



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Darleia Ramos Da Rin

**Ações de vigilância da Tuberculose na prática do Agente Comunitário de
Saúde**

Rio de Janeiro

2024

Darleia Ramos Da Rin

Ações de vigilância da Tuberculose na prática do Agente Comunitário de Saúde

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Mercedes Neto

Rio de Janeiro

2024

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB/B

R578 Rin, Darleia Ramos Da.
Ações de vigilância da Tuberculose na prática do Agente Comunitário de Saúde / Darleia Ramos Da Rin. – 2024.
126 f.

Orientadora: Mercedes Neto.

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Agentes comunitários de saúde – Teses. 2. Vigilância em saúde pública – Teses. 3. Tuberculose – Enfermagem – Tese. 4. Tuberculose – Epidemiologia – Teses. 5. Tuberculose – Tratamento – Teses. I. Neto, Mercedes. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Bibliotecária Diana Amado Baptista dos Santos CRB7/6171

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Darleia Ramos Da Rin

Ações de vigilância da Tuberculose na prática do Agente Comunitário de Saúde

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 6 de março de 2024.

Banca examinadora:

Prof.^a Dra. Mercedes Neto

Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Fabiana Ferreira Koopmans

Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Danielle Galdino de Paula

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2024

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo a todas as pessoas que tem, ou que, um dia tiveram Tuberculose. Que hoje possam contemplar a vida. Aos Agentes Comunitários de Saúde, as Enfermeiras e Enfermeiros e a todos os profissionais e trabalhadores de saúde que dedicam suas vidas por um SUS melhor para a população.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus por minha vida e por me fortalecer no cumprimento desta jornada.

Aos meus pais Ruth e Nabuco (*in memoriam*), pela criação e os seus ensinamentos que me fizeram caminhar em uma estrada chamada vida.

Ao meu esposo Gilberto e ao meu filho Lucas que sempre me apoiaram nos momentos difíceis, diminuindo o meu desgaste físico e mental ao conciliar dois empregos e os estudos.

A minha sobrinha Thaís que dedicou alguns de seus dias me ajudando nesta caminhada.

Aos meus irmãos: Darlene, Dircéa, Denise, Dirlene e Márcio que a todo momento torceram por mim.

A minha sogra Idalina e minha cunhada Verônica, que sempre estiveram ao meu lado em fases boas e ruins.

Aos meus amigos: Natalino, Jacinto, Natália, Adriana Souza e Cris Botto pelos anos de amizade. Tenho muita gratidão e carinho por vocês.

Aos amigos da CAP 1.0 e da CAP 3.3: Luiz, Gabriela, Zélia, Beatriz, Luiza, Suzana, Flávia, Mariana Cunha, Célia Tenório e Marco Aurélio, pelo respeito e carinho de vocês.

Aos meus amigos do HUPE: Cícero, Gilson, Carlos Henrique e Vânia, vocês são muito especiais em minha vida.

As minhas amigas do INTO: Leína, Raquel, Cleuzenir, Rafaely, Mari, Michele, Ryany e Fernanda e tantos outros tão queridos quanto estes, que sempre estiveram ao meu lado.

À minha querida orientadora Profa. Dra. Mercedes Neto, que com sua alegria e otimismo tornou essa etapa agradável em minha vida. Minha gratidão pela sua companhia e doação de seus ensinamentos.

Às minhas pareceristas e avaliadoras da banca do Mestrado Dra. Fabiana Ferreira Koopmans e Dra. Danielle Galdino de Paula por dedicarem um tempo precioso de suas vidas para enriquecerem minha dissertação.

Aos meus avaliadores suplentes da banca Dr. Rogério de Miranda Bittencourt e Dra. Fernanda Teles Morais do Nascimento, por terem aceito meu convite e pelas suas grandes contribuições neste estudo.

Ao Grupo SaPESC que contribuiu para o desabrochar de meu projeto, em especial a Profa. Dra. Sônia Acioli e Prof. Dr. Ricardo de Mattos pelas oportunidades de debates e construções na academia e crescimento pessoal.

É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática.

Paulo Freire

RESUMO

RIN, Darleia Ramos da. **Ações de vigilância da Tuberculose na prática do Agente Comunitário de Saúde**. 2024. 126 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

Introdução: A Tuberculose é uma doença negligenciada, de grande magnitude, transcendência e vulnerabilidade no Brasil. No ano de 2006, a Política Nacional de Atenção Básica inseriu o controle da Tuberculose como uma das áreas estratégicas para a atuação das Equipes de Saúde da Família. Neste contexto o Agente Comunitário de Saúde exerce o protagonismo das ações de vigilância no Território através da Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios (BSR), do Tratamento Diretamente Observado (TDO), da avaliação da caderneta em menores de 5 anos, da Realização da busca de faltosos ou daqueles que estão em abandono de tratamento de tuberculose através de visitas domiciliares. **Objetivo geral:** Analisar as ações de vigilância no controle da Tuberculose desenvolvidas por Agentes Comunitários de Saúde que atuam na AP 3.3, no Município do Rio de Janeiro. **Objetivos Específicos:** Descrever o perfil do Agente Comunitário de Saúde envolvido na busca ativa de Sintomático Respiratório na AP 3.3, no Município do Rio de Janeiro; Identificar a prática das ações de vigilância; desenvolvidas pelo Agente Comunitário de Saúde no controle da Tuberculose e seu contexto no Território da AP 3.3, Município do Rio de Janeiro, discutir as ações de vigilância do Agente Comunitário de Saúde na busca ativa dos sintomáticos respiratórios e no Tratamento Diretamente Observado. **Método:** foi realizado um estudo transversal descritivo, com uma população amostral de 269 Agentes Comunitários de Saúde, em 28 unidades do tipo A. A pesquisa foi realizada na Área de Planejamento 3.3, no Município do Rio de Janeiro. A coleta de dados foi através de questionário estruturado com 20 questões. A análise dos dados foi através do software R. O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa da UERJ (CAAE: 68970123.2.0000.5282) e da SMS-RJ (CAAE: 68970123.2.3001.5279). **Resultados:** Em relação ao perfil dos Agentes Comunitários de Saúde: 223 (83,21%) são do sexo feminino e 45(16,79%) são do sexo masculino. A raça/cor mais prevalente foi a parda com 47,96%, seguida da raça/cor preta com 29% e branca com 23,05%. A renda familiar que prevaleceu foi de 1 a 2 ou + salários mínimos. De acordo com a escolaridade 47,58%, possuem ensino médio e 50,58% dos participantes, apresentam de superior incompleto a Pós-graduação completa. A faixa etária dos participantes varia de 19 anos a 72 anos de idade, com uma média de 42,37 anos. **Conclusão:** O presente estudo trouxe que dentre as ações de vigilância desenvolvidas na prática do Agente Comunitário de Saúde para o controle da Tuberculose, o Tratamento Diretamente Observado foi o que apresentou melhor desempenho. Ainda assim, o desempenho dessa prática foi parcialmente satisfatório. A Busca de Sintomático Respiratório é uma ação de vigilância que precisa ser melhorada pelos Agente Comunitário de Saúde para o controle da Tuberculose na AP 3.3. Os Agentes Comunitários de Saúde também precisam desenvolver mais ações nos Territórios e parceria com a comunidade. Os Territórios da AP 3.3 são muito diferentes, por isso as ações precisam ser discutidas dentro de sua singularidade pelas equipes.

Palavras-chave: agente comunitário de saúde; vigilância em saúde; tuberculose; busca ativa de sintomáticos respiratório; tratamento diretamente observado.

ABSTRACT

RIN, Darleia Ramos Da. **Tuberculosis surveillance actions in the practice of Community Health Agents**. 2024. 126 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

Introduction: Tuberculosis is a neglected disease, of great magnitude, transcendence and vulnerability in Brazil. In 2006, the National Primary Care Policy included Tuberculosis control as one of the strategic areas for the work of family health teams. In this context, the Community Health Agent plays a leading role in surveillance actions in the territory through the search for respiratory symptoms, directly observed treatment, assessment of records in children under 5 years of age, search for absentees and monitoring of patients through visits to domiciles. **General objective:** To analyze the surveillance actions in tuberculosis control developed by community health agents working in AP 3.3, in the city of Rio de Janeiro. **Specific Objectives:** Specific Objectives: To describe the profile of the community health agent involved in the active search for respiratory symptoms in AP 3.3, in the city of Rio de Janeiro; Identify the practice of surveillance actions; developed by the ACS in the control of tuberculosis and its context in the territory of AP 3.3 RJ Discuss the surveillance actions of the community health agent in the active search for respiratory symptoms and in directly observed treatment. **Method:** a descriptive cross-sectional study was carried out, with a sample population of 269 ACS, in 28 type A units. The research was carried out in Planning Area 3.3, in the Municipality of Rio de Janeiro. Data collection was through a structured questionnaire with 20 questions. Data analysis was performed using the R software. The project was approved by the Ethics and Research Committees of UERJ (CAAE: 68970123.2.0000.5282) and SMS RJ (CAAE: 68970123.2.3001.5279). **Results:** Regarding the profile of the CHAs: 223 (83.21%) are female and 45 (16.79%) are male. The most prevalent race/color was brown with 47.96%, followed by black race and color with 29% and white with 23.05%. The family income that prevailed was 1 to 2 or + minimum wages. According to education, 47.58% have high school education and 50.58% of the participants range from incomplete higher education to completed postgraduate studies. The age range of participants ranges from 19 years old to 72 years old, with an average of 42.37 years old. **Conclusion:** The present study showed that among the surveillance actions developed in the practice of the ACS to control TB, the TDO was the one that presented the best performance. Still, the performance of this practice was partially satisfactory. BSR is a surveillance action that needs to be improved by CHWs to control TB in AP 3.3. The ACS also needs to develop more actions in the territories and partnerships with the community. The AP 3.3 territories are very different, so actions need to be discussed within their uniqueness by the teams.

Keywords: community health agent; health surveillance; tuberculosis; search for respiratory symptoms; directly observed treatment.

RESUMEN

RIN, Darleia Ramos Da. **Acciones de vigilancia de la tuberculosis en la práctica de los Agentes Comunitarios de Salud**. 2024. 126 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

Introducción - La tuberculosis es una enfermedad desatendida, de gran magnitud, trascendencia y vulnerabilidad en Brasil. En 2006, la Política Nacional de Atención Primaria incluyó el control de la tuberculosis como una de las áreas estratégicas para el trabajo de los equipos de salud de la familia. En este contexto, el Agente Comunitario de Salud juega un papel protagónico en las acciones de vigilancia en el territorio a través de la búsqueda de síntomas respiratorios, tratamiento observado directamente, evaluación de registros en niños menores de 5 años, búsqueda de ausentes y seguimiento de pacientes a través de visitas domiciliarias. Objetivo general: Analizar las acciones de vigilancia en el control de la tuberculosis desarrolladas por agentes comunitarios de salud que actúan en el AP 3.3, en la ciudad de Río de Janeiro. Objetivos específicos: Describir el perfil del agente de salud comunitario involucrado en la búsqueda activa de síntomas respiratorios en AP 3.3, en la ciudad de Río de Janeiro; Identificar la práctica de acciones de vigilancia; desarrollada por la ACS en el control de la tuberculosis y su contexto en el territorio de la AP 3.3 RJ Discutir las acciones de vigilancia del agente comunitario de salud en la búsqueda activa de síntomas respiratorios y en el tratamiento directamente observado. Método: se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con una población de muestra de 269 ACS, en 28 unidades tipo A. La investigación se realizó en el Área de Planificación 3.3, en el Municipio de Río de Janeiro. La recolección de datos se realizó a través de un cuestionario estructurado con 20 preguntas. El análisis de los datos se realizó mediante el software R. El proyecto fue aprobado por los Comités de Ética e Investigación de la UERJ (CAAE: 68970123.2.0000.5282) y del SMS RJ (CAAE: 68970123.2.3001.5279). Resultados: Respecto al perfil de los CHA: 223 (83,21%) son mujeres y 45 (16,79%) son hombres. La raza y la color más prevalente fue el marrón con un 47,96%, seguido de la raza y la color negro con un 29% y el blanco con un 23,05%. El ingreso familiar predominó fue de 1 a 2 o + salarios mínimos. Según escolaridad, el 47,58% tiene estudios de secundaria y el 50,58% de los participantes van desde estudios superiores incompletos hasta posgrados completos. El rango de edad de los participantes va desde los 19 años hasta los 72 años, con una media de 42,37 años. Conclusión: El presente estudio demostró que entre las acciones de vigilancia desarrolladas en la práctica de la ACS para el control de la Tuberculose, la TOD fue la que presentó mejor desempeño. Aún así, el desempeño de esta práctica fue parcialmente satisfactorio. La BSR es una acción de vigilancia que los TSC deben mejorar para controlar la tuberculosis en AP 3.3. La AEC también necesita desarrollar más acciones en los territorios y alianzas con la comunidad. Los territorios de AP 3.3 son muy diferentes, por lo que los equipos deben discutir las acciones dentro de su singularidad.

Palabras clave: agente comunitario de salud; vigilancia de la salud; tuberculosis; búsqueda de síntomas respiratorios; tratamiento observado directamente.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa das 10 APs do MRJ.....	51
Figura 2 – Mapa de cobertura eSF, 2020.....	51
Figura 3 – Mapa dos eixos ou territórios da AP 3.3.....	52
Figura 4 – Distribuição da Rede de Atenção à Saúde (RAS) na AP 3.3.....	52
Figura 5 – Urna utilizada para depositar os questionários respondidos pelos ACS (A, B e C)	54

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1 -	Aumento da incidência de casos de TB no MRJ após Pandemia.....	25
Gráfico 2 -	Notificações de tuberculose por ano na AP 3.3.....	27
Gráfico 3 -	Distribuição dos casos notificados/mês na AP 3.3.....	28
Gráfico 4 -	Redução das eSF no MRJ	37
Gráfico 5 -	Percentual de casos novos de tuberculose diagnosticados em menores de 15 anos e em menores de cinco anos. Brasil, 2012 a 2021.....	43
Gráfico 6 -	Relação Sexo e escolaridade x Raça/Cor e escolaridade	62
Gráfico 7 -	Distribuição da idade dos participantes.....	63
Gráfico 8 -	Distribuição do tempo de trabalho dos ACS na ESF.....	63
Gráfico 9 -	Distribuição do tempo de trabalho na ESF nos 5 territórios da AP 3.3...	64
Gráfico10 -	Eixo 1 e sua correlação com o tempo de trabalho na ESF dos Participantes.....	68
Gráfico11 -	Eixo 1 e sua correlação com a escolaridade dos participantes.....	68
Gráfico12 -	Eixos 2, 3 e 4 e sua correlação com o tempo de trabalho na ESF dos ACS.....	75
Gráfico 13 -	Eixos 2, 3 e 4 e sua correlação com a escolaridade dos ACS	76
Gráfico 14 -	Eixo 2: Prática da BSR realizada pelos ACSs nos territórios da AP 3.3	77
Gráfico 15 -	Eixo 3: Prática do TDO realizada pelos ACSs nos territórios da AP 3.3	78
Gráfico 16 -	Eixo 4: Prática coletiva e individual do ACS e seu contexto nos Territórios na AP 3.3.....	78

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 -	Aumento de casos de TB em menores de 10 anos a partir de 2018, na AP 3.3, MRJ.....	25
Quadro 2 -	Busca de Sintomático de acordo com a população.....	48
Quadro 3 -	Distribuição por territórios de unidades do tipo A e nº total de ACS por unidade, na AP 3.3.....	55
Quadro 4 -	Distribuição das variáveis do estudo.....	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição do perfil sociodemográfico dos participantes (n=269)	60
Tabela 2 –	<i>Fisher's Exact Test e Pearson's Chi-squared</i>	61
Tabela 3 –	Relação sexo e escolaridade e raça/cor e escolaridade.....	61
Tabela 4 –	Faixa etária e o tempo de trabalho na ESF como ACS (n=269)	62
Tabela 5 –	<i>Kruskal-Wallis Test</i>	63
Tabela 6 –	Distribuição do tempo de trabalho na ESF nos territórios.....	64
Tabela 7 –	Detecção de tosse e TDO realizado pelos ACS.....	65
Tabela 8 –	Frequência de respostas em relação ao trabalho e a exposição à TB.....	65
Tabela 9 –	Avaliação média do Eixo 1: Ações de vigilância desenvolvidas pelos ACS na AP 3.3 (n=269)	66
Tabela 10 –	Análise da frequência do Eixo 1: Ações de vigilância desenvolvidas pelos ACS na AP 3.3 (n=269)	66
Tabela 11 –	<i>Kendall's Rank Correlation Tau Test</i>	67
Tabela 12 –	Avaliação média do Eixo 2: Prática na BSR pelos ACSs.....	70
Tabela 13 –	Análise do Eixo2 (QI, QII, QIII e QIV): Prática na BSR pelos ACSs.....	71
Tabela 14 –	Avaliação média do Eixo 3 (QI e QII): Prática no TDO realizada pelo ACS.....	71
Tabela 15 –	Análise do Eixo 3 (QI e QII): Prática no TDO realizada pelo ACS.....	72
Tabela 16 –	Avaliação média do Eixo 4 (QI, QII, QIII, QIV, QV e QVI): Prática coletiva e individual do ACS e seu contexto no Território na AP 3.3	73
Tabela 17 –	Análise do Eixo 4 QI, QII, QIII, QIV, QV e QVI na AP 3.3.....	74
Tabela 18 –	<i>Kruskal-Wallis Test e One-way ANOVA Test</i>	74
Tabela 19 –	Comparativo do desempenho entre os Eixos: 2, 3 e 4 da prática do ACS	74
Tabela 20 –	<i>Pearson's Product-Moment Correlation Test</i>	75
Tabela 21 –	<i>Kendall's Rank Correlation Tau Test</i>	76
Tabela 22 –	Análise comparativa do desempenho nos Eixos: 2, 3 e 4 nos Territórios da AP 3.3	76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
A.C.	Antes de Cristo
ACE	Agente de Combate a Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (sigla em inglês)
APS	Atenção Primária à Saúde
BRICS	Brasil, Rússia, Índia, China, África do Sul
BCG	Bacilo Calmette-Guérin
BSR	Busca Ativa de Sintomático Respiratório
CF	Clínica da Família
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CN	Casos Novos
CnaR	Consultório na Rua
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DAPS	Divisão de Ações e Programas de Saúde
EB	Esquema Básico
ERJ	Estado do Rio de Janeiro
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FHC	Fernando Henrique Cardoso
GAL	Gerenciador de Ambiente Laboratorial
HAB	Habitantes
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana (sigla em inglês)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDS	Índice de Desenvolvimento Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde (sigla em inglês: WHO)
ONG	Organização não Governamentais
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde

PCT	Programa de controle da Tuberculose
PNAB	Programa Nacional de Atenção Básica
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PPL	Pessoas Privadas de Liberdade
PSF	Programa Saúde da Família
PSR	População em Situação de Rua
PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SINAN	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SMS-RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SR	Sintomático Respiratório
SUBPAV	Subsecretaria de Promoção da Saúde APS e Vigilância de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TBMDR	Tuberculose Multidroga Resistente
TBXDR	Tuberculose Extensivamente Resistente
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TRM-TB	Teste Rápido Molecular da Tuberculose
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviética

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	18
1	REVISÃO DE LITERATURA	32
1.1	Atenção Primária à Saúde (APS)	32
1.1.1	<u>População em Situação de Rua e o acesso a APS</u>	34
1.1.2	<u>Política Nacional da AB de 2017</u>	35
1.2	Agente Comunitário de Saúde (ACS)	37
1.2.1	<u>A violência no cotidiano do ACS</u>	40
1.2.2	<u>Atribuições do ACS</u>	41
1.3	ATuberculose	42
1.3.1	<u>Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios (BSR)</u>	45
1.3.2	<u>Tratamento diretamente observado (TDO)</u>	49
2	MÉTODO	50
2.1	Tipo de estudo	50
2.2	Cenário de estudo	50
2.3	Coleta de dados	53
2.4	Variáveis do estudo	56
2.5	Análise de dados	58
2.6	Aspectos éticos	59
3	RESULTADOS	60
4	DISCUSSÃO	79
4.1	Contribuições para a Enfermagem e Saúde Coletiva	92
4.2	Limitações do estudo	93
	CONCLUSÃO	94
	REFERÊNCIAS	97
	APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	112
	APÊNDICE B – Orçamento de pesquisa.....	114
	APÊNDICE C – Questionário de pesquisa.....	115
	APÊNDICE D – Cronograma de pesquisa.....	118
	ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa UERJ.....	119
	ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa SMS RJ.....	120

ANEXO C – Ficha B TB.....	121
ANEXO D – Cartilha para o Agente Comunitário de Saúde	122
ANEXO E – Ficha SINAN TB.....	123
ANEXO F – Livro de Sintomático Respiratório (SR).....	124
ANEXO G – Livro de registro de pacientes e acompanhamento dos casos de TB.....	125
ANEXO H – Cartão para acompanhamento do TDO.....	126

INTRODUÇÃO

O presente estudo trata de uma dissertação de Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). A motivação pelo tema Tuberculose (TB) e pelo objeto de estudo sobre a prática do Agente Comunitário de Saúde (ACS) foi devido a minha experiência pessoal e profissional, uma vez que, através da enfermidade em meu pai pude conhecer e vivenciar o preconceito e estigma da TB nos doentes e em seus familiares. Desse modo, ainda na infância conheci a TB e aumentou a empatia através da minha experiência trabalhando como enfermeira na Divisão de Ações e Programas de Saúde (DAPS).

Nesta divisão, pude aprofundar meus conhecimentos na linha de cuidado da TB no Município do Rio de Janeiro (MRJ) e conhecer outro aspecto da doença, a epidemiologia. Pude também realizar a troca de experiências com outros profissionais e me aproximar mais do tema, despertando assim minha curiosidade na solução de questões ligadas ao contexto social dos pacientes com TB e do trabalho desenvolvido pelos ACSs para o controle da TB.

Quando estive à frente da linha de cuidados da TB, em duas Áreas de Planejamento (AP), a saber: 1.0 e 3.3 no MRJ, percebi que a exigência de cumprir metas pelas equipes não dava respostas aos problemas. Para que isso ocorresse era necessário sensibilizarmos os profissionais em relação ao controle da doença na comunidade. Dessa forma, fui percebendo a necessidade de mudar, de pensar de um modo diferente, de envolver pessoas realmente dispostas a abraçar a causa de uma doença que é tratável e curável, mas que, ainda assim, continua negligenciada e estigmatizada.

Nessas áreas, tive a oportunidade de conhecer ACSs extremamente comprometidos com a sua comunidade, pessoas apaixonadas pelo seu trabalho, agentes transformadores do Território ou melhor dizendo líderes natos. Através desta convivência e daquele cenário percebi a importância deste trabalhador no campo da vigilância. E foi pensando nesses profissionais de saúde que resolvi fazer minha pesquisa com base na prática de vigilância desenvolvida por eles em suas comunidades. Espero que esta pesquisa contribua com o ACS, com as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e, principalmente, com a população.

A TB é uma doença milenar, sendo seus possíveis registros mais antigos associados a 14 esqueletos com datação de carbono equivalente a 5.000 A.C. No entanto, sua primeira evidência confirmada data de 3.700 a 1.000 A.C em 44 múmias. Em estudos da antiguidade, a informação mais comum referente a estratificação social da doença associa as vítimas de TB

às camadas sociais mais altas, sendo diversos os exemplos de faraós que desenvolveram e morreram extremamente jovens pela doença (Rosemberg, 1999).

Segundo Rosemberg (1999), a primeira referência da TB em uma camada pobre foi a identificação em uma múmia de uma índia do Peru, que viveu há 1.100 A.C., o que comprovou a existência da enfermidade na era Pré-Columbiana. Até então, a população pobre morria pela enfermidade, em condições desumanas, mas nada era descrito na história.

No final do século XVIII e início do XIX, com a Revolução Industrial na Inglaterra e com um amontoado de adultos e crianças trabalhando 15 ou mais horas por dia, a enfermidade se alastrou em Londres, atingindo um coeficiente de mortalidade de 1.100 casos por 100.000 habitantes (hab). Na segunda metade do século XIX, nas capitais europeias, o coeficiente de mortalidade pela doença era de 400 a 600 casos por 100 mil/hab, chegando a matar 30% da população geral (*Ibid.*).

Para Rosemberg (1999), na Primeira Guerra Mundial, aproximadamente 130.000 combatentes na França e na Alemanha, adquiriram a TB. A maior mortalidade atingiu os pretos senegaleses recrutados pela França, dizimados a partir de quadros graves da moléstia.

A TB na história da humanidade já apresentou diferentes representações, em diferentes épocas, gerando sentimentos diversos tanto no nível individual, como no coletivo. Considerada mortal, era vista como o resultado de uma vida desregrada, em desacordo com os padrões socialmente aceitáveis, apresentando contornos distintos de acordo com cada época de sua história. Já foi considerada ‘*Peste Branca*’, consumação, tísica e até mesmo romantizada, pois muitos artistas contraíram a doença. Nesta época, eram atribuídos à doença refinamento, sensibilidade e dons artísticos (Santos *et al.*, 2018; Porto, 2007).

Contudo, ainda na metade do século XIX, a doença foi adquirindo outras representações. À medida que persistia e se alastrava, principalmente, entre as camadas desfavorecidas, passou a representar uma ameaça ao bem-estar social e o doente passou a ser visto como alguém que trazia em si a marca do mal e da destruição (Porto, 2007).

A TB certamente é uma das mais antigas doenças que afligem a humanidade. Ainda assim continua sendo negligenciada, de grande magnitude e transcendência e que possui estreita relação com piores condições de vida e desigualdades sociais no Brasil. Vem se firmando como uma das principais causas de morbimortalidade, atingindo diversas faixas etárias e, atualmente, diversas classes sociais (Pereira, 2016; Ruffino-Netto; Souza, 2001).

Com o advento da quimioterapia moderna, obteve-se uma notável evolução contra a TB. Esse tratamento apresentou maior impacto no mundo rico, onde vários países conseguiram controlar e quase eliminar a doença. Já nos países em desenvolvimento ou

subdesenvolvidos, o efeito foi bem menor. Tanto em países desenvolvidos, em desenvolvimento ou subdesenvolvidos, a TB continua matando a população pobre (Ruffino-Netto; Souza, 2001).

No passado, acreditava-se que com adventos tecnológicos, as doenças infectocontagiosas seriam facilmente controladas e exterminadas de nosso meio, porém a realidade mostrou-se contraditória. Com o advento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e o desenvolvimento de novas cepas resistentes aos medicamentos, os desafios tornaram-se maiores (Ruffino-Netto; Souza, 2001; Brasil, 2019a).

As condições de pobreza, o crescimento demográfico desordenado, o envelhecimento da população, a coinfeção TB e AIDS, dentre outros, corroboram nos indicadores epidemiológicos da TB. Os fatores demográficos, sociais e econômicos estabelecem um papel preponderante em relação a transmissão e adoecimento (Brasil, 2019a; Brasil, 2017a).

Ao longo das últimas décadas, várias estratégias foram implantadas no Mundo para o controle da doença. Em 1993, a Organização Mundial de Saúde (OMS), classificou a TB como emergência mundial, nesse mesmo ano recomendou o Tratamento Diretamente Observado (TDO ou DOTS) como forma de controle da doença (Brasil, 2011b).

Nas Américas o Brasil é o país que detém a maior carga de casos de TB, razão pela qual foram desenvolvidas e implementadas estratégias importantes. No ano de 1996 ocorreu o lançamento do Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose. Em 2000, o lançamento do Plano Nacional de Mobilização e Intensificação das Ações para Eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose em municípios prioritários por meio da Atenção Básica (AB) (Brasil, 2017a).

No ano de 2003, a TB foi incluída na Agenda de Prioridades das Políticas Públicas do país, com o objetivo de obter uma resposta no controle da doença. Em 2004, foi aprovado o Plano de ação do Programa Nacional de controle da Tuberculose (PNCT) fundamentado na descentralização e horizontalização das ações de vigilância, prevenção e controle da TB, utilizando como base a estratégia do TDO nas Unidades de AB e no Programa de Saúde da Família (PSF) em todo o Brasil (Brasil, 2011a).

Em 2006, foi a vez da Estratégia Stop Tuberculose pela OMS. Já no Brasil, foi o lançamento do Pacto pela Vida e Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose (Brasil, 2017a). Ainda no ano de 2006, o Programa Nacional de Atenção Básica (PNAB) inseriu o controle da TB como uma das áreas estratégicas para a atuação da Equipe de Saúde da Família (eSF), sendo também ratificado pelo Pacto pela Vida, que dentre as prioridades está a TB, fortalecendo a capacidade de respostas no controle da doença (Brasil, 2006).

Nesse novo cenário, o ACS tem um papel de destaque na Atenção Primária à Saúde (APS), uma vez que, ele é elo entre a equipe de saúde e sua comunidade, portanto, este trabalhador tem como base de suas ações a vinculação e o conhecimento dos hábitos da população de seu Território (Pinto *et al.*, 2017; Traverso-Yépez, 2007).

Afinal quem seria este trabalhador que proporciona mudanças no controle da TB? As primeiras experiências da formação informal de ACS começaram nas décadas de 1970 e 1980, antes mesmo da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), através de iniciativa de entidades religiosas e Organizações não Governamentais (ONGs). Estes trabalhadores eram conhecidos como Visitadores Sanitários (Furlan, 2008).

Em 1987, o governador do Ceará instituiu a contratação de 6 mil mulheres do sertão cearense como agentes de saúde. Essas mulheres precisavam ser pobres, em condições de trabalhar e conhecidas na comunidade em que desenvolveram suas ações. A principal atividade desenvolvida seria no segmento materno-infantil. Esta medida viabilizou a criação do ACS, que anos mais tarde ganhou força e expandiu por todo o país (Leite; Barreto; Pessoa, 2022).

Em 1991, o Ministério da Saúde (MS) em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais, institucionalizou o Programa Nacional de Agente Comunitário de Saúde (PNACS). As atividades desses profissionais não constituíam uma categoria, não era definido a escolaridade e não faziam parte da equipe de saúde, mas ainda assim, a supervisão era atribuída aos enfermeiros. No ano de 1992, após nova mudança, passa a ser chamado de Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) (Chiesa; Fracolli, 2004; Furlan, 2008).

O ACS tinha a função de educador popular, além de ser o elo entre a comunidade e o serviço de saúde. O trabalho de educação do ACS, vai muito além de construir conhecimentos, contribui para o ‘empoderamento’ da população no que consiste à sua saúde e aos cuidados que devem ter para sua qualidade de vida (FIOCRUZ, 2007).

A profissão de ACS foi estabelecida em 1997, com a publicação de um documento normativo contendo suas atribuições básicas. No ano de 1999, foram definidas as diretrizes para o exercício das atividades. Somente em 2002, foi oficialmente criada a profissão de ACS e, em 2006, foi editada uma medida provisória que regulamenta suas atividades.

O PNCT por compreender o destaque do ACS e sua compreensão do Território, envolveu esse profissional no processo horizontal de controle de doenças. Dessa forma, um dos pontos fundamentais para o controle da TB está associado a vigilância em saúde e investigação dos agravos na comunidade, que deve ser realizada através das ações de

vigilância no Território, sendo os ACSs os mais indicados, uma vez que trabalham e residem no Território (Lima, 2019; Brasil, 2009a; Brasil, 2017d; Brasil, 2022b).

A compreensão e a apropriação do Território são pontos iniciais para a prática da vigilância em saúde. Esta prática sanitária representa uma forma de resposta social organizada aos problemas de saúde em todas as suas dimensões, já que identifica, descreve e explica os problemas existentes na localidade. Nesse local ocorre a identificação dos nós críticos, o reconhecimento dos recursos disponíveis e as necessidades da comunidade (Mendes, 1998; Ruffino-Netto; Villa, 2006).

A vigilância e as ações de controle da TB são de responsabilidade dos serviços da APS, por ser essa a porta de entrada do usuário no sistema de saúde. Portanto, é importante que os profissionais de saúde na APS desenvolvam e aprimorem as atividades de vigilância, prevenção e controle da doença no Território (Pinheiro *et al.*, 2017; Brasil, 2017b; Brasil, 2019a; Brasil, 2022b).

A territorialização como organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde vem sendo incorporada pela ESF e pela Vigilância Ambiental em Saúde, assim como por outras instâncias do SUS. Esta prática permite a identificação de problemas de saúde e a criação de propostas de intervenção pautadas na realidade do Território (Faria, 2020; Monken e Barcellos, 2005; Mendes, 1993; Mendes, 1998; Ruffino-Netto; Villa, 2006).

Portanto, o ACS é o protagonista na ESF, pois desenvolve as principais ações para o controle que são: a Busca Ativa de Sintomáticos Respiratório (BSR), o Tratamento Diretamente Observado (TDO), a avaliação da caderneta em menores de 5 anos contactantes de pessoas com TB, a Realização da busca de faltosos ou daqueles que estão em abandono de tratamento de tuberculose através de suas visitas domiciliares, além é claro das ações que envolvam a comunidade (Brasil, 2019a; Brasil, 2017c; Brasil, 2017d; Brasil, 2009a).

No ano de 2015, foi lançada a Estratégia Global pelo Fim da Tuberculose (*End Tuberculosis Strategy*). Em 2017, ocorreu o lançamento do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose. No ano seguinte, em 2018, a resolução nº 3, de 7 de junho, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária que estabeleceu recomendações sobre o controle da TB voltadas para as Pessoas Privadas de Liberdade (PPL) (Brasil, 2017a; Brasil, 2019a; Brasil, 2021a).

Com alcance em todo o mundo, a TB afeta um terço da população mundial e aproximadamente 10 milhões de pessoas desenvolvem TB a cada ano, resultando em 2 milhões de mortes. Em 2018, o relatório da OMS sobre a TB alertou que a doença é uma das

10 principais causas de mortes em seres humanos, sendo a mais letal causada por um único agente infeccioso (WHO, 2018).

Segundo a OMS (2018), um terço da população no mundo foi infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Dessas pessoas infectadas de 5% a 10% desenvolverão a TB ao longo da vida. Entretanto, esta probabilidade poderá ser muito maior entre pessoas infectadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), subnutridas, diabéticas, usuárias de drogas, cigarro e álcool.

Aproximadamente 90% dos casos ocorrem entre adultos, sendo a proporção de 2:1 entre homens e mulheres (WHO, 2018). Embora a doença tenha sua etiologia bem conhecida, seja uma doença tratável e curável, estima-se que 9,9 milhões de pessoas desenvolveram a TB e 1,3 milhão vieram a óbito no mundo em 2020 (Brasil, 2022a).

Em 2019, no Brasil, o número de óbitos notificados foi de 4,5 mil, o que equivale a 2,2 óbitos a cada 100 mil/hab. No ano de 2020, foram registrados 66.819 casos novos de TB, o que significa uma incidência de 31,6 casos por 100 mil/hab (Brasil, 2021a). O país encontra-se em 19ª lugar em relação à coinfeção TB e HIV e em 20ª posição em relação à carga da TB no mundo. O Brasil junto com a Rússia, a Índia, a China e a África do Sul (BRICS) comportam 49% da carga mundial de TB e mais de 60% da carga de Tuberculose Multirresistente. Na América Latina, o Brasil é o único país entre as 22 nações que detém a maior carga de casos no mundo (Brasil, 2022a).

Em 2020, a Resolução nº 40, de 13 de outubro de 2020, do Conselho Nacional dos Direitos Humanos, estabeleceu diretrizes para a promoção, proteção e defesa dos direitos humanos das População em Situação de Rua (PSR), incluindo ações de controle da TB. Nesse mesmo ano, ocorreu a Assembleia das Nações Unidas sobre ações multissetoriais voltadas ao alcance das metas pelo Fim da Tuberculose, e no Brasil foi criada a Rede Brasileira de Enfermagem por um Brasil Livre de Tuberculose (Brasil, 2021a).

Em 2022, os ACSs conseguiram a aprovação do piso salarial através da Portaria GM/MS nº 2.109, de 30 de junho de 2022. Em 2023, foi sancionada a Lei nº 14.536/2023 que define esses trabalhadores como profissionais de saúde, com profissões regulamentadas, para a finalidade específica.

Objetivos do estudo

Objetivo geral

Analisar as ações de vigilância no controle da TB desenvolvidas por ACSs que atuam na AP 3.3 no MRJ, considerando suas atribuições na APS.

Objetivos específicos

- a) Descrever o perfil do ACS envolvido na Busca de Sintomático Respiratório (BSR) na AP 3.3 no MRJ;
- b) Identificar a prática das ações de vigilância desenvolvidas pelo ACS no controle da TB e seu contexto no Território da AP 3.3 no MRJ;
- c) Discutir as ações de vigilância do ACS na BSR e no TDO.

Justificativa e relevância

A TB continua sendo um desafio à Saúde Pública Mundial, sendo considerada uma das doenças infecciosas com os maiores índices de mortalidade no mundo. Segundo a OMS, a pandemia de covid-19 reverteu anos de progresso no controle da doença, devido a reorganização de ações, dos serviços e dos sistemas de saúde que priorizasse a nova demanda (WHO, 2021).

A TB até o ano de 2019 foi a primeira causa de óbito por um único agente infeccioso. No ano de 2020, cerca de 9,9 milhões de pessoas tiveram TB no mundo. Sendo esta doença responsável por 1,3 milhão de óbitos. Entretanto, em 2020, a covid-19 ultrapassou pela primeira vez a TB (WHO, 2021).

No Brasil, em 2019, o número de óbitos por TB foi de 4,5 mil, o que equivale a uma taxa de mortalidade de 2,2 óbitos por 100 mil/hab. Em 2020, foram diagnosticados 68,7 mil casos novos (CN) de TB no país, o que configura uma incidência de 32,4 casos a cada 100 mil/hab. Em 2020, com o início da pandemia, observou-se uma queda de 10,9% nas notificações de CN de TB em comparação ao ano anterior. Esse fato, deixou claro a dificuldade do acesso aos serviços de saúde, acarretando uma baixa detecção da TB. Nesse mesmo ano, 16 países, incluindo o Brasil, foram responsáveis por 93% da redução das notificações da TB no mundo, devido a pandemia (Brasil, 2021a; Brasil, 2022; WHO, 2021).

O Estado do Rio de Janeiro (ERJ), no ano de 2021, foi o segundo estado em incidência com 67,4 casos por 100 mil/hab, ficando atrás do Estado do Amazonas, com maior taxa de incidência de TB com 71,3 casos por 100 mil/hab. O ERJ teve a maior taxa de mortalidade do país com 4,4 óbitos por 100 mil/hab (Brasil, 2022a).

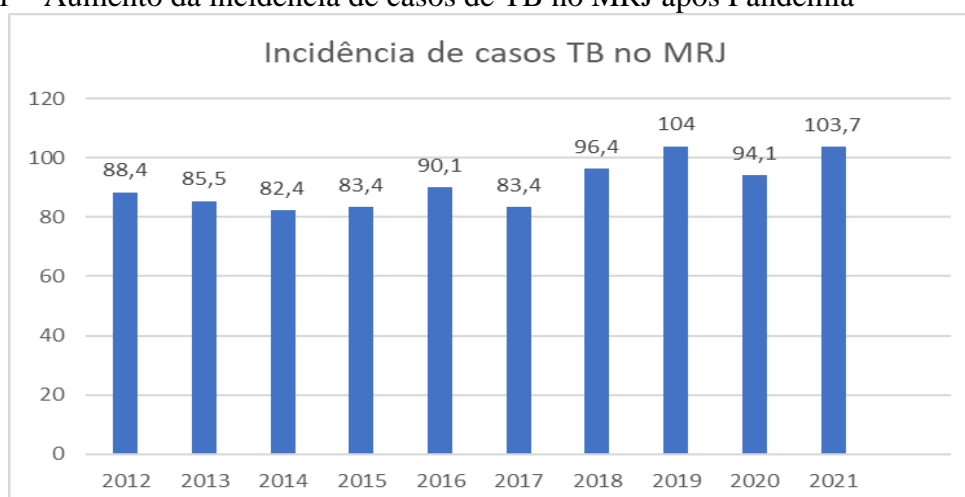
Ao observar os dados do MRJ, este no ano de 2017, apresentou uma queda expressiva no número de notificações de TB, isso pode ser explicado pelo impacto imediato da PEC-95, de dezembro de 2016, que gerou redução de repasse para a saúde e pela PNAB de 2017 que ocasionou demissões na eSF (Rio, 2022a).

Contudo a partir de 2018, ocorreu um aumento de notificações de TB nas Áreas de Planejamento 1.0 e 5.1 no MRJ, em razão do Sistema Prisional de Benfica e do Complexo Penitenciário do Gericinó passarem a digitá-las diretamente no SINAN. Foram observados muitas informações inconsistentes no endereço de residência, o que pode ter gerado o aumento de notificações de residentes com TB no MRJ (Rio, 2023).

Em 2020, ocorreu uma redução de 10,5% em comparação ao ano de 2019, semelhante ao que aconteceu no Brasil e no mundo, possivelmente, devido à diminuição do acesso aos serviços de saúde, que se encontravam direcionados ao atendimento dos portadores de Covid-19. Ainda assim, o MRJ em 2020, ocupou a 3ª posição em taxa de incidência no país, neste ano, a incidência foi de 95,3 casos por 100 mil/hab.

Em 2021, a detecção voltou a subir, sendo notificados 7.050 CN de TB, o que corresponde a uma taxa de incidência de 104,1 casos por 100 mil/hab (Brasil, 2021; Rio, 2022a). A seguir, o gráfico 1 apresenta o aumento da incidência no MRJ para 103,7 por 100 mil/hab.

Gráfico 1 – Aumento da incidência de casos de TB no MRJ após Pandemia



Fonte: A autora (Dados primário: Rio, 2022c).

No MRJ a Área de Planejamento 3.3 se destaca por ser considerada a maior AP. Essa área, possui aproximadamente um milhão de habitantes, o maior número de domicílios, o maior número de bairros, entre esses, alguns de menor Índice de Desenvolvimento Social (IDS) – 589.083 – a média do MRJ é de 0,799. Por possuir características sociais, econômicas e culturais bem diferenciadas em seus bairros.

Essa área foi dividida em 5 Territórios: Anchieta, Irajá, Madureira, Marechal e Pavuna. A população mais vulnerável encontra-se no Território da Pavuna. Em relação a epidemiologia da TB, em 2020, a AP 3.3 apresentou taxas de 64,2% de cura, 19,3% de abandono e 2,1% óbito pela doença (Rio, 2022a; Rio, 2022c).

A área a partir de 2018, apresentou um aumento no número de casos de TB infantil, fato que vem sendo identificado em todo o Brasil (Brasil, 2022a), conforme apontado no quadro 1.

Quadro 1 – Aumento de casos de TB em menores de 10 anos a partir de 2018, na AP 3.3, MRJ

AP RA e Bairro Resid: AP 3.3, ..XIV IRAJA,VILA COSMOS,VICENTE DE CARVALHO,VILA DA PENHA,VISTA ALEGRE,IRAJA,COLEGIO, ..XV MADUREIRA,CAMPINHO,QUINTINO BOCAIUVA,CAVALCANTI,ENGENHEIRO LEAL,CASCADURA,MADUREIRA,VAZ LOBO,TURIACU,ROCHA MIRANDA,HONORIO GURGEL,OSWALDO CRUZ,BENTO RIBEIRO,MARECHAL HERMES, ..XXII ANCHIETA,GUADALUPE,ANCHIETA,PARQUE ANCHIETA,RICARDO ALBUQUERQUE, ..XXV PAVUNA,COELHO NETO,ACARI,BARROS FILHO,COSTA BARROS,PAVUNA,PARQUE COLUMBIA							
Idade detalhada: menor de 01 ano, 01 ano, 02 anos, 03 anos, 04 anos, 05 anos, 06 anos, 07 anos, 08 anos, 09 anos, 10 anos							
Período: 2018-2022							
Idade detalhada	2018	2019	2020	2021	2022	Total	
TOTAL	9	14	14	15	21	73	
menor de 01 ano	2	1	2	4	5	14	
01 ano	2	1	2	1	3	9	
02 anos	1	1	3	1	2	8	
03 anos	1	2	1	-	-	4	
04 anos	-	-	-	4	2	6	
05 anos	-	2	-	1	1	4	
06 anos	-	4	2	1	3	10	
07 anos	1	-	3	2	2	8	
08 anos	1	2	-	-	-	3	
09 anos	-	1	1	1	3	6	
10 anos	1	-	-	-	-	1	

Fonte: Tabnet Rio, 2023.

Em 2021, a AP 3.3 obteve a melhor proporção de confirmação laboratorial: escarro, cultura e Teste Rápido Molecular da Tuberculose (TRM-TB) no MRJ chegando a 75,1%. Algo que chamou a atenção foi que a AP testou 83,9% dos pacientes com TB para HIV, no qual 14% deram positivos, apresentando o maior número de coinfeção TB e HIV no MRJ (Rio, 2022c).

A TB é uma doença de notificação compulsória, que possui ficha específica e deve ser preenchida e enviada semanalmente, através do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN). Por ser compulsória, a Portaria Ministerial nº 204 define que todo profissional de saúde notifique casos da doença. Ainda assim, é comum a subnotificação dos casos de TB (Brasil, 2016).

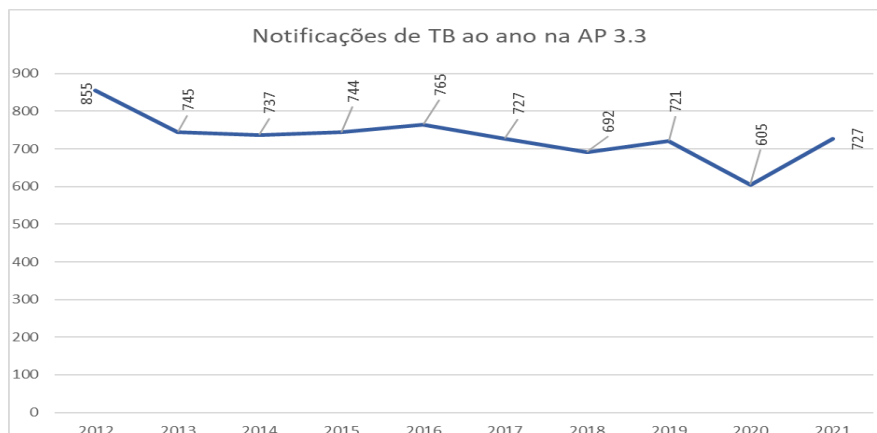
No MRJ, por ser considerada uma doença de grande magnitude, desde o ano de 2015, a TB pode ser notificada através do SINAN-Rio, um sistema *online* cujo profissional de saúde deve notificar o caso em sua unidade após o diagnóstico da doença (Rio, 2016a).

A notificação permite refazer o caminho percorrido pelo doente e, em diferentes situações, identificar possíveis fragilidades na organização do cuidado a essas pessoas. Esse fato, possibilita o rastreo e a oportunidade de quebra na transmissão da doença, sendo o óbito o desfecho mais crítico. O desconhecimento de sua ocorrência pelo setor de vigilância e a subnotificação dos casos no sistema de informação retratam fragilidades na detecção dos casos (Selig *et al.*, 2010; Sousa, 2011).

Contudo, desde o ano de 2017, o número de notificações de casos de TB vem diminuindo, coincidência ou não, mesmo período em que ocorreu a diminuição das eSF. Em 2018, após a PNAB houve uma redução de 11% dos ACSs no MRJ (Rio, 2022b).

A seguir, o gráfico 2 expõe a diminuição das notificações dos casos de TB na Área de Planejamento da 3.3.

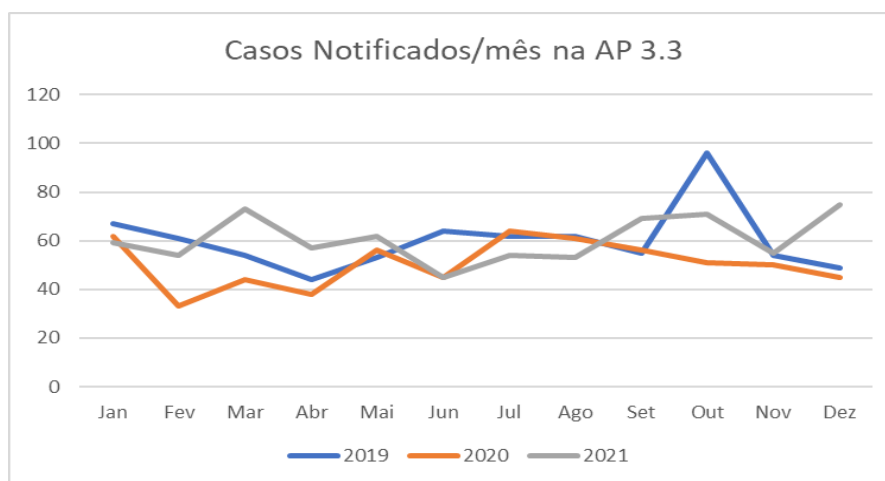
Gráfico 2 – Notificações de TB por ano na AP 3.3



Fonte: A autora (Dados primário: Rio, 2022b).

Nessa área, a distribuição de casos notificados por mês, não apresenta uma sazonalidade, chamando a atenção, em 2019, quando em outubro foram notificados 96 casos, e em fevereiro de 2020, antes da pandemia, quando foram notificados apenas 33 casos de TB.

Gráfico 3 – Distribuição dos casos notificados por mês na AP 3.3



Fonte: A autora (Dados primário: Rio de Janeiro, 2022b).

No MRJ devido a mortalidade pela doença na cidade, através da Resolução SMS nº 2.850, de 04 de março de 2016, foi instituído a vigilância de óbitos por TB. Desde então, todo óbito cuja causa básica for a TB, deve ser investigado por uma comissão que discute o caso com a Unidade de Saúde de referência (Rio de Janeiro, 2016a).

Silva *et al.* (2020) em seu estudo observou evidências de subnotificação de casos de TB em microrregiões com baixa proporção de CN pulmonares que realizaram baciloscopia de escarro, e também com baixa proporção de adesão ao tratamento da doença.

Embora as notificações sejam obrigatórias, as subnotificações continuam frequentes, e podemos evidenciar o problema ao nos deparamos com o número de entrada de casos como ‘pós-óbito’ no SINAN anualmente, uma vez que a pessoa foi a óbito sem ter sido diagnosticada pela doença. “Em 2021, 388 (0,6%) casos de TB foram notificados após o óbito, um indicador importante com relação ao acesso ao tratamento da doença. Desses casos, 197 (50,8%), ocorreram na região Sudeste” (Brasil, 2022, p. 23).

A subnotificação não ocorre apenas no Brasil, Li *et al.* (2021) em seu estudo verificou que na China a subnotificação foi associada à idade avançada. Pacientes com mais de 65 anos foram mais propensos a subnotificação de seus casos em comparação com aqueles com idade entre 15 e 64 anos. O que pode estar relacionado a uma maior taxa de comorbidade em pacientes com 65 anos.

Dentre os vários fatores de porquê se notificar os casos de TB, descreve-se a relevância da vigilância epidemiológica que tem como objetivo: “reduzir a morbimortalidade por TB e conhecer a magnitude da doença, sua distribuição e tendência, e os fatores associados, fornecendo subsídios para as ações de controle” (Brasil, 2019a, p. 321).

A notificação do caso de TB é extremamente importante para os serviços de vigilância, contudo, para que se chegue a esta etapa precisa-se detectar a doença. Isso ocorre através da BSR, que pode ser: na comunidade, no ambulatório, na emergência, na enfermaria, com PSR, no Sistema Prisional ou qualquer outro ambiente onde haja um indivíduo com tosse (Brasil, 2019b; Brasil, 2019a).

Portanto, aprofundar estudos sobre a vigilância da doença é de grande relevância para o MRJ, principalmente, para a população. Para que essa engrenagem funcione, precisa-se do envolvimento ACS que atua apoiando individualmente ou coletivamente a sociedade. Desta maneira, esses profissionais identificam as situações mais comuns de risco à saúde, participa também da orientação, do acompanhamento e da educação popular em saúde, colocando em prática todos seus conhecimentos.

Além disso, esse profissional detém um espaço privilegiado, porque além de pertencer e conhecer a comunidade, também é o responsável por trazer as demandas para a equipe e resolver os problemas de sua comunidade. Cabe ressaltar que os ACSs em uma ESF, pode corresponder a 60% do pessoal na equipe (Nunes, 2002; Silva; Dalmaso, 2002; Brasil, 2006).

O ACS assume o protagonismo na ESF devido a sua presença no Território e pelo compartilhamento de um mesmo contexto social e cultural, capaz de promover articulação entre os serviços de saúde e a comunidade. Podendo assim, identificar seus problemas, atuar no trabalho de prevenção de doenças e promoção da saúde, além é claro da vigilância no Território (Nunes, 2002; Silva; Dalmaso, 2002).

O presente estudo é de grande relevância, uma vez que a TB é uma doença negligenciada, de grande magnitude, transcendência e vulnerabilidade no Brasil. As doenças negligenciadas não só prevalecem em condições de pobreza, mas também contribuem para a manutenção do quadro de desigualdade, já que representam forte entrave ao desenvolvimento dos países (Brasil, 2010c; Brasil, 2019a; Brasil, 2017a; Ruffino-Netto, 2002).

Segundo Barreto *et al.* (2011), existem grandes diferenças por regiões, tanto na incidência quanto na mortalidade, com maiores níveis em Estados com mais prevalência de infecção por HIV, como é o caso do Rio de Janeiro. Consoante Piller (2012), a cidade do Rio de Janeiro possui muitos contrastes, com grandes bolsões de pobreza e aglomerados humanos, o que facilita a disseminação da TB.

No MRJ, a expansão da ESF teve início no ano de 2008 com uma cobertura de 3,7%, em 2010, atingiu 15% de cobertura, nesse período o crescimento foi acelerado com a criação das Clínicas da Família, com unidades do tipo A (cobertura de 100% do Território adscrito pelas eSF) (Piller, 2012).

Em 2011, a ESF conseguiu atingir uma cobertura de 25% da população do MRJ, no ano seguinte, alcançou a cobertura de aproximadamente 40%. Vale destacar que foi o mesmo período em que todas as equipes passaram a desenvolver as ações do Programa de controle da Tuberculose (PCT), inclusive a recomendação do TDO na eSF. Alguns anos depois, já em 2016, a cobertura pela ESF chegou a 57% da população (Piller, 2012; Rio de Janeiro, 2016a).

Com a expansão da ESF e a incorporação do trabalho do ACS na eSF, esperou-se uma melhora na detecção, na captação e no diagnóstico dos BSR, visto que em hipótese o trabalhador e usuário possuem um vínculo social com sua comunidade.

Ainda assim, os principais desafios no controle da TB continuam sendo a baixa captação de casos novos (CN), o alto índice de abandono no tratamento, a insuficiência nas atividades de BSR de pacientes que abandonam o tratamento e a deficiência na atenção ao paciente com TB (Brasil, 2019a).

A principal ação de vigilância no controle da TB é a BSR. Algo discutido desde a descentralização do PNCT, em 2006, para ESF. Essa ação é importante porque quanto mais rápido se detecta e se capta a pessoa com TB pela eSF, mais precoce será o diagnóstico e o início do tratamento. Isso faz com que diminua muito o risco de exposição, de infecção e de disseminação da doença na comunidade, assim como na própria equipe, uma vez que muitos doentes circulam nas unidades de saúde sem que os profissionais conheçam seu diagnóstico (Brasil, 2019a; Brasil, 2011a).

Outra ação de grande importância no controle da TB é o TDO. Esta ação não está ligada apenas à observação da tomada diária de medicação pelo ACS. O TDO é uma formação de vínculo entre ACS e usuário em tratamento de TB. Essa ação quando bem compreendida e incorporada, gera confiança e quebra de estigmas entre profissional e paciente, melhor adesão ao tratamento e maiores possibilidades de cura (Brasil, 2019a; Brasil, 2011a; Brasil, 2011b).

Estudos sobre a doença mostraram que Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem têm maior exposição laboral ao *Mycobacterium tuberculosis* quando comparado a outras categorias da área da saúde. Em relação à população geral, os profissionais de enfermagem também apresentaram de 3 a 20 vezes mais chances de se infectar pela doença (Brasil, 2019a; Brasil, 2011a; Menzies *et al.*, 1995; Sepkowitz, 1995; Silva; Cunha; Kritski, 2002).

Diariamente, a enfermagem deve promover estratégias de troca de experiência entre profissionais no enfrentamento à doença, tais com: desenvolver práticas seguras nos serviços de assistência, vigilância e gestão dos casos de TB. O enfermeiro deve associar teoria e práxis

em seu cotidiano em conjunto com a sociedade no controle da doença (Brasil, 2011a). Além disso, a Avaliação de Estratégias para o Acesso e Adesão ao Diagnóstico e Tratamento da Pessoa com Tuberculose está incluída na Agenda de Prioridades de Pesquisa do MS (Brasil, 2018, p. 17).

Ainda que o ACS não pertença a nenhuma das três categorias da enfermagem, a saber: Enfermeiro(a), Técnico de enfermagem e Auxiliar de enfermagem. Torna-se importante ressaltar que cabe ao enfermeiro da eSF a atribuição específica de: “supervisionar as ações do técnico e auxiliar de enfermagem e do ACS” (Brasil, 2017d). Em linhas gerais esta pesquisa é relevante, uma vez que possibilitará conhecer a prática do ACS na vigilância e controle da TB. Destaca-se que as práticas estão alinhadas com o Eixo 6 – Doenças Transmissíveis presente na Agenda de Prioridades de Pesquisa (Brasil, 2018, p. 17).

1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1 Atenção Primária à Saúde (APS)

O primeiro conceito de APS foi descrito no seguinte documento:

O Relatório Dawson, elaborado pelo Ministério de Saúde do Reino Unido em 1920, tendo uma perspectiva de organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida. Esse documento influenciou a criação do sistema nacional de saúde britânico em 1948, que por sua vez passou a orientar a reorganização dos sistemas de saúde em vários países do mundo. Em 1978, na União das Repúblicas Socialistas Soviética (URSS), a Declaração de Alma-Ata foi outro marco histórico da APS (Lavras, 2011).

Conforme Mendes (2015), emergiram, naquele momento, elementos essenciais da APS, a saber: o saneamento básico; o programa materno-infantil, a imunização e planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento apropriado das doenças e dos danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável e de micronutrientes; e a valorização das práticas complementares e a da educação em saúde.

No Brasil, entre 1980 e 1988, houve várias discussões sobre a APS, mas somente com a municipalização do SUS, na década de 1990, foi iniciada uma estruturação uniforme da APS sob responsabilidade dos municípios brasileiros que logo depois passou a ser entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial (Lavras, 2011; Mendes, 2015).

A Atenção Básica em Saúde “caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, que envolvem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde dos indivíduos” (Brasil, 2006a, p. 22). É desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações de seus Territórios.

No ano de 1994, iniciou-se a transição do modelo tradicional de atenção à saúde básica para o PSF, neste momento ocorre a ampliação da cobertura de saúde com foco na parcela da população mais vulnerável. Com a criação do PSF, os municípios ficaram responsáveis pela responsabilidade sobre a organização da atenção e serviços ofertados (Morosini; Fonseca; Lima, 2018).

Em 2006, com a aprovação do PNAB, ocorre a reorganização da AB para o PSF e PACS e o MS lança o Saúde da Família enquanto Estratégia, que se tornou um dos principais pilares de estruturação do SUS. Em 2011, o PNAB é revisado, nesse momento assegurando o modelo de ESF como porta de entrada do SUS, coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Morosini; Fonseca; Lima, 2018).

A ESF recebe incentivos financeiros visando à ampliação da cobertura populacional e à reorganização da atenção, desse modo, aprofunda os processos de territorialização e responsabilidade sanitária das equipes de saúde, cujo trabalho é a referência de cuidados para a população adscrita, com um número definido de domicílios e famílias assistidos por equipe. Contudo, os desafios persistem e indicam a necessidade de articulação de estratégias de acesso aos demais níveis de atenção à saúde (Matta *et al.*, 2009).

Em 2008, ocorreu a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de ampliar as ações, inovar a organização do processo de trabalho e fortalecer as ações de promoção da saúde na ESF. O NASF deveria contribuir na integralidade do cuidado aos usuários, auxiliando na capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, na lógica clínica e sanitária (Mendes, 2011).

O NASF seria a experiência de utilização do conceito de Equipe de Referência e Apoio Matricial para a ESF, entretanto, com escassez de serviços especializados, sua utilização tem sido realizada de forma substitutiva e equivocada, empobrecendo o atendimento e dificultando a compreensão da sua função (Cunha, 2011).

A APS tem a ESF como prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS. Para que a APS consiga dar continuidade aos cuidados de seus usuários, existe a necessidade do apoio de uma RAS no Território, para que seja garantido o cuidado contínuo dos usuários.

As RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde que integram pontos de atenção e apoio diagnóstico e terapêutico, onde são desenvolvidos procedimentos de diferentes tecnologias, integrados através de sistemas de apoio e de gestão que buscam garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2010b).

Uma rede de organizações que presta, ou faz esforços para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida, e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve (OPAS, 2010 *apud* OPAS, 2011, p. 15).

As RAS foram pensadas de modo a criar um modelo onde a unicidade e a descentralização são conectadas, tendo em vista que as ações devem ser conjuntas e interdependentes (Santos; Andrade, 2013).

APS é a organizadora das RAS e também a coordenadora do cuidado, dessa forma reordena os sistemas na perspectiva de estruturação das RAS. Nas RAS, é necessário definir um conjunto de medidas de qualificação, de organização e de integração de estruturas ou processos em cada um desses âmbitos sempre considerando o protagonismo da APS (Bousquat *et al.*, 2019).

Para a efetivação da RAS, a APS deve assumir seu papel como porta de entrada preferencial ao SUS, garantindo o acesso às ações de saúde, devendo ordenar o sistema. Em contrapartida, para a APS a regionalização é importante, uma vez que a qualificação de suas intervenções necessita da integração com os outros níveis assistenciais que muitas vezes não se encontram disponibilizados nos limites dos Territórios. Isso mostra a enorme necessidade da articulação entre a APS com os outros integrantes da RAS, como forma de garantir as condições para que este nível de atenção possa exercer o cuidado contínuo, impactando, positivamente, na saúde da sociedade (Bousquat *et al.*, 2019).

1.1.1 População em Situação de Rua e o acesso a APS

Embora o SUS, se apresente como universal, igualitário e equânime a toda a população brasileira, em termos práticos não se vê a extensão desse direito à PSR. De acordo com Lira *et al.* (2019) os maiores problemas relatados por esta população no que se refere ao atendimento na AB foram: a falta de documentos, o local fixo e a construção de vínculo entre este usuário e o serviço de saúde.

A PSR é pouco reconhecida, mas muito vista nas ruas, embaixo dos viadutos, nos becos da cidade, em áreas públicas, próximos de centros comerciais, dentre outros. Caracteriza-se como uma população itinerante, ocupando áreas de risco iminente. São pessoas que possuem menos do que precisam para atender às suas necessidades, vivem na absoluta pobreza (Lira *et al.*, 2019; Bottil *et al.*, 2009; Paiva; Guimarães, 2022).

O acesso da PSR ocorre, principalmente, nos serviços de urgência e emergência, uma vez que estes serviços se revelam mais acessíveis que a AB. Esta deveria ser a porta de entrada aos serviços de saúde no SUS. Este tipo de entrada pelos serviços de urgência e

emergência, sinalizam a fragilidade da AB ao identificar e reconhecer esta população como usuária de todos os serviços da RAS, independente, de moradia e de área adscrita (Silva; Cruz; Vargas, 2015; Lira *et al.*, 2019; Paiva; Guimarães, 2022).

Para Lira *et al.* (2019), os profissionais das unidades de saúde por acreditarem que à PSR de rua receba todo o cuidado de atenção à saúde a que tem direito nos consultórios de rua, negligenciam o acesso à saúde desta população. Esse fato, cria ideias equivocadas de que esse grupo não precisa ser atendido nas unidades da AB. Este entendimento, equivocado, gera empecilho ao fluxo de atendimento desta população. Ou seja, apesar de o Consultório na Rua (CnaR) possibilitar que esta população tenha a garantia do direito à saúde, por vezes, emergem incompreensões que a impedem de buscar atendimentos nas Unidade da AB.

Ainda de acordo com Ferro (2012) e Zuim e Trajman (2018), o acolhimento prestado pelas equipes da AB e pelo CnaR, não foi percebido como receptivo pela PSR. O CnaR foi criado na intenção de diminuir as iniquidades em saúde para a PSR através de políticas públicas.

1.1.2 Política Nacional da AB de 2017

Em 2016, a Emenda Constitucional nº 95/2016 (EC-95) trouxe um imenso impacto para o SUS porque congelou os gastos com a saúde por 20 anos, intensificando a crise financeira no sistema de saúde nacional. Um estudo realizado no MRJ, mostrou que a EC-95 implicou na redução do sistema de saúde e houve a interrupção da centralidade da agenda na APS. Entre 2016 e 2017, a redução do número de ACS foi de 2,4%. Já entre 2017 e 2018, essa redução foi de 10,4% (O'Dwyer *et al.*, 2019).

A EC-95 e a PNAB de 2017 colocaram em risco os avanços conquistados pela ESF, como a integralidade, a equidade e a universalidade na atenção à saúde e também potencializaram a desassistência, uma vez que possibilita escolhas políticas que privilegiam recursos para a média e a alta complexidade em detrimento da APS (Morosini; Fonseca; Lima, 2018).

A PNAB de 2017 trouxe novas diretrizes de retrocesso que alteraram a estrutura das eSF, a gestão de recursos e organização da ESF. Devido a esta PNAB ocorreu a fragilização da ESF que deixou de ser prioridade como eixo orientador da APS. Também houve mudanças na configuração do trabalho dos ACSs, retirando a obrigatoriedade de sua presença na

composição das equipes. Nessa nova lógica de Território de Saúde não houve mais a definição de usuários cadastrados por eSF, alterando-se também o cálculo do número dos ACSs (Pitombeira, 2020; Brasil, 2017d).

A PNAB de 2017 deixou claro que os serviços dos ACS serão destinados, principalmente, aos mais pobres, portanto, reduziu o potencial desse serviço para a ABS como um todo. Sobretudo, em relação à coordenação dos fluxos e a continuidade da atenção. Essa desobrigação foi um golpe para a reorientação do modelo assistencial que vinha sendo pretendido e acentuou a seletividade da APS (Faria, 2020).

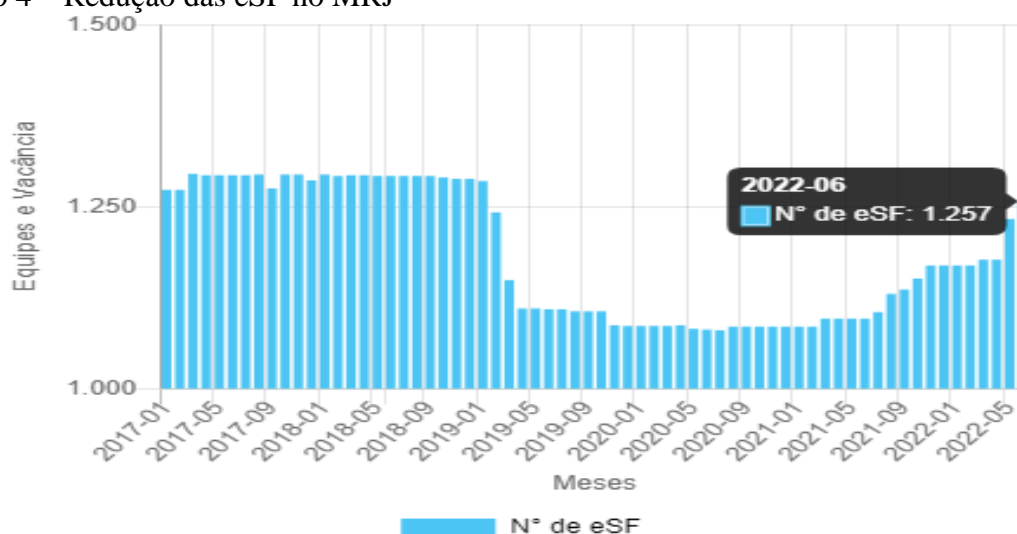
A territorialização só pode ser viabilizada pela BSR, que é algo realizado pelo ACS e sem a qual é difícil a identificação e intervenção nos determinantes sociais de saúde. Essa PNAB, ao promover grandes mudanças na atuação da APS, produziu controvérsias entre os trabalhadores e estudiosos, que passaram a sinalizar desde então a redução do quantitativo dos ACSs nas equipes de saúde e a ausência real de prioridades na ESF. Em contrapartida, esse fato gerou um excesso de demandas para os trabalhadores da APS (Faria, 2020; Giovanella; Franco; Almeida, 2020).

Como se isso não bastasse, a Portaria nº 83, de 10 de janeiro de 2018, instituiu o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde para oferta de curso de formação em Técnica de Enfermagem para ACS e Agentes de Combate a Endemias (ACE). Então, a defesa da formação profissional era uma bandeira para o fortalecimento das ações de vigilância à saúde. Porém, foi simplesmente transformada numa política de conversão profissional. Nesse contexto, o ACS deixa de existir para se tornar outro profissional (Faria, 2020).

A pesquisa de Carmo, Silva e Campos (2023), realizada na cidade do Rio de Janeiro, mostrou que a realização de visita domiciliar entre 2010 e 2017 apresentava uma média anual de 2,47 visitas por 1.000/hab, já em 2020, a média foi de 0,04 visitas por 1.000/hab.

Coincidentemente ou não, foi a partir desse mesmo período em que a APS no MRJ sofreu redução de recursos humanos e investimentos. O que por sua vez resultou na redução do número de equipes, bem como sobrecarga das equipes restantes. Esse fato impactou diretamente os serviços prestados à população, conseqüentemente, foi observado uma piora na detecção de casos de TB, tendo como consequência uma diminuição do diagnóstico (O'Dwyer *et al.*, 2019; Rio, 2022a). No Gráfico 4, destaca-se os dados da redução de eSF.

Gráfico 4 – Redução das eSF no MRJ



Fonte: Rio de Janeiro, 2022d.

1.2 Agente Comunitário de Saúde (ACS)

As primeiras experiências da formação informal de ACSs começaram nas décadas de 1970 e 1980, através de iniciativa de entidades religiosas e Organizações não Governamentais (ONGs). Estes trabalhadores eram conhecidos como Visitadores Sanitários (Furlan, 2008). Essas trabalhadoras voluntárias participavam da promoção da saúde na região do nordeste do país, por intermédio das pastorais da criança e de movimentos populares que se organizavam em luta por melhores condições de vida, de moradia, de trabalho, que se somavam ao processo de lutas pela redemocratização no Brasil (Chinelli; Lacerda; Vieira, 2011).

Em 1991, o MS propôs a implementação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS). Já no ano de 1992, o programa iniciou-se nos estados do Nordeste e passou a ser chamado de PACS. Nesse programa, foram priorizadas as ações da área materno-infantil, com enfoque em desenvolver ações e orientações em seu Território, além da distribuição de medicamentos (Leite; Barreto; Pessoa, 2022).

Posteriormente, em 1994, o MS propôs o PSF como estratégia de reestruturação do sistema de saúde brasileiro. A implantação do PSF ocorreu em Territórios de intensa precariedade e grandes desigualdades sociais. Estas trabalhadoras não possuíam experiência prévia e era formada majoritariamente por mulheres (Chiesa; Fracolli, 2004).

A partir do primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), o PSF foi adotado como prioritário na política de saúde devido ao potencial da visibilidade política do

governo junto à população mais pobre que era assistida. FHC em 8 anos de governo conseguiu atingir a cobertura de 30% da população brasileira através do PSF (Castro; Fausto, 2012).

O PACS e o PSF foram implantados com a justificativa da ampliação do acesso aos serviços de saúde das populações que tinham dificuldades de acesso ao SUS, para Fausto e Matta (2007) os dois programas eram verticais e desarticulados com a rede de serviços de saúde, portanto, não apresentavam elementos suficientemente para reordenar e organizar a saúde no âmbito do SUS.

Nesse contexto de APS, o ACS atua como um dos principais integrantes das eSF, pois ele é o elo entre equipe e comunidade. Essas equipes têm a composição mínima, a saber: um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS, podendo ainda ter um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental (Brasil, 2012).

A integração do ACS no âmbito do SUS está relacionada ao processo de ampliação do acesso e à promoção da qualidade na APS. Sua profissionalização possui características pouco consolidadas, onde há propostas de formação e atribuições sujeitas a constantes mudanças. O ACS é portador das expectativas de um SUS democrático, participativo, integral e universal e de grande identificação com a população que atende, uma vez que este faz parte deste Território (ABRASCO, 2022).

A formação e o desenvolvimento profissional são baseados em competências, sugerindo a identificação técnica, ética e humanística do que compete ao profissional de saúde. As competências são requeridas para que os usuários das ações e serviços de saúde se sintam atendidos em suas necessidades diante de cada prática profissional.

Compete ao ACS, no exercício de sua prática, a capacidade de mobilizar e articular conhecimentos, habilidades, atitudes e valores requeridos pelas situações de trabalho, realizando ações de apoio em orientação, acompanhamento e educação popular em saúde a partir da concepção de saúde como promoção da qualidade de vida e desenvolvimento da autonomia diante da própria saúde, interagindo em equipe de trabalho e com os indivíduos, grupos e coletividades sociais (ABRASCO, 2022, p. 13).

Nogueira, Silva e Ramos (2000) define o ACS como uma pessoa da comunidade, com a vida igual a de seus vizinhos, porém preparado para orientar as famílias a cuidarem de sua própria saúde e também da saúde do Território. São selecionados entre os moradores que, em geral, contribuem com a sua vizinhança.

Para Silveira e Sena (2005), o trabalho do ACS deveria ser o de reconhecer a importância da vigilância em saúde, porém as ações desses trabalhadores ainda se mostram

voltadas para a doença, o que contradiz a atribuição de seu papel. O esperado é que o trabalho desses profissionais contemple as ações de Promoção da Saúde no contexto do processo saúde-doença socialmente determinado.

Em seu estudo, Ferreira *et al.* (2009) mostra que o ACS apesar de não possuir um núcleo especializado de conhecimento, utiliza a dimensão cuidadora em seu trabalho para produzir um cuidado centrado no usuário, tanto com o usuário quanto com os outros ACS, constituindo redes solidárias entre si. Entretanto, observou-se que o ACS não tem força o suficiente para engajar o processo de trabalho da equipe, devido estar fortemente implicado com o Território instituído das práticas hegemônicas do cuidado, que legitimam a existência dos trabalhadores de saúde.

Conforme Queirós e Lima (2012, p. 278),

As conquistas desses trabalhadores agregam grandes desafios. Dessa maneira, é fundamental que saibam o valor político de sua institucionalização, de modo a ter consciência de ser servidor do povo, do seu papel de trabalhador, de agente da comunidade e do enfrentamento necessário às adaptações promovidas pelo Estado. Esse trabalhador deve ter como estratégia a vanguarda dos processos educativos, tanto para a sua qualificação, como para a interlocução com a população, de modo que não interfiram em sua autonomia, alicerçados em saberes populares, produtores de reflexões e práticas críticas e transformadoras da realidade.

De acordo com Ferraz e Aerts (2005), em seu estudo realizado em Porto Alegre, mostrou que os ACSs com mais idade conhecem melhor a comunidade, por terem mais vínculo. Entretanto, também possuem algumas inimizades ou conflitos com outros moradores. Possuem conceitos próprios sobre o processo saúde-doença, advindos de suas experiências, podendo ser mais resistentes a novos conceitos relacionados à promoção da saúde em seu Território. Em contra partida, os agentes mais jovens não conhecem bem a comunidade, porém estão mais abertos às mudanças.

Martines e Chaves (2007) tratam da precarização apontada pelos ACS em relação à falta da oferta de capacitação e de educação continuada para esses profissionais. Segundo os autores, somente médicos e enfermeiros seriam os priorizados. Ainda nesse estudo, os ACS, relataram muitos conflitos dentro das equipes que parecem girar em torno da incompreensão e a não aceitação de diferenças. Tanto do ponto de vista comportamental humano, como do ponto de vista de posicionamentos técnicos.

1.2.1 A violência no cotidiano do ACS

Em sua Carteira de Serviços da APS, o MRJ adotou o plano de contingenciamento para funcionamento das unidades de saúde em situações especiais. As situações que exigem estes planos de contingência são diversas, mas entre elas estão as situações de violência no Território. As unidades de saúde devem monitorar a violência no Território e utilizar o ‘*acesso mais seguro*’ quando a violência no Território colocar em risco profissionais e pacientes da unidade. A classificação da violência no Território é dividida em 3 níveis, a saber: verde: oferta integral do serviço; amarelo: oferta parcial e vermelho: oferta suspensa ao atendimento (Rio, 2021).

Na ESF no MRJ os profissionais de saúde convivem com um cenário de violência, produtor de desigualdades e vulnerabilidades em saúde que interferem nas atividades das eSF, com a interrupção das atividades individuais e coletivas preconizadas. Os ACS são os mais afetados por essa dupla desigualdade, pois testemunham situações de risco e conhecem as pessoas nelas envolvidas (Bordignon; Monteiro, 2016; Goulart *et al.*, 2021).

Consoante Machado (2011), no contexto da APS, a violência tem sido um problema crescente, sendo relacionado, principalmente, à localização dos equipamentos de saúde em áreas de risco e grande vulnerabilidade. Nesses Territórios são comuns conflitos e tensionamentos, que colocam em perigo a segurança, o bem-estar social e a saúde dos trabalhadores e da população.

Segundo Almeida, Peres e Fonseca (2019) os trabalhadores relatam que receiam serem confundidos com “bandidos disfarçados de ACS” pelos policiais à paisana. As incursões policiais à procura de pessoas envolvidas com o tráfico geram uma sensação de desconforto e constrangimento aos ACS. O clima de instabilidade que essas ações trazem ao Território acaba influenciando na suspensão das atividades nas unidades, nas visitas domiciliares e na circulação no Território.

Além da violência urbana, alguns ACSs ainda relatam “cantadas e assédios” recebidos de usuários durante as visitas domiciliares. Neste caso, a maioria assume como estratégia evitar entrar na casa de homens solteiros ou que não estejam acompanhados de suas esposas. Para cumprir as metas de visitas estabelecidas, realizam uma abordagem do lado de fora das residências, com perguntas de praxe. Outras mencionam xingamentos destinados às trabalhadoras, principalmente, quando estão circulando no Território durante alguma

atividade prevista. Tais condutas acabam gerando situações de tensão com os usuários (Almeida; Peres; Fonseca, 2019).

1.2.2 Atribuições do ACS

O ACS exerce o papel de protagonista na ESF, pois ele é o elo entre saúde e população, assumindo papel de usuário e profissional na comunidade. De acordo com o PNAB de 2017, são atribuições do ACS: realizar diagnóstico epidemiológico e sanitário do Território; desenvolver atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos mais prevalentes; e realizar vigilância em saúde e investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na US, no domicílio e na comunidade (Brasil, 2017d).

As visitas domiciliares devem ocorrer com periodicidade, como meio de monitoramento da situação das famílias e indivíduos do Território. Nas visitas domiciliares e na comunidade, o ACS deve falar sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva. Ao identificar casos suspeitos de doenças e agravos, esses profissionais devem encaminhar, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo Território. Ainda está como atribuição desse profissional estimular a participação da comunidade nas políticas públicas da área da saúde e identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais (PNAB, 2017).

No MRJ, de acordo com a Carteira de Serviços para APS (Rio, 2021), a visita domiciliar é um importante recurso para compreender o contexto de vida das pessoas que residem no Território. Esta atividade é essencial no escopo de trabalho do ACS, para acompanhamento de usuários e famílias. Logo, o ACS deve realizar VD avaliando o risco e a vulnerabilidade. No caso da TB a frequência deverá ser diária, assim como o TDO.

Cabe ao ACS o monitoramento de pessoas com TB através da Ficha B-TB. Esse instrumento serve para o cadastramento e acompanhamento mensal de pessoas em tratamento com TB. Os dados dessa ficha devem ser atualizados a cada visita do ACS ao usuário em tratamento. Esse instrumento fica de posse do ACS, mas deve ser revisado periodicamente pelo enfermeiro supervisor. Nessa mesma ficha, o ACS deve realizar as anotações da administração diária da medicação, realização do exame de escarro, registrar o número de comunicantes examinados, priorizando os < de 5 anos, verificar a carteira vacinal da Bacilo

Calmette-Guérin (BCG) nessas crianças. Ainda nesse instrumento, deve ser anotadas ocorrências de hospitalização, óbito ou complicações e informações relevantes para vigilância (Brasil, 2009a, 2009b, 2019a).

1.3 A Tuberculose

A TB é uma doença infectocontagiosa, que tem uma evolução crônica, sendo causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, conhecido como bacilo de *Koch*. Tem como alvo primário os pulmões, entretanto, qualquer outro órgão pode ser atingido. Há dois tipos de TB, a saber: a primária que ocorre durante uma primo-infecção e pode evoluir tanto a partir do foco pulmonar quanto do foco ganglionar, ou mesmo em consequência da disseminação hematogênica; e a secundária que ocorre no organismo que tem sua imunidade desenvolvida tanto pela infecção natural quanto pela BCG (Moreira, 2020; Brasil, 2019a; Brasil, 2019b).

A forma pulmonar ocorre em 87% dos casos, sendo a mais relevante para a saúde pública, uma vez que é a principal responsável pela manutenção da cadeia de transmissão da doença. A transmissão ocorre quando o indivíduo portador de TB pulmonar ou laríngea tosse, fala ou espirra, eliminando gotículas que se transformam em aerossóis, sendo estes inalados por outra pessoa (Moreira, 2020; Brasil, 2019a; Brasil, 2019b).

Aproximadamente 13% dos doentes, desenvolvem a TB em diferentes apresentações clínicas, que podem ser: pulmonar e extrapulmonar, genital, meníngea, óssea, renal e cutânea. Contudo, a pulmonar continua sendo a mais relevante. Um indivíduo com TB pulmonar sem tratamento, em um ano, pode infectar aproximadamente de 10 a 15 pessoas (Giacometti *et al.*, 2021; Brasil, 2019a; Brasil, 2019b).

A duração e a intensidade de exposição ao bacilo são muito importantes para que ocorra a transmissão da TB, pois o índice desta doença após a exposição prolongada é muito alto. A transmissão é mais provável de ocorrer em ambientes fechados com ventilação precária ou nenhuma ventilação (Martins; Miranda, 2020; Brasil, 2019a; Brasil, 2019b).

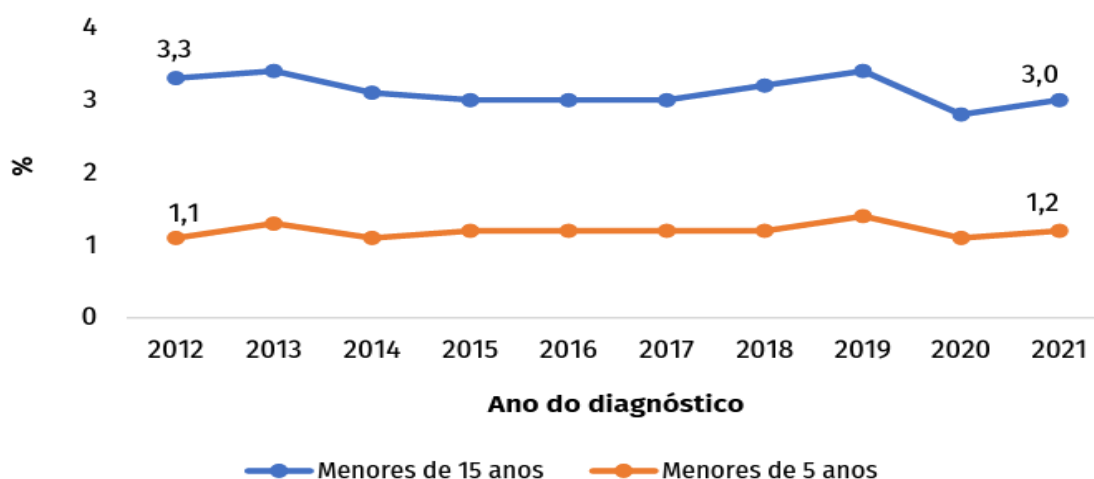
Existem dois tipos de infecção por TB, a saber: a infecção ativa e a infecção latente. Na ativa, a pessoa é infectada e desenvolve a doença. Enquanto na latente, a pessoa é infectada pelo bacilo, mas não desenvolve a doença. A infecção latente pode perdurar por toda sua vida, podendo ao longo dos anos desenvolvê-la em um determinado momento (Toledo *et al.*, 2023; Brasil, 2019a; Brasil, 2019b; Brasil, 2011a).

Aos contactantes de TB ou Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV), é recomendado o tratamento da Infecção Latente da Tuberculose (ILTb) com o uso de Isoniazida por 6 meses, ou o uso de Rifampicina por 4 meses, ou o novo tratamento que foi incorporado no Brasil, em 2021, para a PVHIV com a associação de Rifapentina com Isoniazida (3HP) em doses semanais, por 3 meses (Herrera *et al.*, 2020; Rio, 2022a).

Mesmo sendo uma doença prevenível e curável, a TB continua apresentando uma alta taxa de mortalidade, inclusive em pessoas jovens. Há três medidas importantes para o controle da doença: a detecção precoce dos portadores de TB pulmonar ativa, a investigação dos contatos e da vacinação da BCG. A vacina protege das formas mais graves da doença, sendo elas: a miliar e a meníngea. Dentre as três, a detecção precoce do Sintomático Respiratório (SR) é a via mais efetiva para reduzir a transmissão da TB (Modesto, 2022; Brasil, 2019a; Brasil, 2011a).

Em 2021, foram diagnosticados 833 CNs de TB em menores de cinco anos de idade, perfazendo 1,2% do total de CNs de TB diagnosticados no país. Sendo que os menores de 5 anos representam 40,1% dos casos em menores de 15 anos no ano de 2021. Diante disso é importante assegurar a vacinação da BCG nas crianças menores de 5 anos de idade. O gráfico 5 mostra como vem ocorrendo este aumento.

Gráfico 5 – Percentual de CNs de TB diagnosticados em menores de 15 anos e em menores de 5 anos. Brasil, 2012 a 2021



Fonte: Brasil, 2022a.

O diagnóstico da TB deve ser realizado, preferencialmente, pelo exame de escarro, podendo ser através do TRM-TB, da baciloscopia ou da cultura (Brasil, 2019a; Brasil, 2019b). A APS do MRJ oferece todos os testes: a baciloscopia, o TRM-TB e a cultura. Para a

realização do exame é necessário colher duas amostras de escarro da pessoa com os sintomas respiratórios (Rio, 2016a).

A baciloscopia de escarro é o método mais utilizado no diagnóstico da TB. Entretanto, apresenta pouca sensibilidade, em comparação ao TRM-TB (Xpert MTB/RIF) e a cultura. Em 2014, nos laboratórios municipais da cidade do Rio de Janeiro foi implantado o exame de cultura para BK, que antes não estava disponível na rede municipal. Isso fez com que aumentasse o número de pedidos de cultura para TB pelas unidades de saúde (Rio, 2016a).

Desde 2014, o Xpert MTB/RIF está disponível em várias cidades brasileiras. O MRJ passou a utilizá-lo em 2013, já que foi uma das cidades escolhidas para realizar o estudo. O TRM-TB oferece a vantagem de resultados laboratoriais mais rápidos e já identifica a resistência a fármacos como a Rifampicina. É um teste de amplificação de ácidos nucleicos que emprega a técnica de reação em cadeia da polimerase em tempo real, chamado de Teste Molecular Rápido de Tuberculose, no Brasil. O resultado pode ser obtido no laboratório em aproximadamente 2 horas, permitindo a identificação do *Mycobacterium Tuberculosis* e a detecção de cepas resistentes à Rifampicina (Rio, 2016a; Nicol, 2013a; Nicol, 2013b; Carvalho *et al.*, 2018).

O diagnóstico precoce é fundamental para o doente obter maior êxito na cura. Os obstáculos encontrados no acesso estão associados à organização dos serviços, à falta de profissionais qualificados e à disponibilidade de materiais e recursos (Loureiro *et al.*, 2014).

Recomenda-se que na APS, seja realizado o tratamento com o Esquema Básico (EB). Caso ocorram outras necessidades, tais como: reações adversas graves, hepatotoxicidade, nefrotoxicidade, resistência a fármacos; este paciente deverá ser encaminhado para unidade de atenção secundária ou terciária (Brasil, 2019a).

O EB para tratamento da TB em adultos e maiores de 10 anos consiste em: na fase intensiva, com duração de 2 meses, o tratamento é composto por 4 fármacos: Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol (RHZE); na fase de manutenção, com duração de 4 meses, são utilizados 2 fármacos: Rifampicina e Isoniazida (RH). Em geral, o tratamento da TB na APS tem a duração de 6 meses (Martins; Miranda, 2020; Brasil, 2019a)

O PNCT recomenda que as unidades de referência secundária para TB sejam responsáveis pela condução de pacientes com reações adversas graves, hepatotoxicidade, nefrotoxicidade, dentre outros de maior complexidade. Já as unidades de referência terciária para casos com resistência aos fármacos anti-TB devem contar com equipe profissional capacitada e experiente no manejo dos casos de TB com elevada complexidade clínica,

relacionada à resistência aos fármacos e na utilização dos fármacos de primeira e segunda linhas (Brasil, 2019a).

A OMS, a *World Diabetes Foundation* e a *International Union Against Tuberculosis and Lung Disease* recomendam o rastreamento bidirecional da TB e *Diabetes Mellitus* nos serviços de saúde, com detecção e controle do diabetes em pacientes com TB e detecção e controle da TB em pacientes com diabetes (UNION, 2014).

A associação destes agravos acarreta para o sistema de saúde maior tempo de internação, maior custo de tratamento, aumento da prevalência de Tuberculose Multidroga Resistente (TBMDR) e maior taxa de mortalidade. Os pacientes diabéticos com TB, têm maior possibilidade de apresentar falência durante o tratamento. No paciente com TB x DM deve ocorrer um controle rigoroso da glicemia que deve ser mantido abaixo de 160 mg/dL. O MS, a OMS e a UNION orientam a troca do hipoglicemiante oral por insulina para melhorar o controle da glicemia (Brasil, 2019a; Nascimento; Soares, 2019; UNION, 2014; Miranda, 2012).

O MRJ em um trabalho conjunto com a Secretaria Estadual de Saúde (SES-RJ), em 2013, criou duas unidades de referência terciária para atendimento de TBMDR de nível terciário, com a finalidade de garantir o monitoramento contínuo e o cuidado compartilhado entre a referência terciária e APS (Rio, 2016a).

1.3.1 Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios (BSR)

A BSR tem a finalidade de encontrar pessoas que apresentem tosse, independente do tempo, de modo a captar os casos bacilíferos e interromper a cadeia de transmissão, reduzindo a incidência da doença e garantindo um diagnóstico precoce (Pinheiro *et al.*, 2023; Brasil, 2011a; Brasil, 2019a).

A busca ativa é uma atividade de vigilância importante no controle da doença e deve ser incorporada na rotina dos serviços de saúde por todos os membros da equipe de ESF, principalmente, pelo ACS, que conhece o Território (Giovanella *et al.*, 2009). Ao reconhecer a ocorrência de TB na área, torna-se necessário que os profissionais de saúde acolham a importância da BSR para aumentar as chances de cura e diminuir a disseminação da doença. Ademais, é evidente a importância da identificação dos casos, pois tal ação servirá como

parâmetro para o planejamento das ações operacionais e assistenciais na ESF aos usuários com TB (Pereira *et al.*, 2018; Araújo Filho *et al.*, 2021).

Essa é uma recomendação da OMS que visa a descoberta de casos bacilíferos, devendo ser realizada continuamente. Em outros países a busca também se faz por exame radiológico, mas no Brasil ficou definido que se faça através da tosse. Deve ser realizada em todos os serviços de saúde nos níveis primário, secundário, terciário, tendo grande impacto no diagnóstico e controle da doença (WHO, 2013; Brasil, 2019a).

As etapas recomendadas na BSR são: identificação do SR, coleta de duas amostras, anotação no livro de sintomáticos, envio do escarro ao laboratório, acompanhamento do resultado do exame, início do tratamento, avaliação dos contactantes, acompanhamento e tratamento e avaliação rotineiramente da atividade de busca ativa. Esta atividade deve ser frequente, incorporada na prática diária do profissional de saúde (Brasil, 2019a). É claro que essas etapas estão de acordo com cada serviço local, pois já existem sistemas implantados nas grandes cidades, como por exemplos: o Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) do DATASUS, para cadastro e resultado das amostras *online*.

Atualmente, a incorporação diária dessa atividade é extremamente necessária, uma vez que após a pandemia da covid-19 ocorreu “a queda de notificações e a piora dos indicadores laboratoriais, de tratamento e de busca de novos casos da doença disparam um alerta para a necessidade de constante avaliação da adequação das ações de controle da TB no país” (Brasil, 2021, p. 4).

O MS estima que 1% da população seja SR e destes 4% tenham TB. Sendo assim, para detecção da doença, é necessário achar o SR, que na população geral é a pessoa que apresenta tosse com duração de 3 ou mais semanas, estando ou não com outros sintomas de TB (Brasil, 2019a). O Boletim Epidemiológico de TB do MRJ, relatou que no ano de 2020, somente 0,52% da população foi investigada para TB (Rio, 2022a).

A OMS define o rastreamento contínuo da TB como a busca diária de pessoas com suspeita de ter a doença. O rastreio inicial pode ser baseado na busca de sintomas, dependendo da população sob investigação. No Brasil, o rastreamento é realizado em busca da tosse e define-se a BSR, sendo uma atividade de saúde pública orientada a identificar pessoas com tosse persistente. Qualquer pessoa com tosse tem a possibilidade de estar com TB pulmonar ou laríngea (Brasil, 2011a; Brasil, 2019a).

A BSR também deve ser realizada nos contactantes de casos de TB pulmonar ou laríngea para identificação precoce de casos da doença. Quando a pessoa SR procura o serviço de saúde para a avaliação clínica, nesse momento, é realizado o rastreamento da TB, essa

busca é chamada de busca passiva de caso de TB (Pinheiro, 2023; Brasil, 2011a; Brasil, 2019a).

Essa atividade não pode ser apenas uma exigência para o cumprimento de metas e uma determinação gerencial. A BSR deve ser discutida, entendida e incorporada pelos profissionais de saúde. Severo *et al.* (2008), em seu estudo de intervenção em Cuba, observou que os métodos intervencionistas por si só não aumentaram a detecção da TB. Somente após intervenção com os profissionais da APS, ou melhor, após formação realizada em 2 áreas de saúde, o resultado apresentou uma melhoria notável quando comparado com o período anterior analisado, passando de ruim para muito bom.

Scatolin *et al.* (2014) descreve em seu estudo que embora os ACSs apresentassem um bom nível de escolaridade, os indicadores de BSR, visita domiciliar, educação em saúde sobre TB na comunidade, não se apresentaram satisfatórios. Tal fato poderia estar relacionado à forma como os treinamentos de TB são realizados, sendo as discussões mais voltadas para a doença e não para as resoluções dos casos na prática, principalmente, no quesito de articulação com a comunidade. Esse modelo de treinamento apresentou pouco ou nenhum retorno aos ACS. Esse mesmo estudo aponta que a atuação do ACS em levar um pedido de baciloscopia para o usuário do Território foi considerado ‘insatisfatório’, uma vez que os mesmos acabam sugerindo ao SR que compareça a US, quando na verdade deveriam já solicitar uma amostra oportuna do escarro.

Embora a busca passiva seja muito relevante no diagnóstico da TB, a busca ativa se faz mais eficaz na detecção precoce dos casos da doença. Na Rússia foi realizado um estudo que apontou que o diagnóstico da TB foi mais rápido na busca ativa, aproximadamente em 1 semana, enquanto na busca passiva o diagnóstico se deu em 6,9 semanas (Kuznetsov *et al.*, 2014). Portanto incorporar a busca ativa, rotineiramente, contribui também com a diminuição do tempo de exposição do paciente bacilífero na comunidade.

Conforme Trigueiro *et al.* (2013), em seu estudo realizado na Paraíba com 101 usuários com TB, 46,5% acessaram a AB para o diagnóstico quando começaram a sentir os sintomas, e os demais procuraram outros serviços. Os doentes que trataram na AB, avaliaram seu conhecimento em relação a doença nos níveis ‘insatisfatório’, ‘regular’ ou ‘ruim’. Segundo os doentes foi a gravidade dos sintomas que os impulsionou a buscar cuidados. O estudo surpreende, uma vez que se espera que a busca ativa seja incluída no cotidiano de trabalho das equipes de saúde.

A duração da tosse para identificação do SR leva em consideração o risco de adoecimento e o acesso da população aos cuidados, privilegiando muitas vezes a oportunidade

de se fazer o exame diagnóstico em detrimento do tempo da tosse (Brasil, 2019a). O PNCT disponibilizou o tempo de duração necessário de acordo com a população, conforme mostra o quadro 2.

Quadro 2 – BSR de acordo com a população

População	Tempo/Duração de tosse	Periodicidade da Busca Ativa	Exame de escarro solicitado Raio	Raio X de tórax
População geral adscrita ao Território da ESF	3 semanas	Em todas as visitas do ACS ou outro profissional da equipe	Baciloscopia ou TRM-TB	Não
População geral que procura o serviço de saúde (ESF, UBS ou Hospitais) ¹	2 semanas	Em todas as visitas do usuário ao serviço de saúde	Baciloscopia ou TRM-TB	Não
Contato de TB pulmonar	Qualquer duração	Na identificação do caso índice.	Baciloscopia ou TRM-TB	Sim
PVHIV2	Qualquer duração. Acrescida da investigação de febre ou emagrecimento ou sudorese noturna	Sempre que visitar o serviço de saúde	Baciloscopia ou TRM-TB e cultura com TS	Sim
População em situação de rua (PSR)	Qualquer duração	Em todas as oportunidades de contato com profissionais da saúde	Baciloscopia ou TRM-TB e cultura com TS	Sim
PPL	Qualquer duração	No momento da admissão no Sistema Prisional. Pelo menos uma vez ao ano ou, idealmente, a cada 6 meses (em campanha)	Baciloscopia ou TRM-TB e cultura com TS	Sim

Fonte: Manual de Recomendações para o Controle da TB no Brasil (2019a, p. 196).

1.3.2 Tratamento diretamente observado (TDO)

A OMS no ano de 1993 realizou recomendações para implementação do *Direct Observed Treatment Short-Course* (DOTS), como estratégia de atuação dos países membros no controle da TB. Em 1996, foi divulgado o Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose. Neste momento, o MS passou a recomendar a realização do TDO. Entretanto, somente em 1999 realmente foi efetivada no país o PNCT (Brasil, 2011a; Brasil, 2011b).

No Brasil, recomenda-se o TDO para todo caso de TB assim como o aconselhamento na realização do teste para HIV. A supervisão na tomada de medicamentos deve ser realizada nos dias úteis, no domicílio, na US ou outro local acordado com o paciente. Como regra, para fins de notificação ao SINAN, para ser considerado TDO convencionou-se que ao final do tratamento o paciente deverá ter no mínimo 24 tomadas observadas na fase de ataque e 48 tomadas observadas na fase de manutenção. Se a tomada não for observada por um profissional de saúde, não se considera TDO (Brasil, 2011a; Brasil, 2011b).

Vale ressaltar que no MRJ, a implantação da estratégia DOTS teve início em 1999 a partir de um projeto piloto financiado pelo MS na Área de Planejamento 1.0. Desde então foi sendo incorporado em outras APs da cidade.

De acordo com Rufino-Netto (2006), o TDO foi avaliado por diferentes estudos e em diferentes momentos, onde o tratamento supervisionado realizado pela Fundação Serviços de Saúde Pública demonstrou resultados vantajosos, principalmente, em relação à cura. Já Rusen (2007) considera que as vantagens do TDO estão relacionadas ao acesso aos serviços de saúde e ao impacto causado na prevenção da resistência ao tratamento. Por fim, uma revisão conduzida por Volmink e Garner (2007) não encontrou vantagem entre o TDO e o Tratamento Autoadministrado em termos de elevação na taxa de cura ou conclusão do tratamento.

Em resumo, a execução da vigilância na tomada de medicamentos da TB está diretamente ligada à atuação dos profissionais na ESF, e em especial, o ACS que é o profissional designado para aumentar o vínculo da comunidade e com a eSF. Alguns estudos realizados no MRJ apontam a violência interferindo no TDO, na visita domiciliar, na Busca Ativa de Sintomáticos Respiratório (BSR) e na Realização da busca de faltosos ou daqueles que estão em abandono de tratamento de tuberculose através de suas visitas domiciliares (Santos *et al.*, 2006).

2 MÉTODO

2.1 Tipo de estudo

Para desenvolver o tema proposto foi realizado um estudo transversal descritivo, em 28 unidades de saúde do Tipo-A na AP 3.3, no MRJ. A escolha pela US do Tipo-A ocorreu por esta possuir cobertura total do Território, isto é, todas as microáreas possuem um ACS que é responsável pelo atendimento da população de sua microárea. Enquanto isso, na unidade do Tipo-B, por não possuir cobertura total do Território, existe a escassez destes profissionais, gerando muitas vezes conflito entre profissionais e população não assistida. Isso poderia comprometer a avaliação das respostas destes profissionais na pesquisa.

O Estudo Transversal é o ‘retrato’ da situação observada pelo pesquisador. A amostra ou população é estudada em um único momento, sendo utilizado para avaliar se existe relação entre as variáveis do estudo. Estes estudos levantam questões relacionadas à presença de uma ou mais associações em vez de testar uma hipótese. Os dados podem ser coletados através de fontes diretas também chamadas de primárias (Capp; Nienov, 2020; Freire; Pattussi, 2018).

2.2 Cenário de estudo

A cidade do Rio de Janeiro tem 1.204 km² de área, uma população estimada em 6.718.903 habitantes, em 2019. Administrativamente, está organizada em 33 Regiões Administrativas (RA) e 163 bairros. É uma cidade heterogênea, apresentando diferentes graus de desenvolvimento e, conseqüentemente, desigualdade na distribuição dos serviços de saúde e da população (Rio, 2016a).

A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) desde o ano de 1993 trabalha, com a divisão da cidade em 10 APs, sendo elas: AP 1.0, AP 2.1, AP 2.2, AP 3.1, AP 3.2, AP 3.3, AP 4.0, AP 5.1, AP 5.2 e AP 5.3. A população por área varia aproximadamente de 300 mil, na AP 1.0 a 1 milhão de habitantes na AP 3.3, dados referentes ao censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010 (Rio, 2016a).

Figura 1 – Mapa das 10 APs do MRJ



Fonte: Datario, 2020.

Figura 2 – Mapa de cobertura eSF, 2020



Fonte: Rio de Janeiro, 2022d.

O presente estudo teve como cenário a AP 3.3, situada na região norte do município, possui uma população estimada em 971.818 habitantes, compreende 29 bairros, sendo eles: Acari, Anchieta, Barros Filho, Bento Ribeiro, Campinho, Cascadura, Cavalcanti, Coelho Neto, Colégio, Costa Barros, Engenheiro Leal, Guadalupe, Honório Gurgel, Irajá, Madureira, Marechal Hermes, Oswaldo Cruz, Parque Anchieta, Parque Colúmbia, Pavuna, Quintino Bocaiúva, Ricardo de Albuquerque, Rocha Miranda, Turiaçu, Vaz Lobo, Vicente de Carvalho, Vila Cosmos, Vila da Penha e Vista Alegre (Rio, 2016a).

A AP 3.3 é considerada a maior Área de Planejamento do MRJ, com 312.193 domicílios, além de inúmeras áreas de ocupação irregular e avanço desordenado. Possui uma área territorial de 76,9 km², IDS – 0,589083, e 18,7% de proporção de domicílios em aglomerados subnormais (Datario, 2020).

Segundo Souza *et al.* (2011), a AP 3.3 é a área com a maior população do MRJ, concentrando 149 áreas de favelas, entre elas: Parque Acari, Parque Colúmbia, Pedreira e Lagartixa. A área possui características estigmatizantes, conhecida pelos altos índices de violência, tráfico de drogas, conflitos entre facções criminosas rivais pela disputa de Território nas comunidades vizinhas e pelas precárias condições de vida da população.

Além disso, a área possui infraestrutura rodoviária, metroviária e ferroviária; centros comerciais em: Madureira, Cascadura e Pavuna; centros industriais em: Costa Barros, Coelho Neto, Honório Gurgel. Por ser uma AP com muitos bairros e diferentes contextos socioeconômicos toma-se como finalidade para uma melhor aproximação de características local e gerenciamento, a divisão em Territórios, sendo eles: Território Anchieta, Território Irajá, Território Madureira, Território Marechal e Território Pavuna. Essa divisão por Territórios é apresentada na figura 3 deste estudo.

Figura 3 – Mapa dos Territórios da AP 3.3



Fonte: Rio, 2016b.

Em sua estrutura essa área possui: 3 hospitais; 2 maternidades; 6 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), sendo 3 municipais e 3 estaduais; 2 Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS); 1 Centro de Atendimento Psicossocial Infantojuvenil (CAPSI); 1 Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD); 34 UBS, sendo 28 do Tipo-A e 6 do Tipo-B, destas 34 unidades, 22 são Clínicas Da Família. A área possui 180 eSF e 7 Núcleo de Atenção em Saúde da Família (NASF). A figura 4 apresenta a RAS na Área de Planejamento da AP 3.3, no MRJ.

Figura 4 – Distribuição da Rede de Atenção à Saúde (RAS) na AP 3.3



Fonte: Rio de Janeiro, 2022d.

2.3 Coleta de dados

Os participantes da pesquisa foram os ACSs. Os critérios de inclusão foram: idade a partir de 18 anos; profissionais que trabalhassem no mínimo há 6 meses como ACS. Já os critérios de exclusão dizem respeito ao: ACS que não trabalhasse em unidade do Tipo-A.

Para o cálculo da amostra foi utilizado uma margem de erro de 5%, com intervalo de confiança de 95%, no universo de 900 ACSs, lotados nas unidades de ESF do Tipo-A. Para atender os critérios foram necessários 270 voluntários. O cálculo da amostra foi obtido tendo como referência o número de ACSs das 28 Unidades do Tipo-A da AP 3.3, inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), considerando a competência do mês de setembro de 2022.

Para a garantia dos participantes foi apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), contendo informações referentes à pesquisa. Não constaram dados que permitissem identificar os pesquisados, sendo-lhes garantido o anonimato. Cada questionário teve um número criado pela pesquisadora que iniciou em ACS – 001 e terminou em ACS – 269, a US recebeu uma identificação de grupo (ID GRUPO) começando em A – 1 e terminando em A – 28, os Territórios também foram identificados como T-1, T-2, T-3, T-4 e T-5. Os participantes foram informados que poderia solicitar a saída da pesquisa a qualquer momento.

Para diminuir o receio dos participantes de que alguém tivesse acesso às suas respostas, a pesquisadora disponibilizou uma urna preta que segue na figura 5, no qual o participante da pesquisa depositou seu questionário respondido. Este procedimento visou impedir a visualização das respostas no momento da entrega do questionário. Os questionários foram disponibilizados aos participantes sem o número correspondente ao ACS. Este número foi gerado pelo pesquisador no momento da digitação no banco de dados.

Foi solicitado ao participante que caso no futuro deseje sair do estudo, terá que informar a pesquisadora seu perfil sociodemográfico: idade, sexo, escolaridade, raça/cor e unidade onde atua para que este questionário respondido e o TCLE sejam identificados e retirados da pesquisa.

No dia da pesquisa foi entregue ao participante o TCLE para leitura, o Termo de Anuência e o questionário. Depois de lido o TCLE, o participante o devolveu a pesquisadora e o questionário respondido era depositado direto na urna, não passando pelas mãos da pesquisadora. Somente após abertura da urna pela pesquisadora no ambiente de digitação, a

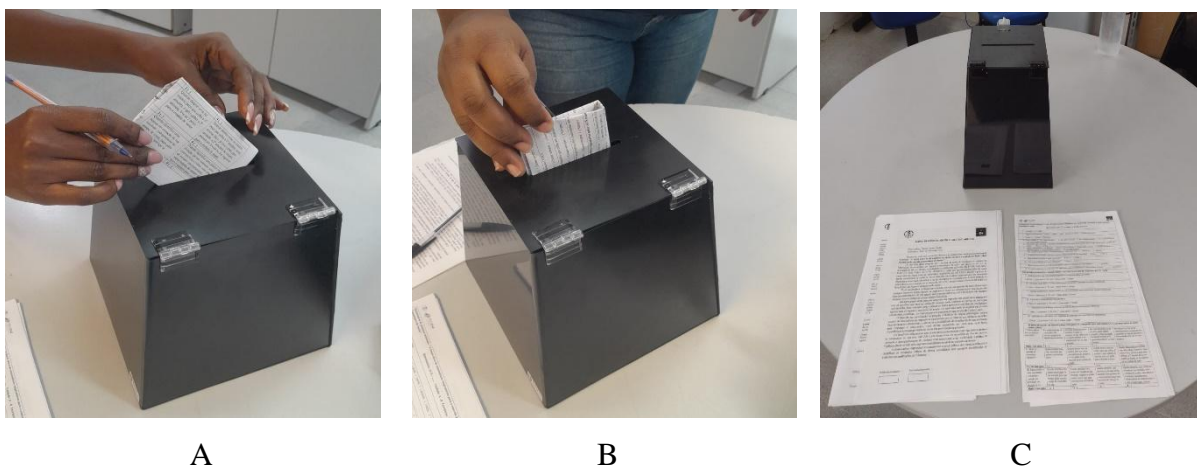
pesquisadora tinha acesso aos questionários respondidos pelos participantes. Estes questionários eram separados por unidades de saúde, depois deste processo foram digitados por unidade, neste momento foi gerado um número de 001 a 269 para cada ACS.

Foram distribuídos 270 questionários e o TCLE. Entretanto, um ACS da unidade 15.A, Território T-4, embora tivesse concordado em participar da pesquisa, ao final não depositou na urna o questionário, assim como não devolveu o TCLE para a pesquisadora.

Os participantes da pesquisa receberam um questionário estruturado com 20 questões, sendo de 1 a 12 (perguntas estruturadas), de 13 a 17 (perguntas utilizando escala *likert* de frequência – *score* variando de 0 a 4) e questões de 18 a 20 (pontuação variando de 1 a 4 para cada questão).

O presente questionário foi elaborado pela pesquisadora utilizando como referência pesquisas anteriores, tais como: Barros *et al.* (2020); Rocha *et al.* (2015); Scatolin (2014); Crispim *et al.* (2012); Maciel *et al.* (2008); Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil (2011); Guia Prático do ACS (Brasil, 2009a); Cartilha para o ACS (Brasil, 2017c), Ficha SIAB TB; Atribuições dos ACS de acordo com o PNAB de 2017; e o Enfrentamento à TB: Orientações para Agentes Comunitário de Saúde (Rio, 2022e).

Figura 5 – Urna utilizada para depositar os questionários respondidos pelos ACS (A, B e C)



Fonte: A autora, 2023.

As 28 unidades de saúde do Tipo-A, representadas por seus gerentes, aceitaram participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Anuência ocorrido entre fevereiro e março de 2023. A pesquisadora, após articulação de dia e horário com o gerente ou responsável pela unidade, através de *e-mail* e *whatsapp* marcava o dia e horário para realizar a pesquisa. Algumas unidades tiveram que ser reagendadas mais de duas vezes, nestes dias os

gerentes sinalizavam que o Território da unidade se encontrava no nível amarelo que é quando a unidade funciona parcialmente ou no nível vermelho quando as atividades na unidade se encontram suspensas, devido a violência no Território (Rio, 2021).

Em cada unidade, a pesquisadora convidou os ACSs a participarem da pesquisa, sendo esclarecidas as dúvidas existentes. O tempo médio gasto para responder o questionário foi de 20 minutos. A coleta de dados ocorreu nas 28 unidades tendo seu início em 20 de junho e seu término em 15 de agosto de 2023. A pesquisa ocorreu após a aprovação dos Comitês de Ética e Pesquisa da UERJ e da SMS-RJ. No Quadro 3 é possível ver sistematizada a identificação das unidades e seus Territórios na AP 3.3, número de ACS por unidade de acordo com o CNES e número de ACS a ser pesquisado.

Quadro 3 – Distribuição por Territórios de unidades do Tipo-A, nº total de ACS por unidade, nº de ACS a ser pesquisado na AP 3.3 (continua)

ID GRUPO	UNIDADES DE SAÚDE DO TIPO-A NA AP 3.3	ACS (CNES)	ACS (PESQUISA)
TERRITÓRIO ANCHIETA (T- 1)			
1.A	CF MARIA DE AZEVEDO RODRIGUES PEREIRA	36	11
2.A	CF MAESTRO CELESTINO	18	5
3.A	CF RAIMUNDO ALVES NASCIMENTO	23	7
4.A	CF JOSUETE SANTANNA DE OLIVEIRA	24	7
5.A	CF IVANIR DE MELLO	42	13
TERRITÓRIO MADUREIRA (T- 2)			
6.A	CF SOUZA MARQUES	37	11
7.A	CMS MARIO OLINTO DE OLIVEIRA	18	5
8.A	CF CARLOS NERY DA COSTA FILHO	36	11
9.A	CF MESTRE MOLEQUINHO DO IMPÉRIO	28	8
10.A	CF ADV MARIO PIRES DA SILVA	18	5
TERRITÓRIO MARECHAL (T- 3)			
11.A	CF ADERSON FERNANDES	24	7
12.A	CF DANTE ROMANO JUNIOR	53	16
13.A	CF ENGENHEIRO SANITARISTA PAULO D AGUILA	17	5
TERRITÓRIO IRAJÁ (T- 4)			
14.A	CMS ALICE TOLEDO TIBIRICA	35	11
15.A	CMS CARLOS CRUZ LIMA	24	7* (-1)
16.A	CF ANA MARIA CONCEICAO DOS SANTOS CORREIA	42	13
17.A	CF AMAURY BOTTANY	23	7
18.A	CF DEPUTADO PEDRO FERNANDES FILHO	36	11
19.A	CF CÂNDIDO RIBEIRO DA SILVA FILHO	24	7

Quadro 3 – Distribuição por Territórios de unidades do Tipo-A, nº total de ACS por unidade, nº de ACS a ser pesquisado na AP 3.3 (conclusão)

TERRITÓRIO PAVUNA (T- 5)			
20.A	CF EPITÁCIO SOARES REIS	36	11
21.A	CF MANOEL FERNANDES DE ARAUJO	54	16
22.A	CF MARCOS VALADÃO	42	13
23.A	CMS SYLVIO FREDERICO BRAUNER	48	14
24.A	CMS FAZENDA BOTAFOGO	18	5
25.A	CMS PORTUS E QUITANDA	18	5
26.A	CF ADOLFO FERREIRA DE CARVALHO	42	13
27.A	CF CYPRIANO DAS CHAGAS MEDEIROS	42	13
28.A	CF ENFERMEIRA EDMA VALADÃO	42	13
TOTAL DE ACS		900	269

* 1 (um) ACS não participou da pesquisa

Fonte: A autora, 2022.

2.4 Variáveis do estudo

O presente estudo apresentou variáveis qualitativas. As variáveis foram “avaliadas por distribuição das frequências, isto é, conhecer qual o comportamento dessa variável, analisando a ocorrência de suas possíveis realizações” (Capp; Nienov, 2020, p. 31) e as variáveis quantitativas, que podem ser mensuradas através de escalas, isto é, através de unidades de medida de tendência central: média, mediana, dispersão amplitude, variância e desvio padrão (Capp; Nienov, 2020).

As variáveis qualitativas nominais do estudo foram: sexo, raça/cor, transferência de renda do governo, importância do trabalho, mudar de cargo ou profissão, teve ou não teve TB; as variáveis ordinais serão: escolaridade, renda familiar. No estudo também há variáveis quantitativas discretas, tais como: idade, tempo de trabalho como ACS na ESF, pessoas com tosse detectada nos últimos 3 meses, cadastrados que foram acompanhados em TDO pelo ACS. O quadro 4 apresenta as variáveis que foram utilizadas no estudo.

Quadro 4 – Distribuição das variáveis do estudo (continua)

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES	
Variáveis	Frequência
Raça/cor	
Sexo	
Renda	

Quadro 4 – Distribuição das variáveis do estudo (conclusão)

Transferência de renda	
Escolaridade	
Faixa etária e o tempo de trabalho na ESF como ACS	
Variáveis	Média
Idade	
Tempo de trabalho na ESF	
Detecção de tosse e TDO realizado pelos ACS	
Variáveis	Média
Detecção de tosse 3 meses	
TDO nos últimos 12 meses	
Trabalho e a exposição à TB	
Variáveis	Frequência
Considera seu trabalho importante no controle TB	
Mudança cargo ou profissão	
Você ou algum familiar seu teve TB	
Eixo 1: Ações de vigilância desenvolvidas pelos ACS na AP 3.3	
Variáveis	Média/Frequência*
Busca Sintomáticos Respiratórios	
Aval < 5 anos caderneta BCG	
Continuação	
Continuação	
Supervisão TDO	
Busca de faltosos	
Verificação da PA/ Glicemia	
Eixo 2: Prática na Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios pelos ACSs	
Variáveis	Média/Frequência*
QI. Prática na busca ativa Sintomático Respiratório	
QII. Prática na captação do Sintomático Respiratório	
QIII. Prática da BSR e captação em PSR	
QIV. Prática na busca de contactantes	
Eixo 3: Prática no Tratamento Diretamente Observado realizada pelo ACS	
Variáveis	Média/Frequência*
QI. Prática no Tratamento Diretamente Observado	
QII. Prática no manejo do TDO	
Eixo 4: Prática coletiva e individual do ACS e seu contexto no Território na AP 3.3	
Variáveis	Média/Frequência*
QI. Participação da comunidade	
QII. Violência no Território	
QIII. Parceiros no Território	
QIV. Ser morador	
QV. Medo	
QVI. Excesso de demandas	

*Média/Frequência - nos Eixos 1, 2, 3, 4, a média foi utilizada para avaliar os eixos. A frequência foi utilizada para descrever como foram as respostas dos questionários dos participantes.

Fonte: A autora, 2023.

2.5 Análise dos dados

Foi utilizado o *Software-R* para inserção e tratamento dos dados através de análises estatísticas. As variáveis de 1 a 12 foram analisadas por meio de frequência, proporção e medidas de tendência central ou dispersão.

Para a analisar as variáveis de 13 a 17 (Eixo 1 – Ações de vigilância desenvolvidas pelos ACS na AP 3.3), foi adotado a escala ordinal de resposta do tipo *Likert* categorizada como: 0- nunca, 1- quase nunca, 2- às vezes, 3- quase sempre e 4- sempre, utilizando-se como análise a média das respostas. Esta pontuação (de 0 a 4 e suas variações) serviu para avaliar qual foi a ação de vigilância mais praticada pelos ACSs na AP 3.3. Estas ações de acordo com as médias de pontos foram classificadas como: insatisfatória (0 a 1,99), pouco satisfatória (2 a 2,99), parcialmente satisfatória (3,0 a 3,59) e satisfatória (3,6 a 4), excluindo-se as respostas em branco (ignorado) do total de participantes (n=269). Neste eixo também foi apresentado a frequência de respostas dos participantes.

Nas variáveis 18 (Eixo 2 – Prática na BSR pelo ACS) e 19 (Eixo 3 – Prática no TDO realizada pelo ACS), foi avaliado o desempenho dos ACSs, a análise foi realizada a partir da soma das respostas (*score* de pontos de 1 a 4) dividida pelos participantes (n=269), excluindo-se os ignorados desta contagem. A variável 20 (Eixo 4 – Prática coletiva e individual do ACS e seu contexto no Território), identificou os fatores que afetam ou contribuem na prática dos ACSs em seus Territórios.

A avaliação geral destas variáveis na AP 3.3 foi obtida através da soma das médias das respostas, dividido pelo número de Questões (Q). Na variável 18 = Eixo 2 foi: a soma da média de pontos dividido por 4 (QI, QII, QIII e QIV). Na variável 19 = Eixo 3 foi: a soma da média de pontos dividido por 2 (QI e QII). O *score* de pontos foi categorizado de forma ordinal com variações de: insatisfatória (1 a 1,99), pouco satisfatória (2 a 2,99), parcialmente satisfatória (3,0 a 3,59) e satisfatória (3,6 a 4).

Na variável 20 = Eixo 4 foi: a soma da média de pontos dividida por 6 (QI, QII, QIII, QIV, QV e QVI). O *score* de pontos foi categorizado de forma ordinal com variações de: ruim (1 a 1,99), regular (2 a 2,99), boa (3,0 a 3,59) e ótimo (3,6 a 4).

No estudo foram aplicados alguns testes estatísticos como o *Fisher's Exact Test* que avalia a significância de uma associação entre duas variáveis categóricas. Este teste foi utilizado para avaliar a significância entre Sexo e Escolaridade. O *Pearson's Chi-squared Test* é aplicado a dados categóricos para avaliar quão provável é qualquer diferença observada

aconteça ao acaso. Esse teste foi utilizado para verificar a associação entre Raça/cor e a escolaridade.

Para comparar os Eixos 2 e 3 foi realizado o *Kruskal-Wallis Test*. Este teste é utilizado quando queremos comparar mais de dois grupos independentes, de tamanhos iguais ou não, com variável quantitativa. Ao rejeitar a hipótese nula ($p_valor < 0,05$), pode-se concluir que ao menos duas das populações possuem funções de distribuição diferentes. Já para comparar os Eixos 2, 3 e 4, utilizou-se o *One-way ANOVA Test*. Este teste é usado para testar diferenças entre pelo menos três grupos.

O *Pearson's product-moment correlation Test* testou o grau de correlação entre os Eixos 2, 3 e 4 e o tempo de trabalho na ESF. Neste teste valores situados entre 1,0 e -1,0, inclusive, refletem a intensidade de uma relação linear entre dois conjuntos de dados.

O *Kendall Test* foi utilizado para a correlação entre os Eixos 2, 3 e 4 e a escolaridade. Este teste é usado com dados categóricos ordinais e quando não há distribuição normal dos dados. Os valores de τ variam de -1 a +1, sendo que valores próximos a esses extremos indicam uma correlação forte.

2.6 Aspectos éticos

A pesquisa obedeceu à resolução nº 466/2012 e à resolução nº 674/22 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UERJ. Aprovado em 15 de maio de 2023, sob o CAAE: 68970123.2.0000.5282 e da Secretaria Municipal de Saúde, em 12 de junho 2023, sob o CAAE: 68970123.2.3001.5279. Após a aprovação dos CEPs demos início às atividades de campo, levando sempre em consideração a disponibilidade do cenário escolhido e o respeito ao Ser Humano.

3 RESULTADOS

Os resultados do presente estudo começam apresentando o perfil sociodemográfico e profissional dos 269 ACSs da AP 3.3 que participaram voluntariamente da pesquisa. Na tabela 1, pode ser observada a frequência as variáveis: faixa etária, raça/cor, sexo, renda familiar e escolaridade.

Do total de 269 participantes: 223 (83,21%) são do sexo feminino e 45 (16,79%) são do sexo masculino, 1 (0,37%) não respondeu. O estudo mostra o sexo feminino prevalecendo 4,95 vezes em relação ao masculino.

Em relação à raça/cor, 47,96% dos participantes se autodeclararam pardos, sendo a raça/ cor mais prevalente entre os participantes. Seguida da raça/cor preta com 29% e da raça/cor branca com 23,05%. As outras raças e cor, tais como: indígena e amarela, não apareceram no estudo.

A renda familiar com maior prevalência foi a de 1 à 2 ou + salários mínimos com 64,31%, seguida de 3 à 4 ou + salários mínimos com 28,62%. Em relação a transferência de renda, 98,88% dos ACSs responderam que não recebem nenhuma outra fonte de renda por parte do governo, apenas 1,12% responderam que recebem.

Embora, a variável de escolaridade mais prevalente tenha sido a do ensino médio completo com 47,58%, vale destacar que a soma do superior incompleto 18,96%, superior completo 15,61%, Pós-graduação incompleta 10,41%, Pós-graduação completa 5,58%, alcançaram o percentual de 50,58% dos participantes. Segundo a tabela 1:

Tabela 1 – Distribuição do perfil sociodemográfico dos participantes (n=269) (continua)

Variável	Categoria	N	Freq %	L inferior	L superior
Raça/Cor	Branca	62	23,05	18,40	28,45
	Parda	129	47,96	42,06	53,91
	Preta	78	29,00	23,89	34,69
Sexo	Feminino	223	83,21	78,25	87,23
	Masculino	45	16,79	12,77	21,75
	Ignorado	1	0,37		
Renda	1 a 2 ou + Sal Min	173	64,31	58,42	69,80
	3 a 4 ou + Sal Min	77	28,62	23,55	34,31
	5 a 6 ou + Sal Min	17	6,32	3,92	9,95
	7 a 8 ou + Sal Min	2	0,74	0,02	2,85

Continua

Tabela 1 – Distribuição do perfil sociodemográfico dos participantes (n=269) (conclusão)

Transferência de renda	Não	266	98,88	96,62	99,78
	Sim	3	1,12	0,22	3,38
Escolaridade	Médio incompleto	5	1,86	0,67	4,40
	Médio completo	128	47,58	41,69	53,54
	Superior incompleto	51	18,96	14,70	24,09
	Superior completo	42	15,61	11,74	20,46
	Pós-graduação incompleta	28	10,41	7,26	14,67
	Pós-graduação completa	15	5,58	3,34	9,06

Fonte: A autora, 2023.

Na tabela 2, apresenta-se a realização do *Fisher's Exact Test* que avalia a significância de uma associação entre duas variáveis categóricas e o *Pearson's Chi-squared Test* que é aplicado a dados categóricos para avaliar quão provável é qualquer diferença observada aconteça ao acaso, considerando que p-valores abaixo de 0,05 são significativos.

Tabela 2 – *Fisher's Exact Test* e *Pearson's Chi-squared Test*

Variável	Método	Statistic	df	p-value
Sexo	<i>Fisher's Exact Test</i>			0,612
Raça/Cor	<i>Pearson's Chi-squared test (MC simulation)</i>	20,61		0,019 *

Fonte: a autora, 2023

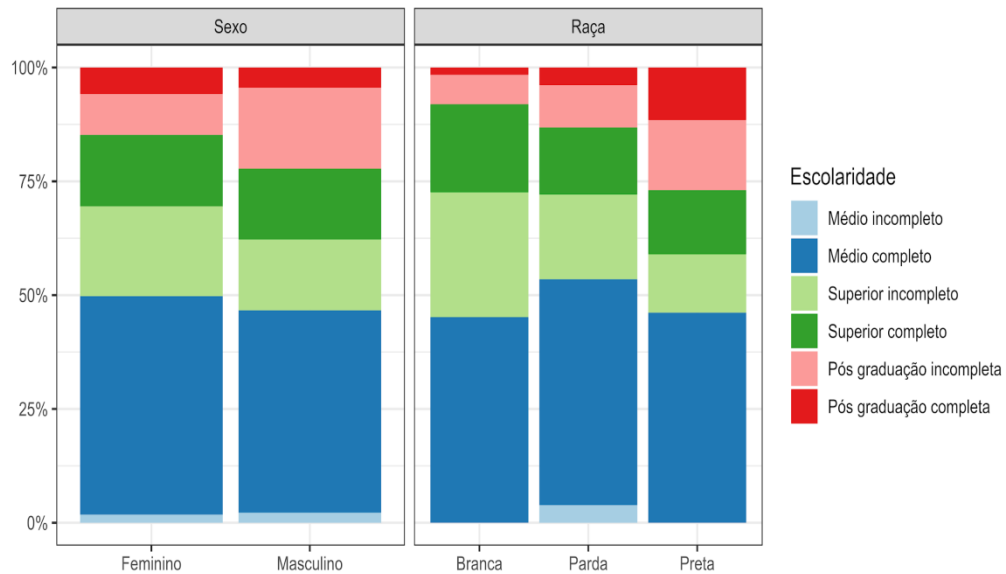
Na tabela 3 e no gráfico 6, observa-se que não há evidência na associação entre Sexo e escolaridade, entretanto, há evidência entre a raça/cor e escolaridade. A raça/cor preta apresenta maior proporção de Pós-graduação completa e incompleta, a raça/cor branca uma proporção maior de ensino superior completo e incompleto, enquanto que a raça/cor parda maior prevalência de ensino médio quando comparado as outras duas.

Tabela 3 – Relação sexo e escolaridade e relação raça/cor e escolaridade

		Médio incomp		Médio comp		Superior incomp		Superior comp		Pós grad incomp		Pós grad comp	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo	Feminino	4	1,79	107	47,98	44	19,73	35	15,70	20	8,97	13	5,83
	Masculino	1	2,22	20	44,44	7	15,56	7	15,56	8	17,78	2	4,44
Raça/cor	Branca	0	0,00	28	45,16	17	27,42	12	19,36	4	6,45	1	1,61
	Parda	5	3,88	64	49,61	24	18,61	19	14,73	12	9,30	5	3,88
	Preta	0	0,00	36	46,15	10	12,82	11	14,10	12	15,39	9	11,54

Fonte: A autora, 2023

Gráfico 6 – Relação sexo e escolaridade x raça/cor e escolaridade



Fonte: A autora, 2024.

A tabela 4 mostra a faixa etária e o tempo de trabalho dos 269 ACSs na ESF da AP 3.3 que participaram do estudo, com apresentação de média e mediana, utilizando as variáveis: idade e tempo de trabalho na ESF.

A faixa etária dos profissionais mostra-se bem heterogênea na AP 3.3. A menor idade dos participantes foi de 19 anos e a maior foi de 72 anos de idade. A média da faixa etária foi de 42,37 anos. O primeiro quartil (Q.1) foi de 34 e o terceiro quartil (Q.3) de 50 anos.

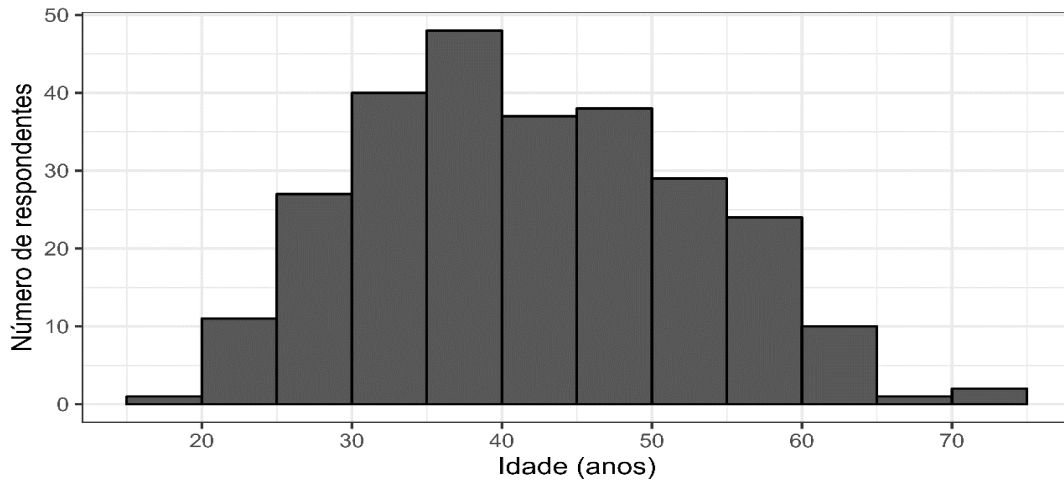
Quanto ao tempo de trabalho na ESF como ACS a média foi de 6,54 anos, apresentando o Q.1 de 1,333 anos e o Q.3 de 10 anos. O menor tempo de trabalho foi de 6 meses e o maior tempo foi de 20 anos. Através do gráfico 7 (Histograma), é possível observar a distribuição da idade dos participantes. No gráfico 8, é possível ver uma grande diferença no tempo de trabalho dos ACS na ESF na AP 3.3. A seguir a tabela 4:

Tabela 4 – Faixa etária e o tempo de trabalho na ESF como ACS (n=269)

Variável	N	Ign	Média	DP	Min	Q.1	Med	Q.3	Max	L inf	L sup
Idade*	268	1	42,37	10,84	19	34	41	50	72	41,09	43,68
Tempo ESF	269	0	6,54	5,14	0,5	1,333	7	10	20	5,94	7,17

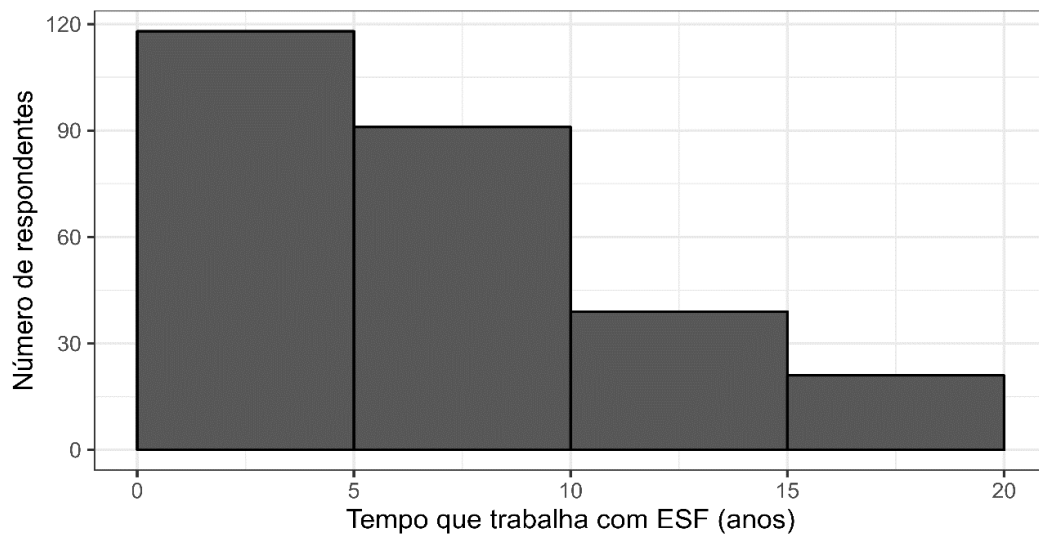
Fonte: a autora, 2023

Gráfico 7 – Distribuição da idade dos participantes



Fonte: A autora, 2023.

Gráfico 8 – Distribuição do tempo de trabalho como ACS na ESF



Fonte: A autora, 2023.

A tabela 5 expõe a realização do *Kruskal-Wallis Test*. Este teste é utilizado quando queremos comparar mais de dois grupos independentes, de tamanhos iguais ou não, com variável quantitativa. Ao rejeitar a hipótese nula ($p_{\text{valor}} < 0,05$), pode-se concluir que ao menos duas das populações possuem funções de distribuição diferentes.

Tabela 5 – *Kruskal-Wallis Test*

Variável	Método	Statistic	df	p-value	
Tempo.ESF	<i>Kruskal-Wallis test</i>	15,2	4	0,004	**

Fonte: A autora, 2023

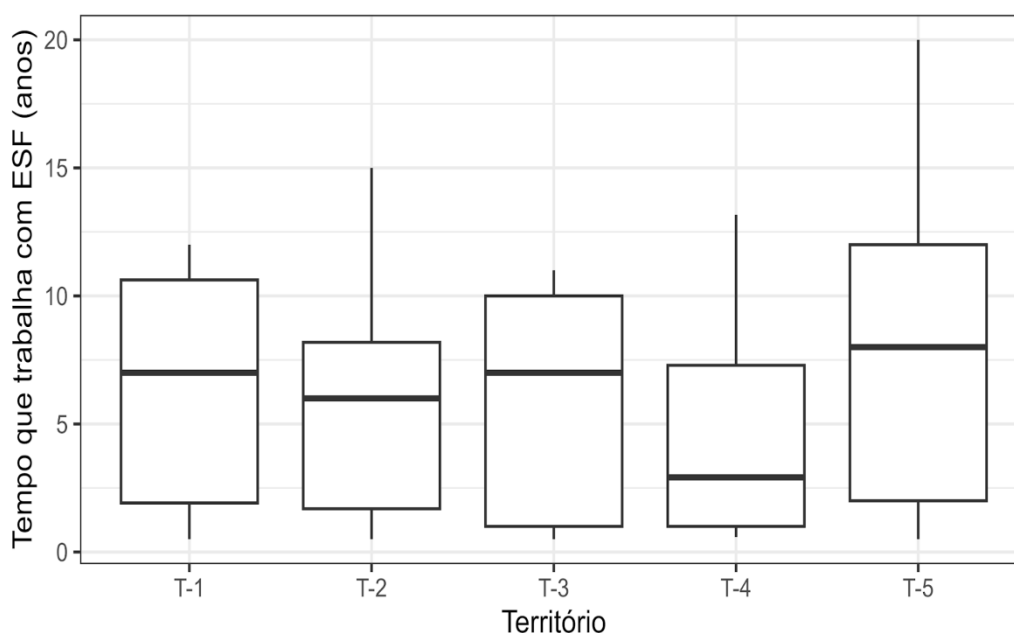
Na tabela 6, é possível visualizar a distribuição do tempo de trabalho na ESF dos 269 ACSs nos 5 Territórios. Através do *Kruskal-Wallis Test* e da distribuição presentes na tabela 6 e do gráfico 9 (*Boxplot*), fica evidente que o Território 5 (Pavuna) apresenta os profissionais com o maior tempo de trabalho na ESF e o Território 4 (Irajá) os profissionais com o menor tempo de trabalho na ESF na AP 3.3.

Tabela 6 – Distribuição do tempo de trabalho na ESF nos Territórios

Variável	Ter	N	Média	SD	Min	Q1	Med	Q3	Max	L inf	L sup
Tempo	T-1	43	6,46	4,23	0,5	1,917	7	10,625	12	5,18	7,69
	T-2	40	5,36	3,80	0,5	1,687	6	8,188	15	4,24	6,57
	T-3	28	5,78	4,02	0,5	1	7	10	11	4,29	7,21
	T-4	55	4,86	4,18	0,5833	1	2,917	7,292	13,167	3,82	6,02
	T-5	103	8,13	6,17	0,5	2	8	12	20	6,98	9,36

Fonte: A autora, 2023

Gráfico 9 – Distribuição do tempo de trabalho na ESF nos 5 Territórios da AP 3.3



Fonte: A autora, 2023.

A tabela 7 exhibe a detecção de tosse em SRs nos últimos 3 meses e o TDO realizado nos últimos 12 meses pelos participantes. A média de TDO realizado por ACS foi de 1,54, ou seja, menos de 2 pessoas ao ano. Quanto à detecção de SRs nos Territórios nos últimos 3 meses, a média de pessoas detectadas foi de 7,74 por ACS, sendo que 0,37% (1) dos participantes deixou a resposta em branco (ignorado).

Tabela 7 – Detecção de tosse e TDO realizado pelos ACS

Variável	N	Ign	Média	DP	Min	Q.1	Med	Q.3	Max	L inf	L sup
Detec tosse 3m	268	1	7,74	15,16	0	1	3	7	100	6,21	9,93
TDO 12m	269	0	1,54	1,64	0	0	1	2	9	1,36	1,75

Fonte: A autora, 2023

A tabela 8 exhibe a frequência de respostas em relação ao trabalho e a exposição à TB. Nesta variável 100% dos ACSs, ou seja, os 269 participantes consideram seu trabalho importante no controle da TB. Quando questionado se “já pensou em mudar de cargo ou profissão”, 55,02% responderam que não e 44,98% responderam que sim, ou melhor, pensam em mudar de cargo ou profissão.

Além disso, a tabela 8 também revela que 18,22% (n=49) destes trabalhadores já tiveram TB ou algum familiar seu teve, os demais 81,78% (n=220) responderam que não. Em relação aos que já tiveram TB ou algum familiar seu teve (n=49). Destes profissionais trabalham no T-5 (49,0%); no T-4 (14,3%); no T-3 (4,1%); no T-2 (12,2%) e no T-1 (20,4%). Este grupo apresentou um tempo de trabalho na ESF com média de 7,66 anos.

Tabela 8 – Frequência de respostas em relação ao trabalho e a exposição à TB

Variável	Categoria	N	Freq%	L inferior	L superior
Considera seu trabalho importante no controle TB	Sim	269	100,00	98,30	100,00
	Mudança cargo ou profissão				
	Não	148	55,02	49,04	60,85
	Sim	121	44,98	39,15	50,96
Você ou algum familiar seu teve TB	Não	220	81,78	76,71	85,96
	Sim	49	18,22	14,04	23,29

Fonte: A autora, 2023

A tabela 9 identifica, no Eixo 1, ações de vigilância desenvolvidas pelos ACS para o controle da TB. Segundo as respostas dos participantes, a ação mais desenvolvida foi a supervisão diária do TDO com uma média de 3,43 (parcialmente satisfatória) e a menos desenvolvida foi a verificação da Pressão Arterial e Glicemia dos cadastrados sob a supervisão do(a) enfermeiro (a) com média de 2,19 (pouco satisfatória).

Tabela 9 – Avaliação média do Eixo 1: Ações de vigilância desenvolvidas pelos ACS na AP 3.3 (n=269)

Variável	Média	Avaliação
Busca Sintomáticos Respiratórios	3,15	parcialmente satisfatória
Aval < 5 anos caderneta BCG	3,36	parcialmente satisfatória
Supervisão TDO *	3,43	parcialmente satisfatória
Busca de faltosos *	3,38	parcialmente satisfatória
Verificação da PA/ Glicemia	2,19	pouco satisfatória

* Estas variáveis apresentaram 1 ignorado em cada uma (n=268)

Fonte: A autora, 2023

Já a tabela 10 expõe como foi esta distribuição de respostas. Percebe-se que a *Realização* da busca de faltosos ou daqueles que estão em abandono de tratamento de tuberculose, apresentou a maior frequência de respostas dos participantes com sempre (79,48%). Seguida da a supervisão diária do TDO (75,37%). Em ambas análises por média e frequência, a ação menos realizada pelo ACS foi a verificação da Pressão Arterial e Glicemia dos cadastrados sob a supervisão do(a) enfermeiro (a), apresentando uma média de 2,19 e uma frequência de 34,20% como sempre. Essa ação de vigilância foi inserida como atribuição do ACS no PNAB de 2017.

Tabela 10 – Análise da frequência do Eixo 1: Ações de vigilância desenvolvidas pelos ACS na AP 3.3 (n=269) (continua)

Variável	Escala Likert	N	Freq%	L inferior	L superior
Busca Sintomáticos Respiratórios	Nunca	8	2,97	1,41	5,86
	Quase nunca	3	1,12	0,22	3,38
	Às vezes	57	21,19	16,71	26,48
	Quase sempre	74	27,51	22,51	33,14
	Sempre	127	47,21	41,33	53,18
Aval < 5 anos caderneta BCG	Nunca	23	8,55	5,72	12,55
	Quase nunca	6	2,23	0,91	4,90
	Às vezes	17	6,32	3,92	9,95
	Quase sempre	29	10,78	7,57	15,09
	Sempre	194	72,12	66,47	77,15
Supervisão TDO	Nunca	22	8,21	5,43	12,17
	Quase nunca	5	1,87	0,67	4,42
	Às vezes	12	4,48	2,50	7,74
	Quase sempre	27	10,07	6,97	14,30
	Sempre	202	75,37	69,87	80,16
	Ignorado	1	0,37		
Busca de faltosos	Nunca	30	11,19	7,92	15,57
	Quase nunca	7	2,61	1,16	5,40
	Às vezes	7	2,61	1,16	5,40

Tabela 10 – Análise da frequência do Eixo 1: Ações de vigilância desenvolvidas pelos ACS na AP 3.3 (n=269) (conclusão)

		Quase sempre	11	4,10	2,22	7,28
Verificação da PA/ Glicemia	Sempre	213	79,48	74,22	83,90	
	Ignorado	1	0,37			
	Nunca	82	30,48	25,28	36,23	
	Quase nunca	17	6,32	3,92	9,95	
	Às vezes	31	11,52	8,20	15,93	
	Quase sempre	47	17,47	13,38	22,48	
	Sempre	92	34,20	28,79	40,06	

Fonte: A autora, 2023

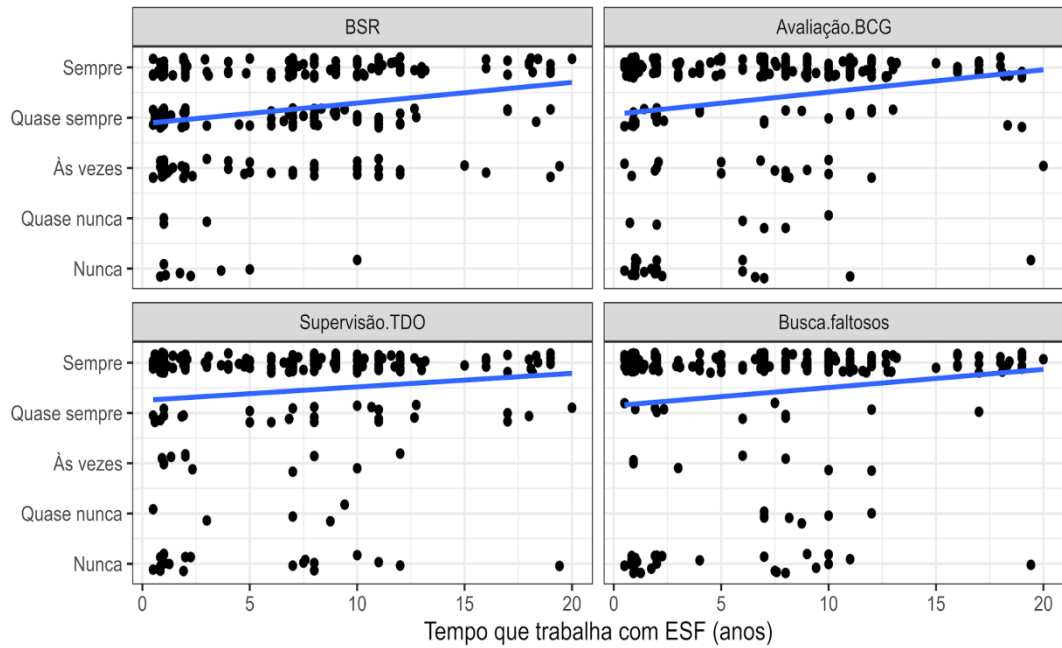
Na tabela 11, o *Kendall's Rank Correlation Tau Test* não encontrou correlação entre o Eixo 1, ações de vigilância desenvolvidas pelos ACS na AP 3.3, com o tempo de trabalho na ESF ou com a escolaridade. Em outras palavras, isto quer dizer que independente destas variáveis, as respostas foram dispersas. Através dos gráficos 10 e 11, é possível observar esta dispersão nas respostas dos participantes com relação as ações de BSR, a avaliação da caderneta em menores de 5 anos, o TDO e a verificação da Pressão Arterial e Glicemia dos cadastrados sob a supervisão do(a) enfermeiro (a).

Tabela 11 – *Kendall's Rank Correlation Tau Test*

Variável		N	Correlation	Lower CI	Upper CI	p-value
BSR	Tempo.ESF	269	0,154	0,076	0,231	0,001
BSR	Escolaridade	269	-0,092	-0,170	-0,013	0,079
Avaliação.BCG	Tempo.ESF	269	0,135	0,056	0,212	0,006
Avaliação.BCG	Escolaridade	269	0,027	-0,052	0,106	0,612
Supervisão.TDO	Tempo.ESF	268	0,074	-0,006	0,153	0,132
Supervisão.TDO	Escolaridade	268	-0,009	-0,088	0,071	0,872
Busca.faltosos	Tempo.ESF	268	0,100	0,020	0,178	0,044
Busca.faltosos	Escolaridade	268	0,066	0,144	0,144	0,227

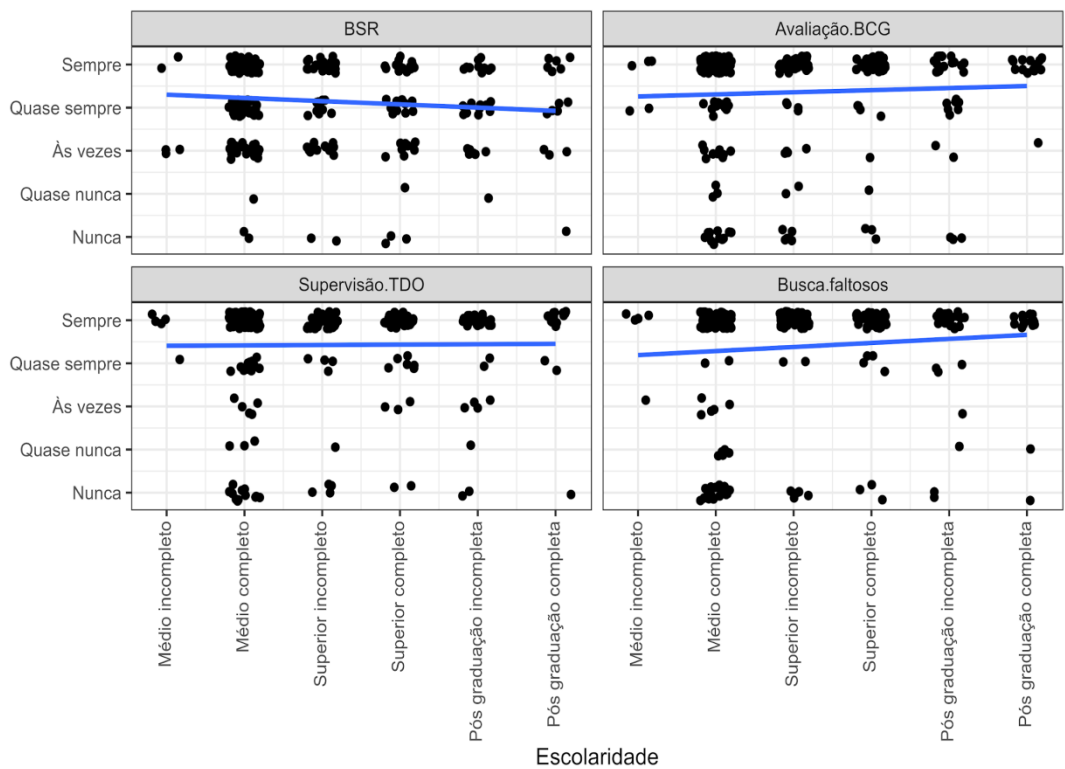
Fonte: A autora, 2024

Gráfico 10 – Eixo 1 e sua correlação com o tempo de trabalho na ESF dos participantes



Fonte: A autora, 2024

Gráfico 11 – Eixo 1 e sua correlação com a escolaridade dos participantes



Fonte: A autora, 2024.

Em relação ao Eixo 2, prática na BSR pelos ACSs, na variável QI: a variável descreve a frequência e avalia a média como é realizada a BSR na visita domiciliar e no Território. As variáveis apresentaram as seguintes frequências de acordo com as respostas no questionário: 39,77% (107) dos participantes responderam: “em visita domiciliar ou no Território sempre pergunto se meu cadastrado ou alguém próximo a ele apresenta tosse há 3 ou mais semanas”; 32,34% (87) responderam: “em visita domiciliar ou no Território quase sempre pergunto se meu cadastrado ou alguém próximo a ele apresenta tosse há 3 ou mais semanas”; 21,93% (59) responderam: “ em visita domiciliar ou no Território às vezes eu pergunto se meu cadastrado ou alguém próximo a ele está tossindo há 3 ou mais semanas” 5,94% (16): “em visita domiciliar ou no Território não costumo perguntar se alguém apresenta tosse”.

No Eixo 2, prática na BSR pelos ACSs, na variável QII: como é realizada a captação do sintomático com tosse? As respostas dos participantes apresentaram as seguintes frequências: 38,28% (103) participantes “quando detecto tosse no usuário peço que colha a 1ª amostra neste mesmo dia e já levo o pote para unidade e a 2ª amostra de escarro poderá ser levada no dia seguinte para a US”; 19,33% (52) responderam: “quando detecto tosse no usuário peço que colha a 1ª amostra e após colher a 2ª amostra, levo os 2 potes para a US”; 12,63% (34) responderam: “quando detecto tosse no usuário, peço que colha duas amostras de escarro e leve os potes no dia seguinte para a US” e 29,73 (80): “quando detecto tosse, peço ao usuário que procure a US”.

No Eixo 2, prática na BSR pelos ACSs, na variável QIII: como é realizada a BSR e a captação em PSR pelo ACS? De acordo com os ACSs 26,39% (71) responderam que: “quando identifico uma pessoa em situação de rua tossindo, tento convencê-la a colher uma amostra de escarro, imediatamente, independente do tempo de tosse, e levo o escarro para unidade”; 34,57% (93) responderam: “quando identifico uma pessoa em situação de rua tossindo, independente do tempo de tosse, peço para procurar um serviço de saúde”; 25,65% (69) responderam: “quando identifico uma pessoa em situação de rua tossindo, pergunto a quanto tempo tosse e peço para procurar uma US” e 13,38% (36): “quando identifico uma pessoa em situação de rua tossindo, peço que busque ajuda em uma equipe de consultório de rua”.

Ainda no Eixo 2, prática na BSR pelos ACSs, na variável QIV: é descrito e avaliado como é realizado a busca de contactantes quando os pacientes positivos para TB. No Eixo 2, essa variável apresentou a melhor frequência: 81,34% (218) dos participantes responderam: “quando meu usuário positiva para TB, sempre volto ao local para investigar tosse em outros da casa ou local”; 13,80% (37) responderam: “quando meu usuário positiva para TB, quase

sempre volto ao local para investigar tosse em outros da casa ou local”; 3,73% (10) responderam: “quando meu usuário positiva para TB, às vezes volto ao local para investigar tosse em outros da casa ou local” e 1,11% (3): “quando o usuário positiva para TB, não costumo voltar ao local, pois caso alguém tenha tosse, deverá procurar a US”. Não respondeu essa questão 0,37% (1).

No desempenho do Eixo 2, considerando os 18,22% dos ACS que já tiveram TB ou algum familiar que seu teve (n=49). Esse grupo apresentou uma média de 2,97, mostrou-se inferior à média geral 3,05 (n=269).

A tabela 12 apresenta a média do Eixo 2, prática na BSR pelos ACSs, com uma média geral parcialmente satisfatória (3,05). As variáveis QII e QIII, apresentaram uma avaliação pouco satisfatória (2,66-2,74) e a única variável satisfatória neste eixo foi a QIV (3,75).

Tabela 12 – Avaliação média do Eixo 2: Prática na BSR pelos ACSs

Variável	Média	Avaliação
QI. Prática na busca ativa Sintomático Respiratório	3,06	parcialmente satisfatória
QII. Prática na captação do Sintomático Respiratório	2,66	pouco satisfatória
QIII. Prática da BSR e captação em PSR	2,74	pouco satisfatória
QIV. Prática na busca de contactantes	3,75	satisfatória
Avaliação geral do Eixo 2 (I, II, III, IV: n : 4)	3,05	parcialmente satisfatória

Fonte: A autora, 2023.

A tabela 13 analisa a média, a mediana, o desvio padrão e os quartis do Eixo 2 e suas variáveis. No Eixo 3, prática no TDO realizado pelo ACS, na variável QI: descreve a frequência e avalia a média da prática do TDO, como é realizado a supervisão na tomada da medicação. De acordo com as respostas 79,78% (213) dos participantes responderam que: “faço visita diária em meu cadastrado para supervisionar a tomada da medicação de TB, pois entendo a importância do TDO na criação de vínculo e adesão ao tratamento”; 8,61% (23) respondem que: “ faço supervisão na tomada de medicação (TDO) 3 vezes na semana em meus cadastrados que se encontram em tratamento de TB”; 1,87% (5) que: “faço supervisão na tomada de medicação (TDO) 2 vezes na semana em meus cadastrados que se encontram em tratamento de TB” e 9,74% (26): “faço visita semanal em meu cadastro e deixo a medicação do tratamento da TB, para que ele possa tomá-la diariamente”. Não responderam à pesquisa 0,74% (2) dos participantes.

No Eixo 3, prática no TDO realizado pelo ACS, a variável QII: descreve e avalia o TDO, ou seja, como é discutido os casos de difícil manejo com a equipe e com o paciente. Segundo os participantes, 78,28% (209) dos ACSs responderam: “discuto sempre o(s) caso(s)

de difícil manejo no TDO com a equipe, e pactuamos com o paciente o horário e local para a tomada da medicação”; 16,85% (45) participantes responderam: “discuto quase sempre o(s) caso(s) de difícil manejo no TDO com a equipe, e pactuamos com o paciente o horário e local para a tomada da medicação”; 3,00% (8) responderam: “discuto poucas vezes o(s) caso(s) de difícil manejo no TDO com a equipe, dificilmente pactuamos com o paciente o horário e local para a tomada da medicação” e 1,87% (5): “não discuto o(s) caso(s) de difícil manejo no TDO com a equipe, e nem pactuo com o paciente”. Não responderam 0,75% (2) dos participantes.

Ao analisar o desempenho do Eixo 3, prática no TDO realizado pelo ACS, considerando os 18,22% dos ACSs que já tiveram TB ou algum familiar teve (n=49), este grupo apresentou uma média de 3,63, ou seja, inferior à média geral de 3,65 (n=269). A seguir a tabela 13:

Tabela 13 – Análise do Eixo 2 (QI, QII, QIII e QIV): Prática na BSR pelos ACS

Variável	N	Ignorado	Média	DP	Min	Q1	Med	Q3	Max	L inf	L sup
Eixo 2. QI	269	0	3,06	0,92	1	2	3	4	4	2,95	3,17
Eixo 2. QII	269	0	2,66	1,26	1	1	3	4	4	2,51	2,81
Eixo 2. QIII	269	0	2,74	1,00	1	2	3	4	4	2,62	2,86
Eixo 2. QIV	268	1	3,75	0,57	1	4	4	4	4	3,68	3,82

Fonte: A autora, 2023

A tabela 14 evidencia que em relação ao Eixo 3, prática no TDO realizado pelo ACS, na variável QI: apresenta-se uma avaliação parcialmente satisfatória (3,58), mas a média geral do eixo apresentou uma avaliação satisfatória (3,65).

Tabela 14 – Avaliação média do Eixo 3 (QI e QII): Prática no TDO realizado pelo ACS

Variável	Média	Avaliação
QI. Prática no Tratamento Diretamente Observado (TDO)	3,58	Parcialmente satisfatória
QII. Prática no manejo do TDO	3,72	satisfatória
Avaliação geral do Eixo 3 (I, II, II, IV: n : 2)	3,65	satisfatória

Fonte: A autora, 2023

A tabela 15 analisa a média, a mediana, o desvio padrão e os quartis do Eixo 3 e suas variáveis. A melhor avaliação ocorreu na variável QII: satisfatória (3,72).

Tabela 15 – Análise do Eixo 3 (QI e QII): Prática no TDO realizada pelo ACS

Variável	N	Ignorado	Média	DP	Min	Q1	Med	Q3	Max	L inf	L sup
Eixo 3. QI	267	2	3,58	0,93	1	4	4	4	4	3,46	3,69
Eixo 3. QII	267	2	3,72	0,61	1	4	4	4	4	3,63	3,78

Fonte: A autora, 2023

Eixo 4, prática coletiva e individual do ACS e seu contexto no Território, na variável QI: procura-se descrever como é a participação da comunidade nas discussões sobre a TB. Segundo as respostas, 17,54% (47) responderam: “a comunidade sempre participa de discussões sobre a TB no Território”; 18,73% (77) responderam: “a comunidade quase sempre participa de discussões sobre a TB no Território”, 42,54% (114) responderam: “a comunidade poucas vezes participa de discussões sobre a TB no Território” e 11,19% (30) responderam: “a comunidade nunca participa de discussões sobre a TB no Território”. Não respondeu esta questão 0,37% (1) dos ACS.

Em relação ao Eixo 4, prática coletiva e individual do ACS e seu contexto no Território, na variável QII: avaliou se ocorre violência no Território, se este é ou não tranquilo. Nessa variável 11,19% (30) responderam: “o Território é sempre tranquilo”; 52,99% (142) responderam: “o Território é quase sempre tranquilo”; 28,73% (77) responderam: “o Território poucas é vezes é tranquilo” e 7,09% (19) dos participantes responderam: “o Território nunca é tranquilo”; dos participantes 0,37% (1) não respondeu. Em relação a esta variável, afirma-se que o aumento da violência impacta diretamente nas ações no Território, nas visitas domiciliares, na captação de sintomáticos, no TDO, na [3] *avaliação da caderneta em menores de 5 anos*, ou seja, apresenta um impacto negativo na prática de vigilância.

No Eixo 4, prática coletiva e individual do ACS e seu contexto no Território, na variável QIII: trata de parceiros no Território, ou seja, se os ACS contam com essa articulação. De acordo com as respostas dos profissionais: 37,31% (100) responderam: “sempre contamos com parceiros no Território que nos ajudam na prevenção dos agravos e promoção à saúde”; 35,07% (94) responderam: “quase sempre contamos com parceiros no Território que nos ajudam na prevenção dos agravos e promoção à saúde”; 22,76% (61) responderam: “poucas vezes contamos com parceiros no Território que nos ajudam na prevenção dos agravos e promoção à saúde” e 4,85% (13): “nunca contamos com parceiros no Território”. Resposta em branco 0,37% (1) de participante.

No Eixo 4, prática coletiva e individual do ACS e seu contexto no Território, na variável QIV: foi avaliado sobre ser morador, ou seja, se facilita isso o trabalho na

comunidade. As respostas foram 54,48% (146): “sempre facilita meu trabalho na comunidade”; 36,19% (97) responderam: “quase Sempre facilita meu trabalho na comunidade”; 7,46% (20) responderam: “poucas vezes facilita meu trabalho na comunidade” e 1,87% (5): “nunca facilita meu trabalho na comunidade”. Não respondeu a esta pergunta 0,37% (1).

O Eixo 4, prática coletiva e individual do ACS e seu contexto no Território, na variável QV: avaliou se o medo interfere no trabalho do ACS. As respostas apresentaram as seguintes frequências: 47,01% (126) voluntários responderam: “estou sempre envolvido nas ações de TB, não tenho medo da doença”; 48,13% (129) responderam: “estou quase sempre envolvido nas ações de TB, não tenho medo da doença” e 4,85% (13) responderam: “poucas vezes me envolvo nas ações de TB, pois tenho medo da doença”. Não respondeu ao questionário 1 (0,37) participante.

O Eixo 4, prática coletiva e individual do ACS e seu contexto no Território, na variável VI: avaliou se o excesso de demandas prejudica o trabalho do ACS 32,84% (88) voluntários optaram como resposta: “sempre faço ações no Território, mesmo com várias demandas de trabalho”; 37,69% (101) responderam: “quase sempre faço ações no Território, mesmo com várias demandas de trabalho”; 28,36% (76) marcaram: “poucas vezes faço ações no Território, mesmo com várias demandas de trabalho” e 1,12% (3) responderam: “Nunca faço ações no Território, devido a várias demandas de trabalho”. Mais uma vez 0,37% (1), preferiu não optar.

A tabela 16 expõe que em relação ao Eixo 4, fatores que modificam a prática do ACS e seu contexto no Território, a avaliação da média do coletivo foi regular (2,75) e a média individual foi boa (3,29), já na média geral esse eixo apresentou uma avaliação como boa (3,02).

Tabela 16 - A Avaliação média do Eixo 4 (QI, QII, QIII, QIV, QV e QVI): Prática coletiva e individual do ACS e seu contexto no Território na AP 3.3

Variável	Média	Avaliação
QI. Participação da comunidade	2,53	regular
QII. Violência no Território	2,68	regular
QIII. Parceiros no Território	3,05	bom
Avaliação da média no coletivo	2,75	regular
QIV. Ser morador	3,43	bom
QV. Medo	3,42	bom
QVI. Excesso de demandas	3,02	bom
Avaliação da média no individual	3,29	bom
Avaliação geral do Eixo 4 (I, II, II, IV, V, VI, VI)	3,02	bom

Fonte: A autora, 2023

A tabela 17 analisa a média, a mediana, o desvio padrão e os quartis do Eixo 4 e suas variáveis.

Tabela 17 – Análise do Eixo 4 QI, QII, QIII, QIV, QV e QVI na AP 3.3

Variável	N	Ignorado	Média	DP	Min	Q.1	Med	Q.3	Max	L inf	L sup
Eixo4. QI	268	1	2,53	0,91	1	2	2	3	4	2,42	2,64
Eixo 4. QII	268	1	2,68	0,76	1	2	3	3	4	2,59	2,77
Eixo 4. QIII	268	1	3,05	0,89	1	2	3	4	4	2,94	3,15
Eixo 4. QIV	268	1	3,43	0,71	1	3	4	4	4	3,34	3,51
Eixo4. QV	268	1	3,42	0,58	2	3	3	4	4	3,35	3,49
Eixo 4. QVI	268	1	3,02	0,81	1	2	3	4	4	2,93	3,12

Fonte: A autora, 2023

Para realizar um comparativo entre os Eixos 2, 3 e 4 foi realizado o *Kruskal-Wallis Test*. Este teste é utilizado quando queremos comparar mais de dois grupos independentes, nesse caso, os eixos 2 e 3, de tamanhos iguais ou não, com variável quantitativa. Ao rejeitar a hipótese nula ($p_valor < 0,05$), pode-se concluir que ao menos duas das populações possuem funções de distribuição diferentes. Já para o Eixo 4, utilizou-se o *One-way ANOVA Test*, este teste é usado para testar diferenças entre pelo menos três grupos. Os resultados dos testes encontram-se na Tabela 18.

Tabela 18 – *Kruskal-Wallis Test* e *One-way ANOVA Test*

Variável	Método	Statistic	df	p-value
Eixo 2	Kruskal-Wallis test	9,805	4	0,044 *
Eixo 3	Kruskal-Wallis test	11,46	4	0,022 *
Eixo 4	One-way ANOVA	2,38	4, 263	0,052 *

Fonte: A autora, 2023.

De acordo com a tabela 19, o melhor desempenho ocorreu no Eixo 3 que é a prática no TDO realizado pelo ACS, onde apresentou uma média de 3,65 que é considerada satisfatória e uma mediana de 4.

Tabela 19 – Comparativo do desempenho entre os Eixos: 2, 3 e 4 da prática do ACS

Variável	N	Ign	Média	DP	Min	Q1	Med	Q3	Max	L inf	L sup
Eixo 2	269	0	3,05	0,64	1,5	2,5	3	3,5	4	2,98	3,13
Eixo 3	267	2	3,65	0,64	1	3,5	4	4	4	3,57	3,72
Eixo 4	268	1	3,02	0,48	1,667	2,667	3	3,333	4	2,97	3,08

Fonte: A autora, 2023

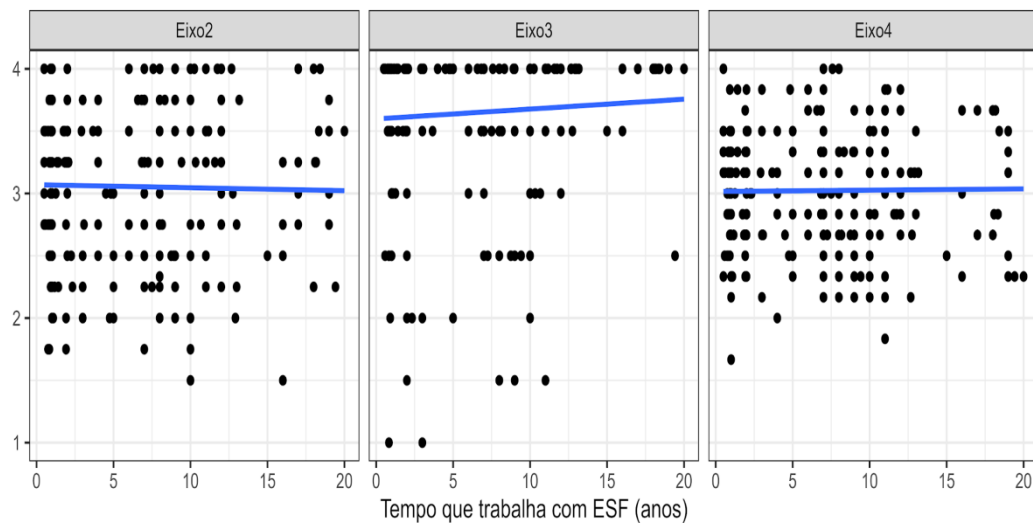
Na tabela 20, foi utilizado o *Pearson's product-moment correlation Test* para testar o grau de correlação entre os eixos 2, 3 e 4 e o tempo de trabalho na ESF. Neste teste valores situados entre 1,0 e -1,0 inclusive, reflete a intensidade de uma relação linear entre dois conjuntos de dados. Portanto, o teste não mostrou evidência na correlação entre os eixos 2, 3 e 4 e o tempo de trabalho na ESF, conforme podemos observar na tabela 20 e no gráfico 12.

Tabela 20 – *Pearson's Product-Moment Correlation Test*

		N	Correlação	Lower CI	Upper CI	p-value
Eixo 2	Tempo.ESF	269	-0,019	-0,139	0,101	0,754
Eixo 3	Tempo.ESF	267	0,063	-0,057	0,182	0,304
Eixo 4	Tempo.ESF	268	0,011	-0,109	0,131	0,857

Fonte: A autora, 2023

Gráfico 12 – Eixos 2, 3 e 4 e sua correlação com o tempo de trabalho na ESF dos ACS



Fonte: A autora, 2023

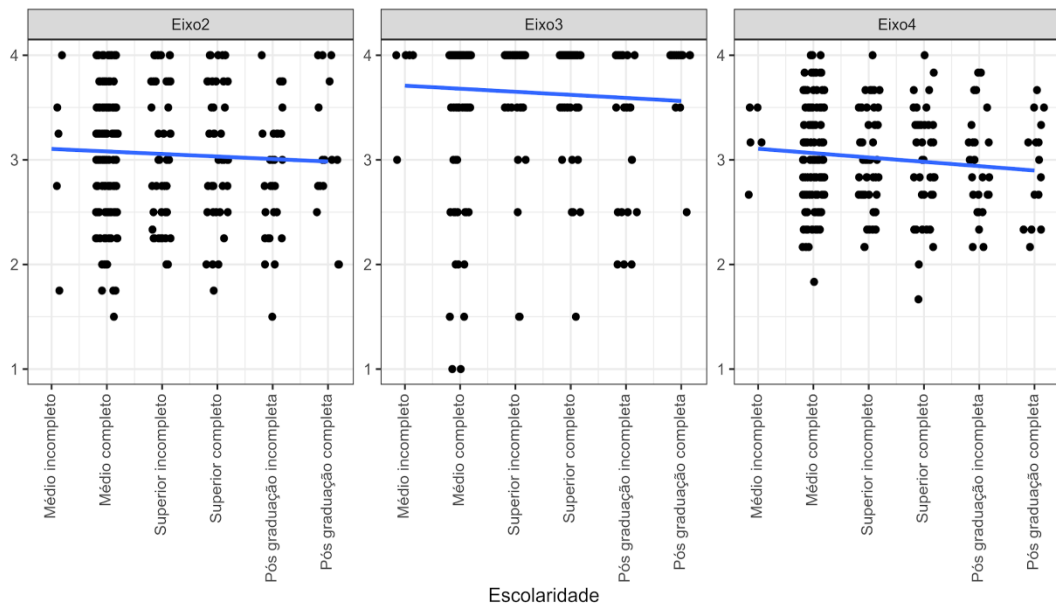
A correlação do *Kendall Test* é usada com dados categóricos ordinais e quando não há distribuição normal dos dados. Os valores de τ variam de -1 a +1, sendo que valores próximos a esses extremos indicam uma correlação forte. Portanto o teste não mostrou evidência de correlação entre os eixos 2, 3 e 4 e a escolaridade, conforme podemos observar na tabela 21 e no gráfico 13.

Tabela 21 – *Kendall's Rank Correlation Tau Test*

Categoria	Variável	N	Correlação	Lower CI	Upper CI	p-value
Eixo 2	Escolaridade	269	-0,029	-0,108	0,051	0,553
Eixo 3	Escolaridade	267	-0,096	-0,175	-0,017	0,070
Eixo 4	Escolaridade	268	-0,090	-0,168	-0,010	0,061

Fonte: A autora, 2023

Gráfico 13 – Eixos 2, 3 e 4 e sua correlação com a escolaridade dos ACS



Fonte: A autora, 2023.

Já a tabela 22, expõe o desempenho nos eixos 2, 3 e 4 nos 5 Territórios da AP 3.3. A análise desta tabela mostra que as ações realizadas nos Territórios 1 e 4 se destacaram em relação aos outros Territórios como parcialmente satisfatória a satisfatória em suas práticas. Também podemos observar nos gráficos *Boxplot* 14, 15 e 16 que o Território 1 (Anchieta) apresentou a melhor pontuação nos três eixos analisados, seguido do Território 4 (Irajá).

Tabela 22 – Análise comparativa do desempenho nos Eixos: 2, 3 e 4 nos Territórios da AP 3.3 (continua)

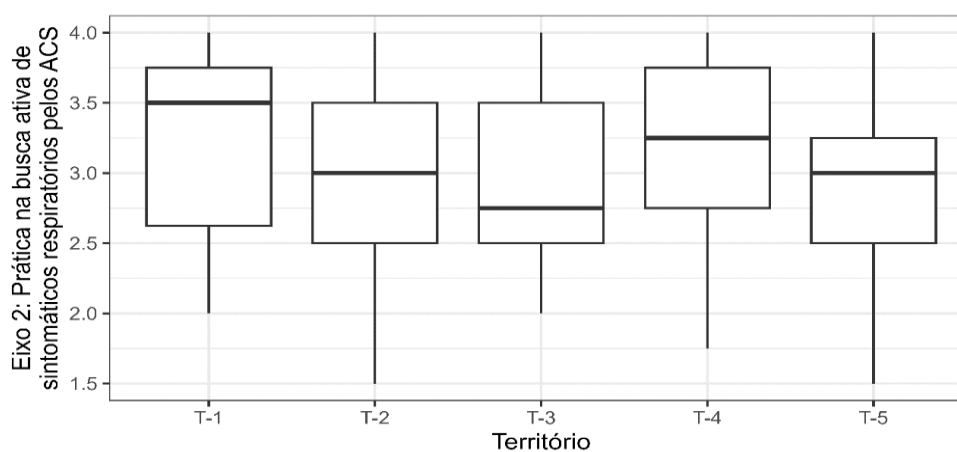
Variável	Ter	N	Ign	Média	DP	Mín	Q.1	Medi- ana	Q.3	Max	L inf	L sup
Eixo 2	T-1	43	0	3,22	0,63	2	2,625	3,5	3,75	4	3,02	3,39
	T-2	40	0	3,04	0,66	1,5	2,5	3	3,5	4	2,84	3,24
	T-3	28	0	2,95	0,56	2	2,5	2,75	3,5	4	2,75	3,16
	T-4	55	0	3,21	0,62	1,75	2,75	3,25	3,75	4	3,04	3,36

Tabela 22 – Análise comparativa do desempenho nos Eixos: 2, 3 e 4 nos Territórios da AP 3.3 (conclusão)

Eixo 3	T-5	103	0	2,94	0,65	1,5	2,5	3	3,25	4	2,82	3,06
	T-1	43	0	3,80	0,41	2,5	3,75	4	4	4	3,64	3,90
	T-2	40	0	3,43	0,72	1,5	3	3,5	4	4	3,17	3,62
	T-3	27	1	3,56	0,90	1	3,5	4	4	4	3,09	3,81
	T-4	55	0	3,80	0,38	2,5	3,5	4	4	4	3,68	3,88
Eixo 4	T-5	102	1	3,62	0,70	1,5	3,5	4	4	4	3,46	3,74
	T-1	43	0	3,13	0,47	1,667	3	3,167	3,417	3,833	2,98	3,26
	T-2	40	0	2,86	0,45	1,833	2,625	2,833	3,167	3,833	2,73	3,00
	T-3	27	1	2,99	0,52	2,167	2,667	3	3,333	4	2,80	3,19
	T-4	55	0	3,12	0,48	2	2,75	3,167	3,5	4	2,99	3,24
T-5	103	0	3,00	0,47	2,167	2,667	3	3,417	4	2,91	3,09	

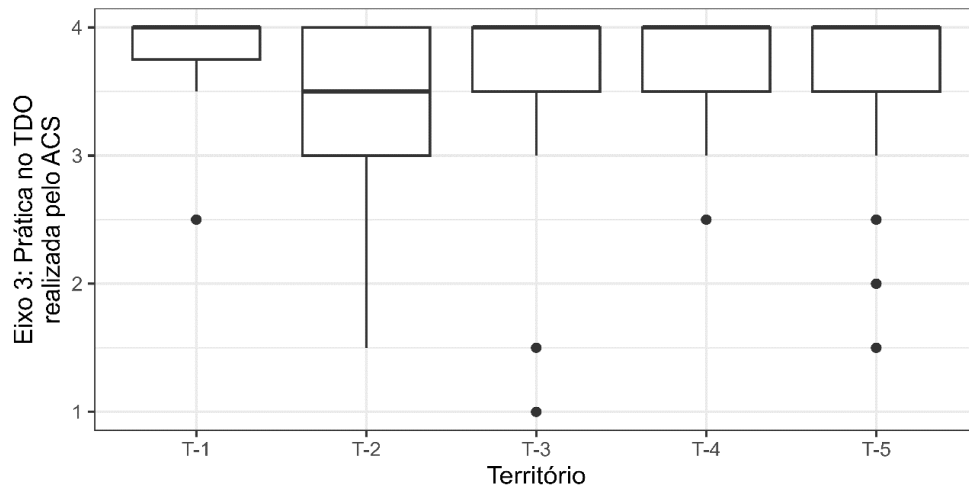
Fonte: A autora, 2023

Gráfico 14 – Eixo 2: Prática da BSR realizada pelos ACSs nos Territórios da AP 3.3



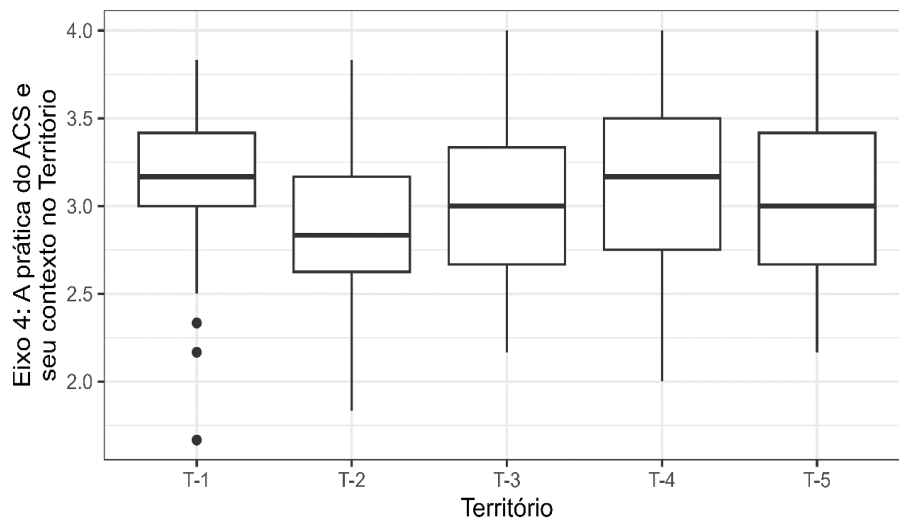
Fonte: A autora, 2023

Gráfico 15 – Eixo 3: Prática do TDO realizada pelos ACSs nos Territórios da AP 3.3



Fonte: A autora, 2023.

Gráfico 16 – Eixo 4: Prática coletiva e individual do ACS e seu contexto nos Territórios da AP 3.3



Fonte: A autora, 2023.

4 DISCUSSÃO

No presente estudo observou-se uma prevalência do sexo feminino com 83,21%, esta prevalência pode ser explicada, porque desde 1991, com a criação do PNACS, contratavam-se mulheres, priorizando o atendimento ao grupo materno-infantil. Mesmo após 30 anos essa profissão continua bem delimitada para mulheres porque é vista como cuidadora, o que lhe confere credibilidade e sensibilidade com a comunidade (Scott, 2011; Durão, 2021; Garcia *et al.*, 2017; Barreto *et al.*, 2018; Cabral; Gleriano; Nascimento; Soares, 2019; Pedraza; Santos, 2017; Castro *et al.*, 2017; Garcia *et al.*, 2019).

Os participantes apresentaram um bom nível de escolaridade, 47,58% responderam ter ensino médio completo e 50,58% possuíam de superior incompleto a Pós-graduação completa. O estudo traz um dado importante ao correlacionar raça/cor e escolaridade, expondo que a raça/cor preta lidera com a maior proporção de pós-graduação completa e incompleta, seguida da raça/cor branca com a maior proporção de graduação completa e incompleta. Já em relação ao ensino médio a maior prevalência ocorreu na raça/cor parda.

Esses resultados divergem de anteriores no qual a prevalência da escolaridade foi de ensino médio destes profissionais e na associação escolaridade e raça/cor, onde a raça/cor branca sempre lidera com a maior média de estudos quando comparada às outras (Santos, 2011; Pedraza; Santos, 2017; Castro *et al.*, 2017; Barreto *et al.*, 2018; Cabral; Gleriano; Nascimento; Soares, 2019; Garcia *et al.*, 2019).

Dos participantes 47,96% se autodeclararam como pardos e 29,0% pretos. Outros estudos apresentam o perfil semelhante ao identificado nesta pesquisa (Simas; Pinto, 2017; Cabral; Gleriano; Nascimento; Soares, 2019; Santos; Feitosa, 2022). O número de profissionais afro-brasileiros pode ser ainda maior, porque muitas vezes as pessoas não se reconhecem como sendo da raça/cor preta, o que conduz para a predominância de pardos autodeclarados. Para Ferreira (2023): o discurso de exaltação à mestiçagem desconecta o pardo ou o negro de pele clara de sua identificação como negro.

No quesito renda familiar a maior prevalência 64,31% foi de 1 à 2 ou + salários mínimos, vale ressaltar que atualmente o piso salarial destes profissionais no MRJ fica entre R\$ 2.600,30 e o teto salarial de R\$ 4.606,75. Outros estudos corroboram com esta mesma renda familiar atribuída aos ACSs (Barreto *et al.*, 2018; Moreira *et al.*, 2019; Barbosa; Lacerda; Viana, 2019). Outro dado que surgiu no estudo foi que 1,12% recebe algum tipo de transferência de renda por parte do governo.

A média da faixa etária dos profissionais foi de 42,37 anos, porém existe uma disparidade entre a idade mínima de 19 e a máxima de 72 anos entre os profissionais. Em estudos mais recentes há uma similaridade com a média da faixa etária entre 40 e 45 anos, entretanto, não ocorre a disparidade entre a idade mínima e a máxima apresentada neste estudo. Isso mostra uma particularidade desta AP no MRJ (Barreto *et al.*, 2018; Guimarães; Mucari; Sousa, 2017).

Em relação ao tempo de trabalho como ACS na ESF, os períodos variam de 6 meses a 20 anos, apresentando uma média de 6,54 anos na AP 3.3. O resultado mostra uma grande divergência entre o tempo mínimo e o máximo de trabalho na ESF. O estudo aponta que o Território 5 (Pavuna) apresenta os profissionais com o maior tempo de trabalho na ESF, apresenta uma média de 8,13 anos e uma mediana de 8 anos. Logo, entende-se que este Território apresenta profissionais mais experientes em relação aos outros Territórios. Enquanto isso, o Território 4 (Irajá) apresenta os profissionais com o menor tempo de trabalho na ESF na AP 3.3, a média foi de 4,86 anos, com uma mediana de 2,917 anos.

No Território 5 (Pavuna) dos 106 ACSs que participaram do estudo, 37,86% (39) possuem tempo de trabalho entre 10 e 20 anos, alguns desses profissionais trabalham desde a época do PACS. Esse Território é o de maior vulnerabilidade social e maior concentração da violência urbana na AP 3.3, no MRJ. Os outros Territórios apresentam uma média e mediana menor em relação ao tempo de trabalho, uma vez que a expansão da ESF somente ocorreu após o ano de 2012. São Territórios que também apresentam vulnerabilidade social e violência, entretanto, em proporções menores quando comparados ao Território 5 (Pavuna) (Rio, 2016a; Souza *et al.*, 2011).

No que concerne a importância do trabalho para o controle da TB, 100% dos ACSs consideram importante, esta resposta coincide com estudo anterior (Maciel *et al.*, 2008) e quando questionado se “já pensou em mudar de cargo ou profissão” 44,98% responderam que sim, pensam em mudar de cargo ou profissão. Isso pode ser explicado, porque estes profissionais desejam crescer na ESF, porém em outro cargo porque enxergam sua atual função como uma condição temporária (Lima; Fernandes; Caldeira, 2022).

Dos sujeitos pesquisados, 18,22% já tiveram a TB ou algum familiar seu teve a doença. A média de desempenho nos eixos 2 e 3 nos profissionais que já tiveram TB ou alguém próximo teve foi inferior à média geral em ambos os Eixos. Para Feitosa *et al.* (2022), isto ocorre porque existe o medo de exposição e até mesmo de morrer.

O estudo evidenciou através do Eixo 1, ações de vigilância desenvolvidas pelos ACSs, que foi a supervisão diária do TDO que apresentou uma média de 3,43 como parcialmente

satisfatória. Entretanto, a frequência com que a desenvolvem sempre aparece com uma frequência de 75,37% das respostas.

Segundo Ruffino-Netto e Villa (2006) e Rusen (2007), o TDO demonstra bons resultados em relação à cura, ao acesso aos serviços de saúde e ao impacto causado na prevenção da resistência ao tratamento.

Ferreira *et al.* (2021), em seu estudo concluiu que os pacientes que fizeram TDO, tiveram 23% a mais de cura quando comparados aos que não o fizeram. Entretanto, o estudo de Volmink e Garner (2007) não encontrou vantagem entre o TDO e o Tratamento Autoadministrado em termos de elevação na taxa de cura ou conclusão do tratamento.

Segundo Cola (2020), possuir escolaridade baixa, ser etilista, pertencer a população privada de liberdade, apresentar baciloscopia positiva e ter TB na forma pulmonar significava realizar o TDO. Porém, essa associação perdeu significância quando foram analisados os pacientes com mais de 70% de cobertura da ESF. O achado de seu estudo sugere haver uma redução na determinação de realizar o tratamento observado, segundo as características sociodemográficas, contextuais, associação de doenças entre os indivíduos residentes onde há maiores coberturas da ESF.

A segunda ação de vigilância mais praticada pelos profissionais, segundo a média de respostas dos questionários foi a realização da busca de faltosos ou daqueles que estão em abandono de tratamento de tuberculose com uma média de 3,38 e uma frequência de resposta como sempre de 79,48%, sendo superior a frequência de sempre do TDO que foi de 75,37%.

O estudo realizado por Bhering *et al.* (2022), em Lisboa e no Rio de Janeiro, aponta que a rotina para a realização da busca de faltosos ou daqueles que estão em abandono de tratamento de tuberculose da TB foi um problema evidenciado em ambos os serviços. Todos os profissionais disseram que os serviços não funcionam adequadamente. Tentam localizar o doente de modo informal, com ligações telefônicas e contatos com unidades da APS. Ainda assim, admitem que estas ações não são o suficiente para encontrá-los. Isso contribui para atrasos no tratamento e abandonos, já que os serviços não possuem estruturas com carros e profissionais para realizar a Realização da busca de faltosos ou daqueles que estão em abandono de tratamento de tuberculose através de suas visitas domiciliares (Bhering *et al.*, 2022).

Cardoso *et al.* (2020), ao comparar o trabalho dos ACS do Rio de Janeiro e da Etiópia, mostra que quando indagados sobre o que fazem quando um paciente começa a faltar ou a perder as doses, os ACS utilizam várias estratégias. No Rio de Janeiro, os ACSs afirmam que

vão à residência, procuram saber o que está acontecendo, incentivam, e compartilham com a supervisão, de forma a tentar encontrar meios de auxiliar o paciente.

A realização da Realização da busca de faltosos ou daqueles que estão em abandono de tratamento de tuberculose através de suas visitas domiciliares é importante porque o abandono ao tratamento pode acarretar o desenvolvimento de Bacilos Multirresistentes. O sucesso do tratamento depende do comprometimento do paciente, de toda a eSF, da comunidade e também no desenvolvimento de atividades colaborativas entre saúde, comunidade e parceria local (Ferreira *et al.*, 2019; Araújo *et al.*, 2020).

De acordo com as respostas dos participantes, a avaliação da caderneta de vacinação da BCG em menores de 5 anos de idade contactantes de pessoas com TB ficou em terceiro lugar com uma média de 3,36, sendo considerada parcialmente satisfatória e apresentou na escala *Likert* uma frequência de 72,1% de respostas como sempre realizada. Isso evidencia que a ação deve ser melhorada, visto que a AP 3.3 foi a primeira no MRJ a criar o serviço para atendimento de TBMDR devido aos inúmeros casos detectados a partir de 2012 (Rio, 2016a; Rio, 2022a).

Seus Territórios apresentam uma alta prevalência e incidência de TB. Destaca-se que a criança não transmite TB. No entanto, é a maior prejudicada, uma vez que contrai a doença transmitida pelo adulto com Tuberculose Bacilífero (Brasil, 2019a). A partir de 2018, na área da AP 3.3, evidenciou-se um aumento no número de casos de TB em menores de 10 anos (Tabnet Rio, 2023). Logo, essa é uma ação que deve ser priorizada pelos ACS e por toda a eSF. Este fato é corroborado com o aumento da TB infantil extrapulmonar entre pacientes menores de 5 anos de idade no país (Brasil, 2022a).

Em 2021, segundo dados do MS 1,2% dos novos casos de TB no Brasil ocorreram entre menores de 5 anos de idade, sendo que esses casos representam 40,1% dos novos diagnósticos registrados entre menores de 15 anos. Esse dado mostra a importância de proteger essa faixa etária. A vacinação pela BCG sempre foi bem aceita pela população, mas tem ocorrido uma queda no país (Brasil, 2022a).

Após estudos comprovarem a eficácia do imunobiológico também em crianças que não apresentam cicatriz depois da vacina, a atual recomendação é que independente de ter ou não a cicatriz vacinal por BCG as crianças não devem ser vacinadas (Brasil, 2019c). Entretanto, a avaliação da caderneta da criança continua sendo de extrema importância no controle da TB em menores de 5 anos de idade, prevenindo as formas graves da doença.

A avaliação do esquema vacinal deve ser priorizada em áreas de grande prevalência da doença, como é o caso da AP 3.3 que apresenta um conglomerado de comunidades, um IDS

de 0,589083, e 18,7% de proporção de domicílios em aglomerados subnormais (DATARIO, 2020).

Ainda no Eixo 1, ações de vigilância desenvolvidas pelos ACSs, a realização da busca ativa de sintomáticos respiratórios nas visitas domiciliares e no território aparece em quarto lugar com uma média de 3,05 (parcialmente satisfatória) e com uma frequência de 47,21% como sempre realizada pelos ACSs. O PNCT, o MS e a OMS afirmam que a BSR é a principal ação para o controle da TB, pois sua ação é capaz de controlar a cadeia de transmissão da doença.

Essas respostas corroboram com os resultados apresentados no Boletim Epidemiológico de TB do MRJ, apontando que no ano de 2020, somente 0,52% da população com tosse foi investigada para TB, quando na verdade o recomendado seria o mínimo 1% (Rio, 2022a). Outros estudos apontam dificuldade e fragilidade na BSR pelos agentes comunitários de saúde. É importante ressaltar que o diagnóstico tardio faz com que perpetue a alta prevalência e mortalidade da doença (Severo *et al.*, 2008; Trigueiro *et al.*, 2013; Scatolin *et al.*, 2014; Pereira *et al.*, 2018; Silva *et al.*, 2023).

Para Cardozo *et al.* (2015) diversos fatores podem influenciar no acolhimento e continuidade das ações pelos profissionais na BSR, dentre eles: a precarização das relações de trabalho, a falta de um plano de cargos e salários. Esse conjunto de fatores, abre caminho para o desinteresse e o descompromisso dos trabalhadores com o sistema. Além é claro do excesso de demandas que fazem com que o ACS fique atrelado a burocracia de uma US.

É importante ressaltar que a BSR, não é uma atribuição somente do ACS, mas sim de toda a eSF. Entretanto, devido a especificidades do trabalho deste profissional junto à comunidade, essa deveria ser uma ação de vigilância ampliada para a melhoria dos índices de transmissibilidade da TB no Território.

A BSR é uma atividade de vigilância importante no controle dessa doença e deve ser incorporada na rotina dos serviços de saúde por todos os membros da eSF, principalmente, pelo ACS que conhece o Território (Giovanella *et al.*, 2009).

A ação de vigilância menos desenvolvida pelos ACS foi a verificação da Pressão Arterial ou da glicemia dos cadastrados sob a supervisão do(a) enfermeiro (a). Essa ação apresentou uma média de 2,19 sendo pouco satisfatória e uma frequência de resposta como sempre de 34,20%.

Essa ação de vigilância está atrelada ao estudo, uma vez que a mesma foi incluída no PNAB de 2017 como atribuição do ACS. O mesmo PNAB parte de um processo de precarização do trabalho do ACS que flexibiliza e desregulamenta aspectos do trabalho desse

profissional. Que ao mesmo tempo confunde atribuições do ACS, ACE e Técnico de Enfermagem. As reformas políticas sociais, empreendidas de forma voraz, acentua e cristaliza iniquidades e mercantiliza a prestação de serviços de APS (Giovanella; Franco; Almeida, 2020).

Em relação a esta a ação no controle da TB, existe consenso que esta associação TB x *Diabetes Mellitus* torna o tratamento muito mais difícil. O tratamento da TB x *Diabetes Mellitus* implica na resistência a fármacos, falência no tratamento e descontrole da glicemia, por este motivo o PNCT recomenda um controle rigoroso na glicemia dos pacientes e a substituição de hipoglicemiante oral por insulina nos pacientes para um melhor controle da doença (Brasil, 2019a; Nascimento; Soares, 2019; UNION, 2014). Isso faz com que esta ação seja de vigilância para o controle da TB, porém não quer dizer que deva ser mais uma atribuição do ACS.

O estudo também mostrou que foi realizado o *Kendall's Rank Correlation Tau Test* que não mostrou correlação entre o Eixo 1, ações de vigilância desenvolvidas pelos ACS, com o tempo de trabalho na ESF e escolaridade.

Ao avaliar o desempenho do Eixo 2, prática na BSR pelos ACSs, na variável QI: foi como é realizada a BSR na visita domiciliar e no Território, a média foi de 3,06 parcialmente satisfatória e a frequências de respostas foi: 39,77% (107) dos participantes responderam: “em visita domiciliar ou no Território sempre pergunto se meu cadastrado ou alguém próximo a ele apresenta tosse há 3 ou mais semanas”; 32,34% (87) responderam: “em visita domiciliar ou no Território quase sempre pergunto se meu cadastro ou alguém próximo a ele apresenta tosse há 3 ou mais semanas”.

Entretanto, nesta mesma variável o que chamou a atenção para as respostas foi que 5,94% sequer fizeram a pergunta. A proposta da visita domiciliar é levantar a demanda dos usuários no Território. Dessa forma, se o ACS não apresenta em sua rotina de trabalho a incorporação de perguntas estratégicas, essa demanda deixa de existir (Rio, 2016a; Rio, 2022e). Estudos de Pereira *et al.* (2018) e Silva *et al.* (2023) corroboram ao encontrarem dificuldade e fragilidade na BSR pelos ACSs.

Já em relação a captação do SR com tosse, na variável QII deste Eixo, a média ficou em 2,66, sendo pouco satisfatória e a distribuição das respostas por frequências foram: 38,28% (103) participantes: “quando detecto tosse no usuário peço que colha a 1ª amostra neste mesmo dia e já levo o pote para unidade, a 2ª amostra de escarro poderá ser levada no dia seguinte para a US”. Esta prática é positiva, já que poderá ser a única oportunidade de captação desse usuário para a realização do diagnóstico (Rio, 2016a; Rio, 2022e).

Contudo, o que chamou a atenção foi que ainda na variável QII 29,73 (80) afirmaram que: “quando detecto tosse, peço ao usuário que procure a US”. Este tipo de orientação não deve ser feita, pois o usuário poderá não comparecer à unidade ou caso compareça por estar bacilífero, pois poderá inclusive infectar outras pessoas. O indicado seria o ACS levar no bolso potes para escarro, e já neste momento colher a primeira amostra e solicitar ao usuário que colha uma segunda amostra no dia seguinte (Rio, 2022e).

Ao trabalhar na ESF é importante incorporar a BSR e a captação em PSR pelo ACS, pois este morador pertence ao Território. A variável QIII obteve o desempenho 2,74 como pouco satisfatório e as frequências de respostas foram: 26,39% (71) responderam que: “quando identifico uma pessoa em situação de rua tossindo, tento convencê-la a colher uma amostra de escarro imediatamente, independente do tempo de tosse, e levo o escarro para unidade”. Essa seria a ação de vigilância mais adequada pelo ACS, mas muitos ainda encontram muita dificuldade para trabalhar com a PSR (Brasil, 2019a; Costa *et al.*, 2018).

Costa *et al.* (2018) identificou que a eSF precisa discutir a relevância do atendimento das PSRs pela APS. Visto que é essencial operacionalizar este cuidado, ao considerar a perspectiva participativa e problematizadora sobre o acesso e o atendimento para estas pessoas. Outros estudos mostraram que APS não tem sido a porta de entrada para esta população, na maioria das vezes a entrada destes ao sistema de saúde vem ocorrendo através das urgências e emergências (Zuim; Trajman, 2018; Lira *et al.*, 2019; Silva; Cruz; Vargas, 2015; Paiva; Guimarães, 2022).

Ainda no Eixo 2, prática na BSR pelos ACSs, na variável QIII: 34,57% (93) responderam: “quando identifico uma pessoa em situação de rua tossindo, independente do tempo de tosse, peço para procurar um serviço de saúde”; 25,65% (69) responderam: “quando identifico uma pessoa em situação de rua tossindo, pergunto a quanto tempo tosse e peço para procurar uma US” e 13,38% (36): “quando identifico uma pessoa em situação de rua tossindo, peço que busque ajuda em uma equipe de consultório de rua”.

Esse achado no estudo evidencia que a AP 3.3 apresenta uma fragilidade na prática com a PSR, uma vez que à PSR faz parte do Território. Essa população não deve ser vista apenas como usuários pertencentes aos consultórios de rua. Ao solicitar a esse morador que compareça a uma unidade de saúde, quem garante que este chegará? ou que terá o acolhimento merecido? Isso ocorre porque a ampliação da cobertura não alcança os mais vulneráveis que estão dentro da área geográfica pertencente à US, e ainda, equivocadamente, alguns profissionais acham que o CnaR é o único responsável por esta população (Martins; Carbonai, 2022; Zuim; Trajman, 2018).

Ao avaliar como é realizada a busca de contactantes quando os pacientes positivos para TB no Eixo 2, prática na BSR pelos ACSs, na variável QIV: o desempenho foi de 3,75 como satisfatório. Essa variável apresentou a melhor frequência nas respostas: 81,34% (218) dos participantes responderam: “quando meu usuário positiva para TB, sempre volto ao local para investigar tosse em outros da casa ou local”. Ainda assim, 1,11% (3) responderam que não voltam ao local. Essa ação é importante, pois estudos mostram que os contactantes de casos de TB pulmonar positivo podem desenvolver a doença em até dois anos após a infecção. Por este motivo, quanto mais cedo for avaliado e iniciar o tratamento para a infecção latente da doença, maior serão as chances de não desenvolver a TB no futuro (Brasil, 2019a).

No Eixo 3, prática no TDO realizado pelo ACS, na variável QI: foi avaliado como é realizado o TDO, 79,78% (213) dos participantes responderam que: “faço visita diária em meu cadastrado para supervisionar a tomada da medicação de TB, pois entendo a importância do TDO na criação de vínculo e adesão ao tratamento”. Essa opção de resposta contempla todas as recomendações vigentes, o que não quer dizer que os participantes realmente fazem assim, mas significa que compreendem bem a importância do TDO.

Segundo Gaspar (2019), em estudo realizado no Recife, metade dos ACS diziam acompanhar os casos de TB realizando TDO com uma frequência de visitas de três a cinco vezes por semana, conforme preconiza o PNCT. Porém, ao serem pesquisados os dados do PNCD de 2016, pela secretaria municipal de saúde, foi constatado que a proporção de casos novos realizando TDO foi inferior a 50%.

Em seu estudo, Cardoso *et al.* (2020) relata que os ACS no Rio de Janeiro realizam diferentes estratégias para a realização do TDO dos usuários com TB, principalmente, os pacientes vinculados ao tráfico de drogas, articulam com um membro da família para buscar os medicamentos e receber as orientações na US.

Outros estudos mencionam a importância que o TDO alcança nos resultados em relação à cura, ao acesso aos serviços de saúde, na prevenção da TBMDR e na falência do tratamento (Ruffino-Netto; Villa, 2006; Rusen, 2007; Ferreira *et al.*, 2021).

Mkopi (2013) e Shuhama (2017) ressaltam que os trabalhadores devem ser sensibilizados sobre os elementos da estratégia DOTS, ela não é apenas uma tomada de medicação diariamente assistida, mas uma criação de vínculo entre ACS, pacientes e familiares que devem ser renovadas a cada dia.

Ainda na variável QI: 9,74% (26) responderam: “faço visita semanal em meu cadastro e deixo a medicação do tratamento da TB, para que ele possa tomá-la diariamente”. Deixar a medicação semanal na casa do paciente não é TDO, a recomendação pelo PNCT a dose deve

ser diária, pois a tomada da medicação vai muito além de observar uma deglutição, requer vínculo, pacto e empatia (Brasil, 2019a).

Para Moreira (2020), se pensarmos a nível local, o TDO poderia ser uma forma alternativa para o paciente não deixar de tomar a medicação, já que em alguns Territórios, a violência é frequente. Torna-se impossível realizar o TDO conforme determina a OMS e o MS. Logo, tudo dependerá da articulação e da pactuação entre paciente e eSF.

Já na variável QII: do mesmo Eixo o desempenho ficou com a média de 3,65 satisfatória e 78,28% (209) responderam: “discuto sempre o(s) caso(s) de difícil manejo no TDO com a equipe, e pactuamos com o paciente o horário e local para a tomada da medicação”. As respostas desses participantes vão de encontro ao que realmente deve ser articulado. O TDO é uma estratégia, portanto, não pode ser imposta, deve ser articulada, discutida, pactuada entre paciente e eSF. É importante conhecer a história de vida do paciente e sua rotina.

Para a realização do TDO deve-se levar em consideração as necessidades de saúde e desejo do paciente, de modo que resulte em adesão terapêutica. A adesão ao tratamento é crucial para o controle da TB (Brasil, 2019a), contudo, alguns estudos divergem em relação ao TDO (Volmik, 2007). Estudos não randomizados que foram conduzidos em países de baixa e média renda, não encontraram evidências convincentes de que o TDO fosse mais eficaz que a medicação autoadministrada (Tian *et al.*, 2014).

Cola (2020) trouxe em seu estudo que os profissionais de saúde e a PVHIV e AIDS apresentaram menores chances de realizar o TDO quando comparado a população geral e que a ESF deixou de priorizar os casos em que o TDO é recomendado pelo PNCT. Dessa forma, seria os casos de TB pulmonar positivo, os etilistas, as pessoas em maior vulnerabilidade social, dentre outros grupos.

No Eixo 4, prática coletiva e individual do ACS e seu contexto no Território, na variável QI: o estudo evidencia que existe um distanciamento dos profissionais com a comunidade no que tange a valorização e fortalecimento de ações coletivas, as respostas obtiveram uma média de 2,53, sendo considerada regular. Através da descrição das respostas por frequência, observou-se que 17,54% (47) dos participantes responderam que: “a comunidade sempre participa de discussões sobre a TB no Território” e 42,54% (114) responderam: “a comunidade poucas vezes participa de discussões sobre a TB no Território”. Essa falta de articulação com a comunidade revela uma fragilidade no processo de trabalho. Outros estudos também apontaram esta mesma fragilidade (Oliveira, 2009; Silva *et al.*, 2023; Ferreira *et al.*, 2021).

As relações entre ACS e as comunidades estão longe de se mostrarem pacíficas e harmoniosas. Um exemplo dessa tensão se dá, justamente, devido a orientação da política na adscrição dos usuários, cujo principal resultado é a inclusão de parte da população e exclusão de outra, o que pode estar afetando a relação com a comunidade (Faria, 2020).

Para Shuhama *et al.* (2017), a participação social na luta contra a doença possibilita não apenas o exercício de cidadania, mas também amplia espaços que defendem a saúde da população de acordo com suas necessidades de saúde.

Em estudo realizado na US do Rio, os ACS sugerem melhorar as ações com a comunidade, através de mobilização comunitária para divulgar informações sobre TB. Grande parte destes profissionais ressalta a importância de maior divulgação sobre a doença via palestras, campanhas, distribuição de cartazes, inclusive, utilizando ferramentas como fotos e filmes, para alertar a comunidade sobre a doença (Cardoso *et al.*, 2020).

Quando questionados sobre a violência no Território no Eixo 4, prática coletiva e individual do ACS e seu contexto no Território, na variável QII: as respostas foram 11,19% (30) responderam que: “o Território é sempre tranquilo”; 52,99% (142) responderam: “o Território é quase sempre tranquilo”; 28,73% (77) responderam: “o Território poucas é vezes é tranquilo”. Através do resultado desta variável podemos concluir que a violência é uma barreira que impacta diretamente na prática das ações de vigilância no Território, outros estudos corroboram com este resultado (Machado *et al.*, 2016; Almeida; Peres; Fonseca, 2019; Vieira-Meyer *et al.*, 2021).

Para Souza *et al.* (2011), a AP 3.3 além de ser a maior população do MRJ, concentra 149 áreas de favelas, possuindo características estigmatizantes, conhecida pelos altos índices de violência, tráfico de drogas, conflitos entre facções criminosas rivais pela disputa de Território nas comunidades vizinhas e pelas precárias condições de vida da população.

De acordo com Kebian e Acioli (2014), o medo de caminhar pela comunidade, a violência e a dificuldade de acesso a certos pontos da comunidade são aspectos que podem dificultar e impedir a visita domiciliar. Entre as estratégias de enfrentamento à violência relatadas pelo ACS, destaca-se ser “cego, surdo e mudo”, esta medida se refere a um “contrato de convivência” (Ferreira *et al.*, 2021).

Vale ressaltar que a atuação do ACS é dependente de políticas intersetoriais. A efetiva participação do ACS precisa levar em consideração, além do treinamento adequado de medidas de prevenção e detecção de casos da doença, ações intersetoriais voltadas à prevenção e o controle da violência no Território (Vieira-Meyer *et al.*, 2021).

Segundo Machado *et al.* (2016), os profissionais da ESF que atuam em regiões violentas vivenciam limitações no processo de trabalho, porque além de dificultar as visitas domiciliares, a violência inviabiliza atividades de prevenção de doenças e de promoção à saúde em outros espaços da comunidade e na própria US. Além de gerar lacunas no processo de cuidar, gerando nos profissionais um sentimento de frustração.

A falta do reconhecimento da violência e os diferentes conflitos que permeiam a interação com a população pode tornar o escopo de atuação da APS limitada, comprometendo serviços essenciais para sua consolidação, tal como: a integralidade do cuidado (Almeida; Peres; Fonseca, 2019).

Em relação a variável QIII: avaliou se há parceiros no Território, ou seja, se os ACS contam com essa articulação a média desta pontuação ficou em 3,05 como boa. De acordo com as respostas dos profissionais: 37,31% (100) responderam: “sempre contamos com parceiros no Território que nos ajudam na prevenção dos agravos e promoção à saúde”; 35,07%(94) responderam: “quase sempre contamos com parceiros no Território que nos ajudam na prevenção dos agravos e promoção à saúde”.

Consoante Almeida, Peres e Fonseca (2019), quanto mais estratégias de trabalho e cuidado forem adaptadas às diferentes realidades do Território, mais fortalecidos e estruturados internamente os serviços estarão para lidar com os problemas da localidade. Deve haver ações e parcerias com a comunidade, envolvendo troca permanente de experiências e saberes, minimizando os riscos sobre os próprios trabalhadores.

No Eixo 4, prática coletiva e individual do ACS e seu contexto no Território, na variável IV: foi avaliado sobre ser morador, ou seja, se isso facilita o trabalho na comunidade, a média nesta variável foi de 3,43 com boa. As respostas foram 54,48% (146): “sempre facilita meu trabalho na comunidade”; 36,19% (97) responderam: “quase sempre facilita meu trabalho na comunidade”. O resultado deste estudo pode ser corroborado por autores (Ferreira *et al.*, 2021; Pinto *et al.*, 2017; Nunes, 2002; Silva; Dalmaso, 2002).

Ferreira *et al.* (2021) concluiu que o ACS por conhecer e viver a realidade de seu Território, tem acesso facilitado, pois sua presença oferece maior credibilidade e confiança em relação aos demais profissionais de saúde.

O Eixo 4, prática coletiva e individual do ACS e seu contexto no Território, na variável V: avaliou se o medo interfere no trabalho do ACS, a média foi de 3,42 sendo considerada boa. As respostas apresentaram as seguintes frequências: 47,01% (126) voluntários responderam: “estou sempre envolvido nas ações de TB, não tenho medo da doença”; 48,13% (129) responderam: “estou quase sempre envolvido nas ações de TB, não

tenho medo da doença” e 4,85% (13) responderam: “poucas vezes me envolvo nas ações de TB, pois tenho medo da doença”.

Ainda que somente 4,85% das respostas tenham apresentado medo, é necessário entender porque profissionais de saúde ainda apresentam medo da doença. Feitosa *et al.* (2022) mostra que alguns profissionais têm medo de se infectar, de adoecer e até mesmo de morrer. Por vezes já trazem estigmas quanto a TB. Por isso é necessário medidas de educação permanente sobre a TB, bem como intervenções e redes de apoio que abordem medos e dúvidas destes profissionais na superação dos desafios existentes.

O Eixo 4, prática coletiva e individual do ACS e seu contexto no Território, na variável VI: avaliou se o excesso de demandas prejudica o trabalho do ACS, pelas respostas a média ficou em 3,02 sendo considerada boa. Segundo as respostas 32,84% (88) voluntários optaram como resposta: “sempre faço ações no Território, mesmo com várias demandas de trabalho”; 37,69% (101) responderam: “quase sempre faço ações no Território, mesmo com várias demandas de trabalho”. Logo, conclui-se que as várias demandas de trabalho prejudicam parcialmente a prática dos ACS na AP 3.3. Por ser a prática de ações no Território essencial para o desenvolvimento de vínculos com a população, sendo o alicerce do trabalho do ACS.

Outros estudos sinalizam que a diversidade de lógicas presente no trabalho dos ACS dificultam a delimitação do campo de ação desses profissionais, seja pela idealização do seu trabalho ou ainda, pela incorporação de tarefas que não são da sua alçada (Sakata; Mishima, 2012; Alonso *et al.*, 2021).

Há um consenso de que o papel do ACS tem mudado bastante ao longo dos anos, distanciando-se da proposta inicial em que o trabalho de promoção da saúde e da prevenção de doenças realizadas no Território. O que ocorre hoje é um processo de burocratização, principalmente, em relação à intensificação das atividades voltadas para coleta de dados e informações vinculadas aos sistemas de informações e avaliações instituídos na APS (Nogueira *et al.*, 2019; Nogueira; Bornstein, 2015).

Ainda que este trabalhador responda, prioritariamente, às demandas advindas dos serviços de saúde, o mesmo tem sido pressionado a responder metas em que não participa das pactuações (Nogueira *et al.*, 2019).

Grande parte das ações cobradas aos ACS são determinadas pela necessidade das equipes ou dos diferentes níveis de gestão sem a consideração do que é central no seu trabalho. Isso pode gerar constrangimentos para os ACSs e corroborar com a dificuldade de delimitação de suas ações. Logo, o trabalho do ACS parece estar constantemente em mudança

por causa de novas tarefas e demandas que são agregadas ao seu trabalho (Alonso *et al.*, 2021).

No estudo foram aplicados os *Kendall's Rank Correlation Tau Test* e *Pearson's Product-Moment Correlation Test*, ao correlacionar, respectivamente, os eixos 2, 3 e 4 com a escolaridade. O aumento do nível de escolaridade não potencializou o aumento no desempenho dos eixos e ao associar os eixos 2, 3 e 4 com tempo de trabalho na ESF, a correlação foi fraca, o tempo de trabalho não influencia em melhor desempenho na prática.

Os resultados do estudo, respectivamente, evidenciam que estes profissionais têm buscado um aumento na qualificação. Entretanto, isso não lhes garante ganhos financeiros. Esse fato pode gerar um descontentamento e frustração do profissional, que ainda assim, continua atuando porque precisa do trabalho. Dessa forma, o desencorajamento do profissional passa a existir. Já em relação ao tempo de trabalho não influenciar no desempenho de sua prática, isso pode estar relacionado à vários fatores, dentre eles: a burocratização do trabalho do ACS, o medo da violência no Território, o descontentamento profissional, dentre tantos outros (Castro *et al.*, 2017; Lima; Fernandes; Caldeira, 2022; Alonso *et al.*, 2021; Nogueira *et al.*, 2019).

Nos resultados ao comparar os Territórios da AP 3.3, ocorreu um melhor desempenho dos eixos nos Territórios de Anchieta (T-1) e Irajá (T-4). O que não quer dizer que os ACS destes Territórios desempenham melhor ou pior o seu trabalho. Para uma avaliação mais aprofundada é necessário conhecer o contexto do Território e da US, uma vez que, a AP 3.3 possui 29 bairros com diferentes IDH e grandes diversidades em termos de população assistida, vulnerabilidade social e violência urbana.

Segundo Souza *et al.* (2011), a AP 3.3 possui características estigmatizantes, conhecida pelos altos índices de violência, tráfico de drogas, conflitos entre facções criminosas rivais e pelas precárias condições de vida da população. Carvalho *et al.* (2018) expõe que o Complexo do Chapadão, localizado em Costa Barros, no T-5, tornou-se o quartel-general dos traficantes, sendo considerado um dos complexos mais perigosos do MRJ, cuja a população tornou-se refém de regras impostas por traficantes. A AP 3.3 concentra 149 áreas de favelas, entre elas Pedreira, Lagartixa, Parque Acari e Parque Colúmbia. O IDH apresenta seus extremos, no bairro da Vila da Penha 0,9 (Território 4 – Irajá). Enquanto Acari e Parque Colúmbia - 0,72, Costa Barros - 0,71, Barros Filho - 0,75 (Território 5 – Pavuna).

4.1 Contribuições para a Enfermagem e Saúde Coletiva

Sendo a supervisão dos ACS um dos atributos do profissional de enfermagem (PNAB, 2017), o estudo ganha relevância ao propor subsídios para o aprimoramento de ações para o controle da TB, se constituindo como referência para o planejamento das ações desenvolvidas na APS ou até mesmo na esfera da gestão.

O estudo aponta que são necessárias práticas que priorizem a ressignificação e emancipação dos ACS, não sendo obrigados a reproduzir práticas automatizadas. O trabalho deve ser em conjunto entre eSF, ACS e a comunidade, sempre levando em consideração o contexto de cada Território. Outro ponto focal é que o trabalho dos ACSs na luta contra a TB possibilita não apenas o exercício da cidadania, mas como também cria espaços que defendam a sua própria saúde e da população de seu Território.

No cotidiano devem ser priorizadas as ações de inclusão da população na prevenção da TB no Território, além é claro, de incentivo às discussões que contribuam para a quebra de estigma da doença entre os profissionais e a comunidade. Quanto mais discutimos um assunto, mais chance temos de banir os tabus e preconceitos associados à doença pela população e por alguns profissionais de saúde. Destarte, a prática do trabalho dos ACSs na ESF pode ser entendida como um avanço para as ações de vigilância na localidade, principalmente, no que se refere a detecção de casos de TB.

Através da prática de vigilância do ACS no Território pode-se identificar de forma precoce os casos suspeitos de TB na comunidade, permitindo o início imediato do diagnóstico e tratamento. Essa prática facilita a implantação de medidas de controle adequada dentro e fora da unidade. Este estudo permite abrir precedentes para se falar em vigilância, desmistificando o conceito negativo que as pessoas apresentam sobre este assunto. Ressalta-se que a prática da vigilância é uma responsabilidade dos profissionais de saúde, dos gestores e da população. Por isso, as discussões devem ser ampliadas nas equipes, nos espaços do Território e na gestão.

O trabalho desenvolvido pelo ACS contribui no monitoramento regular dos pacientes, na adesão ao tratamento, no controle da transmissão e na redução de casos de resistência a medicamentos. Logo, através da vigilância praticada pelos ACSs é possível o planejamento de políticas públicas de saúde e intervenções específicas. Portanto, estas contribuições colaboram para o fortalecimento dos cuidados de saúde da população.

4.2 Limitações do estudo

O estudo apresentou limitações por se tratar do uso de um questionário, este tipo de instrumento pode não ser capaz de captar a subjetividade relacionada à prática desenvolvida pelos ACSs. Ainda que o pesquisador garanta o anonimato dos participantes, pode ocorrer o receio destes ao responderem as questões. Isso pode criar um viés em determinadas respostas. Outro ponto que pode ter afetado o estudo foi que se baseou apenas na percepção dos ACS em relação a sua prática.

CONCLUSÃO

Neste estudo, analisou-se quais as ações de vigilância desenvolvidas pelos ACSs na AP 3.3 para o controle da TB. De acordo com os resultados, o melhor desempenho foi o TDO, seguido da Realização da busca de faltosos ou daqueles que estão em abandono de tratamento de tuberculose. Segundo a análise de desempenho, concluiu-se que os ACS desenvolvem estas ações parcialmente em sua prática.

Diante disso, outras ações de vigilância também são apresentadas no estudo, contudo, precisam ser melhoradas como é o caso da BSR e da avaliação da caderneta em menores de 5 anos.

Em síntese, a BSR é a principal ação para o controle da TB, por interromper a cadeia de transmissão, diminuindo a prevalência da doença. Quando ocorre a busca efetiva a incidência tende a aumentar, haja visto que os casos são descobertos. Porém, a médio prazo a tendência é diminuir a prevalência da doença no Território, uma vez que a cadeia de transmissão foi interrompida.

Já em relação a avaliação da caderneta vacinal, essa ação é de suma importância, uma vez que até o momento a única forma de prevenir a TB grave em menores de 5 anos é através da vacina BCG. A cobertura vacinal tem caído nos últimos anos, por isso já existe um aumento no número de casos de TB infantil no Brasil, principalmente, da TB extrapulmonar (Brasil, 2022a).

Em termos de vigilância a ação menos desenvolvida pelos ACSs foi a verificação da Pressão Arterial e da Glicemia. Essa atribuição foi incluída no PNAB de 2017, a mesma que precarizou a APS no país, contribuindo para demissões em massa nas unidades de APS e aumentando as atribuições dos ACSs. Inclusive, misturando suas ações com as dos ACEs e Técnicos de Enfermagem. Essa ação de vigilância continua sendo muito criticada e debatida por especialistas.

Desse modo, as ações dos ACSs na vigilância vão além das definidas em manuais e protocolos nacionais e internacionais, sendo necessário um planejamento local. Na contextualização do individual e do coletivo, evidenciou-se como barreiras: a fragilidade com a comunidade no que tange a valorização e fortalecimento de ações coletivas; a violência no Território, ao apontarem que poucas vezes o Território é tranquilo. E como facilitador: ser morador do Território.

Destarte os Territórios da AP 3.3 carecem de melhorias no desenvolvimento de ações de vigilâncias pelos ACS, em especial na BSR, pois sem esta ação a Área continuará “enxugando gelo”, com um número crescente de casos de TB.

Desta maneira, evidenciou-se que os profissionais da ESF, incluindo os ACSs, devem incentivar a participação da comunidade no rastreamento, no apoio ao tratamento e na redução do estigma associado à doença no Território. Essas ações devem ser integradas à comunidade, articulando com os parceiros já existentes no Território, tais como: escolas, creches, igrejas, terreiros, associação de moradores, comércio local, dentre tantos outros. Essas discussões também podem ser iniciadas em sala de espera da US, utilizando a vivência de profissionais que já tiveram a doença.

Ainda cabe lembrar, que existe um desafio grande para as eSF que é adequar as rotinas dos ACSs as suas demandas diárias, uma vez que esse profissional não trabalha apenas na vigilância das ações de TB, mas em tantas outras vigilâncias no Território e também nos processos burocráticos a que hoje estão atrelados.

Dessa maneira, a discussão sobre melhor prática deve ocorrer em nível local, de acordo com cada Território. Por exemplo, o contexto de violência presente no cotidiano dos profissionais pode comprometer a qualidade da atenção prestada. Nesse caso, recomenda-se alternativas que não interrompam o tratamento de TB, mas que também não ponham em risco a vida dos profissionais.

Logo, o resultado do estudo reforçou que o trabalho do ACS é um forte aliado para o controle da TB. Entretanto, ainda há limitação mesmo naqueles que desempenham este trabalho há mais de uma década na ESF.

Em síntese, o Território é vivo, por isso apresenta particularidades e peculiaridades diversas que deverão ser trabalhadas dentro de sua singularidade por suas eSF e gestores. Não sendo possível comparar o desempenho dos profissionais, sem antes, conhecer a realidade de cada Território.

Por tudo isso, as análises realizadas neste estudo, não esgotam as possibilidades de outras análises e discussões sobre esses profissionais. Pelo contrário, ampliam as ideias sobre o tema e o objeto da pesquisa. O trabalho do ACS traz inquietações, dúvidas e conflitos que envolvem questões sensíveis ao nosso entendimento, a saber: a violência, a extrema pobreza, os estigmas e os preconceitos, dentro da área que este profissional reside e desempenha seu trabalho.

Tendo em vista o exposto, conclui-se que a prática de vigilância no controle da TB desenvolvida pelos ACSs que atuam na AP 3.3 é parcialmente compatível com atribuições

definidas na APS. Espera-se que os resultados do presente estudo contribuam com o trabalho dos ACSs, dos enfermeiros, dos gestores da ESF, da AP 3.3 e do MRJ em decisões para a melhoria do controle da TB.

REFERÊNCIAS

- ABRASCO. **Bases para uma APS integral, resolutive, territorial e comunitária no SUS: aspectos críticos e proposições**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, Rio de Janeiro: Abrasco, 2022.
- ALMEIDA, J. F. de.; PERES, M. F. T.; FONSECA, T. L. O Território e as implicações da violência urbana no processo de trabalho dos ACSs em uma unidade básica. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 1, p. 207-221, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019170543>
- ALONSO, C. M. do C. *et al.* Community Health Agent: a professional world in search of consolidation. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 1, 2021.
- ARAÚJO, D. S. O papel do enfermeiro na busca ativa de pacientes em abandono do tratamento de TB: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 59, p. 42-63, 2020.
- ARAÚJO FILHO, D. C. de. *et al.* Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios para controle da TB: ações da estratégia de saúde da família. **Revista Interdisciplinar Encontro das Ciências-RIEC**, v. 4, n. 1, p. 78-91, 2021.
- BARBOSA, A. M.; LACERDA, D. A. L. de; VIANA, F. D. A. Análise da capacidade para o trabalho de ACSs em João Pessoa-PB. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, [S. l.], v. 23, n. 1, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/37042-p10>. Acesso em: 6 de outubro de 2023.
- BARRETO, M. L. *et al.* Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. **The Lancet**, v. 377, n. 9780, p. 1877-1889, 2011.
- BARRETO, I. C. de H. C. Complexidade e potencialidade do trabalho dos ACSs no Brasil contemporâneo. **Saúde em Debate**, v. 42, [S. 1.], p. 114-129, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S108>. Acesso em: 6 de outubro de 2023.
- BARROS, R. dos S. L. *et al.* Desempenho do programa de controle da TB na Estratégia Saúde da Família. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 4, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/sqQ5qQLn5LZfLNZ7x3rhMg/?lang=pt>.
- BHERING, M. *et al.* Similaridades e diferenças no tratamento de TB multidroga resistente no Rio de Janeiro e Lisboa na perspectiva dos profissionais de saúde. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 16, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/38354>. Acesso em: 30 de outubro de 2023.

BORDIGNON, M.; MONTEIRO, M. I. Violência no trabalho da enfermagem: um olhar às consequências. **Rev. Bras. Enferm.** [Internet], v. 69, n. 5, p. 996-999, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n5/0034-7167-reben-69-05-0996.pdf>. Acesso em: 5 de janeiro de 2019.

BOTTIL, N. C. L. *et al.* Condições de saúde da população de rua na cidade de Belo Horizonte. **Cad. Bras. de Saúde Mental.** v. 1, n. 2, p. 162-176, 2009. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsmarticle/view/1141/1383.6>.

BOUSQUAT, A. *et al.* A APS em regiões de saúde: política, estrutura e organização. Rio de Janeiro, **Cad. de Saúde Pública.** [S. 2], n. 35, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 648, de 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de AB, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica.** Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de AB. **Guia prático do ACS.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de AB. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de AB. **Sistema de informação da AB: SIAB, indicadores 2006.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de AB. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. **Rev. Saúde Pública,** v. 44, n. 1, p. 200-202, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil.** Brasília, 2011. 288p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de AB. **TB na APS.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de AB. 2ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento Diretamente Observado (TDO) da TB na AB:** protocolo de enfermagem. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de AB. **Política Nacional de AB**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de AB. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 204, de 17 de fevereiro de 2016**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o Território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html. Acesso em: 26 de outubro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **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). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. 25 de janeiro de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Brasil Livre da TB: Plano Nacional pelo Fim da TB como Problema de Saúde Pública**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **TB na APS**. (org.) FERREIRA, S. R. S. 4ª. ed., Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Cartilha para o ACS: TB**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de AB, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da AB, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2017d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde (APPMS)**, [Recurso Eletrônico], Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da TB no Brasil**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª. ed. atualizada, 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**: volume único, [Recurso Eletrônico], Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. 3ª. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Nota Informativa nº 10/2019-CGPNI/DEVIT/SVS/MS. **Atualização da recomendação sobre revacinação com BCG em crianças vacinadas que não desenvolveram cicatriz vacinal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019c. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/files/notas-tecnicas/nota-informativa-10-2019-cgpni.pdf>. Acesso em: 26 de outubro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde: **Indicadores operacionais da tuberculose no Brasil e a covid-19**: análise comparativa dos anos de 2019 e 2020. Boletim Epidemiológico, v. 52, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Brasil Livre da TB**: Plano Nacional pelo Fim da TB como Problema de Saúde Pública. Estratégias para 2021-2025. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde**. [n. esp.], ISSN: 9352-7864, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde Ministério da Saúde**. Boletim Epidemiológico de TB Tiragem: 1ª. ed., 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. **TB na APS**. (orgs.) FERREIRA, S. R. S.; FERREIRA, R. L. T. 5ª. ed., Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2022b.

CABRAL, J. F.; GLERIANO, J. S.; NASCIMENTO, J. D. M. do. Perfil sociodemográfico e formação profissional de agentes comunitários de saúde. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, v. 8, n. 2, p. 193-209, 2019. disponível em: <https://doi.org/10.33362/ries.v8i2.1537>. Acesso em: 30 de outubro de 2023.

CAPP, E.; NIENOV, O. H. **Bioestatística Quantitativa Aplicada**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, (orgs.) CAPP, E.; NIENOV, O. H. Porto Alegre: UFRGS, 2020.

CARDOSO, G. C. P. *et al.* Sítios simbólicos de pertencimento e prevenção e controle da TB: percepções e práticas dos ACSs no Brasil e na Etiópia. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, n. 8, p. 2927-2937, 2020.

CARDOZO, R. I. G. *et al.* El descubrimiento de la Tuberculosis en el territorio: analisis cualitativo del trabajo del Agente Comunitario de Salud. **Ciencia y Enfermería**, v. 21, n. 2, p. 87-97, 2015.

CARMO, A. D. N. do; SILVA, S. L. A. da; CAMPOS, E. M. S. Análise temporal de indicadores da Estratégia Saúde da Família sob o olhar da Política Nacional da AB. **Cad. de Saúde Pública**, [online], v. 39, n. 8, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT042523>. Acesso em: 20 de janeiro de 2024.

CARVALHO, A. C. C. *et al.* Epidemiological aspects, clinical manifestations, and prevention of pediatric tuberculosis from the perspective of the End TB Strategy. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, [online], v. 44, n. 2, 2018. Disponível: <https://doi.org/10.1590/S1806-37562017000000461>. Acesso em: 28 de julho de 2022.

CASTRO, T. A. de. *et al.* Agentes Comunitários de Saúde: perfil sociodemográfico, emprego e satisfação com o trabalho em um município do semiárido baiano. **Cad. Saúde Coletiva**, [online], v. 25, n. 3, p. 294-301, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/ZrxpxGtjBGQPbG3zkYVLS5B/?lang=pt>. Acesso em: 30 de outubro de 2023.

CASTRO, A. L. B. de.; FAUSTO, M. C. R. A Política Brasileira de Atenção Primária à Saúde1. **Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças**, p. 173, 2012.

CHIESA, A. M.; FRACOLLI, L. A. O trabalho dos ACSs nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da Promoção da Saúde. **Revista de Saúde da Família, Brasília**, v. 5, n. 7, [ed. esp.], 2004.

CHINELLI, F.; LACERDA, A.; VIEIRA, M. A reconfiguração gerencial do Estado brasileiro e os trabalhadores da saúde nos anos 1990. **EPSJV**, 2011.

COLA, J. P. *et al.* Estratégia Saúde da Família e determinantes para o Tratamento Diretamente Observado da TB no Brasil: estudo transversal com dados do sistema de vigilância, 2014-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 5, 2020.

COSTA, K. M. R. da. *et al.* Implicações dos profissionais da APS no atendimento à população em situação de rua. **Rev. APS**, v. 24, n. 1, p. 109-126, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/27588>. Acesso em: 30 de outubro de 2023.

CRISPIM, J. de A. *et al.* ACS no controle da TB na APS. **Acta. Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 5, p. 721-727, 2012.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. de S. Apoio Matricial e APS em Saúde. **Saúde e Sociedade**, [online], v. 20, n. 4, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400013>. Acesso em: 29 de agosto de 2022.

DATARIO. Instituto Pereira Passos. **População residente estimada e projetada, por sexo e grupos etários do Brasil: Estado do Rio de Janeiro e MRJ entre 1980/1991/2000-2065**. 2020. Disponível em: <https://www.data.rio/documents/4270f14453ed4e6ea8407b5b53f28df5/about>. Acesso em: 17 de maio de 2022.

DURÃO, A. V. A naturalização do feminino no programa de ACSs no Brasil. **Revista Trabalho Necessário**, v. 19, n. 38, p. 176-195, 2021. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/trabalhonecessario/article/view/47128>. Acesso em: 17 de maio de 2022.

FARIA, R. M. de. A territorialização da AB à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [online], v. 25, n. 11, p. 4521-4530, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018>. Acesso em: 30 de outubro de 2023.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. APS: histórico e perspectivas. *In: Modelos de atenção em saúde da família*. MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007, p. 43-68.

FEITOSA, V. G. *et al.* Desafios enfrentados pelos profissionais de saúde que adoeceram por TB em época de epidemia. **JMPHC: Journal of Management & Primary Health Care**, [S. l.], v. 14, 2022. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1193>. Acesso em: 30 de outubro de 2023.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. de C. O cotidiano de trabalho do ACS no PSF em Porto Alegre. **Ciência e Saúde Coletiva**, [online], v. 10, n. 2, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000200012>. Acesso em: 25 de agosto de 2022.

FERREIRA, M. R. L. *et al.* O vínculo no tratamento da TB na APS: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v. 32, 2019.

FERREIRA, C. M. *et al.* As estratégias de sobrevivência à violência utilizadas pelos agentes comunitários de saúde. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v. 34, 2021.

FERREIRA, S. R. da S. “Afroconveniente”, a autodeclaração racial na campanha eleitoral de 2022: uma análise das publicações no Twitter sobre a controvérsia de ACM Neto na Bahia. **Intercom: Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação 46º Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação**, PUC-Minas, 2023.

FERREIRA, V. S. C. *et al.* Processo de trabalho do ACS e a reestruturação produtiva. **Cad. de Saúde Pública**, [online], v. 25, n. 4, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000400021>. Acesso em: 25 de agosto de 2022.

FERRO, M. C. T. Política Nacional para a População em Situação de Rua: o protagonismo dos invisibilizados. **Revista Direitos Humanos**, v. 8, p. 35-39, 2012.

FIOCRUZ. O Território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: **EPSJV/FIOCRUZ**, 2007. Disponível em: http://www.retsus.fiocruz.br/upload/documentos/territorio_e_o_processo_2_livro_1.pdf. Acesso em: 22 de outubro de 2022.

FREIRE, M. C. M.; PATTUSSI, M. P. Tipos de estudos. *In: Metodologia científica: Ciência, ensino e pesquisa*. ESTRELA, C. 3ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2018, p. 109-127.

FURLAN, P. G. **O ACS e a prática na AB**: alguns apontamentos. Manual de práticas de AB: saúde ampliada e compartilhada, p. 368-87, 2008.

GARCIA, A. C. P. *et al.* The Profile and Work Process of Community Health Agents / Perfil e o Processo de Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. **Rev. Pesqui.** (UFRJ, *online*), v. 11, n. 2, p. 339-344, 2019. Disponível em:

<https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6553>. Acesso em: 22 de outubro de 2022.

GARCIA, A C P. *et al.* ACS no Espírito Santo: do perfil às atividades desenvolvidas. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 283-300, 2017.

GASPAR, L. M. da S. *et al.* Conhecimento, atitudes e práticas de ACSs sobre TB pulmonar em uma capital do Nordeste do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, [*online*], v. 24, n. 10, pp. 3815-3824, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182410.01722018>. Acesso em: 7 de outubro de 2023.

GIACOMETTI, M. T. *et al.* Atenção farmacêutica no tratamento de TB. Revista ibero-americana de humanidades. **Ciências e Educação**, v. 7, n. 8, p. 296-309, 2021.

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de APS no Brasil. **Ciências Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. de. Política Nacional de AB: para onde vamos? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, 2020.

GOULART, E. P. *et al.* Visita domiciliar pela Estratégia Saúde da Família: limites e possibilidades no contexto da violência urbana no Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 43, p. 26-51, 2021. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2651>. Acesso em: 18 de janeiro de 2024.

GUIMARÃES, M. S. A.; MUCARI, T. B.; SOUSA, M. F. de. Perfil sociodemográfico dos ACSs da Estratégia Saúde da Família no Município de Palmas-TO. **Desafios: Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**, [S. l.], v. 4, n. 3, p. 60-72, 2017. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/desafios/article/view/3371>. Acesso em: 6 de outubro de 2023.

HERRERA, T. *et al.* Experiencia piloto con esquema rifapentina-isoniazida semanal por 3 meses para tratamiento de la infección tuberculosa latente en el Programa Nacional de Tuberculosis de Chile. **Revista chilena de enfermedades respiratorias**, v. 36, n. 3, p. 215-222, 2020.

KEBIAN, L. V. A.; ACIOLI, S. A visita domiciliar de enfermeiros e ACSs da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 161-169, 2014.

KUZNETSOV, V. N. *et al.* A comparison between passive and active case finding in TB control in the Arkhangelsk region. **International Journal of Circumpolar Health**, v. 73, n. 1, p. 215-235, 2014.

LAVRAS, C. APS e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/CrHzJyRTkBmxLQBttmX9mtK/?lang=pt>. Acesso em: 24 de julho de 2022.

LEITE, N. M. R.; BARRETO, I. C. de H. C.; PESSOA, V. M. **O Processo de Trabalho do ACS em dois municípios do Estado do Ceará: um estudo qualitativo**. Editora: Dialética, 2022.

LIMA, C. C. M. E.; FERNANDES, T. F.; CALDEIRA, A. P. Contexto de trabalho e custo humano no trabalho para agentes comunitários de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 27, n. 8, p. 3181-3192, 2022.

LIMA, J. M. de M. **O processo de trabalho dos ACSs e a vigilância em saúde do trabalhador na perspectiva da ecologia de saberes**. 2019. 131f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

LI, T. *et al.* Assessing the Quality of Reporting to China's National TB Surveillance Systems. **Int J Environ Res Public Health**. v. 25, n. 18, p. 22-64, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33668804>. Acesso em: 15 de agosto de 2022.

LIRA, C. D. G. *et al.* O acesso da população em situação de rua é um direito negado? **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, [S. l.], v. 23, n. 1, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rem/article/view/49810>. Acesso em: 10 de janeiro de 2024.

LOUREIRO, R. B. *et al.* Acesso ao diagnóstico da TB em serviços de saúde do município de Vitória, ES, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1233-1244, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.01002013>. Acesso em: 30 de outubro de 2021.

MACHADO, C. B. *et al.* Violência urbana e repercussão nas práticas de cuidado no Território da saúde da família. **Rev. Enferm UERJ**, v. 24, n. 5, p. 1-6, 2016.

MACHADO, S. L. Polícia e violência urbana em uma cidade brasileira. **Etnográfica: Marseille**, v. 15, n. 1, p. 67-82, 2011.

MACIEL, E. L. N. *et al.* O ACS no controle da TB: conhecimentos e percepções. **Cad. de Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 1377-1386, 2008.

MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do ACS no Programa de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [online], v. 41, n. 3, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/C4Z3ytVkBpfm6HJ3XdFCxhq/?lang=pt>. Acesso em: 25 de agosto de 2022.

MARTINS, D. O.; MIRANDA, V. D. Diagnóstico e tratamento medicamentoso em casos de TB pulmonar: revisão de literatura. **Revista Saúde Multidisciplinar**, [S. l.], v. 7, n. 1, 2020. Disponível em: <http://revistas.famp.edu.br/revistasaudemultidisciplinar/article/view/111>. Acesso em: 5 de janeiro de 2024.

- MARTINS, M. B.; CARBONAI, D. Entre o vínculo e o distanciamento: desafios na atuação de Agentes Comunitárias de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 37, n. 110, 2022.
- MATTA, G. C. *et al.* **APS: Dicionário da educação profissional em saúde**. v. 2, p. 44-50, 2009.
- MENDES, E. V. **A Construção Social da APS**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS, 2015.
- MENDES, E. V. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um novo olhar sobre o nível local. *In: A Organização da saúde no nível local*. MENDES, E. V. (Org.). São Paulo: Hucitec, 1998, p. 17-55.
- MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MENDES, E. V. **Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.
- MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na APS: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- MENZIES, D. *et al.* Tuberculosis among health care workers. *New England Journal of Medicine*, v. 332, n. 2, p. 92-98, 1995.
- MIRANDA, S. S. **Tratamento da TB em situações especiais**. Pulmão: Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 68-71, 2012.
- MKOPI, A. *et al.* Health worker's performance in the implementation of Patient Centred Tuberculosis Treatment (PCT) strategy under programmatic conditions in Tanzania: a cross sectional study. **BMC Health Serv Res**, v. 13, n. 101, 2013. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-101>. Acesso em: 30 de outubro de 2021.
- MODESTO, C. C. Vacina BCG: um importante meio para controle da TB. **Brazilian Journal of Case Reports**, v. 2, [S. 3], 571-575, 2022.
- MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e Território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. de Saúde Pública**, [online], v. 21, n. 3, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300024>. Acesso em: 17 de setembro de 2022.
- MOREIRA, A. F. **O Tratamento Diretamente Observado da TB na perspectiva do usuário em unidade básica de APS em Saúde**. Dissertação (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2020.
- MOREIRA, K. D. S. Riscos na rotina de trabalho de ACSs de uma Equipe de Saúde da Família. **JMPHC: Journal of Management & Primary Health Care**, [S. 1.], v. 10, 2019. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/955>. Acesso em: 6 de outubro 2023.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. de. Política Nacional de AB 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018.

NASCIMENTO, C. V.; SOARES, S. M. Manejo integrado de TB e diabetes: uma revisão integrativa. **Rev. Panam Salud Publica**, v. 43, n. 21, 2019. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49772>. Acesso em: 6 de outubro 2023.

NICOL, M. P.; WHITELAW, A.; WENDY, S. Using Xpert MTB/RIF. **Curr Respir Med Rev.**, v. 9, p. 187-192, 2013. disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24089608>. Acesso em: 6 de outubro 2023.

NOGUEIRA, M. L. *et al.* Expressões da precarização no trabalho do ACS: burocratização e estranhamento do trabalho. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 3, p. 309-323, 2019.

NOGUEIRA, M. L.; BORNSTEIN, V. J. **Relatório preliminar do 5º Fórum Nacional da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde**. Goiânia, 2015.

NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F. B. da; RAMOS, Z. do V. O. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o ACS. 2000. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0735.pdf. Acesso em: 22 de junho de 2022.

NUNES, M. de O. *et al.* O ACS: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. de Saúde Pública**, [online], v. 18, n. 6, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/JKRYnBFxzhWvhjhtwVyxhtJ/?lang=pt>. Acesso em: 11 de agosto de 2022.

O'DWYER, G. *et al.* A crise financeira e a saúde: o caso do MRJ, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, [online], v. 24, n. 12, p. 4555-4568, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.23212019>. Acesso em: 20 de janeiro de 2024.

OLIVEIRA, S. A. C. Serviços de saúde no controle da TB: enfoque na família e orientação para a comunidade. **Rev. Latino-AmEnferm**, v. 17, n. 3, p. 361-367, 2009.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS**. Contribuições para o debate. Brasília: OPAS, 2011.

PAIVA, I. K. S. de; GUIMARÃES, J. População em situação de rua e Rede de Atenção Psicossocial: na corda bamba do cuidado. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 32, n. 4, 2022.

PEDRAZA, D. F.; SANTOS, I. Perfil e atuação do ACS no contexto da Estratégia Saúde da Família em dois municípios da Paraíba. **Interações (Campo Grande)**, v. 18, n. 3, p. 97-105, 2017. Disponível em: <https://interacoesucdb.emnuvens.com.br/interacoes/article/view/1507>. Acesso em: 23 de novembro de 2022.

- PEREIRA, S. M. *et al.* Association between diabetes and tuberculosis: case-control study. **Rev Saúde Pública**, [online], v. 50, n. 82, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/BbqG3WLBskYCTns4xD93vrN/?lang=en>. Acesso em: 23 de novembro de 2022.
- PEREIRA, C. E. A. *et al.* Os saberes dos ACSs de um município da Amazônia sobre a busca ativa do Sintomático Respiratório. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 8, n. 2, p. 1-7, 2018. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/10417>. Acesso em: 17 de novembro de 2019.
- PILLER, R. V. B. **Epidemiologia da TB**. Pulmão: Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 4-9, 2012.
- PINHEIRO, R. M. A. *et al.* Epidemiological profile of tuberculosis in the elderly in Belém-PA between 2017-2021. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 12, n. 8, 2023. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/38723>. Acesso em: 19 de janeiro de 2024.
- PINHEIRO, P. G. O. D. *et al.* Critical points for the control of Tuberculosis on Primary Health Care. **Revista Brasileira De Enfermagem**, v. 70, n. 6, p. 1227-1234, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0467>. Acesso em: 6 de outubro 2023.
- PINTO, A. G. A. *et al.* Vínculos subjetivos do ACS no Território da Estratégia Saúde da Família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 3, p. 789-802, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00071>. Acesso em: 22 de novembro 2022.
- PITOMBEIRA, D. F.; OLIVEIRA, L. C. de. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na APS. **Ciência e Saúde Coletiva**, [online], v. 25, n. 5, p. 1699-1708, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33972019>. Acesso em: 25 de janeiro de 2024.
- PORTO, A. Representações sociais da TB: estigma e preconceito. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, [S. l.], p. 43-49, 2007.
- QUEIRÓS, A. A. L. de.; LIMA, L. P. A institucionalização do trabalho do ACS. **Trabalho, Educação e Saúde**, [online], v. 10, n. 2, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462012000200005>. Acesso em: 25 de agosto 2022.
- RIO DE JANEIRO (Município). **Boletim Epidemiológico de TB, 2008-2016**. 2016a. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/181dbb1c-78db-4a95-a709-5888f93bdfd2>. Acesso em: 21 de setembro de 2021.
- RIO DE JANEIRO (Município).. Subsecretaria de Promoção da Saúde, APS e Vigilância de Saúde. **Territorialização CAP 3.3 Teias**. 2016b.
- RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção, APS e Vigilância em Saúde. Superintendência de APS. **Carteira de serviços da APS: abrangência do cuidado**. 3ª. ed. **Rev. atual. e aum**. Rio de Janeiro, RJ: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), 2021.

- RIO DE JANEIRO (Município). **Boletim Epidemiológico de TB no MRJ: TB no MRJ. Perspectivas e desafios**. 2022a. Disponível em: <https://subpav.org>. Acesso em: 21 de agosto de 2022.
- RIO DE JANEIRO (Município). **Série histórica das doenças transmissíveis crônicas**. 2022b. Disponível em: <https://epirio.svs.rio.br/transmissiveiscron.html>. Acesso em: 21 de setembro de 2022.
- RIO DE JANEIRO (Município). Subsecretaria de Promoção da Saúde, APS e Vigilância de Saúde. **Ciclo de debates**, 2022c. Disponível em: <https://subpav.org>. Acesso em: 20 de setembro de 2022.
- RIO DE JANEIRO (Município). Subsecretaria de Promoção da Saúde, APS e Vigilância de Saúde. **Panorama da APS**. 2022d. Disponível em: <https://subpav.org/aps/publico/panorama>. Acesso em: 20 de agosto de 2022.
- RIO DE JANEIRO (Município). Subsecretaria de Promoção da Saúde, APS e Vigilância de Saúde. **Enfrentamento da TB: Orientações para Agentes Comunitários de Saúde**. Rio de Janeiro. 2022e. Disponível em: https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Livro_Enfrentamento_TuerculoseACS_VersaoDigital_Final.pdf. Acesso em: 12 de junho de 2023.
- RIO DE JANEIRO (Município). **Boletim Epidemiológico: TB no MRJ**. 2023. Disponível em: <https://subpav.org>. Acesso em: 11 de janeiro de 2024.
- ROCHA, G. S. S. *et al.* Conhecimento dos ACSs sobre a TB, suas medidas de controle e Tratamento Diretamente Observado. **Cad. de Saúde Pública**, v. 31, n. 7, p. 1483-1496, 2015.
- ROSEMBERG, J. TB: Aspectos históricos, realidades, seu romantismo e transculturação. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v. 7, n. 2, 1999. Acesso em: 25 de julho de 2022.
- RUFFINO-NETTO, A. TB: a calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 35, n. 1, p. 51-58, 2002.
- RUFFINO-NETTO, A. de.; SOUZA, A. M. Evolution of the health sector and tuberculosis control in Brazil. **Rev. Panam Salud Publica**, v. 9, n. 5, p. 306-310, 2001.
- RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T. C. S. TB: Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil, histórico e peculiaridades regionais. **Instituto Milênio Rede TB**, 2006.
- RUSEN, I. D. *et al.* Cochrane systematic review of directly observed therapy for treating tuberculosis: good analysis of the wrong outcome. **Int J Tuberc Lung Dis**, v. 11, n. 2, p. 120-121, 2007.
- SAKATA, K. N.; MISHIMA, S. M. Articulação das ações e interação dos ACSs na Equipe de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, p. 665-672, 2012.
- SANTOS, M. V. A. dos; FEITOSA, C. A. L. Avaliação da qualidade de vida dos ACSs de um município do interior de Pernambuco. **Revista Multidisciplinar do Sertão**, v. 4, n. 2, p. 161-167, 2022.

SANTOS, K. T. dos. *et al.* ACS: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1023-1028, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bckG9h9qbXFGJ3Wvt3fYg4B/?lang=pt>. Acesso em: 6 de outubro 2023.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Redes do SUS: Marco Legal. *In: Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização do SUS*. SILVA, S. F. (org.), 2ª. ed. Campinas: Saberes Editora, 2013, p. 22-88.

SANTOS, M. L. S. G. *et al.* A experiência de implantação do DOTS na cidade do Rio de Janeiro. *In: TB: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil histórico e peculiaridades regionais*. RUFFINO-NETTO, A. Ribeirão Preto: Instituto do Milênio Rede-TB, 2006, p. 181-194.

SANTOS, W. da S. *et al.* Representações Sociais de pessoas com TB pulmonar sobre os enfrentamentos diante dos conflitos sociais e pessoais. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 20, n. 1, p. 6-13, 2018.

SCATOLIN, B. E. *et al.* Busca de pacientes sintomáticos respiratórios: atuação do ACS no controle da TB em município de grande porte, Brasil. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 261-269, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/bjsHNpBd6t3wwPwQTknDdyy/?lang=en>. Acesso em: 11 de julho de 2022.

SCOTT, P. As famílias que os programas de saúde pública constroem no Brasil. *In: Gênero, saúde e práticas profissionais*. NASCIMENTO, P.; RIOS, L. F. (Orgs.) Recife: Universitária, 2011, p. 13-50.

SELIG, L. *et al.* Proposta de vigilância de óbitos por TB em sistemas de informação. **Revista de Saúde Pública**, [online], v. 44, n. 6, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/Q33bVDMYqvpPSPck4zF9XLs/?lang=pt>. Acesso em: 11 de agosto de 2022.

SEPKOWITZ, K. A. AIDS, tuberculosis, and the health care worker. **Clinical Infectious Diseases**, v. 20, n. 2, p. 232-242, 1995.

SEVERO, T. J. *et al.* Evaluación de la detección de casos de tuberculosis mediante un indicador sintético en dos municipios de Ciudad de La Habana. **Rev, Cubana Hig Epidemiol, Ciudad de la Habana**, v. 46, n. 3, 2008. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032008000300004&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 10 de agosto de 2022.

SHUHAMA, B. V. *et al.* Evaluation of the directly observed therapy for treating tuberculosis according to the dimensions of policy transfer. **Rev Esc Enferm USP**, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reensp/a/yvMJqcYNpYTRvP4bq38Q8Zq/?lang=pt>. Acesso em: 10 de agosto de 2022.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. **ACS: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

SILVA, C. C. da.; CRUZ, M. M. da.; VARGAS, E. P. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. **Saúde em Debate**, v. 39, n. spe, p. 246-256, 2015.

SILVA, F. R. da. *et al.* Dificuldades de captação precoce de pacientes sintomáticos respiratórios na APS: a contribuição dos agentes comunitários de saúde. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 1, p. 2164-2176, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n1-169>. Acesso em: 10 de agosto de 2022.

SILVA, G. D. M. da. *et al.* Identificação de microrregiões com subnotificação de casos de TB no Brasil, 2012 a 2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n. 1, 2020.

SILVA, V. M.; CUNHA, A. J. L. A.; KRITSKI, A. L. Tuberculin skin test conversion among medical students at a teaching hospital in Rio de Janeiro, Brazil. **Infection Control & Hospital Epidemiology**, v. 23, n. 10, p. 591-594, 2002.

SILVEIRA, M. R. da.; SENA, R. R. de. Diversidades de práticas e saberes: o caso do agente comunitário de saúde no Programa da Família de Nova Contagem Minas Gerais. **REME: Rev. min. enferm.**, v. 9, n. 1, p. 59-64, 2005. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v9n1a10.pdf>. Acesso em: 22 de maio de 2022.

SIMAS, P. R. P.; PINTO, I. C. de M. Trabalho em saúde: retrato dos ACSs da região Nordeste do Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n.6, p. 1865-1876, 2017.

SOUZA, F. de. *et al.* A Violência urbana e suas consequências em um centro de atenção psicossocial na zona norte do MRJ. **Saúde soc.**, v. 20, n. 2, p. 363-376, 2011.

TABNET RIO. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)**. Disponível em: <http://tabnet.rio.rj.gov.br>. Acesso em: 20 de outubro de 2023.

TIAN, J. H. *et al.* Effectiveness of directly observed treatment of tuberculosis: a systematic review of controlled studies. **The International journal of tuberculosis and lung disease**, v. 18, n. 9, p. 1092-1098, 2014.

TOLEDO, M. M. *et al.* Discursos de profissionais de saúde sobre infecção latente por TB e uso de isoniazida. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 31, 2023.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 11, n. 22, 2007.

TRIGUEIRO, D. R. S. G. *et al.* Determinantes individuais e utilização dos serviços de saúde para o diagnóstico da TB. **Revista Enfermagem UERJ**, [S. l.], v. 21, n. 3, p. 371-378, 2013.

UNION. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, World Diabetes Foundation, World Health Organization. **The looming co-epidemic of TB-diabetes: a call to action**. Paris: UNION, 2014. Disponível em: <https://www.theunion.org/what-we-do/publications/technical/english/embargoed-dmtb-report-oct-22.pdf>. Acesso em: 13 de fevereiro de 2018.

VIEIRA-MEYER, A. P. G. F. *et al.* Violência e vulnerabilidade no Território do ACS: implicações no enfrentamento da covid-19. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 657-668, 2021.

VOLMINK, J.; GARNER, P. **Directly observed therapy for treating tuberculosis**: Cochrane Database of Systematic Reviews. v. 4, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2013**. Geneva: WHO, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Report 2018**. França: WHO, 2018. Relatório. Disponível em: https://www.who.int/tb/publications/global_report/en. Acesso em: 20 de novembro de 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2021**. Geneva: WHO, 2021.

ZUIM, R. C. B.; TRAJMAN, A. Itinerário terapêutico de doentes com TB vivendo em situação de rua no Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 2, 2018.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisadora: Darleia Ramos Da Rin

Orientadora: Prof^a Dr^a Mercedes Neto

Prezado (a) você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a) da pesquisa intitulada **“A busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da Tuberculose na prática do Agente Comunitário de Saúde”**.

Os objetivos desta pesquisa são: analisar as ações de vigilância no controle da tuberculose desenvolvidas por agentes comunitários de saúde que atuam na AP 3.3, no município do Rio de Janeiro, considerando as atribuições definidas pela PNAB, Ficha SIAB B-TB e a Cartilha para o Agente Comunitário de Saúde; descrever o perfil dos agentes comunitários de saúde envolvidos na busca ativa de sintomático respiratório na AP 3.3/RJ; discutir a prática do agente comunitário de saúde na busca ativa dos sintomáticos respiratórios e no tratamento diretamente observado; identificar a prática das ações de vigilância desenvolvidas pelo ACS no controle da tuberculose e seu contexto no território da AP 3.3/RJ, considerando a Ficha SIAB B-TB e a Cartilha para Agente Comunitário de Saúde.

Você não receberá nenhuma remuneração, ou seja, sua participação será voluntária e a qualquer momento poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição, não ocorrerá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário estruturado com 20 questões, que dura em média 20 minutos, sendo realizado no serviço de saúde que você trabalha. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, em hipótese alguma será divulgado o seu nome no estudo. Os resultados serão divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Este documento será guardado por um período de 5 (cinco) anos.

O risco de sua participação na pesquisa é mínimo, de origem psicológica, poderá ocorrer um desconforto ao responder o questionário, por se tratar de sua prática no trabalho.

Para diminuir seu desconforto, e não haver a possibilidade de visualização de suas respostas, após responder o questionário, você deverá depositá-lo em uma urna com lacre, disponibilizada pela pesquisadora no dia de sua participação na pesquisa

Os benefícios relacionados com a sua participação poderão contribuir para o controle da tuberculose em sua área (AP 3.3) e em outras áreas do município do Rio de Janeiro, melhorar o acompanhamento do paciente com tuberculose e dar visibilidade a prática de vigilância desenvolvido pelos agentes comunitários de saúde no controle da doença.

A pesquisadora responsável se compromete a tornar público nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos ou instituições participantes.

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador

Caso concorde em participar desta pesquisa, peço que assine ao final deste documento. Este documento possui duas vias, sendo uma do pesquisador responsável e a outra sua. Em caso de dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, você poderá a qualquer momento entrar em contato com a pesquisadora responsável Darleia Ramos Da Rin – Mestranda PPGENF/UERJ através: e-mail: darleia.da.rin.bioetica@gmail.com ou darleia.rin@posgraduacao.uerj.br, celular (21) 99406-1312 (pode ligar a cobrar), e/ou Orientadora Dr^a Mercedes Neto, Prof^a do Programa de Pós Graduação da Faculdade de Enfermagem da UERJ através : e-mail: mercedesneto.uerj@gmail.com, celular (21) 99216-0518.

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato aos Comitês de Ética em Pesquisa:

Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, E-mail: coep@sr2.uerj.br — Telefone: (021) 2334-2180. . O CEP COEP é responsável por garantir a proteção dos participantes de pesquisa e funciona às segundas, quartas e sextas-feiras, de 10h às 12h e 14h às 16h.

Comissão de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP/SMS-RJ) - Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401 – Centro/Rio de Janeiro – Tel.: (21) 2215-1485 - CEP: 20031-040 - E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br ou cepsms@rio.rj.gov.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2023.

Participante: _____ Assinatura: _____

Pesquisadora: Darleia Ramos Da Rin Assinatura: _____

APÊNDICE B - Orçamento de projeto de pesquisa



Comitê de Ética e Pesquisa
ORÇAMENTO DE PROJETO DE PESQUISA

Nome do Projeto: **A busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da Tuberculose na prática do Agente Comunitário de Saúde**

Pesquisadora: Darleia Ramos Da Rin

Orientadora: Prof^a Dr^a Mercedes Neto

	VALOR US\$	VALOR R\$
TRANSPORTE		450,00
ALIMENTAÇÃO		600,00
DESPESAS COM FOLHAS		50,00
IMPRESSORA E TONER		80,00
URNA		80,00
CAIXA DE CANETAS		40,00
TOTAL		1300,00

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE:

Este orçamento de projeto de pesquisa é apenas indicativo e visa a atender exigências da CONEP sistema SISNEP. A aprovação do protocolo pelo Comitê de Ética na Pesquisa da SMS/RJ e limita-se aos aspectos éticos da pesquisa e não implicando em nenhuma hipótese, compromissos financeiros da parte da Instituição com o desenvolvimento das atividades do projeto ou com o pesquisador. A aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética pode ser uma exigência para posterior obtenção de recursos financeiros em agências de fomento.

Declaro que as despesas mencionadas na folha de orçamento referente a pesquisa, ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora responsável.

Darleia Ramos Da Rin – Pesquisadora responsável

APÊNDICE C – Questionário de pesquisa

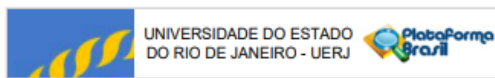


Questionário de pesquisa intitulado: “A busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da Tuberculose na prática do Agente Comunitário de Saúde” Questionário: ACS - Unidade: A - Território: T-.....				
1. Sua idade:..... anos				
2. Raça/Cor autodeclarada: () branca () parda () preta () amarela () índio () Prefiro não declarar				
3. Sexo: () Feminino () Masculino				
4. Renda familiar: () 1 a 2 salários mínimos ou + () 3 a 4 salários mínimos ou + () 5 a 6 salários mínimos ou + () 7 a 8 salários mínimos ou + () 9 ou mais salários mínimos				
5. Você recebe algum outro tipo de transferência de renda do governo (bolsa família, auxílio Brasil, cartão carioca, auxílio gás, BPC ou outro? 1- Sim () 2- Não ()				
6. Grau de escolaridade: () Fundamental () Ensino médio incompleto () Ensino médio completo () Superior incompleto () Superior completo () Pós graduação incompleta () Pós graduação completa				
7. Você trabalha há quanto tempo na Estratégia Saúde da Família como ACS? ano (s) ou mês (es)				
8. Você considera seu trabalho importante no controle da tuberculose em sua comunidade? 1- Sim () 2- Não ()				
9. Você já pensou em mudar de cargo ou profissão? 1- Sim () 2- Não ()				
10. Você ou algum familiar seu já teve tuberculose? 1- Sim () 2- Não ()				
11. Quantas pessoas com tosse você detectou nos últimos 3 meses em visita domiciliar ou no território?				
12. Em quantos cadastrados com tuberculose você observou a tomada dos medicamentos de TB nos últimos 12 meses?				
Ações de vigilância considerando as atribuições definidas pela PNAB, Ficha SIAB B -TB e Cartilha para o ACS (13 a 17)				
13. Realização da busca ativa de sintomáticos respiratórios nas visitas domiciliares e no território. () Nunca () Quase nunca () Às vezes () Quase sempre () Sempre				
14. Avaliação na caderneta de vacinação da BCG em menores de 5 anos de idade contactantes de pessoas com tuberculose. () Nunca () Quase nunca () Às vezes () Quase sempre () Sempre				
15. Supervisão da tomada diária de medicação (TDO). () Nunca () Quase nunca () Às vezes () Quase sempre () Sempre				
16. Realização da busca de faltosos ou daqueles que estão em abandono de tratamento de tuberculose. () Nunca () Quase nunca () Às vezes () Quase sempre () Sempre				
17. Verificação da pressão arterial e/ou da glicemia dos cadastrados sob a supervisão do(a) enfermeiro (a). () Nunca () Quase nunca () Às vezes () Quase sempre () Sempre				
18. Prática na busca ativa de sintomáticos respiratórios pelos ACS (cada questão possui quatro opções: 1, 2, 3, 4, por favor marque de acordo com sua prática)				
I. Prática na busca ativa sintomático respiratório	Em visita domiciliar ou no território não costume perguntar se alguém apresenta tosse.	Em visita domiciliar ou no território às vezes eu pergunto se meu cadastrado ou alguém próximo a ele está tossindo há 3 ou mais semanas.	Em visita domiciliar ou no território quase sempre pergunto se meu cadastrado ou alguém próximo a ele apresenta tosse há 3 ou mais semanas.	Em visita domiciliar ou no território sempre pergunto se meu cadastrado ou alguém próximo a ele apresenta tosse há 3 ou mais semanas.

Marcar uma opção	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
II. Prática na captação do sintomático respiratório	Quando detecto tosse, peço ao usuário que procure a unidade de saúde.	Quando detecto tosse no usuário, peço que colha duas amostras de escarro e leve os potes no dia seguinte para a unidade de saúde.	Quando detecto tosse no usuário peço que colha a 1ª amostra, e após colher a 2ª amostra, leve os 2 potes para a unidade de saúde.	Quando detecto tosse no usuário peço que colha a 1ª amostra neste mesmo dia e já levo o pote para unidade, a 2ª amostra de escarro poderá ser levada no dia seguinte para a unidade de saúde.
Marcar uma opção	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
III. Prática da busca ativa sintomático respiratório e captação em população em situação de rua	Quando identifico uma pessoa em situação de rua tossindo, peço que busque ajuda em uma equipe de consultório de rua.	Quando identifico uma pessoa em situação de rua tossindo, pergunto a quanto tempo tosse e peço para procurar uma unidade de saúde.	Quando identifico uma pessoa em situação de rua tossindo, independente do tempo de tosse, peço para procurar um serviço de saúde.	Quando identifico uma pessoa em situação de rua tossindo, tento convencê-la a colher uma amostra de escarro imediatamente, independente do tempo de tosse, e levo o escarro para unidade.
Marcar uma opção	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
IV. Prática na busca de contactantes	Quando meu usuário positiva para tuberculose, não costumo voltar ao local, pois caso alguém tenha tosse, deverá procurar a unidade de saúde.	Quando meu usuário positiva para tuberculose, às vezes volto ao local para investigar tosse em outros da casa ou local.	Quando meu usuário positiva para tuberculose, quase sempre volto ao local para investigar tosse em outros da casa ou local.	Quando meu usuário positiva para tuberculose, sempre volto ao local para investigar tosse em outros da casa ou local.
Marcar uma opção	1 ()	2 ()	3 ()	2 ()
19. Prática no tratamento diretamente observado realizada pelo ACS (cada questão possui quatro opções: 1, 2, 3, 4, por favor marque de acordo com sua prática)				
I. Prática no tratamento diretamente observado (TDO)	Faço visita semanal em meu cadastrado e deixo a medicação do tratamento da tuberculose, para que ele possa tomá-la diariamente.	Faço supervisão na tomada de medicação (TDO) 2 vezes na semana em meus cadastrados que se encontram em tratamento de tuberculose.	Faço supervisão na tomada de medicação (TDO) 3 vezes na semana em meus cadastrados que se encontram em tratamento de tuberculose.	Faço visita diária em meu cadastrado para supervisionar a tomada da medicação de tuberculose, pois entendo a importância do TDO na criação de vínculo e adesão ao tratamento.
Marcar uma opção	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
II. Prática no manejo do TDO	Não discuto o(s) caso(s) de difícil manejo no TDO com a equipe, e nem pactuo com o paciente.	Discuto poucas vezes o(s) caso(s) de difícil manejo no TDO com a equipe, dificilmente pactuamos com o paciente o horário e local para a tomada da medicação.	Discuto quase sempre o(s) caso(s) de difícil manejo no TDO com a equipe, e pactuamos com o paciente o horário e local para a tomada da medicação.	Discuto sempre o(s) caso(s) de difícil manejo no TDO com a equipe, e pactuamos com o paciente o horário e local para a tomada da medicação.
Marcar uma opção	1 ()	2 ()	3 ()	3 ()
20. Prática coletiva e individual do ACS em seu contexto no Território (cada questão possui quatro opções: 1, 2, 3, 4, por favor marque de acordo com sua prática)				

I. Participação da comunidade	A comunidade nunca participa de discussões sobre a tuberculose no território.	A comunidade poucas vezes participa de discussões sobre a tuberculose no território.	A comunidade quase sempre participa de discussões sobre a tuberculose no território.	A comunidade sempre participa de discussões sobre a tuberculose no território.
Marcar uma opção	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
II. Violência no território	O território nunca é tranquilo.	O território poucas vezes é tranquilo.	O território é quase sempre tranquilo.	O território é sempre tranquilo.
Marcar uma opção	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
III. Parceiros no território	Nunca contamos com parceiros no território.	Poucas vezes contamos com parceiros no território que nos ajudam na prevenção dos agravos e promoção à saúde.	Quase sempre contamos com parceiros no território que nos ajudam na prevenção dos agravos e promoção à saúde.	Sempre contamos com parceiros no território que nos ajudam na prevenção dos agravos e promoção à saúde.
Marcar uma opção	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
IV. Ser morador	Nunca facilita meu trabalho na comunidade.	Poucas vezes facilita meu trabalho na comunidade	Quase Sempre facilita meu trabalho na comunidade	Sempre facilita meu trabalho na comunidade
Marcar uma opção	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
V. Medo	Nunca me envolvo nas ações de tuberculose, pois tenho medo da doença.	Poucas vezes me envolvo nas ações de tuberculose, pois tenho medo da doença.	Estou quase sempre envolvido nas ações de tuberculose, não tenho medo da doença.	Estou sempre envolvido nas ações de tuberculose, não tenho medo da doença.
Marcar uma opção	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
VI. Excesso de demandas	Nunca faço ações no território, devido a várias demandas de trabalho.	Poucas vezes faço ações no território, mesmo com várias demandas de trabalho.	Quase sempre faço ações no território, mesmo com várias demandas de trabalho.	Sempre faço ações no território, mesmo com várias demandas de trabalho.
Marcar uma opção	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()

ANEXO A – Aprovação Comitê de Ética e Pesquisa da UERJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da Tuberculose na prática do Agente Comunitário de Saúde

Pesquisador: Darleia Ramos Da Rin

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 09970123.2.0000.5282

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.060.724

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado "A busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da Tuberculose na prática do Agente Comunitário de Saúde" está sob a responsabilidade de Darleia Ramos da Rin discente do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UERJ. A pesquisa é orientada pelo Profa. Dra. Mercedes Neto.

Trata-se de um estudo transversal em 28 unidades de saúde do tipo A na AP 3.3, no Município do Rio de Janeiro. A coleta de dados será realizada por meio de um questionário estruturado contendo 21 questões.

A pesquisa prevê 270 participantes, que são agentes comunitários de saúde, lotados em 28 unidades de saúde do tipo A, localizadas no município do Rio de Janeiro.

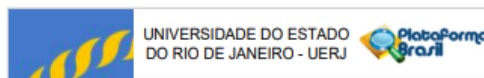
Os critérios de inclusão e exclusão dos participantes são explicitados.

Como critérios de inclusão, a pesquisadora indica a idade mínima de 18 anos dos participantes e tempo de exercício profissional de no mínimo 6 meses.

Como critérios de exclusão, agentes comunitários de saúde que não trabalhem em unidade do tipo A ou que estejam de férias ou de licença.

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, Bl. E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** coep@uerj.br

Página 01 de 02



Continuação do Parecer: 6.060.724

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos primários e secundários foram explicitados.

Como objetivo primário, a pesquisadora aponta "(a)analisar as ações de vigilância no controle da tuberculose desenvolvidas por agentes comunitários de saúde que atuam na AP 3.3, no município do Rio de Janeiro, considerando as atribuições definidas pela PNAB, Ficha SIAB B-TB e Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde".

Como objetivos secundários, são indicados:

- 1.Descrever o perfil dos agentes comunitários de saúde envolvidos na busca ativa de sintomático respiratório na AP 3.3/RJ;
- 2.Discutir a prática do agente comunitário de saúde na busca ativa dos sintomáticos respiratórios e no tratamento diretamente observado;
- 3.Identificar a prática das ações de vigilância pelo ACS no controle da tuberculose e seu contexto no território da AP 3.3/RJ, considerando a Ficha SIAB B-TB e o Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios também são apresentados.

Em relação aos riscos, a pesquisadora os considera como mínimos com origem psicológica, caracterizado por desconforto ao responder o questionário. Como forma de mitigar tais riscos, a pesquisadora reforça o sigilo das respostas e o anonimato.

No que concerne os benefícios, a pesquisadora indica que a pesquisa poderá "contribuir para o controle da tuberculose em sua área (AP 3.3) e em outras áreas do município do Rio de Janeiro, melhorar o acompanhamento do paciente com tuberculose e dar visibilidade a prática de vigilância desenvolvida pelos agentes comunitários de saúde no controle da doença".

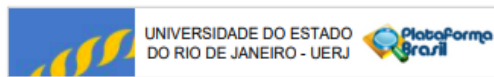
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O financiamento é próprio e o orçamento é apresentado.

O cronograma está adequado.

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, Bl. E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** coep@uerj.br

Página 02 de 02



Continuação do Parecer: 6.060.724

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em relação aos Termos de apresentação obrigatória:

1. A Folha de rosto está devidamente assinada e carimbada pela pesquisadora e pelo diretor em exercício da Faculdade de Enfermagem.
2. OTCLE para os agentes comunitários de saúde foi apresentado e está de acordo com as exigências.
3. Os TAI das 28 unidades de saúde foram apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ante o exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP UERJ deliberou pela aprovação deste projeto, visto que não há implicações éticas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Faz-se necessário apresentar o Relatório Anual - previsto para maio de 2024. O Comitê de Ética em Pesquisa – CEP UERJ deverá ser informado de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

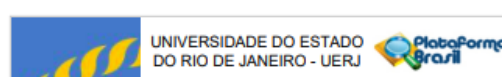
Tendo em vista a legislação vigente, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP UERJ recomenda ao(s) Pesquisador(a): Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e/ou no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para análise das mudanças; informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa; o comitê de ética solicita a V.S.* que encaminhe a este comitê relatórios parciais de andamento a cada 06 (seis) meses da pesquisa e, ao término, encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto; os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_2086685.pdf	19/04/2023 13:49:10		Aceito
TACLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TACLE.docx	19/04/2023 13:39:38	Darleia Ramos Da Rin	Aceito

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, Bl. E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** coep@uerj.br

Página 03 de 04



Continuação do Parecer: 6.060.724

Ausência	TACLE.docx	19/04/2023 13:39:38	Darleia Ramos Da Rin	Aceito
Projeto detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	08/03/2023 15:33:18	Darleia Ramos Da Rin	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	08/03/2023 15:32:48	Darleia Ramos Da Rin	Aceito
Declaração de concordância	Declaracao_de_concordancia.pdf	08/03/2023 13:43:42	Darleia Ramos Da Rin	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_Pesquisadores.pdf	06/03/2023 23:43:45	Darleia Ramos Da Rin	Aceito
Orçamento	Orçamento.pdf	06/03/2023 23:42:53	Darleia Ramos Da Rin	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	02/03/2023 19:26:27	Darleia Ramos Da Rin	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

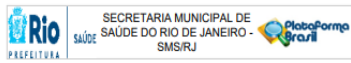
RIO DE JANEIRO, 15 de Maio de 2023

Assinado por:
Rosa Maria Esteves Moreira da Costa
 (Coordenador(a))

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, Bl. E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** coep@uerj.br

Página 04 de 04

ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da SMS-RJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título de Pesquisa: A busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da Tuberculose na prática do Agente Comunitário de Saúde.
Pesquisador: Darcia Ramos Da Rm
Área Temática: Saúde
Versão: CNAE: 869022/30015278
Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER
Número do Parecer: 6.112.063

Apresentação do Projeto: Conforme informações do documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2086885.pdf" segue apresentação do projeto de pesquisa.

Introdução: A Tuberculose é uma doença negligenciada, de grande magnitude, transcendência e vulnerabilidade no Brasil. No ano de 2006, a Política Nacional de Atenção Básica insere o controle da TB como uma das áreas estratégicas para a atuação das equipes de saúde da família. Com a expansão da ESF e com o Agente Comunitário de Saúde aliado a este novo cenário, surge a proposta de desenvolver as ações de vigilância no território e consequentemente o controle da doença através da busca ativa de sintomáticos respiratórios, do tratamento diretamente observado, da observação da cicatriz vaginal e avaliação da caderneta em menores de 5 anos contatados de pessoas com TB, do acompanhamento dos doentes através de visitas domiciliares e da busca de falsos. Objetivo geral: Analisar as ações de vigilância no controle da tuberculose desenvolvidas por agentes comunitários de saúde que atuam na AP 3.3, no município do Rio de Janeiro, considerando as atribuições definidas pela PNAS, Ficha SIAB B-TB e Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde. Objetivos Específicos: Descrever o perfil dos agentes comunitários de saúde envolvidos na busca ativa de sintomático respiratório na AP 3.3/RJ; Discutir a prática do agente comunitário de saúde na busca ativa dos sintomáticos respiratórios e o tratamento diretamente observado; Identificar a prática das ações de vigilância pelo ACS no controle da



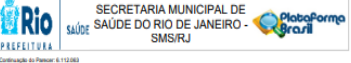
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título de Pesquisa: A busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da Tuberculose na prática do Agente Comunitário de Saúde. Foi realizado um estudo transversal, com uma população amostral de 270 agentes comunitários de saúde, em 28 unidades do tipo A, Canário, a pesquisa será realizada na Área de Planejamento 3.3, nos territórios de Anchieta, Inajá, Madureira, Maracanã e Pavuna. A coleta de dados será através de questionário estruturado com 21 questões. A análise será através do software R. O projeto será submetido aos Comitês de Ética e Pesquisa da UERJ e da SMS RJ, obedecendo as resoluções 466/2012 e 674/22.

Metodologia Proposta: Tipo de Estudo: Para desenvolver o tema proposto, será realizado um estudo transversal, em 28 unidades de saúde do tipo A na AP 3.3, no Município do Rio de Janeiro. Cadeirão de estudo: O presente estudo terá como cenário a AP 3.3, situada na região norte do município. A AP 3.3 é considerada a maior área de planejamento do MRJ, com 312.193 domicílios, além de inúmeras áreas de ocupação irregular e avança desordenado.

Possui uma área territorial de 76,9 km², índice de desenvolvimento social (IDS) - 6,59983, e 18,7% de proporção de domicílios em aglomerados subnormais (DATARJ, 2020). Em sua estrutura de saúde possui 3 hospitais, 2 maternidades, 6 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), sendo 3 municipais e 3 estaduais, 2 Centros de Atendimento Psico-social (CAPS), 1 Centro de Atendimento Psico-social Infantojuvenil (CAPSI), 1 Centro de Atendimento Psico-social Alcool e outras Drogas (CAPS AD), 34 UBS, sendo 28 do tipo A e 6 do tipo B, destas 34 unidades, 22 são clínicas da família. Unidades do Tipo A, são aquelas que possuem 100% (sem permissão de cobertura no território atendido por equipe de saúde da família, enquanto as do tipo B, não possuem esta cobertura. A área possui 180 Equipes de Saúde da Família (ESF) e 7 Núcleo de Atenção em Saúde da Família (NASF). Coleta de dados: Os sujeitos pesquisados serão os Agentes Comunitários de Saúde, sendo utilizado como critérios de inclusão: idade a partir de 18 anos, profissionais que trabalham no mínimo há 6 meses como agente comunitário de saúde; critérios de exclusão: ACS que não trabalham em unidade do tipo A, profissionais que estejam de licença ou férias no período da pesquisa. Para o cálculo da amostra, será utilizado uma margem de erro de 5%, com intervalo de confiança de 95%, no universo de 900 ACS, listados nas unidades de ESF do tipo A. Para atender os critérios será necessário o mínimo de 270 voluntários que possam responder ao questionário de pesquisa. O voluntário que desistir de participar estará



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título de Pesquisa: A busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da Tuberculose na prática do Agente Comunitário de Saúde. A aplicação do questionário nas 28 unidades de saúde do tipo A será realizada pela pesquisadora, após articulação de dia e horário com o responsável pela unidade. O tempo médio gasto para responder o questionário são de 20 minutos. O prazo para coleta de dados nas 28 unidades selecionadas, será de 3 meses após a aprovação dos Comitês de Ética e Pesquisa. Variáveis do Estudo: O presente estudo apresentará variáveis qualitativas e as variáveis quantitativas. As variáveis qualitativas nominais do estudo serão: gênero, raça/cor, transferência de renda do governo, importância do trabalho, mudar de cargo ou profissão, teve ou não teve tuberculose, as variáveis ordinais serão: escolaridade, renda familiar. No estudo também teremos variáveis categóricas discretas: idade, tempo de trabalho como ACS na ESF, pessoas com tosse detectada nos últimos 3 meses, cadastrados que foram acompanhados em TDO pelo ACS.

Objetivo de Inclusão: Idade a partir de 18 anos, profissionais que trabalhem no mínimo há 6 meses como agente comunitário de saúde.

Objetivo de Exclusão: ACS que não trabalham em unidade do tipo A, profissionais que estejam de licença ou férias no período da pesquisa.

Metodologia de Análise de Dados: Será utilizado o software R para inserção e tratamento dos dados através de análises estatísticas

Endereço: Rua Evandro de Vargas, 16, 4º andar
Bairro: Centro CEP: 20.031-040
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)21215-1485 E-mail: cep@smsrj.com.br

Endereço: Rua Evandro de Vargas, 16, 4º andar
Bairro: Centro CEP: 20.031-040
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)21215-1485 E-mail: cep@smsrj.com.br

Endereço: Rua Evandro de Vargas, 16, 4º andar
Bairro: Centro CEP: 20.031-040
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)21215-1485 E-mail: cep@smsrj.com.br



Resumo: As variáveis de 1 a 12 serão analisadas por meio de frequência, proporção e medidas de tendência central ou dispersão. Para a análise de variáveis de 13 a 18 - será adotado a escala de resposta do tipo Likert categorizada, será utilizada uma escala ordinal como: 1 = 2 - insatisfatório (1 - nunca e 2 - quase nunca), 3 - satisfatório (3 - às vezes e 4 e 5 - muito satisfatório (4 - quase sempre e 5 - sempre). Nas questões de 19 a 21 - a análise será realizada a partir da soma dos pontos das respostas, dividido pelo número de perguntas. Na questão 19 será total de pontos dividido por 4, na questão 20 total de pontos dividido por 2 e na questão 21: total de pontos dividido por 6. A escala será categorizada de forma ordinal com variáveis de: 1 - insatisfatório, 2 - pouco satisfatório, 3 - satisfatório e 4 - muito satisfatório. O nível de significância estatística adotado para o cálculo dos intervalos de confiança será de 5%.

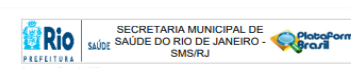
Objetivo de Pesquisa: Conforme informações do documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2086885.pdf" seguem os objetivos do projeto.

Objetivo Primário: 1. Analisar as ações de vigilância no controle da tuberculose desenvolvidas por agentes comunitários de saúde que atuam na AP 3.3, no município do Rio de Janeiro, considerando as atribuições definidas pela PNAS, Ficha SIAB B-TB e Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde.

Objetivo Secundário: 1. Descrever o perfil dos agentes comunitários de saúde envolvidos na busca ativa de sintomático respiratório na AP 3.3/RJ; 2. Discutir a prática do agente comunitário de saúde na busca ativa dos sintomáticos respiratórios e no tratamento diretamente observado; 3. Identificar a prática das ações de vigilância pelo ACS no controle da tuberculose e seu contato no território da AP 3.3/RJ, considerando a Ficha SIAB B-TB e o Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Conforme informações do documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2086885.pdf" seguem os riscos e benefícios do projeto de pesquisa.

Endereço: Rua Evandro de Vargas, 16, 4º andar
Bairro: Centro CEP: 20.031-040
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)21215-1485 E-mail: cep@smsrj.com.br



Riscos: O risco de não participação na pesquisa é mínimo, de origem psicológica, poderá ocorrer um desconforto ao responder o questionário, por se tratar de sua prática no trabalho. Para diminuir esse desconforto, e não haver a possibilidade de visualização de suas respostas, após responder o questionário, você deverá depositá-lo em uma urna com tampa, disponibilizada pela pesquisadora no dia de sua participação na pesquisa.

Benefícios: Os benefícios relacionados com a sua participação poderão contribuir para o controle da tuberculose em sua área (AP 3.3) e em outras áreas do município do Rio de Janeiro, melhorar o acompanhamento do paciente com tuberculose e dar visibilidade a prática de vigilância desenvolvida pelos agentes comunitários de saúde no controle da doença.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: Projeto pesquisa com finalidade de ser apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração Informada: Enfermagem, Saúde e Sociedade. Possui Parecer Substanciado CEP UERJ N° 6.060.724, emitido em 15 de maio de 2023, indicando aprovação para execução da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Os termos de apresentação obrigatória encaminhados para Plataforma Brasil foram aprovados pelo este CEP/SMS RJ.
Recomendações: Não há recomendações.
Condições de Participação e Lista de Indicações: Consideramos que a aprovação dos documentos e projeto de pesquisa encaminhados pelo pesquisador responsável, não exclui o risco ético, sendo assim este CEP SMS RJ indica a aprovação do estudo com exceção nas unidades de atenção primária da 3.3, a saber:
- Clínica da Família Estrela Valado
- Clínica da Família Canário Ribeiro

Endereço: Rua Evandro de Vargas, 16, 4º andar
Bairro: Centro CEP: 20.031-040
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)21215-1485 E-mail: cep@smsrj.com.br



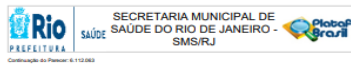
Riscos: O risco de não participação na pesquisa é mínimo, de origem psicológica, poderá ocorrer um desconforto ao responder o questionário, por se tratar de sua prática no trabalho. Para diminuir esse desconforto, e não haver a possibilidade de visualização de suas respostas, após responder o questionário, você deverá depositá-lo em uma urna com tampa, disponibilizada pela pesquisadora no dia de sua participação na pesquisa.

Benefícios: Os benefícios relacionados com a sua participação poderão contribuir para o controle da tuberculose em sua área (AP 3.3) e em outras áreas do município do Rio de Janeiro, melhorar o acompanhamento do paciente com tuberculose e dar visibilidade a prática de vigilância desenvolvida pelos agentes comunitários de saúde no controle da doença.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: Projeto pesquisa com finalidade de ser apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração Informada: Enfermagem, Saúde e Sociedade. Possui Parecer Substanciado CEP UERJ N° 6.060.724, emitido em 15 de maio de 2023, indicando aprovação para execução da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Os termos de apresentação obrigatória encaminhados para Plataforma Brasil foram aprovados pelo este CEP/SMS RJ.
Recomendações: Não há recomendações.
Condições de Participação e Lista de Indicações: Consideramos que a aprovação dos documentos e projeto de pesquisa encaminhados pelo pesquisador responsável, não exclui o risco ético, sendo assim este CEP SMS RJ indica a aprovação do estudo com exceção nas unidades de atenção primária da 3.3, a saber:
- Clínica da Família Estrela Valado
- Clínica da Família Canário Ribeiro

Endereço: Rua Evandro de Vargas, 16, 4º andar
Bairro: Centro CEP: 20.031-040
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)21215-1485 E-mail: cep@smsrj.com.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

curso do projeto deverá ser submetida à aprovação do CEP/SMS-RJ como emenda. Deve-se aguardar o parecer favorável do CEP/SMS-RJ antes de efetuar a modificação. Atentar para a necessidade de atualização do cronograma da pesquisa.

Caso ocorra alguma alteração no financiamento do projeto ora apresentado (alteração de patrocinador, modificação no orçamento ou copatrocínio), o pesquisador tem a responsabilidade de submeter uma emenda ao CEP/SMS-RJ solicitando as alterações necessárias. A nova Ficha de Risco a ser gerada deverá ser assinada nos campos pertinentes e anexada novamente na Plataforma Brasil para análise ética CEP/SMS-RJ.

O CEP/SMS-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Item V.5. da Resolução CNS/MS Nº 466/12) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.5.d. da Resolução CNS/MS Nº 466/12). Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (Item XI.3.3. da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Caso haja interrupção do projeto ou não publicação dos resultados, solicitamos justificar fundamentadamente ao CEP/SMS-RJ.

De acordo com o OFÍCIO CIRCULAR Nº 8/2020/CONEP/SECUNISMS com as orientações para a condução de pesquisas e atividades dos CEPs durante a pandemia provocada pelo SARS-CoV-2 e enquanto perdurar o estado de emergência de saúde pública decorrente da Covid-19, recomendamos que os CEPs e toda a comunidade científica adotem, para a condução dos protocolos de pesquisa, envolvendo seres humanos, as orientações da CONEP observando, ainda, no que couber, as diretrizes emitidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Quando se tratar de pesquisas com seres humanos em instituições integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), os procedimentos não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência à

Endereço: Rua Evandro de Vargas, 16, 4º andar
Bairro: Centro CEP: 20.031-040
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)21215-1485 E-mail: cep@smsrj.com.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

saúde, a não ser quando a finalidade do estudo o justificar, e for expressamente autorizado pelo dirigente da instituição.

As pesquisas realizadas em instituições integrantes do SUS devem atender aos preceitos éticos e de responsabilidade do serviço público e de interesse social, não devendo ser confundidas com as atividades de atenção à saúde.

Em razão da Pandemia, a realização da pesquisa ficará a critério do gestor da Unidade de Saúde avaliar caso seja necessária a suspensão, a interrupção ou o cancelamento da pesquisa devido às demandas de serviços decorrentes da Covid-19. Caso haja a suspensão, interrupção ou cancelamento da pesquisa, caberá aos investigadores a submissão de notificação via Plataforma Brasil, para aprovação do Sistema CEP/CONEP. Para as pesquisas realizadas em instituições educacionais, ficará a critério do gestor/diretor fazer a devida avaliação.

Este parecer possui validade de 12 meses a contar da data de sua aprovação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLC / Termo de Assentamento / Justificativa de Projeto	TCLC.docx	19/04/2023 15:39:38	Darcia Ramos Da Rm	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	08/05/2023 15:33:18	Darcia Ramos Da Rm	Aceito

Situação do Parecer: Aprovado
Necessária Apreciação da CONEP: Não
Risco: RIO DE JANEIRO, 12 de Junho de 2023
Assinado por: Salete Felipe de Oliveira (Coordenadora)

Endereço: Rua Evandro de Vargas, 16, 4º andar
Bairro: Centro CEP: 20.031-040
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)21215-1485 E-mail: cep@smsrj.com.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

saúde, a não ser quando a finalidade do estudo o justificar, e for expressamente autorizado pelo dirigente da instituição.

As pesquisas realizadas em instituições integrantes do SUS devem atender aos preceitos éticos e de responsabilidade do serviço público e de interesse social, não devendo ser confundidas com as atividades de atenção à saúde.

Em razão da Pandemia, a realização da pesquisa ficará a critério do gestor da Unidade de Saúde avaliar caso seja necessária a suspensão, a interrupção ou o cancelamento da pesquisa devido às demandas de serviços decorrentes da Covid-19. Caso haja a suspensão, interrupção ou cancelamento da pesquisa, caberá aos investigadores a submissão de notificação via Plataforma Brasil, para aprovação do Sistema CEP/CONEP. Para as pesquisas realizadas em instituições educacionais, ficará a critério do gestor/diretor fazer a devida avaliação.

Este parecer possui validade de 12 meses a contar da data de sua aprovação.

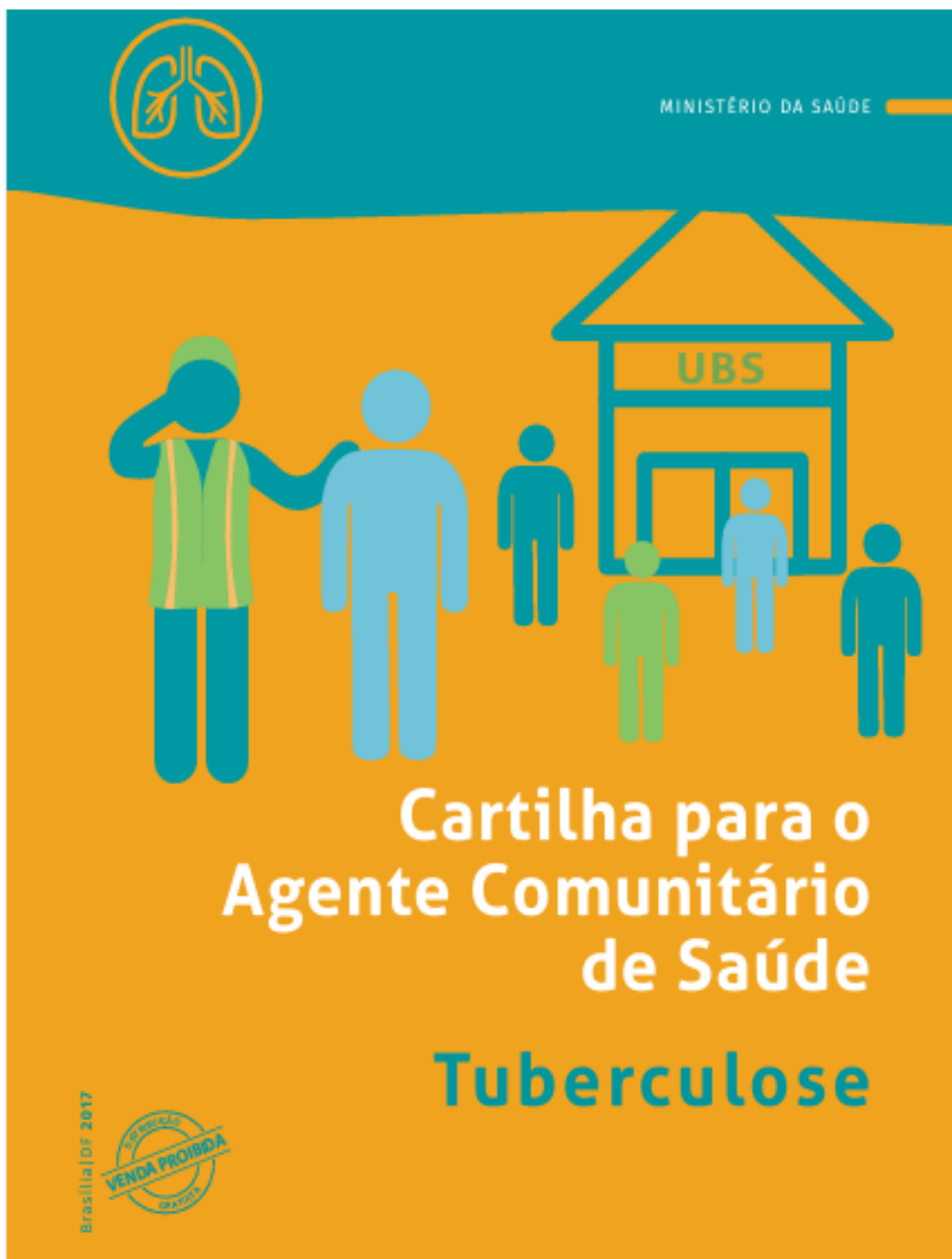
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLC / Termo de Assentamento / Justificativa de Projeto	TCLC.docx	19/04/2023 15:39:38	Darcia Ramos Da Rm	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	08/05/2023 15:33:18	Darcia Ramos Da Rm	Aceito

Situação do Parecer: Aprovado
Necessária Apreciação da CONEP: Não
Risco: RIO DE JANEIRO, 12 de Junho de 2023
Assinado por: Salete Felipe de Oliveira (Coordenadora)

Endereço: Rua Evandro de Vargas, 16, 4º andar
Bairro: Centro CEP: 20.031-040
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)21215-1485 E-mail: cep@smsrj.com.br

ANEXO D – Cartilha para o ACS (Brasil, 2017c) (ACS)



ANEXO E – Ficha SINAN TB

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO TUBERCULOSE		Nº
<p>CRITÉRIO LABORATORIAL - é todo caso que, independentemente da forma clínica, apresenta pelo menos uma amostra positiva de bacilos cópia, ou de cultura, ou de teste rápido molecular para tuberculose. CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO - é todo caso que não preenche o critério de confirmação laboratorial acima descrito, mas que recebeu o diagnóstico de tuberculose at Iva. Essa definição leva em consideração dados clínico-epidemiológicos associados à avaliação de outros exames complementares (como os de imagem, histológicos, entre outros).</p>				
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual
	2	Agravado/doença		TUBERCULOSE
		Código (CID10)	3	Data da Notificação
	4	UF	5	Município de Notificação
Notificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código
	7	Data do Diagnóstico		
	8	Nome do Paciente		9
	10	(ou) idade	11	Sexo
Dados de Residência	12	Gestante		13
	14	Escolaridade		
	15	Número do Cartão SUS		16
	17	UF	18	Município de Residência
Dados Complementares do Caso	19	Código (IBGE)		20
	21	Logradouro (rua, avenida,...)		Código
	22	Número		23
	24	Geo campo 1		
Dados Complementares	25	Geo campo 2		26
	27	Porto de Referência		28
	29	Zona		30
	31	Nº do Prontuário		32
	33	Populações Especiais		34
	35	Forma		36
	37	Doenças e Agravos Associados		
	38	Badioscopia de Escarro (diagnóstico)		39
	40	HM		
	41	Terapia Antirretroviral Durante o Tratamento para a TB		42
	43	Cultura		44
	45	Teste de Sensibilidade		
46	Data de Início do Tratamento Atual		47	
Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde		
Nome		Função		Assinatura
Tuberculose		Sinan NET		SVS 02/10/2014

ANEXO F – Livro de Sintomático Respiratório (SR)**Livro de Registro do Sintomático Respiratório no
Serviço de Saúde**

ANEXO G – Livro de registro de pacientes e acompanhamento dos casos de TB

Livro de Registro de Pacientes e Acompanhamento de Tratamento dos Casos de Tuberculose



