

A tuberculose na estratégia de saúde da família: o conhecimento dos agentes comunitários de saúde*Tuberculosis in the family health strategy: the knowledge of community health agents**La tuberculosis en la estrategia salud de la familia: conocimiento de los agentes comunitarios de salud*Ellen Cristine Ramdohr Sobrinho¹, Karen Grecco de Freitas², Rosely Moralez de Figueiredo³, Juliano de Souza Caliarí⁴

¹ Enfermeira. São Carlos, SP, Brasil. E-mail: ellen_ramdohr@yahoo.com.br.

² Enfermeira. São Carlos, SP, Brasil. E-mail: ka_grecco@yahoo.com.br.

³ Enfermeira, Doutora em Saúde Mental. Professora Associada II da Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, SP, Brasil. E-mail: julianocaliari@yahoo.com.br.

⁴ Enfermeiro, Mestre em Enfermagem. Professor do Centro Universitário Central Paulista. São Carlos, SP, Brasil. E-mail: rosely@ufscar.br.

RESUMO

Este estudo objetivou identificar o conhecimento dos agentes comunitários de saúde do município de São Carlos – São Paulo sobre tuberculose, tendo como referência a Cartilha “Tuberculose: informações para agentes comunitários de saúde” preconizada pela Secretaria de Políticas de Saúde. Foi aplicado um questionário de múltipla escolha a 87 profissionais das 16 Unidades de Saúde da Família do município, onde cerca de 70% foi capaz de reconhecer minimamente suas ações no controle da doença. Fragilidades importantes quanto à duração e ao abandono do tratamento, além de mitos e equívocos sobre formas de transmissão foram identificadas. Conclui-se que há a necessidade de ações educativas específicas para esses profissionais, tendo em vista o papel crucial que os mesmos desempenham no controle da doença. Acredita-se que esses resultados possam subsidiar estratégias educativas e a adoção de políticas de controle da doença voltadas para o agente comunitário.

Descritores: Tuberculose; Agente Comunitário de Saúde; Programa Saúde da Família; Serviços de Saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

The objective of this study was to identify what community health agents of the municipality of São Carlos, in the State of São Paulo knew about tuberculosis, based on the handbook “Tuberculosis: information for community health agents” recommended by the Department for Health Policies. A multiple-choice questionnaire was applied with 87 workers of the 16 Family Health Units in the referred municipality, 70% of which were able to minimally recognize their activities to control this disease. Relevant frailties regarding treatment duration and abandonment, in addition to myths and misinterpretations about the forms of transmission were identified. In conclusion, there is a need for specific educational activities for these professionals, taking into consideration the key role that they have in controlling tuberculosis. It is believed that these results could support educational strategies and the implementation of tuberculosis-control policies aimed at the community agent.

Descriptors: Tuberculosis; Community Health Workers; Family Health Program; Health Services; Nursing.

RESUMEN

Se objetivó identificar el conocimiento de los agentes comunitarios de salud del municipio de São Carlos-SP sobre tuberculosis, teniendo como referencia el Manual “Tuberculosis: informaciones para agentes comunitarios de salud” recomendado por la Secretaría de Políticas de Salud. Fue aplicado un cuestionario de elección múltiple con 87 profesionales de las 16 Unidades de Salud de la Familia del municipio, habiendo sido casi 70% capaz de reconocer mínimamente sus acciones en el control de la enfermedad. Fueron identificadas debilidades importantes respecto de duración y abandono del tratamiento, además de mitos y equívocos sobre formas de contagio. Se concluye en que existe necesidad de acciones educativas específicas para estos profesionales, teniendo en cuenta el papel crucial que desempeñan en el control de la enfermedad. Se considera que los resultados del estudio puedan ser de ayuda para establecer estrategias educativas y adoptar políticas de control de la enfermedad orientadas al agente comunitario.

Descriptores: Tuberculosis; Agentes Comunitarios de Salud; Programa de Salud Familiar; Servicios de Salud; Enfermería.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa, que ainda representa uma ameaça para a humanidade até os dias atuais, sendo considerada um problema de saúde pública mundial⁽¹⁻²⁾. No ano de 2010, foram notificados 81.946 casos novos no país, correspondendo a uma taxa de incidência de 46%, o que coloca o Brasil na 19ª posição no ranking dos 22 países com maior incidência da doença no mundo⁽³⁾.

No estado de São Paulo, a incidência chega a 17 mil novos casos por ano, classificando o mesmo como um dos maiores em número absoluto de casos no país. No município de São Carlos, cidade localizada no interior de São Paulo, foram registrados 50 casos no ano de 2008 e 48 casos em 2009⁽⁴⁾.

Diante do desafio de controlar a doença, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem demonstrado preocupação quanto à qualificação das equipes de saúde no comprometimento com as ações de controle da doença, particularmente no que tange a descentralização, horizontalização, prevenção e integração dos serviços de Atenção Primária à Saúde no controle da TB⁽⁵⁾.

O Brasil, diante desta necessidade, vem promovendo a integração com os Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Uma vez que estes são apontados como um importante meio operacional para a integração dos serviços na ampliação do acesso dos sintomáticos respiratórios aos serviços de saúde⁽¹⁾.

A equipe multidisciplinar da ESF, criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, surge com o intuito de priorizar as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Diante disto o Agente Comunitário de Saúde (ACS), por ser membro da comunidade e referência para a população em sua área de atuação, apresenta posição de destaque nesta equipe, sendo um importante facilitador na identificação dos agravos da comunidade, na orientação e monitoramento das famílias e na realização de atividades domiciliares⁽⁶⁾.

Estudos que avaliam o papel do ACS na atenção à saúde apontam para a importância desse profissional, visto que este representa um elo entre a equipe de saúde e a população adstrita, levantando necessidades de saúde e possibilidades de intervenção⁽⁷⁻⁸⁾.

Na atenção à TB, o ACS, como integrante da equipe de saúde da família, pode contribuir na melhora da

adesão ao tratamento e na redução das taxas de abandono, principalmente por ampliar a detecção de casos⁽⁶⁾.

Além disso, em estudo⁽⁹⁾ realizado em Bangladesh, onde comparou-se o custo-eficácia de programas contra a TB com a presença e não do ACS, concluiu que o programa com este profissional reduzia seu custo em 50%. Também apontou que com o mesmo orçamento era possível curar três doentes no programa com os ACS enquanto no programa sem este profissional, apenas dois.

Deste modo, a adesão ao tratamento pode ser baseada em abordagens individuais relacionadas ao paciente, identificada pela importância do vínculo, e também pelo conhecimento da equipe para o desenvolvimento de ações de controle.

Diante da importância do ACS no controle da TB, este estudo vem para avaliar o conhecimento deste profissional, em um município do interior paulista, sobre os mecanismos de controle da doença.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, prospectivo, de caráter quantitativo realizado em todas as Unidades de Saúde da Família (USF) do município de São Carlos, SP, no período de setembro a dezembro de 2009, onde foi avaliado o conhecimento dos ACS sobre TB.

O município de São Carlos conta com uma população total de 221.936 habitantes⁽¹⁰⁾ onde a ESF é responsável por assistir cerca de 54.000 pessoas, com o trabalho de 16 equipes e 90 ACS⁽¹¹⁾.

Para a coleta dos dados foi elaborado um instrumento com questões de múltipla escolha, a partir da cartilha "Tuberculose: informações para agentes comunitários de saúde", preconizada como material de orientação pela Secretaria de Políticas Públicas⁽¹²⁾. O instrumento incluiu questões estruturadas sobre a caracterização do agente (idade, sexo, escolaridade e tempo de serviço), atividades desenvolvidas para o controle da TB, mitos e conceitos sobre a transmissão da doença, modos de prevenção, sintomatologia, esquema terapêutico e tratamento diretamente observado (TDO). Ressalta-se que os ACS puderam escolher mais de uma alternativa em cada questão.

Os dados obtidos foram agrupados em grandes temas (atividades do ACS, mitos sobre a TB, conceitos

corretos sobre a TB, prevenção, sintomas da TB, tratamento da TB e TDO), baseados nas questões abordadas na cartilha e analisados por meio de estatística descritiva.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UFSCar (processo nº 045/2009), conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Todos os 90 ACS do município foram convidados a participar do estudo, sendo que 87 (95,6%) concordaram em participar, assinando o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Um agente (1,1%) encontrava-se afastado no momento da coleta de dados e dois (2,2%) não concordaram em participar do estudo. Todos os dados

foram coletados por dois dos autores, após treinamento prévio.

RESULTADOS

Quanto à caracterização do ACS, pode-se observar que 87% eram mulheres, com mediana de idade de 26 anos. Cerca de 70% possuíam ensino médio completo, 47% apresentavam tempo de serviço inferior a oito meses, 33% superior a quatro anos e os demais, entre um e três anos.

Na avaliação do conhecimento dos profissionais, sobre os mecanismos de controle da doença, os dados foram agrupados em temas, conforme a cartilha⁽¹²⁾ e apresentados na Tabela 1.

Tabela 1: Avaliação do conhecimento dos ACS sobre TB, São Carlos, SP, 2009.

Temas	Respostas	N* (%)
Atividades do ACS	Identificar casos suspeitos de TB na comunidade.	64 (73,5)
	Acompanhar pacientes e identificar comunicantes.	59 (67,8)
	Identificar casos suspeitos e orientar família e comunidade.	62 (71,2)
Mitos sobre TB	Doença provocada por maus hábitos de vida como beber, fumar e dormir pouco.	14 (16,0)
	Pode-se contrair a doença ao compartilhar utensílios domésticos com o paciente.	75 (86,2)
	Pode-se contrair a doença ao compartilhar seringas, agulhas e lâminas de barbear contaminadas.	5 (5,7)
Conceitos corretos sobre a TB	O uso dos medicamentos garante o sucesso do tratamento.	78 (89,6)
	Baciloscopia de escarro é o principal exame solicitado.	69 (79,3)
	Transmissão por gotas eliminadas no ar pela tosse, espirro e fala da pessoa com TB.	82 (94,2)
Prevenção	BCG é obrigatória em menores de 1 ano.	60 (68,9)
	Procurar cicatriz vacinal (BCG) no braço direito.	59 (67,8)
	Procurar cicatriz vacinal (BCG) no braço esquerdo.	14 (16,0)
	Tosse por mais de três semanas.	87 (100)
Sintomas da TB	Escarro, às vezes com sangue.	66 (75,8)
	Perda de apetite.	49 (56,3)
	Suor Noturno.	45 (51,7)
	Febre Alta.	32 (36,7)
Tratamento da TB	Febre Baixa.	23 (26,4)
	Tratamento dura no mínimo seis meses.	52 (59,7)
	Abandono de tratamento é não comparecer no serviço por mais de 30 dias.	33 (37,9)
	TDO pode ser feito na unidade ou no domicílio.	68 (78,2)
TDO	TDO diminui o abandono e aumenta o índice de cura.	63 (72,4)
	Afirma realizam o TDO em suas unidades.	83 (95,4)

*Cada Agente Comunitário de Saúde (ACS) pode escolher mais de uma alternativa por questão.

Na identificação das ações para o controle da TB, percebeu-se a importância que os ACS davam para a identificação dos casos suspeitos, no acompanhamento dos pacientes em tratamento e na orientação dos comunicantes. Porém, ainda três (3,4%) agentes referiram que deveriam evitar contato com o usuário suspeito, devido ao risco de transmissão e 11 (12,6%) que

orientariam os doentes a permanecerem em casa, a fim de evitar o contágio de outras pessoas.

Quando questionados sobre modo de transmissão, diagnóstico, prevenção, sinais e sintomas, estes relataram conceitos corretos quanto ao risco de exposição às gotículas provenientes das vias aéreas do doente (92%); o uso da baciloscopia, como meio diagnóstico (79,3%); na vacinação da BCG como medida preventiva (68,9%) e na

tosse como sinal mais comum da doença (100%). Entretanto, apresentaram algumas fragilidades de conhecimento, uma vez que seis (6,8%) ainda acreditavam que a TB continuava sendo transmissível durante todo o tratamento e para 24 (27,5%) o teste tuberculínico (PPD), quando positivo, indicava a presença do bacilo e consequentemente que a pessoa estava doente.

DISCUSSÃO

A elevada taxa de mulheres entre os ACS é corroborada pela literatura⁽¹⁾. Este dado é esperado tendo em vista ser esta uma profissão que possui características semelhantes a outras ligadas ao cuidado, como enfermagem e auxiliares de odontologia. Profissões que exercem atividades muito semelhantes às domiciliares e ao cuidar, como essas, são vistas como uma ação identitária feminina⁽¹³⁾.

Quanto ao fator idade, não existe um limite máximo para que a pessoa se torne um ACS, sendo a mínima de 18 anos⁽¹⁴⁾. A predominância do ensino médio completo entre os ACS (67,8%) pode ser justificada pela Lei Federal nº 10.507/2002 que regulamenta a profissão exigindo como mínimo, a conclusão do ensino fundamental e o curso de qualificação básica para a formação de ACS⁽¹⁵⁾. Em estudo semelhante⁽¹⁾ realizado em Natal/RN foi encontrado um índice de 58,7% de ACS com Ensino Médio Completo, valor este inferior ao deste estudo.

O pouco tempo de serviço da maioria dos ACS pode ser justificado pela recente ampliação das USF do município. Isso pode ter contribuído com as fragilidades no conhecimento encontrado. Estudo justifica que o tempo de emprego é um importante definidor do nível de conhecimento e das práticas realizadas, devido ao acúmulo de experiências e da maior probabilidade de terem recebido treinamentos⁽¹⁶⁾.

Quando solicitado para que os ACS identificassem suas atividades na atenção à TB, o índice de acertos foi em torno de 70%. A identificação de casos suspeitos e orientação da família e comunidade foram reconhecidas como a principal atribuição do ACS, contribuindo para a detecção precoce dos casos.

Porém, a literatura mostra que, embora estas ações estejam incorporadas no cotidiano de trabalho dos agentes, elas ainda acontecem de forma pontual e não sistematizada^(6,17).

A presença de mitos sobre a forma de contágio, identificada nesse estudo, reforçam a fragilidade no conhecimento dos ACS. O contato com utensílios como copos, talheres, agulhas e lâminas de barbear, foi apontado como forma de transmissão do bacilo. Mitos semelhantes são descritos na literatura nas falas de pacientes com TB, refletindo informações errôneas sobre a doença, modos de transmissão, evolução e contágio⁽¹⁸⁾.

Quanto aos principais sintomas da TB, verificou-se que a tosse por mais de três semanas foi o sintoma apontado por 100% dos ACS, o que difere de estudo⁽¹⁶⁾, realizado em Vitória/ES, no qual apenas 26,7% dos ACS responderam ser este o sintoma mais característico da doença e fundamental para a busca de sintomáticos respiratórios.

O segundo sintoma mais mencionado foi o escarro às vezes com sangue, seguido pela perda de peso, perda de apetite, suores noturnos e dores no peito. Isto evidencia conhecimento no que se refere à sintomatologia clássica da doença, sendo um facilitador na identificação do sintomático respiratório, colaborando na introdução precoce do tratamento, o que é prioridade no controle da doença⁽¹⁷⁾. A febre foi reconhecida também como um sinal importante da TB e erroneamente, a febre alta, foi apontada como sintoma da doença por 36,7% dos agentes. Em estudo semelhante⁽¹⁶⁾ a febre foi indicada como o principal sintoma da doença em 62,9% das respostas obtidas. Vale ressaltar que a febre é de uma manifestação inespecífica da doença⁽¹⁶⁾, além de possuir menor destaque na cartilha de orientação⁽¹²⁾.

Cerca de 70% dos ACS reconhecem a vacina BCG como uma medida efetiva de prevenção à TB. Entretanto, ainda apresentam dúvidas em relação à localização da cicatriz vacinal. Segundo a cartilha, a vacina BCG serve para prevenir e controlar a doença, sendo administrada no braço direito, na maternidade ou centro de saúde, em menores de um ano de idade⁽¹²⁾. Portanto, a cicatriz vacinal é um valioso indicador desta vacinação⁽¹⁸⁾ e os ACS devem estar aptos a identificar a presença ou não desta cicatriz nas crianças de seu território.

Quanto às formas de diagnóstico, mais de 79% dos ACS relataram ser a baciloscopia de escarro (BK), o principal meio de diagnóstico, dado também encontrado em estudo similar⁽¹⁶⁾.

A maioria dos entrevistados confirmou a realização do TDO em suas unidades, o que associado ao trabalho

dos agentes, é considerado um fator potencializador no tratamento da TB. Isso permite uma adequada gestão de processos, reduzindo as taxas de abandono e melhorando a acessibilidade da comunidade ao serviço de saúde⁽¹⁹⁾.

Deficiências importantes foram encontradas quanto à caracterização da duração e do abandono do tratamento. Dúvidas nesses temas se tornam um dificultador no combate à doença, uma vez que o ACS tem uma participação ativa tanto na orientação do tratamento, quanto no reconhecimento dos faltosos, sendo reconhecidamente um dos maiores envolvidos nas ações do controle da TB^(6,20).

Embora o papel do ACS seja reconhecidamente importante para o controle da TB, em estudo realizado em João Pessoa/PB foi identificado que não há atividades específicas programadas para a busca ativa realizada nas visitas domiciliares, ficando a identificação dos casos e o planejamento dessas ações nas mãos dos agentes, ou seja, a detecção precoce acaba por depender exclusivamente do ACS⁽²⁾. Estes achados reforçam a importância desse profissional possuir um conhecimento mínimo sobre a doença, podendo assim planejar as ações que deve desenvolver para o controle da mesma^(2,21).

Um exemplo da complexidade das ações desenvolvidas pelo ACS no controle da TB pode ser vista em estudo realizado na cidade de Ribeirão Preto/SP, onde se concluiu que 17% dos agentes encontraram dificuldades na argumentação com o usuário sobre a necessidade de realização do exame de escarro. Esta tarefa demonstrou requerer além de habilidades específicas e técnicas sobre a doença, a utilização de outros conhecimentos como aspectos sociológicos, psicológicos e filosóficos, os quais nem sempre fazem parte da formação do ACS⁽²¹⁻²²⁾.

Isso torna evidente que o planejamento das ações de controle da doença deve ser compartilhado por toda a equipe de saúde, particularmente pelos enfermeiros, profissionais estes que, segundo estudo realizado na região⁽²³⁾, se destacam como os responsáveis pelas ações de controle da TB em seus municípios.

Considera-se que o conhecimento desse profissional precisa ser aprimorado frente a uma questão de tamanha importância e complexidade. Temas como a magnitude da

doença, modos de transmissão, diagnóstico, tratamento, estratégias de controle, vigilância epidemiológica e adesão ao tratamento da TB, devem ser norteadores para ações educativas em serviço^(12,24).

Ressalta-se também que apenas a capacitação dos profissionais, por si só, não garante a eficácia do processo de atenção à saúde dos usuários, uma vez que o treinamento e/ou preparo das equipes não tem sido capaz de atender a ação proposta⁽¹⁷⁾. Essa capacitação deve estar associada também à oferta de recursos materiais, pessoal e à adoção de políticas adequadas⁽²⁵⁾.

CONCLUSÃO

Este trabalho aponta que a maioria dos ACS foi capaz de reconhecer minimamente suas ações no controle da TB, de acordo com o preconizado na Cartilha de Orientação da Secretaria de Políticas Públicas para agentes comunitários de saúde. Entretanto, foram identificadas fragilidades de conhecimento nas questões de tratamento, abandono de tratamento, formas de transmissão da doença e identificação de cicatriz da BCG.

Destaca-se ainda a presença de mitos sobre formas de transmissão da doença, podendo esses refletir em informações e condutas errôneas para a população.

Reconhecendo a importância do papel do ACS nas ações de controle da TB, aponta-se a necessidade crucial de ações educativas que abordem minimamente os temas indicados na cartilha, além de ressaltar a importância de que o planejamento dessas ações seja compartilhado por toda a equipe de saúde.

Em consonância com outros autores entende-se também que a melhora do desempenho do ACS vai além da formação técnica, agregando a esta a inclusão de recursos materiais, pessoal, e da adoção de políticas de controle da doença.

Acredita-se que esses dados, embora refletindo uma realidade loco-regional, possam gerar reflexões sobre o papel do ACS no controle da TB e contribuir para a ampliação da efetividade dessas ações.

Estudos futuros que avaliem a prática diária e a percepção do ACS no controle da TB são fundamentais para ampliar o conhecimento nessa temática e analisar estratégias atualmente adotadas.

REFERÊNCIAS

1. Dantas DNA, Silva MPM, Oliveira DRC, Enders BC, Paiva REA, Arcêncio RA. Ações do agente comunitário de saúde no

diagnóstico da tuberculose pulmonar. Rev. Rene. 2011;12(n. esp.):980-994.

2. Pinheiro PGOD, Sá LD, Palha PF, Souza FBA, Nogueira JA, Villa TCS. Busca ativa de sintomáticos respiratórios e o diagnóstico tardio da tuberculose. *Rev. Rene*. 2012;13(3):572-81.
3. World Health Organization. Global tuberculosis control, surveillance, planning, financing: WHO report. Geneva: WHO;2011.
4. Secretaria de Estado da Saúde. CVE – Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Divisão de Controle da Tuberculose: Casos de tuberculose notificados segundo município, residência e tipo de caso [Internet]. 2009. [cited 2010 nov 05]. Available from: http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/TB/tb_num/tb_mun09.htm.
5. Curto M, Scatena LM, Andrade RLP, Palha PF, Assis EG, Scatolin BE et al. Tuberculosis Control: patient Perception Regarding Orientation for the Community and Community Participation. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010;18(5):983-89.
6. Moreira TR, Zandonade E, Maciel ELN. Risk of tuberculosis infection among community health agents. *Rev Saude Publica*. 2010;4(2):332-38.
7. Pinto AAM, Fracolini LA. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práticas. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2010 [cited 2012 set 17];12(4):766-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.7270>.
8. Santana FR, Lima RP, Lopes MM, Fernandes JS, Oliveira NS, Santos WS et al. Conhecimento de agentes comunitárias de saúde acerca dos determinantes sociais em sua comunidade adscrita. *Rev. Eletr. Enf.* 2012;14(2):248-56.
9. Panorama Internacional. Custo-eficácia dos Agentes de saúde Comunitários contra a tuberculose em Bangladesh. *Rev Assoc Med Bras*. 2003;49(1):1-23
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. O Brasil município por município. Assistência Médica Sanitária 2009 [Internet]. IBGE; 2010 [cited 2011 abr 26]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.
11. Ministério da Saúde/DATASUS. - Departamento de Atenção Básica [Internet] - [cited 2011 abr 26]. Available from: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php.
12. Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde. Tuberculose: informações para agentes comunitários de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
13. Lopes MJM, Leal SMC. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. *Cadernos Pagu*. 2005;24:105-25.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite [Internet]. 2002 [cited 2010 mai 10]. Available from: http://www.ccs.saude.gov.br/saudebateaporta/mostravirtual/ingles/publicacoes/modalidade_contratacao_agentes_comunitarios.pdf.
15. Lei Federal N. 10.507, de 10 de julho de 2002 (BR). Dispõe sobre a Criação da Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2002 [cited 2011 mai 15]. Available from: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4165>.
16. Maciel ELN, Vieira RCA, Milani EC, Brasil M, Fregona G, Dietze R. O agente comunitário de saúde no controle da tuberculose: conhecimentos e percepções. *Cad Saude Publica*. 2008;24(6):1377-86.
17. Muniz JN, Palha PF, Monroe AA, Cardozo Gonzales RI, Ruffino Netto A, Villa TCS. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005;10(2):315-21.
18. Assunção CG, Seabra JDR, Figueiredo RM. Percepção do paciente com tuberculose sobre a internação em hospital especializado. *Ciênc. enferm*. 2009;15(2):69-77.
19. Ferreira V, Brito C, Portela M, Escosteguy C, Lima S. DOTS in primary care units in the city of Rio de Janeiro, Southeastern Brazil. *Rev Saude Publica*. 2011;45(1):40-8.
20. Souza KMJ, Sá LD, Palha PF, Nogueira JA, Villa TCS, Figueiredo DA. Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(4):904-11.
21. Nogueira JA, Ruffino Netto A, Monroe AA, Cardozo Gonzales RI, Villa TCS. Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose na percepção do Agente Comunitário de Saúde. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2007 [cited 2012 set 17];9(1): 106-118. Available from: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewArticle/7139>.
22. Rodrigues ILA, Cardoso NC. Detecção de sintomáticos respiratórios em serviços de saúde da rede pública de Belém, Pará, Brasil. *Rev. Pan-Amaz Saude*. 2010;1(1):67-71.
23. Caliar JS, Figueiredo RM. Tuberculose: perfil de doentes, fluxo de atendimento e opinião de enfermeiros. *Acta paul. enferm*. 2012;25(1):43-47.
24. Façanha MC, Melo MA, Vasconcelos FA, Souza JRP, Pinheiro AS, Porto IA et al. Health team training and active community surveillance: strategies for the detection of TB cases. *J. bras. pneumol*. 2009;35(5):449-54.
25. Cardozo-Gonzales RI, Costa LM, Pereira CS, Pinho LB, Lima LM, Soares DMD et al. Ações de busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose na visão dos profissionais de uma unidade saúde da família. *Rev. enferm. saúde*. 2011;1(1):24-32.

Artigo recebido em 27/01/2012.

Aprovado para publicação em 11/09/2012.

Artigo publicado em 30/06/2013.