

O conhecimento de enfermeiros e médicos que trabalham na Estratégia de Saúde da Família acerca da tuberculose no município de Vitória (ES): um estudo de corte transversal

Knowledge about tuberculosis by doctors and nurses, who work in the Family Health Strategy in the city of Vitória, Espírito Santo State: a cross-sectional study

Ethel Leonor Noia Maciel¹
 Welder Kerr de Araújo²
 Samuel Siquara Giacomini²
 Fernando Antônio de Jesus²
 Patrícia Marques Rodrigues²
 Reynaldo Dietze¹

Abstract *Brazil is in 14th among the 23 countries responsible for 80% of the tuberculosis (TB) cases in the world. Aiming to understand the maintenance of these indexes, this study was developed to identify if the knowledge about tuberculosis by doctors and nurses, who work in the Family Health Strategy in the city of Vitória (ES), would be a factor in the mediation of the prevention processes, diagnosis and treatment of the Tuberculosis. This is a cross-sectional study, with a sample size of 50 professionals. The collected data had been analyzed using the Chi-square and Fisher Exact tests with significance level of 0.05. Regarding the transmission and diagnosis of the Tuberculosis, there was no statistically significant difference between doctors and nurses. Only one variable presented a statistical difference: 41% of doctors and 15% of the nurses ($p < 0,05$) mentioned that the patient must be attended in a place of choice of the doctor or nurse, and still, 4% of the total of the sample had answered that the supervision cannot be made by a member of the family. The research proves that doctors and nurses has knowledge to reduce the indexes of Tuberculosis, even so is indispensable the continuous study and qualification of these professionals.*

Key words *Tuberculosis (TB), Treatment, Doctors, Nurses, Knowledge, Family health strategy*

Resumo *O Brasil está no 14° lugar entre os 23 países responsáveis por 80% dos casos da doença no mundo. Buscando compreender a manutenção desses índices, estruturou-se este estudo, com o objetivo de identificar se o conhecimento, sobre a tuberculose, de médicos e enfermeiros que trabalham na Estratégia de Saúde da Família no município de Vitória (ES), seria um fator relevante na mediação dos processos de prevenção, diagnóstico e tratamento da tuberculose. É um estudo de corte transversal, tendo como amostra 50 profissionais. Os dados coletados foram analisados utilizando-se o teste qui-quadrado exato de Fischer com o nível de significância de 0.05. Em relação à transmissão e ao diagnóstico da tuberculose, não houve diferença estatisticamente significativa entre médicos e enfermeiros. Apenas uma variável apresentou diferença estatística: 41% dos médicos e 15% dos enfermeiros ($p < 0,05$) disseram que o paciente deve ser assistido em um local de escolha do médico ou enfermeiro, e ainda 4% do total da amostra responderam que a supervisão não pode ser feita por um membro da família. A pesquisa comprova que médicos e enfermeiros possuem conhecimento para reduzir os índices da tuberculose, embora sejam indispensáveis o contínuo estudo e capacitação desses profissionais.*

Palavras-chave *Tuberculose, Tratamento, Médicos, Enfermeiros, Conhecimento, Estratégia de saúde da família*

¹Núcleo de Doenças Infecciosas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo. Av. Marechal Campos 1468, Maruípe. 29040-091 Vitória ES emaciel@ndi.ufes.br.
²Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Espírito Santo.

Introdução

A tuberculose se mantém como uma das mais significativas causas de mortalidade em adultos, principalmente entre 15 e 49 anos, nos países em desenvolvimento. O bacilo de Koch configura-se como o maior agente isolado de morte entre as doenças infecciosas¹.

O Brasil está no 14º lugar entre os 23 países responsáveis por 80% dos casos da doença no mundo. O Ministério da Saúde estima uma prevalência de 58/100.000 casos/habitantes, com cerca de 50 milhões de infectados e 111.000 casos novos da doença por ano, sendo que o sistema de saúde notifica aproximadamente 80.000 casos novos (incidência de 47,1/100.000) e registra cerca de 6.000 óbitos/ano por tuberculose².

Segundo Tarantino¹, calcula-se que 4.000 óbitos deixam de ser notificados, elevando este número para 10.000, revelando o desconhecimento de um grande número de casos pelo sistema de saúde. Muitos provavelmente não chegaram sequer a ter o diagnóstico da doença, outros não tiveram acesso ao tratamento e outros, a quimioterapia foi irregular.

Vários aspectos devem ser considerados para a manutenção do agravo em nosso meio, dentre eles, o adensamento e a condição permanente de pobreza de grande parte da população, em especial nos grandes centros urbanos (incrementado por processos migratórios), a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a fragilidade dos programas de controle da doença³.

Em 1993, a OMS, declarou a tuberculose uma emergência mundial, pois vários países do mundo apresentavam altas taxas de prevalência e mortalidade pela doença. O Brasil iniciou em 1994 um plano emergencial, com os objetivos de desenvolver ações de controle em 230 municípios prioritários no país, onde se concentravam 75% dos casos, visando à redução da transmissão da doença na população até 1998⁴.

Entretanto, em 1998, o Ministério da Saúde lançou o Plano Nacional de Controle da Tuberculose, definindo-a como prioridade entre as políticas públicas governamentais de saúde, estabelecendo diretrizes para as ações e fixando novas metas para o alcance de seus objetivos: diagnosticar 92% dos casos esperados e curar pelo menos 85% dos que foram diagnosticados⁵.

No ano de 2000, a Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária foi integrada no Departamento da Atenção Básica (DAB) e este formalizado na estrutura do Ministério da Saúde. Desde então, passou a ser subordinado à Secretaria de

Políticas de Saúde. Tal integração possibilitou pensar novas estratégias também para o controle da tuberculose no país em consonância com o DAB⁶.

Em 2001, foi instituída a Norma Operacional da Assistência do SUS (NOAS/SUS/2001), com o objetivo de promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Esta norma vem definir as responsabilidades e estratégias mínimas que os municípios devem desenvolver no âmbito da atenção primária. Apresenta sete eixos estruturantes, dentre eles o controle da tuberculose⁶.

A política de reorientação da atenção básica a partir do processo de descentralização, com um conjunto de medidas e programas específicos (PACS e PSF), transfere para os municípios a responsabilidade da atenção básica. Segundo o Ministério da Saúde⁷, o esforço de reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil apresentou novas perspectivas desde a proposição da Estratégia da Saúde da Família como eixo estruturante da atenção básica (em substituição ao modelo tradicional de assistência à saúde).

A Estratégia da Saúde da Família tem como prioridade as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. Está pautada nos princípios da reforma sanitária brasileira e torna-se o foco da reorganização da atenção básica, garantindo oferta de serviço e o fortalecimento dos princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade e equidade do SUS⁶.

O PSF foge a uma concepção usual em relação aos demais programas concebidos pelo Ministério da Saúde, " [...] Já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde"⁸. Pelo contrário, é uma estratégia que permite a integração e permite a organização das atividades em um determinado território definido, objetivando o enfrentamento e a busca de soluções para a resolução de problemas, além de assumir um caráter de inclusão, e aí, uma grande parcela da população, que em geral é privada de um acesso mínimo de garantias sociais, tem sido a mais beneficiada.

O que se espera do PSF é que o serviço de saúde seja a porta de entrada da clientela, promovendo o acesso à população e prestando uma boa atenção básica, inclusive fazendo o diagnóstico precoce da tuberculose e supervisionando o tratamento⁹.

A proposta nas Unidades Saúde da Família (USF) seria dar maior resolutividade para os casos de tuberculose, revertendo a lógica da organização da atenção à saúde, isto é, passando do

modelo médico-privatista para uma forma que origine novas práticas de atenção pautadas no modelo de vigilância à saúde⁹.

No entanto, apesar dos esforços até então empreendidos, pode ser observado ainda que os índices mantêm-se em números significativos e praticamente constantes¹⁰.

Buscando compreender a manutenção desses índices, mesmo com o desenvolvimento de ações preventivas e promotoras da saúde, estruturou-se este estudo com o objetivo de identificar se o conhecimento, sobre a tuberculose, de enfermeiros e médicos que trabalham na Estratégia de Saúde da Família no município de Vitória (ES), seria um fator relevante na mediação dos processos de prevenção, diagnóstico e tratamento da tuberculose.

Métodos

Tipo de estudo

Estudo de corte transversal para a avaliação do conhecimento e intervenções realizadas por médicos e enfermeiros, que trabalham nas Estratégias da Saúde da Família, sobre a tuberculose.

Amostra

O município de Vitória, através de suas ações na atenção primária, caminha rumo à gestão plena em saúde em virtude de seu atendimento prestado à população, sendo considerado de referência para o estado. O município conta com a participação de 70 médicos e 68 enfermeiros, sendo a amostra randomicamente selecionada, utilizando-se para isso as unidades de saúde onde esses profissionais são cadastrados como referência.

As unidades foram numeradas de 1 a 18 e uma tabela de números aleatórios foi gerada. A amostra estudada foi composta por 50 profissionais, sendo 24 médicos e 26 enfermeiros, distribuídos em nove unidades de saúde do município.

Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada mediante a aplicação de questionário contendo perguntas abertas e fechadas, divididas em quatro grupos: transmissão, sinais e sintomas, diagnóstico e tratamento.

Análise dos dados

Os dados coletados foram analisados utilizando-se o programa estatístico STATA Copr (versão

8.0). As variáveis quantitativas foram apresentadas com suas médias e desvio padrão. As respostas foram categorizadas como adequadas ou inadequadas de acordo com o manual de normas para o controle da tuberculose do Ministério da Saúde.

Para avaliar se havia diferenças significativas entre os profissionais que atendem a pacientes com tuberculose, as respostas dos médicos e enfermeiros foram analisadas separadamente e para se estabelecer diferença entre as classes profissionais, no que se diz respeito ao conhecimento destes sobre a tuberculose, foi utilizado o teste qui-quadrado exato de Fischer com o nível de significância de 0.05.

Considerações éticas

O estudo em questão foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa do Centro Biomédico da Universidade Federal do Espírito Santo. Em seguida, foi solicitada autorização da Secretaria Municipal de Saúde para a aplicação do instrumento de pesquisa. Antes de iniciá-lo, também foi solicitado ao profissional de saúde em questão que assinasse o termo de consentimento. No sentido de manter a confidencialidade dos sujeitos, foi omitido o nome das unidades de saúde randomizadas neste estudo.

Resultados

A amostra estudada possui média de idade 34,5 anos, sendo o seu desvio padrão de 7,72. A média de tempo de trabalho entre os profissionais foi de 9,91 anos, sendo seu desvio padrão de 7,45.

Transmissão

Em relação ao microorganismo causador da TB pulmonar, não houve diferença estatisticamente significativa entre os médicos e enfermeiros, sendo verificado 100% de acerto entre os mesmos. Ambos possuíam conhecimento adequado sobre a forma de veiculação do bacilo, porém 18% do total (médicos e enfermeiros) responderam que a transmissão ocorre apenas pelo ar, enquanto que 56% responderam que a TB pode ser transmitida pela saliva dos doentes e 26% disseram que a TB pulmonar poderia ser transmitida através das duas maneiras. Quando então questionados se uma pessoa pode transmitir os bacilos estando infectada, mas sem desenvolver a doença, 36% responderam inadequadamente e 64% responderam adequadamente, ou seja, que ela não pode ser disseminada.

Dentre os fatores que aumentam as chances de um indivíduo adquirir a TB, o que se obteve foi a

seguinte relação: 83% dos médicos e 73% dos enfermeiros responderam que pacientes HIV-positivos têm maiores chances de adquirir e disseminar a TB; 41% dos médicos e 31% dos enfermeiros afirmaram a contagiosidade do caso índice. Destaca-se que apenas 56% do total (54% médicos e 57% enfermeiros) consideraram a duração da exposição como um fator determinante (Tabela 1).

Diagnóstico

Em relação ao diagnóstico da tuberculose, 100% dos médicos e enfermeiros responderam que a tosse seca ou produtiva por três semanas ou mais é um sinal da presença da doença (Tabela 2).

Em se tratando de TB infantil, todas as situações de suspeita foram citadas; no entanto, em diferentes proporções: 48% (50% médicos e 46%

enfermeiros) afirmaram da suspeita em casos de pneumonia de evolução lenta, ao passo que 54% dos médicos e 38% dos enfermeiros afirmaram suspeita quando ocorre reação forte ao PPD nas crianças. Entretanto, como pode ser observado, não houve diferença estatisticamente significativa entre médicos e enfermeiros (Tabela 3).

Sobre as evidências da cura dos pacientes, 88% do total de médicos e enfermeiros responderam que as baciloscopias negativas evidenciam a cura dos mesmos, 62% assinalaram o desaparecimento das queixas e sintomas e 48%, o aumento do peso. Em se tratando de agravamento da doença, os entrevistados afirmaram nas mesmas proporções os aspectos que demonstram a não adesão ao tratamento: 88% assinalaram as baciloscopias positivas, 62%, permanência das queixas e sintomas e 48%, a diminuição do peso.

Tabela 1. Distribuição dos sujeitos da pesquisa segundo o número de opções assinaladas corretamente referente aos fatores que aumentam as chances de se adquirir a tuberculose.

Variável	Médicos	Enfermeiros	Total	p-valor*
Pacientes HIV-positivos	20 – 83%	19 – 73%	39 – 78%	0,5
Contagiosidade do caso índice	10 – 41%	8 – 31%	18 – 36%	0,3
Tipo de ambiente da exposição	11 – 46%	15 – 57%	26 – 52%	0,28
Duração da exposição	13 – 54%	15 – 57%	28 – 56%	0,51

* teste qui-quadrado exato de Fisher.

Tabela 2. Distribuição dos sujeitos da pesquisa segundo os sinais e sintomas mais característicos da doença.

Variável	Médicos	Enfermeiros	Total	p-valor*
Tosse por mais de 3 semanas	24 – 100%	26 – 100%	50 – 100%	1
Perda de peso	21 – 87%	23 – 88%	44 – 88%	0,62
Febre	20 – 83%	19 – 73%	39 – 78%	0,29
Sudorese	19 – 79%	15 – 57%	34 – 68%	0,09

* teste qui-quadrado exato de Fisher.

Tabela 3. Distribuição dos sujeitos da pesquisa segundo as suspeitas de tuberculose infantil.

Variável	Médicos	Enfermeiros	Total	p-valor*
Pneumonia de evolução lenta	12 – 50%	12 – 46%	24 – 48%	0,50
Linfadenopatia cervical	08 – 33%	04 – 15%	12 – 24%	0,09
Reação forte ao PPD	13 – 54%	10 – 38%	23 – 46%	0,20
Adenomegalias hilares e/ou paratraqueais	08 – 33%	06 – 23%	14 – 28%	0,24

* teste qui-quadrado exato de Fisher.

Tratamento

Em relação ao tratamento, devem ser concedidas aos pacientes orientações básicas para que eles obtenham sucesso ao longo do mesmo. No estudo, médicos e enfermeiros assinalaram as questões principais sobre o tratamento: 62% (sendo 62% de médicos e 61% de enfermeiros) responderam que as características da doença devem ser elucidadas aos pacientes, 75% dos médicos e 57% dos enfermeiros afirmaram ser importante o esclarecimento aos clientes sobre os efeitos adversos dos medicamentos e 92% (96% médicos e 88% enfermeiros) disseram orientar os pacientes sobre as consequências do abandono do tratamento (Tabela 4).

A Estratégia do Tratamento Supervisionado (DOTS/TDS) tem como objetivo garantir a adesão do paciente, com base em princípios que atendam o paciente da melhor forma possível. Quando questionados sobre o funcionamento desta estratégia, 56% do total (médicos e enfermeiros) afirmaram que o paciente deve ser assistido em um

local de sua própria escolha, ao passo que 41% dos médicos e 15% dos enfermeiros disseram que o paciente deve ser assistido num local de escolha do médico ou enfermeiro (Tabela 5).

Em se tratando de atenção especial no tratamento supervisionado, 100% dos médicos e enfermeiros assinalaram pelo menos um grupo de indivíduos: 94% os etilistas, 100% os casos de retardo, 94% os mendigos, 92% os presidiários e 84% os doentes institucionalizados.

Prevenção

Em relação às medidas preventivas, 92% dos profissionais entrevistados assinalaram que todos os contatos dos doentes devem ser convocados para a realização de exames. 80% dos médicos e enfermeiros afirmaram que os sintomáticos devem ser submetidos à rotina prevista para o diagnóstico de TB e 28%, de maneira inadequada, afirmaram a necessidade da realização primeiramente de cultura em assintomáticos.

Tabela 4. Distribuição dos sujeitos da pesquisa segundo as orientações básicas que devem ser concedidas aos pacientes diagnosticados com tuberculose.

Variável	Médicos	Enfermeiros	Total	p-valor*
Características da doença	15 – 62%	16 – 61%	31 – 62%	0,58
Drogas utilizadas	17 – 71%	14 – 54%	31 – 62%	0,17
Efeitos adversos dos medicamentos	18 – 75%	15 – 57%	33 – 66%	0,16
Benefícios do uso regular	22 – 91%	19 – 73%	41 – 82%	0,08
Consequências do abandono	23 – 96%	23 – 88%	46 – 92%	0,33

* teste qui-quadrado exato de Fisher.

Tabela 5. Distribuição dos sujeitos da pesquisa segundo à alguns itens do funcionamento da Estratégia de Tratamento Supervisionado.

Variável	Médicos	Enfermeiros	Total	p-valor*
Assistência no local de escolha do paciente	14 – 58%	14 – 53%	28 – 56%	0,48
Assistência no local de escolha do médico ou enfermeiro	10 – 41%	04 – 15%	14 – 28%	0,04
Até os 2 primeiros meses o paciente deve ser observado pelo menos 3 vezes por semana	10 – 41%	09 – 34%	19 – 38%	0,41

* teste qui-quadrado exato de Fisher.

Discussão

O Programa Saúde da Família (PSF), implantado no Brasil em 1994, foi concebido para ser a porta de entrada do sistema local de saúde e desenvolver a atenção básica de forma integral e resolutiva, proporcionando, além de extensão de cobertura e ampliação do acesso, a substituição das práticas tradicionais, contribuindo para a reestruturação do sistema de saúde¹¹.

A avaliação da implementação do Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose, enquanto componente da gestão em saúde, é fundamental para dar suporte ao processo decisório mediante a identificação de problemas, reorientação das ações, incorporação de novas práticas sanitárias e mensuração do impacto das ações implementadas. Neste sentido, o estudo teve por intuito avaliar as ações e o conhecimento de enfermeiros e médicos em relação à tuberculose, uma doença responsável por altos índices de mortalidade e de incapacidade física para o trabalho, que ainda continua sendo um sério problema de saúde pública¹⁰.

Como a participação no estudo foi voluntária, durante o convite e as entrevistas, foi relatada pelos profissionais a necessidade de treinamento e capacitação com relação à tuberculose. Outro ponto observado foi o índice de recusa em participar do estudo, em torno de 9%. Este fato foi justificado por profissionais que declararam faltar vontade de pesquisar e estudar sobre o assunto. Acreditamos que esta pode ter sido uma limitação do estudo, pois os profissionais que não aceitaram participar podem não ser informados sobre a tuberculose da mesma forma que aqueles que aceitaram. Recusa semelhante foi encontrada em um estudo com os ACS no mesmo município¹².

Em relação ao tempo de trabalho, observou-se que a maior parte dos profissionais (86%) apresentava mais de cinco anos do serviço. No levantamento dos conhecimentos e das práticas dos profissionais de saúde realizado no Iraque, o conhecimento sobre a TB esteve associado significativamente com a idade e o tempo de serviço superior a cinco anos¹³.

Apesar de não termos encontrado diferenças significativas entre os profissionais, um fato importante que merece ser destacado é o número de respostas inadequadas em relação à transmissão da doença por pessoas que estão apenas infectadas, fato que pode ser verificado em qualquer manual de controle da doença¹⁰.

Na questão referente ao funcionamento da Estratégia do Tratamento Supervisionado, observou-se que, em relação ao local de escolha para acom-

panhamento do caso, os enfermeiros responderam significativamente mais que a escolha deve ser do paciente e os médicos responderam em maior quantidade que “os médicos e/ou enfermeiros devem escolher um local pra supervisionar o paciente, durante o tratamento”. Vale ressaltar que, segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, a escolha do local deve vir por parte do paciente¹⁰. Um estudo realizado na Cidade do Cabo, África do Sul, demonstrou que o trabalho dos ACS contribuiu de maneira superior para a melhora do programa de controle da TB, principalmente por propiciar outros espaços de inter-relação entre pacientes e profissionais, quando comparado com a abordagem que fazia uso exclusivo das unidades de saúde¹⁴.

O tratamento supervisionado é de vital importância e sua implementação em todos os programas é vista como a estratégia capaz de diminuir o abandono. Os fatores relacionados à baixa adesão ao tratamento são os esquemas terapêuticos longos e complexos, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, os problemas de comunicação entre pacientes e funcionários dos serviços de saúde, comorbidades psíquicas e físicas¹⁵.

Ainda, há relação entre o abandono de tratamento a baixas condições socioeconômicas, distância nos serviços de saúde, baixo nível de escolaridade, precárias condições de saneamento básico e destino inadequado dos dejetos e lixo e hábitos de vida como o fumo e o álcool¹⁶. Outros autores destacam como causas para a disseminação da doença o abandono do tratamento pelos pacientes, os efeitos colaterais da medicação, o desaparecimento dos sintomas da doença e a consequente sensação de cura vivenciada pelo paciente. A adesão do paciente ao tratamento e seu sucesso dependem desses fatores. O que se encontrou no presente estudo foi uma quantidade satisfatória de profissionais que têm uma boa relação com seus pacientes e concedem orientações básicas sobre o tratamento, com o objetivo de garantir a adesão do mesmo.

De fato, quando estes fatores encontram-se disponíveis, exemplos de sucesso podem ser observados, como em Bangladesh, onde altas taxas de detecção e tratamentos concluídos foram atingidas por meio do uso destes profissionais baseados na comunidade¹⁷.

Um dos pontos que merece destaque neste estudo é que a maior parte dos profissionais dedicam seu tempo em atendimentos agendados nas unidades, o que dificulta a busca ativa de casos por parte destes profissionais. Um estudo de caso realizado em um município do nordeste do Brasil, após a implantação da ESF, detectou por intermé-

dio de busca ativa 129 casos de tuberculose de todas as formas em 2003, correspondendo a 80,1% dos casos estimados, acima, portanto dos 70% preconizados pelo Programa de Controle da Tuberculose do Ministério da Saúde¹⁸.

A identificação dos sintomáticos respiratórios é um dos eixos estruturantes do controle da tuberculose¹⁰. Diante da importância da detecção precoce dos casos na comunidade, faz-se necessário repensar a organização dos serviços destes profissionais nas unidades de saúde para que os mesmos possam efetivamente influenciar as estatísticas do controle da doença.

Nosso estudo vem mostrar que os enfermeiros e médicos possuem conhecimento suficiente

para reduzir os índices da tuberculose, embora sejam indispensáveis o contínuo estudo e capacitação dos profissionais para que os mesmos possam prestar o melhor serviço e dessa forma contribuir para melhores índices de qualidade de vida à população do município de Vitória (ES).

No entanto, fica claro que não é o conhecimento, mas outros fatores os responsáveis pela manutenção destes índices. Um dos pontos que podem ser levantados é que, uma vez que o paciente chega ao serviço, ele possui o atendimento necessário a sua demanda; talvez uma das principais dificuldades seja ainda a identificação destes pacientes de forma precoce na comunidade e seu acesso aos serviços de maneira adequada.

Colaboradores

ELN Maciel e R Dietze trabalharam na concepção teórica, elaboração e redação final do texto; WK de Araújo, SS Giacomim, FA de Jesus e PM Rodrigues participaram da organização e execução da entrevistas, revisão bibliográfica e redação do texto.

Referências

1. Tarantino AB. *Doenças pulmonares*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 371-380.
2. Jornal Brasileiro de Pneumologia. III Diretrizes Brasileiras para Tuberculose. Epidemiologia. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* 2004; 30(Supl. 1):4-5.
3. Kritski AL, Conde MB, Souza GRM. *Tuberculose – do ambulatório à enfermária*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2000.
4. Ruffino-Netto A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. *Rev. Soc. Bras. Méd. Trop* 2002; 35(1):51-58.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Plano Nacional de Controle da Tuberculose*. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. *Rev. Bras. Saude. Mater. Infant.* 2003; 3(1):113-125.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Desenvolvimento e Avaliação. *Avaliação para a Melhoria da Qualidade – Qualificação da Estratégia Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
9. Campinas LLSL, Almeida MMB. Tuberculose: o desafio da acessibilidade e do acolhimento nos serviços de saúde. *O Mundo da Saúde* 2004; 28(1):69-76.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual Técnico para o Controle da Tuberculose: cadernos de atenção básica*. 6ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da Família no Brasil - Uma análise de indicadores selecionados, 1998 - 2004*. [Série C. Projetos, Programas e Relatórios]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
12. Maciel ELN, Viera R, Milani EC, Brasil M, Fregona G, Dietze R. O agente comunitário de saúde no controle da tuberculose: conhecimentos e percepções. *Cad Saude Publica* 2008; 24:1377-1386.
13. Hashim DS, Al Kubaisy W, Al Dulayme A. Knowledge, attitudes and practices survey among health care workers and tuberculosis patients in Iraq. *East. Mediterr. Health J.* 2003; 9:718-731.
14. Dudley L, Azevedo V, Grant R, Schoeman JH, Dikweni L, Maher D. Evaluation of community contribution to tuberculosis control in Cape Town, South Africa. *Int J Tuberc Lung Dis* 2003; 7(9 Suppl 1):S48-S55.
15. Deruaz F, Zellweger FP. Directly observed therapy for tuberculosis in a low prevalence region: first experience at the tuberculosis dispensary in Lausanne. *Swiss Med Wkly* 2004; 134:552-558.
16. Lima MB, Mello DA, Morais APP, Silva WC. Estudo de casos sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). *Cad Saude Publica* 2001; 17(4):877-885.
17. Chowdhury AM, Chowdhury S, Islam MN, Islam A, Vaughan JP. Control of tuberculosis by community health workers in Bangladesh. *Lancet* 1997; 350:169-172.
18. Cavalcante MGS, Samico I, Frias PG, Vidal SA. Implementation analysis of the primary health care actions in the Family Health Program at a municipality of a Metropolitan Region in the Northeast of Brazil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2006; 6(4):437-445.

Artigo apresentado em 29/01/2007

Aprovado em 12/05/2007

Versão final apresentada em 09/07/2007