



## Agente Comunitário de Saúde no controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde\*

*The Community Health Agent in the control of tuberculosis in Primary Health Care*

*Agente Comunitario de Salud en el control de la tuberculosis en la Atención Primaria a la Salud*

**Juliane de Almeida Crispim<sup>1</sup>, Beatriz Estuque Scatolin<sup>2</sup>, Laís Mara Caetano da Silva<sup>3</sup>, Ione Carvalho Pinto<sup>4</sup>, Pedro Fredemir Palha<sup>5</sup>, Ricardo Alexandre Arcêncio<sup>6</sup>**

### RESUMO

**Objetivo:** Avaliar o desempenho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) no controle da tuberculose (TB) em áreas assistidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo estabelecida uma análise comparativa com os ACSs inscritos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais. **Métodos:** Estudo transversal, realizado em um município prioritário para o controle da TB no Estado de São Paulo, com uma amostra mínima de 108 ACSs das ESFs e das UBSs. Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento elaborado para a Atenção Primária à Saúde (APS), adaptado para atenção à TB. **Resultados:** No que concerne às ações de controle da TB, observou-se que não houve diferenças com significância estatística entre o desempenho dos ACSs das unidades da ESF e os inscritos nas UBSs. **Conclusão:** O estudo evidenciou a fragilidade dos ACSs em incorporar na sua prática as ações de controle da TB nas distintas modalidades de APS, apesar do destaque dado à ESF.

**Descritores:** Agentes comunitários de saúde; Tuberculose/prevenção & controle; Atenção primária à saúde

### ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the performance of the Community Health Agent (CHA) in the control of tuberculosis (TB) in areas served by the Family Health Strategy (FHS), which established a comparative analysis with the CHAs enrolled in the traditional Basic Health Units (BHU). **Methods:** A cross-sectional study in a priority municipality for TB control in the state of São Paulo, with a minimum sample of 108 CHAs of FHSs and the BHUs. For the collection of data, we used an instrument developed for Primary Health Care (PHC), adapted for TB care. **Results:** With regard to the actions of TB control, it was observed that there were no statistically significant differences between the performance of CHAs, the units of the FHS, and those enrolled in the BHUs. **Conclusion:** The study highlighted the fragility of CHAs to incorporate into their practice actions to control TB in the distinct modalities of PHC, despite the prominence given to the FHS.

**Keywords:** Community health workers; Tuberculosis/prevention & control; Primary health care

### RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar el desempeño del Agente Comunitario de Salud (ACS) en el control de la tuberculosis (TB) en áreas asistidas por la Estrategia Salud de la Familia (ESF), siendo establecido un análisis comparativo con los ACSs inscritos en las Unidades Básicas de Salud (UBS) tradicionales. **Métodos:** Estudio transversal, realizado en un municipio prioritario para el control de la TB en el Estado de Sao Paulo, con una muestra mínima de 108 ACSs de las ESFs y de las UBSs. Para la recolección de los datos se utilizó un instrumento elaborado para la Atención Primaria a la Salud (APS), adaptado para la atención a la TB. **Resultados:** En lo que concierne a las acciones de control de la TB, se observó que no hubo diferencias con significancia estadística entre el desempeño de los ACSs de las unidades de la ESF y los inscritos en las UBSs. **Conclusión:** En el estudio se evidenció la fragilidad de los ACSs para incorporar en su práctica acciones de control de la TB en las distintas modalidades de APS, a pesar de la importancia dada a la ESF.

**Descriptores:** Agentes comunitarios de salud; Tuberculosis/prevenición & control; Atención primaria de salud

\* Estudo desenvolvido no município de Ribeirão Preto, SP, como subprojeto da pesquisa intitulada: A efetividade das ações do Agente Comunitário de Saúde no controle da tuberculose em duas modalidades de Atenção Básica no município de Ribeirão Preto, SP, Projeto Regular FAPESP, Processo nº2009/17666-6.

<sup>1</sup> Pós-graduanda (Mestrado) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

<sup>2</sup> Pós-graduanda (Mestrado) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

<sup>3</sup> Pós-graduanda (Doutorado) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

<sup>4</sup> Professora Associada do Departamento Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

<sup>5</sup> Professor Associado do Departamento Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

<sup>6</sup> Professor Doutor do Departamento Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

## INTRODUÇÃO

Ao longo de muitas décadas, a tuberculose (TB) afeta a humanidade. Até meados do século XIX, o caráter infectocontagioso da doença não era reconhecido, estando ela associada a várias causas, como a hereditariedade, os miasmas e outros determinantes ambientais e sociais. Após a descoberta do *Micobacterium tuberculosis*, em 1882, a TB foi definida como doença infecciosa, iniciando-se a busca por vacinas e tratamentos medicamentosos, resultando, assim, em renovadas possibilidades<sup>(1)</sup>.

Embora seja potencialmente prevenível e curável, ainda hoje, a TB é vista como um sério problema de saúde pública nos países em desenvolvimento. Associada às condições de pobreza e de iniquidade social, a doença atinge, na maioria dos casos, adultos jovens em idade economicamente ativa<sup>(2)</sup>. Cabe destacar que, para esses indivíduos, grandes obstáculos se interpõem no acesso aos serviços de saúde, tendo como consequência o retardo no diagnóstico e, por sua vez, novos casos de TB na comunidade<sup>(3)</sup>.

Entre os 22 países responsáveis por 80% da carga da doença no mundo, o Brasil ocupa a 19ª posição, alcançando, em 2009, taxa de incidência de 38 casos por 100.000 habitantes. No País, registra-se, ainda, cerca de 80 mil novos casos e 4,6 mil óbitos a cada ano, em razão da coinfeção com HIV/AIDS, além de outros determinantes<sup>(2)</sup>. Esse contexto impõe medidas prementes de enfrentamento, vislumbrando novas diretrizes de trabalho, nas quais as autoridades sanitárias têm reforçado a descentralização das ações de controle da TB para a Atenção Primária à Saúde (APS), como forma de ampliar o acesso ao diagnóstico e ao tratamento da doença em todo o território brasileiro<sup>(4)</sup>.

Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tornou-se prioritária na agenda das políticas de saúde voltadas ao controle da TB<sup>(5)</sup>, e a extensão em cobertura parece seguir a tendência nacional. A ESF adota a lógica da delimitação da área de abrangência com adscrição de clientela e priorização das áreas de risco, cujas práticas se desenvolvem com os usuários e suas famílias no território que, em tese, possibilitariam o diagnóstico precoce da doença<sup>(6)</sup>.

No entanto, uma fração importante dos municípios possui histórico de oferta de serviços de saúde que se traduzem na existência de redes com experiências acumuladas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais que com a ESF, constituem a porta de entrada para o sintomático respiratório de TB, no Sistema Único de Saúde (SUS). Nas UBSs tradicionais, a demanda atendida apresenta-se de forma espontânea ou por agendamento, não havendo adscrição da clientela como nas ESFs<sup>(7)</sup>.

Nessas modalidades, ganha destaque a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS), sujeito que emerge da comunidade e integra-se às equipes de saúde, sendo

reconhecido pela capacidade de estabelecer o elo entre a comunidade e os serviços de saúde<sup>(8-10)</sup>. Pautados na referida concepção, e considerando que a ESF propõe-se a levar as ações de prevenção e controle da doença para perto do usuário e sua família, os autores valem-se da premissa de que os ACSs, alocados nas unidades da ESFs, apresentarão melhor desempenho para o controle da TB do que aqueles inseridos nas UBSs.

Nas propostas nacionais de controle da doença, de forma genérica e sem distinções entre as modalidades de APS, é esperado que o ACS seja capaz de identificar por meio de visitas domiciliares, os indivíduos que apresentam tosse por 3 semanas ou mais, e encaminhá-los aos serviços de saúde para investigação da doença. Também cabe ao ACS prover orientação sobre a doença às famílias e às comunidades, assim como o acompanhamento dos doentes durante o Tratamento Diretamente Observado<sup>(5,11)</sup>.

Não foram encontradas pesquisas internacionais que comparassem a atuação do ACS nas duas modalidades de APS, possivelmente, porque essas diferenças sejam peculiaridades do sistema de saúde brasileiro. Ainda, na literatura internacional, pode-se constatar número reduzido de trabalhos com a proposta de investigar seu desempenho no controle da TB. No entanto, tais trabalhos possibilitariam constatações importantes de que os ACSs eram alocados, especialmente, em áreas remotas, onde os serviços de saúde não dispunham de recursos adequados, sendo os países africanos e asiáticos os que mais incorporaram os ACSs aos seus sistemas de saúde. As pesquisas evidenciaram também que a atuação desses atores ampliou o acesso da população aos serviços, bem como a aceitabilidade e adesão ao tratamento da TB, resultando no aumento das taxas de cura<sup>(12-15)</sup>.

Por sua vez, pesquisas nacionais revelaram que o conhecimento do ACS sobre TB era incipiente, e as ações de controle da TB praticadas por esses agentes, no território, davam-se de forma pontual, isolada e incongruente<sup>(16,17)</sup>.

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo: avaliar o desempenho do ACS no controle da TB em áreas assistidas pela ESF, sendo estabelecida uma análise comparativa com os ACSs inscritos nas UBSs tradicionais. Ressalta-se que este trabalho reveste-se de elevada importância por se tratar de investigação inédita e original, que poderá subsidiar as políticas de saúde vigentes e, assim, contribuir com gestores, pesquisadores e sociedade civil na definição de estratégias para o controle da TB e evidenciar potencialidades da APS na consecução dessa proposta.

## MÉTODOS

Trata-se de estudo de abordagem quantitativa, de corte transversal, realizado no município de Ribeirão Preto, considerado como prioritário para o controle da TB no Estado de São Paulo.

No período da coleta de dados, o município possuía população estimada de 563.107 habitantes. De acordo com o último censo, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Ribeirão Preto apresentou taxa de analfabetismo em torno de 14,45, esperança de vida ao nascer de 74,4 anos índice de desenvolvimento humano de 0,85 e índice de exclusão social em torno de 0,67. A rede municipal de saúde estava estruturada com 47 serviços de atenção básica, distribuídos pelos cinco distritos sanitários, e a cobertura populacional para ESF era de 13%, e a cobertura populacional total, com equipes de Agentes Comunitários de Saúde, de 35%. O número de casos da doença nesse período foi de 202 e a taxa de incidência de 35,87 casos por 100.000 habitantes<sup>(18)</sup>.

A população de referência foi composta pelo universo dos ACSs das ESFs e UBSs tradicionais, após levantamento realizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, totalizando 333 ACSs. Em seguida, extraiu-se desse banco o número de ACSs por Distrito Sanitário e por modalidade de APS, sendo 79 ACSs da ESF e 254 ACSs da UBS. No estudo, considerou-se o nível de confiança de 95% e erro amostral tolerável de 5%. Para o cálculo da amostra, considerou-se a seguinte fórmula<sup>(19)</sup>:

$$n = \frac{S^2 / D}{1 + \frac{S^2 / D}{N}} \quad D = \frac{B^2}{Z_\alpha^2}$$

n = tamanho da amostra e N = tamanho da população = 333

Prevendo-se taxa de não resposta de, aproximadamente, 20%, calculou-se uma amostra mínima de 108 ACSs. Em seguida, essa amostra foi estratificada por partilha proporcional, que correspondeu a 39 ACSs das ESFs, distribuídos nas unidades de saúde da região norte, 10 trabalhadores; leste, 11; e oeste, 18, e as regiões sul e central do município não apresentam ESF. Pertencentes às UBSs foram 69 ACSs, distribuídos nas unidades de saúde da região norte 21 trabalhadores; sul, seis; leste,

sete; oeste, 32 e central, três, de acordo com os dados apresentados na Figura 1.

A coleta de dados foi realizada em janeiro de 2010, utilizando-se o instrumento formulado e validado para a avaliação de desempenho de serviços de APS no Brasil<sup>(20)</sup> e adaptado para avaliar a atenção à TB<sup>(21)</sup>. Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e, em seguida, leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Quanto aos questionários, os pesquisadores instruíram os ACSs sobre o teor do instrumento e o padrão de respostas dos itens, que se constituíam de variáveis dicotômicas, politômicas e escala Likert. No que se refere à escala Likert, utilizou-se um padrão de resposta de 5 pontos, sendo considerados valores de 1 a 5, nos quais os entrevistados indicavam seu grau de concordância ou discordância com o evento que estava sendo investigado. Cabe destacar que as declarações de concordância receberam valores altos, enquanto que as de discordância, valores mais baixos. Ressalta-se que as vantagens no uso dessa escala relacionam-se à facilidade na construção dos itens e na amplitude das respostas, as quais permitiram a obtenção de informações mais precisas sobre cada afirmação investigada.

Os dados foram analisados no *software Statistica da Statsoft, versão 9.0*, sendo calculadas as medidas de posição (média e intervalo de confiança) e de dispersão. O teste F também usado para comparação entre as ações desenvolvidas pelos ACSs das ESFs e UBSs tradicionais. O resultado foi considerado significativo quando a probabilidade de erro tipo I apresentasse valor <5% e (p < 0,05). Realizou-se o teste F, quando as variáveis satisfiziam as suposições de independência, homocedasticidade e normalidade. A suposição de igualdade de variância foi verificada com o uso do teste de Levene.

O projeto foi previamente autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, SP, e recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob Protocolo n°0984/2008.

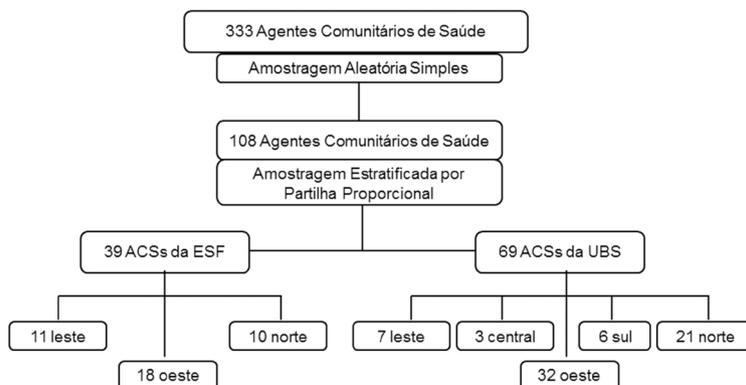


Figura 1. Síntese esquemática do plano amostral do estudo, Ribeirão Preto, SP

## RESULTADOS

Os dados referentes à caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo estão apresentados na Tabela 1.

**Tabela 1** – Características sociodemográficas dos Agentes Comunitários de Saúde, conforme a modalidade de Atenção Primária à Saúde, Ribeirão Preto, SP

Características sociodemográficas dos Agentes Comunitários de Saúde	ESF	UBS	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Gênero</b>			
Feminino	39 (36,0)	68 (63,0)	107 (99,0)
Masculino	0 (0,0)	01 (1,0)	01 (1,0)
<b>Formação</b>			
Nível fundamental	07 (6,5)	11 (10,2)	18 (16,7)
Nível médio	26 (24,0)	47 (43,6)	73 (67,6)
Nível técnico	06 (5,5)	11 (10,2)	17 (15,7)
<b>Tempo de trabalho</b>			
≤12 meses	02 (1,8)	04 (3,7)	06 (5,5)
13-60 meses	19 (17,5)	15 (13,9)	34 (31,4)
61-120 meses	18 (16,6)	50 (46,4)	68 (63)
<b>Julga sua remuneração</b>			
Muito ruim	14 (12,9)	10 (9,3)	24 (22,2)
Ruim	07 (6,4)	23 (21,3)	30 (27,7)
Regular	13 (12)	25 (23,1)	38 (35,1)
Boa	05 (4,6)	10 (9,3)	15 (13,9)
Muito Boa	0 (0,0)	01 (1,0)	01 (1,0)
<b>Trabalhar neste lugar é</b>			
Muito ruim	0 (0,0)	07 (6,5)	07 (6,5)
Ruim	0 (0,0)	03 (2,8)	03 (2,8)
Regular	03 (2,7)	07 (6,5)	10 (9,2)
Bom	19 (17,5)	43 (39,9)	62 (57,4)
Muito Bom	17 (15,6)	09 (8,4)	26 (24,0)
<b>Total</b>	<b>39 (36,0)</b>	<b>69 (64,0)</b>	<b>108 (100)</b>

Fonte: Cálculo dos autores

Na referida tabela, observa-se que em relação à distribuição por gênero nas modalidades ESFs e UBSs tradicionais, houve predominância do feminino. Quanto à formação, a maioria dos ACSs concluiu o Ensino Médio, e parte representativa dos ACSs das ESFs está há menos tempo na rede de APS, quando se comparam os ACSs das UBSs tradicionais.

Em relação às ações de controle da TB, desenvolvidas pelo ACS em seu contexto de trabalho (Tabela 2), verifica-se que a identificação do sintomático respiratório pelo ACS, quando da visita domiciliar, ainda é esporádica em ambas as modalidades de APS ( $\bar{X} = 3,82$  nas ESFs e  $\bar{X} = 3,91$  nas UBSs tradicionais). O controle de comunicantes, com base nos casos de TB confirmados, apresenta média inferior das ESFs ( $\bar{X} = 3,57$ ), quando comparada às UBS tradicionais ( $\bar{X} = 4,03$ ), no entanto, não se observa diferença com significância estatística.

A inclusão de parceiros da comunidade ou mobilização de equipamentos sociais para a busca de sintomático respiratório, bem como a orientação da TB na comunidade são ações que refletem uma prática incipiente, observando-se que especialmente no contexto das ESFs, essas ações “nunca” ou “quase nunca” são desenvolvidas.

De acordo com os dados da Tabela 3, não se verifica diferença no preparo referido pelos ACSs para a consecução das ações de controle da doença nas modalidades investigadas. Todavia, os ACSs das ESFs consideram-se menos preparados para identificar os suspeitos de TB (ESF,  $\bar{X} = 3,77$  versus UBS,  $\bar{X} = 3,91$ ) e para orientar sobre a coleta de escarro (ESF,  $\bar{X} = 3,51$  versus UBS,  $\bar{X} = 3,88$ ).

No que refere ao número de casos de TB acompanhados pelos ACS desde o início de seu trabalho nas distintas modalidades de APS, identifica-se mediana de zero na ESF e de um nas UBSs, diferença estatisticamente significativa baseada no teste F ( $p = 0,04$ ).

**Tabela 2** – Ações de controle da tuberculose desenvolvidas pelo Agente Comunitário de Saúde, segundo a modalidade de Atenção Primária à Saúde, Ribeirão Preto, SP

Ações de controle da TB desenvolvidas pelo Agente Comunitário de Saúde	n	Modalidades de Atenção Primária					
		ESF			UBS		
		$\bar{X}$ (95%IC)	DP	n	$\bar{X}$ (95%IC)	DP	Teste F Valor de p
Identificação de sintomáticos respiratórios (SR) na visita domiciliar	39	3,82 (3,46 – 4,18)	±1,09	69	3,91 (3,62 – 4,20)	±1,20	ns
Identificação dos SR de tuberculose na comunidade e nos serviços de saúde	39	2,90 (2,61 – 3,18)	±0,88	69	3,07 (2,82 – 3,32)	±1,04	ns
Investigação de SR a partir dos casos de TB confirmados, na comunidade	30 <sup>#</sup>	3,57 (2,95 – 4,18)	±1,65	65 <sup>#</sup>	4,03 (3,68 – 4,38)	±1,41	ns
Parceria com a comunidade para a busca de sintomático respiratório	39	1,82 (1,41 – 2,23)	±1,27	69	1,98 (1,65 – 2,31)	±1,37	ns
Discussão com a comunidade sobre TB	39	1,41 (1,09 – 1,73)	±1,16	69	1,61 (1,35 – 1,86)	±1,31	ns

<sup>#</sup> Considerando somente os ACSs que referiram que essa ação tem aplicabilidade no seu contexto de trabalho

ns: não significativo

Fonte: Cálculo dos autores

**Tabela 3** – O preparo referido pelo Agente Comunitário de Saúde para a consecução das ações de controle da tuberculose, segundo a modalidade de Atenção Primária à Saúde, Ribeirão Preto, SP.

Preparo referido pelo Agente Comunitário de Saúde	Modalidades de Atenção Primária						Teste F Valor de p
	ESF			UBS			
	n	$\bar{X}$ (95%IC)	DP	n	$\bar{X}$ (95%IC)	DP	
Preparo para identificar suspeitos de TB	39	3,77 (3,32 – 4,22)	±1,38	69	3,91 (3,60 – 4,22)	±1,29	ns
Preparo para orientar sobre a TB	39	4,33 (3,99 – 4,68)	±1,05	69	4,35 (4,08 – 4,61)	±1,10	ns
Preparo para orientar a coleta de escarro	39	3,51 (2,98 – 4,05)	±1,65	69	3,88 (3,55 – 4,22)	±1,40	ns

ns: não significativo

## DISCUSSÃO

O estudo apresentou abordagem de avaliação do desempenho do ACS no controle da TB, portanto na análise comparativa entre as modalidades de APS, cujos resultados demonstraram que não há diferenças com significância estatística entre o desempenho desses atores no que concerne às ações de controle da doença, rejeitando, assim, a premissa inicial do trabalho. Um dado evidenciado refere-se à diferença no número de casos de TB acompanhados pelos ACSs, em que aqueles inscritos nas ESFs seguiram menos casos de TB quando comparados às UBSs tradicionais.

Ao se cotejarem os resultados obtidos, observa-se a fragilidade dos ACSs em incorporar na sua prática o controle da TB, esses achados revelam-se de elevada importância para as políticas de saúde, à medida que suscitam debates relevantes sobre a descentralização das ações de controle da doença no município investigado. Embora se reconheça que o delineamento do estudo exige suas devidas moderações e, assim, novas investigações com outras abordagens e enfoques, a pesquisa traz reflexões sobre a missão atribuída à ESF em assumir a vanguarda de um novo projeto pensado para a saúde.

De fato, os resultados encontrados podem estar associados à cobertura incipiente das ESFs no município, situação que seria considerada como “ESF sem ESF”<sup>(22)</sup>. Ademais, a própria historicidade do cenário investigado deve ser mencionada, trazendo no bojo as experiências com as UBSs tradicionais<sup>(7,23)</sup>, cuja lógica de atenção pauta-se na demanda espontânea e no agendamento, sem expressão das atividades extramuros e falta de parceria com a comunidade, não favorecendo o controle da TB.

Assim, a ruptura com essa lógica exigiria um plano robusto de investimento permanente na formação e qualificação de recursos humanos, introdução de sistemas logísticos e de apoio, para que a ESF tenha condições de se conformar, como eixo coordenador da APS<sup>(24)</sup>.

No tocante ao ACS, alguns estudos evidenciam a inabilidade desse ator na identificação e manejo dos sintomáticos respiratórios e distorção de informações sobre os sintomas e tratamento da doença<sup>(16,17)</sup>. Os acha-

dos enunciados requerem reflexão sobre as mudanças no cenário da saúde que envolvem os fatores de ordem político-institucional e social. Para o desempenho efetivo do ACS no controle da TB são necessários investimentos nas distintas bases que sustentam o sistema de saúde, possibilitando assim uma prática fundamentada nos princípios do SUS.

No entanto, a mudança da figura de mensageiro da equipe a agente potencial no território que logre êxito nas ações de controle da TB, é um processo complexo, porque além das vivências pessoais tecidas na comunidade, os domínios técnicos e a competência política deverão estar imbricados à sua práxis<sup>(10)</sup>.

Estudo<sup>(25)</sup> conduzido na Cidade do Cabo (África do Sul) demonstrou o avanço no controle da doença após o envolvimento dos ACSs no planejamento e manejo clínico dos casos, resultando em melhorias importantes no programa de controle da TB, quando comparado aos que faziam uso exclusivo das unidades de saúde.

Assim, para a obtenção de êxito em larga escala, as modalidades de APS devem planejar cuidadosamente as ações de controle da doença, assegurando vontade política, com apelativos ao apoio da comunidade. Na sinergia entre os trabalhadores e usuários, as equipes devem se valer de um novo processo de trabalho, de ação coletiva, do fazer cooperativo, aumentando-se as chances de progresso no controle da TB<sup>(26-28)</sup>.

Cabe ressaltar que essa investigação não permite generalizações para outros cenários, pois para tal seria necessário outro delineamento metodológico, todavia o trabalho poderá trazer contribuições importantes para o campo da saúde coletiva, no que concerne ao planejamento e à gestão do controle da TB na APS. Como limitação, destaca-se que os resultados apresentados emanam de relatos de um ator da equipe, exigindo, portanto, as devidas moderações. Para novas pesquisas, seria interessante incluir outros integrantes da equipe, a fim de prover cartografia mais representativa e global das ações de controle da TB, nas distintas modalidades de APS.

Ao se interpretar os dados é preciso considerar que em estudos transversais há a possibilidade da ocorrência do viés de memória. Vários fatores interferem no proces-

so cognitivo de recuperação e recordação da informação pelos sujeitos, como a idade, nível educacional, gênero ou ambiente do local da entrevista, assim, alguns dados poderiam estar subestimados ou superestimados.

Desse modo, reitera-se a necessidade de outras investigações que possibilitem acompanhamento sistemático da atuação do ACS e também o desenvolvimento de estudos comparativos, voltados às UBSs, que têm ou não os ACSs inseridos, a fim de se conhecer a interferência desse ator na dinâmica da unidade de saúde e na qualidade de seus resultados. Contudo, as evidências deste estudo podem ser tomadas em conjunto com outras pesquisas desenvolvidas no Brasil<sup>(16,17)</sup> que contribuem, de forma muito própria, para a compreensão da situação da TB no contexto dos serviços de saúde e fomenta a qualificação das práticas e formação desses profissionais para o controle da doença na perspectiva da APS.

## CONCLUSÃO

O estudo traz como evidência a fragilidade dos ACSs em incorporar no seu contexto de trabalho as ações de controle da TB nas distintas modalidades de APS. No ce-

nário investigado, os ACSs da ESF não têm efetivamente avançado no controle da doença, apesar de reconhecida a relevância dessa estratégia na redução da morbidade e mortalidade por TB.

Ressalta-se a importância desse ator social na detecção precoce dos suspeitos de TB na comunidade, e o manejo dos casos da doença no âmbito da APS. No entanto, para a construção de nova prática, que atenda tal demanda, é necessário promover mudanças nos processos de trabalho, consubstanciadas pela qualificação, valorização e motivação do ACS, em um contexto permanente de educação profissional. No que tange às problemáticas que fogem à sua governabilidade, cabe à gestão municipal suscitar e apoiar novos dispositivos institucionais, capazes de produção em saúde mais condizentes com a complexidade epidemiológica e social da TB, no município investigado.

## Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pelo apoio concedido para o desenvolvimento deste estudo (Processo nº2.009/17.666-6) e aos pesquisadores do Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose (GEO/TB).

## REFERÊNCIAS

- Rodrigues L, Barreto M, Kramer M, Barata RC. Brazilian response to tuberculosis: context, challenges and perspectives [editorial]. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41 Suppl 1:1-2.
- World Health Organization. Global tuberculosis control: a short update to the 2009 report 2010. Geneva: WHO; 2010.
- Machado AC, Steffen RE, Oxlade O, Menzies D, Kritski A, Trajman A. Factors associated with delayed diagnosis of pulmonary tuberculosis in the state of Rio de Janeiro, Brazil. *J Bras Pneumol*. 2011; 37(4):512-20.
- Castelo Filho A, Kritski AL, Barreto AW, Lemos AC, Ruffino-Netto A, Guimarães CA, et al. II Consenso Brasileiro de Tuberculose: diretrizes brasileiras para tuberculose 2004. *J Bras Pneumol*. 2004; 30 (Suppl 1):S2-S56.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
- Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Conh A, Kishima V, Junior AE et al. [Primary health care: a comparison of PSF and UBS units per stratum of socially excluded users in the city of São Paulo]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(3):633-41. Portuguese
- Nogueira RP. [The work of the community healthcare agent: between the technical "universalist" dimension and the social "communitarian" dimension] *Interface Comunic Saúde Educ*. 2002; 6(10):75-94. Portuguese.
- Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MC. [Community-based health workers: building the identity of this hybrid, polyphonic character]. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(6):1639-46. Portuguese.
- Silva JA, Dalmaso AS. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber e o fazer. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. 240 p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde/Centro de Referência Professor Hélio Fraga/Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
- Islam A, Wakai S, Ishikawa N, Chowdhury AM, Vaughan JP. Cost-effectiveness of community health workers in tuberculosis control in Bangladesh. *Bull World Health Organ*. 2002; 80(6):445-50.
- Kironde S, Kahirimbanyi M. Community participation in primary health care (PHC) programmes: lessons from tuberculosis treatment delivery in South Africa. *Afr Health Sci*. 2002; 2(1):16-23.
- Suri A, Gan K, Carpenter S. Voices from the field: perspectives from community health workers on health care delivery in rural KwaZulu-Natal, South Africa. *J Infect Dis*. 2007; 196 Suppl 3:S505-11.
- Datiko DG, Lindtjorn B. Health extension workers improve tuberculosis case detection and treatment success in southern Ethiopia: a community randomized trial. *PLoS One* [Internet]. 2009 [cited 2012 Feb. 10]; 4(5):e5443. Available from: <http://www.plosone.org/article/journal.pone.0005443>
- Nogueira JA, Rufino-Netto A, Monroe AA, Gonzales RI, Villa TC. Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose na percepção do Agente Comunitário de Saúde. *Rev Eletrônica Enferm*. 2007; 9(1):106-18.
- Maciel EL, Vieira RC, Milani EC, Brasil M, Fregona G, Dietze R. Community health workers and tuberculosis control: knowledge and perceptions. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(6):1377-86.
- Brasil. Ministério da Saúde. Sala de Situação em Saúde. Dados epidemiológicos da tuberculose no município de Ribeirão Preto [Internet]. 2009 [citado 2011 Jul 16].

- Disponível em: <http://189.28.128.178/sage>
19. Bolfarine H, Bussab WO. Elementos de amostragem. São Paulo: Edgard Blucher; 2005. 274 p.
  20. Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006. (Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 10).
  21. Villa TC, Ruffino-Netto A. Performance assessment questionnaire regarding TB control for use in primary health care clinics in Brazil. *J Bras Pneumol*. 2009; 35(6):610-2.
  22. Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002. 92 p.
  23. Machado CV, de Lima LD, Viana LS. Organization of traditional Primary Health Care and the Family Health Program in large cities in Rio de Janeiro State, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24 Suppl 1:S42-S57.
  24. Bodstein R. [Primary care in the agenda of public health sector in Brazil]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002; 7(3):401-12. Portuguese.
  25. Dudley L, Azevedo V, Grant R, Schoeman JH, Dikweni L, Maher D. Evaluation of community contribution to tuberculosis control in Cape Town, South Africa. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2003; 7 (9 Suppl 1):S48-55.
  26. World Health Organization. Community health workers: what do we know about them? Policy briefs. Geneva: WHO; 2007.
  27. Brunello ME, Cerqueira DF, Pinto IC, Arcêncio RA, Gonzales RI, Villa TC, et al. Interaction between patient and health care professionals in the management of tuberculosis. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22(2):176-82.
  28. de Souza KM, de Sá LD, Palha PF, Nogueira JA, Villa TC, Figueiredo DA. Tuberculosis treatment drop out and relations of bonding to the family health team. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [cited 2011 Mar 4]; 44(4): 365-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v44n4/07>.