

Análise do conhecimento dos agentes comunitários de saúde de uma Unidade Básica de Saúde de Caruaru/PE acerca da tuberculose

Wagner Ramedlav de Santana Silva¹, Fernanda Maria Bezerra de Mello Antunes²

Resumo

Este estudo analisa o conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Unidade Básica de Saúde (UBS) Salgado I e II, de Caruaru – PE, acerca da tuberculose (TB), por meio de uma pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso exploratório. A coleta de dados foi realizada por meio de grupo focal, utilizando-se um roteiro semiestruturado como instrumento, e os dados foram analisados pela técnica de análise do conteúdo. Os resultados indicaram que os participantes possuem conhecimento considerável sobre a TB, especialmente aqueles com mais tempo de atuação na profissão. Contudo, destacou-se a carência e a necessidade de ações de educação permanente, por meio de capacitações, treinamentos e atividades de sensibilização voltadas ao cuidado com pessoas com TB, à promoção de saúde e à prevenção, a fim de ampliar o conhecimento sobre esse agravo. Como principais agentes formadores de elo entre o território e os serviços de saúde, atuando como ponte e estreitamento de vínculo, observou-se que esses saberes influenciam significativamente as práticas cotidianas dos ACS.

Palavras-chave

Atenção primária à saúde. Tuberculose. Agente comunitário de saúde.

¹ Mestrando em Saúde e Desenvolvimento Socioambiental na Universidade de Pernambuco, Brasil. E-mail: wagninhocohab@hotmail.com.

² Doutora em Saúde Coletiva pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - Fundação Oswaldo Cruz, Pernambuco, Brasil; professora na Associação Caruaruense de Ensino Superior, Pernambuco, Brasil. E-mail: fernandaantunes@asces.edu.br.

Analysis of the knowledge of community health agents from a Primary Health Care Unit in Caruaru, Pernambuco, about tuberculosis

Wagner Ramedlav de Santana Silva¹, Fernanda Maria Bezerra de Mello Antunes²

Abstract

This study analyzes the knowledge of Brazilian Community Health Agents (CHA) from the Salgado I and II Primary Health Care Unit in Caruaru, Pernambuco, regarding tuberculosis (TB), through a qualitative exploratory case study. Data were collected through a focus group, using a semi-structured script as an instrument, and the data were analyzed using the content analysis technique. The results indicated that the participants had considerable knowledge about TB, especially those who had been working in the profession for longer. However, the lack of and need for ongoing education was highlighted, through training and awareness-raising activities aimed at caring for people with TB, health promotion, and disease prevention, in order to expand knowledge about TB. As the main agents linking community and health services, acting as bridges and strengthening ties, it was observed that this knowledge has a considerable influence on the daily practices of CHA.

Keywords

Primary health care. Tuberculosis. Community health agents.

¹ Master's student in Health and Socio-Environmental Development, University of Pernambuco, State of Pernambuco, Brazil. Email: wagninhocohab@hotmail.com.

² PhD in Public Health, Aggeu Magalhães Research Center - Oswaldo Cruz Foundation, State of Pernambuco, Brazil; professor at the Caruaru Association of Higher Education, State of Pernambuco, Brazil. Email: fernandaantunes@asces.edu.br.

Introdução

A tuberculose (TB), uma doença infecciosa, tem como principais determinantes o estado de pobreza, a ausência de saneamento básico e a falta de acesso a serviços de saúde. Consequentemente, possui relação direta com os indicadores socioeconômicos do país. A Carta de Ottawa (1986) considera os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) como pré-requisitos imprescindíveis para uma saúde de qualidade, sendo o estado de saúde diretamente proporcional à paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema saudável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Além disso, o documento propõe o rompimento de determinados paradigmas, como a mudança de “risco” para “vulnerabilidades”, tendo em vista a possibilidade de enfrentamento (Brasil, 2008).

Neste cenário, existem vários modelos que trabalham os DSS e, dentre eles, o de Dahlgren e Whitehead foi o adotado pela Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). O modelo apresenta, de forma simplificada, as relações entre os diferentes níveis por meio de uma visualização gráfica dos diversos DSS, desde os mais individuais (como idade, sexo e fatores genéticos) até os macrodeterminantes (como fatores socioeconômicos, ambientais e culturais) observados de maneira intersetorial (Brasil, 2008).

A tuberculose tem como principal agente causador a bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, ou bacilo de Koch. A infecção ocorre a partir da inalação de aerossóis contendo bacilos expelidos pela tosse, fala ou espirro do sujeito com TB ativa de laringe e de pulmões. As pessoas bacilíferas, que possuem baciloscopia de escarro positiva, são a principal fonte de infecção (Brasil, 2017b).

A doença é considerada um problema de saúde pública que afeta principalmente países em desenvolvimento, especialmente aqueles que sofrem com problemas de desigualdade social, como o Brasil. Assim sendo, as iniquidades são prevalentes na população afetada pela doença, refletindo o descaso das políticas públicas. Acentuando esse processo, tem-se o estado de imunodepressão – situação em que o sistema imunitário de uma pessoa está enfraquecido –, como o observado em pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana (HIV/AIDS), que são propensas à contaminação pelo *Mycobacterium tuberculosis* (Jha *et al.*, 2019).

De modo geral, o sujeito com TB exige uma atenção diferenciada dos profissionais de saúde. Para isso, há o Tratamento Diretamente Observado (TDO), cujo objetivo é a diminuição da taxa de abandono e a prevenção da Tuberculose Resistente (TBR), pois o abandono ou a irregularidade no uso da medicação acentua o risco para a seleção de cepas de bactérias

resistentes aos medicamentos utilizados no tratamento. Isso pode desencadear resistências, como a tuberculose drogaresistente – uma forma grave de tuberculose que, além dos agravos para o usuário, exige a atenção de equipe especializada, bem como tratamentos terapêuticos de elevado custo (Brasil, 2017b).

No entanto, há dificuldades para a prática do TDO, o que tem se acentuado como consequência da pandemia de Covid-19 e dos agravos biopsicossociais dela advindos (Hino *et al.*, 2021). É irrefutável que a integração entre equipes de saúde e usuários deve permear o processo de tratamento da TB, possibilitando maior entendimento das dificuldades dos usuários, por parte dos profissionais, e as possíveis causas de evasão do tratamento.

Nesse cenário, considera-se abandono de tratamento a pessoa que, após iniciada a tomada das medicações, deixa de comparecer à sua Unidade Básica de Saúde (UBS) por 30 dias consecutivos ou mais após a data aprazada para o seu retorno. Inclusive, o tratamento da TB é longo e, muitas vezes, de difícil adaptação, devido aos efeitos colaterais da medicação. Trata-se de um processo que exige mudança no estilo de vida do usuário e compreensão da necessidade de completá-lo, mesmo na ausência dos sintomas. Faz-se necessária, portanto, a inserção da participação do sujeito com TB no planejamento do seu tratamento, tendo em vista que esse sujeito é o principal adjuvante das ações, juntamente aos profissionais de saúde. Em consequência, resultados mais exitosos para o término do tratamento poderão ser alcançados (Berra *et al.*, 2020).

O Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil (2019) denota a importância de estratégias interprofissionais e de comunicação, *advocacy*³ e mobilização social com o objetivo de fomentar mudanças positivas de comportamento e influenciar gestores, envolvendo e empoderando comunidades. Segundo o documento, a adoção dessas estratégias contribui para a realização do diagnóstico precoce, bem como para a adesão ao tratamento, para o combate ao preconceito e à discriminação das pessoas com TB e para o fortalecimento da participação da comunidade. Em contrapartida, os gestores não investem em ações voltadas à promoção da saúde, mantendo o foco em uma atenção predominantemente assistencialista, que não alcança os nós críticos intrínsecos à população com TB.

Desse modo, enfatiza-se a importância de atuação e de integração entre todos os membros da equipe de profissionais para o cuidado à pessoa com TB. Nessa perspectiva, o

³ Advocacy é um processo de reivindicação de direitos que visa a influenciar a formulação e implementação de políticas públicas que atendam às necessidades da população. É uma estratégia utilizada para mudar políticas públicas em nome de uma causa, envolvendo a defesa e argumentação em favor de interesses sociais. A prática de advocacy é fundamental para promover mudanças sociais e engajar a sociedade na defesa de direitos.

trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) deve ser enaltecido, por desenvolver e exercer o vínculo entre os usuários e a UBS. Esse profissional é de suma importância, responsável por diversas etapas nesse processo, tais como: a busca ativa para captação de contatos e de faltosos em tratamento; a percepção de efeitos colaterais à medicação, com a troca de informações da equipe interprofissional e o usuário; o desenvolvimento de ações de educação para a saúde sobre a tuberculose e seu tratamento; e, por fim, o acompanhamento da tomada da medicação, até o processo de cura (Freitas *et al.*, 2020).

Desde o final do século passado, com a construção do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o ACS vem galgando vínculos e mostrando sua importância no cuidado em saúde nas UBS e, principalmente, no território vivo. Nesse sentido, é o principal profissional formador de elo com a população, que conhece e acompanha todas as particularidades dos moradores de sua microárea de atuação, desde o pré-natal até a sua morte. Ademais, contribui na prevenção e combate às endemias, surtos e outras doenças, devido às visitas frequentes aos domicílios e, desse modo, às famílias (Steckelberg; Carmo, 2021).

Nessa perspectiva, acredita-se ser importante a análise do conhecimento dos ACS sobre a TB, com o intuito de compreender como é o trabalho desses profissionais no que diz respeito à detecção precoce de pessoas com TB, ao tratamento e ao vínculo da família com a Equipe de Saúde da Família (ESF), para poder subsidiar a gestão com informações a fim de criar estratégias para o fortalecimento da prevenção e do cuidado às pessoas com TB. Além disso, esses dados servirão de base para estudos futuros que visem desenvolver intervenções voltadas à melhoria dos resultados na conclusão do tratamento da TB, que ainda apresenta um elevado índice de abandono. A proposta tem o potencial de dinamizar a comunicação e fortalecer o *empowerment* dos ACS durante as visitas domiciliares.

Dessa forma, este artigo tem como objetivo analisar o conhecimento dos ACS da UBS Salgado I e II, em Caruaru/PE, acerca da TB, especialmente no que diz respeito à detecção, transmissão, aos sintomas e tratamento da doença, e como esses fatores influenciam as práticas profissionais deles.

Metodologia

Este estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso exploratório. Segundo Almeida (2016), estudo de caso é um método qualitativo que consiste, geralmente, em uma forma de aprofundar e compreender uma unidade individual, bem como os processos organizacionais ou coletivos da sociedade. Os estudos de casos podem ser: descritivos, cujo

objetivo é descrever o estudo de caso; analíticos, quando se quer problematizar ou produzir novas teorias que irão procurar problematizar o seu objeto; e exploratórios, quando se quer encontrar informações preliminares sobre o assunto estudado.

A população participante foi constituída por ACS da UBS Salgado I e II, em Caruaru/PE, de forma a contemplar a variedade de microáreas em todo o território de adscrição da unidade em questão. Dessa forma, todos os ACS da UBS foram convidados para participar do estudo, embora quatro pessoas não tenham comparecido por motivos de licença, férias, atestado médico e contratempo no processo de trabalho. Sendo assim, nove profissionais foram entrevistados, cinco da ESF I e quatro da ESF II. Dentre eles, houve predominância do sexo feminino e tempo de atuação superior a dez anos.

Para a realização deste estudo, escolheu-se a UBS Salgado I e II, por essa unidade ser território de atuação da residência multiprofissional do Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES – UNITA). Além disso, a unidade é referência na formação de novos profissionais de saúde, uma vez que vários estudantes realizam estágios e compartilham vivências e saberes com os ACS por meio de visitas domiciliares e atividades coletivas.

A UBS foi inaugurada em 2015, é de porte dois e possui duas equipes. Ao todo, somam-se: duas enfermeiras, sendo uma residente em Saúde da Família; dois técnicas de enfermagem; três médicas, sendo dois residentes em Medicina de Família; dois dentistas, sendo um residente em Saúde da Família; dois auxiliares de saúde bucal (ASB); 13 ACS, sendo sete da ESF I e seis da ESF II; um auxiliar de serviços gerais; um porteiro e um gerente. Além disso, é coberta pela equipe multiprofissional do primeiro ano da Residência, composta por sanitarista, profissional de educação física, psicóloga, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutica, biomédica e assistente social.

O Salgado, local em que se localiza a unidade, é o maior bairro urbano do município em questão, predominantemente habitado por trabalhadores. Logo, é considerado uma cidade dentro de Caruaru/PE, caracterizado por um comércio repleto de mercados, farmácias, lojas de móveis, dentre outros. O setor de confecções impulsiona a economia da comunidade, motivada pela Feira da Sulanca, onde se encontram mais de 280 fábricas de pequeno e médio porte. O local de moradia é, com frequência, o de trabalho. O estigma que circula na cidade é que o Salgado é um bairro pobre, violento e perigoso (Santo, 2018).

No que concerne à realização desta pesquisa, os estudos foram conduzidos no período de abril a julho de 2023, iniciando-se a coleta após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) nº 5.961.145. Nesse processo, foram envolvidos os profissionais que, voluntariamente, aceitaram participar da pesquisa, sendo considerado critério de inclusão: possuir, pelo menos,

um ano de experiência na ESF de estudo. Foram excluídos da pesquisa os profissionais que, no momento da coleta de dados, estavam afastados do trabalho por motivos de férias, licença médica ou motivo semelhante, além daqueles que não compareceram no dia e horário agendado para a realização da entrevista.

O método de coleta de dados foi o grupo focal, tendo um encontro. Trata-se de uma técnica de coleta de dados que utiliza a formação de um grupo com características comuns, dirigido por, no mínimo, um moderador, que mantém os participantes centrados em uma discussão sobre determinado tema (Oliveira *et al.*, 2020).

Como instrumento, utilizou-se um roteiro semiestruturado com oito perguntas norteadoras abertas, sendo seu percurso maleável a posicionamentos do entrevistado e do entrevistador (Belei *et al.*, 2008). O roteiro conteve os seguintes tópicos: conhecimentos gerais sobre a doença; experiências com usuários que tiveram TB; atividades que os ACS realizam.

O contato inicial com os participantes da pesquisa ocorreu via telefone e, em seguida, eles foram convidados para colaborar. Adiante, receberam todas as informações sobre a pesquisa. Após o aceite da participação, foi agendado um dia e horário de acordo com a disponibilidade de todos.

O grupo focal foi realizado presencialmente no período matutino, em um dia útil de trabalho, de forma que respeitasse os horários das práticas em serviço e a disponibilidade dos profissionais. Nesse cenário, foi solicitada autorização para a gravação do processo, para posterior transcrição e análise dos dados. O encontro teve uma duração de 40 minutos.

O processo de obtenção dos dados foi realizado na sala de reunião da Unidade I e II, considerando o espaço sigiloso para a coleta de informações, com restrição à entrada de terceiros. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi entregue para a leitura e preenchimento antes do início da entrevista e somente após a sua assinatura é que se deu início.

Os dados foram analisados por meio da técnica da Análise de Conteúdo (Bardin, 2010), que se trata de uma técnica da análise qualitativa. A proposta foi elaborada na década de 1970, e parte de três fases: 1) pré-análise; 2) exploração do material; e 3) tratamento dos resultados e interpretações.

A realização da presente pesquisa obedeceu aos preceitos éticos das Resoluções 466/12 (Brasil, 2012) e 510/16 (Brasil, 2016), do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Nessa perspectiva, foi solicitada anuência para a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Caruaru para a realização do estudo, considerando os princípios da bioética de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, bem como o livre consentimento orientando aos

entrevistados sobre o objetivo das informações coletadas, o direito ao sigilo profissional e a interrupção da participação a qualquer momento.

Por fim, foi esclarecido que a pesquisa poderia acarretar riscos diretos para os voluntários, como desconforto ou constrangimento em algum momento de sua realização. Além disso, pode acarretar benefícios diretos e indiretos, pois posteriormente haverá mais uma fonte de dados para a realização de estudos sobre TB, o que pode ocasionar uma melhora dos serviços prestados no Sistema Único de Saúde (SUS).

Resultados

Conhecimento sobre causas e sintomas da tuberculose

Os ACS relataram que a TB é uma doença bacteriana transmissível, que ataca principalmente os pulmões. Apesar disso, ela pode ser curada após tratamento adequado. Nesse cenário, dois profissionais alegaram que a infecção acomete, principalmente, a população mais pobre, tendo em vista a baixa imunidade desse grupo. Isso ocorre, pois muitas vezes os serviços de saúde não atendem às necessidades individuais, bem como dos contatos familiares, que, inclusive, também devem fazer o acompanhamento e tratamento da TB, quando necessário.

Para preservação do sigilo acerca da identidade dos participantes da pesquisa, foi atribuída a letra ‘A’ seguida de números ordinais a cada um dos respondentes. Em relação aos sinais e sintomas da doença, foram citados: febre vespertina, cansaço, tosse seca, catarro, perda de peso e, em estados agravados da doença, sangramento. Contudo, existem vários tipos de TB e, muitas vezes, há pessoas assintomáticas, conforme relatado por A3 (2023): “tem gente que faz o teste sem nenhum indicativo e, às vezes, dá positivo..., mas a maioria aparece. Sem sintomas, já aconteceu até aqui, de ter teste em algumas unidades e dar positivo”.

Atuação do ACS no cuidado à pessoa com tuberculose

Conforme relatado por A9 (2023), não havia nenhum caso ativo de TB no momento da entrevista no território de adscrição: “no momento, nenhum caso ativo”. Todavia, já houve casos em que algumas pessoas foram curadas, se mudaram e, desde então, não se tem conhecimento sobre o desfecho delas, como relatado por A5 (2023): “teve um caso de um ex-presidiário [que] mudou-se, aí não sei o destino” e A6 (2023): “há muito tempo, na minha área, tinha um que abandonou... a maioria não termina”. Além disso, há a ocorrência de óbitos causados pelo bacilo, quando alguns desses sujeitos rejeitaram a realização do tratamento:

Eu já tive óbito por TB. [Um] paciente da minha área morreu em casa, sem tratamento, por opção dele. Ele não quis procurar tratamento... já veio do presídio com uma situação bem crítica e morreu no sofá de casa, se estrebuchando... largaram ele do presídio para casa e [ele] não procurou nem a emergência (A3, 2023).

Dentre os casos e óbitos citados, alguns deles são provenientes de ambientes de privação de liberdade, onde a bactéria é transmitida por meio de aglomerações e ambientes insalubres. Com isso, quando o sujeito retorna para casa contaminado pela doença, já em estado avançado, pode ocorrer a infecção em escala dos contatos familiares e, conseqüentemente, dos demais moradores da região.

Para desenvolver essa doença, é pela aglomeração das pessoas. Aí, esse detento vai para casa e transmite para [a] família. A maioria são ex-presidiários que ficam se mudando e não acabam o tratamento. Pessoas que sempre vão ao presídio são contaminadas e acabam contaminando as pessoas dentro de casa, os filhos [...]. Geralmente, os contactantes têm resistência para vir, e muitos não vêm, mas são orientados a virem (A4, 2023).

No que diz respeito ao TDO, há uma certa maleabilidade conforme a autonomia e seriedade de cada pessoa frente ao tratamento. Há, inclusive, casos em que não se pode confiar em entregar medicamentos para vários dias, pois pode ocorrer a não ingestão e até mesmo a venda deles para a compra e uso de substâncias ilícitas. Em casos de resistência ao tratamento, o profissional pode acionar outros órgãos, como o Ministério Público, pois se trata de uma questão de ameaça à saúde coletiva.

No que concerne à detecção dos casos, ela ocorre majoritariamente na visita domiciliar realizada pelos ACS, ao encaminhar a pessoa sintomática para uma consulta com a médica ou enfermeira da UBS, para avaliação e solicitação de exames: “na visita, eles dizem os sintomas e a gente [os] encaminha para [a] enfermeira e, daí, são solicitados exames para fazer o acompanhamento” (A4, 2023).

A contribuição dos ACS para a promoção, prevenção e diagnóstico da TB é realizada em diversas etapas, tais como: por meio da educação para a saúde; encaminhamento para a UBS; acompanhamento do uso da medicação; tratamento do sujeito infectado e de sua família, respectivamente. Conforme A4 (2023), é importante “identificar e acompanhar. Se eles não tratarem, vão passar para pessoas do convívio”. Ademais, A3 (2023) destaca a relevância em se atentar à “prevenção, higiene pessoal e sintomas [...]”. Quando começarem os sintomas,

[deve-se] procurar logo a Unidade. [...] Se identificar um possível caso, identifica à enfermeira e [à] médica para fazer [uma] busca ativa”.

O tratamento é realizado majoritariamente pela ESF, desde a busca ativa e realização do primeiro teste, salvo em casos de complicação, em que se deve fazer o encaminhamento para o pneumologista da atenção especializada. Nesse sentido, A8 (2023) destaca que: “Todo [o] tratamento é feito aqui. É solicitado exame? Ele faz aqui. Entregue seu potinho, depois pegue o resultado, passe para [a] médica e ela passará a medicação. [...] Tem paciente que chega na emergência e eles mandam para [a] Unidade”. Desse modo, A4 (2023) complementa: “A primeira amostra, a secretaria disponibiliza o pote. Depois do resultado, pega a medicação e fica em acompanhamento na Unidade. Em casos mais graves, vão para o lactário”.

Desafios e fragilidades no processo de trabalho do ACS

O preconceito da população e dos profissionais de saúde é um fator latente que impacta diretamente no processo de cuidado das pessoas infectadas pela TB, o que pode enveredar a não continuidade do tratamento e, muitas vezes, à morte delas.

Nesse sentido, acredita-se que essa é uma doença que acomete, majoritariamente, a população mais pobre, conforme mencionado por A1 (2023): “Já vi uma pessoa dizer que [a] tuberculose é uma doença que atinge a população mais pobre, pois tem menos defesa no organismo, coisa desse tipo”.

Nessa perspectiva, A2 (2023) afirma que:

Antigamente era uma doença que atingia a população mais pobre, que tinha baixa imunidade [...]. É uma situação que a secretaria deixa a desejar. Quando uma pessoa da área tem TB, a gente tem que fazer acompanhamento específico, porque a TB tem que ser tratada... tanto o paciente quanto a família. [...] A gente [da área] vê, muitas vezes, o paciente chegar na Unidade e a primeira coisa que acontece é as pessoas botarem a máscara e sair de perto, isso é horrível. [...] Muitas vezes, nem a família tem acompanhamento psicológico. Por isso, muitas vezes, a gente questiona o serviço de saúde. [...] [Você] faz o tratamento por seis meses e, a partir do momento [em] que começa a tomar medicação, na primeira ou segunda semana, não transmite mais. O que mata não é a doença, é o preconceito. As pesquisas dizem isso. Por isso, agora o tratamento é domiciliar, com a finalidade de o paciente ter contato com a família, se sentir mais seguro e ter o apoio.

Outrossim, percebe-se haver uma falha na busca ativa de contactantes, se restringindo somente ao ambiente familiar, sem investigar o ambiente de trabalho e outros contatos de área descoberta. Isso é evidente no dizer de A2 (2023): “eu acho uma falha na hora de identificar os

contactantes. Às vezes, tem paciente que trabalha numa fábrica pequena e, quando descobre [a infecção], vamos investigar a família, [mas] as pessoas [com] quem ele trabalhava não são investigadas, porque não [são] da área do ACS”.

Além disso, houve a necessidade de visitação para alguns pacientes, com o objetivo de certificar se estavam tomando os medicamentos, conforme exposto por A7 (2023): “Curou. Ele vinha todo mês pegar medicação, sempre passava pelas médicas [...]. Terminou o tratamento e ficou bem. Eu ia umas duas vezes   casa dele e ele tomava direitinho... fez seis meses de tratamento”. Similarmente, A3 (2023) apresenta que:

Existem casos e casos. Alguns, a gente sabe que tomam a medicação, então a gente só pergunta. Outros, precisamos visitar para confirmar, porque se não tomam, prejudicam os outros... a gente pode acionar outros órgãos, porque podem prejudicar os outros. Como conhecemos os pacientes de perto, sabemos o perfil de cada família. A grande maioria   maleável.

Por fim, houve um profissional que alegou a falta e, conseqüentemente, a necessidade de implementar atividades de educação permanente sobre esse tema para incentivar o conhecimento em torno dele. Há casos em que os usuários recebem cesta básica, o que estimula a continuidade do tratamento e o fortalecimento do organismo, tendo em vista ser um tratamento longo com medicações fortes que exigem aumento da imunidade. Em contrapartida, há usuários que não recebem esse incentivo, uma vez que “alguns ACS não têm conhecimento porque não é repassado para a gente. [Para] isso, deve ser feita campanha e palestra, e dificilmente faz” (A2, 2023). Além disso, “tem paciente que, quando está terminando o tratamento, fica triste porque vai parar [de receber] a cesta básica” (A8, 2023).

Discussão

De modo geral, foi alegado que a TB atinge, principalmente, a parcela mais pobre da população. Pedro *et al.* (2017) afirmam que o acometimento desproporcional da doença se concentra entre esses grupos populacionais com piores condições de vida. Isso se concretiza, uma vez que os casos têm maior incidência em comunidades com maior percentual de beneficiários de programas sociais, sugerindo maior vulnerabilidade em decorrência das condições de pobreza ou extrema pobreza, sendo essas algumas das causas da persistência das iniquidades.

Após análise e interpretação dos resultados, foi observado que os ACS entrevistados tinham um conhecimento prévio considerável sobre TB, tendo em vista o longo tempo de

experiência no cargo de agente de saúde (todos com mais de uma década no trabalho) e o fato de alguns deles também trabalharem como técnicos de Enfermagem na Rede de Atenção à Saúde de Caruaru. Contudo, eles alegaram a necessidade da implementação de atividades de educação permanente sobre atualizações do cuidado às pessoas com TB, promoção de saúde e prevenção, tendo em vista a associação majoritária às condições de pobreza e privação de liberdade marcantes no território.

Em geral, a prevalência de TB aumenta em pessoas privadas de liberdade, quando comparadas à população em geral, mesmo que as prisões possuam serviço de diagnóstico e tratamento, oferecidos de forma incipiente. Esse indicador é justificado pela invisibilidade e negligência do setor saúde, bem como pela não inclusão desse grupo populacional em estatísticas do Ministério da Saúde. Portanto, a vivência em ambientes superlotados aumenta o risco de pessoas não infectadas contraírem o bacilo e desenvolverem a transmissão em escala para seus pares, dificultando a identificação e, conseqüentemente, o tratamento da doença (Costa *et al.*, 2019).

No que diz respeito ao TDO, os entrevistados atuam conforme o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil (2019). Em termos gerais, a observação da tomada de medicação deve ser realizada diariamente, embora haja a possibilidade de flexibilização para que o usuário se dirija à Unidade de Saúde no mínimo três vezes por semana para retirada e/ou tomada dos medicamentos.

Assim sendo, na perspectiva da promoção da saúde, o setor saúde não pode se responsabilizar por todas as necessidades, fazendo-se necessária a articulação intersetorial, e corresponsabilizando, assim, todos os setores. Além disso, fazendo com que a saúde componha as agendas de todas as políticas públicas de forma transversal. Segundo Lima *et al.* (2020), há uma relação estreita entre a TB com a baixa qualidade de vida, a falta de saneamento básico, o consumo exacerbado de álcool e outras drogas, bem como alimentação que não atenda à necessidade mínima nutritiva para a pessoa em tratamento. Com isso, é imprescindível a adesão de programas de assistência social que prestem apoio financeiro, especialmente por meio de cesta básica e outros benefícios sociais aos sujeitos em tratamento.

Com a troca de informações entre os envolvidos, foram construídos e atualizados conhecimentos sobre a temática, objetivo primordial da coleta de dados que utiliza a metodologia do grupo focal. Ao final da entrevista, houve *feedbacks* positivos.

Como principais profissionais formadores de elo entre o território e o serviço de saúde, atuando como ponte e estreitamento de vínculo, verificou-se que os saberes prévios dos ACS sobre a TB influenciam efetivamente em suas práticas cotidianas. A partir dessas

perspectivas, a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, como nível de atenção de maior capilaridade, vínculo, longitudinalidade, integralidade do cuidado e orientação comunitária no SUS, se expressa como o espaço mais potente da Rede de Atenção à Saúde (Brasil, 2017a).

Por fim, foi observado que a detecção e o tratamento das pessoas acometidas com TB são feitos majoritariamente pela ESF. Nascimento *et al.* (2020) afirmam que o vínculo entre a equipe de saúde e o sujeito com TB é a principal ferramenta para se estabelecer a inclusão social, proporcionando o entendimento de suas reais necessidades, além de promover o sentimento de valorização e acolhimento.

Considerações finais

A identificação do conhecimento dos ACS da UBS Salgado I e II, no que diz respeito à detecção, sintomas, transmissão e tratamento da TB, mostrou-se de suma importância para a compreensão de como esses saberes influenciam positivamente suas práticas profissionais.

Assim sendo, uma APS sem esses profissionais não possui a capilaridade necessária para um trabalho integral, dinâmico e efetivo. A ausência dos ACS, pertencentes a uma ESF, traz como consequência um elo fragilizado com a comunidade, onde a longitudinalidade do cuidado é comprometida, fazendo com que haja um perigoso retrocesso no modelo de atenção pautado em práticas de promoção da saúde e desenvolvimento social.

Portanto, recomenda-se realizar uma integração intra e intersetorial com ramificações nos territórios mais vulneráveis, dando ênfase no cuidado em saúde das pessoas privadas de liberdade, visto que são potenciais fontes de transmissão comunitária, com a vigilância de contatos não apenas no ambiente familiar de áreas adscritas, como também em territórios descobertos por ESF e nos ambientes laborais.

Referências

ALMEIDA, R. Estudo de caso: foco temático e diversidade metodológica. In: ABDAL, A. *et al.* (org.). **Métodos de pesquisa em Ciências Sociais: bloco qualitativo**. São Paulo: SESC; CEBRAP, 2016. p. 60-72.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2010.

BELEI, R. A. *et al.* O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa. **Cadernos de educação**, Pelotas, v. 30, p. 187-199, jan./jun. 2008. DOI 10.15210/caduc.v0i30.1770. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/caduc/article/view/1770>. Acesso em: 5 jun. 2025.

BERRA, T. Z. *et al.* Fatores relacionados, tendência temporal e associação espacial do abandono de tratamento para tuberculose em Ribeirão Preto-SP. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 22, p. 1-10, 2020. DOI 10.5216/ree.v22.58883. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/58883>. Acesso em: 5 jun. 2025.

BRASIL. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**: relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf. Acesso em: 29 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos; Revoga as (RES. 196/96); (RES. 303/00); (RES. 404/08). Brasília, DF, 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>. Acesso em: 5 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Esta Resolução dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf/view>. Acesso em: 5 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf. Acesso em: 14 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 5 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Tuberculose: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção. **Gov.br**, 2017b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/tuberculose>. Acesso em: 13 nov. 2022.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. Carta de Ottawa, 1986. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde; Projeto Promoção da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 5 jun. 2025.

COSTA, M. M. R. *et al.* A prevalência da tuberculose entre os privados de liberdade no Brasil: uma revisão sistemática. **Brazilian Journal of Health Review**, São José dos Pinhais, v. 2, n. 3, p. 1719-1730, 2019. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/bjhr/article/view/1455>. Acesso em: 13 jun. 2025.

FREITAS, P. R. *et al.* Intervenção educativa sobre tuberculose para agentes comunitários de saúde em unidades da atenção primária à saúde em um município da região norte. **Desafios**, Palmas, v. 7, n. 3, p. 145-157, 2020. DOI 10.20873/uftv7-8556. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/desafios/article/view/8556>. Acesso em: 5 jun. 2025.

HINO, P. *et al.* Impacto da COVID-19 no controle e reorganização da atenção à tuberculose. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 34, p. eAPE002115, 2021. DOI 10.37689/acta-ape/2021AR02115. Disponível em: <https://acta-ape.org/en/article/impact-of-covid-19-on-the-control-and-reorganization-of-tuberculosis-care/>. Acesso em: 5 jun. 2025.

JHA, D. K. *et al.* Quality of life among HIV-tuberculosis co-infected patients. **Perspectives in Clinical Research**, [s. l.], v. 10, n. 3, p. 125-129, jul./set. 2019. DOI 10.4103/picr.PICR_99_18. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31404188/>. Acesso em: 5 jun. 2025.

LIMA, M. M. P. *et al.* Análise temporal e epidemiológica dos casos de tuberculose no estado do Piauí, Brasil. **Research, Society and Development**, Itabira, v. 9, n. 2, p. e160922252, 2020. DOI 10.33448/rsd-v9i2.2252. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/2252/1801/9462>. Acesso em: 5 jun. 2025.

NASCIMENTO, A. S. *et al.* Prevenção e controle da tuberculose no retratamento: uma revisão integrativa. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 44, n. 2, p. 203-217, abr./jun. 2020. DOI 10.22278/2318-2660.2020.v44.n2.a2943. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2943/2920>. Acesso em: 5 jun. 2025.

OLIVEIRA, G. S. *et al.* Grupo focal: uma técnica de coleta de dados numa investigação qualitativa? **Cadernos da FUCAMP**, Monte Carmelo, v. 19, n. 41, p. 1-13, 2020. Disponível em: <https://revistas.fucamp.edu.br/index.php/cadernos/article/view/2208>. Acesso em: 5 jun. 2025.

PEDRO, A. S. *et al.* Tuberculose como marcador de iniquidades em um contexto de transformação socioespacial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 9, p. 1-10, fev. 2017. DOI 10.1590/S1518-8787.2017051006533. Disponível em: <https://rsp.fsp.usp.br/artigo/tuberculose-como-marcador-de-iniquidades-em-um-contexto-de-transformacao-socioespacial/>. Acesso em: 5 jun. 2025.

SANTO, W. R. E. No Salgado tem de tudo (ou Uma cidade dentro de Caruaru). **Revista de Antropologia da UFSCar**, São Carlos, v. 10, n. 1, p. 330-350, jan./jun. 2018. DOI 10.52426/rau.v10i1.266. Disponível em: <https://www.rau2.ufscar.br/index.php/rau/article/view/266>. Acesso em: 5 jun. 2025.

STECKELBERG, T. B.; CARMO, A. L. Atuação do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família na zona rural. **Uningá**, Maringá, v. 58, p. eUJ3394, 2021. Disponível em: <https://revista.uninga.br/uninga/article/download/3394/2450/13204>. Acesso em: 5 jun. 2025.

Submetido em 9 de setembro de 2024.

Aprovado em: 6 de fevereiro de 2025.