realizam a investigação de todos os contatos.

Dos profissionais entrevistados, 76% afirmaram que utilizam este critério para iniciar o tratamento de TB e 24% não utilizam.

Em relação à solicitação da baciloscopia de controle mensal, o resultado foi positivo para 87,5%, enquanto 12,5% não solicitam o exame de controle citado mensalmente.

Gráfico 2 – Habilidades relacionadas à abordagem da TB dos enfermeiros e médicos da ESF do Município de Itapipoca, Ceará, 2014



Fonte: Pesquisa de Campo

A utilização da baciloscopia do 6º mês, como critério de alta, é utilizada por 96% dos profissionais enquanto 4% referiram não utilizar este critério.

Obeve-se como resposta que 66,7% dos profissionais, afirmaram seguir esta orientação do MS e 33,3% não realizam este acompanhamento.

Em casos de pacientes que necessitam de retratamento ou que são recidivantes, os profissionais afirmaram solicitar cultura e teste de sensibilidade para iniciar novo tratamento em 83,3% dos casos e 16,7% relataram não solicitar tais exames.

No que concerne ao acolhimento preferencial ofertado na unidade ao SR, 83,3% dos profissionais confirmam a realização desta ação e 16,7% não realizam.

Relativo à utilização do livro de SR, 100% dos profissionais afirmam que cadastram e mantêm atualizado o registro no livro.

O acompanhamento mensal da ficha B-TB do ACS pelo respectivo médico e enfermeiro da área, é realizado por 80% dos profissionais, enquanto 20% não realizam esta ação.

A comunicação dos profissionais médico e enfermeiro para o ACS sobre a ocorrência de casos suspeitos e/ou novos de TB acontece em 88% dos casos contra 12% não realizam esta informação.

A tabela 8 traz as habilidades relacionadas à abordagem da TB realizada por enfermeiros e médicos da ESF de Itapipoca.

A busca ativa de sintomáticos respiratórios é realizada por 92,3% dos profissionais e 7,7% afirmam não realizar.

Quando feita, a busca ativa de SR acontece com a seguinte frequência: em todos os atendimentos por 67% dos profissionais; em atendimentos programados/grupos por 25% e em campanhas por 8,3%.

A equipe citou a realização da educação em saúde voltada para TB nas seguintes oportunidades: sala de espera/acolhimento por 57,7% dos profissionais; em reuniões com a comunidade 15,4%, outros por 7,7% e 19,2% não realizam.

Sobre o responsável pela notificação da TB na ESF, 4% dos profissionais entendem que é uma função do médico, 76% que é papel do enfermeiro e 20% que é função tanto do médico como do enfermeiro.

A visita domiciliar realizada ao paciente em tratamento de TB é praticada por 82,6% dos profissionais, enquanto 17,4% não realizam.

Quando realizada, a visita domiciliar ao paciente com TB, a periodicidade informada foi: se necessário 60%, mensal 35% e a cada três meses por 5%.

Tabela 8 – Continuação das habilidades relacionadas à abordagem da TB dos enfermeiros e médicos da ESF do Município de Itapipoca, Ceará, 2014

	f	%
Q11. Você realiza busca ativa dos sintomáticos respiratórios?		
SIM	24	92,3
NÃO	2	7,7
Q12. Se sim, com que frequência realiza?		
Em todos os atendimentos	16	67
Em atendimento programados/grupos	6	25,0
Em campanhas	2	8,3
Q13. A equipe realiza educação em saúde voltada para tuberculose em que oportunidade?		
Sala de espera/acolhimento	15	57,7
Em reuniões com a comunidade	4	15,4
Outros	2	7,7
Não realiza	5	19,2
Q20. Quem é responsável pela notificação na Equipe de Saúde da Família?		
Médico	1	4,0
Enfermeiro	19	76,0
Médico e Enfermeiro	5	20,0
Q21. É realizada visita domiciliar ao paciente em tratamento de tuberculose?		
SIM	19	82,6
NÃO	4	17,4
Q21b. Se sim, qual a periodicidade?		
Se necessário	12	60,0
Mensal	7	35,0
A cada três meses	1	5,0
Q22. É realizado TDO (tratamento diretamente observado) na sua equipe aos pacientes com tuberculose?		
Sim para todos	12	50,0
Sim para os resistentes	5	20,8
Raramente	6	25,0
Não realiza	1	4,2

Fonte: Pesquisa de Campo

Sobre a realização de TDO, os profissionais informaram que acontece em todos os pacientes por 50%, apenas para os resistentes por 20,8%, raramente por 25% e que não é realizado por 4,2%.

5.5 Dados referentes aos resultados alcançados na detecção da TB

A Tabela 9 traz os resultados informados pelos ACS do município de Itapipoca, conforme descrito a seguir:

Sobre o número de casos estimados ao mês para sua microárea, 77,3% afirmaram ter conhecimento deste quantitativo e 22,7% desconhecem o mesmo.

Em relação ao número de pacientes que são acompanhados por sua microárea, 84,8% responderam que nenhum pacientes está em acompanhamento, 12% disseram que possuem de um a dois, 2,2% de três a quatro e 1,1% possuem cinco ou mais casos em acompanhamento.

O conhecimento do número de SR a identificar mensalmente na sua microárea, foi afirmado por 72% dos ACS e 28% desconhecem este dado.

O número médio de SR identificados foi informado: nenhum por 41,9% dos ACS, um a dois por 38,4%, três a quatro por 17,4%, cinco ou mais por 2,3%.

Com relação ao sexo dos pacientes diagnosticados com TB, os ACS informaram ter observado que 84,1% são do sexo masculino, 12,5% do feminino e 3,4% informaram ser igual à distribuição de casos por sexo na sua microárea.

Com relação à raça dos pacientes diagnosticados com TB, os ACS informaram ter observado que 8,9% são brancos, 12,2% negros, 75,6% pardos e outros 3,3%.

As principais dificuldades citadas pelos ACS para trabalhar TB foram: falta de capacitação/atualização 38,4%; falta de material no laboratório 32,3%; área descoberta 49,5%; não saber para onde encaminhar o paciente 5,1%; não saber orientar a tomada de medicação 2% e outros 9%.

As principais dificuldades citadas para levar o paciente a UBS foram: fatores culturais com 21,2%; associação da tosse ao fumo 26,3%; preconceito 66,7%; receio em relação ao sigilo do diagnóstico na UBS 45,5%; horário de trabalho do paciente 17,2% e outros por 8,1%.

Tabela 9 – Resultados informados pelos ACS das ESF do Município de Itapipoca, Ceará, 2014

	f	%
Q17. Você tem conhecimento do número de casos de tuberculose estimados ao mês para sua microárea?		
SIM	75	77,3
NÃO	22	22,7
Q18. Atualmente, quantos pacientes com tuberculose são acompanhados por sua microárea?		
Nenhum	78	84,8
Um a dois	11	12,0
Três a quatro	2	2,2
Cinco ou mais	1	1,1
Q19. Você tem conhecimento do número de sintomáticos respiratórios a identificar no mês na sua microárea?		
SIM	67	72,0
NÃO	26	28,0
Q20. Qual o número médio de sintomáticos respiratórios identificados por mês?		
Nenhum	36	41,9
Um a dois	33	38,4
Três a quatro	15	17,4
Cinco ou mais	2	2,3
Q21. Durante a sua atuação como ACS, dos casos diagnosticados você observa que a maioria é:		
Homens	74	84,1
Mulheres	11	12,5
Igual	3	3,4
Q22. Durante a sua atuação como ACS, dos casos diagnosticados você observa que a maioria é:		
Branços	8	8,9
Negros	11	12,2
Pardos	68	75,6
Outros	3	3,3
Q23. Quais são as suas principais dificuldades?*		
Falta de capacitação/atualização	38	38,4
Falta de material no laboratório	32	32,3
Área descoberta	49	49,5
Não saber para onde encaminhar o paciente	5	5,1
Não saber como orientar a tomada da medicação	2	2,0
Outros	9	9,1
Q25. Quais as maiores dificuldades em levar o paciente para a UBS?*		
Fatores culturais	21	21,2
Associação da tosse ao fumo	26	26,3
Preconceito	66	66,7
Receio em relação ao sigilo do diagnóstico na UBS	45	45,5
Horário de trabalho do paciente	17	17,2
Outros	8	8,1

* O entrevistado poderia responder mais de um item.

Fonte: Pesquisa de Campo.

A Tabela 10 traz os resultados informados pelos médicos e enfermeiros do município de Itapipoca.

Tabela 10 – Resultados informados pelos médicos e enfermeiros das ESF do Município de Itapipoca, Ceará, 2014.

	f	%
Q27. A equipe tem conhecimento do número de casos de TB estimados ao mês na sua área?		
SIM	19	79,2
NÃO	5	20,8
Q28. Atualmente quantos pacientes com tuberculose são acompanhados por sua ESF?		
Nenhum	9	36,0
Um a dois	9	36,0
Três a quatro	5	20,0
Cinco ou mais	2	8,0
Q29. A equipe tem conhecimento do número de sintomáticos respiratórios a identificar do mês?		
SIM	18	72,0
NÃO	7	28,0
Q30. Qual o número médio de baciloscopias solicitadas por sua equipe em sintomáticos respiratórios por mês?		
Um a dois	13	56,5
Três a quatro	6	26,1
Cinco ou mais	4	17,4
Q31. Com que frequência a equipe de saúde realiza planejamento para ações de tuberculose?		
Mensal	2	8,7
A cada dois meses	1	4,3
A cada três meses	4	17,4
A cada seis meses	9	39,1
Não realiza	7	30,4
Q32. Quais são as principais dificuldades da equipe para abordagem/diagnóstico?*		
Falta de capacitação/atualização	7	30,4
Descontinuidade de insumos laboratoriais	8	34,8
Área descoberta	16	69,6
Definição do fluxo de acompanhamento	5	21,7
Outros	4	17,4
Q34. Quais as maiores dificuldades em levar o paciente para a UBS?*		
Fatores culturais	16	66,7
Associação da tosse ao fumo	10	41,7
Preconceito	11	45,8
Receio em relação ao sigilo do diagnóstico na UBS	5	20,8
Horário de trabalho	3	12,5
Outros	6	25,0

* O entrevistado poderia responder mais de um item.

Fonte: Pesquisa de Campo.

Sobre o número de casos estimados ao mês para sua área, 79,2% afirmaram ter conhecimento deste quantitativo e 20,8% desconhecem o mesmo.

Em relação ao número de pacientes que são acompanhados por sua área, 36% responderam que nenhum paciente está em acompanhamento, 36% disseram que possuem de um a dois, 20% de três a quatro e 8% possuem cinco ou mais casos em acompanhamento.

O conhecimento do número de SR a identificar mensalmente na sua área, foi afirmado por 72% dos ACS e 28% desconhecem este dado.

O número médio mensal de baciloscopias solicitadas pela equipe em pacientes SR foi de um a dois para 56,5% dos profissionais, três a quatro para 26,1% e cinco ou mais para 17,4%.

A frequência com que a equipe de saúde realiza planejamento para ações de TB, acontece mensalmente para 8,7% dos profissionais, a cada dois meses para 4,3%, a cada três meses para 17,4% a cada seis meses para 39,1% e não é realizado por 30,4%.

As principais dificuldades citadas pelos enfermeiros e médicos para a abordagem/diagnóstico da TB foram: falta de capacitação/atualização 30,4%; descontinuidade de insumos laboratoriais por 34,8%; área descoberta 69,6%; definição do fluxo de acompanhamento em 21,7%; e outros 17,4%.

As principais dificuldades citadas para levar o paciente a UBS foram: fatores culturais com 66,7%; associação da tosse ao fumo 41,7%; preconceito 45,8%; receio em relação ao sigilo do diagnóstico na UBS 20,8%; horário de trabalho do paciente 12,5% e outros por 25%.

6 DISCUSSÃO

Pode-se observar que em todos os anos do estudo, a zona urbana superou a zona rural na detecção de casos. O comportamento das equipes não foi uniforme. Algumas equipes conseguiram encontrar os casos de TB estimados, outras chegaram bem próximo ao número programado, e houve ainda as que superaram essa meta; no entanto, 22 equipes não foram exitosas.

A ocorrência predominante de indivíduos que adoeceram, entre os residentes na zona urbana em relação à zona rural, também foi encontrada em outros estudos, como os de Barbosa *et al.* (2013) e de Mascarenhas; Araújo e Gomes (2005).

Já Levino e Oliveira (2007) relataram que a área rural foi a mais afetada em seu estudo que trata da TB em um município da região Norte, composto em parte por população indígena, e relaciona esse resultado ao incremento das notificações após a implantação do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI).

O desempenho positivo dessas equipes pode ser relativo ao cálculo subestimado da meta, que utiliza por base a população e o cenário em estudo traz áreas descobertas de ACS. Outra possibilidade é o atendimento de pacientes de outras áreas, ou ainda a equipe possuir um trabalho mais específico priorizando ações do programa de TB. A realização do trabalho de mobilização social e educação em saúde são pontos que merecem destaque e podem estar associados com tais resultados.

Por outro lado, foram encontradas equipes que não obtiveram resultados satisfatórios. Algumas situações devem ser consideradas no caso dessas equipes, como a extensa área descoberta, atendimento excessivo de livre demanda, falta ou irregularidade na permanência do profissional médico, ausência ou desconhecimento de um fluxo intramunicipal para os pacientes de TB e ainda profissionais pouco sensibilizados ou capacitados para a abordagem de pacientes com TB. Limitação ou ausência de atividades, como mobilização da comunidade e educação em saúde, não podem, todavia, ser descartadas.

Vale ressaltar que tanto o desempenho positivo quanto o negativo, esteve distribuído nas zonas rural e urbana, não estando ligado diretamente com a zona em que a equipe atua, contudo, a zona urbana alcançou melhores resultados.

De acordo com Mota e David (2010), o ACS é um trabalhador que provém das classes populares e que possui características próprias, considerando-se que trabalha e atua na comunidade em que reside, funcionando então como um elo entre as famílias e o serviço de saúde.

No estudo de Mota e David (2010), acima citado, o sexo feminino também foi dominante. Relatam que o trabalho de ACS é reconhecidamente associado ao trabalho doméstico feminino, com uma inclinação historicamente voltada para o cuidado em saúde e mencionando ainda que essa predominância acontece em todo o País. Ainda de acordo com esses autores, houve a percepção de que o ACS homem tende a ser visto como 'um profissional', enquanto a ACS mulher é percebida pela comunidade como 'uma amiga'.

Tal resultado assemelha-se com os desta pesquisa em que o sexo predominante foi o feminino, com 94,8%, contra apenas 5,2% do masculino; e da mesma forma, considera-se a possibilidade referente à visão dos ACS pela comunidade.

No tocante à atividade desenvolvida pelos ACS sobre TB, espera-se que esse profissional seja capaz de identificar na comunidade, por meio de visitas domiciliares, indivíduos que apresentem tosse por três semanas ou mais (sintomático respiratório) e encaminhá-los aos serviços de saúde para pesquisa de tuberculose (busca ativa), além de orientar a família e a comunidade, acompanhar a tomada dos medicamentos pelos pacientes (tratamento supervisionado) e organizar reuniões com os membros da comunidade (MACIEL *et al.*, 2008).

Na população estudada, o item referente à escolaridade do ACS chama a atenção, já que 78,9% possuem segundo grau completo, e até foram encontrados ACS que ingressaram no terceiro grau, deste modo que 8,9% concluíram a graduação e 3,3% estavam com o curso em andamento. Associa-se este resultado ao fato de serem disponíveis no município de Itapipoca várias cursos de nível superior. Ressalte-se que a Lei Nº 11.350/06 exige, minimamente, que os candidatos possuam o ensino fundamental e a realidade do estudo mostra que o ACS vem buscando um aumento expressivo da sua escolaridade.

Mota e David (2010) salientam que o Brasil passa por uma transição da escolaridade da população, como consequência também de uma transição demográfica e comparam a escolaridade desses ACS ao início da profissão e sua

escolaridade atual, na qual há uma considerável elevação do grau de instrução, contudo permanecem na profissão, como assim descrevem:

Verificamos que houve ampliação em todas as faixas de escolaridade e parece haver um desejo de continuar na área da saúde, que ainda é uma área de boa empregabilidade. Além disso, ao se tornar parte integrante da equipe de Saúde da Família, o ACS passa a ter acesso a um saber técnico-científico, através de treinamentos e da convivência com outros profissionais da equipe. O ACS é um cidadão pertencente à comunidade que passa a integrar as equipes de saúde, sem trazer qualquer bagagem cultural ou técnica pertinentes a esta área (BACHILLI; SCAVASSA; SPIRI, 2008). Essa nova experiência de trabalho, de informações, pode contribuir para que busquem alternativas de profissionalização (MOTA E DAVID, 2010).

Maciel *et al.* (2008) avaliaram o conhecimento que o ACS possui sobre os principais sintomas da tuberculose. Verificou-se que a febre foi aquele mais presente nas respostas apresentadas (62,9%); seguido da tosse por mais de três semanas (26,7%), mesmo este deste modo o sintoma mais característico da TB. O emagrecimento foi identificado por (33,3%) e apenas (11,4%) foram capazes de relacionar todos os três sintomas. Em relação à forma de transmissão, (47,6%) desses asseguram possuir tal conhecimento; o *M. tuberculosis*, agente etiológico da tuberculose, foi reconhecido por menos da metade dos ACS (47,6%). Um percentual ainda menor foi obtido na compreensão do termo “sintomático respiratório”, em que apenas (2,9%) responderam corretamente a este questionamento, de acordo com a autora supracitada. Pontua-se como limitação do presente estudo não colher essa informação que, sem dúvida, seria de suma importância para o fortalecimento PCT na esfera municipal.

Como visto no caso acima, este trabalho é limitado quanto ao aspecto do conhecimento dos ACS, podendo ser investigado em estudos futuros que buscariam com mais objetividade compreender o que foi fixado pelos mesmos após as capacitações, assim como a habilidade de aplicar na sua prática profissional.

Com relação ao tempo de exercício na ESF, um quantitativo expressivo (70,4%) atua há mais de dez anos, condição que reforça a ideia de Mota e David (2010) citada anteriormente sobre a permanência do ACS na área da saúde. Há ainda o fato destes possuírem o *status* de funcionário público.

No estudo de Garbin *et al.* (2011), 47,5% dos ACS trabalham num período compreendido entre um a cinco anos e 31,2% operam há mais de dez anos.

Ainda na visão de Maciel *et al.* (2008), observa-se que o tempo de atividade mostra-se um fator importante na proporção de respostas corretas para algumas questões. Diferenças significativas ($p < 0,05$) foram observadas no reconhecimento do emagrecimento como sintoma da tuberculose, do exame de escarro como método diagnóstico, do conceito de “tratamento supervisionado” e no conhecimento de, ao menos, uma medicação utilizada no tratamento dos pacientes. Os que estavam há mais tempo na profissão possuíam um nível maior de compreensão em torno da doença e ressaltam ainda:

Destaca-se a influência do tempo de serviço como agente comunitário de saúde sobre as ações desenvolvidas por este no controle da doença, com um aumento significativo ($p < 0,05$) na capacidade de oferecer orientações ao paciente com tuberculose sobre a doença, bem como incremento no número de instruções e condutas que são passadas aos contactantes dos casos (MACIEL *et al.*, 2008).

Foi concluída em junho de 2014 uma seleção pública, para a admissão de 179 novos ACS, no município de Itapipoca, realizada pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), de acordo com o disposto na Lei Nº 11.350/06, visando a ampliar para 100% a cobertura de ACS que em abril de 2014 era de 50,12%, de conformidade com a estimativa do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS), além de formação de cadastro de reserva para suprir desistências e possíveis aposentadorias (CEARÁ, 2015).

Com relação à área de trabalho, 74% dos ACS residem e atuam na zona rural, enquanto os 26% restantes estão na zona urbana. Gomes *et al.* (2009) descrevem da mesma que forma que 45,4% dos ACS atuam na zona urbana, 18,2% na rural e 36,4% servem nas zonas urbana e rural.

Com respeito aos profissionais médicos e enfermeiros participantes do estudo, observou-se que os atuantes há menos de dois anos, foram contratados pelo município na gestão iniciada em 2013. Estes representavam 35,3% dos enfermeiros e 20% dos médicos. Os que atuavam no município entre dois e cinco anos, também possuíam um vínculo contratual, podendo tal vínculo ter acontecido na gestão municipal atual ou na anterior, já que o último concurso público ocorrido no município foi em 2006 e que os profissionais admitidos nessa oportunidade, se enquadrariam nos períodos entre cinco e dez anos, 35,3% dos enfermeiros e 60%

dos médicos; e maior que dez anos, apenas enfermeiros com 5,9% desses e nenhum médico.

O estudo de Ferrari, Thomson e Melchior (2005) sobre o perfil dos médicos e enfermeiros de Londrina-PR relata que, quanto ao tempo de atividade em UBS, aproximadamente 60% dos médicos e apenas 37% dos enfermeiros tinham mais de cinco anos. Em relação ao tempo de trabalho dos médicos, tal estudo se assemelha a este, já que em ambos foi de 60% para o item ação maior que cinco anos na ESF. Em relação aos profissionais, o estudo sobre Londrina aponta que a maioria dos enfermeiros (80,9%) e mais da metade dos médicos (56,1%) tinham mais de dois anos de trabalho na Saúde da Família. Na realidade de Itapipoca, a maioria dos enfermeiros (64,7%) possui vínculo até cinco anos na ESF.

Em Itapipoca, o tempo de graduação foi menor que cinco anos para 18,8% dos enfermeiros e 16,7% dos médicos. Os que estão graduados há um período entre cinco e dez anos foram de 75% dos enfermeiros e 33,3% dos médicos. Ferrari, Thomson e Melchior (2005), constataram que 62,2% dos médicos e cerca de 46% dos enfermeiros tinham mais de nove anos de tempo de profissão.

Como reportado, observou-se ainda que o profissional enfermeiro está igualmente distribuído entre as zonas urbana e rural. Já o profissional médico está mais presente na zona urbana (57,1%) do que na zona rural (42,9%).

No estudo de Maciel *et al.* (2008), os resultados indicaram a falta de treinamento específico sobre a TB, em virtude de distorções nas informações apresentadas, apontando a necessidade de investigação sobre a formação de tal conhecimento.

No presente estudo, é bem elevado o quantitativo de profissionais que efetivaram treinamento para a abordagem de pacientes com TB, divergindo do estudo de Maciel *et al.* (2008), conforme citado anteriormente; entretanto, em sua maioria, os treinamentos foram realizados com carga horária pequena (< 20h); não foi investigado neste estudo, a captação do conhecimento em tais treinamentos.

Foi afirmado pelos ACS que os treinamentos disponibilizados foram realizados no território municipal e já os profissionais de nível superior listaram outras oportunidades de treinamento fora do município de Itapipoca, como o Centro de Saúde Dona Libânia, a ESP-CE, ambos localizados em Fortaleza, e ainda cursos em EAD (Educação à Distância).

Sobre o tempo decorrido desde o último treinamento, observou-se que os cursos ofertados aos ACS foram mais recentes que a oferta dos mesmos para os profissionais de nível superior.

SÁ *et al.* (2011) afirmam que os profissionais participantes do estudo, com relação à qualificação, revelaram, em sua maioria, a dificuldade para participar de qualificações sobre TB, o que os limita tecnicamente para desenvolver as ações preconizadas pelo PCT. Em Itapipoca, observou-se uma maior oferta de tais qualificações conforme descrito na Tabela 8. Aqueles autores contextualizam da seguinte forma:

Verifica-se que, no município, ainda é incipiente a política de qualificação em TB para os profissionais das ESFs, fato que representa importante ameaça à eficácia da estratégia DOTS, podendo, inclusive, alterar o perfil epidemiológico da doença no município. No entanto, vale ressaltar que apenas favorecer a inclusão desses profissionais nos processos de qualificação, disponibilizando mais vagas, não vai resolver o problema da TB, uma vez que a formação em saúde tem sido pautada no modelo flexneriano, fragmentado e centrado nos aspectos biológicos (SÁ *et al.*, 2011).

Sobre a identificação de pacientes com suspeita de TB, a grande maioria dos ACS declarou ter segurança e ainda praticar busca ativa de SR, em todas as visitas, encaminhar todos os contatos de pacientes diagnosticados para a UBS, acompanhar a realização da baciloscopia do paciente em tratamento e dos casos suspeitos de TB, cadastrar e manter atualizada a ficha B-TB, cumprir visita domiciliar ao paciente com TB deste modo a frequência classificada como não se aplica e praticar TDO para todos os pacientes em tratamento.

Sobre os resultados informados pelos ACS participantes do estudo, relatam eles ter conhecimento do número de casos e SR estimados para o mês em sua microárea, porém, no momento, a maioria assinala não ter pacientes em acompanhamento e não ter identificado nenhum SR. Foi dito pelos mesmos que a TB geralmente acomete homens pardos.

Observa-se que, de acordo com os ACS participantes, não existe relação direta entre conhecer o número de SR a identificar e os que realmente foram encontrados, pois grande parte desses afirma não ter casos identificados. Uma grande quantidade de ACS relata ter sido treinada recentemente, mas não foi objeto deste estudo compreender como este saber foi absorvido e posto em prática.

No estudo de Scatolin *et al.* (2014), identificou-se que 55% dos ACS sempre participaram de treinamentos sobre TB, deste modo que 61% referiram sempre ter preparo para desenvolver ações de BSR, 79% dos ACS reportaram sempre ter preparo para orientar sobre TB e 65% dos ACS referiram sempre ter preparo para orientar coleta de escarro.

Os autores supracitados relatam ainda sobre os ACS, que foi observado fragilidade na investigação da tosse nas visitas domiciliares, contudo, apresentaram escores satisfatórios na identificação dos SR de TB na comunidade e nos serviços de saúde e na investigação a partir dos casos-índice. Tais dados convergem com os resultados encontrados no presente estudo, conforme descrito acima.

A frequência classificada como não se aplica pode se referir ao fato de não existirem pacientes em tratamento em determinadas microáreas, consoante descrito na Tabela 8, algo curioso já que foi tão alto o número de ACS que afirmaram ter segurança em identificar casos suspeitos de TB, assim como foi positivo o comportamento respondido sobre as demais habilidades relacionadas à abordagem de TB.

Tal fato pode estar relacionado ao modelo instituído sobre a realização dos treinamentos de, ainda voltados às discussões mais clássicas do processo de adoecimento por TB, como os sinais e sintomas da doença, ressaltando a predominância do modelo biomédico na área da saúde e uma centralização dos treinamentos, com pouco ou nenhum retorno aos ACS, o que pode ser um dos elementos que favorecem as dificuldades quanto aos indicadores discutidos aqui (SCATOLIN *et al.*, 2014).

Dos profissionais de nível superior participantes da pesquisa, a maioria afirmou ter segurança para efetivar diagnóstico/identificação de pacientes com suspeita de TB em sua área de abrangência, possuir segurança para iniciar tratamento e seguimento a pacientes com TB em sua área de abrangência, investigar contatos dos pacientes diagnosticados, solicitar baciloscopia para início de tratamento, de controle mensal e como critério para a alta do 6º mês e acompanhar o paciente após a alta até o 9º mês com a solicitação da baciloscopia, conforme descrito no Gráfico 2.

Ainda sobre as habilidades relacionadas à abordagem de TB pelos profissionais médico e enfermeiro, estes, buscam os SR em todos os atendimentos, realizando educação em saúde voltada para a TB em sala de espera/acolhimento,

deste modo o enfermeiro o profissional responsável pela notificação, realizando visita domiciliar para o paciente em tratamento para TB, com a periodicidade se necessário e a realização de TDO para todos os pacientes em tratamento.

Informam ainda terem conhecimento do número de casos de TB estimados ao mês na sua área, porém, não possuem casos em tratamento e quando possuem este número é de um a dois casos, tem conhecimento do número de sintomáticos respiratórios a identificar no mês, solicitam em média de uma a duas baciloscopias para os SR por mês e realizam planejamento para as ações de TB a cada seis meses ou não realizam.

É importante também ressaltar que outra pesquisa realizada em Vitória-ES por Maciel *et al.* (2009) identificou que os enfermeiros e médicos possuem conhecimento suficiente sobre a tuberculose, no entanto, os resultados apontaram que não é o conhecimento, mas outros fatores os responsáveis pela manutenção desses índices da doença na região.

Maciel *et al.* (2009) mostram que os enfermeiros e médicos possuem conhecimento suficiente para reduzir os índices da TB, porém, sem dispensar o contínuo estudo e capacitação dos mesmos para possam prestar melhores serviços e contribuir para uma melhoria da qualidade de vida da população. Entretanto, fica claro que não é o conhecimento, mas outros fatores os responsáveis pela manutenção destes índices.

No presente estudo, a hipótese relativa ao conhecimento dos médicos e enfermeiros ser suficiente para reduzir os índices da TB é relatada pelos próprios profissionais na oportunidade do preenchimento do questionário. Quando tais informações são confrontadas com os resultados alcançados pelo município no período em estudo, as informações são divergentes, já que se repete nos quatro anos a baixa detecção da TB em Itapipoca. Outros fatores podem estar associados, como descrito anteriormente, mas sobre o conhecimento dos profissionais este estudo diverge do citado por Maciel *et al.* (2009).

Scatolin *et al.* (2014) reforçam a proposta da Educação Permanente em Saúde (EPS) como imprescindível para a qualificação das equipes dos serviços de saúde, organizados em razão das necessidades de saúde da população e, no tocante ao controle da TB, chama para responsabilidade todos os atores envolvidos na problemática do território (gestão, ensino, serviço e controle social), podendo definir claramente a melhor estratégia de enfrentamento do seu problema.

Em casos de retratamento e recidiva, recomenda-se a solicitação do teste de cultura e sensibilidade que foi seguida pelos profissionais e que afirmaram praticar acolhimento preferencial ao SR, mantiveram atualizado o livro de SR, acompanharam mensalmente a ficha B-TB do ACS e comunicaram ao ACS a ocorrência de casos suspeitos e/ou novos de TB.

Dessa forma, 11,8% das fichas preenchidas pelos ACS não passam por qualquer supervisão, não deste modo utilizados tais dados no planejamento, monitoramento e avaliação do PCT da unidade.

Soma-se a este fato que 12% dos profissionais de nível superior não comunicam ao seu respectivo ACS a ocorrência de casos novos e/ou suspeitos, fragilizando ainda mais o fluxo da informação e acompanhamento destes dados.

Conforme descrito em Brasil (2009), o MS recomenda, em todos os casos de retratamento por recidiva ou retorno após abandono, a solicitação de cultura, identificação e teste de sensibilidade antes de iniciar o tratamento e ainda que a baciloscopia direta do escarro seja o método prioritário, permitindo descobrir a fonte mais importante de infecção, que é o doente bacilífero, podendo detectar de 70-80% dos casos de TB. Trata-se de um método simples e seguro, devendo ser realizado por todos os laboratórios e ser indicada para todos os sintomáticos respiratórios, com ênfase, para realização em pacientes que apresentem alterações pulmonares na radiografia de tórax além dos contatos de tuberculose pulmonar bacilíferos.

Segundo preconiza o MS, a baciloscopia é utilizada também para acompanhar a evolução bacteriológica do paciente pulmonar, inicialmente positivo, durante o tratamento com realização preferencialmente mensal e, obrigatoriamente, ao término do segundo, quarto e sexto meses de tratamento. Para o diagnóstico, a coleta deverá ser de duas amostras de escarro: uma por ocasião da primeira consulta, e a segunda na manhã do dia seguinte. Ressalta ainda o MS que o exame diagnóstico de escolha para pacientes com TB é a baciloscopia no escarro, por ser eficaz, acessível e segura. Conforme descrito acima, este estudo está alinhado com as recomendações do MS.

Os ACS relatam como principais dificuldades a extensa área descoberta, a falta de capacitação/atualização, a carência de material no laboratório; sobre as dificuldades encontradas para levar o paciente até a UBS, foi citado o preconceito, o receio em relação ao sigilo do diagnóstico na UBS, seguido da associação entre a tosse e o fumo.

Já médicos e enfermeiros citaram como principais dificuldades referentes à abordagem/diagnóstico: as áreas descobertas, a descontinuidade de insumos laboratoriais, seguido da falta de capacitação/atualização; as maiores dificuldades citadas para levar o paciente para a UBS foram os fatores culturais, o preconceito e a associação da tosse ao fumo.

Os problemas relatados se repetem com alternância apenas na ordem que foram elencados, mas são bastante visíveis por todas as categorias. Um fato que deve ser pensado se refere à atividade de “supervisão” do enfermeiro para as atividades dos ACS, condição que pode fortalecer ou fragilizar as ações de controle da TB no cenário local.

Para Scatolin *et al.* (2014), 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, no qual a atividade em TB se configure como um processo vinculado à vigilância em saúde, não apenas em atividades pontuais de cunho campanhista.

Maciel *et al.* (2008) relataram que os ACS, incorporados a diversos programas de saúde, como o combate à dengue, a saúde do idoso e a saúde materno-infantil, e desempenhando com eficiência uma série de atividades, em muitas outras circunstâncias os resultados não têm sido promissores, podendo ser tanto pela excessiva carga de atividades, quanto a deficiências nos processos de seleção, treinamento e supervisão, apontando a possibilidade de que as oportunidades idealizadas inicialmente no processo de integração dos agentes comunitários de saúde ao controle da tuberculose não estejam se concretizando.

Maciel *et al.* (2009) trazem como um dos pontos de destaque, que “a maior parte dos profissionais dedicam seu tempo em atendimentos agendados nas unidades, o que dificulta a busca ativa de casos por parte destes profissionais”.

7 CONCLUSÃO

Há fortes evidências de que o atual modelo de organização do PCT no âmbito municipal apresenta fragilidades que resultam na baixa detecção da TB no município de Itapipoca.

Das 26 equipes estudadas no período de 2009 a 2012, apenas quatro obtiveram êxito na detecção dos casos de TB programados no referido período, duas equipes da zona urbana e duas da rural, sendo a urbana a zona que detectou o maior número de casos.

Observou-se que dentre os ACS, o perfil que predominou foi o do sexo feminino, com segundo grau completo, que atuam na ESF há mais de 10 anos, além de residir e executar suas atividades na área rural, treinados há mais de três anos.

Os enfermeiros atuam na ESF num período entre dois e 10 anos, graduados de cinco a 10 anos, agem igualmente divididos entre as zonas urbana e rural. Já os médicos, trabalham na ESF de cinco a 10 anos, graduados a mais de 10 anos e executam suas atividades na zona urbana. Estas duas categorias foram treinadas há mais de três anos para a abordagem de pacientes com TB.

Na prática dos ACS, observou-se que estes foram treinados recentemente e sente-se seguros para identificar suspeitos de TB, estimar casos e buscá-los de forma ativa em todas as visitas, encaminhar contatos de pacientes diagnosticados para a UBS, acompanhar a realização da baciloscopia para diagnóstico e segmento dos casos suspeitos de TB, cadastrar e manter atualizada a ficha B-TB, cumprir visita domiciliar com TDO para pacientes em tratamento, porém o desempenho das ESF diverge de tais informações.

Já médicos e enfermeiros têm segurança para efetivar diagnóstico, iniciar tratamento, conduzir pacientes com suspeita/diagnóstico de TB, investigar contatos, solicitar baciloscopia para diagnóstico, controle, como critério para a alta no 6º mês, acompanhar após a alta até o 9º mês, buscar SR nos atendimentos, realizar educação em saúde, visitar em domicílio o paciente em tratamento quando necessário, realizar TDO para todos os pacientes em tratamento e fixar como responsabilidade do enfermeiro a notificação de casos novos. Mais uma vez o relato é divergente quando comparado ao desempenho das ESF.

As principais dificuldades declaradas referem-se à extensa área descoberta, a falta de capacitação/atualização, a descontinuidade de insumos laboratoriais; o preconceito e o receio em relação à TB, o sigilo do diagnóstico e a associação entre a tosse e o fumo.

Os limites encontrados em relação à infraestrutura, educação em saúde e supervisão contribuem para pouca valorização das práticas de TB, tornando vulneráveis as ações do PCT, contribuindo assim para a manutenção do problema e desafio para a Saúde Pública.

REFERÊNCIAS

ANDADRE, L. O. M., BARRETO, I. C. H. C., COELHO, L. C. A. A Estratégia saúde da Família e o SUS. In: ROUQUAYROL, M. Z. SILVA, M. G. C. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. p. 601-621.

BARBOSA, I. R.; PEREIRA, L. M. S.; MEDEIROS, P. F. M.; VALENTIM, R. S.; BRITO, J. M.; COSTA, Í. C. C. Análise da distribuição espacial da tuberculose no Nordeste do Brasil, 2005-2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**. [Online]., v.22, n. 4, p.687-695, dez. 2013. Acesso em: 22 jul. 2014. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000400015&lng=pt&nrm=iso>.

BARREIRA, D., GRANGEIRO, A. Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, Supl. 1, p. 4-8, set. 2011.

BERALDO, A. A. **Tempo de busca do primeiro serviço de saúde e o diagnóstico da tuberculose relacionado ao doente**. Ribeirão Preto, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Aperfeiçoamento em gestão da atenção primária à saúde**: Projeto AGAP. Brasília: CONASS, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema Nacional de Vigilância em Saúde**: relatório de situação: Ceará. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica**: protocolo de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2011f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**: especial tuberculose. v. 43. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família Disponível**. em: <<http://dab.saude.gov.br/dab/historicocoberturasf/historicocoberturasfrelatorio.php>>. Acesso em: 14 jan. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano estratégico para o controle da tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Casa Civil. Lei Nº 11.350/06, de 5 de outubro de 2006. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília: Ministério da Saúde. Acesso em: 27 jul. 2014.

CARDOZO-GONZALES, R. I.; COSTA; L. M.; PEREIRA, C. S.; PINHO, L. B.; LIMA L. M.; SOARES, D. M. D.; RODRIGUES, K. M. R.; KRONING, C. S. A tuberculose na estratégia de saúde da família: o conhecimento dos agentes comunitários de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 416-21, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/16982>>. Acesso em: 14 jan. 2014.

CASTRO, A. L. B. **A condução federal da política de atenção primária à saúde no Brasil**: continuidades e mudanças no período de 2003 a 2008. Rio de Janeiro, RJ, 2009. 215f. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Programa de Mestrado em Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009.

CEARA. Governo do Estado, **Boletim epidemiológico da tuberculose**. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde. Secretaria da Saúde do Estado do Ceara, 2013.

CEARA. Governo do Estado, **Processo seletivo público para Agente Comunitário de Saúde - ACS e Agente de Combate às Endemias - ACE para Itapipoca-CE – Edital 18/2014**. Escola de Saúde Pública do Ceará, 2015. Disponível em: <http://www.esp.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3304&Itemid=276>. Acesso em: 22 fev. 2015.

COELHO, C. M. A., ANDADRE, L. O. M. Implantação do Programa Saúde da Família sobre as ações dos Agentes Comunitários de Saúde – O caso de Sobral/CE. **Revista SANARE**. Ano V, n.1. jan./fev./mar. 2004.

CONDE, M. B., SOUZA, G. M., KRITSKI, A. L., **Tuberculose sem medo**. Disponível em: <<http://redetb.org/a-historia-da-tuberculose>>. Acesso em: 12 dez. 2012.

FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Estratégia da saúde da família: perfil dos médicos e enfermeiros, Londrina, Paraná. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 26, n. 2, p.101-108, jul./dez. 2005.

FERREIRA, A. C. G.; SILVA JUNIOR, J. L. R.; CONDE, M. B.; RABAHI, M. F. Desfechos clínicos do tratamento de tuberculose utilizando o esquema básico recomendado pelo Ministério da Saúde do Brasil com comprimidos em dose fixa combinada na região metropolitana de Goiânia. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 39, n. 1, fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132013000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jul. 2014.

FIGUEIREDO, T. M. R. M. *et al.* Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, Out. 2009.

FIGUEIREDO, E. N., **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS**. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2013.

GARBIN, A. J. I.; GARBIN, C. A. S.; MOIMAZ, S. A. S.; DINIZ, D. G. Ética e atuação profissional: percepção de Agentes Comunitários de Saúde. **Saúde, Ética & Justiça**, v. 16, n. 2, 2011.

GARCIA, N. R. **Prorural**: uma política previdenciária para o campo no governo Medici (1969-1973). Disponível em: <http://www.coc.fiocruz.br/jornada/images/Anais_Eletronico/nicole_garcia.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2013.

GIOVANELLA, L., MENDONÇA, M. H. M., ALMEIDA, P. F., ESCOREL, S., SENA M. C. M., FAUSTO, M. C. R. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, Jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2013.

GOMES, K. O., COTTA, R. M. M., CHERCHIGLIA, M. L., MITRE, S. M., BATISTA, R. S. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 4, p. 744-755, jan. 2009. ISSN 1984-0470. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29499>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

ITAPIPOCA. **Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)**. Itapipoca, 2011.

ITAPIPOCA. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Itapipoca, 2010.

LEVINO, A.; OLIVEIRA, R. M. Tuberculose na população indígena de São Gabriel da Cachoeira, Amazonas, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7 de Julho de 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000700026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jul. 2014.

MACIEL, E. L. N., VIEIRA, R. C. A., MILANI, E. C., BRASIL, M., FREGONA, G., DIETZE, R. O agente comunitário de saúde no controle da tuberculose: conhecimentos e percepções. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, Jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000600018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 ago. 2014.

MACIEL, E. L. N., VIEIRA, R. C. A., MILANI, E. C., BRASIL, M., FREGONA, G., DIETZE, R. O conhecimento de enfermeiros e médicos que trabalham na Estratégia de Saúde da Família acerca da tuberculose no município de Vitória (ES): um estudo de corte transversal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800012&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 18 ago. 2014.

MARQUIEVIZ, Janete *et al*. A Estratégia de Saúde da Família no controle da tuberculose em Curitiba (PR). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, Jan. 2013.

MASCARENHAS, M. D. M.; ARAUJO, L. M.; GOMES, K. R. O. Perfil epidemiológico da tuberculose entre casos notificados no Município de Piripiri, Estado do Piauí, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**. [Online]. v.14, n.1, p.7-14, mar. 2005,. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742005000100002&lng=pt&nrm=iso, Acesso em: 22 jul. 2014.

MOTA, R. R. A.; DAVID, H. M. S. L. A Crescente escolarização fazer Agente Comunitário de Saúde: UMA Indução do Processo de Trabalho?. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v 8, n.2, outubro de 2010. Disponível a partir do <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462010000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jul. 2014.

MOURÃO, M. P. G., LACERDA, M. V. G., SANTOS, M. C. **Tuberculose**. Disponível em: <<http://www.fmt.am.gov.br/manual/tuberculose.htm>>. Acesso em: 7 abr. 2013.

PESSALACIA, J. D., RIBEIRO, C. R. O. **Entrevistas e questionários**: uma análise bioética sobre riscos em pesquisa. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/112/202>. Acesso em: 27 nov. 13.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/internatorural/biblioteca.php>. Acesso em: 1º mar.2013.

ROSA, W. A. G., LABATE, R. C., Programa Saúde da Família: A construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n.6, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 abr. 2013.

SÁ, L. D., GOMES, A. L. C., NOGUEIRA, J. A., VILLA, T. C. S., SOUZA, K. M. J., PALHA, P. F. Intersetorialidade e não Vinculo Controle da tuberculose na Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000200022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 jul. 2014.

SCATOLIN, B. E., PINTO, E. S. G., ARCÊNCIO, R. A., ANDRADE, R. L. P., WYSOCKI, A. D., PONCE, M. A. Z., ARAKAWA, T., BERALDO, A. A., VILLA, T. C. S., PALHA, P. F. Busca de pacientes sintomáticos respiratórios: atuação do agente comunitário de saúde no controle da tuberculose em município de grande porte, Brasil. **Texto contexto -enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 2, Jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200261&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 18 ago. 2014.

SOUZA, M. F., HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & saúde coletiva para a sociedade**, Rio de Janeiro, n. 15, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Tabela 11 – Desempenho das ESF na detecção de casos novos de TB, no período de 2009 a 2012, Itapipoca-CE

	ESF- ZONA URBANA	2009					2010					2011					2012					TOTAL					INCIDÊNCIA			
		POPULAÇÃO	SR	CASOS ESPERADOS	CASOS NOVOS	META ALCANÇADA (%)	POPULAÇÃO	SR	CASOS ESPERADOS	CASOS NOVOS	META ALCANÇADA (%)	POPULAÇÃO	SR	CASOS ESPERADOS	CASOS NOVOS	META ALCANÇADA (%)	POPULAÇÃO	SR	CASOS ESPERADOS	CASOS NOVOS	META ALCANÇADA (%)	POPULAÇÃO	SR	CASOS ESPERADOS	CASOS NOVOS	META ALCANÇADA (%)		POPULAÇÃO	SR	CASOS ESPERADOS
ZONA URBANA	Boa Vista	4.466	45	3	1	33	4.472	45	3	1	33	4.406	44	3	1	33	4.386	44	3	1	33	17.730	177	12	4	33,3	22,6			
	Cacimbas	6.442	64	5	2	40	6.434	64	5	5	100	6.450	65	5	1	20	6.393	64	4	1	25	25.719	257	19	9	46,3	35,0			
	Centro	-	-	-	3	-	-	-	-	4	-	1.596	16	1	4	400	1.621	16	1	1	100	3.217	32	2	12	125,0	373,0			
	Coqueiro	2.978	30	2	-	-	2.978	30	2	2	100	2.947	29	2	2	100	2.963	30	2	2	100	11.866	119	8	6	75,0	50,6			
	Estação	3.120	31	2	2	100	3.134	31	2	1	50	3.204	32	2	2	100	3.267	33	2	1	50	12.725	127	8	6	75,0	47,2			
	Flores	2.511	25	2	-	-	2.485	25	2	1	50	2.601	26	2	1	50	2.650	27	2	-	-	10.247	102	8	2	25,0	19,5			
	Ladeira	5.833	58	4	3	75	5.844	58	4	4	100	4.230	42	3	-	-	4.250	43	3	3	100	20.157	202	14	10	68,8	49,6			
	Maranhão	5.036	50	4	3	75	5.057	51	4	4	100	5.136	51	4	6	150	5.085	51	4	6	150	20.314	203	16	19	118,8	93,5			
	Mourão	4.749	47	3	-	-	4.731	47	3	2	67	4.811	48	3	-	-	4.863	49	3	-	-	19.154	192	12	2	16,7	10,4			
	Nova Aldeota	3.377	34	2	2	100	3.399	34	2	-	-	3.439	34	2	-	-	3.425	34	2	1	50	13.640	136	8	3	37,5	22,0			
	Picos	2.971	30	2	1	50	2.948	29	2	1	50	3.042	30	2	1	50	3.064	31	2	-	-	12.025	120	8	3	37,5	24,9			
	Violete I	4.334	43	3	1	33	4.325	43	3	1	33	2.272	23	2	2	100	2.287	23	2	3	150	13.218	132	10	7	79,2	53,0			
	Violete II	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.086	21	1	1	100	2.128	21	1	2	200	4.214	42	2	3	75,0	71,2			
	TOTAL- ZONA URBANA	45.817	458	32	18	56	45.807	458	32	26	81	46.220	462	32	21	66	46.382	464	32	21	66	184.226	1.842	128	86	67,2	46,7			
ZONA RURAL	ESF- ZONA RURAL	POPULAÇÃO	SR	CASOS ESPERADOS	CASOS NOVOS	META ALCANÇADA (%)	POPULAÇÃO	SR	CASOS ESPERADOS	CASOS NOVOS	META ALCANÇADA (%)	POPULAÇÃO	SR	CASOS ESPERADOS	CASOS NOVOS	META ALCANÇADA (%)	POPULAÇÃO	SR	CASOS ESPERADOS	CASOS NOVOS	META ALCANÇADA (%)	POPULAÇÃO	SR	CASOS ESPERADOS	CASOS NOVOS	META ALCANÇADA (%)	PERÍODO	INCIDÊNCIA		
	Arapari	6.559	66	5	-	-	6.526	65	5	1	20	6.537	65	5	-	-	6.546	65	5	1	20	26.168	262	20	2	10,0	7,6			
	Assunção	5.382	54	4	-	-	5.369	54	4	2	50	5.426	54	4	-	-	5.409	54	4	-	-	21.586	216	16	2	12,5	9,3			
	Baleia	3.018	30	2	-	-	3.010	30	2	1	50	3.097	31	2	-	-	3.101	31	2	-	-	12.226	122	8	1	12,5	8,2			
	Barrento	2.733	27	2	5	250	2.752	28	2	4	200	2.702	27	2	5	250	2.658	27	2	2	100	10.845	108	8	16	200,0	147,5			
	Bela Vista	2.595	26	2	1	50	2.624	26	2	1	50	2.616	26	2	-	-	2.630	26	2	1	50	10.465	105	8	3	37,5	28,7			
	Betânia	4.845	48	3	-	-	4.889	49	3	1	33	4.911	49	3	-	-	4.789	48	3	-	-	19.434	194	12	1	8,3	5,1			
	Calugi	3.343	33	2	2	100	3.346	33	2	2	100	3.341	33	2	3	150	3.376	34	2	2	100	13.406	134	8	9	112,5	67,1			
	Deserto	4.522	45	3	1	33	4.529	45	3	3	100	4.570	46	3	1	33	4.653	47	3	1	33	18.274	183	12	6	50,0	32,8			
	Ipu Mazagão	2.241	22	2	-	-	2.263	23	2	2	100	2.261	23	2	-	-	2.313	23	2	-	-	9.078	91	8	2	25,0	22,0			
	Lagoa das Mercês	1.682	17	1	-	-	1.720	17	1	-	-	1.629	16	1	1	100	1.665	17	1	1	100	6.696	67	4	2	50,0	29,9			
	Marinheiros	3.050	31	2	-	-	3.060	31	2	-	-	3.127	31	2	-	-	3.142	31	2	-	-	12.379	124	8	-	0,0	0,0			
	Salgado dos Pires	3.134	31	2	-	-	3.130	31	2	2	100	3.129	31	2	1	50	3.135	31	2	3	150	12.528	125	8	6	75,0	47,9			
	Taboca	2.422	24	2	3	150	2.409	24	2	1	50	2.409	24	2	-	-	2.442	24	2	1	50	9.682	97	8	5	62,5	51,6			
Sítio do Meio- EACS	9.098	91	6	-	-	9.171	92	6	1	17	9.278	93	6	1	17	9.251	93	6	-	-	36.798	368	24	2	8,3	5,4				
TOTAL- ZONA RURAL	54.624	546	38	12	32	54.798	548	38	21	55	55.033	550	39	12	31	55.110	551	39	12	31	219.565	2.196	154	57	37,1	26,0				
TOTAL ITAPIPOCA	100.441	1.004	70	30	43	100.605	1.006	70	47	67	101.253	1.013	71	33	46	101.492	1.015	71	33	46	403.791	4.038	282	143	50,7	35,4				

Fonte: Pesquisa de Campo.

APÊNDICE B

Quadro 4 – Informações sobre tipo de estabelecimento, zona, área de abrangência, distância da sede, tipo de clientela e composição da equipe.

Unidade	Tipo de Estabelecimento		Zona		Distância da Sede (Km)	Área de Abrangência	Tipo de Clientela		Composição da Equipe			
	Próprio	Alugado	Urbana	Rural			Carente	Economicamente Favorecida	Médico	Enfermeiro	ACS	Odontólogo
Arapari	X			X	8	Arapari, Itacoatiara, Santa Luzia, Nascimento, Santo Antônio, Freixeiras, Jatobá, Saquinho, Coité, Cabeceiras do Mundaú, Tapicu de cima, Sítio Chaves, São Gerônimo, Sítio Tapera, Santo Amaro, Jacu, Balança, Oiticica, Santana do Sabino, Santa Marta, Santana, São Gonçalo, Gangorra, São Daniel, Sítio Prata, Espírito Santo, São Luiz, Mapeguaba, Extrema, Sítio do Meio, Gargoê, Contendas, Cruz, Sítio Costa, Escalvado, São Cosmo, São Cosminho, Marizeira, Santa Rita, Palmeiras, Cacheado, São Miguel, Santa Tereza, São João, São Joaquim, Jacu, Santo Inácio, Oitizeira, Santa Luzia, Quandu, Alto Alegre, Escondido, Segredo, Cajazeira, Mucambo de Cima, Volta do Rio, Mucambo do Meio e Carneiro.	X		1	1	10	1

Assunção	X			X	22	Assunção, Sítio Saco, Maia, Ingá dos Roldão, Roldão dos Pereiras, Barra Nova, Bois, Pintigão, Carnaubeira, Lages, Oiticica, Lagoa, Braga, Onça, Brioso, Três Olho D'Água, Buraquinho, Santarém, Guaribas, 5º grau, Mulungu, Atrepado, Pau Amarelo, Paracatu, Buenos Aires, Buqueirão, Relâmpago, Assunção, Monte Alegre, Bom Lugar, Paracatu De Cima, Arara de Cima, Arara do Meio e Arara de Baixo, Sítio Davi, Sítio Novos, Siebra, Tabosa, Matinhas, Escondido, Ladeira do Quandu, Boca das Pedras, Boa Vista, Buracão, Olho D'Água, Oiticica dos Beneditos, Camará, Pinto, Escalvado, Buraco da Ventania, Sítio Canto, Carás, Assunção de Cima, Matinhas.	X		1	1	9	1
Baleia	X			X	55	Assunção, Sítio Saco, Maia, Ingá dos Roldão, Roldão dos Pereiras, Barra Nova, Bois, Pintigão, Carnaubeira, Lages, Oiticica, Lagoa, Braga, Onça, Brioso, Três Olho D'Água, Buraquinho, Santarém, Guaribas, 5º grau, Mulungu, Atrepado, Pau Amarelo, Paracatu, Buenos Aires, Buqueirão, Relâmpago, Assunção, Monte Alegre, Bom Lugar, Paracatu De Cima, Arara de Cima, Arara do Meio e Arara de Baixo, Sítio Davi, Sítio Novos, Siebra, Tabosa, Matinhas, Escondido, Ladeira do Quandu, Boca das Pedras, Boa Vista, Buracão, Olho D'Água, Oiticica dos Beneditos, Camará, Pinto, Escalvado, Buraco da Ventania, Sítio Canto, Carás, Assunção de Cima, Matinhas.	X		1	1	3	-
Barrento	X			X	22	Jenipapo, Vazante, Timbaúba, São Tomé, Gamileira, Mala, Barrento, Retiro, Fazenda Velha, Capote, Tucuns, Córrego dos Cajueiros, Córrego dos Pereiras, Guaribas.	X		-	1	4	1

Bela Vista	X			X	45	Bulhões, Ramada, Aleixo, Passagem, Cedro, Massaranduba, Belo Horizonte, Bela Vista, Cajazeira, Sítio Tauá, Pulão Dos Vidal, Macaco, Cobrinhas, Pinheiro, Lagoa Salgada, Estrela, Maranhão, Córrego Verde, Croatá, I e II.	X		1	1	5	1
Boa Vista		X	X		-	Boa Vista, Salgadinho e São Sebastião		X	1	1	2	-
Betânia	X			X	46	Bastiões I e II, Chorador, José da Costa, Salsa, Boa Vista, Pitombeira, Criola, Retiro, Barra do Córrego, São João, Córrego Seco, Muriçoca, Pedrinhas, Alto, Poço Redondo, Cura I e II, Carapeba, Betânia, Mundo Novo.	X		-	1	6	-
Cacimbas	X		X		-	Cacimbas, Novo Horizonte, Conjunto da Caixa (COHAB), Planalto Executivo (Encruzilhada)	X		-	1	2	-
Calugi	X			X	23	Ubaia, Macaquinho, Macaco I e II, Riacho das Moças, Gangorra, Calugi, Córrego do José Gonçalves, Pedra Ferrada, Santa Rita I e II, Muniz, Galego, Fazenda São Paulo, Pirangi, Lagoa do Segredo.	X		1	1	5	1
Centro	X		X		-	Centro e Sanharão	X	X	1	1	1	-
Coqueiro	X		X		-	Coqueiro, Área Nobre e Madalenas		X	-	1	3	-
Deserto	X			X	9	Pedra D'Água, Conceição das Madalena, Besta Morta, Malhada Vermelha, Bangüê, Santos, Deserto, Recanto I e II, Santa Bárbara, Sítio Matas, Alexandrinos, Mangueira, Lagoa das Pedras dos Rodrigues, Lagoa de Baixo, Brandões	X		1	1	6	1
Estação		X	X		-	Estação e Cruzeiro	X		1	1	2	-
Flores	X		X		-	Bairro das Flores, Maranhão	X		1	1	1	-
Ipu Mazagão	X			X	22	Sítio Do Meio, Ipu Mazagão, Contendas, Rajada, Faz. César, São Paulo, São Domingos, Guarani, São Gerônimo, Alto do Santo Antônio, Sítio Barros, Serragem, Grotas, Pelada	X		1	1	4	1
Ladeira	X		X		-	Ladeira	X		-	1	1	-

Lagoa das Mercês	X			X	44	Pau D'Arco, José do Lago, Lagoa das Mercês	X		1	1	2	-
Maranhão		X	X		-	Cruzeiro, Maranhão	X		1	1	3	1
Marinheiros	X			X	49	Lagoa do Mato, Malamba, Sítio Coqueiro, Malhada, Barra do Córrego, Córrego Novo do Baé, Córrego Novo, Buriti, Sítio São José, Vila dos Pracianos, Poço das Pedras, Lagoa Grande, Três Irmão, Mangabeira. Área Indígena: Buriti e São José	X		-	1	4	-
Mourão	X		X		-	Mourão, Fazendinha e Alto Alegre	X		1	1	2	1
Nova Aldeota	X		X		-	Nova Aldeota, Julho I e II	X		1	1	2	-
Picos	X		X		-	Picos, Jenipapo, Sítio Canto, Cangalha, Gamileira, Olho D'Água, Serrinha	X		1	1	5	-
Salgado dos Pires		X		X	16	Salgado dos Pires	X		1	1	5	-
Taboca	X			X	24	Taboca, Enjeitado, Açude, Calderões I e II, Lagoa Grande, Cachorro Magro, Barra da Taboca, Cipó, Oiticicas do Nilo, Barra da Laginha, Riacho do Sangue, Caraúbas, Marreca, Retiro, Peixoto, Jucal, Lagoa das Carnaúbas, Carneiro, Laginha, Lagoa do Juá, Morcego, Giral.	X		-	1	5	-
Violete I	X		X		-	Violete	X		1	1	1	1
Violete II	X		X		-	Violete	X		-	1	1	-
TOTAL	22	4	13	13	-	-	24	03	18	26	96	10

Fonte: SMS Itapipoca, Novembro/2012.

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO- MODELO 1

Prezado(a) Senhor(a)

Gostaria de convidá-lo para participar de uma Pesquisa sobre “**BAIXA DETECÇÃO DA TUBERCULOSE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**”. Esta pesquisa está deste modo realizada por uma discente do Mestrado Profissional em Saúde da Família, instituição nucleadora: Universidade Estadual do Ceará - UECE.

O objetivo deste estudo é identificar as causas da baixa detecção da tuberculose na Estratégia Saúde da Família do município de Itapipoca-CE.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder ao questionário que está anexo a este termo de consentimento. As informações fornecidas contribuirão com a melhoria da detecção da Tuberculose na Estratégia Saúde da Família em Itapipoca-CE.

As informações obtidas durante esta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.

Sua participação nesta pesquisa não traz nenhuma implicação legal e não envolve nenhum risco a sua saúde. Buscamos preparar o entrevistador, garantir um local adequado, privacidade das informações, como forma de prevenir ou minimizar riscos

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

Garantimos o direito de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante seu preenchimento, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar; o segredo das informações por mim reveladas; a segurança de que não serei identificado; a segurança que a pesquisa não trará prejuízo a mim e a outras pessoas; a segurança de que não terei nenhuma despesa financeira durante e desenvolvimento da pesquisa; a garantia de que todas as informações por mim fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores.

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

Itapipoca-CE, ____ de _____ de 2013.

Assinatura do Entrevistado

Certos de estar contribuindo com a melhoria dos serviços de Tuberculose e para a melhoria da saúde da população contamos com a sua preciosa colaboração.

Atenciosamente,

Roberta Alves Sousa

Contato com a pesquisadora responsável: Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato com a pesquisadora Roberta Alves Sousa. Endereço pessoal: Rua Tenente José Vicente Nº315, Bairro São Sebastião, Itapipoca-Ce, Brasil; E-mail: betamor_betamor@hotmail.com. Contato: (88)99306409/(85)87642701. Contato Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE): Av. Paranjana Nº 1700, Bairro Itaperi, Fortaleza-Ce, Brasil. Contato: 85-31019890/85-31019906 (Fax).

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO- MODELO 2

Prezado(a) Senhor(a)

Gostaria de convidá-lo para participar de uma Pesquisa sobre “**BAIXA DETECÇÃO DA TUBERCULOSE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**”. Esta pesquisa está deste modo realizada por uma aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família na Universidade Estadual do Ceará - UECE.

O objetivo deste estudo é identificar as causas da baixa detecção da tuberculose na Estratégia Saúde da Família do município de Itapipoca-CE.

Sua participação nesta pesquisa será responder ao questionário que está anexo a este termo de consentimento. As informações fornecidas contribuirão com a melhoria da detecção da Tuberculose na Estratégia Saúde da Família em Itapipoca-CE.

As informações recebidas durante esta pesquisa serão confidenciais e terão sigilo sobre sua participação.

Sua participação nesta pesquisa não traz nenhuma implicação legal e não envolve nenhum risco a sua saúde. Buscamos preparar o entrevistador, garantir um local adequado, privacidade das informações, como forma de prevenir ou minimizar riscos.

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

Garantimos o direito de esclarecer qualquer dúvida sobre o questionário antes e durante seu preenchimento, poder afastar-me a qualquer momento se assim desejar; o segredo das informações por mim reveladas; a segurança de que não serei identificado; a segurança que a pesquisa não trará prejuízo a mim e a outras pessoas; a segurança de que não terei nenhuma despesa financeira durante e desenvolvimento da pesquisa; a garantia de que todas as informações por mim fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores.

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

Itapipoca-CE, ____ de _____ de 2013.

Assinatura do Entrevistado

Certos de estar contribuindo com a melhoria dos serviços de Tuberculose e para a melhoria da saúde da população contamos com a sua preciosa colaboração.

Atenciosamente,

Roberta Alves Sousa

Contato com a pesquisadora responsável: Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato com a pesquisadora Roberta Alves Sousa. Endereço pessoal: Rua Tenente José Vicente Nº315, Bairro São Sebastião, Itapipoca-Ce, Brasil; E-mail: betamor_betamor@hotmail.com. Contato: (88)99306409/(85)87642701. Contato Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE): Av. Paranjana Nº 1700, Bairro Itaperi, Fortaleza-Ce, Brasil. Contato: 85-31019890/85-31019906 (Fax).

APÊNDICE E
CARTA DE ANUÊNCIA

Ilmo Sra. Dra. Tereza Célia da Cunha Silva
Secretária Municipal de Saúde de Itapipoca

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada **BAIXA DETECÇÃO DA TUBERCULOSE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM ITAPIPOCA-CE**, a ser realizada na Secretaria Municipal de Saúde de Itapipoca, pela aluna de pós-graduação do **Mestrado Profissional em Saúde da Família – MPSF, ROBERTA ALVES SOUSA**, sob orientação do **Prof. Dr. MARCELO GURGEL CARLOS DA SILVA**, com os seguintes objetivos: Identificar as causas da baixa detecção da Tuberculose na Estratégia Saúde da Família – ESF de Itapipoca; Verificar a detecção de casos novos de tuberculose por equipe da estratégia saúde da família; Identificar as fragilidades da detecção de TB pela ESF; Verificar o conhecimento dos profissionais da ESF sobre a detecção da Tuberculose, necessitando portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos no setor de Epidemiologia e a aplicação de um questionário aos Estratégia Saúde da Família (Médicos, Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde – ACS). Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 196/96 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Secretaria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Itapipoca-CE, _____ de _____ de 2013.

Roberta Alves Sousa
Pesquisadora

Concordamos com a solicitação **Não concordamos com a solicitação**

Dra. Tereza Célia da Cunha Silva
Secretária Municipal de Saúde de Itapipoca

APÊNDICE F

TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

À Secretaria Municipal de Saúde de Itapipoca
Estabelecida na Rua do Inocêncio Braga Nº , Centro, Itapipoca-CE.

Com o objetivo de fortalecer as ações de detecção da tuberculose, será desenvolvida uma pesquisa intitulada **BAIXA DETECÇÃO DA TUBERCULOSE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM ITAPIPOCA-CE**. Neste estudo, pretende-se compreender como os profissionais da Estratégia de Saúde da Família, vêm atuando na detecção da tuberculose.

Assim, venho através deste solicitar a autorização para aplicar um questionário aos profissionais da Estratégia Saúde da Família (Médicos, Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde – ACS) deste município.

Esclareço, igualmente, que as informações coletadas somente serão utilizadas para os objetivos da pesquisa, destinada a elaboração de dissertação do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual do Ceará.

Em caso de maiores esclarecimentos, entrar em contato com a pesquisadora Roberta Alves Sousa. Endereço pessoal: Rua Tenente José Vicente Nº315, Bairro São Sebastião, Itapipoca-Ce, Brasil; E-mail: betamor_betamor@hotmail.com. Contato: (88)99306409/(85)87642701.

Assumo perante a Secretaria Municipal de Saúde de Itapipoca a responsabilidade pelo presente termo.

Itapipoca-CE, ____ / ____ / 2013.

Roberta Alves Sousa
Pesquisadora

De acordo:

Dra. Tereza Célia da Cunha Silva
Secretaria Municipal de Saúde de Itapipoca

ANEXOS

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA ABORDAGEM À TUBERCULOSE PELOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE ITAÍPOCA

Data da aplicação do questionário: ___/___/___

IDENTIFICAÇÃO:
1. Unidade de Saúde da Família / Atenção Básica : _____
2. Categoria: () Médico () Enfermeiro
EDUCAÇÃO PERMANENTE:
3. Você já fez curso ou recebeu treinamento para abordagem a pacientes com tuberculose: () Sim () Não
4. Se sim, quantas horas? _____ horas
5. Onde realizou? _____
6. Quando realizou o último? () há mais de 1 ano () há menos de 1 ano
7. Você tem acesso aos manuais do Ministério da Saúde sobre tuberculose? Sim () Não ()
8. Você utiliza ? Sim () Não ()
HABILIDADES:
9. Você tem segurança para realizar diagnóstico/identificação de pacientes com suspeita de tuberculose em sua área de abrangência na Estratégia Saúde da Família? Sim () Não ()
10. Você tem segurança para iniciar tratamento e seguimento a pacientes com tuberculose em sua área de abrangência na Estratégia Saúde da Família? Sim () Não () Não se aplica ()
11. Realiza busca ativa dos sintomáticos respiratórios? Sim () Não ()
12. Se sim, com que frequência realiza: () Em todos os atendimentos () Em atendimento programado/grupos () Em campanhas () Não realiza
13. A equipe realiza educação em saúde voltada para tuberculose em que oportunidade? () Sala de Espera/Acolhimento () Em reuniões com a comunidade () Outros _____ () Não realiza
14. Faz investigação de todos os contatos de pacientes diagnosticados? Sim () Não () Se não por quê? _____
15. Todos os pacientes iniciaram o tratamento somente após a baciloscopia? Sim () Não () Se não, por quê? _____
16. Você solicita a baciloscopia de controle mensalmente? Sim () Não ()
17. Você utiliza como critério para a "Alta" o resultado de baciloscopia de 6º mês? Sim () Não ()
18. Após a "Alta" você acompanha o paciente até o 9º mês solicitando baciloscopia? Sim () Não ()
19. Você solicita a cultura e o teste de sensibilidade em todo retratamento e recidiva? Sim () Não ()

20. Quem é responsável pela notificação na Equipe de Saúde da Família? Médico () Enfermeiro () Auxiliar/Técnico de Enfermagem () Outros _____
21. É realizada visita domiciliar ao paciente em tratamento de Tuberculose? Sim () Não () Se sim, qual a periodicidade? Mensal () Bimestral () Trimestral () Se necessário ()
22. É realizado TDO (Tratamento Diretamente Observado) na sua equipe aos pacientes com Tuberculose? Sim, para todos () Sim, para os resistentes () Raramente () Não realizado () Se _____ não _____ realizado, justifique: _____
23. Durante o acolhimento é dado atendimento preferencial ao sintomático respiratório? Sim () Não () Se _____ não, _____ por _____ quê? _____
24. A unidade cadastra e mantém atualizada o Livro de Sintomáticos Respiratórios? Sim () Não () Se não por quê? _____
25. A equipe acompanha mensalmente a Ficha B-TB do ACS? Sim () Não ()
26. Você comunica ao ACS a ocorrência de casos suspeitos e/ou novos de TB? Sim () Não ()
RESULTADOS
27. A equipe tem conhecimento do número de casos de tuberculose estimados ao mês na sua área? Sim () Não ()
28. Atualmente quantos pacientes com tuberculose são acompanhados pela Equipe de Saúde da Família ? Nenhum () Um a dois () Dois a quatro () Cinco ou mais ()
29. A equipe tem conhecimento do número de sintomáticos respiratórios a identificar no mês? Sim () Não ()
30. N° médio de baciloscopias solicitadas em sintomáticos respiratórios por mês? Nenhum () Um a dois () Dois a quatro () Cinco ou mais ()
31. Com que frequência a equipe de saúde realiza planejamento para ações de tuberculose? () Mensal () Bimestral () Trimestral () Semestral () Não realiza
32. Quais são as principais dificuldades da equipe para esta abordagem/diagnóstico? () Falta de capacitação/atualização () Descontinuidade de insumos laboratoriais () Área descoberta () Definição do fluxo de acompanhamento () Outros _____
33. O que você sugere para melhorar a assistência ou manejo a pacientes com tuberculose? _____ _____ _____
34. Qual a maior dificuldade em levar o paciente para a UBS? () Fatores culturais () Associação da tosse ao fumo () Preconceito () Receio em relação sigilo do diagnóstico na UBS () Horário de trabalho do paciente () Outros _____

APÊNDICE B

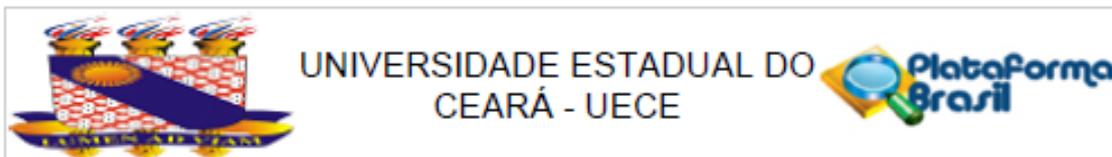
QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA ABORDAGEM À TUBERCULOSE PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ITAPIPOCA

Data da aplicação do questionário: ___/___/___

IDENTIFICAÇÃO:
1. Você pertence a qual Equipe? _____
EDUCAÇÃO PERMANENTE:
2. Você já fez curso ou recebeu treinamento para abordagem a pacientes com tuberculose: () Sim () Não
3. Se sim, quantas horas? _____ horas
4. Onde realizou? _____
5. Quando realizou o último? () há mais de 1 ano () há menos de 1 ano
6. Você tem acesso aos manuais do Ministério da Saúde de tuberculose? Sim () Não ()
7. Você utiliza? Sim () Não ()
HABILIDADES:
8. Você tem segurança para identificar pacientes com suspeita de tuberculose em sua microárea? Sim () Não ()
9. Realiza busca ativa dos sintomáticos respiratórios? Sim () Não ()
10. Se sim, com que frequência realiza: () Em todas as visitas () Em grupos educativos () Em campanhas () Não realiza
11. Faz investigação e encaminhamento de todos os contatos de pacientes diagnosticados? Sim () Não () Se não por quê? _____
12. Você acompanha durante sua visita se a baciloscopia do paciente em tratamento foi realizada? Sim () Não ()
13. Você acompanha durante sua visita se a baciloscopia do caso suspeito de TB foi realizada? Sim () Não ()
14. Você cadastra e mantém atualizada a Ficha B-TB? Sim () Não () Se não por quê? _____
15. É realizada visita domiciliar ao paciente em tratamento de Tuberculose? Sim () Não () Se sim, qual a periodicidade? Mensal () Bimestral () Trimestral ()
16. É realizado TDO (Tratamento Diretamente Observado) na sua equipe aos pacientes com Tuberculose? Sim, para todos () Sim, para os resistentes () Raramente () Não realizado () Se não realizado, justifique: _____
RESULTADOS
17. Você tem conhecimento do número de casos de tuberculose estimados ao mês para sua microárea? Sim () Não ()
18. Atualmente quantos pacientes com tuberculose são acompanhados em sua microárea? Nenhum () Um a dois () Dois a quatro () Cinco ou mais ()

<p>19. Você tem conhecimento do número de sintomáticos respiratórios a identificar no mês na sua microárea? Sim () Não ()</p>
<p>20. N° médio de sintomáticos respiratórios identificados por mês? Nenhum () Um a dois () Dois a quatro () Cinco ou mais ()</p>
<p>21. Durante sua atuação como ACS, dos casos diagnosticados você observa que a maioria está no sexo: () Masculino () Feminino</p>
<p>22. Durante sua atuação como ACS, dos casos diagnosticados você observa que a maioria está no raça: () Branco () Negro () Pardo () Outro _____</p>
<p>23. Quais são as suas principais dificuldades ? () Falta de capacitação/atualização () Falta de material no laboratório () Área descoberta () Não saber pra onde encaminhar o paciente () Não saber como orientar a tomada da medicação () Outros _____</p>
<p>24. O que você sugere para melhorar a assistência a pacientes com tuberculose? _____ _____ _____</p>
<p>25. Qual a maior dificuldade em levar o paciente para a UBS? () Fatores culturais () Associação da tosse ao fumo () Preconceito () Receio em relação sigilo do diagnóstico na UBS () Horário de trabalho do paciente () Outros _____</p>

APÊNDICE C



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: BAIXA DETECÇÃO DA TUBERCULOSE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM ITAPIPOCA-CE

Pesquisador: Roberta Alves

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 19191313.0.0000.5534

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 563.471

Data da Relatoria: 20/12/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo com a finalidade de identificar as causas da baixa detecção da tuberculose. A tuberculose é uma doença infecciosa e contagiosa, causada por um microorganismo denominado *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*), também conhecido como Bacilo de Koch (BK). O *M. tuberculosis*, pode acometer uma série de órgãos e/ou sistemas, sendo a TB pulmonar a mais frequente e a mais relevante para a saúde pública, principalmente a forma bacilífera, que é a responsável pela manutenção da cadeia de transmissão da doença. Esta pesquisa justifica-se especificamente, em Itapipoca, devida a baixa detecção dos casos de tuberculose, que vêm se tornando um sério problema, no contexto das ações municipais de combate à doença, podendo estar relacionado com planejamento, execução, monitoramento e avaliação do Programa de Controle da Tuberculose - PCT. O estudo é relevante, pois apesar de ser uma das doenças infecciosas mais antigas e vulnerável ao tratamento medicamentoso, se constitui um problema prioritário em saúde pública, devido a incidência da doença, no município, identificada pelo Ministério da Saúde e Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Um diagnóstico mais preciso, auxiliará o gestor em saúde a tomar decisões mais adequadas no controle da doença. É uma pesquisa de caráter transversal, com abordagem descritiva a ser realizado nas unidades da Estratégia Saúde da

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

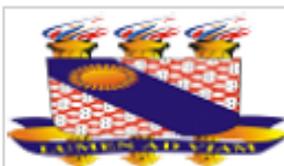
UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: dlana.plnhelro@uece.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 563.471

Família - ESF, do município de Itapipoca-CE, no período de 2009 a 2012. O município de Itapipoca é classificado como prioritário para TB pelo Ministério da Saúde e a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará que possuem como critérios de inclusão neste grupo, aqueles municípios que têm população acima de 100.000 habitantes e altas taxas de incidência ou estão com elevado número de casos da doença. A realização da presente pesquisa consistirá em duas etapas: Etapa 1 - será realizado um levantamento documental dos relatórios do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, realizando o desempenho do município no diagnóstico dos casos novos, identificando o número de casos novos em cada área, situação das baciloscopias, exame realizado para diagnóstico e alta. Etapa 2 - será aplicado um questionário aos profissionais da ESF (Médicos, Enfermeiros e ACS), abordando conteúdos relacionados à detecção da TB. A pesquisa será realizada com 149 profissionais, sendo : 26 médicos e 26 enfermeiros da Estratégia Saúde da Família e 97 Agentes Comunitários de Saúde, que responderão aos questionários. A pesquisadora coloca como critérios de inclusão: ser profissional de saúde atuando em ESF há mais de três meses e como critérios de exclusão: ser profissional da saúde de outras áreas, não atuantes em ESF; estar na ESF há menos de três meses; se negar a participação na pesquisa ou não assinar o TCLE. Estarão excluídos ainda, os profissionais que estiverem de licença médica, à disposição de outras secretarias ou outros serviços, bem como os que estiveram realizando trabalho voluntário ou estágio supervisionado. Após a de coleta de dados (questionário estruturado) os dados serão armazenados em banco de dados Software Office Excel 2010 ou similar, para posterior análise estatística descritiva, que constará de números absolutos, relativos, frequências, sendo organizados em gráficos e tabelas. Os resultados do trabalho serão divulgados para a Secretaria Municipal de Saúde de Itapipoca- CE, para os profissionais.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer as causas da baixa detecção da Tuberculose na Estratégia Saúde da Família (ESF) de Itapipoca-CE, no período de 2009 a 2012.

Objetivo Secundário:

- Verificar a detecção de casos novos de tuberculose por equipe da estratégia saúde da família. - Inferir o conhecimento dos profissionais da ESF sobre a detecção da Tuberculose. - Descrever as fragilidades da detecção de TB pela ESF

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

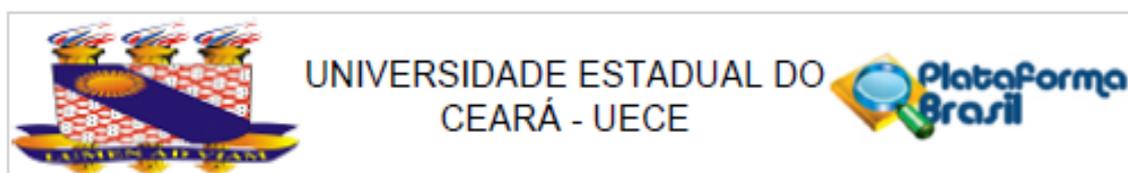
UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.plnhelro@uece.br



Continuação do Parecer: 563.471

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos da pesquisa envolvendo sujeitos humanos são definidos em um conceito multidimensional que envolve a probabilidade e o valor do prejuízo para os participantes da pesquisa.

Benefícios

Colaborar com o fortalecimento da detecção de tuberculose pela estratégia saúde da família, após a identificação dos pontos de fragilidade por meio dos questionários. Os resultados do trabalho serão divulgados para a Secretaria Municipal de Saúde de Itapipoca- CE, para os profissionais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante e provavelmente contribuirá para um melhor planejamento e controle da doença no município, e conseqüentemente, contribuindo com políticas públicas de saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto adequada.

A pesquisadora informa riscos e benefícios aos sujeitos da pesquisa.

Apresenta dois modelos de TCLE.

Apresenta questionário.

Cronograma reapresentado.

Termo de anuência da instituição.

Recomendações:

Seguir as recomendações da Resolução.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa atende aos ditames da Resolução 466/12 do CNS.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

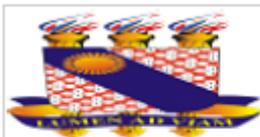
UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pinho@uece.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 563.471

FORTALEZA, 20 de Março de 2014

Assinador por:
DIANA CÉLIA SOUSA NUNES PINHEIRO
(Coordenador)