

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA DETECÇÃO DE CASOS DE TUBERCULOSE

Erika Simone Galvão Pinto*

Beatriz Estuque Scatolin**

Aline Ale Beraldo***

Rúbia Laine de Paula Andrade****

Reinaldo Antônio Silva-Sobrinho*****

Tereza Cristina Scatena Villa*****

RESUMO

Estudo descritivo de corte transversal que buscou descrever a estrutura dos serviços de atenção primária à saúde e a atenção proporcionada pelo agente comunitário de saúde para detecção da tuberculose em Natal. Foram entrevistados 108 Agentes Comunitários no período de setembro a dezembro de 2009, utilizando instrumento estruturado com escala Likert (1 a 5) para criar indicadores de Estrutura e Atenção Proporcionada, classificados em: insatisfatório, regular e satisfatório. Quanto à *Estrutura*, os agentes comunitários avaliaram como regular o recebimento de capacitação em tuberculose. Na *Atenção Proporcionada*, foram considerados regulares os indicadores ensinar como coletar, armazenar e encaminhar a amostra de escarro e como insatisfatória a solicitação de baciloscopia durante as visitas domiciliares, bem como a discussão e parceria com a comunidade para identificar sintomáticos respiratórios. Conclui-se que nenhum indicador foi considerado satisfatório e que a ação do Agente Comunitário de Saúde é complexa, por envolver a sua formação, a estrutura e a organização do serviço de saúde, exigindo a supervisão do enfermeiro desde as visitas domiciliares até as atividades comunitárias.

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

INTRODUÇÃO

Em 1999, o Plano Nacional de Controle da Tuberculose introduziu novas possibilidades de intervenção com o doente de tuberculose (TB), recomendando a expansão das ações de controle da doença para 100% dos municípios, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente no Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e na Estratégia Saúde da Família (ESF), de forma a ampliar o acesso dos doentes às ações de diagnóstico e tratamento em todos os serviços de saúde¹.

Apesar dos esforços envidados na descentralização das ações de controle da TB no Brasil, a detecção de casos na APS ainda representa um dos aspectos técnicos que desafiam o efetivo controle da doença. Tal desafio vem sendo encontrado em Natal,

município foco deste estudo, que em 2009 realizou 70% dos diagnósticos de TB na rede hospitalar².

Nesse contexto, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) destaca-se como importante ator para identificar e buscar casos suspeitos da doença, por quanto atua na comunidade como mediador entre o serviço de saúde e os usuários e entre os saberes médicos científicos e populares³, podendo contribuir para o diagnóstico oportuno da TB. Desse modo, o apoio institucional é importante proposta que modifica os modos de trabalho,⁴ considerando o preparo desses profissionais e o trabalho em equipe.

Em levantamento da literatura nacional e internacional realizado no Pubmed, Cinahl, Medline, Lilacs, Embase e Scopus no período de 1990 a 2009, encontraram-se 15 artigos que abordavam a atuação do ACS no controle da TB,

*Enfermeira. Professora Doutora da Universidade Federal do Rio Grande do Norte UFRN – Campus Universitário Lagoa Nova. Natal, RN – CEP - 59078-970. Telefone: (84)3215-3615, e-mail: erikasgp@gmail.com

**Enfermeira. Doutoranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – EERP-USP. Professora da Faculdade de Ciências da Saúde de Barretos Dr. Paulo Prata. E-mail: scatolin@eerp.usp.br

***Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem na EERP-USP. E-mail: li_aab@yahoo.com.br

****Enfermeira. Doutora em Enfermagem. E-mail: rubia@eerp.usp.br

*****Enfermeiro. Professor Doutor da Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE. E-mail: reisobrinho@unioeste.br

*****Professora Titular da EERP-USP. E-mail: tite@eerp.usp.br

dos quais apenas três abordavam sua prática na detecção de casos, com foco nas ações de busca de sintomáticos respiratórios (BSR). Estudos revelam que a TB ainda enfrenta obstáculos nas ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde, BSR, e na forma de organização dos serviços de saúde⁵.

Além da necessária formação do ACS na área de TB, torna-se imprescindível a sua contribuição na busca ativa de TB, acompanhamento ao tratamento supervisionado e consequentemente sua colaboração na redução dos índices dessa patologia na comunidade. Para isso, estabeleceu-se um referencial de análise que permitisse a compreensão do trabalho do ACS no território. Assim, o estudo se fundamenta na concepção de vigilância em saúde enquanto modo tecnológico e estruturante do processo de trabalho no território. Essa concepção se baseia na redefinição das práticas e da própria organização dos processos de trabalho em saúde, que, sob a forma de operações, tem como objetivo enfrentar os problemas, requerendo atenção e acompanhamento contínuos. Nessa lógica de trabalho, a intervenção da equipe se dá sobre os problemas de saúde do território, articulada à atuação inter-setorial (mobilização e gestão dos equipamentos sociais), atribuindo ao ACS o importante papel de ator social na reorganização das práticas de saúde.

Também será considerada a estrutura das unidades de APS que constituem investimentos, infraestrutura e capacitação, contribuindo para a procura do usuário no serviço de saúde⁶. Tais elementos ajudam a entender o trabalho desses profissionais.

Poucos estudos abordam o tema em questão, daí ser oportuno o objetivo de descrever a estrutura dos serviços de APS e a atenção proporcionada pelo ACS para detectar casos de TB em Natal.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, de corte transversal, realizado no município de Natal/RN, cuja população em 2009 era estimada em 806.203 habitantes e seu território está dividido geograficamente em 4 Distritos Sanitários (DS): Norte, Sul, Leste e Oeste.

A rede de APS do município é composta por 37 Unidades de Saúde da Família (USF) com 115 equipes cobrindo 33,7% da população municipal e 23 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com nove equipes de PACS. A cobertura de ACS no município é de 42,7 %.

As equipes das USFs são constituídas por ACS, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e médico. O trabalho dos ACS nas USFs é supervisionado por um enfermeiro supervisor para seis ACS (1:6), e nas UBSs essa proporção é de um enfermeiro para quinze ACS (1:15), estando de acordo com a normatização do Ministério da Saúde⁷, que preconiza, respectivamente, 1:12 e 1:30.

A população do estudo foi composta por 646 ACSs que trabalhavam nas UBSs ou nas USFs, e a amostra foi calculada pela equação⁸ $n = S_d^2 \cdot (Z_{\alpha})^2 / B^2$, assumindo variância média dos estratos ($S_d^2=1$), valor proposto na literatura por Almeida e Macinko (2006)⁹; a diferença entre a média amostral simples dos estratos e a média da população ($B=0,2$) e a probabilidade do erro tipo I igual a ($Z_{\alpha}=1,96$)⁸ e prevendo uma taxa de não resposta de aproximadamente 10 %, calculou-se um $n = 108$ ACS.

A amostragem foi realizada em duas etapas: partilha proporcional de acordo com a quantidade de ACSs por DS e amostragem casual simples.

A coleta de dados foi realizada no período de setembro a dezembro de 2009, através de entrevistas com os ACSs, utilizando um formulário estruturado elaborado com base no referencial de avaliação dos componentes de saúde *Estrutura-Processo-Resultado*, proposto por Donabedian (1980)¹⁰ e Starfield (2002)¹¹.

Neste estudo, consideraram-se os componentes *Estrutura*, baseado em manuais do Ministério da Saúde, (disponibilidade de insumos, retaguarda laboratorial e preparo do ACS para desenvolver ações voltadas para detectar casos de TB) e *Processo* (atenção proporcionada pelos ACSs para detectar casos de TB).

O formulário estruturado está constituído de 23 questões, divididas em três seções: **I – Caracterização dos ACSs**: sexo, escolaridade, local de trabalho, número de doentes de TB acompanhados e tempo de atuação. **II – Dados sobre a estrutura das unidades de AB para**

detectar casos de TB: formulário para solicitar baciloscopia; pote para coletar escarro; geladeira ou caixa térmica para armazenar a baciloscopia; provimento de capacitação em TB; preparo para identificar suspeitos de TB; preparo para realizar orientações sobre TB; preparo para realizar orientações sobre a coleta de escarro; apoio de outro profissional de saúde frente a uma suspeita de TB. **III – Dados sobre a atenção proporcionada pelos ACSs para detectar casos de TB:** identifica sintomáticos respiratórios (SR) na comunidade; questiona presença de tosse durante a visita domiciliar (VD); comunica ao enfermeiro quando encontra algum SR; leva pedido de exame de escarro para os usuários; ensina como coletar o material para exame de escarro e armazenar e encaminhar a amostra de escarro; questiona presença de tosse em comunicantes de TB; participa de reuniões com a comunidade para discutir o problema da TB; orienta a comunidade sobre a TB; realiza ações de saúde junto a parceiros da comunidade para identificar SR.

As perguntas relacionadas à caracterização dos ACSs apresentavam escalas de respostas dicotômicas e de múltipla escolha com resposta única. As seções II e III do instrumento continham escala Likert de resposta, à qual era atribuído valor entre “um” e “cinco”; a resposta mais favorável recebia o valor mais alto da

escala. O instrumento foi elaborado e testado com base em estudos anteriores similares, que trouxeram subsídios para a elaboração de indicadores relacionados à BSR de TB na prática do ACS.

Os dados sociodemográficos referentes aos ACSs foram analisados por meio da análise descritiva, apresentada através de frequência. Para as variáveis estrutura e atenção proporcionada, foram criados indicadores a partir do valor médio (com os respectivos intervalos de confiança (95%) das respostas dos ACSs a cada item do instrumento. Os valores médios entre 1 e menor que 3 foram classificados como insatisfatório, entre 3 e menor que 4, regular, e entre 4 e 5, satisfatório.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, processo nº 123-09.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Verificou-se que a maioria dos ACSs era do sexo feminino (88,0%), com nível médio de escolaridade (56,5 %), trabalhava em USF (88,9%) e havia acompanhado mais de um doente de TB (59,3%) durante o período de sua atuação como ACS (Tabela 1), cujo tempo médio foi de 10 anos.

Tabela 1. Distribuição dos dados sociodemográficos dos Agentes Comunitários de Saúde em Natal, 2009.

VARIÁVEIS		n	%
Sexo	Feminino	95	88,0
	Masculino	13	12,0
Escolaridade	Nível Fundamental	9	8,3
	Nível Médio	61	56,5
	Nível Técnico	27	25,0
	Nível Superior	11	10,2
Local de Trabalho	Unidade de Saúde da Família	96	88,9
	Unidade Básica de Saúde	12	11,1
	Nenhum	25	23,1
Número de doentes de tuberculose acompanhados	Um	19	17,6
	Mais de um	64	59,3

Com relação às estruturas das unidades de atenção primária à saúde para detectar casos de TB (Tabela 2), as unidades de saúde apresentavam formulário para baciloscopia e pote para coleta de escarro (102; 94%) e geladeira para acondicionamento das amostras de escarro (71; 66%). Diante dos casos de TB, os ACS eram

apoiados por outros profissionais de saúde (105; 97%).

A maioria dos resultados do estudo mostrou condições favoráveis para detectar casos de TB pelo ACS; porém, o contexto do município estudado não confirma tal resultado, porquanto em 2009, a APS apresentou uma ínfima

realização de baciloscopia de escarro em SR estimados (11,2%), e também a maior parte dos

diagnósticos foi realizada em âmbito hospitalar (70% dos casos notificados)².

Tabela 2. Distribuição de frequência das variáveis de estrutura dos serviços de saúde para Busca de Sintomático Respiratório na percepção dos Agentes Comunitários de Saúde, Natal, 2009.

VARIÁVEIS	Sim	
	n	%
Formulário para baciloscopia	102	94
Pote para coleta de escarro	102	94
Geladeira para acondicionamento dos exames de escarro	71	66
Apoio de outros profissionais frente a situação de TB	105	97

Avaliando as médias e os intervalos de confiança referentes às estruturas das unidades de saúde (Figura 1), foram destacados como indicadores satisfatórios a disponibilidade de formulário para pedido de baciloscopia e pote de escarro. Como regular, foi avaliado o local para

acondicionamento do material coletado. Os ACSs referiram ter preparo satisfatório para realizar a BSR e receber apoio de outro profissional de saúde frente a uma suspeita de TB, embora o indicador de recebimento de capacitação em TB tenha sido classificado como regular.

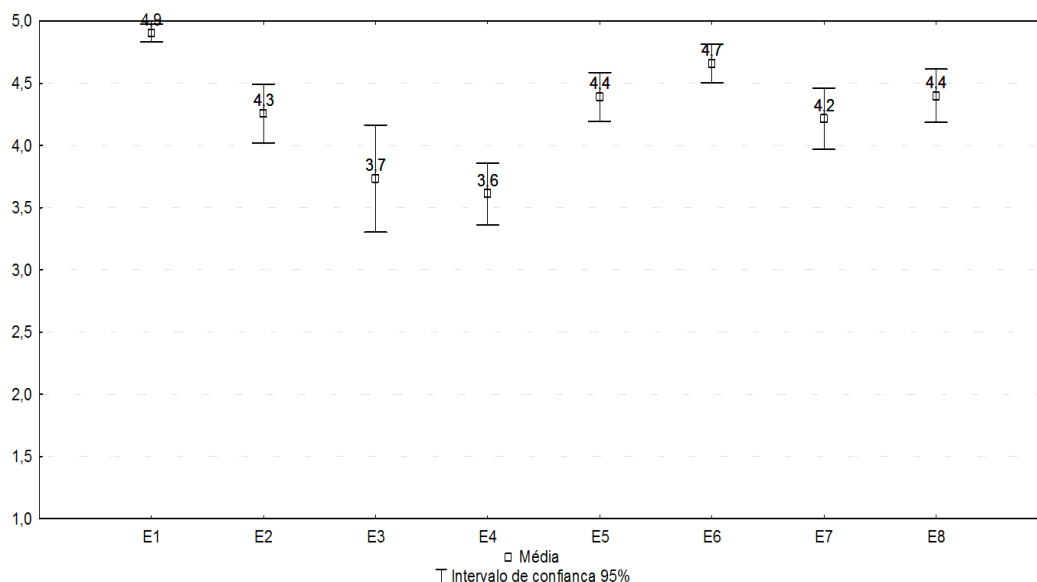


Figura 1. Distribuição das médias e intervalos de confiança referentes aos indicadores de estrutura das Unidades de Saúde para detectar casos de tuberculose em Natal, na percepção do Agente Comunitário de Saúde, 2009. Legenda: E1 - Presença de formulário para solicitar baciloscopia de escarro; E2 - Presença de pote para coleta de escarro; E3 - Presença de geladeira ou caixa térmica para armazenar material biológico (escarro); E4 - Recebimento de capacitação em tuberculose; E5 - Sente-se preparado para identificar suspeitos de tuberculose; E6 - Sente-se preparado para realizar orientações sobre tuberculose; E7 - Sente-se preparado para realizar orientações sobre a coleta de escarro; E8 - Sente-se apoiado por outro profissional de saúde do serviço frente a uma situação de suspeita de tuberculose.

Tal contexto leva-nos a refletir sobre as fragilidades encontradas na estrutura dos serviços de saúde, que englobam um regular provimento de capacitações em TB e de local para armazenar baciloscopia de escarro. Tal resultado é ainda mais preocupante porque o município se ressentia de adequada retaguarda laboratorial, com demora para gerar os resultados dos exames e fragilidades para o

recolhimento das baciloskopias na APS. Tais deficiências poderiam acarretar descompromisso da equipe de saúde para incorporar ações de detecção de casos na rotina da equipe de saúde e também contribuir como obstáculo na motivação dos ACSs para investigar os SRs no território.

As fragilidades podem comprometer a integralidade da atenção e onerar com custo econômico e social considerável o usuário, que

precisa responsabilizar-se pela entrega da baciloscopia no laboratório de referência, distante de seu domicílio e da unidade de APS, colocando em risco as ações planejadas¹².

Diante dessas limitações, muitos usuários podem optar por outras portas de entrada do sistema de saúde, como os pronto-atendimentos de hospitais¹³, onde o acesso a exames é facilitado.

Na atenção dos agentes comunitários de saúde para detectar casos de tuberculose (Figura 2) foram classificados como satisfatórios os indicadores: questiona presença de tosse quando realiza visitas domiciliares; comunica ao

enfermeiro quando encontra algum SR; questiona presença de tosse em comunicantes de TB e orienta as pessoas da comunidade sobre a TB. Receberam avaliação regular os indicadores: identificação de SR na comunidade; ensina como coletar o exame de escarro, e armazenar e encaminhar a amostra de escarro. Como insatisfatórios foram avaliados os indicadores: entrega de formulário de solicitação de baciloscopia de escarro durante as visitas domiciliares, participa de reuniões com a comunidade para discutir o problema da TB e realiza ações de saúde junto a parceiros da comunidade para identificar SR.

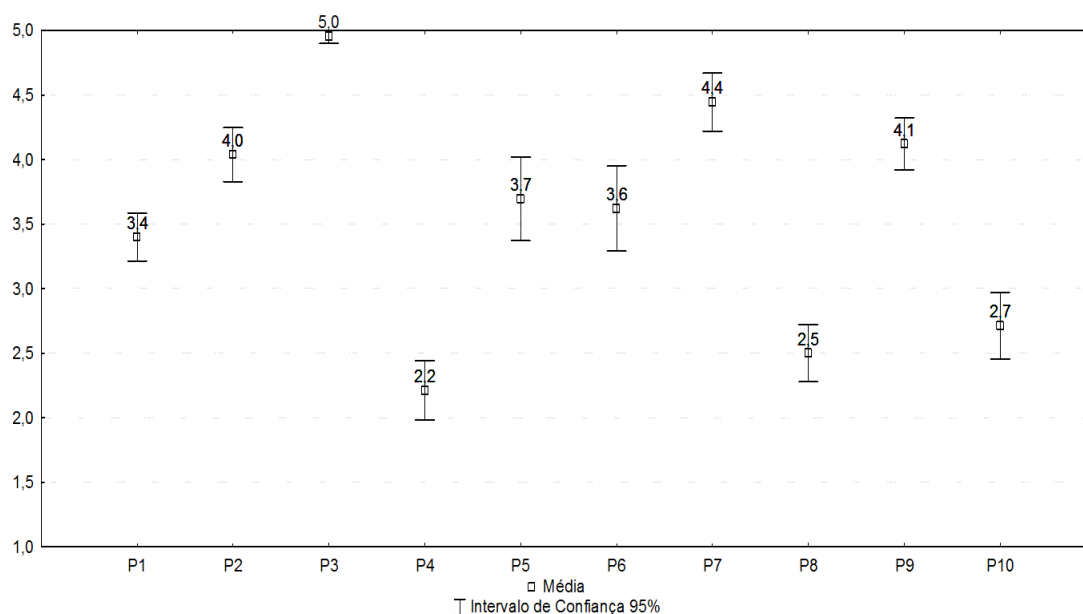


Figura 2. Distribuição das médias e intervalos de confiança referentes às variáveis de atenção proporcionada pelos Agentes Comunitários de Saúde para detectar casos de tuberculose em Natal, 2009. Legenda: P1 - Identificação de sintomático respiratório na comunidade; P2 - Questiona presença de tosse quando realiza visitas domiciliares; P3 - Comunica ao enfermeiro quando encontra algum sintomático respiratório; P4 - Leva pedido de exame de escarro para os usuários; P5 - Ensina como coletar o exame de escarro; P6 - Ensina como armazenar e encaminhar a amostra de escarro; P7 - Questiona presença de tosse em comunicantes de tuberculose; P8 - Participa de reuniões com a comunidade para discutir o problema da tuberculose; P9 - Orienta as pessoas da comunidade sobre a tuberculose; P10 - Realiza ações de saúde junto a parceiros da comunidade para identificar sintomático respiratório.

Convém salientar que mesmo apresentando uma avaliação regular no recebimento de capacitação em TB, os ACSs referiram estar preparados para identificar SR e orientar sobre a doença/coleta de escarro. No entanto, não se sentiam preparados para identificar um SR, mesmo quando questiona tosse na comunidade, e orientar sobre a realização da baciloscopia. Diante do exposto, mesmo com tempo de atuação superior a 02 anos e vivência em acompanhar doentes de TB, acredita-se que o

ACS não esteja considerando a tosse como possível sinal de TB, fragilidade já constatada em outros estudos¹⁴.

Tal discussão é importante e recai sobre a organização dos serviços de saúde, cuja lógica poderia ou não estar inspirada nas reais necessidades de saúde do território. Para efetivo controle da TB, é importante que os trabalhadores da saúde estejam mais abertos à realidade epidemiológica e social do território, rompendo com a lógica programática de

instauração de necessidades. Oportuno enfatizar que, em Natal, a prática do ACS acaba por refletir a prática das equipes de APS desvinculada da realidade do município, cuja incidência de TB em 2009 era maior que a do país (38,1 casos por 100.000 habitantes)². Isso poderia estar relacionado ao fato de o município de Natal apresentar lacunas nos serviços de saúde, como a demora do resultado de baciloscopia, ausência da BSR como rotina do trabalho e falta de investigação dos comunicantes de TB, além da rotatividade dos profissionais.

Os resultados do estudo mostraram limitações na prática dos ACSs para estabelecer parcerias com a comunidade para discutir o problema da TB e para a BSR. Na rotina laboral desse profissional de saúde, as ações de alcance coletivo devem ser priorizadas para reduzir a carência de informação da população sobre as condições de saúde e dos seus determinantes. Entre os pontos falhos no cotidiano de suas atividades, evidencia-se a parte burocrática e atuação dentro da unidade de saúde, como recepção, em detrimento de visitas domiciliares mais frequentes, sinalizando a necessidade de reorganização do seu trabalho na comunidade¹⁵.

Tal discussão remete ao questionamento da forma de supervisão do trabalho do ACS, em que há momentos de tensão e conflito no seu labor diário, como ser, por vezes, colocado em situação ambivalente, predominando os polos técnico e institucional¹⁶, embora se almeje a construção dos polos político e comunitário. Todavia, pela ausência de uma área de conhecimento específico, que lhe proporcione uma condição de autonomia do seu processo de trabalho, esse ator fica limitado à concepção saúde-doença do seu supervisor, replicando geralmente o modelo de saúde vigente no seu contexto de trabalho, centrado na atenção a eventos agudos e na prática curativa.

No município estudado, parece que as dificuldades para detectar casos de TB na APS estão mais relacionadas ao processo de trabalho das equipes, mostrando que o desafio reside mais especificamente na qualificação dos recursos humanos que de fato operam os insumos.

Quanto à qualificação dos recursos humanos, em Natal as ações de capacitação em TB são

ofertadas pontualmente de forma a atender apenas as necessidades dos serviços de saúde. De maneira geral, essa capacitação é ofertada pelas coordenações das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, aos médicos e enfermeiros da AB, os quais ficam responsáveis por repassar as informações ao ACS na própria unidade de saúde, o que nem sempre ocorre. Ademais, o foco dessa capacitação recai sobre os aspectos clínicos da doença (transmissibilidade, sintomatologia, supervisão da tomada de medicamentos) em detrimento dos dados epidemiológicos e dos componentes políticos, econômicos, culturais e sociais que envolvem a TB e a detecção dos casos.

Contudo, as ações de capacitação oferecidas com esse foco não são suficientes para mudar o modelo biomédico. É necessário estendê-las a todas as equipes, e os resultados positivos do enfrentamento desse agravo apareceriam quando os diferentes profissionais de saúde se conscientizassem da gravidade do problema em questão e incorporassem as ações diárias para efetivamente solucioná-lo.

Assim sendo, torna-se necessário incorporar à prática dos profissionais da APS a educação permanente, que envolve a atualização de conhecimentos e habilidades, tendo como ponto inicial os problemas e desafios presentes no processo laboral. Com esse tipo de educação, os profissionais estariam qualificados e capazes de analisar, intervir e ter autonomia para estabelecer práticas transformadoras¹⁷.

É importante compreender aspectos subjetivos do ACS, como trabalhar e residir na mesma comunidade, fato que o expõe ao meio, colocando-o como agente transformador com suas visitas domiciliares, momento em que passa a conhecer as necessidades locais, tornando-se um elo a unir a comunidade com a equipe e o sistema de saúde¹⁸.

CONCLUSÃO

Na busca de alcançar o objetivo deste estudo – descrever a estrutura dos serviços de APS e a atenção proporcionada pelos ACS para detectar casos de TB – foi identificada a necessidade de melhorar a estrutura dos serviços de saúde, capacitar toda a equipe de saúde e destinar um local para armazenar a baciloscopia de escarro

com intuito de detectar os casos de TB no território.

Mesmo com as ações de capacitação ofertadas, os ACSs não se sentem preparados para identificar o SR (mesmo quando questiona tosse na comunidade) e fornecer orientações relacionadas à baciloscopia. É impositivo que toda a equipe de saúde e a comunidade se conscientizem da necessidade de desenvolver a busca ativa de casos, o que exige ações integradas entre seus membros para discutir o problema de TB.

É recomendável a qualificação contextualizada e contínua dos ACSs englobando os aspectos técnicos, políticos, culturais e sociais para uma atuação intersetorial.

Além disso, são importantes a valorização e a supervisão sistematizada do trabalho dos ACSs pelo enfermeiro, de forma a reconhecê-los como integrantes singulares, pelo fato de trabalharem e residirem na própria comunidade,

Cumpramos lembrar que o estudo tem limitações por não captar a subjetividade das relações entre o ACS e a equipe de saúde, podendo haver um viés de informação, porquanto os resultados se limitam à percepção dos ACSs. Para estudos posteriores, sugere-se avaliar a subjetividade do ACS com base na BSR por meio de metodologias quantitativas e ou qualitativas que permitam ampliar os resultados do presente estudo.

THE COMMUNITY HEALTH AGENT IN THE DETECTION OF TUBERCULOSIS CASES

ABSTRACT

This descriptive cross-sectional study aimed to describe the structure of the primary healthcare services and the care provided by community health agents for the detection of tuberculosis in Natal. A total of 108 community agents were interviewed between September and December 2009 using a structured questionnaire with a Likert (1-5) scale to create indicators of *Structure* and *Care Provided* classified as: unsatisfactory, regular and satisfactory. Regarding *Structure*, the community agents evaluated the receive training in tuberculosis indicator as regular. Concerning the *Care Provided*, the indicators teaches how to collect, store and forward sputum sample were evaluated as regular, with the requests baciloscopia during home visits, and discussion and partnership with the community to identify respiratory symptomatic individuals indicators considered unsatisfactory. It is concluded that none of the indicators were evaluated as satisfactory and that the action of the Community Health Agent is complex, as it involves their training, and the structure and organization of the healthcare services, requiring the supervision of a nurse concerning activities from home visits to community activities.

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

EL AGENTE COMUNITARIO DE SALUD EN LA DETECCIÓN DE CASOS DE TUBERCULOSIS

RESUMEN

Estudio descriptivo de corte transversal que tuvo como objetivo describir la estructura de los servicios de atención primaria a la salud y la atención proporcionada por el agente comunitario de salud para la detección de la tuberculosis en la ciudad de Natal. Fueron entrevistados a 108 Agentes Comunitarios en el período de septiembre a diciembre de 2009, utilizándose instrumento estructurado con escala Likert (1 a 5) para crear indicadores de Estructura y Atención Proporcionada, clasificados en: insatisfactorio, regular y satisfactorio. En cuanto a la *Estructura*, los agentes comunitarios evaluaron como regular el recibimiento de capacitación en tuberculosis. En la *Atención Proporcionada*, fueron considerados regulares los indicadores enseñar cómo recolectar, almacenar y enviar la muestra de esputo; y como insatisfactoria la solicitud de baciloscopia durante las visitas domiciliarias, así como la discusión y colaboración con la comunidad para identificar los síntomas respiratorios. Se concluyó que ningún indicador fue considerado satisfactorio y que la acción del Agente Comunitario de Salud es compleja, porque implica su formación, estructura y organización de los servicios de salud, exigiendo la supervisión del enfermero desde las visitas domiciliarias a las actividades comunitarias.

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

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica (BR). Tuberculose na Atenção Primária a Saúde. 2a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

2. Departamento de vigilância à saúde. Setor de vigilância epidemiológica. Núcleo de agravos notificáveis (Natal). Sistema de Informação de Agravos de Notificação; 2009. [citado 2010 jul].

3. Ferreira VSCF, Andrade CS, Franco TB, Merhy EE. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a

reestruturação produtiva. *Cad saude publ.* 2009; 25(4):898-906.

4. Barros SCM, Dimenstein, M. O apoio institucional como dispositivo de reordenamento dos processos de trabalho na atenção básica. *Estudos e Pesquisa em Psicologia, UERJ* 2010; 1:48-67.

5. Cardoso - Gonzales RI, Costa LM, Pereira, CS, Pinho, LB, Lima LM, Soares, DMD et al. Ações de busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose na visão dos profissionais de uma unidade saúde da família. *Journal of nursing health.* 2011 jan-mar; 1(1):24-32.

6. Pereira MJB, Abrahão-Curvo P, Fortuna CM, Coutinho SS, QueluzMC, Campos LVO et al. Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma Unidade de Atenção Básica à Saúde. *Rev gaúch enferm.* 2011 mar; 32(1):48-55.

7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília(DF): MS; 2006.

8. Bolfarine, H, Bussab, WO. Elementos de amostragem. São Paulo(SP): Blucher; 2005.

9. Almeida CM, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília(DF): Organização Panamericana da Saúde; 2006.

10. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Michigan: Ann Arbor; Health Administration Press; 1980.

11. Starfield, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília(DF): MS; Unesco; 2002.

12. Marcolino ABL, Nogueira JA, Ruffino-Netto A, Moraes RM, Sá LD, Villa TCS, Rolim FJ. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux – PB. *Rev Bras Epidemiol.* 2009; 12(2):144-57.

13. Gomide MFS, Pinto IC, Figueiredo LA. Acessibilidade e demanda em uma unidade de pronto atendimento: perspectivas do usuário. *Acta Paul Enferm.* 2012. n Esp 2; 25:19-25.

14. Woith WM, Volchenkov G, Larson JL. Russian health care workers' knowledge of tuberculosis and infection control. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2010; 14(11):1489-92.

15. Sossai LCF, Pinto IC, Melo DF. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) e a comunidade: percepções acerca do trabalho do ACS. *Ciênc cuid saúde.* 2010 abr-jun; 9(2):228-37.

16. Schimidt MLS, Neves TFS. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde e a política de atenção básica em São Paulo. *Cad Psicol Soc Trab.* 2010; 2(13):225-40.

17. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.2488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de

Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.

18. Jardim TA, LancmanS. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação.* 2009 jan-mar; 13(28):123-35.

Endereço para correspondência: Erika Simone Galvão Pinto - Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN - Campus Universitário Lagoa Nova. Natal, RN – CEP - 59078-970. E-mail: erikasgp@gmail.com.

Data de recebimento: 20/05/2013

Data de aprovação: 10/03/2014