

## Ações de busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose na visão dos profissionais de uma unidade saúde da família

Shares of the search for respiratory symptoms of tuberculosis according to the professionals' view of a Family Health Unit

Las acciones de la búsqueda de tuberculosis respiratoria en la visión de los profesionales de una unidad de salud de la familia

Roxana Isabel CARDOZO-GONZALES<sup>1</sup>, Ludmila Meireles COSTA<sup>2</sup>,  
Celeste dos Santos PEREIRA<sup>3</sup>, Leandro Barbosa de PINHO<sup>4</sup>,  
Lilian Moura de LIMA<sup>5</sup>, Daniela Moura Domingues SOARES<sup>6</sup>,  
Katiúscia Milano Rosales de RODRIGUES<sup>7</sup>, Caroline de Souza KRONING<sup>8</sup>

### RESUMO

O objetivo da pesquisa foi analisar na visão dos profissionais de uma Equipe Saúde da Família a prática da Busca dos Sintomáticos Respiratórios (BSR) da Tuberculose (TB) em suas atividades diárias identificando dificuldade no desenvolvimento desta ação. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, a análise foi de conteúdo, modalidade temática, por meio de entrevistas semi-estruturadas aplicadas a 5 profissionais que conformam uma equipe de saúde da família de uma unidade de saúde de um município de médio porte no sul do Brasil. Os depoimentos revelam que as ações de BSR têm como cenário principal a comunidade e que Estratégia Saúde da Família (ESF), tem potencial para intensificar as ações de controle da TB neste meio. Destaca-se o protagonismo do Agente Comunitário de Saúde (ACS) nestas ações e a insegurança do profissional de saúde diante do risco de contágio da doença. A BSR é uma ação desenvolvida pelos profissionais da ESF. Contudo, identificam-se dificuldades na continuidade das ações de saúde necessárias ao diagnóstico da doença devido às fragilidades quantitativas (falta de recursos humanos) e qualitativas (despreparo dos profissionais) com implicações para controle da tuberculose.

**Palavras-chave:** tuberculose; atenção primária à saúde; sintomático respiratório; estratégia saúde da família; agente comunitário de Saúde.

### ABSTRACT

Analyze in accordance with the professional's view of a Family Health Team the practice of Search for respiratory symptoms of Tuberculosis in daily activities identifying difficulties in developing this action. Qualitative, with content analysis, thematic, through semi-structured interviews applied to five professionals that form a family health team of a health unit (clinic) in a medium-sized city in southern Brazil. The statements reveal that shares of the search for respiratory symptoms of tuberculosis have the community as the main scenario and the Family Health Strategy has the potential to intensify actions to control TB in this medium. The role of the Community Health Agent is deployed in these shares and also the insecurity of health professionals with the risk of contagion of the disease. The search for respiratory symptoms of TB is a program developed by the professionals of the FHS. However, difficulties are identified in the continuity of health care necessary to diagnose the disease because of quantitative weaknesses (lack of human resources) and qualitative (unprepared professionals) with implications for tuberculosis control.

**Keyword:** tuberculosis; primary health care; respiratory symptoms; family health strategy; community health agent.

### RESUMEN

Analizar en la visión de los profesionales de un Equipo de Salud de la Familia, la práctica de la Búsqueda de Sintomáticos Respiratorios (BSR) de la Tuberculosis (TB) en sus actividades diarias, identificando dificultades en el desarrollo de esta acción. Cualitativa, con el análisis de contenido, modalidad temática, que utilizó entrevistas semi-estructuradas aplicadas a cinco profesionales que conforman un equipo de salud de la familia de una unidad de salud de un municipio de medio porte al sur del Brasil. Relatos revelan que acciones de BSR tienen como escenario principal la comunidad y que la ESF presenta potencial para intensificar acciones de control de la TB. Se destaca el protagonismo del ACS y la inseguridad del profesional de salud delante del riesgo de contagio de la enfermedad. La BSR es una acción desarrollada por los profesionales de la ESF. Sin embargo, se identifican fragilidades cuantitativas (falta de recursos humanos) y cualitativas (despreparo de los profesionales) con implicaciones para el control de la tuberculosis.

**Palabras clave:** tuberculosis; atención primaria a la salud; sintomático respiratorio; estrategia salud de la familia; agente comunitario de salud.

<sup>1</sup>Professora Adjunto, Doutora em Enfermagem de Saúde Pública, UFPel/RS. [roxanacardozoandre@yahoo.com](mailto:roxanacardozoandre@yahoo.com)

<sup>2</sup>Enfermeira, Pelotas/RS.

<sup>3</sup>Professora Assistente, Mestre em Assistência de Enfermagem, UFPel/RS.

<sup>4</sup>Professor Adjunto, Doutor em Enfermagem Psiquiátrica, UFRGS/RS.

<sup>5</sup>Enfermeira, aluna de mestrado, UFPel/RS.

<sup>6</sup>Enfermeira, Pelotas/RS.

<sup>7</sup>Mestre em Ciências.

<sup>8</sup>Enfermeira, aluna de mestrado, UFPel/RS,

## INTRODUÇÃO

A complexidade e especificidade da atenção à Tuberculose (TB) requerem um novo olhar para o processo de adoecimento, considerando sua magnitude como doença socialmente produzida, que diferentemente de outras enfermidades, revela as condições de vida do homem, sua pobreza material e humana<sup>1-3</sup>.

A Atenção Básica a Saúde (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<sup>4</sup>, 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.

A partir de 2001, após a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS SUS 01/2002) que estabeleceu a hierarquização da Saúde no país, a responsabilidade do controle da TB foi atribuída aos municípios, determinada como competência da Atenção Básica à Saúde em seus diferentes níveis - unidades de saúde e ambulatórios de referência. Assim, cabe aos municípios a organização da assistência aos doentes de TB e seus familiares<sup>5-6</sup>.

Em 2004, foi lançado o novo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), o qual aponta a existência de dificuldades no processo de descentralização para os municípios brasileiros, bem como a atenção aos pacientes onde, em muitos lugares, continua ocorrendo em ambulatórios especializados, sem expansão para a ABS<sup>7</sup>.

Assim, o PNCT reconhece a importância de horizontalizar o combate à TB, estendendo-o para todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), reiterando o objetivo de integração da doença na ABS, incluindo o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF) como forma de ampliar o acesso ao diagnóstico e ao tratamento da TB em todo o Brasil<sup>8</sup>.

O PSF, atualmente Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um política de reorientação do modelo assistencial, que objetiva fortalecer a proposta de retirada da medida exclusivamente curativa para a preventiva e integral, priorizar ações de promoção e educação em saúde e reorganizar os serviços de saúde na busca pelo cumprimento das diretrizes do SUS<sup>9</sup>.

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<sup>10</sup>.

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<sup>11</sup>.

## OBJETIVO

Este artigo tem por objetivo analisar, sob a ótica dos profissionais de uma ESF, a prática da Busca dos Sintomáticos

Respiratórios (BSR) da TB em suas atividades diárias, identificando as dificuldades encontradas para o desenvolvimento desta ação.

## MÉTODO

O estudo vale-se do pressuposto de que os profissionais das ESF apresentam melhores condições técnicas e relacionais para a abordagem das pessoas com TB, buscando identificar os sintomas da doença que permitam estabelecer o diagnóstico precoce da TB pelo processo de capacitação, proximidade com os usuários e presença do Agente Comunitário de Saúde (ACS) imerso na comunidade, sendo capazes de conferir maior visibilidade ao problema e contribuir na sustentabilidade das ações de controle principalmente no que se refere às ações de BSR no contexto da ABS.

A análise da prática das ações de BSR pelos profissionais de uma ESF teve como referência a abordagem qualitativa, que se volta para os significados e a intencionalidade das ações nos contextos das estruturas sociais<sup>12</sup>.

O trabalho de campo foi desenvolvido em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de um município de médio porte na região sul do Brasil, no mês de julho de 2010. O grupo social alvo desta pesquisa foram os cinco profissionais que conformam uma das ESF, escolhida em virtude de possuir a composição mínima necessária para ser considerada como ESF, as demais equipes da mesma USF não estavam completas no momento da entrevista. As entrevistas foram realizadas no local de trabalho. Houve necessidade de

repetidas visitas devido a pouca disponibilidade de tempo dos profissionais.

Elegemos a técnica da entrevista semi-estruturada para a coleta de dados que consiste na combinação de um roteiro sistematizado com perguntas abertas e fechadas que permitem ao pesquisador se orientar ao elaborar as questões que pretende abordar<sup>12</sup>.

Elaborou-se um roteiro de entrevista constituída de duas questões norteadoras: *“fale sobre as práticas de saúde do serviço em relação à busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose da sua unidade de saúde e fale sobre os fatores de dificultam e facilitam as ações de busca de sintomáticos respiratórios em sua unidade de saúde”*.

Os dados foram gravados após previa concordância dos participantes do estudo, transcritos na íntegra, e agrupados por semelhança, formando uma unidade temática com dois núcleos de sentido<sup>13</sup>.

Os profissionais foram identificados por codinomes para garantia do anonimato. No tratamento dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo temática *“descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado”*<sup>12:74</sup>.

*“Fazer uma análise temática, consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”*<sup>12:105</sup>.

Nesse procedimento analítico, “núcleo de sentido” é visto como uma unidade de significação no conjunto de uma comunicação. Neste estudo, os núcleos de sentido foram entendidos como idéias-eixo em torno das quais giram outras idéias. Assim, a pesquisa buscou trabalhar uma unidade temática

(cenário, atores e seus atos na descoberta da tuberculose) e com dois núcleos de sentido: cenário de produção da doença: a busca pela descoberta dos casos e Abordagem dos sintomáticos respiratórios do início ao fim.

A análise percorreu os seguintes passos:

(a) leitura inicial procurando ter uma compreensão global do material; (b) identificação das unidades de significado que emergiram das falas dos entrevistados por unidade de saúde; (c) descoberta de núcleos de sentido e (e) interpretação e discussão dos núcleos de sentido encontrados.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética na Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, segundo os princípios e a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/6, com a aprovação de nº 116/2010.

## RESULTADOS

### Cenário de produção da doença: a busca pela descoberta dos casos

As falas desenham o cenário e o fazer dos profissionais de saúde. A maioria dos depoimentos relata que as ações de BSR têm como cenário principal a comunidade. Essas ações são desenvolvidas por meio das visitas domiciliares realizadas predominantemente pelos ACS.

*“[...] a busca sintomática é feita através dos agentes comunitários de saúde quando eles fazem as visitas domiciliares, se eles vêem que alguma suspeita”. (Paola)*

*“[...] os agentes comunitários estão dentro das casas todos os meses, então eles acompanham [...] eles estão ali, embora não seja na visita domiciliar, mas eles cruzam muito com a comunidade, pacientes ou familiares, isso facilita muito”. (Paola)*

Evidencia-se o potencial da ESF para intensificar as ações de controle da TB

principalmente no que se refere à BSR no lugar onde ela se produz - comunidade, e reconhece-se o protagonismo do ACS nestas ações.

*“[...] a gente detecta os sintomas e o enfermeiro no caso, encaminha para o médico, para solicita os exames”. (Paola)*

*“[...] a enfermagem encaminha para médico e já fazem os pedidos dos primeiros exames para busca, para o diagnóstico”. (Dora)*

*“[...] passa pela enfermagem, aí passa para médico, que dá os potes para fazer o exame”. (Jussara)*

### Cenário de atuação: abordagem dos sintomáticos respiratórios do início ao fim

Após a identificação do sintomático respiratório pelo ACS este encaminha a pessoa suspeita de TB para a USF. Percebe-se na maioria dos depoimentos que as pessoas que apresentam os sintomas da doença necessitam passar por uma consulta médica para conseguir a solicitação do exame de baciloscopia, evidenciando assim o desconhecimento dos profissionais a respeito das suas atribuições, pois a solicitação desse exame laboratorial é pode ser realizada por qualquer profissional da saúde, desde que, devidamente informado e preparado.

*“[...] acontece que tu encaminha e o paciente chega à unidade e faltam médicos, aí a enfermagem às vezes, ou até mesmo o agente de saúde às vezes passa uma tarde inteira e uma manhã inteirinha com o paciente pra lá e pra cá, pra tentar que um outro médico, de uma outra equipe atenda”. (Dora)*

*“[...] a gente não tem médico, e médico faz falta”. (Paola)*

O processo de atenção à pessoa com suspeita de TB perpassa por vários espaços com oferta de ações singulares de acordo às necessidades do diagnóstico da TB e com a forma de organização dos serviços de saúde no contexto local. Diante da suspeita da doença a pessoa após a consulta na USF é encaminhada

para o Laboratório Regional do município para a entrega do material biológico (escarro) para sua análise.

*“[...] para fazer o teste de BK, aonde é encaminhado pra secretaria de saúde para aguardar o resultado da análise, o paciente vem até o posto, [...] eles fazem o cadastro e aí é encaminhado lá para secretaria”. (Michele)*

A TB, por ser uma doença cercada de estigma, gera receio de contágio nos próprios profissionais de saúde ao lidarem com o enfermo, a falta de preparo da equipe os torna inseguros, fato que leva ao desconhecimento da forma de contágio da TB, gerando um bloqueio entre o usuário e o profissional de saúde, fato que pode comprometer significativamente a interação e a construção do vínculo entre ambos.

*“[...] eu acho que o pessoal não está preparado, aqui na unidade, para receber pessoas com tuberculose, porque se chegar alguém aqui com sintomas, tossindo, os próprios funcionários, já ficam se cuidando [...]”. (Jussara)*

A insegurança do profissional de saúde diante o risco de contágio atribuído à falta de informação ou ao preconceito, acarreta dificuldade de acesso das pessoas com TB à unidade de saúde ocasionando retardo no diagnóstico e conseqüente agravamento da doença e do risco de contágio.

## DISCUSSÕES

Na proposta de reorganização dos serviços de saúde prevê-se que as ESF incorporem às suas atividades a responsabilidade pelo desenvolvimento das ações de controle da TB. Espera-se que o profissional seja capaz de identificar na comunidade através de visitas domiciliares, aqueles indivíduos que apresentem tosse por três semanas ou mais (sintomático

respiratório) e encaminhá-los aos serviços de saúde<sup>14-15</sup>.

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<sup>16</sup>.

Os depoimentos permitem evidenciar este protagonismo do ACS, uma vez que é esse ator que, através do vínculo construído com a comunidade, realiza o primeiro contato com a pessoa com suspeita de TB, e estabelece o vínculo dela com o serviço de saúde, conforme previsto pela política de atenção à saúde.

Percebe-se que o processo de atenção à pessoa com suspeita de TB vai além do espaço comunitário, dos muros da unidade de saúde, uma vez que, a estrutura e forma de organização da atenção às pessoas com TB desenham um determinado percurso pelo contínuo do sistema, implicando, muitas vezes, em repetidas visitas às diversas unidades ou serviços de saúde. Nesse processo é indispensável à comunicação/articulação entre os diferentes serviços para a continuidade e resolutividade das necessidades de saúde.

A comunicação/articulação se torna ainda mais necessária diante da permanência de estruturas de organização centralizadoras das ações de controle da TB. Em alguns locais a rede de atenção a esta doença na ABS se mantém, na prática, como uma hierarquia devido à centralização das ações de controle

da patologia nos programas, que geralmente estão dentro dos centros de referência<sup>6</sup>.

O desconhecimento das atribuições dos profissionais perante uma pessoa com suspeita de TB, identificado na comunidade pelo ACS, pode comprometer a continuidade da atenção.

A problemática identificada nas ações de controle da doença, especificamente na BSR está na falta de envolvimento da equipe de saúde e na dificuldade da realização de treinamentos desses profissionais<sup>5</sup>.

Se de um lado temos doentes que precisam de orientação, do lado dos serviços de saúde precisamos de profissionais treinados para diagnosticar e, se preciso buscar esses doentes. Fato que não acontece, pois a falta de Recursos Humanos treinados para o diagnóstico, falhas na distribuição de drogas antituberculosas, na notificação e no acompanhamento do paciente com TB, se configuram como dificuldades para o controle da doença<sup>11</sup>.

O processo de atenção à pessoa com suspeita de TB perpassa vários espaços com oferta de ações singulares de acordo as ações necessárias ao diagnóstico da doença e com a forma de organização dos serviços de saúde no contexto local.

Um ambiente favorável à prevenção e gerenciamento das ações de controle da TB na ABS exige avançar para um modelo de atenção integrado, voltado para as condições crônicas, tendo a atenção primária à saúde como eixo norteador, porém sempre partindo da premissa que a conscientização, o preparo e a motivação das equipes de saúde são

fundamentais para o compromisso com o controle da doença<sup>17</sup>.

Assim, o processo de trabalho apresenta-se como potencializador ou inibidor das ações de BSR no contexto a ABS. O modo como se estruturam e são gerenciados os processos de trabalho configuram “um dos grandes nós críticos” das propostas que apostam na mudança do modelo tecnoassistencial em saúde no Brasil que tem se mostrado comprometido com muitos interesses, exceto com a saúde dos cidadãos<sup>18</sup>.

Uma das dificuldades da atenção a TB, especificamente no que diz respeito à BSR reside na simplificação desta ação, uma vez que parece uma atividade simples, mas na prática caracteriza-se como uma atividade complexa que requer conhecimentos que vão além da execução de procedimentos técnicos.

Exige uma abordagem à família que transcende o saber biológico. Caracteriza-se como uma seqüência de atividades que vão desde o contato no domicílio, a orientação sobre a doença, sinais e sintomas, modo de transmissão, identificação dos sintomáticos respiratórios, orientação sobre a coleta de escarro, encaminhamento e recebimento do material pela Unidade Básica de Saúde (UBS), fluxo do exame ao laboratório de análise, recebimento do resultado pela unidade e usuário, até ao encaminhamento para o seguimento ambulatorial dos casos diagnosticados<sup>19</sup>.

A insegurança do profissional de saúde diante do risco de contágio da doença seja pela falta de informação ou preconceito, evidenciado no relato dos profissionais, gera

dificuldade de acesso desses pacientes à unidade de saúde ocasionando o agravamento da doença e o maior risco de contágio.

Fica evidente que com as políticas voltadas para a atenção à TB, é fundamental o preparo dos profissionais para desempenharem seu processo de trabalho dentro das ações programadas por estas políticas. Assim é necessário dispor dos meios essenciais para o diagnóstico. Deve existir uma correlação entre o preparo profissional e a disponibilidade dos recursos materiais e políticas adequadas, de modo a potencializar as ações de busca e descoberta da TB.

Um aspecto que interfere na incorporação do controle da TB na ABS é a qualificação dos profissionais de saúde, uma vez que passaram a assumir ações e programas de saúde nunca antes implementados. Em estudo realizado em um município de grande porte foi identificado que algumas equipes de ABS tiveram dificuldade em realizar a BSR, pois não estavam sensibilizadas e preparadas para detectar sinais e sintomas da TB<sup>17</sup>.

A doença não está contemplada como uma das prioridades para os gestores municipais em grande parte do país, o que interfere na disponibilização e sustentabilidade de recursos essenciais para o controle da doença no sistema de saúde destes municípios<sup>20</sup>.

A incorporação das ações de controle da TB na ABS exige a conscientização, o envolvimento, a integração e a articulação permanente dos responsáveis pelo controle da doença nos diversos níveis dos serviços de saúde, para a efetivação de políticas, planejamento, avaliação e adequação do

conjunto de estratégias e tecnologias adotadas principalmente no nível municipal, onde ocorre de fato a implementação das políticas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresenta como potencialidade trazer para a reflexão e discussão dos profissionais da saúde, a BSR, caracterizada como uma das ações prioritárias para o controle da TB, a qual deve ser desenvolvida prioritariamente na ABS.

A ESF apresenta-se como modelo com grande potencial para diagnosticar precocemente os casos de TB, uma vez que na sua conformação envolve a inserção de um profissional vindo do contexto comunitário, legitimado pela população, fato que favorece a abordagem e a receptividade das pessoas com tuberculose.

No entanto, as debilidades quantitativas e qualitativas dos profissionais que atuam na ESF comprometem a continuidade e sustentabilidade das ações de BSR de TB na comunidade e serviços de saúde. Cabe destacar a importância de um maior comprometimento dos gestores nas diferentes instâncias de governo para assegurar a conformação de equipes mínimas de saúde para o desenvolvimento das ações de controle da doença.

A tuberculose tem cura e possibilidade de controle. Nesse sentido é imprescindível o comprometimento dos gestores, profissionais de saúde e da sociedade civil, no sentido de reverter a situação epidemiológica da doença e contribuir na melhora da qualidade de vida dos doentes.

## REFERÊNCIAS

1. Sa LD. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. *Texto & Contexto. Enfermagem* 2007; 16(4):712-18.
2. Santos Filho ET, GOMES ZMS. Estratégias de controle da tuberculose no Brasil: articulação e participação da sociedade civil. *Revista de Saúde Pública* 2007; 41 Suppl 1:111-16.
3. Vendramini SHF. O Programa de Controle da Tuberculose em São José do Rio Preto - SP, 1985- 2004: do contexto epidemiológico à dimensão social [tese]. Riberão Preto: Universidade de São Paulo; 2005.
4. Periago MR. Lá renovación de la atención primaria de la salud em las Américas: la propuesta de la Organización Panamericana de la salud para el siglo XXI. *Revista Panamericana de Salud Publica* 2007; 21.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n. 95/GM de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001. *Diário Oficial da União*, de 29 de janeiro de 2001. Brasília, DF, 2001.
6. Villa TCS, Ruffino-Netto A, Arcêncio RA, Cardozo-Gonzales, RI. As políticas de controle de tuberculose nos sistemas de saúde no Brasil e implantação da estratégia DOTS (1980-2005). In: Ruffino-Netto A, Villa TC, Scatena, organizadores. *Tuberculose - implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil. Histórico e peculiaridades regionais*. Ribeirão Preto (SP): FMRP/Rede TB-USP; 2006. 29-48.
7. Ministério da Saúde (Brasil). 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, 2004.
8. Catelo Filho A, Kriski AL, Barreto AW; Lemos ACM, Ruffino Netto A, Guimarães CA, et al., *II Consenso Brasileiro de Tuberculose: diretrizes brasileiras para tuberculose*. *J Bras Pneumologia* 2004; 30 Suppl 1: 57-86.
9. Fernandes, LCL, Bertoldi AD, E Barros, AJD. Utilização dos Serviços de Saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família.. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(4): 595-603.
10. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de Recomendações para o controle da TB no Brasil. Brasília, 2010.
11. Muniz JN, Palha PF, Monroe AA, Gonzales RIC, Ruffino Netto A, Villa TCS. A Incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2005; 10 (2): 315 - 21.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2010.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. Trad. Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro Lisboa. 70ª ed. Lisboa; 1979.
14. Fundação Nacional de Saúde. Ministério de Saúde/Centro de Referência Professor Hélio Fraga/Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço, 5ª. Ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde/Rio de Janeiro: Centro de Referência Professor Hélio Fraga/Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia; 2002.
15. Marcolino ABL, Nogueira JÁ, Ruffino-Netto A, Moraes RM, Sá LD, Villa TCS et al. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família no contexto de Bayeux-PB. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2009;12(2):144-57.
16. Maciel ELN, Vieira RCA, Milani EC, Brasil M, Fregana G, Dietze R. O agente comunitário de saúde no controle da tuberculose: conhecimentos e percepções. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(6): 1377- 86.
17. Monroe AA. Envolvimento das equipes da Atenção Básica à Saúde no Controle da Tuberculose. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2008; 42 (2): 262-67.
18. Merhy EE, Onocko R, org. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC; 1997.
19. Nogueira JA. Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose na percepção do Agente Comunitário de Saúde. *Revista eletrônica de Enfermagem* 2007; 09:106-18.

20. Monroe AA. O envolvimento de gestores e equipes de saúde com o controle da tuberculose em municípios prioritários do Estado de São Paulo (2005) [tese] Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2007.

---