

Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose na percepção do Agente Comunitário de Saúde

Active search of patients with respiratory symptoms in tuberculosis control in the Community Health Agents perception

Búsqueda activa de sintomáticos respiratorios bajo la percepción del Agente Comunitário de Salud

Jordana de Almeida Nogueira ^I, Antonio Ruffino Netto ^{II}, Aline Aparecida Monroe ^{III}, Roxana Isabel Cardozo Gonzales ^{IV}, Tereza Cristina Scatena Villa ^V

RESUMO

A busca de sintomáticos respiratórios (BSR) é uma das prioridades do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Espera-se que esta atividade esteja inserida no cotidiano de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), visando a detecção precoce de casos. O objetivo do estudo foi analisar a incorporação da BSR no controle da tuberculose sob a percepção do ACS. A coleta de dados foi realizada através do levantamento de resultados de baciloscopias antes e após a implantação da BSR no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e através de aplicação de questionário aos ACS. Após a implantação da BSR houve aumento de baciloscopias solicitadas nos dois primeiros meses, com decréscimo nos meses seguintes. Os aspectos que poderiam estar dificultando a sustentabilidade da BSR são de natureza operacional, relacionados ao trabalho externo do ACS, e de organização dos serviços de saúde (falta de integração entre os diferentes pontos de atenção do sistema de serviços de saúde: descontinuidade do fluxo de informação, rigidez nas rotinas/horário de envio de escarro). Conclusão: Concluiu-se que a abordagem junto às famílias é uma atividade complexa exigindo que os ACS tenham uma supervisão permanente da enfermeira ou médico.

Palavras chave: Tuberculose; Descentralização; Sistemas de Saúde.

ABSTRACT

The active search of patients with respiratory symptoms is one of the priorities of the National Tuberculosis Control Program. It is expected that this activity must be inserted in

the daily work of the Community Health Agents (CHA), in order to find cases precociously. The objective was to analyze the incorporation of case finding (CF) in tuberculosis control in the CHA perception. Data were collected by a survey of laboratory sputum smear results before and after the implantation of CF in the Community Health Agent Program (CHAP) and by an the application of a questionnaire among CHA. After the implantation of CF, the number of sputum smear requests increased in the first two months but decreased in subsequent months. The aspects that may be complicating the sustainability of CF are operational, related to the CHAP's external work (75% CHA experienced difficulties to collect the sputum) and to health service organization (lack of integration between different care points in

^I Doutora em Enfermagem e Saúde Pública - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Profa. Dra. - Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem de Médico-Cirurgica e Administração. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Universidade Federal da Paraíba. Endereço para correspondência: Av: Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto; Cep: 14040-902 - SP. E-mail: jal_nogueira@yahoo.com.br.

^{II} Professor Titular da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto do Departamento de Medicina Social - USP. Vice-coordenador da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE-TB). E-mail: aruffino@fmrp.usp.br

^{III} Doutoranda do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP). E-mail: alineensp@yahoo.com.br

^{IV} Doutora em Enfermagem e saúde Pública - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. E-mail: enroisab@eerp.usp.br

^V Professora Livre Docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo - Centro Colaborador da WHO em Pesquisa em Enfermagem. Coordenadora da Área de Pesquisa Operacional da Rede Brasileira de Pesquisas em Tuberculose. E-mail: tite@eerp.usp.br

the health service system: discontinuity in information and communication flows among CHAP and Health Units, strictness in routines/time for sending the sputum to the laboratory). Concluding the family approach is a complex activity demanding that the CHA have a permanent supervision of the nurse or doctor.

Key words: Tuberculosis; Decentralization; Health Systems.

RESUMEN

La búsqueda de Sintomáticos Respiratórios (BSR) es una de las prioridades del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Se espera que esta actividad sea parte de la rutina del trabajo de los agentes comunitarios de salud (ACS) con la finalidad de detectar tempranamente los casos. El objetivo deste estudio fue analizar la incorporación de la BSR bajo la percepción del ACS. Recopilación de datos mediante la recolecta de resultados de

baciloscopías antes y después de la implantación de la BSR en el Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS) y a través de aplicación de cuestionario a los ACS. Después de la implantación de la BSR, aumentó el número de baciloscopías solicitadas en los dos primeros meses, pero disminuyó en los meses siguientes. Aspectos que podrían estar dificultando la sustentabilidad de la BSR son de naturaleza operacional, relacionados al trabajo externo del ACS y de organización de los servicios de salud (falta de integración entre puntos de atención del sistema de salud: discontinuidad del flujo de información, rigidez en las rutinas/horario de envío de esputo). Concluyendo el trabajo con familias es una actividad compleja que exige supervisión continua y permanente de la enfermera o médico.

Palabras clave: Tuberculosis; Descentralización; Sistemas de Salud.

INTRODUÇÃO

A problemática da tuberculose (TB) vem sendo abordada sob diferentes enfoques a partir das seguintes dimensões: o tratamento da TB na visão do doente e família⁽¹⁻³⁾ e estratégias de implantação do Directly Observed Therapy Short-Course (DOTS) e a perspectiva de trabalho no território⁽⁴⁻⁶⁾. Este artigo aborda a descentralização das ações de controle da TB para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no momento que transfere aos municípios a responsabilidade da implementação de algumas ações de atenção básica, especificamente as ações de promoção à saúde, diagnóstico e prevenção da TB.

Em 2000, o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT-2001-2005) introduziu novas possibilidades de intervenção contando com as estratégias de Programa de Saúde da Família (PSF) e PACS no processo de expansão

das ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT), pois estas estratégias apresentam uma concepção de atenção à saúde focalizada na família e na comunidade, com práticas que apontam para o estabelecimento de novas relações entre os profissionais de saúde envolvidos, os indivíduos, suas famílias e território⁽⁷⁾. O PSF e PACS propõem uma nova dinâmica e estruturação dos serviços e ações de saúde sendo estas suas principais características e diferencial em relação aos programas tradicionais⁽⁸⁾.

Vale ressaltar que uma das prioridades do PNCT relaciona-se ao diagnóstico precoce da doença. Nas visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) está prevista a detecção de casos entre sintomáticos respiratórios (SR) e contatos, principalmente, de casos bacilíferos e crianças. Com o intuito de detectar mais precocemente os casos de TB,

os membros das equipes de saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e PSF devem incorporar a busca de sintomáticos respiratórios (BSR) e contatos à rotina dos serviços de saúde⁽⁷⁾.

O modo como se organizam os serviços de saúde na BSR desperta uma série de reflexões acerca da assistência prestada, principalmente em relação à integralidade e continuidade das ações de saúde. Onde já existe oferta de serviços de saúde organizados na lógica da atenção médica curativa, a introdução de novas estratégias de trabalho implica repensar o modelo de assistência.

Nem sempre esta tarefa é fácil, pois exige da equipe uma desconstrução do trabalho produzido e disposição para o "fazer" diferente, em um cenário fora do universo das Unidades de Saúde que utiliza outros instrumentos de trabalho, outros saberes e formas de comunicação com a população.

A BSR na comunidade ocorre de forma pontual, ou em demandas específicas, tais como: asilos, sanatórios, presídios ou cadeias. Nas UBS e serviços de saúde em geral vem ocorrendo de forma eventual, ainda não incorporada na rotina⁽⁹⁾.

Programas e projetos de intervenção como o PACS e PSF que, na prática, traduzem uma orientação e uma decisão política previamente tomada, não garantem a incorporação de estratégias, como a BSR, em suas rotinas de trabalho.

Portanto, este estudo tem como objetivo analisar a incorporação da BSR na prática do ACS para o controle da TB em um município de grande porte.

A pesquisa foi realizada na área que compõe o Distrito de Saúde-Norte, do município de Ribeirão Preto-SP. No momento do estudo, a região contava com uma população estimada de 88.283 habitantes, abrangendo sete Unidades de Saúde. A seleção desta área precedeu de extensa análise epidemiológica, avaliando-se separadamente a distribuição da doença no município segundo os Distritos de Saúde. O local foi eleito por concentrar elevado número de casos de tuberculose e contar na sua totalidade com o trabalho do PACS.

Para o alcance do objetivo do estudo, foram desenvolvidas duas etapas. A primeira considerou a realização de baciloscopias de diagnóstico solicitadas pela área em estudo ao laboratório responsável. Comparou-se o número de exames de baciloscopia realizados em dois períodos: junho a novembro de 2001 (antes da implantação de BSR junto aos ACS) e junho a novembro de 2002, depois da implantação da BSR junto aos ACS. Destaca-se que nos meses de abril e maio de 2002 foi realizada a capacitação específica em TB dos ACS.

As informações levantadas foram avaliadas tomando-se como parâmetro a Matriz de Programação de Atividades - Procura de Casos, proposto pelo PNCT⁽¹⁰⁾. Adotou-se os itens 1 e 2 do 2º método, o qual baseia-se no número de SR estimados.

A segunda etapa considerou a percepção do ACS sobre a incorporação da BSR no controle da TB, nas suas atividades junto à família e UBS, apontando as perspectivas e dificuldades encontradas junto ao serviço e família. Para tal, foi aplicado um questionário,

PERCURSO METODOLÓGICO

contendo questões abertas e fechadas, a 81 ACS.

A Pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética da EERP-USP, protocolo nº 0135/2000. Para análise dos dados das questões abertas, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática⁽¹¹⁾. As entrevistas foram realizadas após o consentimento dos sujeitos de acordo com a Resolução nº 196/96, de 10 de outubro de 1996, normalizada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta a pesquisa com seres humanos, informando aos entrevistados o teor da pesquisa, objetivos, a privacidade, e a liberdade de desistência em qualquer período sem prejuízo para os mesmos.

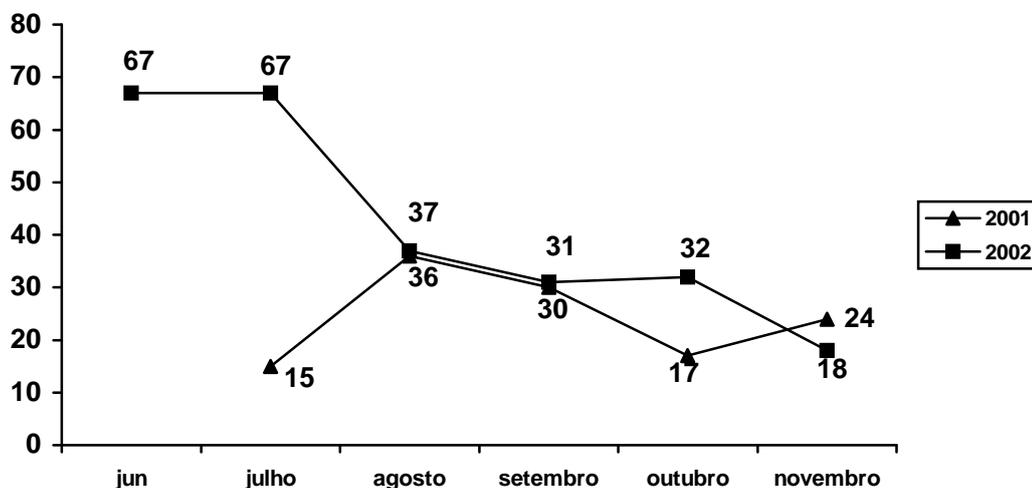
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente serão apresentados os dados levantados junto ao laboratório, permitindo assim que seja analisado numericamente o impacto ocasionado no período posterior às oficinas de capacitação junto às equipes do PACS.

Na seqüência, serão apresentados os resultados obtidos por meio das entrevistas junto aos ACS.

O quantitativo de baciloscopias realizadas no período de junho a novembro de 2002 na área em estudo aumentou nos meses de junho e julho, que foram os dois primeiros meses após a capacitação em TB dos ACS. Entretanto, nos quatro meses subseqüentes, observou-se uma queda na solicitação e realização de baciloscopias de escarro, atingindo números equivalentes ao ano 2001 (Gráfico 1).

Gráfico 1: Distribuição de baciloscopias de escarro realizadas na Área Distrital Norte no período de julho a novembro de 2001 e junho a novembro de 2002



Fonte: Laboratório de Análises Clínicas da Universidade de Ribeirão Preto
Junho de 2001: dados não fornecidos pelo laboratório

Constatou-se que, a atividade de BSR na prática diária do ACS não se mantém com a mesma intensidade que aquela observada logo após a capacitação. Os dados mostram que o ACS não conseguiu incorporá-la de forma contínua e rotineira.

Tomando-se como parâmetro a Matriz de Programação de Atividades - Procura de Casos⁽¹⁰⁾, observa-se que, embora haja um aumento de baciloscopias de diagnóstico nos dois primeiros meses (2002), o número total de exames solicitados no referido período do estudo foi inferior ao esperado. Considerando que a população estimada desta área é de 88.283, ao ano deveriam ser investigados 882 sintomáticos respiratórios. Uma vez que o período de estudo foi de 6 meses, esperava-se que 441 sintomáticos fossem investigados no semestre, com média mensal de 73 pacientes. Entretanto, foram investigados apenas 252 pacientes na região do estudo.

Nesta conjuntura, surgem questionamentos a respeito dos aspectos que poderiam estar dificultando a sustentabilidade desta prática no cotidiano do PACS. Dentre os aspectos apontados pelos ACS, foi possível identificar os seguintes:

Aspectos operacionais relacionados ao trabalho externo do PACS

Para a realização da BSR em sua área de atuação, os ACS se deparam com diferentes situações no cotidiano do trabalho. Durante a abordagem no domicílio, identificaram dois grupos distintos de usuários de acordo com a óptica dos ACS: aqueles que manifestam desejo de realizar o exame e aceitavam todas as orientações e outro grupo que, de imediato, se recusava a realizar o exame.

Em relação aos usuários, que manifestaram interesse na realização do exame, apenas 25% dos ACS apontaram que

não tiveram nenhuma dificuldade em proceder o exame de baciloscopia. Entretanto, 75% dos ACS mencionaram ter encontrado dificuldades para concretizar o procedimento de coleta de escarro: 30% referem que o usuário menciona ser Sintomático Respiratório (SR), porém não

leva o material na UBS; 22% mencionam que o usuário não colhe o material, 14% referem que o SR apresenta dificuldade para escarrar e 9% aponta como dificuldade a informação de que o usuário é SR, mas não tem catarro (Gráfico 2).

Gráfico 2: Dificuldades encontradas pelos ACS em relação aos usuários que aceitaram fazer o exame de escarro- Distrital Norte, Ribeirão Preto, 2002



Um estudo realizado em um serviço de saúde do município de São Paulo-SP constatou que, de um total de 48 pacientes, 12,5% referiu nojo e ânsia de vômito como dificuldade em relação à colheita da amostra de escarro; 31,2% referiram não ter escarro em jejum e 95,8% ter pouca secreção. Alguns pacientes afirmaram ser a amostra de escarro um assunto constrangedor, manifestando um percepção de podridão interna⁽¹²⁾.

Outro estudo constatou certa aversão dos profissionais de saúde durante o procedimento de orientação da coleta do escarro. 86% dos profissionais observados apresentaram atitude desfavorável em relação ao material-amostra de escarro. Entrar em detalhes sobre tal

amostra representa entrar em contato com a lembrança e representação que se tem da mesma⁽¹³⁾.

Outro aspecto que pode ser limitante ao procedimento de coleta de escarro refere-se à apreensão da população usuária a respeito da forma de colher as amostras. O estudo entrevistou 78 pacientes, dentre os quais 93,6% referiram terem sido orientados sobre o procedimento para colher a amostra de escarro; 66,7% afirmaram ser a orientação recebida adequada e apenas 15,4% relataram ter dúvidas sobre a orientação recebida. No entanto, quando solicitado ao paciente para explicar a maneira como apreendeu a orientação dispensada, 24,3% apresentaram

dúvidas e 33,4% não tinham conhecimento adequado para a colheita de amostras de escarro⁽¹³⁾.

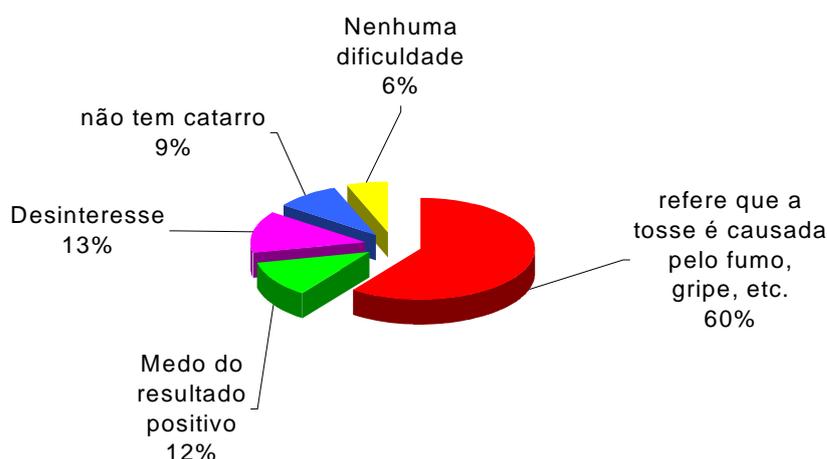
Os aspectos abordados anteriormente como limitantes ao procedimento de coleta de escarro têm que ser considerados na prática dos profissionais de saúde que atendem às demandas desta população⁽¹⁴⁾. Embora possa parecer um simples procedimento, a realização do exame de escarro requer, fundamentalmente, uma adequada abordagem e compreensão do processo. É essencial que seja estabelecida comunicação efetiva entre profissional de saúde e usuário.

Estes apontamentos podem de certa forma, justificar as dificuldades encontradas pelos ACS, relacionadas aos SR indagados que, apesar de num primeiro momento consentir

fazer o exame, não realizam a coleta de escarro.

O outro grupo de pacientes, mesmo referindo estar com sintomas respiratórios, recusa-se de imediato a realizar o exame. No Gráfico 3, observa-se que 60% dos ACS mencionaram que o motivo da recusa é porque os pacientes referem ser o cigarro, gripe o causador de sua tosse. Ainda, 12% dos ACS apontaram que muitos se recusam a fazer o exame devido ao medo do resultado vir a ser positivo. 13% mencionaram como fator de recusa o "desinteresse" e 9% referiu que o paciente se recusava, informando não ter catarro.

Gráfico 3: Dificuldades encontradas pelos ACS em relação aos usuários que recusaram fazer o exame de escarro- Distrital Norte, Ribeirão Preto, 2002.



Aceitar fazer o exame seria para o usuário, em princípio, considerar a hipótese de estar com a doença. Esta reação do usuário em atribuir o sinal de tosse, ao fumo ou gripe é, simplesmente, negar a possibilidade de se

encontrar com TB. A doença ainda é repleta de estigma e preconceitos. Mesmo com a introdução dos esquemas terapêuticos, comprovadamente eficazes na cura da doença, restam vestígios na sociedade acerca do

estigma da doença⁽¹⁵⁾.

Deste modo, estar doente pode assumir contornos variados na ótica do indivíduo, que vão desde um afastamento sutil até a segregação total do indivíduo do ambiente em que vive. Além do isolamento, acresce-se a culpa e risco que representa para o meio em que vive, podendo transmitir a doença para outras pessoas.

O medo representa outra percepção do paciente. A expectativa do sofrimento e da morte, normalmente, são sentimentos diretamente relacionados às repercussões da enfermidade e de tudo que dela pode advir. Não se referem ao fato apenas de estarem doentes e na vivência da doença, como um processo individual, mas que a enfermidade pode vir a determinar rupturas nas condições de existência⁽¹⁵⁾.

Além do afastamento físico de familiares e amigos, é comum ocasionar certo pânico no ambiente de trabalho. A idéia de ser demitido, afastado do trabalho, reforça o sentimento de medo ou de recusa ao exame / diagnóstico.

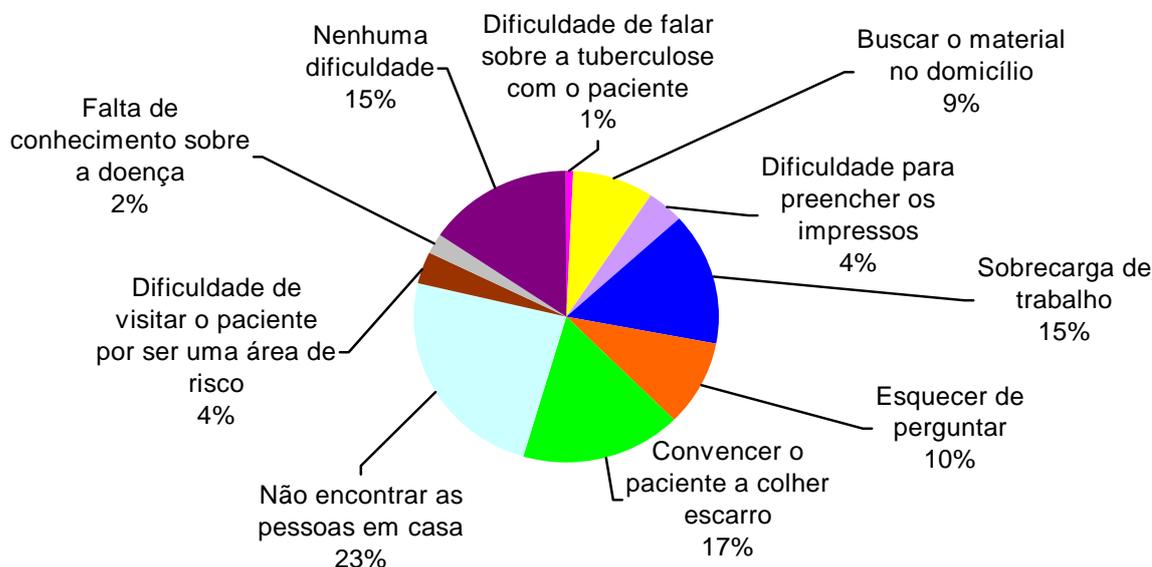
Os ACS apontaram o “desinteresse” como fator de recusa à realização do exame. Além dos fatores já apontados, que podem estar embutidos nesta falta de interesse aparente do paciente em relação à doença, reconhece-se que pode estar associado à concepção de cada um, sobre “o processo saúde–doença”. Assim, estar com tosse, para alguns indivíduos, não necessariamente indica estar doente.

Destaca-se que, algumas famílias não foram investigadas devido à ausência das

mesmas nos domicílios no momento da visita dos ACS por motivos laborais. Os resultados mostraram que 23% dos ACS referiram que a atividade de BSR foi prejudicada por tal situação. Ressalta-se que o horário de trabalho dos ACS é programado, principalmente, em função da rotina dos serviços de saúde, os quais nem sempre se organizam para garantir a execução e continuidade das atividades de saúde dos ACS. A acessibilidade aos serviços de saúde e a continuidade das ações devem ser considerados na detecção de casos de TB.

Um outro aspecto também identificado no estudo relaciona-se ao próprio ACS (Gráfico 4), no que se refere à abordagem e convencimento para o procedimento de coleta de escarro. 17% dos ACS apontaram como dificuldade, dispor de argumentos para convencer o paciente a colher o exame. Nesta situação não se trata de uma dificuldade relacionada ao usuário, e sim a capacidade do ACS em argumentar com o mesmo. A abordagem inicial à família é fundamental para o desencadeamento da intervenção. Não basta apenas fazer simples questões, exige estabelecer confiança e vínculo. É importante compreender esta tarefa como sendo complexa. Requer muitas vezes, além das habilidades específicas / técnicas, que a utilização de outros conhecimentos que envolvem a sociologia, psicologia, filosofia, entre outros, e, nem sempre o ACS tem formação ou está preparado para tal abordagem. O enfermeiro/ supervisor deve estar atento a estas situações para que possa oferecer suporte e/ou contribuição.

Gráfico 4: Dificuldades relacionadas ao trabalho do próprio ACS Distrital Norte, Ribeirão Preto, 2002



A sobrecarga de trabalho também foi um outro aspecto identificado e foi apontado por 15% dos ACS. As atividades executadas pelas equipes dos ACS não seguem uma programação e/ou planejamento local. Atendem às demandas do Ministério da Saúde (MS), sendo ora campanha da catarata, ora campanha da hanseníase, prevenção de colo de útero, hipertensão e diabetes, bolsa alimentação, amamentação, BSR, vacinação do idoso, entre outras.

Esta organização do trabalho reproduz a lógica compartimentalizada em que se estrutura o setor saúde. Cada equipe das Áreas Programáticas do MS estabelece normas e diretrizes a serem executadas pelos municípios, sem vinculação entre as áreas e ausência de planejamento conjunto. O Gráfico 4 mostra os problemas apontados pelos ACS no cumprimento de sua tarefa.

É previsto, em cada período do ano, que os municípios se organizem para executarem tarefas determinadas pela esfera estadual e/ou federal. Considerando que na maioria das vezes, estas atribuições estão relacionadas a campanhas educativas que envolvem a disseminação de informações na comunidade, o ACS tem se tornado o principal instrumento deste processo. Nesta perspectiva, o trabalho de ACS organiza-se predominantemente para atender demandas pontuais, impostas pelo calendário Nacional (Campanha de Vacinação, Semana da Amamentação, Dia Nacional de Combate à TB, Dia Mundial de Combate ao Fumo, entre outros).

A sobrecarga de trabalho também pode ser um motivo pelo qual 10% dos ACS referiram não questionar sobre sintomas respiratórios devido ao "esquecimento".

Um outro aspecto complementar refere-se à dificuldade para entrar em áreas de risco, apontada por 4% dos ACS (Gráfico 4). Alguns ACS manifestaram que são responsáveis por regiões consideradas violentas, onde não se sentem seguros para atuarem. Nos grandes centros urbanos, a falta de segurança tem sido apontada como problema prioritário no desenvolvimento das atividades dos PACS e PSF⁽¹⁶⁾. É possível perceber, que nestes casos, o acesso aos serviços de saúde fica prejudicado, limitando o acesso da comunidade aos serviços de saúde.

Aspectos de integração entre os pontos de atenção: PACS e UBS

Os sistemas de serviços de saúde são organizados através de uma rede integrada de pontos de atenção que presta uma assistência contínua a uma população definida⁽¹⁷⁾. O trabalho do PACS tem, fundamentalmente, seu desenvolvimento na comunidade, devendo atuar como elo entre os serviços de saúde. O trabalho desencadeado pelo ACS no domicílio precisa encontrar retaguarda no sistema de serviços de saúde.

O que determinará, de fato, a continuidade das ações desencadeadas pelo ACS, depende diretamente do modo como se organizam os diferentes pontos de atenção. Aqui, considera-se o trabalho do ACS no domicílio como um ponto de atenção, a UBS

como outro ponto de atenção, o laboratório de análises clínicas⁽¹⁷⁾.

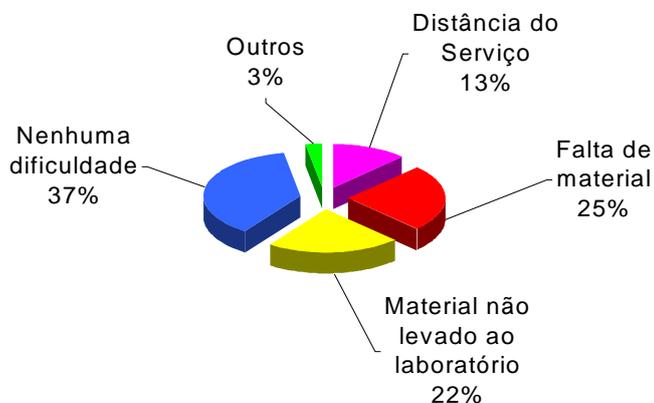
Desta forma, para assegurar a continuidade da atenção, estes pontos de atenção devem comunicar-se entre si. Devem ser usados mecanismos que assegurem a referência e contra-referência entre os diferentes pontos de atenção.

Em se tratando da BSR no controle da TB, uma vez aceito pelo usuário a realização da baciloscopia, o serviço de saúde precisa garantir a continuidade da atenção iniciada.

Deste modo, além da abordagem inicial ao SR, é preciso assegurar a disponibilidade de insumos, tais como potes, etiquetas; a conservação e o armazenamento do material coletado; uma adequada estrutura laboratorial; ágil fluxo de informações. Estes componentes vão determinar a continuidade da ação iniciada pelo ACS.

No estudo, 63% dos ACS referiram ter encontrado alguma dificuldade para realização da baciloscopia de escarro dos sintomáticos identificados. Dentre as dificuldades apontadas, "a falta de material para realização do trabalho" foi apontada por 25% dos ACS (Gráfico 5).

Gráfico 5: Dificuldades encontradas pelos ACS em relação ao serviço de saúde - Distrital Norte, Ribeirão Preto, 2002.



A falta de potes e caixa de isopor para acondicionamento do escarro foram os insumos mais mencionados. A previsão de materiais e a disponibilidade dos mesmos são fundamentais para o desencadeamento do processo. Garantir os insumos necessários para realização dos procedimentos exige gerenciamento e organização permanente. Definir a quem compete à manutenção regular dos materiais inclui divisão de tarefas e responsabilização dos membros da equipe de saúde. Interromper uma etapa do ciclo pode colocar em risco toda a ação planejada e comprometer a integralidade da atenção.

Outro fator apontado refere-se ao encaminhamento do material coletado ao laboratório. 22% ACS mencionaram ter encontrado dificuldade para proceder o encaminhamento. Dentre os principais motivos pelo qual o material não fora encaminhado, decorreu da entrega do pote após o horário de rotina do motorista que faz o transporte.

Do total, 62% dos ACS relataram que um dos obstáculos relacionava-se ao horário rígido

da sala de coleta. Se o material coletado fosse entregue na UBS após o horário estabelecido, era desprezado. Considera-se que esta desarticulação promove interrupção do trabalho desencadeado pelo ACS comprometendo a ação de BSR. Segundo as normas para coleta e armazenamento de escarro, recomenda-se que o material seja armazenado, sob refrigeração, em geladeira comum ou isopor com gelo reciclável, até o momento de ser transportado. Não haveria portanto necessidade de desprezar o material coletado, e sim acondicioná-lo adequadamente até o dia seguinte.

Entretanto, a existência por si só dos recursos necessários para o armazenamento do material não garante que o trabalho seja conduzido de maneira efetiva. Implica também, em reconhecer a sua relevância no processo de detecção da TB. 31% dos ACS mencionaram que mesmo tendo sido acondicionado adequadamente, houve situações em que o material não foi enviado ao

laboratório por esquecimento do funcionário de enfermagem da UBS.

O fato demonstra que os profissionais de saúde devem se responsabilizar pela continuidade da atenção, independentemente da categoria profissional e do ponto de atenção em que ele se encontre.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de parecer um simples procedimento, a BSR no controle da TB, caracteriza-se na prática como uma ação complexa que requer conhecimentos que vão além de habilidades técnicas/específicas. A abordagem à família transcende o saber biológico. Caracteriza-se como uma seqüência de atividades que vão desde o contato no domicílio, a orientação sobre a doença, sinais e sintomas, modo de transmissão, identificação do SR, orientação sobre a coleta de escarro, encaminhamento e recebimento do material pela UBS, fluxo do exame ao laboratório de análise, recebimento do resultado pela unidade e usuário, até, ao encaminhamento para seguimento ambulatorial dos casos diagnosticados.

Compreende-se que, a continuidade de uma ação desencadeada pelo ACS no domicílio será garantida, apenas se o sistema de serviços de saúde estiver organizado através de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde. É preciso haver um fluxo e contra-fluxo das informações, entre os diferentes pontos de atenção, tais como; PACS, UBS, Laboratórios Especializados, entre outros.

O estudo permitiu identificar lacunas nestes canais de informação o que aponta a fragmentação do sistema de serviços de saúde. Os diferentes pontos de atenção são isolados,

apresentam falhas na comunicação e no fluxo de informações, dificultando a continuidade da atenção iniciada.

Esta desarticulação impede que uma ação desencadeada no domicílio transite pelos diferentes pontos de atenção, comprometendo a integralidade da assistência.

REFERÊNCIAS

1. Vendramini SHF, Monroe AA, Villa TCS. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma unidade de saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente. Boletim Pneumologia Sanitária. 2002; 10(1): 5-12.
2. Vendramini SHF et al. Tuberculose no idoso: análise de conceito. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2003; 11(1): 96-103.
3. Monroe AA et al. Gerenciamento de caso ao doente/família com tuberculose: uma estratégia de sistematização do cuidado no domicílio. Editorial. Jornal Brasileiro de Pneumologia. 2000; 31(1): 91-92.
4. Cardozo-Gonzales RI et al. La práctica del Tratamiento Supervisado en un Programa de Control de la Tuberculosis del Municipio de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil (1998-2001). Revista Salud Pública México. 2005, 47(5): 325.
5. Muniz JN. O Tratamento Supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto: uma intervenção de que tipo? 1999. [dissertação] Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
6. Muniz JN, Villa TCS. Tratamento Supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto: novo modo de agir em saúde. Boletim de Pneumologia Sanitária. 1999, 7(1): 33-42.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria das Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. Plano de controle da tuberculose no Brasil no período de 2001-2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
8. Silva CC, Silva ATMC, Loring A. A integração e articulação entre as ações de saúde e de educação no Programa de Saúde da Família - PSF. Revista Eletrônica de Enfermagem [serial on line] 2006 [cited

2006 nov 01]; 8 [1]: 70-74. Available from:
URL:

http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_09.htm

9. Muniz JN, Palha PF, Monroe AA, Gonzales RC, Ruffino-Netto, A.; Villa, T.C.S. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. Ciência e Saúde Coletiva. 2005 abril/junho; 10(2): 315-321.

10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Manual para organização da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

11. Minayo, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1999.

12. Campinas, L. L. S. L. Conhecimentos e opiniões de usuários sobre o valor do exame de escarro, de um serviço de saúde do município de São Pulo visando qualidade das amostras para o diagnóstico da tuberculose pulmonar pelo método bacteriológico. 1999. [Dissertação] Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

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

14. Piovesan, A. Percepção cultural dos fatos sociais: suas implicações no campo da saúde. Revista Saúde Pública. 1970, 4: 85-97.

15. Vendramini, S. H. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto *sob a* percepção do doente. 2001. [dissertação] Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2001.

16. Santos, M.L.S.; Gonzales, R.I.C.; Monroe, A. A.; Villa, T.C.S.; Soares, E.C.C.; Conde, M.B.; Ruffino-Netto, A. A experiência de implantação do DOPS na cidade do Rio de Janeiro. In: Villa, T.C.S.; Ruffino Netto, A. (org.). Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades regionais. Ribeirão Preto: FMRP/USP, 2006. p.181-194.

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

Artigo recebido em 06.12.06

Aprovado para publicação em 30.04.07