

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

JULIANE DE ALMEIDA CRISPIM

O Agente Comunitário de Saúde no controle da tuberculose em duas
modalidades de Atenção Primária à Saúde no município de Ribeirão
Preto/SP

Ribeirão Preto

2013

JULIANE DE ALMEIDA CRISPIM

O Agente Comunitário de Saúde no controle da tuberculose em duas
modalidades de Atenção Primária à Saúde no município de Ribeirão
Preto/SP

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio.

Ribeirão Preto

2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Crispim, Juliane de Almeida

O Agente Comunitário de Saúde no controle da tuberculose em duas modalidades de Atenção Primária à Saúde no município de Ribeirão Preto/SP. Ribeirão Preto, 2013.

88 f.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientador: Arcêncio, Ricardo Alexandre.

1. Tuberculose. 2. Agentes Comunitários de Saúde. 3. Atenção Primária à Saúde.

CRISPIM, Juliane de Almeida

O Agente Comunitário de Saúde no controle da tuberculose em duas modalidades de Atenção Primária à Saúde no município de Ribeirão Preto/SP

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em//

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Dedicatória

Aos Agentes Comunitários de Saúde, que permitiram reflexões sobre a relevância do seu trabalho no contexto da saúde e quão grandes são os desafios que permeiam a sua práxis.

*Aos meus pais, **Silvia e Donizeti**, que sempre me inspiraram a transformar pequenas conquistas em grandes realizações. O carinho transmitido por gestos e palavras, a esperança estampada num sorriso, o conforto de um abraço e o brilho no olhar me fez tão grande quanto o amor de vocês por mim. Dedico esta conquista com a mais profunda admiração, gratidão e carinho.*

Agradecimentos Especiais

Ao Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio, por ter me acolhido e compartilhado todos os seus ensinamentos. Agradeço pela dedicação e confiança com que me orientou, por me ensinar que é preciso acreditar e que somos capazes de evoluir, pois é sempre tempo de aprender e nunca é tempo de desistir. E, acima de tudo, pelos momentos de amizade e respeito. Admiro muito a sua busca incessante por novos conhecimentos e por sua humildade em compartilhá-los com outras pessoas. Muito obrigada por tudo.

Ao Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha, por todas as contribuições pertinentes no desenvolvimento deste trabalho. Sobretudo pela disponibilidade em me atender e pelas oportunidades de crescimento profissional e pessoal na pós-graduação. Seu olhar científico e humano sempre nos fortalece enquanto pesquisadores. Muito obrigada.

À Profa. Dra. Ione Carvalho Pinto, que sempre me acolheu com todo carinho. Agradeço pela sua valiosa participação na conclusão desta etapa, pelos ensinamentos, amizade e oportunidade de parceria de trabalho. Admiro sua simplicidade, o seu jeito de ser e conduzir a vida. Meu agradecimento carinhoso.

À Profa. Dra. Aline Aparecida Monroe, ser iluminado que tem o dom de clarear caminhos e simplificar a vida. Admiro-a muito como pessoa e professora. Obrigada pelo carinho e pela amizade.

À Profa. Dra. Simone Terezinha Protti que, prontamente, aceitou compor a banca examinadora e pelo privilégio de poder compartilhar este momento. Muito obrigada.

Agradecimentos

A Deus e à Nossa Senhora por iluminar sempre o meu caminho e permitir que a conclusão de uma etapa nunca seja o fim, mas o início de uma longa caminhada.

*Aos meus pais, **Silvia e Donizeti**, pelo amor incondicional. Não há palavras que expressem a minha eterna admiração e gratidão em tê-los sempre comigo.*

*Às minhas irmãs, **Jaque e Jana**, pela mão amiga e pelo sentimento que nos une e nos fortalece. Sem vocês tudo seria mais difícil.*

*À minha avó **Benedita** e meu avô **Paulo** (in memorian) que sempre me acolheram em seus braços e me incentivaram a seguir o melhor caminho, na busca pela felicidade. Amo muito vocês.*

*À minha avó **Maria Aparecida** (in memorian) e meu avô **Antônio Crispim Filho** (in memorian), pelo amor, compreensão e incentivos constantes. Amei e amo muito vocês.*

A todos os meus familiares, pela amizade, apoio e torcida na concretização deste trabalho. Muito obrigada.

*Aos amigos do grupo de pesquisa, **Ana Angélica, Ana Rúbia, Andrea, Carolina, Flávia, Isabela, Luana, Ludmila, Marcela, Marcelino, Mell e Michelle**, pela convivência e momentos de aprendizagem que engrandecem este grupo. Agradeço pela parceria, dedicação e carinho.*

*À Profa. Dra. **Tereza Cristina Scatena Villa**, por ter me acolhido no seu grupo de pesquisa e compartilhar todo o potencial de sua equipe de trabalho. Muito obrigada por essa oportunidade.*

*Ao Prof. Dr. **Antônio Ruffino-Netto**, por ter me ensinado que devemos trabalhar no intuito de compreender o próximo e aliviar o seu sofrimento. Muito obrigada por despertar em mim a sensibilidade perante a pesquisa.*

A todos os amigos, colegas e membros do Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose (GEOTB), de modo especial à Bia, Paty, Rubia e Tiemi, pela acolhida carinhosa e pelos ensinamentos e contribuições na construção deste trabalho. Obrigada pelos momentos de trocas de conhecimentos e de convívio com vocês.

Às minhas amigas, Carolina Scarpel, Cassiara Boeno, Fabiana Zacharias, Laís Mara, Lílian Fleck, Lúvia Lopes, Lu Moreli, Luana Figueiredo, Manuela Capuzzo, Rute Tosta, Tali Della Motta, Tati Sousa, Tha Devitto, pela torcida, carinho, afeto e amizade. Muito obrigada por tudo.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, aos docentes e funcionários, de modo especial ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, por todo apoio recebido na condução deste trabalho. Meu agradecimento carinhoso.

À Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, pelo apoio institucional para a realização desta pesquisa.

Aos Agentes Comunitários de Saúde do município de Ribeirão Preto, pela instigante influência na minha formação profissional e pessoal.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pelo apoio financeiro à pesquisa.

A todos e a todas que, nesta ocasião deixo de citar, de um modo ou de outro, tornaram possível este trabalho.

“[...] E tu para que queres um barco, pode-se saber, foi o que o rei de fato perguntou quando finalmente se deu por instalado, com sofrível comodidade, na cadeira da mulher da limpeza, Para ir à procura da ilha desconhecida, respondeu o homem, Que ilha desconhecida, perguntou o rei disfarçando o riso, como se tivesse na sua frente um louco varrido, dos que têm a mania das navegações, a quem não seria bom contrariar logo de entrada, A ilha desconhecida, repetiu o homem, Disparate, já não há ilhas desconhecidas, Quem foi que te disse, rei, que já não há ilhas desconhecidas, Estão todas nos mapas, Nos mapas só estão as ilhas conhecidas [...]”.

(José Saramago – O conto da ilha desconhecida)

RESUMO

CRISPIM, J. A. **O Agente Comunitário de Saúde no controle da tuberculose em duas modalidades de Atenção Primária à Saúde no município de Ribeirão Preto/SP**. 2013. 88 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

O diagnóstico precoce da tuberculose é uma das prioridades do Plano Nacional de Controle da Tuberculose, sendo que nas visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) está prevista a detecção de casos entre sintomáticos respiratórios e contatos. Dada a importância deste ator no controle da doença, este estudo teve como objetivo analisar o desempenho do ACS no controle da tuberculose em duas modalidades de Atenção Primária à Saúde (APS). Trata-se de um estudo descritivo exploratório de corte transversal realizado no período de junho de 2009 a janeiro de 2010 com 39 ACS da Estratégia Saúde da Família (ESF) e 69 ACS da Unidade Básicas de Saúde (UBS) do município de Ribeirão Preto/SP. A coleta de dados ocorreu mediante a observação da estrutura das unidades de saúde investigadas (roteiro observacional) e por meio de entrevistas direcionadas aos ACS (instrumento com escala Likert de resposta). O plano analítico se deu em dois momentos, inicialmente procedeu à análise descritiva e bivariada, e posteriormente a Análise de Correspondência Múltipla (ACM). Os escores médios das respostas dos entrevistados aos itens do instrumento que continham escala Likert, foram analisados como insatisfatório (valores próximos de 1 e 2), regular (próximo de 3) e satisfatório (próximos de 4 e 5). De acordo com a observação, as modalidades de APS apresentaram fragilidades em relação à estrutura para consecução das ações de controle da tuberculose pelo ACS como ausência de insumos para detecção dos casos da doença, falta de rotina sistematizada e de profissionais responsáveis pelas ações de controle da tuberculose. No julgamento dos ACS, identificaram-se escores satisfatórios relacionados à capacitação e ao preparo dos mesmos para a realização de tais ações. Com relação ao desempenho do ACS, notou-se diferença com significância estatística na investigação dos comunicantes no domicílio, sendo que os ACS inseridos nas UBS questionam mais a presença de tosse entre os comunicantes quando comparados àqueles inscritos nas ESF. Observou-se em ambas as modalidades de APS, escores satisfatórios em relação à identificação de sintomáticos respiratórios na visita domiciliar, a participação dos ACS em discussões sobre a tuberculose na equipe e ao apoio institucional ofertado frente a uma situação de suspeita da doença, e escores insatisfatórios relacionados às ações desenvolvidas pelo ACS na comunidade. Na ACM identificou-se a correspondência entre as ações de controle da tuberculose e a interação dos ACS com a equipe, independente da modalidade de APS, na qual eles se inserem. Ao se cotejarem os resultados obtidos, aponta-se para a necessidade de mudanças no processo de trabalho, consubstanciadas pela qualificação, valorização e motivação do ACS. No que tange às fragilidades que fogem à sua governabilidade, cabe à gestão municipal apoiar dispositivos institucionais para produção em saúde condizente com a complexidade epidemiológica e social da tuberculose.

Palavras-chave: Tuberculose. Agentes Comunitários de Saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

CRISPIM, J. A. **The Community Health Agent in tuberculosis control in two Primary Health Care modes in Ribeirão Preto/SP**. 2013. 88 f. Dissertation (Master) – Ribeirão Preto School of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

The early diagnosis of tuberculosis is one of the priorities in the National Tuberculosis Control Plan. Home visits by Community Health Workers (CHW) are expected to include case detection among respiratory symptomatics and contacts. Given the importance of these agents in disease control, this study was aimed at analyzing the performance of CHW in tuberculosis control in two Primary Health Care (PHC) modalities. A descriptive and exploratory cross-sectional study was carried out between June 2009 and January 2010, involving 39 CHW from the Family Health Strategy (FHS) and 69 CHW from Primary Health Care Units in Ribeirão Preto, a city in São Paulo State, Brazil. Data were collected by observing the structure of the health units under analysis (observational script) and through interviews with the CHW (instrument with a Likert-type response scale). Analysis involved two phases. Initially, descriptive and bivariate analysis was applied, followed by Multiple Correspondence Analysis (MCA). The interviewees' mean answer scores to the instrument items that contained a Likert scale were analyzed as unsatisfactory (scores close to 1 and 2), regular (close to 3) and satisfactory (close to 4 and 5). According to the observation, the PHC modalities revealed weaknesses in their structure to allow the CHW to practice tuberculosis control actions, such as lack of inputs to detect cases of the disease, lack of a systemized routine and of professionals responsible for tuberculosis control actions. According to the CHW, satisfactory scores were identified regarding their training and preparation to accomplish these actions. Concerning the CHW' performance, a statistically significant difference was observed in the investigation of communicants at home, with the CHW working at Primary Health Care Units inquiring further about the presence of cough among communicants when compared to those working in FHS. In both PHC modalities, satisfactory scores were observed for the identification of respiratory symptomatics during home visits, the CHW' participation in tuberculosis discussions in the team and the institutional support offered when the presence of the disease was suspected, against unsatisfactory scores for the CHW' actions in the community. In the MCA, correspondence was identified between tuberculosis control actions and the CHW' interaction with the team, independently of the PHC modality. The comparison of the results obtained reveals the need for changes in the work process, in the form of qualification, valuation and motivation of the CHW. Regarding the weaknesses they have no control over, municipal managers are responsible for supporting institutional devices to produce health in accordance with the epidemiological and social complexity of tuberculosis.

Keywords: Tuberculosis. Community Health Workers. Primary Health Care.

RESUMEN

CRISPIM, J. A. **El Agente Comunitario de Salud en el control de la tuberculosis en dos modalidades de Atención Primaria de Salud en el municipio de Ribeirão Preto/SP**. 2013. 88 f. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

El diagnóstico precoz de la tuberculosis es una de las prioridades del Plan Nacional de Control de la Tuberculosis. En las visitas domiciliarias de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) está prevista la detección de casos entre sintomáticos respiratorios y contactos. Dada la importancia de este actor en el control de la enfermedad, la finalidad de este estudio fue analizar el desempeño del ACS en el control de la tuberculosis en dos modalidades de Atención Primaria de Salud (APS). Se trata de un estudio descriptivo exploratorio de corte transversal, desarrollado entre junio del 2009 y enero del 2010 con 39 ACS de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) y 69 ACS de la Unidad Básica de Salud (UBS) del municipio de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Los datos fueron recolectados mediante la observación de la estructura de las unidades de salud investigadas (guión observacional) y mediante entrevistas dirigidas a los ACS (instrumento con escala Likert de respuesta). El plan analítico fue desarrollado en dos momentos: inicialmente se procedió al análisis descriptivo y bivariado, y posteriormente al Análisis de Correspondencia Múltiple (ACM). Los scores promedios de las respuestas de los entrevistados a los ítem del instrumento que contenían una escala Likert fueron analizados como insatisfactorio (valores próximos de 1 y 2), regular (próximo de 3) y satisfactorio (próximo de 4 y 5). De acuerdo con la observación, las modalidades de APS mostraron fragilidades respecto a la estructura para consecución de las acciones de control de la tuberculosis por los ACS, tales como ausencia de insumos para detección de los casos de la enfermedad, falta de rutina sistematizada y de profesionales responsables por las acciones de control de la tuberculosis. En el juzgamiento de los ACS, fueron identificados scores satisfactorios relacionados a la capacitación y a su preparación para efectuar tales acciones. Respecto al desempeño de los ACS, se observó diferencia con significancia estadística en la investigación de los comunicantes en domicilio, siendo que los ACS insertados en las UBS cuestionan más la presencia de tos entre los comunicantes cuando comparados a aquellos inscritos en las ESF. Se observó en ambas modalidades de APS scores satisfactorios respecto a la identificación de sintomáticos respiratorios en la visita domiciliaria, la participación de los ACS en discusiones sobre la tuberculosis en el equipo y al apoyo institucional ofertado ante una situación se sospecha de la enfermedad, y scores insatisfactorios relacionados a las acciones desarrolladas por los ACS en la comunidad. En el ACM, se identificó la correspondencia entre las acciones de control de la tuberculosis y la interacción de los ACS con el equipo, independiente de la modalidad de APS en que están insertados. Cuando se compare los resultados alcanzados, se revela la necesidad de cambios en el proceso de trabajo, consubstanciados por la calificación, valorización y motivación del ACS. Respecto a las fragilidades que sobrepasen su gobernabilidad, la gestión municipal es responsable por apoyar dispositivos institucionales para producción en salud condeciente con la complejidad epidemiológica y social de la tuberculosis.

Palabras clave: Tuberculosis. Agentes Comunitarios de Salud. Atención Primaria de Salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Fluxograma de atendimento ao doente de tuberculose na Atenção Primária à Saúde (<i>Adaptado</i>).....	41
Figura 2 -	Distribuição dos percentuais das variáveis de estrutura das Estratégias Saúde da Família para o controle da tuberculose. Ribeirão Preto, SP	51
Figura 3 -	Distribuição dos percentuais das variáveis de estrutura das Unidades Básicas de Saúde para o controle da tuberculose. Ribeirão Preto, SP.....	52
Figura 4 -	Decrescimento de autovalores. Ribeirão Preto, SP.....	55
Figura 5 -	Mapa perceptual de desempenho do Agente Comunitário de Saúde, no controle da tuberculose, segundo a modalidade de Atenção Primária à Saúde. Ribeirão Preto, SP.....	58

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Indicadores do Pacto pela Saúde apresentados no relatório de Gestão do Município de Ribeirão Preto/SP, 2009.....	40
Quadro 2 -	Plano de Amostragem do Estudo.....	43
Quadro 3 -	Variáveis analisadas no estudo, segundo os componentes estrutura e desempenho.....	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Indicadores Sociais e Econômicos do município em estudo.....	38
Tabela 2 - Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde, por Distrito de Saúde no município de Ribeirão Preto, SP.....	42
Tabela 3 - Distribuição das variáveis de perfil dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo a modalidade da Atenção Primária à Saúde. Ribeirão Preto, SP.....	50
Tabela 4 - Distribuição das médias, intervalos de confiança e desvio-padrão, referente à capacitação e preparo do Agente Comunitário de Saúde no controle da tuberculose, segundo a modalidade de Atenção Primária à Saúde. Ribeirão Preto, SP.....	53
Tabela 5 - Distribuição das médias, intervalos de confiança e desvio-padrão, referente ao desempenho do Agente Comunitário de Saúde no controle da tuberculose, segundo a modalidade de Atenção Primária à Saúde. Ribeirão Preto, SP.....	54
Tabela 6 - Relação de cada variável com a dimensão e sua contribuição para a inércia, a partir da técnica de correspondência múltipla. Ribeirão Preto, SP.....	56

LISTA DE APÊNDICE

Apêndice A -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	81
---------------------	---	----

LISTA DE ANEXOS

Anexo A -	Roteiro observacional da estrutura dos serviços de saúde – Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil.....	83
Anexo B -	Instrumento: Agentes Comunitários de Saúde - Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil.....	84
Anexo C -	Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.....	88

LISTA DE ABREVIATURAS

ACM	Análise de Correspondência Múltipla
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
BSR	Busca de Sintomático Respiratório
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DOTS	<i>Directly Observed Treatment Short-Course</i>
DS	Distrito de Saúde
EERP/USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
GEOTB	Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPRS	Índice Paulista de Responsabilidade Social
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PCAT	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PNCT	Plano Nacional de Controle da Tuberculose
PubMed	<i>Public/Medline</i> ou <i>Publisher Medline</i>

SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SR	Sintomático Respiratório
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TBWeb	Sistema de Controle de Pacientes com Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDO	Tratamento Diretamente Observado
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	20
1 DELINEAMENTO DO OBJETO EM ESTUDO	22
1.1 Magnitude social e epidemiológica da tuberculose.....	23
1.2 Políticas de saúde para o controle da tuberculose no Brasil.....	25
1.3 O Agente Comunitário de Saúde no controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde.....	27
1.4 Justificativa e hipótese do estudo.....	29
2 OBJETIVO	31
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	33
4 MATERIAL E MÉTODOS	37
4.1 Modelo do estudo.....	38
4.2 Cenário do estudo e o Sistema Municipal de Saúde.....	38
4.3 Atenção à tuberculose em Ribeirão Preto.....	40
4.4 População e amostra do estudo.....	42
4.5 Procedimentos para coleta de dados.....	43
4.5.1 Instrumentos para coleta de dados.....	44
4.6 Variáveis do estudo.....	45
4.7 Análise dos dados.....	46
4.8 Aspectos Éticos.....	47
5 RESULTADOS	48
6 DISCUSSÃO	59
7 CONCLUSÕES	68
REFERÊNCIAS	70
APÊNDICE	80
ANEXOS	82

Apresentação

A presente dissertação volta-se ao estudo do Agente Comunitário de Saúde (ACS) no controle da tuberculose (TB) em duas modalidades de Atenção Primária à Saúde (APS), e resulta da colaboração entre pesquisadores do Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose (GEOTB).

Como parte integrante de uma série de pesquisas desenvolvidas em diferentes regiões do Brasil, a partir do projeto multicêntrico “Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil”, Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT nº034/2008, as reflexões obtidas desse trabalho somam-se aos demais resultados encontrados em outros estudos, gerando contribuições para o planejamento e a implementação de estratégias de controle da doença no país.

A motivação para a escolha do objeto em estudo é decorrente da instigante influência do ACS na minha formação, durante o curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), e da aproximação de políticas mais sensíveis e direcionadas ao contexto da tuberculose, por meio da qual realizei, no último ano de graduação, a iniciação científica intitulada: O preparo do Agente Comunitário de Saúde na identificação dos casos de tuberculose na Atenção Primária à Saúde, sob a orientação do Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio.

A partir de então, o ensejo para continuar com essa temática no mestrado foi ganhando contornos, sistematizados nesta dissertação, na qual os resultados serão expostos, antecedidos pelo delineamento do objeto em estudo, objetivo, fundamentação teórica e métodos, à medida que a síntese e articulação entre hipótese e evidências estão contempladas na discussão e nas conclusões deste trabalho.

1 Delineamento do objeto em estudo

A discussão sobre o ACS no controle da TB contempla a intersecção entre o nível micro, meso e macro do sistema de saúde, os quais interagem e influenciam uns aos outros de forma contínua e dinâmica. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a tríade constituída por usuários, equipe e comunidade, corresponde ao nível micro do sistema, que é apoiada e influenciada por organizações de saúde mais abrangentes e pelo contexto político e social (OMS, 2003). A partir dessas vertentes e do processo de reorganização da atenção à TB, com a descentralização das ações de controle da doença para a APS, o presente estudo tem como foco a micropolítica, que corresponde à interação propriamente dita entre o ACS, a equipe de saúde, o usuário e a comunidade e onde ocorre, de fato, o processo de atenção à saúde as pessoas vulneráveis à TB.

1.1 A magnitude social e epidemiológica da tuberculose

A TB consiste em uma doença milenar e negligenciada, sobretudo nos países em desenvolvimento (RUFFINO-NETTO, 2002). Segundo Hijjar e Procópio (2006), a TB tem sido uma das enfermidades mais estudadas no que se refere aos seus aspectos biológico, epidemiológico, diagnóstico, terapêutico e profilático, no entanto, persiste, em nível global, causando sofrimento humano e morte em pleno século XXI.

De há muito ela está associada às populações com piores condições socioeconômicas e, a partir da epidemia da Aids, a coinfeção TB/HIV tem levado a situações desesperadoras em algumas regiões do mundo, em especial na África. Tal situação é reflexo das iniquidades, compreendida neste estudo como “desigualdades sociais e econômicas injustas e evitáveis” e representa, na atualidade, desafio adicional em escala mundial (HIJJAR; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2001; BARREIRA; GRANGEIRO, 2007; BUSS; PELLEGRINI, 2007).

Essa afirmativa se ratifica nas estimativas globais da OMS, em que, aproximadamente, 1,5 milhão de pessoas morrem todos os anos de TB, há 10 milhões de crianças órfãs pela doença e milhares de sujeitos com a multidrogarresistência sem o devido diagnóstico e tratamento, o que torna explícito a magnitude do sofrimento causado pela TB (WHO, 2011).

Em 2007, foram notificados 9,2 milhões de casos novos de TB no mundo. A maioria desses casos estaria nas regiões da Ásia (55%) e da África (31%), enquanto

as regiões do Mediterrâneo Oriental (6%), Europa (5%) e Américas (3%) teriam os menores percentuais. Embora, observa-se o aumento no número de casos, a taxa de incidência global vem diminuindo lentamente, o que corresponde a menos de 1% ao ano, sendo estimada uma taxa de 139 casos/100.000 habitantes. Cabe mencionar, que das seis regiões da OMS, cinco apresentou declínio nas taxas de incidência e somente a Europa manteve a taxa estável (WHO, 2011).

O Brasil é um dos 22 países priorizados pela OMS que concentram 80% da carga mundial de TB. No ano de 2009, foram notificados 72 mil casos novos, correspondendo a um coeficiente de incidência de 38 casos/100.000 habitantes. Destes 41 mil eram casos bacilíferos. Esses indicadores colocam o país na 19ª posição em relação ao número de casos da doença, sendo o grupo da faixa etária produtiva (20-49 anos) o mais atingido pela TB (BRASIL, 2011; 2012a).

Ao longo dos anos, a taxa de coinfeção TB/HIV vem se mostrando estável, alcançando, em 2010, 11,8% dos casos de TB. A cura dos casos de coinfeção TB/HIV é praticamente a metade dos casos de TB em pacientes HIV negativo, assim como o abandono é quase o dobro nos coinfectados. Nesse período, o número de óbitos por TB foi de 4,7 mil pessoas, sendo a 3ª causa de morte por doenças infecciosas e a 1ª causa de morte entre doentes com Aids (BRASIL, 2012a).

No que tange à distribuição de casos novos da doença por unidade federada, observa-se que os Estados do Rio de Janeiro, Amazonas, Pernambuco, Pará, Rio Grande do Sul, Bahia, Ceará, Acre, Alagoas e Maranhão possuem taxas de incidência superiores a 38,2 casos/100.000 habitantes. E a Região Sudeste, em especial os Estados do Rio de Janeiro e de São Paulo, possui a maior carga da TB no país (BRASIL, 2012b).

Convém destacar ainda que se está distante das metas internacionais estabelecidas e pactuadas pelo governo brasileiro, que deveriam ter diagnosticado 70% dos casos de TB estimado e, desses, 85% curados. Em 2008, a taxa de detecção de casos foi de 62% e, no ano 2009, a média da taxa de cura das capitais brasileiras foi de 66,4%, com variações entre 53,8% e 92,7%, o que expõe as disparidades e as diferenças socioeconômicas, culturais, demográficas e sanitárias no país (BRASIL, 2011; 2012a).

1.2 Políticas de saúde para o controle da tuberculose no Brasil

Face à situação apresentada, autoridades de saúde por todo mundo têm se preocupado com a problemática da TB. Em âmbito internacional, no ano 1993, com o advento da Aids na década de 1980 e o aumento considerável do número de casos de TB, a OMS declarou a doença como uma emergência sanitária mundial e propôs a estratégia DOTS (*Directly Observed Treatment Short-Course*) como uma política de controle, cujas principais metas seriam atingir 85% no sucesso do tratamento, 70% da detecção de casos e reduzir o abandono para 5% (WHO, 2005).

De acordo com Ruffino-Netto (2002) e Andrade (2012), para além de uma estratégia de controle da TB, o processo de implantação do DOTS em cenários distintos exige a reorganização dos serviços e das práticas de atenção à saúde, a fim de se operacionalizar os cinco pilares que constituem essa estratégia: 1) compromisso político com fortalecimento de recursos humanos e garantia de recursos financeiros, elaboração de planos de ação e mobilização social; 2) detecção de casos por meio da baciloscopia de escarro e retaguarda laboratorial; 3) tratamento padronizado com a supervisão na tomada de medicação e apoio ao paciente; 4) fornecimento e gestão eficaz de medicamentos e 5) sistema de registro e informação (WHO, 1999).

No Brasil, a baixa notificação de casos, precária investigação dos sintomáticos respiratórios (SR), alta proporção de tratamentos fracassados, abastecimento irregular de medicamentos, sistemas precários de informações e controle de qualidade laboratorial, falta de políticas claras e sustentadas incluindo o financiamento regular, inexistência de explícita e efetiva vontade política fez com que, em 1998, as recomendações propostas pela OMS fossem incorporadas ao Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) (RUFFINO-NETTO, 2001).

Entre as diretrizes do PNCT, instituído em outubro de 1998, destaca-se a responsabilização do Ministério da Saúde (MS) pelo estabelecimento de normas, aquisição e abastecimento de medicamentos, referência laboratorial e de tratamento, coordenação dos sistemas de informações, apoio aos Estados e municípios e articulação intersetorial para maximizar os resultados das políticas públicas. Ademais, reconhece a articulação e complementaridade das ações dos três níveis de gestão (União, Estado e municípios) (BRASIL, 1999).

No que refere aos municípios, caberia a eles o desenvolvimento dos seus Programas de Controle da Tuberculose (PCT), a partir das normas e orientações do PNCT vigente. Ressalta-se a necessidade de adaptações frente às peculiaridades locais, principalmente no que tange à prática do Tratamento Diretamente Observado (TDO). Sendo componentes essenciais do plano à atenção ao SR, para o diagnóstico da totalidade de casos estimados, e o TDO, para reduzir o abandono a 5% (BRASIL, 1999).

Como inovações, o PNCT trouxe a oficialidade do TDO e a instituição de repasses financeiros aos municípios, para cada caso de TB tratado e curado. Além disso, definiram-se valores relacionados às baciloscopias de diagnóstico e acompanhamento dos casos de TB, o que estimularia a intensificação da Busca de Sintomático Respiratório (BSR) no contexto municipal (BRASIL, 1999).

Assim, para se obter recursos financeiros, os serviços de saúde deveriam mostrar resultados, por meio da identificação, tratamento e cura dos doentes de TB, o que implica a elaboração de estratégias para buscar os casos suspeitos, diagnosticar a doença, tratar e obter boa adesão durante o processo terapêutico (RUFFINO-NETTO, 2001; MONROE, 2007).

Em complementaridade ao PNCT, em 2000, o MS lançou o “Plano Estratégico para a Implantação do Plano de Controle da Tuberculose no Brasil para o período de 2001 a 2005”, o qual contemplava a parceria com os serviços de APS, em especial, o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF), como estratégia de expansão das ações de controle da TB, no intuito de detectar e curar maior número de casos da doença (BRASIL, 2000a).

Com a edição das normas operacionais básicas que regulamentam a operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), gradualmente a TB passa a ser uma doença sob a responsabilidade dos municípios brasileiros e, de acordo com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), as ações do PCT são reconhecidas como competência da APS (BRASIL, 2001).

Nesse cenário de reformulação das políticas públicas e do setor saúde, o atual PNCT está integrado à rede de serviços de saúde e é desenvolvido por intermédio de um programa unificado, executado em conjunto pelas esferas federal, estadual e municipal, subordinado a uma política de programação das suas ações com padrões técnicos e assistenciais bem definidos, garantindo desde a distribuição gratuita de medicamentos e outros insumos até as ações preventivas e de controle

do agravamento, no intuito de permitir o acesso universal da população às ações do PNCT. Contudo, autores reconhecem que grandes obstáculos se interpõem no acesso da população aos serviços de saúde, tendo como consequência o retardamento no diagnóstico, e, por sua vez, possibilidades de novos casos de TB na comunidade (FIGUEIREDO et al., 2009; SCATENA et al., 2009).

Dessa forma, o Programa aponta a necessidade de consolidar a atuação dos Estados e municípios para o combate à TB sob as diretrizes nacionais e reforça as atividades de coordenação, planejamento, supervisão nas três esferas, para a pronta correção dos desvios que possam ser detectados. Impõe-se então, a descentralização de suas atividades, a fim de que a diversidade cultural e técnico-comunicacional seja respeitada e, conseqüentemente, tais ações sejam eficazes (BRASIL, 2004).

Entre as principais estratégias para o controle da TB, destacam-se o diagnóstico e o tratamento correto e prontamente dos casos de TB pulmonar (BRASIL, 2011). Sendo uma das prioridades do PNCT a detecção de casos entre SR e contatos pelos ACS, durante as visitas domiciliares, principalmente, de casos bacilíferos e crianças. Assim, espera-se que a BSR e contatos seja uma estratégia priorizada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da Unidade Básica de Saúde (UBS) para a descoberta desses casos, sobretudo por meio do ACS (BRASIL, 2000b; CASTELO-FILHO, 2004).

1.3 O Agente Comunitário de Saúde no controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde

A diretriz de trabalho proposta ao ACS no controle da TB acompanha o paradigma da produção social da saúde, caracterizado por uma concepção ampliada do processo saúde/doença e pela prática sanitária pautada pela vigilância em saúde (MENDES, 1996).

Dessa forma, os ACS vêm se constituindo como segmento efetivo do trabalho em saúde e, se apresentam não apenas como suportes para gerarem determinadas ações, mas também, personagens-chave, na definição do plano de cuidado e na coordenação do usuário no sistema de saúde. Autores definem essa figura “*sui generis*” como um facilitador, capaz de construir pontes entre os serviços de saúde e a comunidade, identificando prontamente as suas necessidades, atuando no

trabalho de prevenção das doenças e promoção da saúde (NUNES et al., 2002; NOGUEIRA, 2002; SILVA; DALMASO, 2002; BACHILLI; SCAVASSA; SPIRI, 2008; BORNSTEIN; STOTZ, 2008).

No controle da TB, espera-se que esse profissional seja capaz de identificar, na comunidade, por meio das visitas domiciliares, aqueles indivíduos que apresentam tosse por três semanas ou mais (SR) e encaminhá-los aos serviços de saúde para investigação diagnóstica, além, de orientações sobre a doença na família e na comunidade, a supervisão do tratamento e a organização de reuniões com os membros da comunidade para discutir a problemática da TB (BRASIL, 2002a).

Apesar de definitivamente incorporado em diversos países do mundo, pouco se conhece sobre o desempenho do ACS no controle da TB em nosso país. Em um levantamento da literatura científica dos últimos 15 anos, realizado nas bases de dados Lilacs, Medline, Cinahl e PubMed, a partir do cruzamento entre os seguintes descritores controlados: *Community Health Workers and Tuberculosis*; *Community Health Aides and Tuberculosis*; Agente Comunitário de Saúde e Tuberculose foi encontrado o total de 112 artigos, sendo excluídas as repetições de 63 artigos, resultando em 49 publicações. Na apresentação geral dos estudos 30 eram legíveis e, após a leitura na íntegra dos trabalhos, 16 foram excluídos, resultando no total de 14 artigos selecionados.

Da amostra, verificou-se que 36% dos estudos foram realizados em áreas remotas, onde os serviços de saúde não dispunham de recursos adequados, sendo os países africanos e asiáticos os que mais incorporaram os ACS aos seus sistemas de saúde, 21% correspondiam às pesquisas realizadas no Brasil e os demais aos países europeus e da América Latina.

Quanto ao impacto do ACS no controle da TB, grande parte dos artigos internacionais apresentaram resultados positivos em relação ao acesso de populações vulneráveis aos serviços de saúde da APS e o conhecimento das comunidades sobre a doença, bem como a aceitabilidade e adesão ao tratamento adequado, com o aumento nas taxas de cura (ISLAM et al., 2002; KIRONDE; KAHIRIMBANYI, 2002; DUDLEY et al., 2003; CLARKE; DICK; BOGG, 2006; SHARGIE; MORKVE; LINDTJORN, 2006; SURI; GAN; CARPENTER, 2007; DATIKO; LINDTJORN, 2009).

Contudo, as pesquisas nacionais revelaram que os ACS possuem conhecimento incipiente sobre a TB e as ações desenvolvidas por esses profissionais, para o controle da doença, ocorrem de forma pontual, apresentando falhas na comunicação e no fluxo de informações, aspectos que fragilizam a coordenação do cuidado (MUNIZ et al., 2005; NOGUEIRA et al., 2007; MACIEL et al., 2008).

Os estudos evidenciam, ainda, a diversidade na forma como as políticas e ações foram implementadas na prática desse ator social, variando desde o impacto positivo nas áreas com recursos precários para o controle da TB, sendo o ACS um voluntário da comunidade, escolhido para representá-la nos serviços de saúde, até a constituição de intervenções limitadas em um país na qual a profissão de ACS está regulamentada nas bases jurídicas e legais (BRASIL, 2002b).

No Brasil, o ACS está vinculado a uma instituição pública de saúde e por isso, pode desfrutar dos direitos que são garantidos à maioria dos trabalhadores urbanos e rurais. Para o estudo, o conceito de “vinculação institucional” abrange tanto a “dimensão jurídica da relação de trabalho” como a “dimensão administrativa da relação institucional” (BRASIL, 2002b).

Convém destacar que, na APS, o ACS pode ser encontrado em duas situações distintas, vinculado a UBS, ainda não organizada na lógica da saúde da família; ou alocados à ESF como membro de uma equipe multiprofissional (PAIM et al., 2011). Assim, ele poderá desenvolver as ações de controle da TB, mediante a orientação das modalidades de APS, que o inscreve.

1.4 Justificativa e hipótese do estudo

No país, há tendência geral de se discutir sobre as novas tecnologias necessárias ao fortalecimento do SUS, entretanto, muitas dessas discussões não fazem alusões quanto ao seu impacto social e à coerência dessa e/ou correspondência a determinados contextos locais (BRASIL, 2007). Desse modo, o processo de trabalho dos ACS na ESF e na UBS pode ser compreendido também como uma tecnologia para as ações de vigilância e detecção de casos de TB nas realidades locais.

Observa-se que, algumas tecnologias vêm sendo incorporadas sem a garantia de eficácia e efetividade, mas, também, há aquelas, que continuam a ser utilizadas nos serviços de saúde, mesmo não representando a melhor opção para o diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2007). Por isso, os gestores de saúde e a comunidade necessitam de informações coerentes sobre os benefícios advindos da incorporação de dada tecnologia no seu território e o impacto dela sobre a condição de saúde, incluindo as chances de captação precoce dos casos de TB e prevenção da reincidência de novos casos.

Dessa forma, aponta-se para a necessidade de estudos operacionais que possibilitem a identificação das ações de controle da doença, desenvolvidas pelos ACS no cenário da APS e, a contribuição que poderá dar aos gestores e sociedade sobre os desafios da APS como “porta de entrada” do sistema de saúde para os SR, sendo esse um norteador importante nos rumos da descentralização, em especial, no que concerne a atuação do ACS.

Neste estudo, a pesquisadora se vale da hipótese de que os ACS vinculados à ESF apresentam desempenho mais satisfatório no controle da TB do que aqueles inscritos nas UBS. Essa hipótese se sustenta nas evidências científicas sobre a melhoria de determinados indicadores de saúde, a partir da introdução e sustentabilidade da ESF em alguns municípios brasileiros (MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006; AQUINO; OLIVEIRA; BARRETO, 2009; ALFRADIQUE et al., 2009; RASELA; AQUINO; BARRETO, 2010). No mais, dados empíricos têm reiterado essa hipótese, verificando-se experiências bem-sucedidas no país no tocante à ampliação do acesso e instituição de novas práticas por esses trabalhadores na comunidade (ARAÚJO; ASSUNÇÃO, 2004; CAMPINAS; ALMEIDA, 2004).

2 Objetivo

Analisar o desempenho do Agente Comunitário de Saúde no controle da tuberculose em duas modalidades de Atenção Primária à Saúde.

3 Fundamentação Teórica

De acordo com o eixo conceitual de Mendes (2012), a TB pode ser considerada como uma condição crônica em função da sua persistência no tempo (ciclo de vida superior a três semanas) e pelo fato de necessitar de um sistema de saúde capaz de proporcionar um cuidado permanente, por meio da utilização de estratégias e ações integradas que possam ser adequadas para sua prevenção e gerenciamento.

Para o autor, a crise contemporânea dos sistemas de saúde reflete o desencontro entre uma situação epidemiológica referida como condições crônicas e um sistema de atenção à saúde, voltado para responder às condições agudas e aos eventos agudos, decorrentes de agudizações de condições crônicas, de forma fragmentada, episódica e reativa. Tal desafio vem sendo imposto na atenção ao doente de TB, caracterizada pelas práticas em saúde, que tendem a se voltar para uma abordagem biologicista, individualista, mecanicista, reducionista, especializada, com baixa cobertura e resolubilidade (MUNIZ et al., 2005).

Segundo Monroe (2007), para que as ações de controle da TB tenham sustentabilidade e promovam impacto no quadro sanitário municipal, impõem-se a superação do paradigma de sistemas fragmentados e a organização de sistemas de saúde estruturados para o manejo das condições crônicas.

Esses sistemas são capazes de desenvolver um enfoque sistemático e planejado para o atendimento, tanto das necessidades de saúde associadas aos eventos agudos como às condições crônicas de uma determinada população e, para tal, pressupõe uma rede integrada de pontos de atenção, destacando o papel central que assume a APS na coordenação dessa rede (MENDES, 2011). O mesmo autor ressalta ainda que a diferença entre os sistemas de saúde, voltados a condições agudas e crônicas, é a qualidade da APS.

Nesse sentido, a interpretação do conceito de APS se dará a partir de uma perspectiva abrangente e pela operacionalização dos seus princípios ordenadores: o “primeiro contato” implica na acessibilidade e uso de serviços para cada novo episódio de um problema, para os quais se procura atenção à saúde; a “longitudinalidade” constitui a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente, ao longo do tempo, em um ambiente de vínculo e confiança entre equipe, usuários e famílias; a “integralidade” significa a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atenda as necessidades da população adscrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado e

da reabilitação, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades de saúde; a “coordenação” se refere à capacidade de garantir a continuidade da atenção, por meio da equipe, com reconhecimento das condições de saúde que requerem seguimento constante, a partir da facilidade de acessar os demais níveis de atenção e a integração com os serviços de outros setores sociais; a “focalização na família” contempla o contexto e a dinâmica familiar e a “orientação comunitária” é a capacidade da APS em reconhecer e responder às necessidades da comunidade e promover ações intersetoriais (STARFIELD, 2002; MENDES, 2012). Segundo os autores, só haverá APS de qualidade quando os seis atributos estiverem sendo efetivamente operacionalizados.

Para gestão das condições crônicas como a TB, a OMS (2003) propõe um modelo de sistema de saúde, baseado na integração entre os seguintes componentes estruturais: nível micro (refere-se ao plano de interação entre doente/família e equipe); nível meso (consiste na interação entre os serviços de saúde e a comunidade); nível macro (políticas de saúde). Para estudo será considerado o nível micro, que corresponde à interação propriamente dita entre o ACS, a equipe de saúde, o usuário e a comunidade e, a dimensão macro será trazida como elemento para a discussão dos resultados.

Convém destacar que para a análise do nível micro e assim, a compreensão dos determinantes do processo de trabalho do ACS no controle da TB, recorreu-se ao trabalho de Silva e Dalmaso (2002), que apresentam a cândida polarização deste processo, delineado por duas dimensões principais: uma relacionada ao componente técnico e outra, ao componente político. Segundo as autoras, o primeiro associa-se ao “atendimento dos usuários e suas famílias, à intervenção para prevenção de agravos ou para o monitoramento de grupos ou problemas específicos”, já o segundo se refere a questões relacionadas “à organização da comunidade e às transformações dessas condições”.

Para tal, adotar-se-á o conceito de desempenho ou processo como componente de ações de controle da TB ofertada pelo ACS no contexto da família e da comunidade, a partir do reconhecimento de suas necessidades de saúde e da formulação do diagnóstico situacional, bem como a instituição de estratégias adequadas para o apoio no diagnóstico da TB (DONABEDIAN, 1996; STARFIELD, 2002). Por sua vez, reconhece, também, que esse desempenho é influenciado pela

estrutura ou capacidade dos serviços de saúde em que os ACS estão alocados (TANAKA; MELO 2001).

4 Material e Métodos

4.1 Modelo do estudo

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, de corte transversal.

4.2 Cenário do estudo e o Sistema Municipal de Saúde

Elegeu-se o município de Ribeirão Preto, SP, por possuir uma área geograficamente delimitada com equipes da ESF e UBS, estar entre os municípios prioritários para o controle da TB (BRASIL, 1997a) e ser um local de investigação e atuação dos pesquisadores vinculados ao GEOTB.

Localizado na região Nordeste do Estado de São Paulo, a 313km da capital estadual e a 706km de Brasília, Ribeirão Preto abriga população estimada de 619.646 habitantes em um território de 650km², sendo que 99,7% dessa população vivem em área urbana (IBGE, 2010). Na Tabela 1, constata-se que o município se enquadra no grupo daqueles que apresentam bons níveis de indicadores sociais e econômicos.

Tabela 1 - Indicadores Sociais e Econômicos do município em estudo

INDICADORES	ANO	MUNICÍPIO
Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)	2000	0,85
Esperança de vida ao nascer (anos)	2000	74,4
Índice de exclusão social	2000	0,67
Taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais de idade (%)	2010	2,9
Taxa de alfabetização da população de 5 anos ou mais de idade (%)	2010	95,5
Receita <i>per capita</i> em R\$	2009	2.081,5
Proporção de moradores acima da linha da pobreza (%)	2010	89,2
Proporção de moradores abaixo da linha da pobreza (%)	2010	3,9
Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS)	Grupo 1 – Municípios com elevado nível de riqueza e bons níveis nos indicadores sociais	
IRPS – Dimensão Riqueza	2008	54
IRPS – Dimensão Longevidade	2008	75
IRPS – Dimensão Escolaridade	2008	67

Fonte: IBGE – Censo Demográfico, 2000; Fundação Seade, 2008; Relatório de Gestão do Município de 2009; IBGE – Censo Demográfico, 2010.

Em relação ao sistema municipal de saúde, desde maio de 1998, Ribeirão Preto está habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal pela Portaria nº2553/1998, com base na Norma Operacional Básica (NOB96).

No ano 2007, o município reafirmou sua condição de polo assistencial da microrregião da Direção Regional de Saúde XIII, ao pactuar, junto aos parceiros do Estado e da União, o Pacto pela Saúde (Portaria nº399/GM, de 22 de fevereiro de 2006), celebrando o Termo de Compromisso de Gestão. Em paralelo a esse ato, se deu a implantação da Gestão Colegiada, tendo por objetivo a descentralização do processo decisório e o fortalecimento dos Distritos de Saúde (DS) por meio dos Colegiados de Cogestão Distrital (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

Os cinco DS que compõem o sistema municipal de atenção à saúde (Distrito Norte, Distrito Sul, Distrito Leste, Distrito Oeste e Distrito Central), se apresentam com grande variabilidade no perfil socioeconômico da população adscrita e na cobertura dos serviços de saúde. Cada DS comporta as ESF e as UBS e uma Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS), voltada ao pronto atendimento e às especialidades da atenção secundária.

Em se tratando de estabelecimentos de saúde, no período da coleta de dados do estudo, o município possuía 1.379 estabelecimentos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2009), sendo a rede de atenção à saúde constituída por: 13 Unidades de Saúde da Família (USF); 28 UBS; 5 UBDS; 1 Ambulatório Regional de Especialidades (NGA-59); 1 Ambulatório Geral de Especialidades Pediátricas; 2 Ambulatórios de Moléstias Infectocontagiosas; 1 Ambulatório de Saúde do Trabalhador; 2 Centros de Atenção Psicossocial; 3 Ambulatórios de Saúde Mental; 12 Unidades de Suporte Básico; 2 Unidades de Suporte Avançado; 2 hospitais universitários e 9 hospitais conveniados ao SUS (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

Em Ribeirão Preto, o início da implantação das USF se deu a partir de fevereiro de 1999, por meio do convênio estabelecido entre a Universidade de São Paulo, o Governo do Estado e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Em 2001, com apoio das Secretarias Municipal e Estadual, viabilizou-se o projeto que previa a ampliação para outras equipes, adotando os moldes do MS, obtendo, em 2009, um total de 21 equipes distribuídas em 13 USF, em que 12 delas encontram-se nos DS que concentram o maior número de casos de TB (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

Outro arranjo organizacional das unidades de APS são as UBS com as equipes de ACS, apresentando, em 2009, o total de 24 equipes distribuídas em 20 UBS. De acordo com os dados do Relatório de Gestão, em 2009, a cobertura de ACS foi de 35% e da ESF de 13%, sendo a proporção da população cadastrada de 11,4% e o recurso próprio dispendido na APS superior ao previsto para o mesmo ano (Quadro 1) (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

Quadro 1 - Indicadores do Pacto pela Saúde apresentados no relatório de Gestão do Município de Ribeirão Preto/SP, 2009

Indicadores	Metas	Resultados
Proporção da população cadastrada pela ESF	13,70%	11,47%
Média mensal de visitas domiciliares por família realizadas por ACS	0,80 (Qtd)	0,55 (Qtd)
Cobertura da ESF	Atingir 15% de cobertura da ESF no município	Atingido 13% de cobertura da ESF no município
Cobertura de equipes de ACS	Ampliação e Implantação das equipes de ACS	Não foram ampliadas ou implantadas as equipes de ACS
Equipes Matriciais	Formação de equipes matriciais para apoio às unidades de atenção básica	Não foi formada Equipe Matricial
Recurso financeiro (em reais) próprio dispendido na atenção básica	R\$ 148.522.560	R\$ 180.339.339

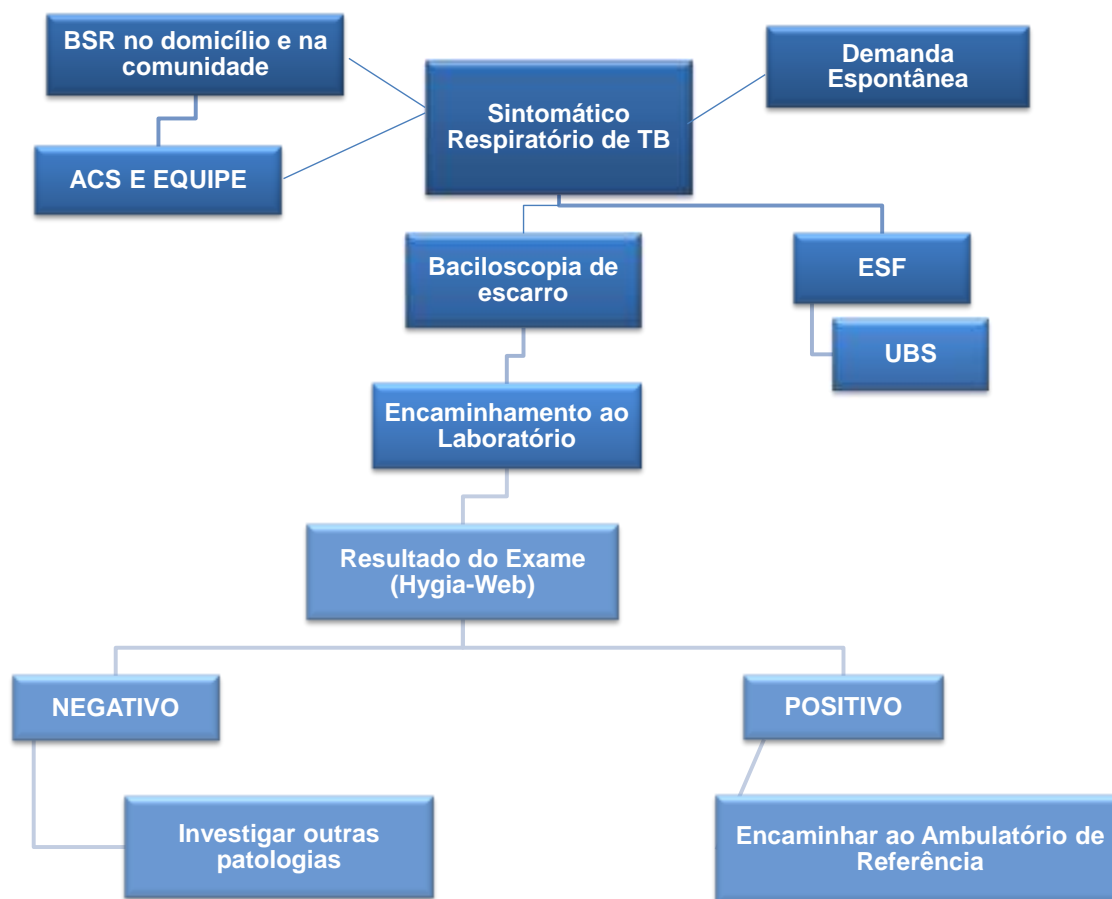
Fonte: Divisão de Planejamento em Saúde, SMS de Ribeirão Preto/SP, 2009.

4.3 Atenção à tuberculose em Ribeirão Preto

A atenção aos doentes de TB no município é centralizada nos ambulatórios de referência com PCT, distribuídos nos cinco DS. Esses serviços operam com equipes especializadas, compostas minimamente por 1 médico, 2 auxiliares de enfermagem e 1 enfermeira, que realizam atividades voltadas para o diagnóstico, manejo clínico dos casos e seus comunicantes, consulta médica de controle e o TDO, que, em 2009, cobriu 93% dos doentes de TB.

Prioriza-se a detecção de casos, por meio da identificação do SR, realização da baciloscopia de escarro e o manejo do caso (se positivo encaminhar para os

ambulatórios de referência e, se negativo, realizar outras investigações), nos serviços da APS, como porta de entrada para o sistema. É justamente nessa fase que o ACS desempenha um papel importante de investigar, orientar e encaminhar às modalidades de APS, aqueles sujeitos apresentando tosse há mais de três semanas, conforme exposto na Figura 1.



Fonte: Programa de Controle da Tuberculose – SMS, Ribeirão Preto, SP.

Figura 1 - Fluxograma de atendimento ao doente de tuberculose na Atenção Primária à Saúde (*Adaptado*)

O contexto epidemiológico referente à condição da TB no município, em 2009, revelou: 194 casos da doença, coeficiente de incidência de 32,5 casos/100.000 habitantes, 19,6% de coinfeção TB/HIV e cobertura do TDO de 93,3%. Quanto ao desfecho do tratamento, verificou-se 85,1% de taxa de cura, 3,9% abandono, 1,1% transferência, 1% de óbito por TB e 2,6% dos casos ainda não tinham informação sobre o tratamento (TBWEB, 2010).

4.4 População e amostra do estudo

A população do estudo foi composta por ACS das ESF e das UBS. Para a identificação desses profissionais, realizou-se um levantamento junto ao CNES, totalizando 333 profissionais. Em seguida, extraiu-se desse banco o número de ACS por DS e por modalidade de APS (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde, por Distrito de Saúde no município de Ribeirão Preto, SP

Modalidade de APS	Número de ACS por Distrito de Saúde					Total
	norte	sul	leste	oeste	central	
ESF	31	0	22	54	0	79
UBS	64	19	34	99	10	254
Total	95	19	56	153	10	333

Fonte: CNES, 2009; SMS – Ribeirão Preto, 2009.

Utilizou-se como critério de inclusão dos sujeitos no estudo: atuar nas modalidades de APS no período da coleta. Foram excluídos os ACS que estavam em férias, afastados por licença médica ou realizando atividades fora do local de serviço no dia da coleta.

O processo de amostragem foi realizado em dois estágios. No primeiro, a população foi selecionada por meio da técnica de amostragem aleatória simples sem reposição e, no segundo momento, utilizou-se a amostragem estratificada.

Assumindo como estimativa da variância das médias ($S^2=1$) valor proposto na literatura por Almeida e Macinko (2006) e a diferença entre a média amostral simples e a média da população ($B=0,2$), bem como a probabilidade do erro tipo I igual a ($Z_{\alpha=5\%}=1,96$), tem-se a equação $n=S_d^2 \cdot (Z_{\alpha})^2/B^2=96$ (BOLFARINE; BUSSAB, 2005). Prevê-se, dessa forma, taxa de não resposta de, aproximadamente, 20%, calculou-se, então, $n=108$ sujeitos.

Após a obtenção do número mínimo de sujeitos, a amostra foi estratificada por partilha proporcional, o que correspondeu a 39 ACS, pertencentes às ESF e 69 ACS pertencentes às UBS, sendo utilizada a técnica de sorteio simples para a escolha dos entrevistados (Quadro 2).

Quadro 2 - Plano de Amostragem do Estudo

Distrito	Modalidade de APS	Número de ACS no serviço de saúde	Número de ACS entrevistados	Total de entrevistas previstas
<i>Norte</i>	ESF	12	10	10
	UBS	16	11	21
		8	6	
		7	4	
<i>Oeste</i>	ESF	11	9	18
		11	9	
	UBS	19	15	32
		20	9	
		22	8	
<i>Central</i>	UBS	4	3	3
<i>Leste</i>	ESF	17	11	11
	UBS	8	7	7
<i>Sul</i>	UBS	9	6	6
<i>Total</i>			108	108

Fonte: Cálculo da autoria.

4.5 Procedimentos para coleta de dados

Inicialmente, foram realizados contatos com os responsáveis pelos serviços de saúde selecionados, para os pesquisadores procederem à apresentação do objeto em estudo e suas contribuições. Mediante agendamento prévio, uma equipe de entrevistadores treinados e supervisionados pelos pesquisadores realizou o processo de coleta de dados, no período de junho de 2009 a janeiro de 2010, após a adequação do instrumento no pré-teste.

Para proceder à coleta de dados, a primeira etapa consistiu nas visitas às unidades do estudo, com vistas à observação da estrutura e da rotina de trabalho das equipes no que refere às ações de controle da TB. Essa etapa foi acompanhada pelo supervisor da unidade, que colaborou com o preenchimento das questões fechadas do roteiro observacional.

Em um segundo momento, o objetivo, a natureza do estudo e a categoria de resposta de escala tipo Likert do instrumento foram apresentados a cada ACS. Depois de consultados sobre a possibilidade de colaborar, e assegurados quanto ao

anonimato e ao sigilo dos dados fornecidos, foi solicitada sua participação no estudo.

As entrevistas ocorreram nos serviços de saúde, em locais previamente acordados com as equipes, resguardando a privacidade dos entrevistados. Na finalização de cada entrevista, os formulários foram revisados pelos supervisores da coleta de dados com vistas à eliminação de lacunas no preenchimento dos mesmos, sendo esses organizados até a conclusão da amostra proporcional.

4.5.1 Instrumentos de coleta de dados

Na primeira etapa da coleta de dados utilizou-se um roteiro observacional, construído com base no Caderno de Atenção Básica e Vigilância em Saúde e na experiência empírica dos pesquisadores (ANEXO A). A utilização desse roteiro propiciou a avaliação inicial sobre a “estrutura” dos serviços de saúde investigados no que refere à disponibilidade de insumos para a coleta da escarro, local adequado para o acondicionamento do material colhido, retaguarda laboratorial, rotina sistematizada e presença de um profissional que responde pelas ações de controle da doença.

Para as entrevistas junto aos ACS, foi utilizado um instrumento adaptado por Villa e Ruffino-Netto (2009), baseado no *Primary Care Assessment Tool* (PCAT), proposto por Starfield (2002), adaptado e validado no Brasil por Almeida e Macinko (2006) (ANEXO B). O instrumento é composto por 63 variáveis e cada item segue escala tipo Likert com valor de um a cinco, em que a ordem dos pontos expressa o grau de concordância do entrevistado em relação às perguntas contidas no mesmo. Neste estudo foram considerados *insatisfatórios* os valores médios próximos de 1 e 2, valores próximos de 3, *regular*, e valores próximos de 4 e 5, como *satisfatório*. Atribuiu-se, ainda, o valor zero para a resposta *não sei* e o valor 99 *não se aplica*.

O pré-teste desse instrumento ocorreu na população de referência e os sujeitos que participaram dessa etapa não foram incluídos no estudo. Em um segundo momento, calculou-se o alpha de Cronbach, obtendo-se confiabilidade de 0,8382, sendo essa vista como considerável.

4.6 Variáveis do estudo

As variáveis selecionadas para o estudo estiveram distribuídas em dois grupos, expressando um deles a estrutura e o outro desempenho (Quadro 3). Ademais, também foram consideradas variáveis correspondentes ao perfil do ACS.

Quadro 3 - Variáveis analisadas no estudo, segundo os componentes estrutura e desempenho

Componente	Variável do Instrumento	Categoria Resposta
<i>Estrutura</i>	V5 - Presença de pote para coleta de escarro* V7 - Presença de formulário para solicitar baciloscopia* V8 - Presença de geladeira ou caixa térmica para acondicionamento do exame de escarro colhido* V9 - Retaguarda Laboratorial* V11 - Presença de Livro de Registro dos Sintomáticos Respiratórios (SR)* V12 - Rotina sistematizada para o atendimento dos SR* V13 - Presença de um profissional que responde as ações de controle da TB	1. Sim 2. Não
	V58 - Participação em treinamento relacionado à TB** V59 - Recebimento de material didático sobre a TB** V61 - Preparo para identificar usuários com suspeita de TB** V62 - Preparo para realizar orientações sobre TB** V63 - Preparo para realizar orientações sobre a forma de coletar o escarro**	1. Nunca 2. Quase nunca 3. Às vezes 4. Quase sempre 5. Sempre
<i>Desempenho</i>	V24 – Suspeita que um usuário apresentando tosse possa ser doente de TB** V51 - Identifica os SR na visita domiciliar** V50 - Questiona a presença de tosse entre comunicantes no domicílio** V42 - Comunica a enfermeira quando identifica os SR** V45 – Participação em discussões sobre as ações de controle da TB na equipe** V48 – Apoio por outro profissional de saúde frente a uma situação de suspeita de TB** V25 - Leva pedido de exame de escarro para o usuário de sua área** V33 - Ensina como coletar o exame de escarro** V34 - Ensina como armazenar e encaminhar a amostra do exame de escarro** V52 - Orienta as pessoas da comunidade sobre a TB** V53 - Realiza ações de saúde junto à comunidade para identificação do SR** V54 - Participa de reuniões com a comunidade para discutir o problema da TB**	1. Nunca 2. Quase Nunca 3. Às vezes 4. Quase Sempre 5. Sempre

Legenda: *Variáveis do roteiro observacional – proporção da característica observada.

**Variáveis do instrumento – Escala Likert de Resposta – valor médio dos escores, sendo que os mesmo foram considerados insatisfatórios para os valores próximos de 1 e 2, valores próximos de 3, regular e valores próximos de 4 e 5, como satisfatórios.

4.7 Análise dos dados

O plano analítico deste estudo se deu em dois momentos, inicialmente procedeu à análise descritiva com cálculo de frequência e proporção das variáveis associadas à estrutura das modalidades de APS, inseridas no roteiro observacional, e aquelas relacionadas ao perfil dos ACS. Para as questões cujo formato de resposta era em escala tipo Likert, foram calculadas a medida de posição (média) e as medidas de dispersão (desvio-padrão e intervalo de confiança), também considerou-se a análise bivariada, efetuada pelo cruzamento das variáveis dependentes, apresentadas no Quadro 3, com a variável independente (ESF ou UBS) por meio de tabelas de contingência.

Vale mencionar, ainda, que as variáveis dependentes foram testadas através da comparação entre médias, utilizando-se o teste F (ANOVA). A igualdade de variância (homocedasticidade) requerida pela ANOVA foi verificada pelo teste de Levene e o teste de normalidade por Shapiro-Wilk. Quando violados os critérios da ANOVA, foi aplicado o teste não paramétrico de Mann-Whitney (teste U).

Em um segundo momento, considerou-se a estatística multivariada para uma análise conjunta das variáveis relacionadas ao componente *desempenho*, utilizando-se a Análise de Correspondência Múltipla (ACM). O emprego dessa técnica justifica-se porque as variáveis do estudo são categóricas e medidas pela escala tipo Likert, sendo estabelecido entre elas um grau de interdependência. No tocante à ACM, ela está inserida na família das técnicas de mapas perceptuais/intuitivos. Hair Jr. et al. (2005) define esse tipo de mapa como a representação visual das percepções dos indivíduos com duas ou mais dimensões.

A partir da tabulação das respostas do instrumento, gerou-se, então, uma matriz em que as linhas correspondem aos indivíduos (ACS) e as colunas correspondem às variáveis. Na intersecção da linha *i* com a coluna *j*, encontra-se x_{ij} , que vale 0 ou 1, indicando se o indivíduo *i* possui ou não a modalidade *j*. Um indivíduo está bem representado pelas modalidades que possui, assim, dois indivíduos se assemelham quando apresentam globalmente as mesmas modalidades (MINGOTI, 2005).

Segundo os autores, a proximidade de dois indivíduos sobre um plano fatorial traduz graficamente que ambos os sujeitos apresentam atributos semelhantes nas *p* variáveis estudadas. Considerando a tabela disjuntiva completa como uma tabela de

contingência, a distância usada para avaliar a semelhança entre as linhas (indivíduos) e entre as colunas (modalidades) foi a distância de χ^2 . Sendo que a distância entre dois indivíduos cresce na medida em que aumenta o número de modalidades diferentes que esses indivíduos apresentam.

Outro elemento importante dessa técnica de análise se refere à variação total dos dados, denominada inércia. Por sua vez, essa variação é decomposta em cada eixo (ou dimensão) do gráfico. Dessa forma, a inércia associada a cada dimensão do gráfico informa qual é a proporção da variação total que aquele eixo está explicando. A primeira dimensão do gráfico do mapeamento perceptual exibe a maior quantidade de inércia, sendo o mais relevante; a segunda dimensão exibe a maior quantidade de inércia depois da primeira sendo, o segundo mais importante e, assim, sucessivamente, sendo o último, o menos importante (MINGOTI, 2005).

4.8 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi autorizado pela SMS de Ribeirão Preto e recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Protocolo de nº0984/2008 (ANEXO C), de acordo com a Resolução nº196/96, do Conselho Nacional de Saúde e das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), sendo garantido o sigilo das informações obtidas dos serviços de saúde selecionados.

5 Resultados

Dos 108 ACS participantes do estudo, verificou-se o predomínio do sexo feminino (99%) e do ensino médio (66,7%) como grau de escolaridade. Ao observar esses dados por modalidades de APS, percebe-se que tais características não variaram entre os grupos (Tabela 3).

Em relação ao tempo de trabalho, ainda na Tabela 3, 17,5% dos ACS das ESF atuavam em um período entre 13 e 60 meses, sendo que nas UBS a maioria (46,4%) mencionou um tempo de atuação superior a cinco anos. Sobre a remuneração, pode-se depreender a variação de opiniões entre os ACS de ambas as modalidades de APS, atribuindo essa como *regular*, *ruim* ou *muito ruim*. Sobretudo, um contingente importante dos entrevistados considera a ambiência do seu local de trabalho como *boa*.

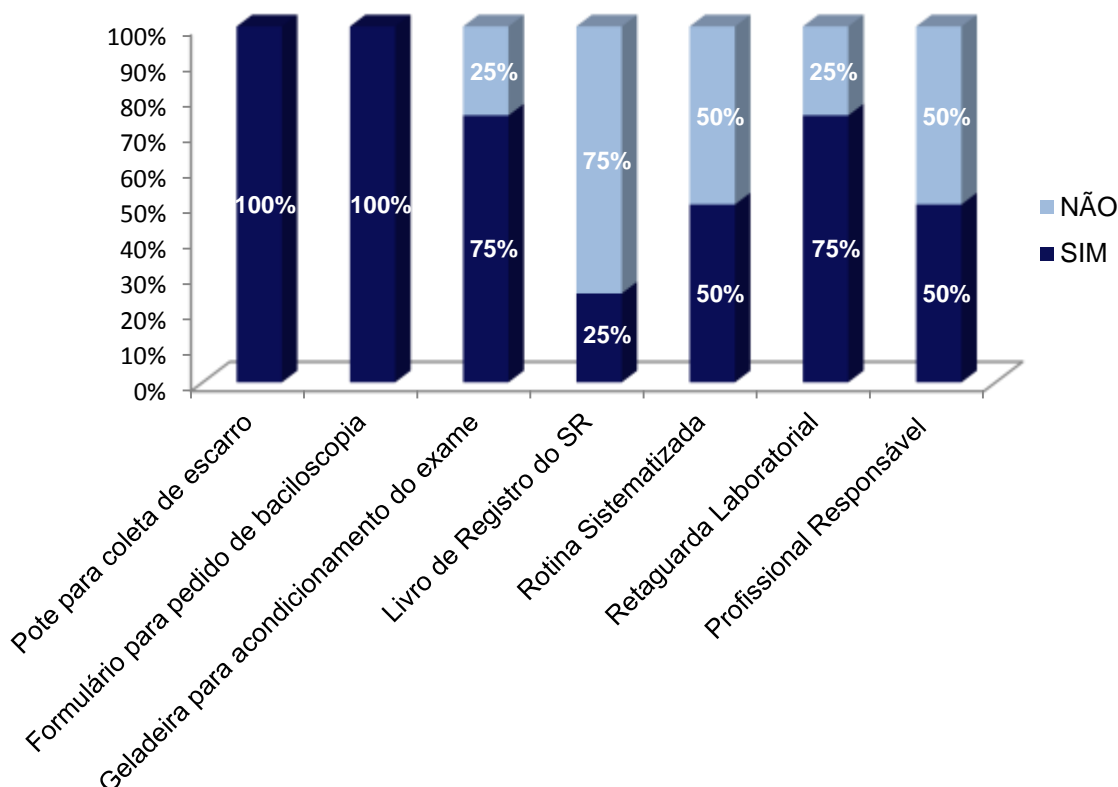
Tabela 3 - Distribuição das variáveis de perfil dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo a modalidade da Atenção Primária à Saúde. Ribeirão Preto, SP

Variáveis	ESF		UBS		Total	
	n (39)	%	n (69)	%	n (108)	%
Sexo						
Feminino	39	36,0	68	63,0	107	99,0
Masculino	0	0,0	01	1,0	01	1,0
Formação						
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
Tempo de trabalho						
≤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	63,0
Julgamento da remuneração						
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
Ambiência do seu local de trabalho						
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
Boa	19	17,5	43	39,9	62	57,4
Muito Boa	17	15,6	09	8,4	26	24,0

Fonte: Cálculo da autoria.

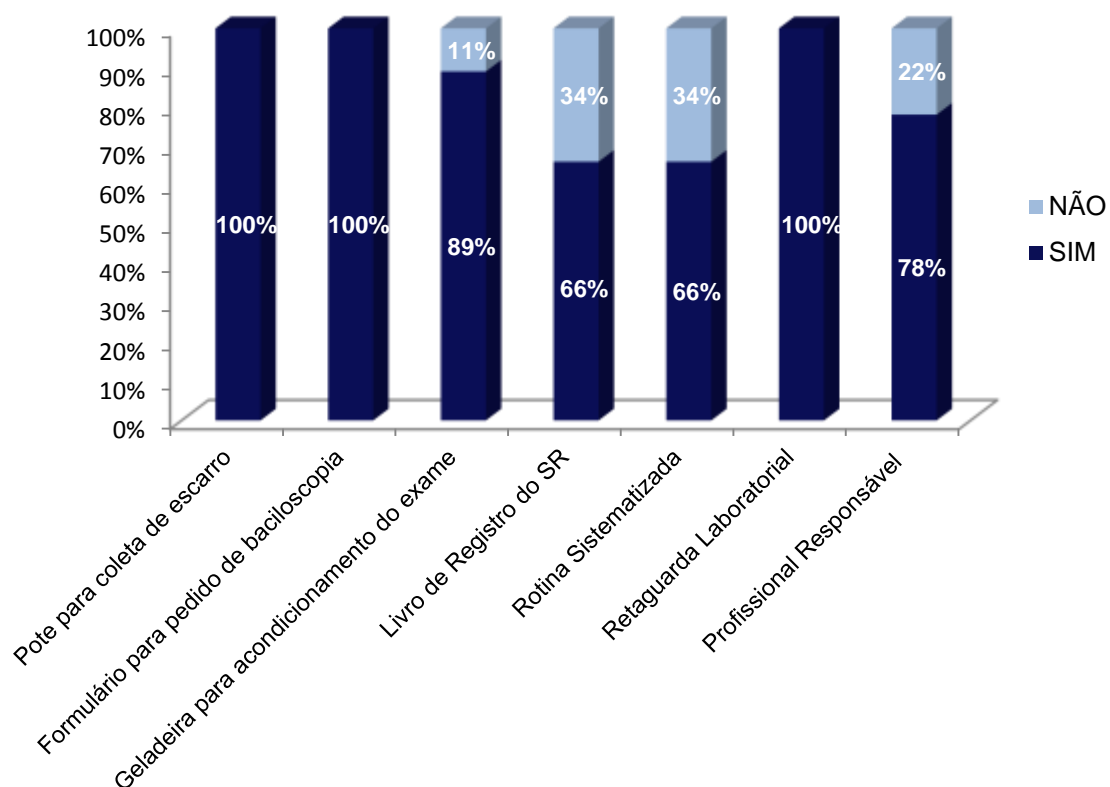
No que se refere à estrutura das modalidades de APS, observou-se ausência de insumos essenciais para detecção dos casos de TB. Na comparação entre as quatro ESF e nove UBS investigadas, constatou-se que 75% das ESF não possuíam Livro de Registros dos SR. Ademais, 50% não contavam com rotina sistematizada para o atendimento do suspeito de TB e com um profissional que respondesse pelas ações de controle da doença. Essa fragilidade, na lógica organizacional, foi também

identificada em algumas UBS. Verificou-se, ainda, que em uma ESF do município, não acontecia o recolhimento rotineiro das baciloscopias colhidas, ocorrendo somente quando solicitado. Entre os aspectos positivos de ambas as modalidades de APS, destaca-se a presença de pote para coleta de escarro e formulário para pedido de baciloscopia, em todas as unidades de saúde (Figuras 2 e 3).



Fonte: Cálculo da autoria.

Figura 2 - Distribuição dos percentuais das variáveis de estrutura das Estratégias Saúde da Família para o controle da tuberculose. Ribeirão Preto, SP



Fonte: Cálculo da autoria.

Figura 3 - Distribuição dos percentuais das variáveis de estrutura das Unidades Básicas de Saúde para o controle da tuberculose. Ribeirão Preto, SP

Quanto à capacitação e preparo do ACS para atuar no apoio ao diagnóstico da TB, escores satisfatórios foram encontrados em ambas as modalidades de APS, conforme exposto na Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição das médias, intervalos de confiança e desvio-padrão, referente à capacitação e preparo do Agente Comunitário de Saúde no controle da tuberculose, segundo a modalidade de Atenção Primária à Saúde. Ribeirão Preto, SP

Variáveis	Modalidades de Atenção Primária à Saúde								p
	ESF				UBS				
	n	\bar{x}	(95%IC)	DP	n	\bar{x}	(95%IC)	DP	
Participação em treinamento relacionado à TB	39	3,79	(3,37-4,21)	±1,28	69	3,60	(3,27-3,93)	±1,37	0,490
Recebimento de material didático sobre TB	39	4,28	(3,93-4,63)	±1,07	69	4,10	(3,84-4,35)	±1,07	0,402
Preparo para identificar usuários com suspeita de TB	39	3,76	(3,32-4,21)	±1,38	69	3,91	(3,60-4,22)	±1,29	0,589
Preparo para realizar orientações sobre TB	39	4,43	(3,98-4,67)	±1,05	69	4,34	(4,08-4,61)	±1,10	0,947
Preparo para realizar orientações sobre a forma de coletar o escarro	39	3,61	(2,98-4,05)	±1,65	69	3,88	(3,55-4,28)	±1,40	0,593

Fonte: Cálculo da autoria.

A partir da Tabela 5, verifica-se diferença significativa ($p < 0,05$) na investigação dos comunicantes no domicílio, sendo que os ACS inseridos nas UBS questionam mais a presença de tosse entre os comunicantes quando comparados àqueles inscritos nas ESF. Ademais, os ACS de ambas as modalidades de APS ostentaram escores satisfatórios no que refere à identificação do SR no domicílio, comunicação ao enfermeiro frente a um caso suspeito da doença, participação em discussões sobre as ações de controle da TB no serviço e o apoio por outro profissional de saúde frente a uma situação de suspeita da doença. Em relação ao desenvolvimento de ações voltadas à comunidade, verificou-se, tanto na ESF como na UBS, que eles procederam, de forma insatisfatória, à entrega de pedido do exame de escarro para o usuário em sua área, à formação de parcerias para identificação do SR e não participaram de reuniões junto à comunidade para discutir o problema da TB.

Tabela 5 - Distribuição das médias, intervalos de confiança e desvio-padrão, referente ao desempenho do Agente Comunitário de Saúde no controle da tuberculose, segundo a modalidade de Atenção Primária à Saúde. Ribeirão Preto, SP

Variáveis	Modalidades de Atenção Primária à Saúde								
	ESF				UBS				p
	n	\bar{x}	(95%IC)	DP	n	\bar{x}	(95%IC)	DP	
Suspeita que um usuário apresentando tosse possa ser um doente de TB	39	2,89	(2,61-3,18)	±0,88	69	3,07	(2,82-3,32)	±1,04	0,380
Identifica os SR na visita domiciliar	39	3,82	(3,46-4,17)	±1,09	69	3,91	(3,62-4,20)	±1,20	0,693
Questiona a presença de tosse entre comunicantes	39	2,41	(2,06-3,42)	±2,09	69	3,89	(3,39-4,19)	±1,66	0,004*
Comunica ao enfermeiro quando identifica SR	39	4,71	(4,37-5,05)	±1,05	69	4,27	(3,97-4,57)	±1,23	0,064
Discute sobre as ações de controle da TB na equipe	39	3,97	(3,57-4,37)	±1,24	69	3,72	(3,38-4,06)	±1,42	0,362
Apoio institucional frente a uma situação de suspeita de TB	39	3,95	(3,51-4,30)	±1,95	69	3,71	(3,20-4,15)	±2,29	0,584
Leva pedido de exame de escarro para o usuário de sua área	39	1,66	(1,37-1,95)	±0,89	69	1,78	(1,53-2,02)	±1,02	0,557
Ensina como coletar o exame de escarro	39	2,97	(2,28-3,66)	±2,12	69	3,28	(2,82-3,75)	±1,92	0,432
Ensina como encaminhar a amostra do exame de escarro	39	2,94	(2,26-3,63)	±2,10	69	3,13	(2,65-3,61)	±1,99	0,656
Orienta as pessoas da comunidade sobre a TB	39	3,48	(3,16-3,91)	±1,16	69	3,46	(3,14-3,77)	±1,31	0,768
Realiza ações junto à comunidade para identificação do SR	39	1,82	(1,40-2,23)	±1,27	69	1,98	(1,65-2,31)	±1,37	0,540
Participa de reuniões com a comunidade para discutir o problema da TB	39	1,41	(1,08-1,73)	±0,99	69	1,60	(1,35-1,86)	±1,07	0,345

*Diferença com significância estatística: $p < 0,05$

Fonte: Cálculo da autoria.

Na análise conjunta das variáveis de *desempenho* e da variável suplementar (modalidades de APS), foi certificada a qualidade da inércia e o cosseno ao quadrado (\cos^2) de cada uma delas por dimensão. Para tal, foram consideradas as duas primeiras dimensões, que explicam 37,80% da variabilidade global (ou inércia total) dos dados, a primeira dimensão contribuindo com 24,95% e a segunda com 12,85% (Figura 4).

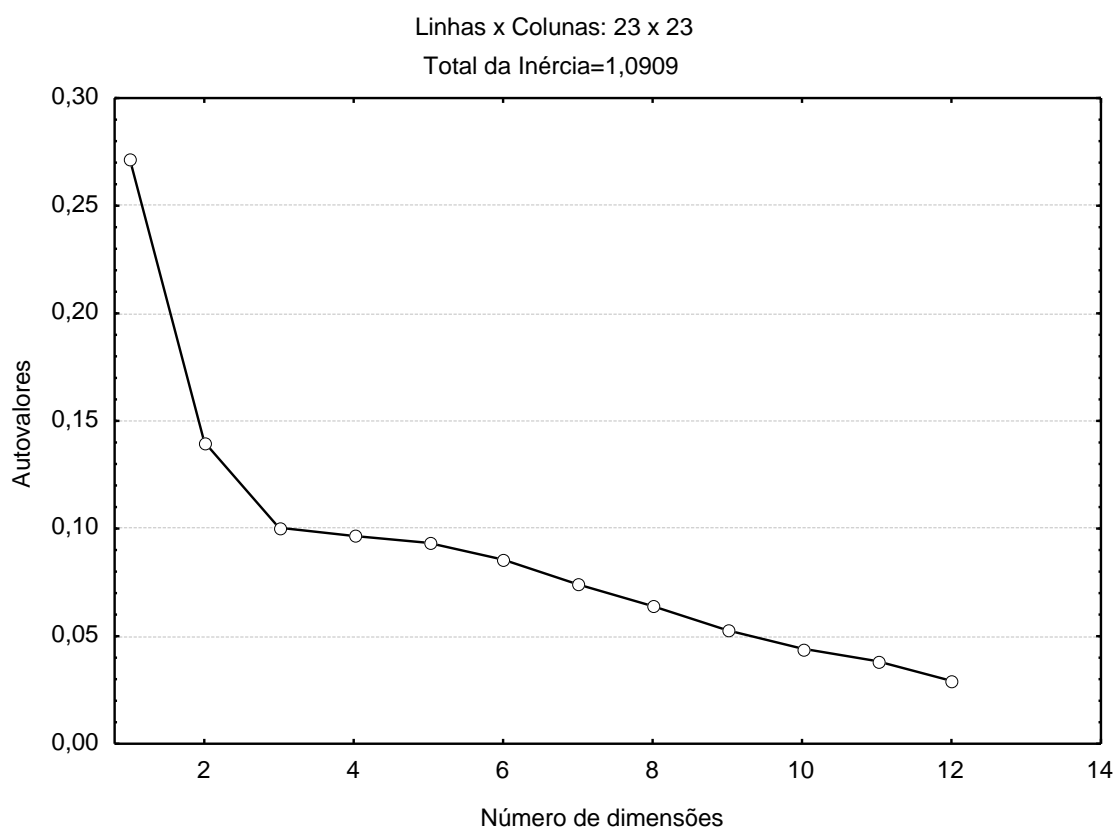


Figura 4 - Decréscimo de autovalores. Ribeirão Preto, SP

Por meio da matriz de valores próprios (Tabela 6), determinaram-se as variáveis que pertenciam a cada dimensão, conforme a maior contribuição absoluta (\cos^2). Dessa forma, as variáveis que mais contribuiriam para a primeira dimensão estiveram associadas às ações técnicas do ACS. E a segunda dimensão, cuja contribuição foi menor, se relacionou ao componente político, que corresponde às ações junto à comunidade.

Tabela 6 - Relação de cada variável com a dimensão e sua contribuição para a inércia, a partir da técnica de correspondência múltipla. Ribeirão Preto, SP

Variável e Categoria	Qualidade	Inércia Relativa	Cosseno ² - dim.1	Cosseno ² - dim.2	Dimensão
V24:1	0,297	0,061	0,220	0,077	1
V24:5	0,193	0,039	0,223	0,078	1
V25:1	0,396	0,040	0,394	0,002	1
V25:5	0,396	0,043	0,394	0,002	1
V42:1	0,448	0,077	0,393	0,054	1
V42:5	0,448	0,005	0,393	0,054	1
V45:1	0,074	0,076	0,042	0,032	-
V45:5	0,074	0,046	0,042	0,032	-
V48:1	0,070	0,070	0,041	0,028	-
V48:5	0,070	0,012	0,041	0,028	-
V50:1	0,392	0,625	0,301	0,090	1
V50:5	0,392	0,020	0,302	0,090	1
V51:1	0,404	0,047	0,348	0,056	1
V51:5	0,404	0,035	0,348	0,056	1
V52:1	0,458	0,039	0,103	0,345	2
V52:5	0,458	0,043	0,103	0,354	2
V53:1	0,644	0,012	0,204	0,440	2
V53:5	0,644	0,070	0,204	0,440	2
V54:1	0,615	0,004	0,081	0,534	2
V54:5	0,615	0,078	0,081	0,534	2

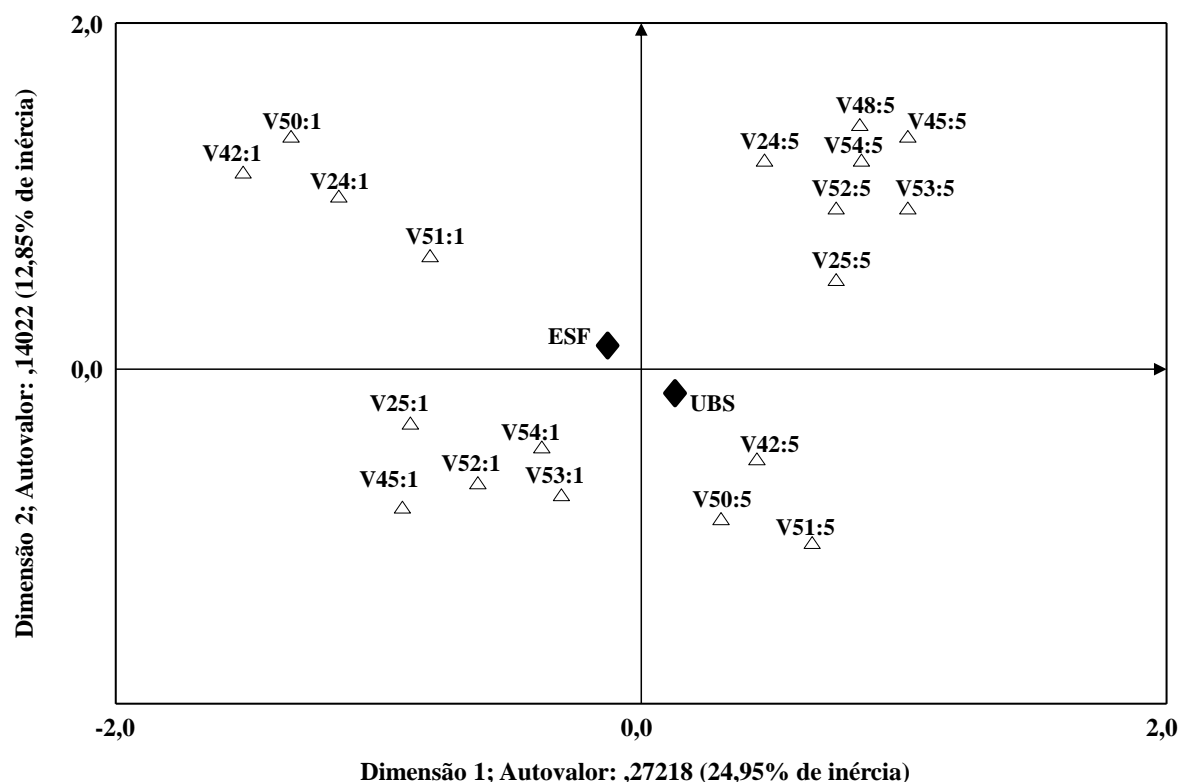
As variáveis selecionadas para as dimensões 1 e 2 foram localizadas por meio de coordenadas no mapa perceptual e permaneceram representadas nesse plano aquelas cujas categorias apresentam maior contribuição para dimensão. Sendo mantidas, as variáveis V45 e V48, que refere à participação em discussões das ações de controle da doença na equipe e o apoio por outro profissional de saúde frente a uma situação de suspeita de TB, devido à sua relevância teórica para o entendimento do desempenho do ACS no controle da TB.

No mapa perceptual (Figura 4), observa-se que, no lado positivo da dimensão 1, estão os ACS que sempre suspeitam que um usuário apresentando tosse possa ser um doente de TB, identificam os SR na visita domiciliar, sempre questionam a presença de tosse entre comunicantes no domicílio, levam pedido de exame de

escarro para o usuário de sua área, comunicam o enfermeiro quando identificam SR, discutem com a equipe as ações de controle da doença e se sentem apoiados por outro profissional de saúde frente a uma situação de suspeita de TB. Em oposição, no lado negativo da dimensão 1, estão os participantes que nunca suspeitam que um usuário apresentando tosse possa ser um doente de TB, não identificam os SR na visita domiciliar, nunca questionam a presença de tosse entre comunicantes no domicílio, nunca levam pedido de exame de escarro para o usuário de sua área, não comunicam o enfermeiro quando identificam SR e não discutem com a equipe sobre as ações de controle da doença.

Em relação à dimensão 2, no lado positivo, estão os ACS que sempre orientam as pessoas da comunidade sobre a doença, realizam ações de saúde junto à comunidade para identificação do SR e participam de reuniões com a comunidade para discutir o problema da TB. Posicionados no lado negativo da dimensão, encontram-se aqueles que não desenvolvem tais ações para o controle da doença.

De acordo com a posição das modalidades de APS, verifica-se a proximidade de ambas na origem do mapa perceptual, o que denota a associação destas com todas as variáveis inseridas na análise. Observa-se, ainda, no quadrante superior direito do mapa perceptual, a correspondência entre as ações de controle da TB e a interação dos ACS com a equipe.



Legenda: Modalidades de APS: ESF e UBS

Variáveis categóricas: V24:1 – Nunca suspeita que um usuário apresentando tosse possa ser doente de TB; V24:5 – Sempre suspeita que um usuário apresentando tosse possa ser doente de TB; V25:1 – Nunca leva pedido de exame de escarro para o usuário de sua área; V25:5 – Sempre leva pedido de exame de escarro para o usuário de sua área; V42:1 – Nunca comunica a enfermeira quando identifica os SR; V42:5 – Sempre comunica a enfermeira quando identifica os SR; V45:1 – Nunca discute com a equipe sobre as ações de controle da doença; V45:5 – Sempre discute com a equipe sobre as ações de controle da doença; V50:1 – Nunca questiona a presença de tosse entre comunicantes no domicílio; V50:5 – Sempre questiona a presença de tosse entre comunicantes no domicílio; V48:5 – Sempre se sente apoiado por outro profissional de saúde frente a uma situação de suspeita de TB; V51:1 – Nunca identifica os SR na visita domiciliar; V51:5 – Sempre identifica os SR na visita domiciliar; V52:1 – Nunca orienta as pessoas da comunidade sobre a TB; V52:5 – Sempre orienta as pessoas da comunidade sobre a TB; V53:1 – Nunca realiza ações de saúde junto à comunidade para identificação do SR; V53:5 – Sempre realiza ações de saúde junto à comunidade para identificação do SR; V54:1 – Nunca participa de reuniões com a comunidade para discutir o problema da TB; V54:5 – Nunca participa de reuniões com a comunidade para discutir o problema da TB.

Figura 5 - Mapa perceptual de desempenho do Agente Comunitário de Saúde, no controle da tuberculose, segundo a modalidade de Atenção Primária à Saúde. Ribeirão Preto, SP

6 Discussão

Estudos realizados em outros municípios brasileiros apresentaram resultados semelhantes a este no que refere ao predomínio do sexo feminino e do nível de escolaridade, o ensino médio (ESCOREL, 2002; SILVA; DALMASO, 2002; FERRAZ; AERTS, 2005; GALAVOTE et al., 2011; ÁVILA, 2011; BARALHAS; PEREIRA, 2011).

Em relação ao primeiro achado, autores associam a crescente feminização da força de trabalho na área da saúde com o papel de cuidadora que a mulher sempre desempenhou na sociedade e que, segundo eles, contribui para a sua maior credibilidade e sensibilidade perante a comunidade assistida (SILVA; RODRIGUES, 2000).

Quanto à escolaridade, superior ao recomendado para a atuação no cargo, essa é vista como possibilidade para a incorporação de novos conhecimentos e orientações das famílias que se encontram sob a responsabilidade do ACS (FERRAZ; AERTS, 2005; GALAVOTE et al., 2011). Contudo, no presente estudo, o maior nível de escolaridade dos ACS entrevistados não potencializou o desenvolvimento de ações de controle da TB na comunidade.

A despeito, destaca-se aqui, que a efetiva implantação de estratégias para o controle da TB na prática do ACS perpassa pelo investimento na Formação e na Educação em Saúde, de forma permanente. Ao se colocar em pauta a discussão sobre o perfil ocupacional desse trabalhador, na atual política de saúde, duas atribuições definidas pelo MS precisam ser enfatizadas. A primeira se refere “à orientação das famílias para o uso adequado dos serviços de saúde”, e a segunda prioriza a proposta de elo entre serviço e comunidade, em que eles devem “informar os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades de saúde” (BRASIL, 1997b).

Essas atribuições, por sua vez, sinalizam o movimento bidirecional dos agentes, aqueles que, por um lado, informam à população “modos de fazer”, estabelecidos pelos serviços de saúde, e que, por outro lado, munem os profissionais da equipe de elementos para a compreensão dos problemas de saúde das famílias e necessidades da população (NUNES et al., 2002).

Nesse sentido, na formação e na educação crítica desses agentes no controle da TB há necessidade de muni-los de conhecimentos diversos em torno da questão do processo saúde/doença, incorporando, além da perspectiva biomédica, outros saberes que o habilitem nesse processo de interação cotidiana com as famílias e no reconhecimento de suas necessidades (NOGUEIRA et al., 2007). Sendo que a

Educação Permanente em Saúde (EPS), é uma ferramenta importante para pensar em intervenções face a polarização em que se situa o ACS, ora “agente institucional”, ora “agente da comunidade”.

Segundo Ceccim (2005), a EPS traz em sua centralidade a porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde, a sua ligação política com a formação dos profissionais, a introdução de mecanismos, espaços e temas que permitem a autoanálise, a autogestão, implicação e mudança institucional, isto é, no cotidiano de trabalho do ACS, o território passa a ser considerado um espaço privilegiado de interação, de diálogo, de tessitura de conhecimento, da investigação como possibilidade de apropriação e compreensão da realidade.

Convém destacar que essa perspectiva não atribui somente à responsabilidade de um único ator, mas traz como propósito a inclusão da universidade, gestores, profissionais de saúde e comunidade, configurando a imagem do que Ceccim e Feuerwerker (2004) definem como o quadrilátero da formação para a área da saúde: o ensino, a gestão setorial, práticas de atenção e o controle social, com a proposta de construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade, para “operar mudanças”, “mobilizar caminhos” e “convocar protagonismos”. Assim, por meio da interação e responsabilidade coletiva se propõe que as ações de controle da TB possam ser permanentemente reavaliadas e contextualizadas no cotidiano do ACS.

Entre os aspectos positivos, identificados no estudo, que podem contribuir para operação de mudanças do trabalho do ACS no controle da TB, destacam-se: a baixa rotatividade desses profissionais em ambas as modalidades de APS e a satisfação com seu ambiente de trabalho, elementos fundamentais e disparadores para o processo de familiarização com a equipe e a criação do saber pela prática (SCHIMITH; LIMA, 2004).

Há que se considerar outro componente importante nesse processo, o julgamento em relação à sua remuneração, atribuído pelos sujeitos como inadequado (*regular, ruim e muito ruim*), o que pode estar associado, especialmente no contexto da ESF, à posição de inferioridade quando compara o seu salário com o de outros membros da equipe (NUNES et al., 2002; NASCIMENTO; CORREA, 2008) e/ou às dificuldades de se manter em um município com bons indicadores econômicos e sociais que se apresenta com renda *per capita* alta. Desse modo,

torna-se imprescindível a motivação e estímulos, traduzidos em melhores salários e reconhecimento dessa categoria profissional, inclusive, perante a equipe (ESPÍNOLA; COSTA, 2006).

Além dos apontamentos expostos sobre o perfil dos participantes do estudo, que apresenta atribuições específicas de sua categoria profissional associado à identidade construída num processo de transformação e interação com a comunidade na qual se configura um saber operante no exercício do seu trabalho, a discussão sobre a estrutura das modalidades de APS se faz necessária para compreender, diante de uma análise de contexto, o desempenho do ACS no controle da TB. Para tal, optou-se por discutir os componentes estrutura e desempenho separadamente, embora se reconheça a inter-relação e interdependência entre eles (TANAKA; MELLO, 2001).

No que tange à estrutura das modalidades de APS, a ausência de insumos essenciais para detecção dos casos de TB nos serviços e na comunidade, bem como às fragilidades observadas na lógica organizacional da atenção ofertada ao SR (falta de rotina sistematizada e de um profissional que responda pelas ações de controle da doença), sobretudo na ESF, desperta uma série de reflexões acerca do contexto de trabalho do ACS para desempenhar suas funções no controle da TB.

O primeiro ponto de discussão face a tais fragilidades se refere à cobertura incipiente da ESF no município em investigação, associada ao recurso próprio dispendido na APS superior ao previsto para 2009, que, de acordo com os dados publicados nas fontes oficiais (RIBEIRÃO PRETO, 2009), os resultados alcançados não corresponderam às metas pactuadas para o mesmo ano, o que permite questionar: que tipo de investimento tem sido feito na APS?

De acordo com Conill (2008), o tipo de investimento realizado na APS parece seguir um fenômeno histórico social da concepção seletiva de ações focalizadas para populações específicas, com oferta diversificada de serviços insuficientes, predominante nos países da América Latina.

Na perspectiva de se implantar uma APS abrangente, a ESF foi adotada pelo governo brasileiro como proposta de reorganização do sistema de saúde. Todavia, nos grandes centros urbanos em que o histórico de oferta de serviços de saúde se traduz na existência de redes com experiências acumuladas em outras modalidades de atenção, ela não tem assumido, de pronto, sua feição de ampliação no acesso e

apresenta dificuldade de se posicionar como estruturante da APS (ELIAS et al., 2006; FACCHINI et al., 2008; MACHADO; LIMA; VIANA, 2008).

Embora se reconheça o impacto positivo proporcionado pela ESF na condição de saúde da população brasileira, em seus trabalhos, os autores ostentaram três grandes grupos de problemas que podem ser identificados sobre sua expansão nos grandes centros urbanos. O primeiro relaciona-se às características das equipes existentes, que reforçam a heterogeneidade das condições de funcionamento das USF. O segundo refere-se à especificidade dos sistemas de saúde implantados nesses cenários e à diversidade dos modelos de inserção da ESF na APS. Finalmente, o terceiro vincula-se à própria dinâmica do processo saúde e doença, da demanda e utilização dos serviços de saúde, bem como um padrão de consumo de saúde pautado pela fragmentação e especialização.

Para Almeida, Fausto e Giovanella (2011) e Mendes (2012), a baixa valorização política, econômica e social, além da institucionalização incipiente da ESF, também tem se configurado como um dos grandes nós para que ela seja emplacada em muitos municípios brasileiros, haja vista que ela agrega baixo valor econômico na arena sanitária, quando comparada à indústria farmacêutica, ou outras corporações privadas, e tem reduzido valor simbólico para os formuladores de políticas de saúde, gestores dos sistemas de saúde e para a própria população, adaptada a um modelo curativista.

Ademais, a própria carência de uma estrutura física adequada reflete a precariedade com que se trata a ESF, em que muitas vezes alugam-se residências sem condições mínimas para desenvolvimento de determinadas ações programáticas, como vacinas, prova tuberculínica, curativos, entre outras atividades (COSTA; SILVA; CARVALHO, 2011).

O segundo ponto de discussão diz respeito à sustentação do protagonismo do ACS nas modalidades de APS, sem um profissional que responda pelas ações de controle da TB, considerando que a capacitação desse trabalhador é de responsabilidade de um instrutor-supervisor que conta com a participação e colaboração de outros profissionais para criar propostas e discutir a problemática da TB, mediante as experiências locais.

Na tentativa de superar esse paradigma da dimensão sistêmica e organizacional dos serviços de saúde, se faz necessária a implementação de políticas indutoras de uma APS abrangente e contemporânea, frente aos desafios

lançados para o controle da TB como condição crônica, o que exige novos conhecimentos, saberes e mudanças de práticas, bem como o reconhecimento do papel da APS. Segundo Mendes (2012), no cenário da saúde, a APS constitui uma sólida prática para abordar e superar a falta de saúde e as desigualdades, determinantes sociais que estão associados à condição da TB na população brasileira.

Corroborando com essa ideia, Almeida et al. (2010) referem que nenhuma das instâncias do sistema de saúde dispõe da totalidade de recursos necessários ao atendimento das demandas de saúde da população, tornando-se fundamental o fortalecimento de mecanismos de comunicação, integração e cooperação entre os serviços de saúde para a garantia da integralidade do cuidado, partindo-se do pressuposto que o trabalho em rede é um dos componentes para a prestação de um cuidado abrangente, contínuo, resolutivo e distinto da concepção seletiva e focalizada ainda predominante.

Estudos revelam que em locais onde foi feito o investimento e fortalecimento da APS numa perspectiva abrangente e contemporânea, resultados positivos foram encontrados em relação à provisão de cuidados em saúde nas comunidades, bem como o alcance de maior equidade e eficiência na continuidade da atenção ofertada e satisfação do usuário com o serviço de saúde (STARFIELD, 2002; KRINGOS et al., 2010; ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; RODRIGUES et al., 2012).

Conceber tal lógica na atenção voltada à TB no cenário da APS implicaria, sobretudo, reconhecer que as necessidades de saúde apresentadas pela comunidade deveriam orientar o financiamento e, conseqüentemente, a disponibilidade de recursos físicos e humanos que são essenciais para o bom desempenho das equipes no controle da doença (ANDRADE, 2007).

Nessa interação entre os níveis macro, meso e micro convém discorrer sobre o objeto central deste estudo e a hipótese inicial levantada no delineamento deste trabalho que se associa ao desempenho satisfatório dos ACS inseridos na ESF, em relação àqueles inscritos nas UBS.

Embora, escores satisfatórios terem sido apresentados em relação ao preparo e capacitação do ACS para atuar no apoio ao diagnóstico da TB, verificou-se, tanto na ESF como na UBS, que eles realizaram de forma inconsistente a entrega de pedido do exame de escarro para o usuário em sua área, o estabelecimento de parcerias para identificação do SR e a participação de reuniões com a comunidade

para discutir o problema da TB. Ademais, os ACS inseridos na UBS investigam mais os comunicantes no domicílio do que aqueles inscritos na ESF, rejeitando, assim, a hipótese inicial do estudo.

Dessa forma, evidencia-se que independentemente da modalidade de APS, há uma tendência no seu desempenho de predomínio da dimensão técnica e institucional em relação à dimensão política e comunitária, como aquilo que se deseja e precisa ser construído para se avançar no controle da doença.

Contudo, ao assumir tais dimensões no contexto da APS, cria-se, para o ACS, o que autores compreendem como um campo das tensões, na medida em que a convivência entre os diferentes polos entra em conflito na dinâmica do seu cotidiano, enquanto a comunidade o inscreve em uma demanda de tipo predominantemente pessoal, a equipe espera do mesmo uma prática mais técnica e pedagógica na prevenção da TB. Os ACS, por sua vez, somam à expectativa de uma competência técnica a valores e conhecimentos que estão arraigados à sua cultura (NUNES et al., 2002; NOGUEIRA, 2002; BORNSTEIN; STOTZ, 2008; FERREIRA et al., 2009).

Na análise conjunta das variáveis de desempenho, pode-se observar que um grupo de ACS tem desenvolvido as ações de controle da TB, e corresponde ao grupo de trabalhadores que se sente apoiado e discute em equipe a problemática da TB, revelando que a política institucional assumida em um dado serviço pode produzir resultados positivos, independente da modalidade de APS.

Peduzzi (2007) considera que a forma de olhar a organização do trabalho vai se produzindo por meio das relações de reciprocidade, da articulação de ações desenvolvidas em comum e da integração dos profissionais na utilização de algumas ferramentas, como a comunicação. Assim, o bom desempenho do ACS, no controle da TB, se vincula ao trabalho em equipe, e requer a integração entre as ações e os atores, através do compartilhamento de núcleo de saberes, união e comprometimento com a proposta do SUS.

Portanto, o ACS necessita, no seu cotidiano junto às equipes da APS, de ferramentas que superem apenas o conhecimento pautado no modelo biomédico vinculado à TB, ou seja, esse deve ser detentor de outras habilidades que lhe permitam atuar no âmbito social de sua comunidade, sendo protagonista que contribua, efetivamente, para a produção de um modelo de APS que ressignifique o trabalho em equipe (MERHY, 2004).

No mais, compreende-se que a continuidade de uma ação desencadeada por esse profissional no domicílio ou na comunidade será garantida apenas se o sistema de serviços de saúde estiver organizado através de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde (MENDES, 2011). Segundo Nogueira et al. (2007) sistemas fragmentados impedem que uma ação desencadeada pelo ACS no domicílio transite pelos diferentes pontos de atenção, comprometendo, assim, a integralidade da atenção ofertada ao doente de TB.

É nesse sentido que Ruffino-Netto (2001, 2002) propõe nova resposta e dinâmica dos sistemas de serviços de saúde, mais participativa à comunidade, coletiva e integral, ações organizadas por equipes multiprofissional, que transcendam as fronteiras dos serviços de saúde. Havendo, dessa forma, uma expectativa de que as práticas de atenção à TB possam estar sensíveis e organizadas pelas singularidades e necessidades de saúde emergidas no território, descaracterizando, portanto, a existência de uma atenção individualizada, curativista, baseada na medicalização, com baixa resolutividade e impacto social, sendo o ACS peça central desse processo.

Dentre as limitações do estudo, destacam-se: que a análise do desempenho do ACS no controle da TB envolveu apenas o aspecto da atenção ofertada, referido pelo próprio ator, sendo que esses aspectos podem ter sido supervalorizados pelos mesmos, exigindo, portanto, as devidas moderações; na interpretação de dados de estudos transversais há a possibilidade da ocorrência do viés de memória, pois vários fatores interferem no processo 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.

Assim, reitera-se a necessidade de outras investigações que possibilitem acompanhamento sistemático da atuação do ACS e também o desenvolvimento de estudos comparativos, voltados às UBS, que têm ou não os ACS 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 (MUNIZ, 2005; MACIEL, 2008) 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.

Em relação à ACM, essa se revelou uma importante ferramenta para análise do desempenho do ACS no controle da TB. Contudo, novos estudos são necessários para compreender as potencialidades do grupo de ACS que tem desenvolvido as ações de controle da doença na perspectiva da APS.

7 Conclusões

Em que pese as limitações deste estudo e a possibilidade de não se esgotar as explicações/compreensões que tecem o desempenho do ACS no controle da TB na APS, as seguintes conclusões podem ser firmadas:

- no nível micro, as atividades previstas nas políticas de controle da TB se traduzem em ações com maior ênfase na dimensão técnica em detrimento da dimensão política, não verificando diferença em relação ao desempenho do ACS no controle da TB nas distintas modalidades de APS. Tal fato pode estar associado ao modelo de atenção ainda vigente e à própria tensão gerada no cotidiano desses trabalhadores, a partir da cândida polarização entre o “agente institucional” e o “agente da comunidade”;

- no que se refere à estrutura das modalidades de APS, a ausência de insumos essenciais para detecção dos casos de TB e as fragilidades na lógica organizacional não qualificam a atenção ofertada pelo ACS e a continuidade das ações desencadeadas por ele na comunidade, o que se propõe, então, é a superação de sistemas fragmentados por meio do investimento e fortalecimento de uma APS abrangente.

Assim, 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. No que tange às fragilidades que fogem à sua governabilidade, cabe à gestão municipal apoiar dispositivos institucionais para produção em saúde condizente com a complexidade epidemiológica e social da tuberculose.

Referências

ALFRADIQUE, M. E. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, jun. 2009.

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**. Série Técnica – Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde – 10, Brasília, DF, Organização Pan-Americana de Saúde, 2006.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; ESCOREL, S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010.

ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação de cuidados. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011.

ANDRADE, R. L. P. **Porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose pulmonar**: avaliação dos serviços de saúde em Ribeirão Preto, 2009. 2012. 87 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

AQUINO, R.; OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M.L. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. **American Journal of Public Health**, v. 99, n. 1, p. 87-93, 2009.

ARAÚJO, M. R. N.; ASSUNÇÃO, R. S. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e prevenção de doenças. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 1, p. 19-25, jan/fev. 2004.

ÁVILA, M. M. M. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.349-360, jan. 2011.

BACHILLI, R. G.; SCAVASSA, R. G.; SPIRI, W. C. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 51-60, jan/fev. 2008.

BARALHAS, M.; PEREIRA, M.A.O. Concepções dos agentes comunitários de saúde sobre suas práticas assistenciais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.31-46, 2011.

BARREIRA, D.; GRANGEIRO, A. Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, p. 4-8, 2007. Suplemento 1.

BOLFARINE, H.; BUSSAB, W.O. **Elementos de Amostragem**. 1 ed. Blucher, 2005. 290 p.

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 259-268, jan/fev. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. Centro Nacional de Pneumologia Sanitária. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. Programa de Controle da Tuberculose. **Diretrizes do plano de ação emergencial para os municípios prioritários**. Brasília, DF, 1997a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**, Brasília, DF, 1997b. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. Centro Nacional de Pneumologia Sanitária. Centro Nacional de Epidemiologia. Centro de Referência Hélio Fraga. **Plano Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília, DF, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Estratégico para Implementação do Plano de Controle da Tuberculose no Brasil no período de 2001-2005**. Brasília, DF, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria das Políticas Públicas. Departamento da Atenção Básica. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. **Plano de Controle da Tuberculose no Brasil no período de 2001-2005**. Brasília, DF, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95/GM de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 de jan. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. Centro de Referência Hélio Fraga. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Controle da Tuberculose: uma proposta de integração ensino/serviço**. Brasília, DF, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002. Dispõe sobre a profissão de agente comunitário de saúde e estabelece outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 de jul. 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Área Técnica de Pneumologia Sanitária. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. **Participação do Brasil no IV Annual Meeting of Health Technology Assessment International em Barcelona, Espanha**. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. DATASUS, 2009. Brasília, DF. Disponível em: <http://cns.datasus.gov.br>. Acesso em: 25 jun. 2009.

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, 2011. 298 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Tuberculose**. Brasília, DF, 2012a. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31081. Acesso em: 29 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Série histórica da Taxa de Incidência de Tuberculose: Brasil, Regiões e Unidades Federadas de residência por ano de diagnóstico (1990 a 2011)**. Brasília, DF, 2012b. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/2/principal.html>. Acesso em: 29 nov. 2012.

BUSS, M. P.; PELLEGRINI, A. F. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMPINAS, L. L. S. L.; ALMEIDA, M. M. M. B. Agentes Comunitários de Saúde e o acolhimento aos doentes com tuberculose no Programa Saúde da Família. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 145-154, 2004.

CASTELO FILHO, A. et al. II Consenso Brasileiro de Tuberculose: Diretrizes Brasileiras para Tuberculose 2004. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 30, p. 57-86, 2004. Suplemento 1.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-168. fev. 2005.

CLARKE, M.; DICK, J.; BOGG, L. Cost-effectiveness analysis of an alternative tuberculosis management strategy for permanent farm dwellers in South Africa amidst health service contraction. **Scand Journal Public Health**, v. 34, n. 1, p. 83-91, 2006.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 7-27, 2008. Suplemento 1.

COSTA, J. M. B. S.; SILVA, M. R. F.; CARVALHO, E. F. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 623-633, fev. 2011.

DATIKO, D.; LINDTJORN, B. Health extension workers improve tuberculosis case detection and treatment success in Southern Ethiopia: a community randomized trial. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 4, n. 5, p. 5443, 2009. Disponível em: <http://www.plosone.org/article/journal>. Acesso em 12 fev. 2012.

DONABEDIAN, A. The effectiveness of quality assurance. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 8, n. 4, p. 401-407, 1996.

DUDLEY, L.; AZEVEDO, V.; GRANT, R.; SCHOEMAN, J.H.; DIKWENI, L.; MAHER, D. Evaluation of community contribution to tuberculosis control in Cape Town, South Africa. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 7, p. 48-55, 2003. Supplement 1.

ELIAS, P. E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 633-641, 2008.

ESCOREL, S. **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos**. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Brasília, DF, 2002.

ESPÍNOLA, F. D. S.; COSTA, I. C. C. Agentes Comunitários de Saúde do PACS e PSF: uma análise de sua vivência profissional. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 43-51, jan/abr. 2006.

FACCHINI, L. A. et al. Avaliação da efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 159-172, 2008. Suplemento 1.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.347-355. abr/jun. 2005.

FERREIRA, V. S. C.; ANDRADE, C. S.; FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 898-906, abr. 2009.

FIGUEIREDO, T. M. R. M.; VILLA, T. C. S.; SCATENA, L. M.; CARDOZO-GONZALES, R. I.; RUFFINO-NETTO, A.; NOGUEIRA, J. A.; OLIVEIRA, A. R.; ALMEIDA, S. A. Desempenho da Atenção Básica no controle da tuberculose. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 825-831, out. 2009.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional. **Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS)**. 2008. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/iprs/apresentacaoal.php>. Acesso em: 12 fev. 2012.

GALAVOTE, H. S.; PRADO, T. N.; MACIEL, E. L. N.; LIMA, R. C. D. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.231-240, jan. 2011.

HAIR JR, J. F.; ANDERSON, R.E.; TATHAM, R.L.; BLACK, W.C. **Análise multivariada de dados**. 5 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HIJJAR, M. A.; OLIVEIRA, M. J. P. R.; TEIXEIRA, G. M. A tuberculose no Brasil e no mundo. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 9-16, jul/dez. 2001.

HIJJAR, M. A.; PROCÓPIO, M. J. Tuberculose: epidemiologia e controle no Brasil. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 15-23, jun/dez. 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. Disponível em: <http://www.censo2000.ibge.gov.br>. Acesso em: 28 dez. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>. Acesso em: 28 dez. 2012.

ISLAM, A.; WAKAI, S.; ISHIKAWA, N.; CHOWDHURY, A. M. R.; VAUGHAN, J. P. Cost-effectiveness of community health workers in tuberculosis control in Bangladesh. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 80, n. 6, p. 445-450, 2002.

KIRONDE, S.; KAHIRIMBANYI, M. Community participation in primary health care (PHC) programmes: Lessons from tuberculosis treatment delivery in South Africa. **African Health Sciences**, v. 2, n. 1, p. 16-23, abr. 2002.

KRINGOS, D. S.; BOERMA, W. G.; HUTCHINSON, A.; VAN, Z. J.; GROENEWEGEN, P. P. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. **BMC Health Services Research**, v. 10, p. 65, 2010. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-10-65.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2013.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; VIANA, L. S. Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 42-57, 2008. Suplemento 1.

MACIEL, E. L. N.; VIEIRA, R. C. A.; MILANI, E. C.; BRASIL, M.; FREGONA, G.; DIETZE, R. O agente comunitário de saúde no controle da tuberculose: conhecimentos e percepções. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1377-1386, jun. 2008.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 60, n. 1, p. 13-19, 2006.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: MENDES, E. V. **Uma agenda para saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996, 300 p. Cap IV, p. 233-300.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 515 p.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: Merhy EE, Júnior HMM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS (org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2004. cap 1, p. 15-35.

MINGOTI, S. A. **Análise de dados através de métodos de estatística multivariada: uma abordagem aplicada**. Belo Horizonte: UFMG, 2005.

MONROE, A. A. **O envolvimento de gestores e equipes de saúde com o controle da tuberculose em municípios prioritários do Estado de São Paulo (2005)**. 2007. 179 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

MUNIZ, J. N.; PALHA, P. F.; MONROE, A. A.; CARDOZO-GONZALES, R. I.; RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T. C. S. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 315-321, abr/jun. 2005.

NASCIMENTO, E. P. L.; CORREA, C. R. S. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1304-1313, jun. 2008.

NOGUEIRA, R. P. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica “universalista” e a dimensão social “comunitarista”. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 75-94, fev. 2002.

NOGUEIRA, J. A.; RUFFINO-NETTO, A.; MONROE, A. A.; CARDOZO-GONZALES, R. I.; VILLA, T. C. S. Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose na percepção do agente comunitário de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 9, n. 1, p. 106-118, jan/abr. 2007.

NUNES, M. O.; TRAD, L. B.; ALMEIDA, B. A.; HOMEM, C. R.; MELO, M. C. I. C. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, nov/dez. 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Relatório mundial/OMS. Brasília, DF, 2003. 105 p.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**, séries, p. 11-31. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>. Acesso em 13 set. 2011.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos, RA (org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: Abrasco, 2007. p. 161-177.

RASELLA, D.; AQUINO, R.; BARRETO, M. Reducing childhood mortality from diarrhea and lower respiratory tract infections in Brazil. **Pediatrics**, v. 126, n. 3, p. 34-40, 2010.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão. 2009. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/saude/il6principal.php?pagina=/ssaude/conselho/il6indgestao.htm>. Acesso em: 10 fev. 2011.

RODRIGUES, L. B. B. et al. A Atenção Primária à Saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=11415. Acesso em: 02 jan. 2013.

RUFFINO-NETTO, A. Programa de controle da tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 10, n. 3, p. 129-138, 2001.

RUFFINO-NETTO, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Brasília, v. 1, n. 35, p. 51-58, jan/fev. 2002.

SCATENA, L. M.; VILLA, T. C. S.; RUFFINO-NETTO, A.; KRITSKI, A. L.; FIGUEIREDO, T. M. R. M.; VENDRAMINI, S. H. F.; ASSIS, M. M. A.; MOTTA, M. C. S. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico da tuberculose em municípios do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 389-397, maio/jun. 2009.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, nov/dez. 2004.

SHARGIE, E. B.; MORKVE, O.; LINDTJORN, B. Tuberculosis case-finding through a village outreach programme in a rural setting in southern Ethiopia: community randomized trial. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 84, n. 2, p. 112-119, fev. 2006.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber e o fazer**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002. 217 p.

SILVA, M. J.; RODRIGUES, R.M. O agente comunitário de saúde no processo de municipalização da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [online], Goiânia, v. 2, n. 1, p. 106-118, jan/jun. 2000. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista2_1/Agente.html. Acesso em: 02 jan. 2013.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002. 726 p.

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. **Journal of Infectious Diseases**, Oxford, v. 196, p. 505-511, 2007. Supplement 3.

TANAKA, Y. O.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: EDUSP, 2001. 83 p.

TBWEB. Sistema de Controle de Pacientes com Tuberculose. Disponível em: <http://www.cvetb.saude.sp.gov.br/tbweb/index.jsp>. Acesso em: 17 jun. 2010.

VILLA, T.C.S.; RUFFINO-NETTO, A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da tuberculose no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 35, n. 6, p. 610-612, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **What is dots?** A guide to understanding the WHO-recommended TB control strategy known as DOTS. Geneva, 1999. 34 p. WHO/CDC/CPC/TB/99.270.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing: WHO Report**. Geneva, 2005. 247 p. WHO/HTM/TB/2005.349

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Tuberculosis Control: WHO Report**. Geneva, 2011. 258 p. WHO/HTM/TB/2011.

Apêndice

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) senhor(a),

Gostaria de convidá-lo(a) para participar de uma pesquisa sobre “Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil”. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da instituição: _____ Ela tem como objetivo avaliar as causas de retardo do diagnóstico da tuberculose nos serviços de saúde.

Sua participação consistirá em responder a um formulário e/ou uma entrevista que será audiogravada, podendo durar em média 40 minutos e será realizada no local de sua preferência (serviço de saúde ou domicílio). As informações fornecidas contribuirão com a melhoria dos serviços de saúde na atenção a Tuberculose.

Eu, _____, tendo recebido as informações acima e ciente de meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar.

A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do formulário antes e durante a entrevista, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar, bem como está me assegurado o segredo das informações por mim reveladas;

A segurança de que não terei nenhuma despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa;

A garantia de que todas as informações por mim fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitada por mim a todo o momento;

A garantia de que meu tratamento não será prejudicado se eu desistir de participar da pesquisa. Uma cópia desta declaração deve ficar com o(a) Sr.(a).

Ribeirão Preto, __, de _____ de 2009.

Assinatura do entrevistado

Telefone: _____

Certos de estar contribuindo como o conhecimento em Tuberculose para a melhoria da saúde da população contamos com a sua precisa colaboração.

Atenciosamente

Profª Drª Tereza Cristina Scatena Villa

CONTATO: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Endereço: Avenida Bandeirantes, 3900 Campus Universitário – Ribeirão Preto – SP; CEP 14049-900 – SP
Telefone (16) 36023228 e-mail: tite@eerp.usp.br

Anexas

ANEXO A

Roteiro observacional da estrutura dos Serviços de Saúde – Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil.

Município: _____
Responsável pela coleta de dados: _____
Data da coleta de dados: ____/____/_____

INFORMAÇÕES SOBRE UNIDADE			
1.	Nome do Serviço de Saúde		
2.	Tipo de Unidade	Unidade Básica de saúde (UBS)	1 <input type="checkbox"/>
		Unidade de Saúde da Família (USF)	2 <input type="checkbox"/>
		Pronto Atendimento (PA)	3 <input type="checkbox"/>
3.	Endereço:		
4.	Telefone:		

INFORMAÇÕES SOBRE OS INSUMOS EXISTENTES NA UNIDADE		
5.	Há pote para coleta de escarro no Serviço?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
6.	Os potes para coleta de escarro são de fácil acesso para os profissionais?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
7.	Há formulário para pedido de baciloscopia de escarro no Serviço?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
8.	Há geladeira no Serviço para acondicionamento dos exames de escarro colhidos?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
9.	Existe algum laboratório responsável por pegar as Baciloskopias?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
10.	Se sim:	
	10.2. Qual a frequência que o laboratório passa:	
	1 <input type="checkbox"/> Diariamente	
	2 <input type="checkbox"/> Uma vez / Semana	
	3 <input type="checkbox"/> Duas vezes / semana	
	4 <input type="checkbox"/> Três vezes / semana	
	5 <input type="checkbox"/> Quatro vezes / semana	
	10.1. Qual o horário que o Laboratório passa? _____	
	Há livro de Registro dos Sintomáticos respiratórios?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
12.	Há na Unidade uma rotina sistematizada para o atendimento dos usuários sintomáticos respiratórios?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
13.	Há um profissional que responde pelas ações de controle da TB?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não

ANEXO B

Instrumento: Agentes Comunitários de Saúde – Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil.

Número do questionário: _____	Município: _____
Responsável pela coleta de dados: _____	Data da coleta de dados: ____/____/____
Digitador: _____	Data da digitação: ____/____/____
Local _____ da _____	coleta: _____
Horário de início da entrevista: _____	Horário de término da entrevista: _____
Recusa da entrevista	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Justificar: _____

A. INFORMAÇÕES GERAIS

1.	Iniciais: _____	2.	Sexo	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
3.	Formação: <input type="checkbox"/> Nível fundamental <input type="checkbox"/> Nível médio <input type="checkbox"/> Nível técnico <input type="checkbox"/> Nível universitário				
4.	Tipo de Unidade de Saúde que o profissional trabalha	1. <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde (UBS) 2. <input type="checkbox"/> Unidade de Saúde da Família (USF) 3. <input type="checkbox"/> Outro _____ (especificar)			
5.	Número de meses que trabalha na função na rede básica do município: _____ meses				
6.	O(a) Sr(a) julga sua remuneração	5- <input type="checkbox"/> muito boa 4- <input type="checkbox"/> boa 3- <input type="checkbox"/> regular 2- <input type="checkbox"/> ruim 1- <input type="checkbox"/> muito ruim			
7.	Para o(a) Sr(a) como é trabalhar neste local/ Unidade de saúde?	5- <input type="checkbox"/> muito bom 4- <input type="checkbox"/> bom 3- <input type="checkbox"/> regular 2- <input type="checkbox"/> ruim 1- <input type="checkbox"/> muito ruim			

B. PORTA DE ENTRADA

8.	Em sua opinião, qual o primeiro local que o usuário procura quando apresenta algum problema de saúde?	1- <input type="checkbox"/> locais religiosos 2- <input type="checkbox"/> farmácia 3- <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento (PA) 4- <input type="checkbox"/> UBS/USF 5- <input type="checkbox"/> casa de curandeiros (benzedeiros) 0- <input type="checkbox"/> Não sabe 7- <input type="checkbox"/> outros Especificar: _____			
9.	Com que frequência o usuário procura o local que o(a) Sr(a) trabalha quando precisa de algum controle preventivo (vacinas, exames de rotina, aferir pressão)?	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 0- <input type="checkbox"/> Não sabe			
10.	Com que frequência o usuário procura o local que o(a) Sr(a) trabalha quando apresenta algum problema de saúde:	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 0- <input type="checkbox"/> Não sabe			
11.	Em sua opinião, com que frequência o usuário procura o serviço de saúde mais próximo da moradia dele?	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 0- <input type="checkbox"/> Não sabe			

C. ACESSO AO DIAGNÓSTICO

12.	Quando os usuários procuram esta unidade de saúde conseguem consulta no prazo de 24 horas?	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 0- <input type="checkbox"/> Não sabe			
13.	A unidade de saúde em que o(a) Sr(a) trabalha fica aberta pelo menos uma vez por semana após as 18 horas?	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre			
14.	Os usuários perdem turno de trabalho ou compromisso para serem atendidos nesta unidade?	1- <input type="checkbox"/> sempre 2- <input type="checkbox"/> quase sempre 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase nunca 5- <input type="checkbox"/> nunca 0- <input type="checkbox"/> Não sabe			
15.	A maioria dos usuários que utilizam esta unidade de saúde faz uso de transporte motorizado para chegar até a unidade?	1- <input type="checkbox"/> sempre 2- <input type="checkbox"/> quase sempre 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase nunca 5- <input type="checkbox"/> nunca 0- <input type="checkbox"/> Não sabe			
16.	Com que frequência os usuários tem	1- <input type="checkbox"/> sempre 2- <input type="checkbox"/> quase sempre 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase nunca 5- <input type="checkbox"/> nunca			

	que pagar pelo transporte para se deslocar até esta unidade de saúde?	nunca 0- <input type="checkbox"/> Não sabe
17.	Com que frequência os usuários tem dificuldade para se deslocarem até a unidade de saúde?	1- <input type="checkbox"/> sempre 2- <input type="checkbox"/> quase sempre 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase nunca 5- <input type="checkbox"/> nunca 0- <input type="checkbox"/> Não sabe
18.	O(a) Sr(a) realiza visitas domiciliares após as 18 horas ou aos finais de semana?	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre
19.	Durante a visita domiciliar, o usuário se sente à vontade para falar sobre suas dúvidas e preocupações?	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 0- <input type="checkbox"/> Não sabe
20.	Com que frequência, o(a) Sr(a) encontra dificuldade de encontrar as pessoas em casa?	1- <input type="checkbox"/> sempre 2- <input type="checkbox"/> quase sempre 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase nunca 5- <input type="checkbox"/> nunca
21.	Quando os usuários procuram a unidade de saúde em que o(a) Sr(a) trabalha demoram mais de 60 minutos para serem atendidos?	1- <input type="checkbox"/> sempre 2- <input type="checkbox"/> quase sempre 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase nunca 5- <input type="checkbox"/> nunca 0- <input type="checkbox"/> Não sabe
22.	Os usuários conseguem marcar consulta por telefone na unidade de saúde?	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 0- <input type="checkbox"/> Não sabe
23.	Os usuários conseguem obter informações por telefone na unidade de saúde?	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 0- <input type="checkbox"/> Não sabe
24.	Com que frequência o(a) Sr(a) suspeita que um usuário apresentando tosse pode ser doente de TB?	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre
25.	Com que frequência o Sr(a) leva um pedido de exame de escarro para o usuário de sua área de cada mês?	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 99 - Não se aplica
26.	Com que frequência o usuário se recusa a colher escarro?	1- <input type="checkbox"/> sempre 2- <input type="checkbox"/> quase sempre 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase nunca 5- <input type="checkbox"/> nunca 0- <input type="checkbox"/> Não sabe 99 - <input type="checkbox"/> Não se aplica (para caso do exame não ser pedido)
27.	Quais motivos que levam o usuário a recusar a colher o escarro?	1- <input type="checkbox"/> Acha que a tosse é causada pelo fumo/gripe; 2- <input type="checkbox"/> Têm medo do resultado ser positivo; 3- <input type="checkbox"/> Desinteresse; 4- <input type="checkbox"/> Não tem catarro; 5- <input type="checkbox"/> Alcoolismo 6- <input type="checkbox"/> Outro. _____ 99 - <input type="checkbox"/> Não se aplica 0- <input type="checkbox"/> Não sabe
28.	Com que frequência o Sr(a) tem dificuldade para convencer o usuário a colher escarro?	1- <input type="checkbox"/> sempre 2- <input type="checkbox"/> quase sempre 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase nunca 5- <input type="checkbox"/> nunca 0- <input type="checkbox"/> Não sabe 99 - <input type="checkbox"/> Não se aplica
29.	Qual o número de doentes de TB que o(a) Sr.(a) já acompanhou:	a. desde que iniciou seu trabalho de ACS nesta Unidade: _____ b. Nos últimos 3 anos: _____

D. ELENCO DE SERVIÇOS

30.	Com que frequência tem formulário para solicitação de exame de escarro no serviço de saúde que o(a) Sr(a) trabalha?	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 0- <input type="checkbox"/> Não sabe
31.	Com que frequência tem pote para coleta de escarro no serviço de saúde que o(a) Sr(a) trabalha?	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 99 - <input type="checkbox"/> Não se aplica 0- <input type="checkbox"/> Não sabe
32.	Com que frequência tem lugar específico para guardar o escarro (geladeira ou caixa térmica) no serviço de saúde que o(a) Sr(a)	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 99 - <input type="checkbox"/> Não se aplica 0- <input type="checkbox"/> Não sabe

	trabalha?	
33.	O(a) Sr(a) ensina o doente como coletar o exame de escarro?	1- <input type="checkbox"/> nunca sempre 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/>
34.	O(a) Sr(a) ensina o doente como armazenar e encaminhar o pote de escarro até o local indicado?	1- <input type="checkbox"/> nunca sempre 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/>
35.	Com que frequência ao mês a unidade de saúde oferece ao usuário transporte e/ou vale transporte para a realização dos exames diagnósticos da TB (exame de escarro, raio X)?	1- <input type="checkbox"/> nunca sempre 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> 99 - <input type="checkbox"/> Não se aplica 0- <input type="checkbox"/> Não sabe
36.	Com que frequência o usuário tem dificuldade para entregar o pote de escarro com o material colhido?	1- <input type="checkbox"/> sempre 2- <input type="checkbox"/> quase sempre 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase nunca 5- <input type="checkbox"/> nunca 0- <input type="checkbox"/> Não sabe 99 - <input type="checkbox"/> Não se aplica (para o caso de o exame nunca ter sido pedido ou Caso a entrega do pote de escarro não seja na Unidade de saúde)
37.	Com que frequência a Unidade de saúde tem dificuldade de receber o pote de escarro do usuário?	1- <input type="checkbox"/> sempre 2- <input type="checkbox"/> quase sempre 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase nunca 5- <input type="checkbox"/> nunca 0- <input type="checkbox"/> Não sabe 99 - <input type="checkbox"/> Não se aplica (Caso a entrega do pote de escarro não seja na Unidade de saúde)
38.	Com que frequência o pote de escarro não é encaminhado ao laboratório para análise por esquecimento da equipe de saúde da sua unidade?	1- <input type="checkbox"/> sempre 2- <input type="checkbox"/> quase sempre 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase nunca 5- <input type="checkbox"/> nunca 0- <input type="checkbox"/> Não sabe 99- <input type="checkbox"/> Não se aplica (para o caso de o exame nunca ter sido pedido)
39.	Com que frequência o pote de escarro não é encaminhado ao laboratório para análise devido ao paciente entregar o pote de escarro fora do horário?	1- <input type="checkbox"/> sempre 2- <input type="checkbox"/> quase sempre 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase nunca 5- <input type="checkbox"/> nunca 0- <input type="checkbox"/> Não sabe 99- <input type="checkbox"/> Não se aplica (para o caso de o exame nunca ter sido pedido ou Caso a entrega do pote de escarro não seja na Unidade de saúde)
40.	Na unidade de saúde em que o(a) Sr(a) trabalha há um profissional que responde pelas ações de controle da TB?	1- <input type="checkbox"/> nunca sempre 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 0- <input type="checkbox"/> Não sabe ESPECIFICAR: _____

E. COORDENAÇÃO

41.	O(a) Sr(a) registra as queixas e os relatos dos usuários obtidos durante visita domiciliar?	1- <input type="checkbox"/> nunca sempre 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/>
42.	O(a) Sr(a) comunica a enfermeira(o) quando algum usuário apresenta sintoma de tosse há mais de três semanas?	1- <input type="checkbox"/> nunca sempre 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> 99 - <input type="checkbox"/> Não se aplica
43.	Na Unidade de saúde que o(a) Sr(a) trabalha, o modo como o serviço está organizado facilita o diagnóstico da TB:	1- <input type="checkbox"/> nunca 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> sempre 99 - <input type="checkbox"/> Não se aplica 0- <input type="checkbox"/> Não sabe
44.	No serviço de saúde em que o(a) Sr(a) trabalha, os profissionais de saúde conhecem o(s) caso(s) de TB que o(a) Sr(a) já acompanhou?	1- <input type="checkbox"/> nunca sempre 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> 99 - <input type="checkbox"/> Não se aplica 0- <input type="checkbox"/> Não sabe
45.	Existe discussão das ações de controle da doença no serviço de saúde onde trabalha?	1- <input type="checkbox"/> nunca sempre 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/> 99 - <input type="checkbox"/> Não se aplica
46.	O(a) Sr(a) se sente apoiado por outros do serviço em que o(a) Sr(a) trabalha frente a uma situação que gera dúvida do que fazer?	1- <input type="checkbox"/> nunca sempre 2- <input type="checkbox"/> quase nunca 3- <input type="checkbox"/> às vezes 4- <input type="checkbox"/> quase sempre 5- <input type="checkbox"/>
47.	Qual profissional da unidade o(a) Sr(a) pode procurar quando tem uma dúvida?	_____

48.	O(a) Sr.(a) já se sentiu apoiado por outro profissional de saúde do serviço em que o(a) Sr(a) trabalha frente a uma situação de suspeita de TB?	1- <input type="checkbox"/> nunca sempre	2- <input type="checkbox"/> quase nunca	3- <input type="checkbox"/> às vezes	4- <input type="checkbox"/> quase sempre	5- <input type="checkbox"/>
-----	---	--	---	--------------------------------------	--	-----------------------------

F. ORIENTAÇÃO NA FAMÍLIA E COMUNIDADE

49.	Com que frequência, o(a) Sr(a) visita cada família de sua área?	1- <input type="checkbox"/> nunca	2- <input type="checkbox"/> 1 vez/mês	3- <input type="checkbox"/> 2 vezes/mês	4- <input type="checkbox"/> 3-6 vezes/mês	5- <input type="checkbox"/> mais de 6 vezes/mês
50.	Com que frequência, o(a) Sr(a) pergunta se as pessoas que moram com o doente de TB tem tosse com duração de três semanas ou mais?	1- <input type="checkbox"/> nunca sempre	2- <input type="checkbox"/> quase nunca	3- <input type="checkbox"/> às vezes	4- <input type="checkbox"/> quase sempre	5- <input type="checkbox"/>
51.	Com que frequência, o Sr(a). pergunta se as pessoas tem tosse quando realiza visitas domiciliares?	1- <input type="checkbox"/> nunca sempre	2- <input type="checkbox"/> quase nunca	3- <input type="checkbox"/> às vezes	4- <input type="checkbox"/> quase sempre	5- <input type="checkbox"/>
52.	Com que frequência, o(a) Sr(a) orienta as pessoas da comunidade sobre a tuberculose?	1- <input type="checkbox"/> nunca sempre	2- <input type="checkbox"/> quase nunca	3- <input type="checkbox"/> às vezes	4- <input type="checkbox"/> quase sempre	5- <input type="checkbox"/>
53.	Com que frequência, o(a) Sr(a) realiza ações de saúde junto à parceiros da comunidade (Igrejas, Associações de Bairro, escolas, etc.), para identificação de usuários com tosse há mais de 3 semanas?	1- <input type="checkbox"/> nunca sempre	2- <input type="checkbox"/> quase nunca	3- <input type="checkbox"/> às vezes	4- <input type="checkbox"/> quase sempre	5- <input type="checkbox"/>
54.	Com que frequência, o(a) Sr(a) participa de reuniões com a comunidade para discutir o problema da TB?	1- <input type="checkbox"/> nunca sempre	2- <input type="checkbox"/> quase nunca	3- <input type="checkbox"/> às vezes	4- <input type="checkbox"/> quase sempre	5- <input type="checkbox"/>
55.	As ações de busca de suspeitos de tuberculose na sua área são realizadas só em época de campanha?	1- <input type="checkbox"/> Sim	2- <input type="checkbox"/> Não	99 - <input type="checkbox"/> Não se aplica		

G. FORMAÇÃO PROFISSIONAL

56.	Quais assuntos foram abordados no seu treinamento quando o(a) Sr(a) foi contratado como ACS? Cite 3.	_____				
57.	O(a) Sr(a) participou de algum treinamento relacionado à prevenção de doenças?	1- <input type="checkbox"/> nunca	2- <input type="checkbox"/> Por 1 vez	3- <input type="checkbox"/> de 2 a 3 vezes	4- <input type="checkbox"/> 4 a 8 vezes	5- <input type="checkbox"/> mais de 8 vezes
58.	O(a) Sr(a) participou de treinamento relacionado à tuberculose?	1- <input type="checkbox"/> nunca sempre	2- <input type="checkbox"/> quase nunca	3- <input type="checkbox"/> às vezes	4- <input type="checkbox"/> quase sempre	5- <input type="checkbox"/>
59.	O(a) Sr(a) recebe algum material didático a respeito da tuberculose?	1- <input type="checkbox"/> nunca sempre	2- <input type="checkbox"/> quase nunca	3- <input type="checkbox"/> às vezes	4- <input type="checkbox"/> quase sempre	5- <input type="checkbox"/>
60.	Você acha que a tuberculose tem cura?	1- <input type="checkbox"/> nunca sempre	2- <input type="checkbox"/> quase nunca	3- <input type="checkbox"/> às vezes	4- <input type="checkbox"/> quase sempre	5- <input type="checkbox"/> 0- <input type="checkbox"/> Não Sabe
61.	O(a) Sr(a) se sente preparado para identificar usuários com suspeita de tuberculose?	1- <input type="checkbox"/> nunca sempre	2- <input type="checkbox"/> quase nunca	3- <input type="checkbox"/> às vezes	4- <input type="checkbox"/> quase sempre	5- <input type="checkbox"/>
62.	O(a) Sr(a) se sente preparado para realizar orientações sobre tuberculose?	1- <input type="checkbox"/> nunca sempre	2- <input type="checkbox"/> quase nunca	3- <input type="checkbox"/> às vezes	4- <input type="checkbox"/> quase sempre	5- <input type="checkbox"/>
63.	O(a) Sr(a) se sente preparado para realizar orientações sobre a forma de coletar escarro?	1- <input type="checkbox"/> nunca sempre	2- <input type="checkbox"/> quase nunca	3- <input type="checkbox"/> às vezes	4- <input type="checkbox"/> quase sempre	5- <input type="checkbox"/>

Observações do Entrevistador:

ANEXO C

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para
o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem
Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 012/2009

Ribeirão Preto, 05 de fevereiro de 2009

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 05 de fevereiro de 2009.

Protocolo: nº 0984/2008

Projeto: RETARDO DO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE: ANÁLISE DAS CAUSAS EM DIFERENTES REGIÕES DO BRASIL.

Pesquisador: Tereza Cristina Scatena Villa

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,


Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP