

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG**  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ANA CLÉIA DA SILVA MACÊDO

**AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO CONTROLE DA TUBERCULOSE:**  
uma revisão integrativa

Cuité/PB

2014

ANA CLÉIA DA SILVA MACÊDO

**AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E CONTROLE DA TUBERCULOSE:  
uma revisão integrativa**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - Campus Cuité como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

**Orientadora:** Profa. Msc. Anne Jaquelyne Roque Barrêto.

Cuité/PB

2014

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE  
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

M141a Macêdo, Ana Cléia da Silva.

Agentes comunitários de saúde no controle da tuberculose: uma revisão integrativa. / Ana Cléia da Silva Silva. – Cuité: CES, 2014.

50 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2014.

Orientadora: MSc Anne Jaquelyne Roque Barrêto.

1. Saúde pública. 2. Agentes comunitários de saúde. 3. Tuberculose. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 614

ANA CLÉIA DA SILVA MACÊDO

**AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E CONTROLE DA TUBERCULOSE:**  
uma revisão integrativa

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Msc. Anne Jaquelyne Roque Barrêto – UFCG

Orientadora

---

Profa. Msc. Janaína von Söhsten Trigueiro – UFCG

Membro Examinador

---

Profa. Msc. Francilene Figueredo da Silva Pascoal – UFCG

Membro Examinador



*Dedico esse trabalho a **Minha Família**, que sempre me apoiou em todas as retas e curvas do meu caminho e que me ajuda concretizar cada um dos meus sonhos, pequenos ou grandes, acessíveis ou quase impossíveis.*

## AGRADECIMENTOS

*A **Deus** e a **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 **João** e **Ivancléia**, pelo amor incondicional. Não há palavras que expressem a minha eterna gratidão em tê-los sempre comigo. Vocês sabem que sem a força de vocês eu não teria chegado até aqui... Amo vocês!*

*Ao meu filho **João Pedro**, por ter me feito renascer com o seu nascimento e descobrir o verdadeiro sentido da vida... Mamãe te ama muito!!!*

*As minhas irmãs **Dayana** e **Polyana**, pela mão amiga e pelo sentimento que nos une e nos fortalece. Sem vocês tudo seria mais difícil.*

*Aos **Meusavós**, que sempre me acolheram em seus braços e me incentivaram a seguir o melhor caminho, na busca da felicidade.*

*Ao meu marido **Edjair**, você deu um toque especial na minha vida. Obrigada pelo amor, pela força, pelo apoio e por está sempre ao meu lado.*

*A todos meus familiares, pelo carinho, apoio e torcida na concretização deste trabalho.*

*A minha orientadora **Anne Jaquelyne**, por ter me acolhido e pela dedicação e paciência com que me orientou e a banca examinadora por todas considerações que só enriqueceram o Trabalho.*

*Aos meus amigos **Socorro**, **Aparecida Myria**, **Sybele**, **Aline**, **Tércia**, por estarem sempre próximo nessa caminhada, fazendo de cada encontro, momentos de muita descontração.*

*A **Todos meus amigos conquistados na graduação**, será com muito carinho, saudade e torcida que me lembrarei de cada um de vocês.*

*A **Todos os professores**, pelo conhecimento compartilhado essencial para minha formação.*

*Enfim, A todos que direta ou indiretamente foram primordiais nesse processo. Muito Obrigada!*

## RESUMO

MACÊDO, A. C. S. **AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO CONTROLE DA TUBERCULOSE: Uma revisão integrativa**. Cuité, 2014. 50f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem – Unidade Acadêmica de Saúde, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2014).

A tuberculose é uma doença infecciosa secular que continua a afligir a humanidade nos dias atuais e a detecção de casos de tuberculose é uma das prioridades do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, sendo que a busca ativa de Sintomáticos Respiratórios precisa ser incorporada na rotina de trabalho de todos os membros da equipe de saúde, principalmente dos agentes comunitários de saúde. O trabalho do ACS é fundamental, pois está próximo dos problemas que afetam a comunidade e favorece a transformação de situações-problemas que comprometem a qualidade de vida das famílias. Este estudo tem como objetivo analisar por meio das produções científicas as ações dos Agentes Comunitários de Saúde no controle da tuberculose. Como método utilizou-se revisão integrativa que tem como características o rigor metodológico no qual todas as etapas da pesquisa são minuciosamente descritas. Esta revisão contou com uma amostra de oito artigos, sendo todos publicados em português, presentes nas bases de dados Scielo, Lilacs e Medline datados de 2004 à 2012, todos abordando a questão do agente comunitário de saúde no controle da tuberculose. A revisão apontou com maior incidência de achados referentes à fragilidade do ACS em desenvolver em sua rotina de trabalho as medidas necessárias para o controle da tuberculose, risco e prevalência de infecção tuberculosa em ACS, o desenvolvimento das atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde no cumprimento das ações de diagnóstico da TB e BSR no controle da doença. Estes achados apontam a necessidade de ampliar a fundamentação teórica dos agentes comunitários de saúde acerca da tuberculose.

**Palavras-chave:** Tuberculose, Atenção Primária à Saúde, Agente Comunitário de Saúde.

## ABSTRACT

MACÊDO, A. C. S. **AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO CONTROLE DA TUBERCULOSE: Uma revisão integrativa.** Cuité, 2014. 50f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem – Unidade Acadêmica de Saúde, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2014.

Tuberculosis is an age-old infectious disease that continues to plague mankind nowadays and the detection of tuberculosis is one of the priorities of the National Tuberculosis Control Program, and the active pursuit of Symptomatic Respiratory needs to be incorporated into the routine of work all members of the healthcare team, particularly the community health workers. The work of ACS is critical as it is close to the problems that affect the community and promotes the transformation of problem situations that compromise the quality of life for families. The objective of this study is to analyze the knowledge of community health workers about tuberculosis control. As a method we used integrative review characteristics including methodological rigor in which all stages of the research are described in detail. This review involved a sample of 8 articles, all published in Portuguese, present in the Scielo, Lilacs and Medline dated 2004 to 2012, all addressing the issue of community health agent in tuberculosis control. The review showed a higher incidence of findings related to the fragility of the ACS to develop in their routine work necessary for tuberculosis control measures, risk and prevalence of tuberculosis infection development activities recommended by the Ministry of Health in carrying out measures for the diagnosis of TB and BSR in disease control. These findings indicate the need to extend the theoretical foundation of community health workers in tuberculosis.

**Keywords:** Tuberculosis, Primary Health Care, Community Health Agent

## SUMÁRIO

<i>1 INTRODUÇÃO</i> .....	13
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA DA PESQUISA.....	13
<i>2 OBJETIVOS</i> .....	18
<i>3 REFERENCIAL TEÓRICO</i> .....	20
3.1 Tuberculose pulmonar: aspectos clínicos, diagnósticos e tratamento .....	20
3.2 Atuação do Agente Comunitário de Saúde no controle da tuberculose .....	23
<i>4 METODOLOGIA</i> .....	28
4.1 Tipo de estudo .....	28
4.2 Amostragem .....	28
4.2.1 Critérios de inclusão:.....	28
4.2.2 Critérios de exclusão: .....	29
4.3 Instrumento para a coleta dos dados:.....	29
<i>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</i> .....	32
<i>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</i> .....	41
<i>7 REFERÊNCIAS</i> .....	43
<i>APÊNDICES</i> .....	47

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Tratamento da TB pulmonar - Esquema Básico (Esquema I) - 2RHZ/4RH.....	23
Tabela 2- Publicações encontradas entre os anos de 2004 a 2012 segundo as bases de dados Scielo, Lilacs e Medline .....	29
Tabela 3- Características dos estudos incluídos.....	32
Tabela 4- Objetivos e principais conclusões .....	33

## LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ABS	Atenção Básica de Saúde
BSR	Busca ativa de Sintomático Respiratório
BCG	<i>Bacille Calmette-Guérin</i>
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DOTS	<i>Directly Observed Therapy Short-course</i>
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EPS	Educação Permanente em Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Normas Operacionais de Assistência a Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNCT	Plano Nacional de Controle da Tuberculose
PACS	Programa de Agentes Comunitário de Saúde
PCT	Plano Controle da Tuberculose
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria e da Qualidade da Atenção Básica
SINAN	Sistema de Informações de Agravos e Notificações
SUS	Sistema Único de Saúde
SR	Sintomático Respiratório
SRE	Sintomático Respiratório Esperado
TB	Tuberculose
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

---

# **1 Introdução**

---



# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

A tuberculose (TB) é uma das doenças infecciosas mais antigas da humanidade, porém permanece como um dos principais agravos à saúde a ser enfrentado em todo o mundo. Estima-se que cerca de um terço da população mundial esteja infectada com o *Mycobacterium tuberculosis*, estando sob o risco de desenvolver a doença. Em 2010 foram notificados cerca de 6,2 milhões de novos casos de tuberculose no mundo, em sua maioria nos países de média e baixa renda (WHO, 2011).

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), houve uma redução global do número de casos e de óbitos por TB, nas últimas duas décadas. De 2010 para 2011, a queda do coeficiente de incidência foi de 2,2% e o de mortalidade caiu 41% desde 1990. Esses indicadores também estão em queda na maioria dos 22 países de alta carga de TB, responsáveis por 82% dos casos mundiais, grupo ao qual o Brasil pertence (BRASIL, 2013) No Brasil foram notificados 70.047 casos novos de TB no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em 2012, o que equivale ao coeficiente de incidência (CI) de 36,1/100.000 habitantes. De acordo com a OMS, o Brasil ocupa a 17ª posição em relação ao número de casos e a 111ª quanto ao CI (BRASIL, 2013). O coeficiente de incidência da doença no país vem decrescendo desde a década de 1990, acumulando uma redução de 26%, com uma média de 1,4% ao ano (TRAEBERT et al., 2012). Esse retrato representa o esforço do governo brasileiro; por meio de programa, ações e financiamento; em controlar a doença.

Salienta-se que esse movimento do Estado contra a TB se evidencia, principalmente, em 2000 com a divulgação e implantação do Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT, 2001-2005) que introduziu novas possibilidades de intervenção com o objetivo de descentralizar o programa de TB. Para isto, contou com o envolvimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) para desencadear o processo de expansão das ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT), pois estas estratégias apresentam uma concepção de atenção à saúde focalizada na família e na comunidade, com práticas que apontam para o estabelecimento de novas relações entre os profissionais de saúde envolvidos, os indivíduos, suas famílias e território. A ESF e PACS propõem uma nova dinâmica e estruturação dos serviços e ações de saúde sendo estas suas principais características e diferencial em relação aos programas tradicionais (NOGUEIRA et al., 2007).

Cabe ressaltar que o PNCT foi elaborado sob o contexto da descentralização que é inserir o cuidado da TB no sistema de saúde, prioritariamente, na Atenção Básica em Saúde (ABS) (RUFFINO-NETO, 2002). Dessa maneira, reconhece-se que o cuidado das pessoas com TB é de responsabilidade dos serviços de atenção básica, no caso do Brasil, representada pela ESF.

A partir de 2001, após a Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS-SUS 01/2002) que estabeleceu a hierarquização da saúde no país, a responsabilidade do controle da tuberculose foi atribuída aos municípios, determinada como competência da ABS e seus diferentes ambulatoriais de referências. Assim, coube aos municípios à organização da assistência aos doentes de TB e seus familiares. Esse entendimento foi confirmado, posteriormente, no Pacto pela Saúde em 2006, Programação Pactuada em Saúde (Atenção Básica e Vigilância em Saúde), pela Política Nacional de Atenção Básica em Saúde (2006 e 2011) e Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Segundo Souza et al (2008) a atual Política Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), tem como um dos principais objetivos a implantação do *Directly Observed Therapy Short-course* (DOTS) nos municípios do Brasil, especialmente aqueles considerados prioritários pelo MS. Esta estratégia enfatiza a importância do estabelecimento de uma rede descentralizada de diagnóstico e tratamento, integrada à ABS, visando horizontalizar as atividades de vigilância, prevenção e controle da doença, pela incorporação das mesmas às atribuições das equipes da ESF que é a expressão da ABS no Brasil.

Apesar do esforço do Brasil para descentralização das ações de tratamento e controle da doença para o âmbito da ABS, ainda nos dias atuais, não há o controle da doença. Alguns dos aspectos que contribuem para o não controle referem-se ao abandono do tratamento e o atraso no diagnóstico da TB. No Brasil a taxa de abandono da TB, em 2011, foi de 11,7%, o que está acima do que preconiza a OMS que é de até 5% dos casos notificados.

Sobre o atraso no diagnóstico da TB, não há ainda, na literatura brasileira estudos que indiquem o tempo percorrido do doente para definição do diagnóstico. Entretanto, estudos realizados e outros países referem que a demora do diagnóstico da TB pode se dar pelo doente ou pelo serviço de saúde. Em relação ao atraso do doente de TB, o tempo variou entre 30 a 162 dias e, quanto ao sistema de saúde, entre 02 a 18 dias (MIFNANGA et al., 2008; WANDEWAL, 2000; BASNET et al., 2009).

Um importante componente desse processo é a detecção precoce da tuberculose, sendo o principal papel deste a redução da transmissão da infecção à sociedade, pois estima-se que uma única pessoa contaminada com TB sem ser diagnosticada e, portanto, não tratada,

pode infectar entre dez a quinze pessoas em cada ano. É importante a existência de métodos eficazes de identificação precoce dos casos e tratamento imediato (MIFNANGA et al., 2008).

Nesse sentido, uma das estratégias que pode contribuir para o diagnóstico precoce da doença é a busca ativa de sintomáticos respiratórios (BSR). A busca ativa de sintomáticos respiratórios é a atividade de saúde pública orientada a identificar precocemente pessoas com tosse por tempo igual ou superior a três semanas (SR), considerada com suspeita de TB, visando à descoberta dos casos bacilíferos (SCATENA et al., 2009). É importante lembrar que cerca de 90% dos casos de TB são de forma pulmonar e, destes, 60% são bacilíferos (BRASIL, 2011), ou seja, estão transmitindo o bacilo.

A BSR é compreendida como uma atividade multiprofissional que tem como objetivo de diagnosticar a TB precocemente especialmente nos grupos de maior adoecimento e que deve ser incorporada à rotina de atividades dos ACS e dos demais membros da equipe de saúde, tendo em vista que a detecção precoce dos casos é uma das prioridades contempladas no PNCT (NOBRÉGA et al., 2010).

É considerado um sintomático respiratório (SR) indivíduo com tosse por tempo igual ou superior a duas semanas. E sintomático respiratório esperado (SRE) é o número de sintomáticos respiratório que se espera encontrar em um determinado período de tempo (BRASIL, 2011).

Um dos profissionais de saúde importante nesse processo de BSR é o Agente Comunitário de Saúde (ACS), o qual trabalha no âmbito da ABS/ESF. Este profissional atua diretamente na atenção das famílias no domicílio, o que favorece o estabelecimento de vínculo entre este profissional e usuário.

O ACS tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob a supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal (BRASIL, 2006).

Nas visitas domiciliares dos ACS está prevista a detecção de casos entre sintomáticos respiratórios (SR) e contatos, principalmente, de casos bacilíferos e crianças. Com o intuito de detectar mais precocemente os casos de TB, os membros das equipes de saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) devem incorporar a busca de sintomáticos respiratórios (BSR) e contatos à rotina dos serviços de saúde.

Destaca-se que o desconhecimento das ações de controle da TB pelos profissionais da ABS/ESF pode comprometer a qualidade e continuidade da atenção às pessoas suspeitas de TB. Há necessidade do fortalecimento das ações de BSR na ABS, principalmente pelos ACS,

uma vez que são esses profissionais que desenvolvem, sistematicamente, visitas domiciliares em seu território.

A insegurança do profissional de saúde, especialmente pelos ACS objeto deste estudo, diante o risco de contágio da doença seja pela falta de informação ou preconceito, gera dificuldade tanto da detecção precoce quanto do acesso desses usuários à unidade de saúde ocasionando o agravamento da doença e o maior risco de contágio (NOGUEIRA et al., 2007).

Em uma busca preliminar na literatura, percebeu-se a necessidade de buscar e analisar as evidências disponíveis acerca do conhecimento dos ACS diante das ações para o controle da TB.

---

## **2 OBJETIVOS**

---

## **2 OBJETIVOS**

- Analisar, por meio das produções científicas, as ações dos Agentes Comunitários de Saúde no controle da Tuberculose.

---

# **3 Referencial Teórico**

---

## 3 REFERENCIAL TEÓRICO

### 3.1 Tuberculose pulmonar: aspectos clínicos, diagnósticos e tratamento

A TB é, certamente, uma das mais antigas doenças que afligem a humanidade. No cenário brasileiro, vem se firmando como uma das principais causas de morbimortalidade, atingindo indistintamente diversas faixas etárias e classes sociais (NETO, 2001). Para Hijjaret al(2001), sua grave situação mundial está intimamente ligada ao aumento da pobreza, à má distribuição de renda e a urbanização acelerada, o que faz desta, uma doença marcada pela exclusão, desigualdades sociais, más condições de moradia e pouco acesso ao diagnóstico e tratamento.

Popularmente conhecida como tísica, peste branca, mancha no pulmão ou pulmão fraco, a TB é uma patologia de caráter infectocontagiosa causada por uma bactéria conhecida cientificamente por *Mycobacterium tuberculosis* ou também por bacilo de Koch, nome dado em homenagem ao seu descobridor, o alemão Robert Koch. Como agente etiológico, o *Mycobacterium tuberculosis* é considerado um complexo constituído de várias espécies: *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum* e *M. microti*. Tem o homem como reservatório principal e, em raras ocasiões, o gado bovino, primatas, aves ou mamíferos (CHIN, 2001).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), o bacilo de Koch se prolifera principalmente em áreas de grande concentração humana, onde a precariedade dos serviços de infraestrutura urbana, como saneamento básico e habitação, associam-se a fome e a miséria. Por esta razão é que a incidência da TB nas periferias das grandes cidades é maior, podendo acometer qualquer indivíduo, inclusive nas áreas rurais (BRASIL, 2008a).

Em alguns casos os sinais e sintomas da TB são insidiosos e estes podem ser ignorados pelo fato de ser semelhantes aos sintomas de uma gripe (BRASIL, 2010).

Os sintomas, segundo Brunner e Suddarth(2005, p.564):

Muitos pacientes apresentam febre vespertina, tosse, sudorese noturna, fadiga e perda de peso dor torácica e hemoptise, que geralmente aparecem na fase avançada da doença. A tosse pode não ser produtiva ou pode haver a expectoração de escarro mucopurulento. Em geral os sintomas sistêmicos e pulmonares são crônicos e podem ter estado presente durante semanas a meses.

De acordo com Figueiredo, Viana e Machado:



Ommodo de transmissão dá-se de pessoa para pessoa, por exposição íntima e prolongada e por meio de escarros e gotículas suspensas no ar eliminadas pela tosse de bacilíferos, a transmissão por via aérea constitui o principal meio de propagação da doença (FIGUEIREDO; VIANA; MACHADO, 2009, p.143).

A TB pulmonar é contraída pela inalação dos aerossóis contaminados. Ao ser inalado, o bacilo permanece no interior dos macrófagos alveolares em inatividade por cerca de três dias. Em seguida, ocorre a disseminação linfo-hemagênica para todas as partes do corpo (rins, ossos, córtex cerebral) e para outras áreas dos pulmões. O sistema imune do corpo responde ao iniciar uma reação inflamatória, ocorrendo fagocitose de muitas das bactérias e linfócitos tuberculose-específicos destroem os bacilos e o tecido normal. Essa reação tissular resulta no acúmulo de exsudato nos alvéolos, provocando a broncopneumonia, essa infecção inicial geralmente ocorre em 2 a 10 semanas depois da exposição (BRUNNER & SUDDARTH, 2005,p.563).

Em teoria, Chin (2001) ressalta que o período de transmissão da doença compreende todo tempo em que o indivíduo expulsa o bacilo da TB através do escarro, sendo que, em alguns casos, enfermos não tratados ou tratados de maneira inadequada podem expulsar intermitentemente os bacilos durante anos.

O diagnóstico precoce é a principal ação para controlar a doença, podendo ser influenciado por aspectos do doente e do sistema de saúde. Visto que retardos na procura pelo serviço de saúde e na obtenção do diagnóstico comprometem a cura aumentam a gravidade doença e potencializam a disseminação da infecção na comunidade, elevando a mortalidade (SILVA-SOBRINHO, 2012).

De acordo com Monroe, Neto e Vendramini (2008), a TB pulmonar quando diagnosticada precocemente e sujeita ao tratamento correto e completo, se consegue de forma segura e progressiva controlar a situação epidemiológica pela redução da morbidade e mortalidades associadas à mesma, bem como para minimizar a propagação da infecção aos contatos.

Os principais exames de diagnóstico, segundo Programa Nacional de Controle da Tuberculose- PNCT (BRASIL, 2010e) são:

Baciloscopia de escarro: visto que a tosse não produtiva é o sintoma mais comum da TB pulmonar, o exame é considerado método de diagnóstico prioritário. São recomendadas coletas de no mínimo duas amostras iniciais. A baciloscopia permite detecção de 60 a 80%

dos casos de tuberculose pulmonar. Para o PNCT, pelo menos 1% da população sintomática respiratória deveria realizar o exame;

Cultura de escarro (BK): deve ser realizado principalmente nos casos pulmonares suspeitos com baciloscopia negativa. O exame permite o isolamento da bactéria. A indução do escarro também exige técnica e sala de atendimento adequada devido ao risco de transmissão nosocomial. Por se tratar de um exame cultural, o retorno de resultado é mais lento que da baciloscopia;

RX do tórax: indicado para 100% dos casos com baciloscopia negativa, o RX é um método auxiliar que tem como função principal excluir o diagnóstico de doenças pulmonares associadas, que podem confundir o verdadeiro diagnóstico;

Prova tuberculínica: também conhecido como reação de Mantoux, a prova tuberculínica é um método auxiliar de diagnóstico. A solução tuberculínica (PPD-S) é aplicada por via intradérmica no terço médio da face anterior do braço esquerdo. O resultado se dá através de uma leitura reacional local, realizada por profissionais treinados, num prazo mínimo de 48 à 72 horas após aplicação.

Embora grave, de acordo com o MS a TB pode ser curável em praticamente 100% dos casos quando adequadamente tratada. Em geral, o tratamento tem duração mínima de seis meses, inclui um esquema rigoroso de associação farmacológica diária e após duas semanas de tratamento, o paciente deixa de ser bacilífero (BRASIL, 2008a), ou seja, deixa de transmitir a doença.

Segundo Figueiredo, Viana e Machado (2009, p.143)“ o tratamento é peça-chave no programa de controle da tuberculose, porque garante a interrupção da cadeia de transmissão e anula rapidamente os focos de infecção (os bacilíferos)”.

Em virtude de dois inquéritos nacionais realizados pelo PNCT (1995/97 e 2008/09) referentes à resistência do bacilo à isoniazida, assim como na maioria dos países, o Brasil incluiu ao tratamento o uso do etambutol (E). Atualmente, o esquema padronizado é composto pela rifampicina (R), isoniazida (H), pirazinamida (Z) e o etambutol (E) como reforço na fase de ataque, seguido da redução posológica da isoniazida e pirazinamida na fase de manutenção. Para crianças com menos de dez anos, o esquema apresenta apenas três fármacos: R, H e Z (BRASIL, 2010e).

**Tabela 1** - Tratamento da TB pulmonar - Esquema Básico (Esquema I) - 2RHZ/4RH

Fases do tratamento	Drogas	Peso do doente			
		Até 20 kg (mg/kg/dia)	Mais de 20 Kg e até 35 Kg (mg/kg/dia)	Mais de 35 Kg e até 45 Kg (mg/kg/dia)	Mais de 45 Kg (mg/kg/dia)
1. <sup>a</sup> fase (2 meses – RHZ)	<b>R</b>	<b>10</b>	<b>300</b>	<b>450</b>	<b>600</b>
	<b>H</b>	<b>10</b>	<b>200</b>	<b>300</b>	<b>400</b>
	<b>Z</b>	<b>35</b>	<b>1.000</b>	<b>1.500</b>	<b>2.000</b>
2. <sup>a</sup> fase (4 meses – RH)	<b>R</b>	<b>10</b>	<b>300</b>	<b>450</b>	<b>600</b>
	<b>H</b>	<b>10</b>	<b>200</b>	<b>300</b>	<b>400</b>

Fonte: Ministério da Saúde, 2008. Siglas: Rifampicina = R; Isoniazida = H; Pirazinamida = Z.

Para prevenção da TB em humanos, o MS oferece na rede pública a vacina BCG (Bacille Calmette–Guérin), desenvolvida na França entre 1908 e 1921, e até hoje, a única medida profilática de proteção contra as formas mais graves de tuberculose no mundo (VASCONCELOS JÚNIOR et al., 2009).

De acordo com a Portaria nº 452, de 06 de dezembro de 1976, do MS, a vacina com vírus *Mycobacterium bovis* atenuado não evita a infecção tuberculosa, mas exerce poder protetor contra doenças graves de primo-infecção em menores de cinco anos, sendo indicada para recém-nascidos com peso superior ou igual a 2 Kg, recém-nascidos filhos de mães com Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (AIDS) e menores de cinco anos que nunca tiveram sido vacinadas. Embora disponíveis nos serviços de saúde de AB, o manual recomenda a aplicação da vacina no recém-nascido ainda no hospital (BRASIL, 2010c).

### **3.2 Atuação do Agente Comunitário de Saúde no controle da tuberculose**

O agente comunitário de saúde (ACS) é um profissional muito importante na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), fortalecendo a integração entre os serviços de saúde da ABS (BRASIL, 2009). No Brasil, atualmente, mais de 200 mil ACS estão em atuação, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, com ações de promoção e vigilância em saúde (BRASIL, 2009).

O trabalho dos ACS é considerado uma extensão dos serviços de saúde dentro das comunidades, já que o mesmo é membro da comunidade e possui por ela um envolvimento pessoal. O trabalho do ACS é fundamental, pois está próximo dos problemas que afetam a comunidade e favorece a transformação de situações-problemas que comprometem a qualidade de vida das famílias. Como exemplo destacam-se problemas associados ao saneamento básico, destinação do lixo, condições precárias de moradia, situações de exclusão social, desemprego etc. E seu principal objetivo é contribuir para a qualidade de vida das pessoas e da comunidade (BRASIL, 2002; 2009).

Na ESF espera-se que o ACS assuma uma posição central, pois além de residir na comunidade em que atua, mostra-se capaz de identificar na comunidade, por meio de visitas domiciliares, valores, costumes e linguagens, podendo assim produzir uma união entre o uso de tecnologia/conhecimento em saúde e as crenças locais (CARDOZO-GONZALES et al., 2011).

Cabe ressaltar que a BSR é uma das prioridades do PNCT. Espera-se que esta atividade esteja inserida no cotidiano de trabalho dos ACS, visando à detecção precoce de casos (NOGUEIRA et al., 2007).

Deste modo, espera-se que os ACS desenvolvam as seguintes funções: identificar os SR nos domicílios e nas comunidades; encaminhar ou comunicar o caso suspeito a equipe; orientar e encaminhar os contatos à UBS para consulta, orientar a coleta e o encaminhamento do escarro dos SR; supervisionar a tomada da medicação e realizar visita domiciliar conforme planejamento das equipes usando a ficha do Sistema de Identificação da Atenção Básica (SIAB) e mantendo-a atualizada, realizar a busca ativa dos faltosos e daqueles que abandonaram o tratamento; verificar a presença da cicatriz da vacina BCG no braço direito da criança e encaminhar a criança para vacinação caso não exista e não haja comprovante no cartão; realizar ações educativas junto a comunidade e participar, com a equipe do planejamento de ações para o controle da TB na comunidade (BRASIL, 2008).

A BSR representa a estratégia inicial para a detecção de casos novos de TB e a primeira dentre as várias ações de controle, indispensáveis para a continuidade da atenção. Trata-se de atividade que deve ser incorporada pelos profissionais das equipes de saúde, através de busca sistemática de casos suspeitos, na demanda espontânea dos serviços de saúde, durante as visitas domiciliares, em grupos específicos (pessoas vivendo em instituições fechadas) e fragilidades na busca ativa de casos na comunidade, apesar do reconhecimento de sua importância para o controle da TB (HINO et al., 2011).

Os autores supracitados acrescentam que outra ação importante para o controle da TB é a Estratégia DOTS que foi implementada no Brasil em 1998, e que a partir disso o MS implantou o tratamento diretamente supervisionado (1999) para diminuir a taxa de abandono do tratamento. Além disso, o PNCT reconheceu a importância da integração com Atenção Básica (AB), incluindo o PACS e ESF, para garantir a implementação do acesso ao diagnóstico e tratamento, enfatizando a necessidade do envolvimento de organizações não-governamentais e de parcerias com organismo de combate à TB, nacionais e internacionais.

### ***3.3 Programa Nacional de Controle da Tuberculose no Brasil***

O PNCT foi criado em 1999, de acordo com as diretrizes do Plano Emergencial, para um trabalho em rede com um mesmo objetivo. No ano 2000, o “Plano Nacional de mobilização para a eliminação da hanseníase e controle da tuberculose em municípios prioritários por meio da Atenção Básica” foi lançado pelo MS e, 2001, o “Plano Estratégico para implementação do Plano de Controle da Tuberculose, no Brasil, no período de 2001-2005”. Tais planos também foram importantes no controle da doença, pois traziam em suas metas a implementação das ações de controle da TB e hanseníase em 100% dos municípios prioritários e também confirmavam as metas do plano emergencial (HIJJAR et al., 2007).

Propondo a redução da incidência da TB no Brasil, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) estabeleceu diretrizes com o propósito de promover o controle da doença através do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), que na atualidade reconhece a importância de horizontalizar o combate a TB, estendendo-o para todos os serviços de saúde do SUS; visando à integração do controle da TB no âmbito das unidades de ABS (DANTAS et al., 2011).

Essa decisão política está assentada na compreensão que a TB é um problema passível de resolução na ABS, visto que esse nível de atenção quando estruturado pode interferir positivamente nos determinantes da doença. Com esse entendimento, as ações de controle propostas na ABS compreendem a investigação dos SR, a realização do diagnóstico precoce da doença, o tratamento com esquema básico descentralizado e o acompanhamento dos sujeitos com TB e de seus contatos. Essas ações ampliam o acesso da população em situação de vulnerabilidade social, favorecendo a redução das taxas de abandono ao tratamento (DANTAS et al., 2011).

A Política Nacional de Atenção Básica-PNAB (2006a) também inseriu o controle da TB como uma das áreas estratégicas para atuação da ESF em todo território nacional e o próprio (BRASIL, 2000, 2006) Pacto pela Saúde, em especial na dimensão “Pela Vida”, também assume a ESF com prioritária para o fortalecimento da AB, reforçando a importância desta modalidade assistencial na ampliação de acesso do Sintomático Respiratório (SR) e do diagnóstico da TB aos serviços de saúde, especialmente por meio do ACS (BRASIL, 2006), visto que os mesmos podem construir junto às equipes de saúde estratégias de atuação adequadas, vislumbrando-se respostas eficazes para a situação sanitária encontrada capaz de contribuir na detecção precoce dos casos de TB.

Para Cardozo-Gonzales et al.(2011) a ABS é a estratégia para atuar no complexo processo de geração e proteção da saúde individual e coletiva, abrindo caminho para a formulação de políticas públicas que conduzam ao desenvolvimento humano integral e sustentável, cada vez mais necessário diante do panorama epidemiológico e sanitário, caracterizado pela presença de doenças crônicas e infectocontagiosas, ainda presentes, como é o caso da TB.

Considera-se que a ABS, mais especificamente a ESF seja hoje, no Brasil, a principal porta de entrada do paciente com TB. Desta forma, o PNCT privilegia a descentralização das medidas de controle para a ABS, aumentando o acesso da população em geral, mas visando, principalmente, as populações com risco ampliado de contrair a doença.

Desse modo, o processo de descentralização do controle da TB vem ocorrendo gradativamente no país sob os auspícios do PNCT, que tem considerado a ESF e o PACS meios operacionais para a integração dos serviços na ampliação do acesso do SR ao atendimento à saúde. Destarte, os ACS promovem essa aproximação entre as equipes e o SR, para além do assistencialismo biomédico centrado na doença e no controle epidemiológico de determinados agravos.

---

## **4Metodologia**

---

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura (RI). Para Souza et al. (2010) este tipo de revisão é um método que proporciona à síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática.

Por meio dos métodos rigorosamente estabelecidos a pesquisa traz um agrupamento de artigos relevantes sobre o tema proposto, seguindo as seis etapas distintas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; critérios de inclusão e exclusão dos estudos; definição das informações a serem extraídas; avaliação dos estudos incluídos a revisão integrativa interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

### 4.2 Amostragem

A busca de artigos foi realizada nos meses de Fevereiro e Março de 2014, nas bases de dados: *Literature Latino-Americana e do Caribe(Lilacs)*, *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (Medline)* e o Repositório *Scientific Electronic Library Online (Scielo)*. Com apoio da questão norteadora – O que dizem a produção científica acerca do conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde acerca das ações de controle da Tuberculose? Foram utilizadas as seguintes palavras-chave “tuberculose”, “atenção primária à saúde” e “agente comunitário de saúde”. Inicialmente realizou a busca pelos descritores individualmente. Em seguida foram realizados os cruzamentos utilizando o operador booleano and e posteriormente os descritores foram cruzados em conjunto.

As amostras foram selecionadas mediante fatores de inclusão e exclusão e consideradas aquelas que se adequaram melhor aos objetivos da pesquisa conforme expostas a seguir.

#### 4.2.1 Critérios de inclusão:

- Artigos originais que se adequaram a questão proposta;
- Trabalhos publicados de 2004 a 2012;



- Artigos disponíveis na íntegra e/ou não possuíam acesso on-line livre aos textos completos

#### 4.2.2 Critérios de exclusão:

- Artigos publicados no idioma inglês e espanhol e publicados com data inferior a 2004 e superior a 2012.

**Tabela 2-** Publicações encontradas entre os anos de 2004 a2012 segundo as bases de dados Scielo, Lilacs e Medline

DESCRITORES	SCIELO	LILACS	MEDLINE
Agente Comunitário de Saúde	103	159	75
Tuberculose	912	603	176
Atenção Primária	602	56	32

Para a seleção dos artigos foram lidos os títulos e selecionados aqueles que tinham relação com o objeto do estudo. Em seguida, foram analisados os resumos e realizado a leitura dos artigos que se adequaram a temática em estudo.

Foram selecionados 127 artigos encontrados nas três bases de dados, 115 foram excluídos por não serem publicados no idioma Português, 02 por não se encontrarem on-line ou de forma gratuita e 08 artigos se adequaram aos critérios de inclusão e exclusão pré-determinada.

#### 4.3 Instrumento para a coleta dos dados:

Para o desenvolvimento desta etapa foi utilizado um instrumento (**APÊNDICE A**) que auxiliou na seleção e categorização dos dados na análise e na discussão. Esse instrumento é composto cinco blocos de informações: identificação; instituição sede do estudo; tipo de

publicação; caracterização metodológicas do estudo e avaliação do rigor metodológico. Cada artigo selecionado foi preenchido dentro desses itens.

---

## **5 Resultados e Discussão**

---

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo foram analisados oito artigos científicos que atenderam os critérios e inclusão previamente estabelecidos. Os dados da Tabela 2 apresentam as características dos estudos incluídos.

**Tabela 3**-Características dos estudos incluídos.

<b>ARTIGO</b>	<b>REGIÃO</b>	<b>ESTADO</b>	<b>UNIVERSIDADE</b>	<b>LOCAL DO ESTUDO</b>
<b>Ref. 01</b>	Sudeste	São Paulo	USP/RP	Ribeirão Preto
<b>Ref. 02</b>	Sudeste	Espírito Santo	UFES/Vitória	Cachoeira de Itapemirim
<b>Ref. 03</b>	Nordeste	Natal	UFRN	Natal
<b>Ref. 04</b>	Sudeste	Espírito Santo	UFES/Vitória	Vitória
<b>Ref. 05</b>	Sudeste	Espírito Santo	UFES/Vitória	Cachoeira de Itapemirim
<b>Ref.06</b>	Sudeste	São Paulo	FMRP/USP	Ribeirão Preto
<b>Ref. 07</b>	Sudeste	São Paulo	USP/SP	São Paulo
<b>Ref. 08</b>	Sudeste	São Paulo	USP/RP	Ribeirão

A maior parte dos estudos foram desenvolvidos no Estado de São Paulo, representando 50% das pesquisas. O Estado do Espírito Santo possui publicação de 40% dos estudos e ainda há um estudo do Rio Grande do Norte, representando 10% da publicação.

Em relação ao delineamento da pesquisa identificou-se que as oito publicações, seis utilizaram abordagem quantitativa (80%) e dois utilizaram abordagem qualitativa (20%).

Tabela 4- Objetivos e principais conclusões

Artigo	Objetivos	Principais Conclusões
<p>Ref.01 CRISPIM, J.A, SCATOLIN, B.E, SILVA, L.M.C et al.</p>	<p>Avaliar o desempenho do Agente Comunitário de Saúde no controle da tuberculose (TB) em áreas assistidas pela Estratégia de Saúde Da Família.</p>	<p>Evidencia a fragilidade dos ACSs em incorporar no seu contexto de trabalho as ações de controle da TB nas distintas modalidades de APS,</p>
<p>Ref. 02 MOREIRA, T.R; ZANDONADE, E. MACIEL, E.L.N</p>	<p>Estimar o risco de infecção tuberculosa em agentes comunitários de saúde envolvidos no controle da tuberculose.</p>	<p>Os agentes que acompanharam pacientes com tuberculose em suas rotinas de serviço apresentaram risco de infecção maior que aqueles que não acompanharam pacientes com essa doença.</p>
<p>Ref. 03 DANTAS, D.N.A, SILVA, M.P.M, OLIVEIRA, D.R.C. et al</p>	<p>Analisar as ações do agente comunitário de saúde no diagnóstico da tuberculose pulmonar na Atenção Primária à Saúde.</p>	<p>Concluiu-se que a maioria dos ACS, desenvolvia as atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde no cumprimento das ações de diagnóstico da TB no município, porém, pressupõe-se que uma parte dos ACS nunca participou de treinamento em TB, apresenta insegurança para realizar tais atividades.</p>
<p>Ref. 04 MACIEL, E.L.N; VIEIRA, R.C.A; MILANI, E.C; et al</p>	<p>Analisar os conhecimentos sobre as ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde no controle da tuberculose e a percepção que estes possuem do seu nível de conhecimento e de sua importância no enfrentamento da doença.</p>	<p>Entendeu-se que os agentes comunitários de saúde, envolvidos no PCNT, podem não estar alcançando os resultados esperados na contribuição para um aumento importante da detecção de novos casos, nem para maior adesão dos pacientes ao tratamento.</p>
<p>Ref. 05 RODRIGUES, P.M; MOREIRA, T.R; MORAES,A.K.L. et al</p>	<p>Avaliar a incidência de infecção por <i>Mycobacterium tuberculosis</i> através da prova tuberculínica em agentes comunitários de saúde (ACS) que acompanham pacientes em tratamento de TB.</p>	<p>Mostrou-se que prevalência de infecção tuberculosa entre ACS foi significativamente maior entre seus familiares vem contribuir para o debate em torno do risco ocupacional envolvidos nas atividades deste profissional.</p>
<p>Ref. 06 MUNIZ, J.N; PALHA, P.F; MONROE, A.A. et al.</p>	<p>Analisar, sob a percepção dos enfermeiros supervisores do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios (SR) para o controle da tuberculose.</p>	<p>Apesar a busca de SR ser estabelecida como uma das atribuições do PACS não significa que de fato esta ação seja incorporada no seu cotidiano de trabalho. O processo de capacitação dos profissionais, por si só, não garante sequência contínua no processo de atenção à saúde dos usuários uma vez que o treinamento e ou preparo das equipes não tem sido capaz de sustentar permanentemente a execução das ações propostas.</p>
<p>Ref. 07 CAMPINAS, L.L.S.L; ALMEIDA, M.M.M..B.</p>	<p>Estudar a importância da atuação do agente comunitário de saúde (ACS) no acolhimento aos doentes com tuberculose em uma Unidade de Saúde.</p>	<p>O ACS representa o elo entre comunidade e a USF, principalmente em se tratando de estratégias de busca ativa e casos de tuberculose no território e seguimento do tratamento supervisionado.</p>
<p>Ref. 08 NOGUEIRA, J.A; NETTO, A.R.; MONROE, A.A. et al</p>	<p>Analisar a incorporação da BSR no controle da tuberculose sob percepção do ACS.</p>	<p>Apesar de parecer um simples procedimento, a BSR no controle da TB, caracteriza-se na prática como uma ação complexa que requer conhecimentos que vão além de habilidades técnicas/específicas. Permitiu-se identificar lacunas nestes canais de informação o que aponta fragmentação no sistema e serviços de saúde.</p>

Esta discussão foi construída a partir das conclusões dos artigos selecionados para o estudo, na qual destaca-se os seguintes aspectos: a fragilidade dos ACS em incorporar no seu contexto de trabalho ações de controle da TB, risco e prevalência de infecção tuberculosa em ACS, desenvolvimento de atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde no cumprimento das ações de controle da TB.

O ACS é um profissional capacitado para realizar atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares e comunitárias, individuais e coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS. Sob supervisão do gestor local, o ACS atua na orientação e monitoramento das famílias sobre cuidados com sua própria saúde e da comunidade (NUNES et al., 2002). Este profissional apresenta particularidades, pois trabalha na comunidade onde vive, tornando-se referência para a população adstrita da atuação (MACIEL et al., 2008).

O papel do ACS na BSR é de extrema valia para a detecção precoce da TB. Sua mediação entre a comunidade e serviços de saúde caracteriza o fortalecimento do vínculo e contribui para promoção à saúde e prevenção da TB, pois esse profissional é membro da população em que reside e trabalha proporcionando o fortalecimento de um elo entre a comunidade e a Unidade de Saúde.

O atual Plano de Ação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), aprovado em 2004, está fundamentado na descentralização e horizontalização das ações de vigilância, prevenção e controle da TB. A base para a implantação da estratégia TS-DOTS utiliza força de recursos humanos das unidades de atenção básica, Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O PNCT está integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e desenvolve as seguintes ações nos componentes estruturais básicos: vigilância epidemiológica; medidas de proteção; integração com a atenção básica; ações integradas de educação em saúde; comunicação e mobilização social; capacitação e treinamentos articulados com pólos de educação permanente; sustentação político-social; e avaliação; acompanhamento e monitoramento. Estes componentes têm suas atribuições definidas pelas esferas federal, estadual e municipal (BRASIL, 2007).

Onde as principais ações do PNCT estão baseadas na vigilância epidemiológica, prevenção e controle dos casos. Essa vigilância tem como objetivo detectar precocemente os casos de TB e é fundamental que seja estimulada a busca ativa dos sintomáticos respiratórios.

Contudo, a falta de recursos humanos treinados para o diagnóstico, falhas na distribuição de drogas antituberculosas, notificação e acompanhamento do paciente com TB, ainda se configuram como dificuldades para o controle da doença. Deste modo, evidencia-se que existem fragilidades na organização dos serviços de saúde para a prestação do atendimento ao SR, principalmente na agilidade do atendimento, nas ações coletivas desenvolvidas, uma vez que a educação em saúde não é uma prática priorizada por equipes da ABS, verificou-se também a necessidade de melhoria na busca de casos de TB.

Tal resultado pode interferir na busca do doente por cuidados de saúde, uma vez que este pode não reconhecer os sintomas da doença ou não percebe-se doente, devido à falta de orientação pelos ACS. Ainda reforça-se que para o adequado manejo e efetivo controle da doença nas ABS é indispensável haver equipes qualificadas para lidar com a complexidade da doença (MONROE et al., 2008).

Em 2006, o Pacto pela Saúde integrou três eixos: pela Vida, em Defesa do SUS e o de Gestão. O Pacto pela Vida prevê fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, malária, influenza e TB. As metas para o controle da TB apontam para a necessidade de se atingir pelo menos 85% de cura dos casos novos de bacilíferos diagnosticados a cada ano, conforme meta do Ministério da Saúde.

A busca de sintomáticos respiratórios (BSR) caracteriza-se como importante estratégia para a detecção de casos de TB, designado SR todo indivíduo com tosse há três semanas. Desde o ano de 1996, os Planos Nacionais de Controle da Tuberculose trazem as ações de BSR na rotina dos serviços de saúde, mas somente a partir do Plano de 2001-2005 enfoca-se com maior veemência esta atividade (BRASI, 2000). Acredita-se que a baixa detecção de casos observados em todo Brasil esteja relacionada à inadequada realização dessa atividade.

Na ABS, a busca ativa de SR leva os ACS até as residências, vendo de perto, a realidade das famílias, fornecendo orientações e encaminhamentos aos casos necessários, ou tomando outras providências para garantir a longitudinalidade do cuidado. Entretanto apesar de estudos destacarem que o ACS é o que melhor apreende a complexidade do problema da TB, no meio onde vive, o que o torna peça fundamental na proposta de controle da TB, este encontra entraves na medida em que necessitam de apoio institucional para o melhor desempenho no controle da TB (CAMPINAS; ALMEIDA, 2004).

Segundo Crispim et al. (2012) ressalta-se a importância desse ator na detecção precoce dos suspeitos de TB na comunidade, e o manejo dos casos da doença no âmbito das APS, no entanto, para a construção de nova prática, que atenda tal demanda, é necessário promover mudanças nos processos de trabalho, consubstanciadas pela qualificação, valorização e motivação dos ACS em um contexto permanente de educação profissional.

Apesar da busca de SR ser estabelecida como uma das atribuições do ACS não significa que de fato esta ação seja incorporada no seu cotidiano de trabalho. O processo de capacitação dos profissionais, por si só, não garante sequência contínua no processo de atenção à saúde dos usuários uma vez que o treinamento e/ou preparo das equipes não tem sido capaz de sustentar permanentemente a execução da ação proposta.

Portanto, faz-se necessária à capacitação permanente que permita, dentre outras habilidades, a apropriação de outros saberes e conhecimentos que ofereçam os subsídios necessários na complexidade da atenção aos usuários acometidos pela tuberculose. Alguns estudos evidenciam a inabilidade desse ator na identificação e manejo os sintomáticos respiratórios e distorção de informações sobre os sintomas e tratamento da doença (NOGUEIRA et al., 2007).

Para assegurar o conhecimento e habilidades específicas para o desempenho das funções dos ACS, especialmente a atuação na BSR, as capacitações devem ocorrer adotando uma ação educativa crítica, capaz de referenciar a realidade das práticas e as transformações de saúde.

Com o principal objetivo de desmistificar o contágio da doença, o serviço precisa ser organizado de forma a esclarecer as pessoas sobre essa doença e a outras que também estão arraigadas de estigma, como a hanseníase. Trabalhar a educação em saúde acredita-se ser o melhor caminho para se vencer esses preconceitos como também estimular muitos profissionais para reverem esses conceitos e não se comportarem como se desconhecem totalmente as formas reais de contágio da doença.

Assim, é preciso compreender a comunidade como unidade, criando, no coletivo, propostas capazes de atingir cada um de seus segmentos, segundo suas naturezas e carências. Desse modo, um paciente que sofre discriminação deve ser tratado, pelo profissional de saúde, com acolhimento, vínculo e respeito, procedendo com muita cautela devido a sua fragilidade e situação de vulnerabilidade. Segundo Nogueira et al.(2007), na percepção do paciente o estar doente pode assumir contornos variados, que vão desde um afastamento sutil até a segregação total do indivíduo do ambiente em vive. Além do isolamento, cresce-se a



culpa e risco que representa para o meio em vive, podendo transmitir a doença para outras pessoas.

Nesta perspectiva, a proposta de Educação Permanente em Saúde (EPS) é considerada imprescindível para a qualificação das equipes dos serviços de saúde, organizadas em razão das necessidades de saúde da população (MASSAROLI; SAUPE, 2008). Tal perspectiva traz como objeto de transformação o processo de trabalho para que os trabalhadores consigam resolver os problemas da comunidade e estabeleçam estratégias efetivas de enfrentamento, pactuados com a comunidade.

O MS considera que, no processo de Educação Permanente em Saúde, o aprender e ensinar deve incorporar ao cotidiano das organizações e ao trabalho, tendo como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, sendo estruturados a partir da problematização do processo de trabalho, onde a atualização técnico-científica é um aspecto da transformação das práticas (BRASIL, 2004).

No que concerne, a EPS pode ser uma grande ferramenta no controle da TB na medida em que chama para responsabilidade de todos os atores envolvidos na problemática do território (gestão, ensino, serviço e controle social) que, na sua conjuntura política e social, poderão definir claramente a melhor estratégia de enfrentamento do seu problema. Tal configuração poderá substancialmente contribuir para a BSR na comunidade e para que a Atenção Básica assumira seu papel político e social como porta de entrada do SR de TB. Neste sentido, a educação em saúde contextualizada com o território pode fomentar uma melhor atuação dos ACS, os quais compromissados com as questões sanitárias do território poderiam ampliar o espectro da responsabilidade na BSR (SCATOLIN, 2012).

Nesse sentido, na formação e na educação crítica desses agentes no controle da TB há necessidade de muni-los de conhecimento diversos em torno da questão 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).

Nas últimas décadas, o controle da TB foi fortemente negligenciado. As políticas públicas na área da saúde foram direcionadas para outros campos de atuação e, conseqüentemente, as ações de combate à tuberculose foram relegadas em segundo plano, por ser considerada como um problema sob controle.

O tratamento da TB é complexo e demorado, envolvendo o uso de várias drogas e tendo de ser continuado após a recuperação clínica do paciente. O abandono ao tratamento é

alto e pode levar o surgimento de formas resistentes da *M. tuberculosis*, impondo-se como obstáculos ao controle da doença. Outra ação importante para o controle da TB é a Estratégia DOTS, como alternativa que auxilia os pacientes a terem tratamento correto e completo. No Brasil, o sucesso do PSF gera perspectiva de ampliação de acesso ao sistema de saúde e de detecção e tratamento mais eficientes de doenças como TB.

Este tipo de supervisão destaca-se como uma potencialidade no controle da TB, por meio da contribuição nos indicadores epidemiológicos de cura, redução das taxas de abandono do tratamento e da mortalidade, e redução do desenvolvimento de resistência aos medicamentos. Além disso, o tratamento supervisionado propicia o estabelecimento de vínculo, do diálogo entre profissionais de saúde e doente; permite identificar necessidades dos doentes; e é tido como espaço para informação sobre a doença e o tratamento (SANCHEZ; BERTOLOZZI 2009).

Neste contexto, há uma alta proporção de ACS acompanhando pacientes com TB ou realizando tratamento supervisionado sem uso de equipamento de proteção individual, reforça a necessidade de formular políticas públicas para esse grupo profissional (RODRIGUES et al., 2009). A participação de agentes comunitários no combate à TB é um reforço ao combate da doença, mas expõe milhares de profissionais a um grande risco de infecção (MOREIRA et al., 2010).

A despeito do reconhecimento alcançado pela supervisão do tratamento através de DOTS, como estratégia de grande efetividade no controle da TB na comunidade, pode-se observar que o MS não vem dedicando à atenção e os recursos necessários para que as atividades dos ACS principais responsáveis pelo acompanhamento dos pacientes sejam realizadas da forma adequada em relação ao nível de risco envolvido (RODRIGUES et al., 2009).

De acordo com Moreira et al. (2010) a implementação de medidas de biossegurança de rotina, entre as quais a realização de TST (Teste Tuberculínico) periodicamente de acordo com o tempo e exposição e o local de contato com paciente, e o uso de máscara devem ser adotadas, considerando o alto risco de infecção tuberculosa entre os ACS. Vale ressaltar que no Brasil a doença nunca deixou de ser um problema de saúde pública; no entanto, as medidas de biossegurança ainda não fazem parte do escopo dos programas de TB (RUFFINO-NETO, 2002).

Considera-se que há necessidade de ampliar ações dos ACS na investigação da TB, uma vez que uma maior autonomia da sua prática sanitária propiciaria um maior comprometimento e responsabilização dessa atividade.

Os limites encontrados à educação em saúde e supervisão contribuem para pouca valorização das ações de TB nos cenários das pesquisas. Esses aspectos não qualificam o trabalho do ACS e da equipe de saúde por não fomentar a incorporação das ações de BSR na rotina dos serviços de saúde, contribuindo assim para que a TB se mantenha como problema e desafio para a Saúde Pública. Neste sentido, há necessidade de prover investimentos nas EPS, para haja uma renovação do modelo da atenção a TB.

---

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo identificar as produções científicas acerca do conhecimento das ações dos Agentes Comunitários de Saúde no controle da Tuberculose e analisar, por meio das produções científicas, o conhecimento desses profissionais acerca das ações de controle desta doença, tendo como principais resultados a fragilidade dos ACS em incorporar no cotidiano de trabalho as ações de controle da TB, risco e prevalência de infecção tuberculosa em ACS e a busca de sintomáticos respiratórios.

As pesquisas revelaram que os ACS, possuem conhecimentos incipientes sobre as ações desenvolvidas por esses profissionais, para o controle da doença e isso ocorre de forma pontual, apresentando fluxo de informações e aspectos que fragilizam o cuidado.

Frente a essa realidade, há necessidade de promover maiores investimentos na EPS, para um novo modelo de atenção a TB, com estabelecimento de uma nova lógica de trabalho, novas tecnologias no fluxo de informações, com também incentivos e supervisões contínuas aos ACS – valorizando-os como integrantes singulares da equipe de saúde – colabora efetivamente para o controle da doença, sobretudo nas ações de detecção precoce de casos, redução no abandono do tratamento e práticas educativas sobre a prevenção da TB.

Algumas limitações para este estudo foram encontradas, sendo a indisponibilidade de textos na íntegra nas bases de dados investigadas.

Desse modo, recomenda-se o desenvolvimento de novos estudos referentes ao desempenho e detecção de casos da TB, na perspectiva dos ACS, com vista de melhor compreender o trabalho do ACS no controle da TB bem como na contribuição efetiva nas ações de controle e consequentemente na redução de casos e óbitos desta doença.

---

# REFERÊNCIAS

---

## 7REFERÊNCIAS

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**. 1º ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico da tuberculose**. Brasília, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. 2. ed. **Rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde**, 2008. Disponível: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/abcdad21.pdf>

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativa e Contagem população**. 2011. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 set. 2013.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Situação Epidemiológica da tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b .

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária das Políticas Pública. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. **Plano de Controle da Tuberculose no Brasil no período de 2001-2005**. Brasília, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Guia prático do programa de saúde da família**. Brasília, 2001

BASNET, R.; et al. Delay in the diagnosis of tuberculosis in Nepal. **BMC Public Health.**, v.9, p.236, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006a

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**, 8.ed. Brasília/DF, 2010.

CHIN, J. **El control de las enfermedades transmisibles**. 17. Ed. Washington: OPS, 2001.

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.

**BolPneumolSanit**2004; 12(3):145-154

CARDOZO-GONZALES R.I, COSTA L.M, PEREIRA C.S, PINHO L.B, LIMA L.M, SOARES D.M.D, RODRIGUES K.M.R, KRONING C.S. Ações de busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose na visão dos profissionais de uma unidade saúde da família. **Rev. enferm. saúde**, Pelotas (RS) 2011 jan-mar;1(1):24-32.

Disponível:<http://www.ufpel.edu.br/revistas/index.php/enfermagemesaude/article/view/38/49>.

DANTAS, D.N.A, Silva, M.P.M, Oliveira, D.R.C, Enders, B.C, Paiva, R.E.A, Arcêncio, R.A. Ações do agente comunitário de saúde no diagnóstico da tuberculose pulmonar. **Rev Rene**, Fortaleza, 2011; 12(n. esp.):980-994.

FIGUEIREDO, N.M.A.; VIANA, D.L.; MACHADO, W.C.A. Tratado prático de Enfermagem. 2.Ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.

GONÇALVES, M. J. F. Avaliação de Programa de Saúde. O Programa Nacional de Controle de Tuberculose no Brasil. **Saúde Transform. Soc**, v.3 n.1, 2013.

HIJJAR, M.A.; OLIVEIRA, M.J.P.R.; TEIXEIRA; G.M. A tuberculose no Brasil e no mundo. **Bol. Pneumol. Sanit.**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, dez.2001.

HIJJAR et al. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Rev.Saúde Pública**, São Paulo, v.41, p.50-58, 2007.

HINO, P.; TAKAHASHI, R.F; BERTOLOZZI, M.R; VILLA.T.C.S; EGRY. Conhecimento da equipe de saúde da família acerca das necessidades de saúde das pessoas com tuberculose. **Rev. Latino-AM. Enfermagem**. Jan-fev.2012; 20(1):[09 telas]: Disponível [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt\\_07.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_07.pdf)

MFINANGA, S.G.; et al. The magnitude and factors associated with delays in management of smear positive tuberculosis in Dar es Salaam, Tanzania. **BMC Health Services Research**, v.8, p. 158, 2008.

MACIEL,E.L.N.; VIEIRA, R.C.A.; MILANI,E.C. et al. O agente comunitário de saúde no controle da tuberculose: conhecimentos e percepções. **Cad. Saúde Pública**. V.24, n.6, p.1377-1386, Rio de Janeiro, jun, 2008.

MASSAROLI, A; SAUPE, R. Distinção conceitual: educação permanente e educação continuada no processo de trabalho em saúde. Santa Catarina, 2008. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.045.pdf>. Acessado em 26 mar 2014.

MOREIRA, T.R; ZANDONADE, E.; MACIEL, E,L.N. Risco de infecção tuberculosa em agentes comunitários de saúde. **Rev Saúde Pública**. v.44, n.2, p.332-8, 2010.



- MUNIZ, J.N.; PALHA, P.F.; MONROE, A.A. et al. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. V.10, n.2, p.315-321, 2004.
- MONROE, A. A.; RUFINO NETTO, A.; VENDRAMINI, S. H. F.; et al. “Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da Tuberculose.” **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 2, n.42, p. 262-267, 2008.
- MAIOR, M. L.; GUERRA, R. L.; CAILLEAUX-CEZAR M.; GOLUB J. E.; CONDE, M. B. Tempo entre o início dos sintomas e o tratamento de tuberculose pulmonar em um município com elevada incidência da doença. **J BrasPneumol.**, v.38, n.2, p. 202-209, 2012.
- NOGUEIRA, J.A.; NETTO, R. A.; MONROE, A. A.; GONZALES R. I. C.; VILLA, T. C. S. Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose na percepção do agente de saúde. **Rev. Eletr. Enf**, v.9, n.1, p.106-18, 2007
- NUNES, M.O.; TRAD, L.B, ALMEIDA,B.A et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad Saúde Pública*.v.18, n.6, p.1639-1646, 2002.
- PINHEIRO, P. G. O. D.; SÁ, L. D.; PALHA, P. F, *et al.* Busca ativa de sintomáticos respiratórios e o diagnóstico tardio da tuberculose. **Rev. Rene**, v.13, n.3, p.572-81, 2012.
- RUFFINO-NETO, A. Programa de controle da tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. **Dep. de Medicina social/Faculdade de medicina de Ribeirão Preto/ USP**,v. 10, n.3, 2001.
- RUFFINO NETTO, A. Tuberculose: A calamidade negligenciada. **RevSocBrasMedTrop**, São Paulo, v. 35, n. 1, p.51-8, 2002.
- RODRIGUES, P.M.; MOREIRA, T.R.;MORAES, A.K.L. et al. Infecção por *Mycobacterium tuberculosis*entre agentes comunitários de saúde que atuam no controle da TB. **J BrasPneumol**.v.9, n.4, p.351-358, 2009.
- SANTOS. T. M. M. G.; NOGUEIRA. L.T. et al. Caracterização dos casos de tuberculose notificados em um município prioritário no Brasil. **Rev. Enferm. UFPI**, Terezina, 2012, jan-abri;1(1); 8-13.
- SCATOLIN, B.E. A busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose em dois municípios prioritários: Natal e Ribeirão Preto.2012.114f. **Dissertação (Mestrado)** - Escola de Enferm. De Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.
- SOUZA, K. M.J; SA, L. D; PALHA, P. F.; NOGUEIRA, J.A; VILLA, T.C. S; FIGUEIREDO, D. A. Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.44, n.4, p.904 - 911, 2010.

SILVA-SOBRINHO, R. A. ; ANDRADE, R. L. P.; PONCE, M. A. Z. ; WYSOCKI, A. D. ; BRUNELLO, M. E. F.; SCATENA, L. M. ; RUFFINO-NETTO, A. ; VILLA, T. C. S. . Retardo no diagnóstico da tuberculose em município da tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina. **Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health**, v. 31, n.6, p. 461-468, 2012.

SMELTERZER, S.G; BARE,B.G. **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgico**.10.Ed. v.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

TRAEBERT, J.; FERRER,G.C.N.;NAZARIO,N.O et al. Tendência temporal da morbidade e mortalidade por tuberculose no estado de Santa Catarina, Brasil, no período entre 2002 e 2009. **J. Bras.Pneumol.** v.38 ,nº6. São Paulo, nov/dez. 2012.

VASCONCELOS, J.; CARVALHO, A.; et al. Limitações da vacina BCG e novas estratégias de medidas profiláticas contra tuberculose humana. **Einstein**, v. 7, n. 3, p. 383-9, 2009.

WANDWALO, E. R.; MORKVE, O. Delay in tuberculosis case-finding and treatment in Mwanza, Tanzania.**Int J Tuberc Lung Dis.**, v.4, n.2, p. 133-8, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Tuberculosis Control: WHO Report, Genebra, 2011.

SCATENA, L.M. et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico da tuberculose em municípios do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.3, p. 389-397, 2009.

SOUZA, M.T; SILVA, M.D, CARVALHO, R.Revisão integrativa: o que é e como fazer? **Einstein**. 2010; 8(1 Pt 1):102-6.

---

# APÊNDICES

---

## APÊNDICE A

### ANEXO 1

<b>A. IDENTIFICAÇÃO</b>	
<hr/>	
<b>Título do artigo:</b>	
<hr/>	
<b>Título do periódico:</b>	
<hr/>	
<b>Autores</b>	<b>Nome:</b>
	<b>Local de trabalho:</b>
<hr/>	
<b>País:</b>	
<hr/>	
<b>Idioma:</b>	
<hr/>	
<b>Ano de publicação:</b>	
<hr/>	
<b>B. INSTITUIÇÃO SEDE DO ESTUDO</b>	
<hr/>	
Hospital( )	
<hr/>	
Universidade( )	
<hr/>	
Centro de pesquisa ( )	
<hr/>	
Instituição única( )	
<hr/>	
Pesquisa multicêntrica( )	
<hr/>	
Outras instituições( )	
<hr/>	
Não identifica o local( )	
<hr/>	
<b>C. TIPO DE PUBLICAÇÃO</b>	
<hr/>	
Publicação de enfermagem ( )	
<hr/>	
Publicação médica( )	
<hr/>	
Publicação de outra área da saúde. Qual? _____	
<hr/>	
<b>D. CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO</b>	
<hr/>	
<b>1. Tipo de publicação</b>	1.1 Pesquisa
	( ) Abordagem quantitativa
	( ) Delineamento experimental
	( ) Delineamento quase-experimental
	( ) Delineamento não-experimental
	( ) Abordagem qualitativa
	1.2 Não pesquisa
	( ) Revisão de literatura
	( ) Relato de experiência
	( )
	Outras _____

---

**2. Objetivo ou questão de investigação**


---

**3. Amostra**

## 3.1 Seleção

- Randômica  
 Conveniência  
 Outra

## 3.2 Tamanho (n)

- Inicial  
 Final

**3.4 Critérios de inclusão/exclusão dos sujeitos:**


---

**4. Tratamento dos dados****5. Resultados****6. Análise**

## 6.1 Tratamento estatístico:

**7. Implicações**

## 7.1 As conclusões são justificadas com base nos resultados:

## 7.2 Quais são as recomendações dos autores:

---

**E. AVALIAÇÃO DO RIGOR METODOLÓGICO**


---

Clareza na identificação da trajetória metodológica no texto (método empregado, sujeitos participantes, critérios de inclusão/exclusão, intervenção, resultados)

---

Identificação de limitações ou vieses

---