

ARTIGO ORIGINAL

Os saberes dos agentes comunitários de saúde de um município da Amazônia sobre a busca ativa do sintomático respiratório

The knowledge of the community health agents of an Amazonia municipality on the active search of respiratory symptomatic

Los saberes de los agentes comunitarios de salud de un municipio de la Amazonia sobre la búsqueda activa del sintomático respiratorio

Camilo Eduardo Almeida Pereira,¹ Marcos Valério Santos da Silva,¹ Danyelle Rodrigues Kobayashi,² Mary Elizabeth de Santana,¹ Laura Maria Vidal Nogueira.³

¹Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.

²Hospital Municipal de Castanhal, Castanhal, PA, Brasil.

³Universidade do Estado do Pará, Belém, PA, Brasil.

Recebido em: 27/07/2017 / Aceito em: 03/04/2018 / Disponível online: 04/04/2018
camiloeduardo17@hotmail.com

RESUMO

Justificativa e Objetivos: Esse estudo tem como objetivo avaliar o conhecimento dos agentes comunitários de saúde sobre a busca ativa do sintomático respiratório, uma vez que é necessário compreender o entendimento desse ator sobre a temática, pois o mesmo tem um papel essencial no controle da tuberculose. **Métodos:** A investigação seguiu a trajetória descritiva, adotando um estudo de abordagem qualitativa. Participaram do estudo 12 agentes do município de Belém. **Resultados:** Em relação ao conhecimento sobre a sintomatologia da doença, os agentes identificam a tosse como principal sintoma, porém ainda têm profissionais que demonstram certa insegurança sobre a característica da tosse, bem como a periodicidade da mesma. O conhecimento sobre abordagem do sintomático respiratório é limitado, por existir um aprendizado distorcido da real finalidade da busca, o que reflete na atuação desse profissional. O estudo evidenciou que os agentes comunitários de saúde do Município de Belém apresentam fragilidades no conhecimento sobre a busca ativa do sintomático respiratório e a real finalidade da busca. **Conclusão:** Assim, essa fragilidade não permite o avanço no contexto da incorporação da busca ativa na rotina da visita domiciliar desses profissionais, podendo ser um dos fatores responsáveis pela condição epidemiológica do alto índice de mortalidade por tuberculose no município.

Descritores: Agentes Comunitários de Saúde. Conhecimento. Tuberculose.

ABSTRACT

Background and Objectives: To evaluate the knowledge of the community health agents on the active search of the respiratory symptomatic, as it is necessary to understand the knowledge of this actor on the subject, seeing that it plays an essential role in the control of tuberculosis. **Methods:** The research followed the descriptive trajectory with a qualitative approach, with the participation of 12 agents of the municipality of Belém. **Results:** In relation to the knowledge about the symptomatology of disease, the agents identify cough as the main symptom, but there are still professionals that shows some insecurity about the characteristic of the cough, as well as its periodicity. The knowledge about respiratory symptomatic approach is limited, because there is a distorted learning of the real purpose of the search, which reflects in that professional's performance. The study evidenced that the community health agents of the municipality of Belém showed fragilities in the knowledge about the active search of RS and the real purpose of the search. **Conclusion:** Thus, this fragility does not allow progress in the context of the incorporation of the active search in the routine of the home visit of these professionals, and may be one of the factors responsible for the epidemiological condition of high mortality rate due to tuberculosis in the Municipality.

Keywords: Community Health Agents. Knowledge and Tuberculosis

R Epidemiol Control Infec, Santa Cruz do Sul, 8(2):170-176, 2018. [ISSN 2238-3360]

Please cite this article in press as: PEREIRA, Camilo Eduardo Almeida et al. Os saberes dos agentes comunitários de saúde de um município da Amazônia sobre a busca ativa do sintomático respiratório. Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, Santa Cruz do Sul, v. 8, n. 2, ago. 2018. ISSN 2238-3360. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/10417>>. Acesso em: 30 ago. 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.17058/reci.v8i2.10417>



RESUMEN

Justificación y objetivos: Este estudio tiene como objetivo evaluar el conocimiento de los agentes comunitarios de salud sobre la búsqueda activa del sintomático respiratorio, ya que es necesario comprender el entendimiento de ese actor sobre la temática, pues el mismo tiene un papel esencial en el control de la tuberculosis. **Métodos:** La investigación siguió la trayectoria descriptiva, adoptando un estudio de abordaje cualitativo. Participaron del estudio 12 agentes del municipio de Belém. **Resultados:** En relación al conocimiento sobre la sintomatología de la enfermedad, los agentes identifican la tos como principal síntoma, pero todavía tienen profesionales que demuestran cierta inseguridad sobre la característica de la tos, así como la periodicidad de la misma. El conocimiento sobre el abordaje del sintomático respiratorio es limitado, por existir un aprendizaje distorsionado de la real finalidad de la búsqueda, lo que refleja en la actuación de ese profesional. El estudio evidenció que los agentes comunitarios de salud del Municipio de Belém presentan fragilidades en el conocimiento sobre la búsqueda activa del sintomático respiratorio y la real finalidad de la búsqueda. **Conclusiones:** Así, esa fragilidad no permite el avance en el contexto de la incorporación de la búsqueda activa en la rutina de la visita domiciliar de esos profesionales, pudiendo ser uno de los factores responsables por la condición epidemiológica del alto índice de mortalidad por tuberculosis en el municipio.

Palavra Chave: Agentes Comunitarios de Salud. Conocimiento. La tuberculosis.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB), embora seja potencialmente prevenível e curável, ainda hoje, é vista como um sério problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, associada às condições de pobreza e de iniquidade social. Sendo que o Brasil ocupa a 18ª posição em carga de TB de um grupo de 22 países que concentram cerca de 80% dos casos da doença, representando 0,9% dos casos estimados no mundo e 33% dos estimados para as Américas.^{1,2} Os indicadores epidemiológicos da TB no Brasil vêm apresentando resultados positivos, no entanto ainda assim a doença é um desafio para saúde pública, principalmente para região amazônica com destaque para o Estado Pará, pois Belém foi considerada a 5ª capital com maior coeficiente de mortalidade para TB.³

Essa situação epidemiológica do Pará pode ter uma relação com a falta de saneamento básico e o nível de pobreza, já a capital paraense tem um índice de vulnerabilidade para pobreza de 33, 3% e um saneamento inadequado de 48,5%, além de apresentar um dos piores indicadores do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), ocupando a 24ª posição. Ressalta-se que as doenças infectocontagiosas têm aumento significativo nos países em desenvolvimento, este quadro afeta a vida de pessoas com menor condição socioeconômica.³⁻⁵

Desta maneira, para compreender essa situação da TB no Município de Belém é necessário fazer uma relação com o crescimento urbano que ocorreu de forma diferenciada nas terras altas e baixas, as primeiras concentrando investimentos públicos e a população de maior renda e as últimas, ocupações precárias e informais, muitas próximas ao Centro, mas sujeitas a alagamentos. Grande parte da população ocupa estes espaços de cotas inferiores, tradicionalmente conhecidos como "baixadas", áreas que passam periodicamente por inundações e alagamentos. Estudos alertam para maior risco de TB relacionado às condições de moradia, e como Belém apresenta alto índice de moradias impróprias, segundo IBGE, pode ter uma relação com a situação epidemiológica da cidade.^{6,7}

Desta forma, para o controle mais efetivo da TB é necessário o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS), uma vez que tem um papel fundamental na busca ativa do sintomático respiratório (SR), o qual

é definido como todo portador de tosse com ou sem expectoração há pelo menos três semanas, proporcionando a interrupção da cadeia de transmissão da doença precocemente, todavia estudos apontam que apenas 52,4% afirmam que "sempre" identificavam um suspeito de TB. Assim percebe-se que busca ativa não faz parte em sua plenitude na rotina da APS.⁷

Outro fator contribui para não adesão da busca ativa do SR, especificamente no município de Belém é a baixa cobertura pela Estratégia Saúde da Família (ESF), pois em 2016 havia uma cobertura de 24,2%. Sabe-se que a ESF é a principal modalidade da APS responsável pelo controle da TB, devendo trabalhar em lócus, ou seja, a mesma tem uma área adstrita, facilitando a intensificação da busca ativa do SR de acordo com os grupos de vulnerabilidade.^{8,9}

E o principal ator responsável por essa busca do SR e mapeamento dos grupos de vulnerabilidade para TB é o Agente Comunitário de Saúde (ACS), ações essas que estão previstas no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), então espera-se que o mesmo seja capaz de identificar, por meio de visitas domiciliares (VD), os indivíduos que apresentam os sintomas compatíveis com a TB e encaminhá-los aos serviços de saúde para investigação da doença. Porém, alguns estudos evidenciam a inabilidade desse ator na identificação e manejo dos SRs e distorção de informações sobre os sintomas e tratamento da doença.^{10,11}

Assim, a incorporação da busca ativa de SR no controle de TB no âmbito do PACS requer, fundamentalmente, a compreensão do contexto no qual ocorre a intervenção, uma vez que contextos diversos e processos específicos de implantação influem nos resultados. Desta forma, é necessário assumir um conjunto de ações, tanto no âmbito externo como no âmbito interno, de modo a avançar para uma nova lógica de trabalho.

Diante da importância do ACS na busca ativa do SR e do contexto da TB no Município de Belém, esse estudo tem como objetivo avaliar o conhecimento ACS sobre a busca ativa do SR, uma vez que é necessário compreender o entendimento desse ator sobre a temática, pois o mesmo tem um papel essencial no controle da TB, já que tem uma representatividade perante a comunidade, podendo impactar para melhoria epidemiológica da TB no Município.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, a técnica utilizada para a coleta de dados foi o diário e entrevista semiestruturada. O diário de campo tem por objetivo registrar em tempo real atitudes, fatos e fenômenos percebidos no local de atuação. Para o diário de campo realizou-se uma observação participativa que visa buscar os fundamentos na análise do meio onde vivem os atores sociais. Desta forma, o pesquisador deve interagir com o contexto do estudo, ou seja, deve estabelecer uma relação direta com grupos ou pessoas, acompanhá-los em situações informais ou formais interrogando-os sobre os atos e seus significados por meio de um constante diálogo.^{11,12}

Participaram 12 ACSs do Município de Belém, por meio de amostra aleatória, sendo que a escolha foi de três ACSs de cada ESF distribuídas em quatro distritos administrativos do Município. É importante informar que o Município de Belém é composto por oito distritos administrativos, no entanto o estudo alcançou por meio da técnica de saturação em quatro distritos. O estudo ocorreu no segundo semestre de 2016, sendo realizado com os ACSs que assinaram o termo de consentimento livre esclarecido. O estudo foi previamente autorizado pelo parecer do Comitê de Ética do Instituto de Ciência e Saúde da Universidade Federal do Pará sob o protocolo 1.844.738. Esse estudo respeitou os princípios éticos de acordo com resolução 466/12 (CNS/MS).

A coleta de dados foi realizada em dois momentos, o primeiro por meio do acompanhamento do ACS durante as VD, totalizando 57 visitas. Utilizou-se observação participativa com foco no tipo de abordagem que o ACS realizava na VD. Essa observação foi por meio de um fluxograma, o mesmo foi constituído por observação de alguma pergunta relacionada ao SR (tosse, febre ou perda de peso) pelo ACS, conforme a figura 1.



Figura 1. Fluxograma da observação participativa.

No segundo momento foi realizada uma entrevista semiestruturada, no qual tivemos a preocupação de realizá-la em local fechado com a presença apenas do pesquisador e do participante. Para manter o anonimato, identificou-se os discursos e as entrevistas utilizando-se códigos alfanuméricos, os quais foram compostos da letra E de "Entrevista" e o número sequencial.

Adotamos roteiro prévio sobre a temática, sendo que mesmo era dividido em dois eixos, o primeiro contendo os dados sociodemográficos, a fim de traçar o perfil dos participantes, e o segundo era composto de perguntas específicas sobre o SR, como: "Você recebeu algum tipo de treinamento de tuberculose? O que achou desse treinamento e quanto tempo faz?"; "você sabe descrever quais são os sintomas da tuberculose? Dentre esses sintomas quais você considera mais importante?"; "Para você o que é busca ativa do sintomático respiratório? E que momento você realiza essa busca?"; "Para você quais são as principais dificuldades para controle da tuberculose?"

Ressalta-se que as entrevistas foram gravadas e posteriormente realizadas transcrições literais dos dados coletados. Análise de dados foi realizada de acordo com análise de conteúdo proposta por Bardin.¹³ No qual, foram realizados recortes dos discursos dos participantes, a fim de alcançar o núcleo de compreensão, que foram organizados e agregados em categorias temáticas, que permitiram uma descrição das características pertinentes do conteúdo.

RESULTADOS

Para caracterização dos participantes foi analisado o perfil sociodemográfico com informações que julgamos ter relação com o processo de atuação desses profissionais. Tais informações foram obtidas através das entrevistas, as quais foram agrupadas permitindo elaborar o perfil dos participantes, relacionado ao sexo, idade, escolaridade e tempo de serviço. Esses elementos estão expressos na tabela 1.

Majoritariamente os participantes eram do sexo feminino. Todavia, não foi possível verificar o envolvimento

Tabela 1. Caracterização dos participantes do estudo, Belém-PA, 2016.

Caracterização dos participantes	n	%
Sexo	12	
Feminino	9	75
Masculino	3	25
Faixa etária	12	
25-35	7	58,3
36-45	4	33,3
46-55	1	8,3
Ensino	12	
Médio completo	5	41,6
Superior incompleto	5	41,6
Superior completo	2	16,6
Tempo de serviço (anos)	12	
3-4	9	75
5-6	3	25

das mulheres ACSs na busca ativa do SR, bem como dos poucos homens participantes, assim pode-se afirmar que a busca ativa do SR não sofre influência de gênero. O tempo médio de serviço é de 4 anos, em relação à escolaridade 7 (58,2%) tinham ensino superior completo ou incompleto.

Diante desse contexto emergiram os seguintes eixos temáticos: o conhecimento do ACS do Município de Belém-PA sobre a busca ativa do SR; os fatores que influenciam no controle da TB na ótica do ACS e a percepção do ACS sobre o seu papel na busca ativa do SR.

Eixo 1: O conhecimento do ACS do Município de Belém-PA sobre a busca ativa do SR

Destaca-se que o conhecimento dos ACS sobre a busca ativa do SR é limitado: 83,3% dos participantes não sabiam fazer uma definição correta sobre a finalidade da busca ativa, os mesmos relacionavam com a busca de paciente faltoso ao tratamento ou as buscas de contatos de controle. Outro dado relevante é que 58,3% dos participantes apresentaram dúvidas sobre a característica e periodicidade da tosse que é o principal sintoma da TB pulmonar.

Em relação ao conhecimento sobre a sintomatologia da TB, os ACSs identificaram a tosse como principal sintoma, porém ainda tem ACS que demonstra certa insegurança sobre as características da tosse, se era seca ou com secreção, além do período da tosse, pois teve participante que afirmou que o período da tosse teria que ser por mais de meses, fazendo associação com a febre, para poder chegar a suspeita de TB, elucidado no quadro 1 no foco do eixo temático de sintomatologia da TB.

O conhecimento sobre abordagem do SR é limitado, pois existe um aprendizado distorcido da real finalidade da busca, podendo ser inferido pelas respostas dos participantes, já que os mesmos fazem uma relação com a busca de paciente faltoso ao tratamento ou a busca de contatos controle. Essa forma de pensamento reflete na busca ativa do SR durante as visitas domiciliares desse profissional, pois foi perceptivo que esse pensamento não faz parte da rotina dos ACSs, apesar deles reconhecerem a importância da busca para uma detecção precoce e o seu papel nesse processo. Conforme o quadro 1 no foco do eixo temático busca ativa.

Quadro 1. O conhecimento do ACS do município de Belém-PA sobre a busca ativa do Sintomático Respiratório.

Foco do eixo temático	Participante	Depoimento
Sintomatologia da TB	E3	"Tosse é seca, a maioria é seca, porque a seca é mais comum."
	E2	"A tosse por mais de meses"
	E6	"Tosse, com bastante secreção"
Busca ativa do SR	E3	"Busca ativa do SR? É procurar né? Paciente que já tiveram tuberculose e seus familiares."
	E6	"A busca ativa para mim é ir atrás dos pacientes que começaram o tratamento e abandonaram assim a gente preveni muitos casos."

Eixo 2: Os fatores que influenciam no controle da TB na ótica do ACS

Os ACSs elencaram algumas barreiras que dificultam o controle da TB, entre elas, a falta da continuidade de capacitações, pois segundo os participantes tinham mais de um ano que não recebiam nenhum tipo de treinamento a respeito da temática, e que seria de extrema importância para a atualização, conforme o eixo temático eixo capacitação permanente no quadro 2.

Para os ACSs, o profissional que tem que se responsabilizar por essas capacitações são os enfermeiros, no entanto há uma alta rotatividade desses profissionais, que dificultam o andamento dos programas, em especial o programa de controle da TB. Para os ACSs, o profissional que tem que se responsabilizar por essas capacitações são os enfermeiros, no entanto há uma alta rotatividade desses profissionais, que dificultam o andamento dos programas, em especial o programa de controle da TB. Outro fator destacado como problemática pelos ACS foi o déficit de profissionais para atuarem nas áreas, e sendo constatada essa baixa cobertura, já que todas as ESFs visitadas estavam com áreas descobertas, conforme o quadro 2.

Quadro 2. Os fatores que influenciam no controle da TB na ótica do ACS.

Foco do eixo temático	Participante	Depoimento
Educação Permanente	E8	"Já, a última que tivemos de tuberculose... deixa eu ver (pause), acho que foi ano passado no primeiro semestre, faz quase um ano e pouco, foi até com a enfermeira (F)."
	E10	"Essa capacitação para a gente dia de sexta-feira pela manhã. Porque, o nosso trabalho de sexta-feira é interno, justamente para a gente tirar nossas dúvidas"
Integração com a equipe	E2	"Olha, eles não informam os casos sintomáticos que são identificados aqui na ESF que são da minha área, porque como te falei, quando chego aqui, olha fulano se consultou, aí eu digo foi ele veio aqui? Engraçado, eu fui lá com ele e não me falou nada."
Baixa cobertura	E1	"Eu acho, por exemplo, aqui na nossa unidade é a cobertura de ACS, que tem uma defasagem de agente. Se você tem uma defasagem desse olhar do agente, acaba que a comunidade não sabe que caminho percorrer."
Alta rotatividade de profissionais	E11	"Atrapalha 100%, porque, por exemplo, eles têm que passar por capacitação também, né? Eles estão no momento de entrada (...). Por exemplo, as enfermeiras antigas, elas tinham um olhar muito atendo tanto para a TB quanto para hanseníase, muito bom, mas com essa perda até qualificar."

Eixo 3: A percepção do ACS sobre o seu papel na busca ativa do SR

Existe o entendimento por parte dos ACSs entrevistados, que o mesmo é a ponte entre comunidade e a ESF, desta forma, reconhece a necessidade a partir dos problemas encontrados. Esse método para busca ativa do SR é essencial, pois a TB é uma patologia circundada por diversos determinantes sociais, sendo que esses determinantes são relacionados às condições socioeconômicas e culturais. Podendo ser evidenciado com depoimentos do quadro 3.

Quadro 3. A percepção do ACS sobre o seu papel na busca ativa do Sintomático Respiratório.

Foco do eixo temático	Participante	Depoimento
Auto percepção do ACS sobre sua importância na busca ativa do SR	E2	"Porque é através da busca ativa que nós absorvemos várias situações no seio da família, e esses problemas a gente trás quando não consegue resolver, porque somos a ponte, assim trazemos para o nosso enfermeiro, no caso para ver que pode ser alcançado, através dessa busca ativa que eu fiz"
	E5	"Sou importante porque estou na área, vou, visito, pergunto, entendeu? Aí tenho aquele vínculo, porque já estou a 6 anos...Olha dona T., quando eu ia fazer visita na casa dela, ela nunca me falava (que era usuária de droga). Então, um dia quando cheguei, fiquei sentada, aí ela conversou comigo e relatou que era dependente química, que ela queria sair dessa vida, que estava com TB."

DISCUSSÃO

O ACS no contexto de atuação da equipe de saúde da ESF no controle da TB são responsáveis, principalmente pela busca ativa do SR, no entanto ainda há uma fragilidade na incorporação desta ação no seu contexto de trabalho em decorrência de uma VD superficial, que muitas das vezes não conseguem fazer uma identificação precoce dos casos de TB.

Essa fragilidade perpassa pelo conhecimento da sintomatologia da doença, pois sabe-se que o principal sintoma da TB é a tosse, logo é esperado que o ACS seja capaz de identificar por meio de VD, os indivíduos que apresentam tosse por 3 semanas ou mais.¹⁴⁻¹⁶ No entanto, apesar dos ACSs reconhecerem a tosse como principal sintoma, os mesmos apresentaram dificuldades a respeito da periodicidade e a característica da tosse. Assim, essa dificuldade de classificar a tosse pode interferir na abordagem do SR durante a VD desse profissional. Esse desconhecimento sobre a sintomatologia clássica da TB pode ser um dos motivos da ineficácia da busca ativa do SR no município de Belém, além dos ACS não saberem

a finalidade dessa ação, pois, os ACSs têm uma ideia distorcida do conceito de busca ativa, podendo ser evidenciado no foco busca ativa do SR, no qual os mesmos fazem uma associação com o controle de contato de TB e com abandono de tratamento, ambas as situações não têm uma relação com definição da busca ativa do SR.

Logo, essa indefinição do conceito contribui para um aumento da detecção de caso por meio da busca passiva, que compreende a investigação de TB em indivíduos que procuraram o serviço de saúde devido à tosse. Essa busca passiva ocorre principalmente pela falta de planejamento gerencial referente às atividades de busca ativa do SR.¹⁷⁻¹⁹ Para que haja mudança nesse contexto é necessário o enfoque na educação permanente, que visa trabalhar com os problemas que emergem da equipe e da comunidade.

Todavia, estudos realizados sobre capacitação dos ACSs apontam que este profissional tem responsabilidades básicas com a comunidade, de forma que precisa ser elaborado um plano de educação permanente que contemple o contexto de trabalho deste profissional, ou seja, na identificação de sinais e situações de risco, como prestar orientações às famílias e para a comunidade, e realizar encaminhamentos à equipe dos casos e situações identificadas que necessitam de acompanhamento.²⁰

A TB é uma doença que necessita constantemente ser trabalhada com os ACS, por ser uma doença que tem ligação forte como os determinantes sociais.²¹ Por consequência, uma das principais barreiras destacadas pelo ACS foi à periodicidade de capacitações que abordam a TB, podendo ser constatado no quadro 3, pois a maioria relatou que tinha mais de ano que não recebiam capacitação sobre a temática. Destaca-se ainda que a capacitação insuficiente repercute na limitação do conhecimento sobre o manejo no controle da TB, para que as equipes estejam em consonância com os protocolos que são lançados pelo MS.

Somado a descontinuidade das capacitações, destaca-se a forma como a TB vem sendo abordada, pois pelos depoimentos ficou evidente que ainda é aos moldes do modelo biomédico, com enfoque para a doença não fazendo uma relação com os determinantes sociais. Porém, ressalta-se que esse modelo reducionista não tem tido muito êxito, uma vez que o treinamento e/ou preparo das equipes não tem sido capaz de atender a ação proposta. Essa forma de capacitar não repercute nas ações dos ACSs nas VDs, pois foi perceptivo que durante o acompanhamento desses profissionais, os mesmos não realizavam a busca ativa.

Desta maneira, é necessário romper esse modelo de capacitação tradicional, por meio da compreensão que a TB apresenta diversos determinantes sociais que são relevantes e precisam fazer parte do plano de educação em saúde, para que os ACSs sejam capazes de dialogar com esses determinantes e incluí-los na sua atuação. Porém, essa ruptura exige uma capacitação permanente, com enfoque nos problemas que emergem do usuário/família/comunidade para que ações possam ser resolutivas.²²

Contudo, a eficácia do processo construtivo da

educação permanente exige que haja uma integração da equipe de saúde, todavia essa integração de acordo com os relatos não ocorre na maioria das ESF visitadas. Essa ausência de integração gera a desmotivação do trabalhador e compromete a qualidade de suas ações na comunidade, visto que a integração da equipe proporciona a prática de um trabalho interdisciplinar. Desta forma, o trabalho em equipe é reconhecido como um facilitador do processo de trabalho, sendo fundamental para as orientações e cuidados ofertados aos usuários.²³

Essa integração comprometida pode também estar relacionada à alta rotatividade dos profissionais, visto que o vínculo da equipe é interrompido constantemente, repercutindo no trabalho desenvolvido, principalmente quando se trata da TB, pois as intervenções precisam de um conhecimento apurado dos determinantes sociais existentes na área, que tem uma relação direta ou indireta com a TB.

Destaca-se que o Pará está acima da média nacional de cobertura de ACS que é de 66%, apresentando uma cobertura de 83%, porém essa cobertura não é uma realidade da capital do estado, Belém tem uma cobertura de 26% da população sendo assistida por esse profissional.⁸ Essa baixa cobertura foi vivenciada durante o estudo. Em todas as ESF visitadas havia microáreas descobertas, destacando também que tinha equipes compostas apenas com dois ACSs, havendo déficit de oito ACSs.

O ACS possui um papel importante para a consolidação do SUS, não só por facilitar o acesso da população às ações e serviços de saúde, mas principalmente por ser o elo entre as equipes de saúde e a comunidade, fortalecendo as relações, facilitando o potencial diagnóstico das situações de risco e atuando como agentes de organização da comunidade, para a transformação de suas condições de saúde.²⁴

No entanto, ausência desse profissional em decorrência da baixa cobertura é um agravante para a identificação precoce do SR, uma vez que a população não é alcançada pelas ações desenvolvidas na ESF, visto que o ACS é a ponte entre a comunidade e ESF. Sabe-se que a TB é uma doença de cunho social, e que é necessário uma busca ativa continua nos grupos de vulnerabilidades. Porém, sem a figura do ACS é inviável fazer o diagnóstico situacional das microáreas para identificação dos grupos de risco para a doença, assim ficando uma assistência à saúde negligenciada no controle da TB.

Essa situação da ausência de ACS pode ser ainda mais grave em decorrência da nova configuração da Política Nacional de Atenção Básica, uma vez que a portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 não estabelece mais um número mínimo de ACS por estratégia saúde da família, abrindo precedentes para uma quantidade insuficiente de profissionais para atender a população local de cada município.

Na atenção à TB, o ACS tem o papel de facilitador, podendo identificar precocemente o SR, além de acompanhar o tratamento dos casos confirmados, repercutindo na melhoria dos indicadores epidemiológicos da doença. Portanto, os ACSs desse estudo reconhecem

a importância do seu papel no controle da TB, além de identificar empiricamente a necessidade de desenvolver as ações de saúde a partir do problema identificado.

Esse método de compreensão da realidade, no intuito de ensinar processos de ação-reflexão-ação que apontem soluções efetivas de problemas desvelados no cotidiano.²⁵ E o ACS por ser o membro da equipe que está diretamente na comunidade terá uma visão além dos muros da ESF, e assim conseguirá desenvolver ações mais contundentes, utilizando como ferramenta a educação em saúde.

Desta maneira, percebe-se nos discursos dos ACSs que apesar de reconhecer seu papel na identificação do SR, os mesmos não se sentem capazes de realizar a busca, conforme os diálogos do quadro 4. Busca essa que não exige muito esforço para ser realizada, pois a mesma é parte do processo de atuação desses profissionais, logo é necessário mudar essa concepção, de forma que o ACS possa realizar busca ativa do SR sempre dialogando com os problemas inerentes da sua comunidade, necessitando assim fomentar o pensamento crítico desse profissional.

O estudo evidenciou que os ACSs que participaram da pesquisa apresentam fragilidades no conhecimento sobre a busca ativa do SR. Essa fragilidade não permite o avanço no contexto da incorporação da busca ativa na rotina da VD desses profissionais, podendo ser um dos fatores responsáveis pela condição epidemiológica sobre alto índice de mortalidade por TB no município.

Sendo assim, para que haja mudança da atuação desse profissional, faz-se necessário levar em consideração as barreiras identificadas por ele, principalmente aquelas relacionadas à capacitação sobre a temática, que ocorre de forma pontual e aos moldes do modelo reducionista de repasse de informação. Esse modelo de capacitação vai de encontro com a educação permanente, que tem como lógica a problematização como ferramenta de desenvolvimento de um senso crítico e reflexivo da realidade vivenciada pelos profissionais de saúde.

Desta maneira, é necessário o fortalecimento das ESFs, não apenas no campo da educação em saúde, pois existem problemas estruturais que necessitam de mudanças de governabilidade pautados no aumento da cobertura de ACS. Esse ator social tem uma responsabilidade de desenvolver ações de promoção e prevenção, no entanto o número reduzido de profissionais inviabilizam tais ações, principalmente relacionado à busca ativa do SR, proporcionando um diagnóstico tardio, já que grande parte da população belenense é desassistida por esse profissional.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global tuberculosis control: a short update to the 2009 report 2010. Geneva: WHO; 2010.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretária de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico, v.46, n.9. Brasília, 2015.
3. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD. Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil, 2013.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretária de Vigilância em Saúde.

- Boletim epidemiológico. v.44, n.2. Brasília, 2014.
5. Rodrigues E, Silva HMB. Moradia é central: inclusão, acesso e direito à cidade [Internet]. Instituto Pólis 2009 [Acesso em 2016 dez 02]. Disponível em: <http://polis.org.br/publicacoes/moradia-e-central-inclusao-acesso-e-direito-a-cidade-sao-paulo/>
 6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Resultados definitivos do Censo de 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE [Acesso em 2017 jan 25]. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/>
 7. Santos TMMG, Nogueira LT, Arcêncio RA. Actuación de profesionales de la Estrategia Salud de la Familia en el control de la tuberculosis [Internet]. Acta Paul Enferm 2012 [Acesso em 2016 dez 12]; 25(6):964-961. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n6/v25n6a20.pdf>
 8. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica – DAB. Histórico da cobertura de saúde da família. Brasília, 2016.
 9. Machado ACFT, Steffen RE, Oxlade O, et al. Factors associated with delayed diagnosis of pulmonary tuberculosis in the state of Rio de Janeiro, Brazil. J Bras Pneumol 2011;37(4):512-520. doi: 10.1590/S1806-37132011000400014
 10. Taddeo PS, Gomes KWL, Caprara A, et al. Access, educational practice and empowerment of patients with chronic diseases. Ciên. saúde coletiva 2012;17(11):2923-2930. doi: 10.1590/S1413-81232012001100009
 11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2013.
 12. Oliveira MM. Como fazer pesquisa qualitativa. 6ªed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.
 13. Maciel EL, Vieira RC, Milani EC, et al. Community health workers and tuberculosis control: knowledge and perceptions [Internet]. Cad Saúde Pública 2008 [Acesso em 2016 dez 22]; 24(6):1377-1386. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n6/18.pdf>
 14. Bardin L. Análise de Conteúdo. Trad, Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. 70a ed. São Paulo, 2011.
 15. Rocha NHN, Barletto M, Bevilacqua PD. Identity of community health agents: composing emerging rationalities. Interface (Botucatu) 2013;17(47):847-857. doi: 10.1590/S1414-32832013005000031
 16. Baralhas M, Pereira MAO. Daily practice of community health agents: difficulties and limitations of care. Rev Bras Enferm 2013;66(3):358-365.
 17. Crispim JÁ, Scatolin BE, Silva LMC, et al. The Community Health Agent in the control of tuberculosis in Primary Health Care [Internet]. Acta Paul Enferm 2012 [acesso em 2017 fev 20]; 25(5):721-727. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/aop2312.pdf>
 18. Rocha GSS, Lima MG, Moreira JL, et al. Community health workers' knowledge on tuberculosis, control measures, and directly observed therapy. Cad Saúde Pública 2015;31(7):1483-1496.
 19. Sobrinho ECR, Freitas KG, Figueiredo RM, et al. A tuberculose na estratégia de saúde da família: o conhecimento dos agentes comunitários de saúde. Rev Eletr Enf 2013;15(2):416-21. doi: 10.5216/ree.v15i2.16982
 20. Pinheiro PGOD, Sá LD, Palha PF, et al. Active search for respiratory symptoms and late diagnosis of tuberculosis. Rev Rene 2012;13(3):572-81.
 21. Cardoso FA, Cordeiro VRN, Lima DB, et al. Training of community health workers: experience of teaching and practice with nursing students. Rev Bras Enferm 2011;64(5):968-73.
 22. Pinheiro RS, Oliveira GP, Oliveira EXG, et al. Determinantes sociais e autorrelato de tuberculose nas regiões metropolitanas conforme a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, Brasil. Rev Panam Salud Publica 2013;34(6):446-451.
 23. Queiroz DM, Silva MRF, Oliveira LC. Continuing Education for Community Health Agents: potentialities of an education guided by the framework of Health and Popular Education. Interface (Botucatu) 2014; 12 (supl 2):1199-1028.
 24. Santos KT, Saliba NA, Moimaz SAS, et al. Community Health Agent: status adapted with Family Health Program reality? Ciênc saúde coletiva 2011;16(Supl. 1):1023-1028.
 25. Gomes KO, Cotta RMM, Mitre SM, et al. The community health agent and the consolidation of the Unified Health System: contemporary reflections [Internet]. Physis: Revista de Saúde Coletiva 2010 [Acesso em 2017 fev 11]; 20(4):1143-1164. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a05v20n4.pdf>