



Revista de APS

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/index>



Educação permanente como estratégia para busca ativa dos sintomáticos respiratórios no território de uma unidade de saúde da família em Guarulhos - SP

Permanent education as a strategy for active search for respiratory symptoms in the territory of a family health unit in the city of Guarulhos - SP

Leonardo Paroche de Matos¹, Lílian Ambrozina Tavares Oliveira², Ana Freitas Ribeiro³

RESUMO

OBJETIVO: analisar a efetividade da educação permanente na busca ativa dos sintomáticos respiratórios. **MÉTODO:** estudo descritivo e transversal com abordagem quantitativa realizada no ano de 2017. Os dados (total de interrogados e total de coletas de escarro) foram coletados dos registros laboratoriais e do livro de registro dos sintomáticos respiratórios por área da estratégia de saúde da família. Após a identificação da fragilidade, foi realizada a capacitação e reflexão crítica por meio de problematizações temáticas sobre tuberculose e busca ativa dos casos na população. **RESULTADOS:** mudanças consideráveis ocorreram nos indicadores da UBS, verificados com o aumento expressivo das coletas de escarro e do registro dos interrogados de sintomáticos respiratórios. **CONCLUSÃO:** com aumento de 241,8% no total de coletas na unidade, foi possível verificar a evolução na identificação dos sintomáticos, tratamento em tempo adequado dos portadores de tuberculose e promoção de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Tuberculose. Educação permanente. Atenção primária à saúde. Saúde pública.

¹ Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Administração - Gestão dos Sistemas de Saúde (2019) pela Universidade Nove de Julho. Graduado em Odontologia pela Universidade de Mogi das Cruzes. E-mail: leonardoparoche@gmail.com

² Graduada em Enfermagem pela Universidade Nove de Julho, Enfermeira da Família na Prefeitura Municipal de Guarulhos.

³ Doutorado em Pós-Graduação em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública - USP, Brasil. Efetiva da Prefeitura Municipal de São Paulo, Brasil.

ABSTRACT

OBJECTIVE: to analyze the effectiveness of continuing education in the active search for respiratory symptoms. **METHOD:** a descriptive and cross-sectional study with a quantitative approach carried out in 2017. The data (total of respondents and total sputum collections) were collected from laboratory records and the respiratory symptomatic registry book by area of the family health strategy. After identifying the fragility, training and critical reflection were carried out through thematic problematizations about tuberculosis and active search for cases in the population. **RESULTS:** considerable changes occurred in the indicators of the Basic Health Unit, verified with the expressive increase in sputum collections and in the registration of respondents of respiratory symptoms. **CONCLUSION:** with an increase of 241.8% in the total collections in the unit, it was possible to verify the evolution in the identification of symptomatic patients, timely treatment of tuberculosis patients and health promotion.

KEYWORDS: Tuberculosis. Continuing education. Primary health care. Public health.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa acarretada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis* (BMT), que afeta principalmente os pulmões, podendo acometer outros órgãos e tecidos^{1,2}.

É um problema que se mantém nos países em desenvolvimento como uma das mais importantes causas de mortalidade entre adultos jovens (entre 15 e 49 anos). Mesmo após os avanços conseguidos no combate à tuberculose, o Brasil é um dos 22 países elencados como prioritários pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pois faz parte do grupo que abrange 80% do total de Tuberculose no mundo³.

Considerada uma doença negligenciada, a tuberculose registrou redução na taxa de mortalidade no país considerando o período entre 2002 e 2008, de 3 casos por 100 mil habitantes para 2,5 casos. Contudo, mesmo que se trate de uma doença com bom prognóstico e tratamento e com potencial para redução da incidência, ainda ocorrem em torno de 4.700 óbitos por ano, destacando a relevância do seu estudo em saúde pública⁴.

A suscetibilidade à infecção é praticamente universal. Estima-se que um quarto da população não adoece após adquirir a infecção latente por tuberculose (ILTB). Porém, alguns bacilos permanecem vivos, embora suprimidos pela reação imune do organismo⁵.

Uma pequena parcela dos expostos ao *M. tb* adoecem logo após o contato com o microorganismo (em torno de 5%), assim como outros 5% que conseguem neutralizar a infecção logo após a exposição adoecem por reativação dos bacilos ou nova exposição ao bacilo de Koch³.

Em uma perspectiva global, o total estimado de portadores de ILTB é de um quarto

da população mundial (1,7 bilhão). Estima-se que aproximadamente 5 a 15% desses evoluam para a TB ativa. Esse número é expressivo entre crianças (aproximadamente 1 milhão de crianças doentes por tuberculose) e, considerando as infecções latentes por TB (ILTb), aproximam-se de 97 milhões de crianças e adolescentes infectados pelo *Mycobacterium tuberculosis*⁶.

O país encontra-se na 18ª posição na escala mundial de total de casos de tuberculose (0,9% dos casos no mundo e 33% no continente americano), com uma incidência de 32,4 por 100 mil indivíduos¹.

A despeito dos custos aos cofres públicos provocados pela TB, de acordo com dados do Ministério da Saúde observa-se que a cada caso novo diagnosticado no ano de 2017, e que utilizará o esquema básico para o seu tratamento completo por seis meses dentro da Atenção Primária em Saúde (APS), tem como custo total R\$ 118,70 por usuário⁷.

Vale a pena ressaltar que esse valor refere-se somente ao tratamento farmacológico, não incluindo fatores operacionais como meios para elucidação do diagnóstico, controle laboratorial e recursos humanos, que elevam este custo primário de forma evidente, gerando altos valores para a administração pública. Sendo assim, o diagnóstico precoce é um dos grandes desafios para o controle da TB e diminuição dos gastos públicos⁷.

A OMS, em 1993, considerou a TB como uma emergência em todo o mundo e recomendou que os países adotassem a estratégia do Tratamento Diretamente Observado (ou *Directly Observed Treatment Short-Course- DOTS*) no controle dos casos da doença. Em 2006 foi lançada a estratégia *Stop-TB* pela OMS como meio fortalecedor da estratégia *DOTS* com o intuito de suprimir consideravelmente os casos de TB até o ano de 2015⁸.

O Brasil, durante a Assembleia Mundial da Saúde (AMS), em 2014, aprovou a Estratégia pelo Fim da TB (inicialmente denominada estratégia global e metas para prevenção, atenção e controle da TB pós-2015), com os objetivos de zerar as mortes por TB, o adoecimento e o sofrimento que envolve a tuberculose, bem como o fim da epidemia global, com metas estabelecidas de redução da incidência para menos de 10 casos por 100 mil habitantes e redução em 95% dos casos de óbito por TB até 2035⁸.

Com a criação, há 30 anos, do Sistema Único de Saúde (SUS), tornou-se clara a necessidade de mudança na formação dos profissionais de saúde⁹. Formados com grande domínio de técnicas, os profissionais brasileiros diversas vezes são incapazes de entender a complexa subjetividade e a diversidade cultural dos indivíduos. Não são treinados para o trabalho de forma multi e interdisciplinar e apresentam limitações de implementar os princípios do SUS no seu serviço diário¹⁰.

Baseado no modelo da reforma sanitária, o SUS possui como competência a formação de profissionais, e políticas públicas de saúde no país norteadas

pelas diretrizes do SUS vêm demonstrando mudanças relevantes nos processos educacionais dos profissionais atuantes no sistema. A Educação Permanente Em Saúde (EPS) representa a aprendizagem no âmbito do trabalho, incorporando aprendizado e ensino no dia a dia dos serviços de saúde, com caráter transformador das práticas e aprendizagem significativa¹¹.

A Busca de Sintomáticos Respiratórios (BSR) é uma ação executada pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como parte da rotina de trabalho, contudo, foram identificadas dificuldades na continuidade das ações de saúde necessárias ao diagnóstico da doença devido às fragilidades quantitativas (falta de recursos humanos) e qualitativas (despreparo dos profissionais) com reflexo direto para controle da tuberculose.

A tuberculose ainda é um agravo prevalente na população brasileira e considerada como uma problemática persistente no campo da saúde pública, especialmente presente nas camadas mais socialmente desfavorecidas em todos os municípios.

Portanto, este estudo possui como objetivo analisar a efetividade da educação permanente na busca ativa dos sintomáticos respiratórios.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este artigo foi desenvolvido por meio de um estudo descritivo e transversal com abordagem quantitativa realizada no ano de 2017 em uma UBS no município de Guarulhos/SP.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é composta por cinco equipes de estratégia de saúde da família. Está localizada no distrito administrativo Bonsucesso e conta com uma população estimada em 26.045 usuários cadastrados na unidade, segundo dados obtidos no sistema e-SUS. Sua estrutura física conta com 1055,43m² de área construída inaugurada em 28/09/2014 e possuía um quadro de recursos humanos com 93 colaboradores no ano da pesquisa.

A coleta de dados (total de indivíduos interrogados (sintomáticos respiratórios) e total de coletas de escarro realizadas) baseou-se nos registros quantitativos realizados no livro de sintomáticos respiratórios da unidade obtidos mediante a busca ativa dos sintomáticos respiratórios realizada rotineiramente pelos funcionários da UBS (principalmente os agentes comunitários de saúde) do estudo na população do território adscrito da unidade.

A tuberculose é um agravo transmissível que possui profundas raízes sociais e econômicas e a sua prevalência na população reflete a qualidade do serviço prestado pelas unidades de saúde. A UBS vinha desenvolvendo baixo índice de busca ativa dos sintomáticos respiratórios e conseqüentemente constatando o aumento dos casos de tuberculose na população – a maioria deles identificados primariamente pela rede

de urgência e emergência – descaracterizando o papel crucial da atenção básica em identificar precocemente os casos latentes de tuberculose, para rápida atuação na quebra da cadeia de transmissão da doença.

Por ser uma unidade que conta com estratégia de saúde da família, possui características particulares e operacionais que favorecem essa busca, principalmente pela atuação dos agentes comunitários de saúde, profissionais essenciais para a busca ativa, além da adstrição do território e divisão por áreas, o que permite a identificação das vulnerabilidades e riscos, facilitando o planejamento das ações.

Após a baixa suspeição, a equipe técnica e o gestor local constataram que os baixos índices de busca estavam relacionados – além do déficit em recursos humanos para a realização das ações – com a falta de reuniões técnicas para o tratamento do assunto e a qualificação e sensibilização necessária dos agentes e colaboradores para a busca efetiva dos sintomáticos respiratórios, o que refletia diretamente na quantidade de exames coletados pela unidade.

Então, foi solicitado à equipe pela gestão local um plano de intervenção em relação à busca ativa dos sintomáticos respiratórios, no qual a equipe técnica sugeriu inicialmente a capacitação dos colaboradores. A estratégia escolhida inicialmente foi planejar e sistematizar reuniões técnicas (por equipe) e discussões específicas com os colaboradores acerca de estratégias de busca ativa dos sintomáticos respiratórios.

As variáveis do estudo foram então definidas com foco na busca ativa dos sintomáticos respiratórios (BSR), que segundo a OMS (p. 193): “é o rastreamento sistemático para TB, ou seja, a procura rotineira de pessoas com suspeita de ter TB em populações alvo predefinidas, usando testes ou outros procedimentos que possam ser aplicados de modo simples e rápido”⁸ e aumento das coletas de exames de tuberculose (escarro). A BSR nos serviços de saúde faz parte do rol de práticas inerentes à atenção básica (e é realizada por meio da abordagem direta aos indivíduos com o intuito de interrogar sobre a presença de tosse há mais de 3 semanas). Metas quantitativas são estabelecidas de acordo com a população de cada território.

O exame de escarro é a principal ferramenta clínica para a detecção precoce dos casos de tuberculose nas populações, permitindo assim atuação em tempo hábil para o tratamento precoce dos casos pulmonares (bacilíferos), implementação dos tratamentos quimioprolifáticos (quando indicados), e por ser de fácil execução e baixo custo, é altamente indicado na atenção básica.

Também foram sugeridas atualizações periódicas sobre o tema aos colaboradores, além da exposição dos dados sobre a busca ativa e o total de coletas de escarro da unidade utilizando recursos visuais nas reuniões gerais da UBS, onde por meio do planejamento e construção de um cronograma anual prévio, ficou acordado que a estratégia seria direcionar as ações na busca ativa, conforme demonstrado no quadro abaixo:

Quadro 1 - Cronograma das ações de busca ativa dos sintomáticos respiratórios da UBS do distrito sanitário Bonsucesso, 2017

Ação/ Mês	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Planejamento	X	X						X				X
Organização das ações		X	X									
Capacitação dos funcionários (roda de conversa, apresentação do tema, conceitos e dados e discussões sobre estratégias de busca)			X									
Busca ativa (coleta de dados)				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Intensificações								X	X	X	X	X
Análise dos dados					X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliação das ações								X				X

Fonte: elaborado pelos autores

Em janeiro de 2017 iniciou-se o planejamento da ação, e o método escolhido para capacitação foi a implementação de rodas de conversa e apresentação expositiva dos conceitos, dados, considerações e estratégias de busca para proporcionar reflexões individuais e coletivas acerca do assunto, estimulando a discussão e sugestão de ações, expor o objetivo da ação (análise de impacto), além da introdução dos impressos elaborados pela equipe técnica.

Metas iniciais foram estabelecidas com a gestão local: aumento do número de abordados e da detecção dos sintomáticos respiratórios, capacitação permanente da equipe, apoio integral aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), linguagem única entre as equipes, melhoria dos fluxos de encaminhamentos de exames, monitoramento dos pacientes em tratamento de TB e o percentual de abandonos, exame dos comunicantes de pacientes com TB confirmadas (por meio de diagnóstico bacteriológico) e *feedbacks* às equipes.

Cada participante poderia sugerir uma estratégia (eixo central: técnica de abordagem e entrevista da população), e a maioria dos ACS presentes sugeriram a realização de “mutirões” nas áreas, inicialmente identificadas por eles como “mais vulneráveis” à exposição (pelas precárias condições socioeconômicas de moradia, alimentação, emprego e renda, saneamento) ou “prevalência de casos de tuberculose”. Após essa primeira etapa, juntamente com a gestão local e os enfermeiros das áreas, ficou estabelecido o esquema de mutirões como estratégia de intensificação das buscas nas áreas, porém estavam condicionados à efetividade da coleta de dados.

A busca ativa dos sintomáticos respiratórios (coleta de dados) teve início com as novas estratégias após a capacitação (visitas casa a casa para abordagem dos indivíduos conforme rotina de trabalho dos ACS e oferecimento do recipiente de coleta de escarro).

Foi realizada por meio de um inquérito populacional com o objetivo de detectar os SR na população cadastrada.

Segundo o Ministério da Saúde (p. 47)⁸: “é considerado um Sintomático Respiratório (SR) a pessoa que durante a estratégia programática busca ativa apresenta tosse por 3 semanas ou mais e ela deve ser investigada para tuberculose através de exames bacteriológicos”.

Os enfermeiros sugeriram que as intensificações deveriam ocorrer, além da prática estabelecida na rotina de visita dos agentes comunitários de saúde, também no dia das visitas domiciliares das áreas (visitas semanais). Nesse dia específico, a equipe de enfermagem, juntamente com os ACS, realizaria a busca ativa dos casos, identificando os SR em suas respectivas residências, onde era ofertada a coleta de escarro para exame bacteriológico ao cadastrado no momento da abordagem, e o material era recebido pelos auxiliares de enfermagem e acondicionado em caixa térmica apropriada, assim como era preenchido o formulário de coleta de Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB), baciloscopia ou cultura (nos casos indicados) para posterior registro no sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL).

Com a principal estratégia estabelecida – a busca ativa de sintomáticos respiratórios no território – metas de coletas de escarro para cada área de acordo com a população cadastrada foram estabelecidas, e semanalmente os dados eram monitorados e quantificados por meio dos relatórios de registros dos exames de escarro realizados no sistema GAL. Após essa primeira etapa, os dados obtidos eram tabulados, analisados e apresentados separadamente por área da ESF à equipe em reuniões semanais na unidade, comparando as áreas e os setores da unidade.

Sobre o sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL):

O Ministério da Saúde, responsável pelo gerenciamento de informações relativas à saúde pública, construiu o Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), por intermédio da Coordenação Geral de Laboratório de Saúde Pública (CGLAB), em parceria com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). O sistema GAL foi construído com tecnologia robusta, flexível, multiplataformas, aberta e em aplicativo livre. Sua arquitetura ajusta-se facilmente ao fluxo dos laboratórios e permite a integração com outros sistemas de vigilância em saúde existentes no Brasil¹².

Objetivos em médio prazo foram pactuados com a equipe, tais como o planejamento das ações de saúde, monitoramento dos fatores de risco presentes, contribuição para a redução da incidência de tuberculose e redução da incidência de exames rejeitados.

Ações na unidade eram realizadas diariamente, assim como a alteração de alguns fluxos operacionais. A entrega do escarro na unidade passou a ter demanda livre diariamente, e não seguindo apenas o horário de recolhimento dos materiais pelo laboratório municipal, sendo adequadamente armazenados em geladeira (entre 2°C e 8°C).

Os colaboradores (equipe de enfermagem, recepção, farmácia, odontologia, equipe médica, administrativa, ACS e equipes de portaria e higienização) foram orientados a respeito da demanda livre e sobre o local correto para a entrega da amostra. A busca ativa também era realizada internamente, com destaque para a atuação da equipe da farmácia e recepção da unidade, que apresentaram excelentes resultados no quantitativo de entrega de exames.

Os recipientes de coleta da amostra foram distribuídos por toda a unidade, incluindo farmácia, recepção, sala dos médicos (que ofertavam a coleta no momento das consultas individuais), consultórios odontológicos, sala dos agentes comunitários de saúde e eram entregues aos SR durante a rotina de trabalho (grupos educativos na unidade, atendimentos individuais, mutirões na comunidade, entre outros).

O registro de entrega dos recipientes acontecia em formulário próprio, facilitando a busca ativa e o rastreamento dos SR pela equipe, no qual, passado um determinado período de tempo (aproximadamente 5 dias), era verificado se o sintomático que recebeu o recipiente de coleta foi à UBS entregar a amostra. Caso o indivíduo não tivesse ido entregar a amostra, era verificada a razão da não entrega da amostra por meio de visita domiciliar realizada pelo ACS ou também mediante contato telefônico.

Reavaliações semestrais foram realizadas pela equipe de saúde que refletia sobre as ações realizadas, cujos pontos positivos e negativos eram discutidos, propondo-se melhorias ou continuidade/suspensão das ações.

A coleta de dados para essa pesquisa baseou-se nos registros encontrados no sistema laboratorial GAL e nos registros realizados no “livro azul” (livro de registro de sintomáticos respiratórios) e tabulados por área da estratégia de saúde da família da unidade, não sendo possível a identificação individual dos cadastrados da unidade tampouco dos funcionários da unidade da pesquisa, dispensando a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O uso dos dados foi devidamente autorizado pela gestão da unidade do estudo e pela secretaria municipal de saúde.

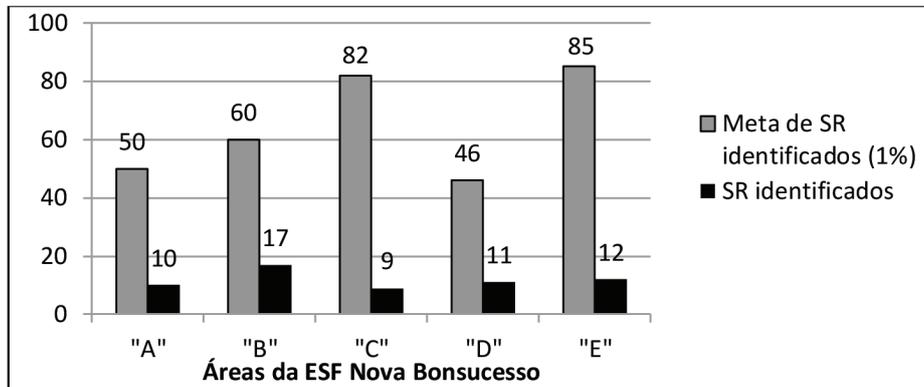
A busca ativa se deu para a identificação dos SR (1% da população adulta), o que auxiliaria a diagnosticar, dentre outras condições, a tuberculose.

RESULTADOS

Antes da intervenção, a unidade apresentava um baixo índice de busca ativa dos sintomáticos respiratórios, claramente observável por meio dos indicadores epidemiológicos e o baixo número de pacientes portadores de tuberculose em tratamento, levando em consideração a meta estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que estima encontrar 1% de sintomáticos respiratórios dentro da população local; o déficit foi constatado por meio de da análise quantitativa dos exames coletados pelas equipes.

Antes da intervenção realizada na unidade, os dados eram inferiores ao esperado. Ao ser posteriormente analisado, o quantitativo foi exposto (conforme gráfico abaixo) e discutido pelas equipes da unidade no primeiro dia de reunião:

Gráfico 1 - Meta de sintomáticos respiratórios na população e SR identificados (antes da ação), UBS do distrito sanitário Bonsucesso, 2017



Valor-p: 0,004 ($p < 0,05$); IC (95%): (162,9; 453,5)

Fonte: livro de registro dos sintomáticos respiratórios da UBS

Outro dado discutido na ocasião foi o total esperado e total realizado de coletas de escarro na unidade. Os exames que diagnosticam a tuberculose pulmonar (a forma mais prevalente e capaz de ser transmitida pessoa-pessoa) mais utilizados são o TRM-TB e a baciloscopia de escarro (por serem métodos rápidos, de simples execução, custo baixo e acessíveis, porém com sensibilidade em torno de 60%). Antes da intervenção, a unidade apresentava baixa quantidade de exames coletados entre os SR, tendo sido realizada 15 coletas em 2015 e 79 coletas em 2016.

Considerando o *p-value* encontrado na pesquisa ($p = 0,004$) é possível observar que a identificação dos sintomáticos respiratórios está relacionada com a busca ativa na população.

Após a capacitação e o estabelecimento das metas, os dados eram solicitados semanalmente e o quantitativo de entrevistados era organizado por áreas e exposto nas reuniões semanais seguintes à semana coletada.

Na tabela abaixo, analisou-se a média de coleta após cinco semanas do início da ação, o que foi possível verificar que a média de coletas entre as áreas não possuem relação entre si, variando de modo discrepante, o que representa as particularidades de cada equipe (e da população adscrita) da unidade do estudo.

Tabela 2 - Média de coletas de escarro (5 semanas após a capacitação), por área da UBS, 2017

	Exames de escarro coletados	Média	Desvio Padrão
Área "A"	79	15	34,22
Área "B"	267	53	69,98
Área "C"	548	109	133,93
Área "D"	290	58	112,15
Área "E"	534	106	83,26

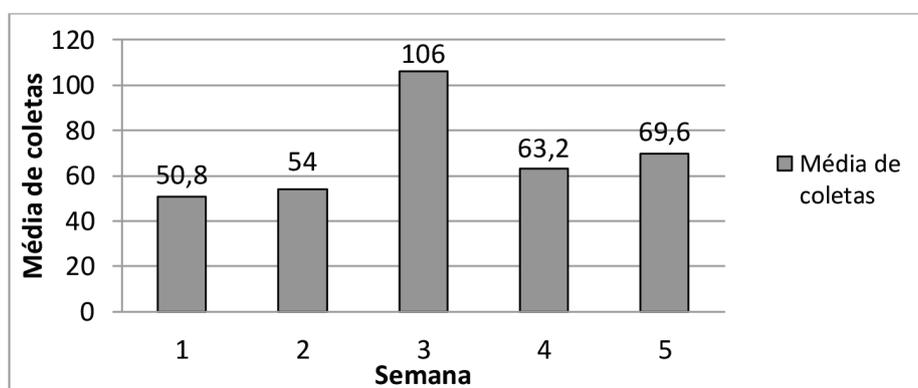
Fonte: Mapa de registro dos sintomáticos respiratórios UBS

A área "A", vulnerável social e geograficamente (por apresentar diversas fragilidades sociais: vulnerabilidades relacionadas às condições de moradia, saneamento, acesso aos serviços, emprego e renda, nível de escolaridade e por ser a área mais geograficamente distante da unidade), apresentou um baixo desempenho devido à falta de ACS na área – que conta com sete microáreas – e na ocasião da intervenção havia apenas uma agente na ativa, prejudicando consideravelmente a ação.

Uma ACS estava afastada por questões de saúde, outra agente estava exercendo atividades administrativas na UBS e uma ACS havia se desligado da prefeitura na época, o que permitiu verificar a importância do número adequado de pessoal para a execução das ações.

O gráfico abaixo mostra a média de coletas por semana, sem especificar a área, demonstrando a uniformidade na quantidade de coletas realizadas com o passar das semanas, reforçado pela atuação dos enfermeiros como líderes de equipes de saúde da família. A semana 03 representa uma intensificação realizada na unidade com o apoio os profissionais que atuam na farmácia e na recepção da UBS.

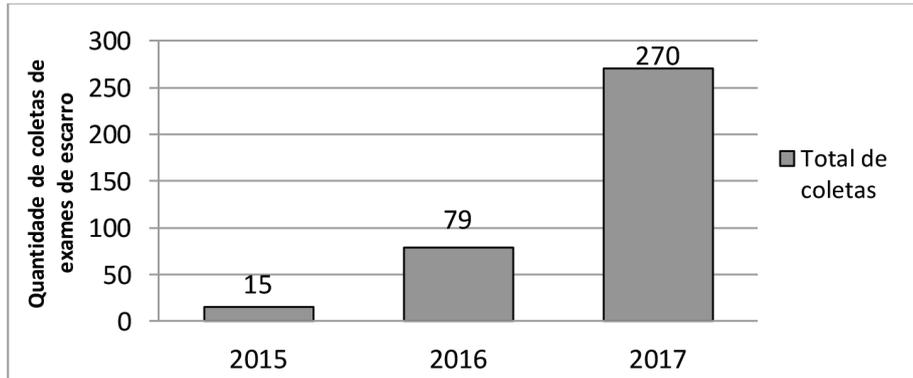
Gráfico 2 - Média de coletas de escarro por semana, área não especificada, UBS 2017



Fonte: GAL-IAL/SP

Os exames coletados eram verificados por meio dos registros realizados no sistema GAL/IAL-SP, nos quais foi possível observar o aumento do total de amostras coletadas. Os dados eram classificados por áreas e demonstrados às equipes nas reuniões semanais. O gráfico a seguir compara os dados totais do ano de 2017, apresentados à equipe na reunião realizada em janeiro de 2018:

Gráfico 3 - Comparativo de coletas de escarro realizadas na UBS entre 2015- 2017



Fonte: GAL/ IAL, livro de registro de sintomáticos respiratórios UBS

DISCUSSÃO

O nosso país está entre as 22 nações que compreendem cerca de 80% da prevalência de TB¹³, sendo considerado um país prioritário pela Organização Mundial da Saúde, pois é a 19ª nação no ranking de incidência da tuberculose^{14,15}.

Para operar no processo intrincado das práticas de cuidado individual e coletivo, a atenção básica à saúde é um excelente recurso, pois expande opções para a criação de políticas públicas que levem ao desenvolvimento humano integral e sustentável, exigência cada vez mais necessária frente ao cenário epidemiológico e sanitário, marcado pela prevalência dos agravos crônicos e infecciosos, ainda prevalentes, assim como a TB¹⁶.

Para o alcance das metas e cumprimento dos pactos, as ações para tuberculose devem organizar-se com a coordenação dos trabalhos com a esfera local, potencializando as ações que envolvam pessoal, tecnologias e recursos, operacionalizando a prática, considerando a gestão um papel central nos processos organizativos do trabalho, atuando como interlocutor facilitador e integrador dos processos de disponibilização dos recursos, e saberes a respeito da informação e conhecimentos sobre a organização política e financeira em relação ao tempo, priorizando a operacionalização das equipes como estratégia pactuada¹⁷.

A EPS viabiliza a análise crítica e a formação de conhecimentos sobre as realidades locais, contudo, para que isso aconteça, ela precisa ser pensada e planejada de acordo

com a realidade específica existente em cada serviço ou espaço de saúde, considerando a regionalização e os atores envolvidos nos processos de formação (instituições de ensino, serviço, gestão e controle social) para a resolução das questões que envolvem o setor saúde, elevando a resolubilidade e eficiência do SUS¹¹, o que pode ser claramente observado no desenvolvimento desta pesquisa, representado pela evolução positiva nos indicadores de identificação dos SR da UBS do estudo após a identificação da questão da busca ativa dos SR e a criação das estratégias de busca.

Após a descentralização das ações de diagnóstico e tratamento da tuberculose na atenção básica, UBS ou ESF, ampliando o acesso aos serviços, a estratégia adotada vem gerando mudanças relevantes no volume de atividades, como por exemplo, o aumento do número de SR examinados, de TRM-TB e baciloscopia realizadas, detecção de novos casos, controle de contatos, seguindo o caminho para o cumprimento das metas estabelecidas pelo PNCT¹⁴.

O diagnóstico da doença é influenciado pelo expressivo número de profissionais não treinados para tal, as falhas no fluxo de distribuição de drogas para tratamento da tuberculose, a notificação e monitoramento do paciente com TB ainda se apresentam como dificuldades para o controle da doença¹⁶, o que pode ser observado nesta pesquisa quando analisamos os anos anteriores à 2019.

Conceitualmente, a capacitação profissional visa assegurar a utilização das habilidades profissionais do colaborador, fomentando o uso do seu conhecimento prévio e adquirido para lidar com as problemáticas enfrentadas.

Comumente, a capacitação profissional paralelamente ao trabalho acontece ocasionalmente nos serviços, causando prejuízos na gestão do tempo e estímulo para a concretização das ações em educação permanente, que atua como ferramenta estratégica para a melhoria dos processos de trabalho e do desenvolvimento individual e profissional¹⁸.

Gonzales et al.¹⁶ por meio da sua pesquisa evidencia o papel fundamental do ACS nessas ações e a insegurança do profissional de saúde diante do risco de contaminação pela doença.

A gestão das redes de serviços de saúde deve lançar mão de práticas organizacionais e de monitoramento das ações de controle da doença que garantam o acesso adequado ao diagnóstico oportuno e tratamento integral do indivíduo acometido pela tuberculose¹⁹.

Investir em capacitações periódicas para a melhoria dos indicadores epidemiológicos e operacionais em tuberculose é fundamental, contribuindo para o manejo e monitoramento do agravo, entretanto, o esforço particular dos trabalhadores em saúde e a aceitação da terapêutica por parte do paciente são fatores importantes para o êxito das ações¹⁸.

Rodrigues et al.²⁰, em sua pesquisa, concluíram que não há investimentos na busca ativa de sintomáticos respiratórios, declaram que a busca passiva aumenta as chances de contaminação dos comunicantes e retarda o diagnóstico, sendo a ação antagônica à vigilância em saúde e, no que tange aos fatores que contribuem para a falha no diagnóstico oportuno da TB, os discursos dos gestores demonstram a falta de qualificação profissional, questões estruturais dos serviços de saúde e o atraso do usuário em procurar as Unidades de Saúde da Família.

Sá et al.²¹ citam em seu artigo uma pesquisa desenvolvida por Gomes e Sá²² que avaliou o desempenho das equipes de saúde da família no controle da TB, em um município da região metropolitana do Estado da Paraíba, e observou que, apesar da implantação do tratamento diretamente observado (TDO) no município e ter ocorrido a descentralização das ações para as ESF, foram identificados problemas que fragilizam o controle da doença pela instância local.

Problemas relacionados às micropolíticas de saúde, que envolvem, por exemplo, o processo de trabalho das equipes e a inter-relação dos profissionais com o doente de TB e a sua comunidade.

CONCLUSÃO

A execução desta pesquisa descritiva possibilitou ao gestor local afirmar a importância da educação permanente em saúde pública como ferramenta estratégica na operacionalização dos processos de trabalho e melhoria dos indicadores em saúde.

Após o período de coleta dos dados, pode-se observar o expressivo aumento de 241,8% em comparação ao ano anterior, reafirmando o valor das capacitações e incentivos aos colaboradores, frisando na questão da capacitação permanente, visto que é evidente o estímulo positivo aos funcionários quando são empoderados e capacitados para as ações, dando-lhes a devida importância e credibilidade.

Os dados apresentados no estudo permitiram, inclusive, que a UBS fosse premiada no evento “experiências exitosas do município de Guarulhos” no ano de 2017 na categoria “promoção à saúde”.

Ferramentas como a utilizada permitem aos gestores uma melhor atuação no aspecto gerencial, e compartilhar as tomadas de decisões com as equipes técnicas é de grande valor para o andamento dos processos de trabalho por meio de planejamentos que envolvam todas as áreas e não partindo apenas de uma direção única, unilateral.

A presente ação apresentou algumas limitações, tais como a dificuldade inicial de sensibilização dos colaboradores da UBS, que muitas das vezes atuam de forma automática, felizmente sendo uma exceção nesta unidade, o prazo entre o planejamento e a execução foi relativamente curto, as questões do frágil relacionamento interpessoal entre alguns colaboradores também precisaram ser

contornadas, visto que o andamento do trabalho poderia ter sido prejudicado se esse fator não tivesse sido considerado pela gestão.

A dificuldade de inserir os enfermeiros em todas as reuniões também foi um fator negativo para a ação, pois o enfermeiro de família atua como coordenador das equipes, a dificuldade de estabelecer um fluxo único na unidade, com linguagem uniformizada, também foram aspectos relevantes a serem solucionados para evitar perda de amostras por uma comunicação insuficiente entre as equipes e a dificuldade do cumprimento dos prazos por algumas equipes durante as semanas do estudo (devido às demais ações a serem realizadas pela unidade).

A ação realizada também pode ser aplicada nas UBS tradicionais, adaptando as atividades para o interior das unidades, além da aplicabilidade semelhante em outras áreas da atenção básica e intersetoriais, pois por meio desse estudo também foi possível observar a eficácia da atuação dos profissionais da farmácia e recepção, sendo grandes aliados nas práticas em saúde na unidade.

A capacitação foi reaplicada no ano de 2019 devido à rotatividade de profissionais e contratação de novos funcionários, reafirmando a relevância da educação permanente e continuada nas unidades, além da disponibilização de pessoal em quantidade adequada, portanto este estudo pode auxiliar o gestor da atenção básica no planejamento das ações de busca ativa dos sintomáticos respiratórios e de outras ações realizadas no âmbito da atenção primária à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ishikawa CS, Matsuo OM, Sarno F. Infecção latente por tuberculose e tuberculose em crianças e adolescentes. *Einstein*. 2018; 16(3):1-6.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Brasil livre da tuberculose. Plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública. 2017.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de vigilância em saúde volume 2. 2017.
4. Marquieviz J, Alves I dos S, Neves EB, Ulbricht L. A estratégia de saúde da família no controle da tuberculose em Curitiba (PR). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(1): 265–71.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de vigilância da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* no Brasil. 2018.
6. Yap P, Tan KHX, Lim WY, Barkham T, Tan LWL, Chen MI-C, et al. Prevalence of and risk factors associated with latent tuberculosis in Singapore: A cross-sectional survey. *Int J Infect Dis*. 2018; 72:55-62.
7. Mendes MJF, Rodrigues JP, Neto MS da C, Camargo JH, Oliveira E de, Sá AMM. O rendimento da prova tuberculínica entre comunicantes de portadores de tuberculose pulmonar em Belém-PA. *Enferm Foco*. 2018; 9(1):19-24.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil [Internet]. Ministério da Saúde; 2019. Disponível em: https://sbpt.org.br/portal/wp-content/uploads/2019/06/manual_recomendacoes_tb_2ed_atualizada_8maio19.pdf.
9. Cardoso ML de M, Costa PP, Costa DM, Xavier C, Souza RMP. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017; 22(5):1489-500.
10. Almeida JR de S, Bizerril DO, Saldanha K de GH, Almeida MEL de. Educação permanente em saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. *Rev ABENO*. 2016; 16(2):7-15.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política nacional de educação permanente em saúde: o que se tem feito para o seu fortalecimento? 1. ed. 2018. 73 p.
12. Jesus R, Guimarães RP, Bergamo R, Santos LCF dos, Matta ASD da, Júnior FJ de P. Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial: relato de experiência de uma ferramenta transformadora para a gestão laboratorial e vigilância em saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. setembro de 2013; 22(3):525-9.
13. Silva DMGV da, Oliveira EF de. Perfil de pessoas acometidas por tuberculose. 2013;14(4): 720-9.
14. Melo TMG dos S, Nogueira LT, Arcêncio RA. Atuação de profissionais da Estratégia Saúde da Família no controle da Tuberculose. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [citado 2019 abr 5]; 25(6). Disponível em: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=307024805019>.
15. Nóbrega RG, Nogueira J de A, Sá LD de, Uchôa REM do N, Trigueiro DRSG, Paiva RCG. Organização do serviço de controle da tuberculose em Distrito Sanitário Especial Indígena Potiguara. *Rev Eletrônica Enferm*. 2013 mar 31; 15(1):88-95.
16. Cardozo-Gonzales RI, Costa LM, Pereira C dos S, Pinho LB de, Lima LM de, Soares DMD, et al. Ações de busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose na visão dos profissionais de uma unidade saúde da família. 2011; 9.
17. Trigueiro JJVS, de Almeida Nogueira J, Duarte de Sá L, Fredemir Palha P, Scatena Villa TC, Soares Guedes Trigueiro DR. Controle da tuberculose: descentralização, planejamento local e especificidades gerenciais. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2011 [citado 2019 abr5]; 19(6). Disponível em: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=281421966003>.
18. Pinto ESG, Macedo SM de. Estratégias para capacitação ao cuidado em tuberculose. *Estratégias Para Capacit Ao Cuid Em Tuberc*. setembro de 2016; 21(3):1-8.
19. Pinheiro PGOD, Sá LD de, Palha PF, Souza FBA de, Nogueira J de A, Villa TCS. Busca

ativa de sintomáticos respiratórios e o diagnóstico tardio da tuberculose. Rev Rene. 2012; 13(3):572-5821.

20. Rodrigues DCS, Barrêto AJR, Oliveira AAV de, Pinheiro PGOD, Nogueira J de A. A organização da estratégia saúde da família e aspectos relacionados ao atraso do diagnóstico da tuberculose. Cogitare Enferm [Internet]. 2011 set 29 [citado 2019 abr 5]; 16(3). Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/21245>.
21. Sá LD de, Gomes ALC, Nogueira J de A, Villa TCS, Souza KMJ de, Palha PF. Intersetorialidade e vínculo no controle da tuberculose na Saúde da Família. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2011 [citado 2019 abr 5]; 19(2). Disponível em: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=281421955022>.
22. Gomes ALC, Sá LD de. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. Rev Esc Enferm USP. 2019 jun 1; 43(2):365-72.

Submissão: outubro de 2020.

Aprovação: janeiro de 2021.