



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Nogueira Muniz, Jordana; Palha, Pedro Fredemir; Monroe, Aline Aparecida; Cardozo Gonzales, Roxana; Netto, Antonio Ruffino; Scatena Villa, Tereza Cristina
A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 10, núm. 2, abril - junho, 2005, pp. 315-321
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63010206>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde

Active search for individuals with respiratory symptoms as part of community health workers' role in tuberculosis control

Jordana Nogueira Muniz ¹
 Pedro Fredemir Palha ²
 Aline Aparecida Monroe ²
 Roxana Cardozo Gonzales ²
 Antonio Ruffino Netto ³
 Tereza Cristina Scatena Villa ²

Abstract *This study aims at analyzing the incorporation of the active search for respiratory symptoms for Tuberculosis Control at a Municipal Health District in Ribeirão Preto-SP, Brazil, according to the perception of nursing supervisors in the Community Health Agent Program (CHAP). The population studied was of 8 nurses. Authors used semi-structured interviews as a data collection instrument. Data were analyzed by means of the thematic content analysis technique and resulted in two thematic units: 1) the insertion of CHAP in health units and its weak points and 2) Relationship between the CHAP and the Health Units regarding actions for Tuberculosis control. The weak points were related to the process of CHAP organization: absence of discussion about inserting the CHAs into the health team, absence of CHAP leadership or coordination in the municipal sphere, nursing supervisor's accumulation of functions, insufficient agent training process. With respect to incorporate tuberculosis control actions, especially the active search for respiratory symptoms, they point out that the decentralization should result in benefits for users. However, it is necessary to rethink the organization of health services and assume a set of actions to move towards a new work logic.*

Key words *Tuberculosis, CHAP (Community Health Agent Program), Decentralization*

Resumo *Este estudo procurou 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 em um distrito de saúde do município de Ribeirão Preto. A população estudada constituiu-se de oito enfermeiros/supervisores. Utilizou-se entrevista semi-estruturada como instrumento de coleta de dados. O tratamento dos dados fundamentou-se no método de análise de conteúdo, elegendo-se duas Unidades Temáticas: 1) a inserção do PACS em Unidades de Saúde e suas debilidades, e 2) a relação entre o PACS e a Unidade de Saúde nas ações de controle da Tuberculose. As debilidades apontadas referem-se ao processo de conformação e organização do PACS: ausência de discussão sobre a inserção do agente na equipe de saúde; ausência de liderança municipal do PACS; acúmulo de funções do enfermeiro supervisor; capacitação insuficiente dos agentes. Quanto à incorporação das ações de controle da tuberculose apontam que a descentralização poderia resultar em benefícios para o usuário. Entretanto, julga-se necessário repensar a forma de organização dos serviços de saúde de modo que seja assumido um conjunto de ações que avancem para uma nova lógica de trabalho.*

Palavras-chave *Tuberculose, PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), Descentralização*

¹ Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Rua Prudente de Morais 457, Centro, 14015-100, Ribeirão Preto SP. tite@eerp.usp.br

² Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP).

³ Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP).

Apresentação

Este artigo aborda aspectos relacionados ao campo de estudos operacionais em TB no contexto de reorganização da assistência à saúde, que, através de um conjunto de medidas e programas específicos, tais como, Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Programa de Saúde da Família (PSF), transfere aos municípios a responsabilidade da implementação de algumas ações de atenção básica, especificamente, as ações de promoção à saúde, diagnóstico e prevenção da tuberculose.

A problemática da TB vem sendo abordada sob diferentes enfoques pelo grupo de pesquisa Estudos Operacionais em TB/CNPq, a partir das seguintes dimensões: a TB e o sistema de atenção à saúde (Ruffino Netto, 1999; 2001; 2002); adesão ao tratamento da tuberculose na visão do doente e família (Vendramini *et al.*, 2002; Vendramini *et al.*, 2003); estratégias de implantação e extensão do DOTS (Directly Observed Therapy Short-Course) e a perspectiva de trabalho no território (Muniz, 1999; Muniz & Villa, 1999; Muniz *et al.*, 2003) e indicadores epidemiológicos da doença (Watanabe & Ruffino-Netto, 1995; Gazeta, 1999; Hino, 2004; Santos *et al.*, 2003; Sasaki, 2003).

Pretende-se deste modo, contribuir para a reorganização da assistência ao doente de tuberculose em uma área específica de trabalho, que visa desenvolver estratégias de intervenção na assistência à tuberculose na perspectiva do PACS.

Introdução

O Plano de Controle da Tuberculose no Brasil introduz novas possibilidades de intervenção na sua proposta de trabalho, contando com as estratégias de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde. Sugere, que tal parceria pode vir a contribuir para expansão das ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT), pois estas estratégias têm a família e o domicílio como instrumento de trabalho. Nesta perspectiva, o Plano dá ênfase na atuação das equipes do ACS e PSF como instrumento para melhorar a adesão terapêutica e evitar o abandono ao tratamento.

Nas visitas domiciliares dos ACS está prevista a detecção de casos entre sintomáticos respiratórios (SR) e contatos, principalmente, de casos bacilíferos e crianças. Nas unidades do Pro-

grama de Saúde da Família (PSF) e nos demais serviços de saúde municipais, a busca ativa de SR e contatos deve ser uma atitude permanente e incorporada à rotina de atividades de todos os membros das equipes de saúde (Brasil, 2000).

Vale ressaltar que uma das prioridades do Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) 2001-2005 relaciona-se ao diagnóstico precoce da doença. Porém, acredita-se que muitos casos de tuberculose não estejam sendo diagnosticados, seja por não terem acesso aos serviços de saúde ou devido ao fato de os profissionais de saúde não estarem atentos aos SR.

No município estudado apenas a busca ativa de SR entre comunicantes caracteriza-se como uma atividade incorporada pelas equipes do Programa de Controle da Tuberculose (PCT). Por ocasião da detecção do caso novo de tuberculose, inicia-se a investigação em todos os contatos. Durante a visita domiciliar são identificadas as pessoas que convivem com o doente, sendo encaminhadas ao ambulatório para avaliação.

A estratégia de busca ativa na comunidade ocorre de forma pontual, ou em demandas específicas, tais como: asilos, sanatórios, presídios ou cadeias. Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ocorre de forma eventual, principalmente em períodos de campanhas nacionais e mundiais.

O modo como se organizam os serviços de saúde na busca de SR desperta uma série de reflexões acerca da assistência prestada. Onde já existe oferta de serviços de saúde organizados na lógica da atenção médica curativa, a introdução de novas estratégias de trabalho implica repensar o modelo de assistência, remodelar o “velho” e construir o “novo”. Nem sempre esta tarefa é fácil, pois exige da equipe uma desconstrução do trabalho produzido e disposição para o “fazer” diferente, em um cenário extra Unidade de Saúde que utiliza outros instrumentos de trabalho, outros saberes e formas de comunicação com a população.

Não basta, como proposta tecnológica de uma política inovadora, alterar apenas o plano material das ações e das práticas em saúde. É necessário renovar as técnicas e seus instrumentos próprios; requer o reconhecimento crítico tanto da clientela dos serviços por parte dos seus profissionais como o reconhecimento da natureza interdependente e complementar dos trabalhos institucionalmente articulados em trabalho coletivo (Schraiber & Gonçalves, 1996).

Os programas e projetos de intervenção que, na prática, traduzem uma orientação e uma decisão política previamente tomada, não garantem sua execução ou implantação, trazendo a indagação sobre em que medida uma determinada intervenção foi ou não de fato implantada. A perspectiva avaliativa no campo pode contribuir para as políticas públicas como ferramenta do planejamento e da gestão, podendo revelar o rumo das principais inovações no processo de implementação da política de descentralização do setor saúde (Bodstein, 2002).

Portanto, este estudo tem como objetivo, 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 em um Distrito de Saúde do Município de Ribeirão Preto.

A abordagem qualitativa foi selecionada para o estudo. Foram realizadas entrevistas no próprio local de trabalho dos profissionais de saúde durante os meses de dezembro de 2002 a fevereiro de 2003, após agendamento. Em média, as entrevistas gravadas duraram 25 minutos e posteriormente foram transcritas na íntegra. Vale ressaltar que o projeto de pesquisa foi submetido anteriormente à apreciação da instituição de saúde selecionada e aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

Os dados foram analisados utilizando-se a técnica de análise de conteúdo, seguindo os passos preconizados por Minayo (1994). Destacaram-se as unidades de registro e a temática em relevo que foi se conformando pela recorrência dos dados. Em seguida, procurou-se articular entre as falas conteúdos convergentes, divergentes e que se repetiam, em cada um dos núcleos de sentido identificados. Esta conformação permitiu eleger duas unidades temáticas.

Resultados e discussão

1) Unidade Temática I:

A inserção do PACS em Unidades de Saúde e suas debilidades

Os enfermeiros supervisores apontaram debilidades relacionadas à conformação das equipes do PACS, bem como na sua inserção ao Serviço de Saúde.

No que tange ao processo de conformação das equipes do PACS, está previsto que um pro-

fissional enfermeiro seja responsável pela supervisão dos ACS. Segundo Solla *et al.* (1996), o supervisor precisa ser tratado como elemento-chave, (...) deve ser a pessoa de referência para a atuação do ACS, orientando suas atividades; alguém que o forma, recicla e atualiza, que tenha disponibilidade integral para o desenvolvimento destas ações. Entretanto, nas equipes estudadas observa-se que a maioria dos enfermeiros acumula funções, assumindo tanto as responsabilidades provenientes do PACS, como aquelas relacionadas à equipe de enfermagem da Unidade de Saúde em Referência.

...Eu só fico quatro horas de manhã no PACS... e à tarde na UBS... () era para eu ficar oito no PACS... (ent. 6)

Conforme apontado, em geral, as enfermeiras duplicam funções, dividindo seus horários entre o comando do corpo de enfermagem, da unidade (gerente) e a equipe do PACS, dentro e fora da Unidade.

... sinto dificuldade para fazer a supervisão do ACS, eles ... têm muito ainda que aprender... (ent. 4)

Segundo Souza (1999), um dos maiores obstáculos dos PACS e PSF está situado no setor de recursos humanos e qualificação dos profissionais.

Na prática, observa-se que os Pólos de Capacitação não conseguiram atender a demanda de treinamentos necessários para formação das equipes, principalmente, nos grandes centros, onde o número de equipes é grande. Inicialmente, estava previsto um treinamento introdutório e posteriormente os treinamentos específicos. Contudo, Mendes (2002) aponta que os cursos introdutórios são cursos curtos, *orientados para aspectos cognitivos e doutrinários da saúde da família e, portanto, tem baixa capacidade formativa.*

Freire (1970) ressalta que *a educação se faz constantemente na práxis. Para ser tem que estar sendo.*

No município estudado, a implantação ocorreu rapidamente e o treinamento introdutório foi realizado em sua maioria por profissionais ligados à Rede Municipal de Saúde. Entretanto, sabe-se que esta etapa inicial não é suficiente, exigindo um processo permanente de formação dos ACS. Na prática estas deficiências vêm sendo notadas pelos enfermeiros/supervisores.

... os ACS são pessoas que não têm curso específico, são pessoas da comunidade... (ent. 1)

... a falta de preparo dos ACS ... dados que não são fidedignos ... não têm boa vontade... (ent. 5)

A capacitação do ACS deve ocorrer em serviço, de forma continuada, gradual e permanente, sendo esta de responsabilidade do instrutor-supervisor, contando com a participação e colaboração de outros profissionais do serviço local de saúde. Responsabilidades também são atribuídas à Secretaria Estadual da Saúde, referentes a *disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos facilitadores ao processo de formação e educação permanente dos ACS* (Brasil, 1997).

Em avaliação realizada no Estado do Ceará, Minayo *et al.* (1990) comentam que nos municípios onde o desempenho dos agentes de saúde foi considerado ótimo, o processo de supervisão apresentou-se permanente e eficaz. Assim, em nível operacional “o treinamento, a reciclagem são pontos cruciais e indissociáveis do êxito do programa”.

Entende-se, deste modo, que além da formação do supervisor, deve-se permanentemente investir em mecanismos de capacitação do ACS, seja na fase que antecede a implantação do Programa como no decorrer de suas atividades.

A introdução da Proposta PACS não foi acompanhada de discussões com as equipes de saúde, nem tampouco definidas quais seriam as atividades desempenhadas pelos ACS. Este processo gerou insatisfações de ambas as partes. Portanto, é fundamental que tal proposta seja apropriada pelos sujeitos para que não se desenvolva à margem do sistema oficial que organiza as ações de saúde no município. Entre os profissionais entrevistados, 70% apontaram alguma dificuldade nas relações de trabalho entre a equipe de saúde da UBS e ACS.

... é como se a equipe tivesse aqui e o ACS do outro lado ... (ent. 5)

... há pouca credibilidade com o trabalho dos agentes em relação aos trabalhadores da UBS (não generalizando) ... (ent. 10)

... principalmente na recepção, os ACS atrapalham, eles estão ocupando o computador ... (ent. 5)

... os médicos estavam reclamando que o ACS está atrapalhando, trazendo serviço para a unidade ... (ent. 5)

Segundo Mendes (2002), urge pôr em prática uma estratégia de comunicação social potente, que chegue ao conjunto dos atores sociais mais relevantes e permita levar a uma compreensão mais exata do que significam PACS/PSF como estratégias de reorganização do SUS.

Um outro aspecto relevante, apontado pelos entrevistados, relaciona-se à ausência de uma

liderança ou “coordenador” em âmbito municipal para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

... temos dificuldade de comunicação, entrosamento com a Secretaria da Saúde... eu vejo ela isolada, distante da gente... (ent. 1)

O fato de não haver esta ligação entre as instâncias municipais pode ser prejudicial ao trabalho, dificultar e/ou retardar a tomada de decisões e deste modo comprometer o resultado final do trabalho, conforme apontado por 40% dos enfermeiros entrevistados. Qualquer estratégia ou projeto requer um direcionamento para que possa alcançar eficácia e eficiência esperadas.

... cada unidade é de um jeito, não tem uniformidade... (ent. 3)

Por um determinado prisma, esta autonomia na tomada de decisões pode parecer ideal, pois na lógica do programa está previsto que as ações sejam planejadas no nível local. Por outro lado, exige que a equipe esteja capacitada para realizar tal planejamento. Requer fazer diagnóstico de área, eleger prioridades, traçar metas, plano de ação e estabelecer mecanismos de avaliação.

2) Unidade Temática II: *Relação entre o PACS e a Unidade de Saúde nas ações do PCT*

As fortalezas apontadas referem-se à *descentralização*, que poderia resultar em benefícios para o usuário, pois, entre outros, facilitaria o acesso, melhoraria a adesão terapêutica e vínculo com os profissionais de saúde, uma vez que a equipe local tomaria para si a responsabilidade de acompanhar os casos.

Frieden & Driver (2003) apontam que a descentralização das ações do Programa de Controle da Tuberculose oferece tanto oportunidades como riscos para a continuidade das ações. Quanto às oportunidades pode haver melhoria da eficiência e qualidade dos serviços bem como um aprimoramento da análise e uso dos dados. Mas, segundo os autores os riscos são significativos. A descentralização pode resultar na pulverização da responsabilidade e falta de compromisso, fragmentação dos programas e regimes de tratamento, maior dificuldade em desenvolver o tratamento supervisionado, e deficiência no sistema de informação.

O posicionamento demonstrado pelo autor, quanto aos riscos da descentralização, vai de encontro às dificuldades referidas pelos profissionais entrevistados.

No que tange à incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios na prática dos ACS, foram identificados dois posicionamentos entre os entrevistados: um grupo atribui as dificuldades ao modo como se organizam os serviços de saúde, e outro atribui ao modo como os profissionais de saúde se relacionam com o usuário.

Em relação aos aspectos organizacionais do sistema de serviços de saúde, foi apontada como dificuldade a organização do trabalho focalizado nas condições agudas e crônicas.

O imperativo dos trabalhos nas UBS tem sido a consulta médica e as atividades dela decorrentes como a aplicação de medicamentos, coleta de exames, curativos, relegando a uma posição marginal as ações de prevenção e promoção à saúde.

No caso, a tosse não se caracteriza como um quadro agudo que exigiria intervenção imediata, por isso, nem sempre é valorizada pela equipe de saúde. O fato determina um prejuízo da atenção ao primeiro contato. O usuário não encontra resposta para seu problema de saúde, procura outros serviços ou retorna apenas quando seu estado se agrava.

Constata-se, deste modo, que o trabalho organiza-se sob a lógica das condições agudas. Alguns autores como Starfield (2002) e Mendes (2002) apontam para a necessidade de adotar estratégias que modifiquem esta lógica do trabalho para outra que dê conta do manejo das condições crônicas.

Este enfoque certamente transformaria o objeto de trabalho dos profissionais de saúde, pois seriam organizados com o propósito de acompanhar o ciclo evolutivo dos eventos crônicos. Nesta perspectiva, tanto o trabalho externo como o trabalho interno dos serviços de saúde estariam atentos para as situações de risco, antes mesmo de se tornar uma condição aguda.

Campos (2003) destaca que contratações emergenciais são efetuadas para estender a cobertura assistencial, sem nenhum planejamento prévio ou estudos adequados às realidades locais. Frequentemente este profissional é somado à equipe para realizar pronto atendimento, buscando responder às demandas dos indivíduos que não são atendidos pelas ações programáticas. Acrescenta-se a falta de preparo das equipes para trabalhar, segundo os princípios da atenção primária. O corpo de enfermagem das unidades de saúde organiza sua escala atendendo as necessidades impostas pela organização da clínica, por exemplo, pré e pós-consulta

da pediatria, pré e pós consulta da clínica médica da ginecologia, entre outras.

Assim sucessivamente, em colunas verticais o trabalho dos profissionais não médicos é organizado, consolidando um trabalho fracionado, onde cada profissional de saúde se aliena no próprio objeto de trabalho. Diante disso *ficam os trabalhadores sem interação com o produto final de sua atividade, mesmo que dele tenham participado pontualmente. Como não há interação, não haverá compromisso com o resultado do seu trabalho* (Campos, 2003).

Desta forma, depara-se com Unidades de Saúde lotadas de usuários em busca de pronto atendimento e assistência imediata para seu problema de saúde. Em contrapartida, os trabalhadores de saúde se desdobram para fazer o “encaixe” nas vagas eventuais e atender às condições agudas. Segundo Mendes (2002) esta é uma característica do Sistema Fragmentado de Saúde, cuja lógica esta centrada em manifestações que aparecem abruptamente. Para o autor o Sistema de Serviço de Saúde deve se organizar para o manejo das condições crônicas e ao mesmo tempo dar conta das condições agudas. Falar de condições crônicas, não significa apenas “doenças crônicas”, tais como hipertensão e diabetes. Incluem nestas condições as doenças infecciosas, como hanseníase, DST/Aids, tuberculose, que também devem ser manejadas na lógica das doenças crônicas porque são doenças cujo ciclo de vida são superiores há três semanas. A lógica de ação destas doenças não pode ser a mesma daquelas utilizadas nas condições agudas.

Estas considerações apresentadas por Mendes (2002) são de grande importância, pois demonstram que em geral os serviços organizam-se para dar conta das condições agudas. Entretanto, é sabido que no Brasil 75% das doenças relacionam-se a condições crônicas.

Considerando que, na maioria dos casos, as condições crônicas são assintomáticas, as pessoas só procuram o sistema no momento em que percebem alguma alteração em sua saúde. Assim procuram o serviço no momento de agudização de sua condição crônica.

Estas reflexões apontam a necessidade de implantar estratégias de mudança na lógica de trabalho que dê conta do manejo das condições crônicas. Segundo Mendes (2002), este manejo depende fundamentalmente de termos uma atenção primária à saúde eficaz, que contenha a evolução da hipertensão, do diabetes e que maneje bem doenças como hanseníase e tuber-

culose. Portanto, um bom sistema é aquele que se organiza com o propósito de conter o ciclo evolutivo dos eventos crônicos.

Nesta perspectiva pretende-se que o PACS, através do trabalho dos agentes comunitários de saúde, possa identificar na comunidade em que atua situações de risco, antes mesmo de se tornar uma condição aguda.

Em relação ao modo de agir dos profissionais de saúde, os enfermeiros supervisores acreditam que a dificuldade para identificar SR na demanda dos serviços esteja associada diretamente ao modo como a assistência é prestada. Identificam como dificuldade a “falta de empenho”, a “falta de envolvimento” e a “falta de diálogo” com o usuário.

... falta diálogo no acolhimento dos pacientes, passando despercebidos os sintomas da tuberculose... (ent. 8)

O trabalho atribulado voltado para o pronto atendimento de eventos agudos reduz as chances de o profissional acolher o usuário reforçando a necessidade de repensar o modo como os serviços de saúde estão organizados.

Acompanhar um caso de tuberculose exige envolvimento, compromisso, supervisão e controle; portanto, uma outra forma de assistir, um outro processo de trabalho.

... para a unidade supervisionar teria que ter condições, viatura (...) e se jogar mais responsabilidade para a UBS, corre o risco de deteriorar esse atendimento ... (ent. 4)

Novamente vem à tona a forma como está organizado o sistema de serviços de saúde. O êxito terapêutico do portador de tuberculose exige compromisso da equipe de saúde. Requer supervisão diária da ingestão medicamentosa; realização de exames de controle; consultas de retorno; avaliação social, entre outros. Ademais a família precisa ser assistida e acompanhada ao longo dos anos, mantendo-se em sentinela para os casos secundários que possam even-

tualmente surgir. Para tal, precisam ser criados mecanismos de controle que promovam assistência integral ao indivíduo e à família.

Considerações finais

Apesar de 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 seqüência 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 a 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 de tuberculose.

Para garantir uma certa continuidade das intervenções realizadas, os processos de trabalho devem sofrer alterações importantes para que os mecanismos de fluxos de comunicação nos diferentes níveis possam ser garantidos e com o mínimo de interrupções possíveis para as ações de saúde terem impacto no controle da tuberculose.

De fato, a incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose no âmbito do PACS requer, fundamentalmente, compreensão do contexto no qual ocorre a intervenção, uma vez que contextos diversos e processos específicos de implantação, influem nos resultados. Assim, é necessário que sejam assumidos um conjunto de ações, tanto no âmbito externo como no âmbito interno, de modo a avançar a uma nova lógica de trabalho.

Colaboradores

JN Muniz foi responsável pela análise e discussão dos dados e da redação do presente artigo; PF Palha, AA Monroe e RIC Gonzales participaram da definição do objeto, metodologia; e posteriormente pela correção. A Ruffino Neto auxiliou na revisão bibliográfica e dos dados, na redação do texto; TCS Villa foi responsável por toda a orientação teórico-metodológica e bibliográfica, bem como pela revisão final do artigo.

Referências bibliográficas

- Bodstein R 2002. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 7(3):401-412.
- Brasil. Ministério da Saúde 1997. *Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família*. Ministério da Saúde, Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde 1999. *Manual para organização da Atenção Básica*. Ministério da Saúde, Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde 2000. *Plano de Controle da tuberculose no Brasil no período de 2001-2005*. Ministério da Saúde, Brasília.
- Campos CEA 2003. O desafio da integralidade segundo perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva* 8(2):569-584.
- Freire P 1970. Educação "bancária" e educação libertadora. In *Pedagogia do oprimido*. Editora Paz e Terra, Rio de Janeiro.
- Frieden TR & Driver CR 2003. Tuberculosis control: past 10 years and the future progress. *International Journal Tuberculosis Lung Disease* 83(1-3):82-85.
- Gazetta CE 1999. *Aspectos epidemiológicos da tuberculose em São José do Rio Preto-SP a partir das notificações em um hospital-escola (1993-1998)*. Dissertação de mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Hino P 2004. *Distribuição espacial dos casos de Tuberculose no município de Ribeirão Preto nos anos de 1998 a 2002*. Dissertação de mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Mendes EV 2002. *A atenção primária à saúde no SUS*. Escola de Saúde Pública, Ceará.
- Minayo MCS 1994. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Editora Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro.
- Minayo MC, Dielia JCR & Svitone E 1990. *Programa de Agentes de Saúde do Ceará: estudo de caso*. Unicef, Fortaleza.
- Muniz JN 2004. *O Programa de Agentes Comunitários de Saúde na Identificação de Sintomáticos Respiratórios no Controle da Tuberculose em Ribeirão Preto-SP: um desafio para a atenção primária à saúde*. Tese de doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Muniz JN & Villa TCS 1999. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto: novo modo de agir em saúde. *Boletim de Pneumologia Sanitária* 7(1):33-42.
- Muniz JN & Villa TCS 2002. O impacto epidemiológico do tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto (1998-2000). *Boletim de Pneumologia Sanitária* 10(1):49-54.
- Muniz JN 1999. *O tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto: uma intervenção de que tipo?* Dissertação de mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Ruffino Netto A 1999. Impacto da reforma do setor saúde sobre os serviços de tuberculose no Brasil. *Boletim de Pneumologia Sanitária* 7(1):7-15.
- Ruffino Netto A 2001. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. *IESUS* 10(3):129-38.
- Ruffino Netto A 2002. Tuberculose: a calamidade negligenciada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 1(35):51-58.
- Santos CB, Hino P, Muniz JN & Villa TCS 2003. Tuberculose: indicadores epidemiológicos e de impacto da doença para Ribeirão Preto no período de 1990 a 2000. *Boletim de Pneumologia Sanitária* 10(1):31-40.
- Sasaki CM 2003. *Tempo de tratamento da tuberculose de pacientes inscritos em um serviço de saúde do município de Ribeirão Preto – SP (1998-1999)*. Dissertação de mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Schraiber LB & Gonçalves RBM 1996. Necessidade de saúde e atenção primária, pp. 29-34. In *Saúde do adulto: programas e ações na Unidade Básica*. Hucitec, São Paulo.
- Solla JJS, Medina MG & Dantas MBP 1996. O PACS na Bahia: avaliação do trabalho dos agentes comunitários de saúde. *Saúde em Debate* 51: 4-15.
- Souza AMAF 1999. SUS obriga reformulação de programas. *Revista Promoção da Saúde* 1(1):4-5.
- Starfield B 2002. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Ministério da Saúde, Brasília.
- Vendramini SHF, Cardozo-Gonzales RI, Monroe AA & Villa TCS 2003. Tuberculose no idoso: análise de conceito. *Revista Latino Americana de Enfermagem* 11(1): 96-103.
- Vendramini SHF, Monroe A & Villa TCS 2002. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma unidade de saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente. *Boletim de Pneumologia Sanitária* 10(1): 5-12.
- Vendramini SHF 2001. *O tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto sob a percepção do doente*. Dissertação de mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Watanabe A & Ruffino Netto A 1995. Aspectos epidemiológicos da co-infecção Tuberculose/HIV – Ribeirão Preto-SP. *Revista Medicina* 28: 856-65.

Artigo apresentado em 17/04/2003

Aprovado em 20/07/2004

Versão final apresentada em 7/12/2004