

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DA
TUBERCULOSE

LUCIJANE MARIA DA SILVA GASPAR

CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE TUBERCULOSE PULMONAR NO
MUNICÍPIO DO RECIFE

RECIFE

2016

LUCIJANE MARIA DA SILVA GASPAR

**CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE SOBRE TUBERCULOSE PULMONAR NO MUNICÍPIO DO RECIFE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Epidemiologia e Controle da Tuberculose do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora:

Dr^a Maria Cynthia Braga

Coorientador:

Dr^o Ulisses Ramos Montarroyos

Recife

2016

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

G249c Gaspar, Lucijane Maria da Silva.
Conhecimento, atitudes e práticas dos agentes comunitários de saúde sobre tuberculose pulmonar no Município do Recife / Lucijane Maria da Silva Gaspar. - Recife: [s. n.], 2016.
72 p. : ilus., tab., graf.

Dissertação (Mestrado Profissional em Epidemiologia e Controle da Tuberculose) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães e Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2016.

Orientadores: Maria Cynthia Braga, Ulisses Ramos Montarroyos.

1. Tuberculose pulmonar – prevenção & controle. 2. Pessoal de saúde. 3. Agentes Comunitários de Saúde. 4. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. 5. Brasil. I. Braga, Maria Cynthia. II. Montarroyos, Ulisses Ramos. III. Título.

LUCIJANE MARIA DA SILVA GASPAR

CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE SOBRE TUBERCULOSE PULMONAR NO MUNICÍPIO DO RECIFE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado
Profissional em Epidemiologia e Controle da
Tuberculose do Centro de Pesquisas Aggeu
Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para
obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Aprovado em: 11/ 11/ 2016

BANCA EXAMINADORA

Dr^a Maria Cynthia Braga
CPqAM/FIOCRUZ

Dr^a Michelle Rabelo
CPqAM/ FIOCRUZ

Dr^a Magda Maruza
UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO

A minha filha, menina sapeca e inteligente, que dá sentido a minha vida e me faz sentir o quanto é sublime o amor.

A minha Mãe, mulher forte e batalhadora, que em minhas ausências cuidou tão bem de minha filha suprimindo as carências maternas da infância com amor e dedicação imensuráveis.

Ao meu Pai, (in memoriam), homem forte e batalhador, que sempre me incentivou ao estudo.

Ao meu marido, companheiro de todas as horas, pela preocupação, carinho e amor que sempre me dedicou, durante todo o período do curso.

AMO VOCÊS

AGRADECIMENTOS

À DEUS por ter me ofertado a oportunidade de realizar este trabalho, iluminando minha mente com sabedoria, paciência, perseverança. Obrigada Senhor por toda glória.

À Secretária de Saúde do Recife, por minha liberação em vários momentos de minha jornada de trabalho, o que demonstra o estímulo da gestão na qualificação dos profissionais.

À minha orientadora Cynthia Braga, pelas orientações, dedicação, envolvimento com o trabalho, disponibilidade, e ter acreditado que eu seria capaz de realizá-lo.

Ao co-orientador Ulisses Montarroyos, por sua paciência e grandes contribuições estatísticas.

Às coordenadoras do curso Fátima Militão e Haiana Charifker Schindler, pela excelente maneira que conduziram todo o processo do mestrado e trajetória dos alunos.

A todos os profissionais que trabalham no Aggeu Magalhães, e Centro de Referência Professor Hélio Fraga, pela paciência e disponibilidade que atendem aos alunos.

Às estudantes Gabriela Diniz e Patrícia Nascimento, pela dedicação e profissionalismo que abraçaram a pesquisa, e realizaram a coleta de dados.

Aos colegas de turma de Pernambuco e Rio de Janeiro, pela dedicação e amizade de todos, e por lutarem em prol de uma saúde pública de qualidade.

Ao meu marido, Gaspar, por sua integridade, companheirismo e compreensão nas minhas ausências durante as viagens que realizei.

A todos (as), amigos e familiares que compreenderam minhas ausências em momentos importantes.

A todos os agentes comunitários de saúde do Recife, pelo comprometimento e dedicação que desempenham suas funções e por terem contribuído na realização da pesquisa.

Às colegas enfermeiras dos PSF que se disponibilizaram a agendar e reunir os agentes comunitários para que a pesquisa fosse realizada no período estabelecido.

GASPAR, Lucijane Maria da Silva. **Conhecimento, atitudes e práticas dos agentes comunitários de saúde sobre Tuberculose pulmonar no município do Recife**. 2016. Dissertação (Mestrado Profissional em Epidemiologia e Controle da Tuberculose) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.

RESUMO

A tuberculose (TB) é um grave problema de saúde, atingindo principalmente as populações pobres e marginalizadas. No Brasil, as equipes de saúde da família são responsáveis pela identificação e tratamento dos casos de TB. O agente comunitário de saúde (ACS) é o elo entre o serviço de saúde e a população, e assume papel importante no controle da doença. Estudos sobre conhecimento, atitudes e práticas (CAP) em TB fornecem informações aos gestores e profissionais visando a melhoria da qualidade do programa. O objetivo desse estudo foi investigar o conhecimento, atitudes e práticas dos ACS sobre TB pulmonar no município do Recife, no ano de 2016. O desenho foi de corte seccional, com coleta de dados primários, em uma amostra aleatória dos ACS. Os dados foram obtidos por meio da aplicação de um instrumento padronizado. As características demográficas, relativas ao trabalho dos ACS, e suas atitudes foram descritas. A frequência de conhecimento satisfatório, das práticas adequadas e sua associação com algumas características dos ACS foram estimadas. As associações foram testadas pelo Qui-quadrado de Pearson, com significância de $p < 5\%$. O programa Epi Info, versão 3.5.4 foi utilizado para entrada e análise dos dados. Dos 401 ACS selecionados, 385 (96%) participaram do estudo. Entres esses, (87,5%) eram do sexo feminino, possuíam idade média de 43 anos e mais de nove anos de trabalho (74,5%). Um total de 237 (61,4%) ACS demonstrou conhecimento satisfatório sobre TB, o qual não se associou com escolaridade, tempo de serviço e treinamento anterior. A maioria (97,1%) acreditava estar sob risco de contrair TB e atribuiu esse risco à sua função. Práticas adequadas eram realizadas por 75,8% dos ACS, a qual se associou ao conhecimento sobre TB ($p=0,008$). Os resultados contrastam com os indicadores desfavoráveis de TB pulmonar do município e sugerem a necessidade de melhorias na gestão do programa e intensificação das ações de educação continuada permanente aos ACS.

Palavras - chave: Tuberculose pulmonar. Agentes comunitários de saúde. Conhecimento, atitudes e práticas em Saúde.

GASPAR, Lucijane Maria da Silva. **Knowledge, attitudes and practices of community health agent on pulmonary tuberculosis in Recife.** 2016. Dissertation (Professional Master degree in Epidemiology and Tuberculosis control) - Center of Research Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.

ABSTRACT

Tuberculosis (TB) is a serious health problem, reaching mainly the poor and marginalized populations. In Brazil, family health teams are responsible for identifying and treating TB cases. The community health agent (CHA) is the link between the health service and the population and plays an important role in controlling the disease. Studies on TB knowledge, attitudes and practices (CAP) provide information to managers and professionals to improve the quality of the program. The objective of this study was to investigate the knowledge, attitudes and practices of CHA on pulmonary TB in the city of Recife, in the year 2016. The design was cross-sectional, with primary data collection, in a random sample of CHA. The data were obtained through the application of a standardized instrument. The demographic characteristics, related to the work of the CHA, and their attitudes were described. The frequency of satisfactory knowledge, appropriate practices and their association with some characteristics of the CHA were estimated. The associations were tested by Pearson's Chi-square, with significance of $p < 5\%$. The Epi Info program, version 3.5.4 was used for input and analysis of the data. Of the 401 CHA selected, 385 (96%) participated in the study. Among them, (87.5%) were female, had a mean age of 43 years and more than nine years of work (74.5%). A amount of 237 (61.4%) CHA demonstrated satisfactory knowledge about TB, which was not associated with schooling, length of service and previous training. The majority (97.1%) believed that they were at risk of contracting TB and attributed this risk to their function. Adequate practices were performed by 75.8% of CHA, which was associated with knowledge about TB ($p = 0.008$). The results contrast with the unfavorable indicators of Of pulmonary TB in the municipality and suggest the need for improvements in the management of the program and intensification of the actions of permanent continuing education to the CHA.

Key – words: Pulmonary Tuberculosis. Community health agents. Knowledge, attitudes and practices in Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Coeficiente de incidência da tuberculose pulmonar, Recife 2005 a 2014.....	14
Figura 2 – Tuberculose (percentual de cura e de abandono do tratamento em Recife de 2004 a 2014).....	15
Figura 3 – Distribuição dos casos de tuberculose pulmonar nos oito Distritos Sanitários em 2014.....	15
Quadro 1 - Divisão dos Bairros do Recife por Distrito Sanitário de Saúde. Recife, 2016.....	28
Figura 4 – Mapa da cidade do Recife, dividido em 8 Distritos Sanitários de Saúde.....	29
Quadro 2 - Distribuição de Pneumologistas por Distrito Sanitário de saúde. Recife, 2016.....	30
Quadro 3 - Questões sobre conhecimento dos ACS e suas respectivas pontuações.....	33
Quadro 4 - Questões sobre atitudes dos ACS.....	34
Quadro 5 - Questões sobre as práticas dos ACS e suas respectivas pontuações.....	34
Quadro 6 – Categorização das variáveis independentes.....	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de unidades de saúde da família, de equipes e de ACS, segundo Distrito Sanitário de Saúde. Recife, 2016.....	30
Tabela 2 - Distribuição de frequência (absoluta e percentual) dos ACS em atividade, nº de equipes sorteadas, e da amostra de acordo com Distrito Sanitário de Saúde. Recife, 2016.....	31
Tabela 3 - Número de ACS elegíveis e entrevistados segundo Distrito Sanitário de Saúde. Recife, Pernambuco, 2016.....	49
Tabela 4 - Caracterização demográfica e relativas ao trabalho dos ACS. Recife, Pernambuco, 2016.....	40
Tabela 5 - Caracterização dos ACS em relação à capacitação no trabalho. Recife, Pernambuco, 2016.....	41
Tabela 6 - Associação da satisfação no trabalho dos ACS de acordo com nº de famílias, tempo de serviço e escolaridade. Recife, Pernambuco, 2016.....	42
Tabela 7 - Associação do conhecimento satisfatório sobre TB pulmonar dos ACS de acordo com características demográficas, tempo de serviço, treinamento anterior e DS. Recife, Pernambuco, 2016.....	43
Tabela 8 - Atitudes dos ACS em relação à TB pulmonar. Recife, Pernambuco, 2016.....	44
Tabela 9 – Características das práticas dos ACS sobre TB pulmonar. Recife, Pernambuco, 2016.....	46
Tabela 10 - Associação das práticas adequadas sobre TB pulmonar dos ACS de acordo com conhecimento, escolaridade, tempo de serviço, treinamento sobre a doença e tempo do último treinamento. Recife, Pernambuco, 2016.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária da Saúde
BCG	Bacilo de Calmette & Guérin
CAP	Conhecimento, Atitudes, Práticas
DS	Distrito Sanitário
DOTS	Direct Observed Treatment Short-course
ESF	Equipe de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PÓS-TB	Pós-Tuberculose
RPA	Região Político administrativa
SANAR	Programa de Enfrentamento das Doenças Negligenciadas
TB	Tuberculose
TB-MDR	Tuberculose Multidroga Resistente
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDO	Tratamento Diretamente Observado
USF	Unidade de Saúde da Família
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	JUSTIFICATIVA	24
3	PERGUNTA CONDUTORA	25
4	OBJETIVOS	26
4.1	Objetivo Geral	26
4.2	Objetivos Específicos	26
5	METODOLOGIA	27
5.1	Delineamento do Estudo	27
5.2	Caracterização do Local de Estudo	27
5.3	População de Estudo	30
5.4	Cálculo da Amostra e Plano Amostral	31
5.5	CrITÉrios de Exclusão	31
5.6	Coleta dos Dados	32
5.6.1	O instrumento de coleta dos dados	32
5.7	Definição de termos	35
5.8	Variáveis do Estudo	35
5.8.1	Variáveis dependentes	35
5.8.1.1	Conhecimento sobre TB (satisfatório e insatisfatório)	35
5.8.1.2	Atitudes sobre TB	36
5.8.1.3	Práticas sobre TB (adequada e inadequada)	36
5.8.2	Variáveis independentes	36
5.9	Plano de Análise	37
5.10	Considerações Éticas	38
6	RESULTADOS	39
7	DISCUSSÃO	48
8	CONCLUSÃO	56
9	RECOMENDAÇÕES	57
	REFERÊNCIAS	58
	APÊNDICE A - TCLE	64
	APÊNDICE B - Questionário	65
	ANEXO A – Carta de Anuência	69
	ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	70

ANEXO C – Comunicação Interna (CI) da Divisão em Educação na Saúde do Recife para as coordenações dos Distritos Sanitários de Saúde	71
--	-----------

1 INTRODUÇÃO

A Tuberculose é uma doença infectocontagiosa, de evolução crônica, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, que afeta principalmente os pulmões, podendo acometer outros órgãos, como ossos, articulações, linfonodos, rins, fígado, baço, pele, sistema nervoso, dentre outros (ZUMLA *et al.*, 2013). A principal forma da doença é a pulmonar, sendo a tosse prolongada, febre vespertina, perda de peso, sudorese noturna, anorexia, mal-estar, adinamia e dor no tórax as principais manifestações clínicas (ROSEMBERG, 2007).

A transmissão da tuberculose ocorre de forma direta, de pessoa a pessoa, através de gotículas microscópicas contendo o *Mycobacterium tuberculosis*, as quais são lançadas no ar por meio da tosse, fala e espirro e que, depois de inalados, podem atingir os bronquíolos e alvéolos, onde iniciam a multiplicação bacteriana (ROSEMBERG, 2007). Estima-se que um doente bacilífero seja capaz de infectar 10 a 15 pessoas de sua comunidade em um ano (NOGUEIRA *et al.*, 2012). Entre os infectados cerca de 5% desenvolvem a tuberculose (TB) nos dois primeiros anos após a contaminação (NOGUEIRA *et al.*, 2012; ZUMLA *et al.*, 2013).

Apesar de possuir tratamento efetivo e barato, a doença está presente em todos os continentes e constitui um grave problema de saúde mundial até os dias atuais, atingindo principalmente as populações pobres e marginalizadas (LONNROTH *et al.*, 2010; ZUMLA *et al.*, 2013).

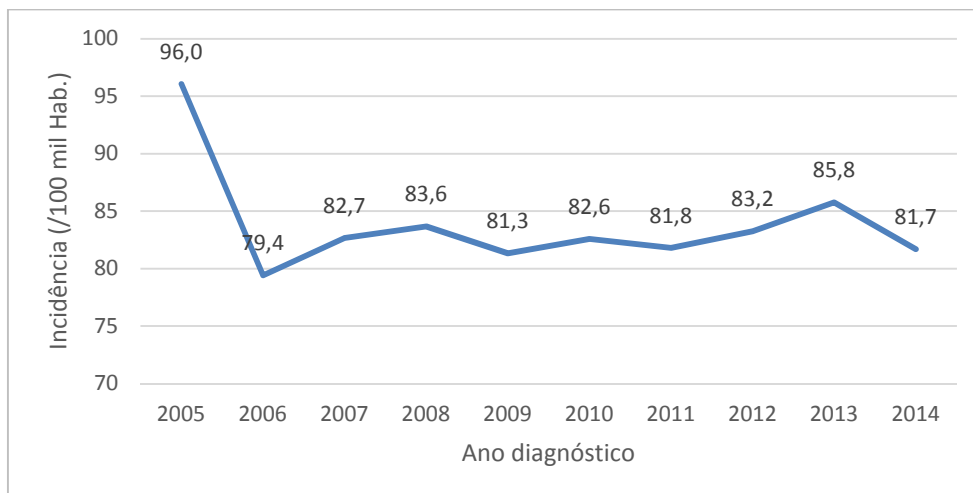
A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que aproximadamente um terço da população mundial esteja infectada pelo bacilo da tuberculose, da qual cerca de 9,6 milhões são portadores da doença e 1,5 milhões evoluíram para o óbito em 2014 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015). Na década de 90, com o aumento global do número de casos da tuberculose associados ao HIV e o aumento da tuberculose multirresistente, a OMS declarou a doença uma emergência mundial e elaborou uma lista de 22 países prioritários para o desenvolvimento de ações de controle, com base em critérios de incidência, e no fato desses países concentrarem 80% dos casos no mundo (PEDRO *et al.*, 2014; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014). Em 2014, o Brasil ocupava o 18º lugar nesta lista de países prioritários, tendo em vista a elevada taxa anual de incidência, com cerca de 70.000 mil casos novos, e mais de 4.000 óbitos pela doença no ano (BRASIL, 2016). No país, tem-se observado uma redução progressiva dos coeficientes de incidência de tuberculose, que passou de 41,5/100 mil habitantes, em 2005, para 30,9/ 100 mil habitantes, em 2015, representando

uma média de redução de 2,3% ao ano (BRASIL, 2016). Apesar do declínio das taxas anuais da doença, o coeficiente de incidência ainda está acima da meta de 25,9/100 mil habitantes, estabelecida pela OMS para o país, no ano de 2015 (PROCÓPIO, 2014).

A região Nordeste do Brasil, historicamente tem se caracterizado pela elevada incidência de tuberculose (BRASIL, 2015). No Estado de Pernambuco, onde a tuberculose constitui um grave problema de saúde pública, a incidência anual da doença foi de 43,6/100 mil habitantes, em 2014, a mais elevada incidência dos estados da Região Nordeste e a terceira no Brasil, inferior apenas aos Estados do Amazonas e Rio de Janeiro (BRASIL, 2015). Segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, no BRASIL em 2015, as taxas de cura e de abandono do tratamento da TB em Pernambuco foram de 69% e de 8,5%, respectivamente, valores bem distantes dos percentuais recomendados pela OMS, que preconiza um percentual de cura de 85%, e abandono de 5% (BRASIL, 2016).

No município do Recife, capital do estado, as taxas de cura, abandono e de mortalidade foram de 64,6%, 17,4%, de 6,8%, respectivamente, percentuais igualmente distantes das metas estabelecidas pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), (RECIFE, 2015). Com base nesses indicadores, o Ministério da Saúde (MS) considerou o município prioritário para o controle da tuberculose (TB) no Brasil. No Recife, a incidência de tuberculose pulmonar, de 2005 a 2014, foi de 96,0/100 mil hab., para 81,7/100 mil habitantes, respectivamente, evidenciado pequenas variações da doença nos últimos anos (Figura 1).

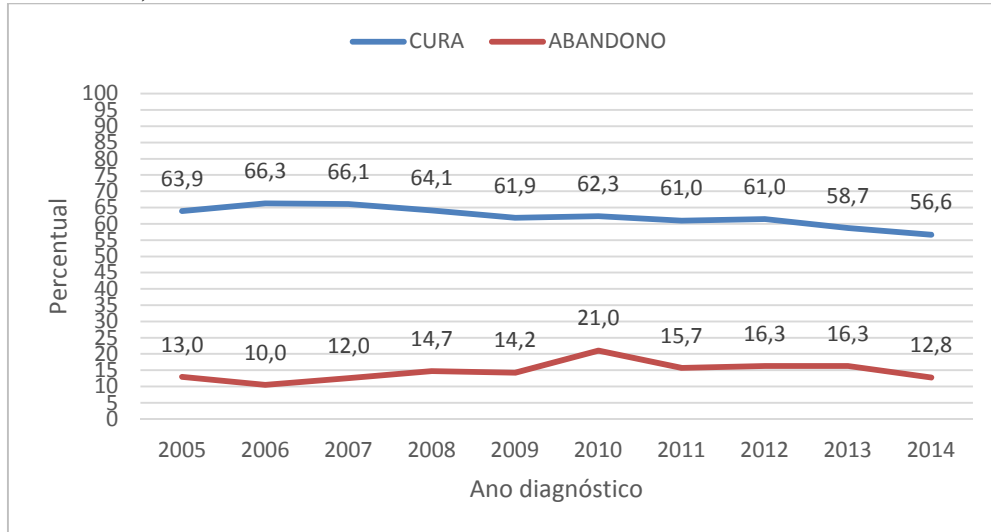
Figura 1 - Coeficiente de incidência da tuberculose pulmonar, Recife de 2005 – 2014.



Fonte: IBGE (2014) e Recife (2016).

Uma série histórica das taxas de cura e abandono do tratamento de TB entre os anos 2005 a 2014, construída com base nos dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (RECIFE, 2016), mostra que esses percentuais foram elevados e sofreu pouca variação nos últimos anos (Figura 2).

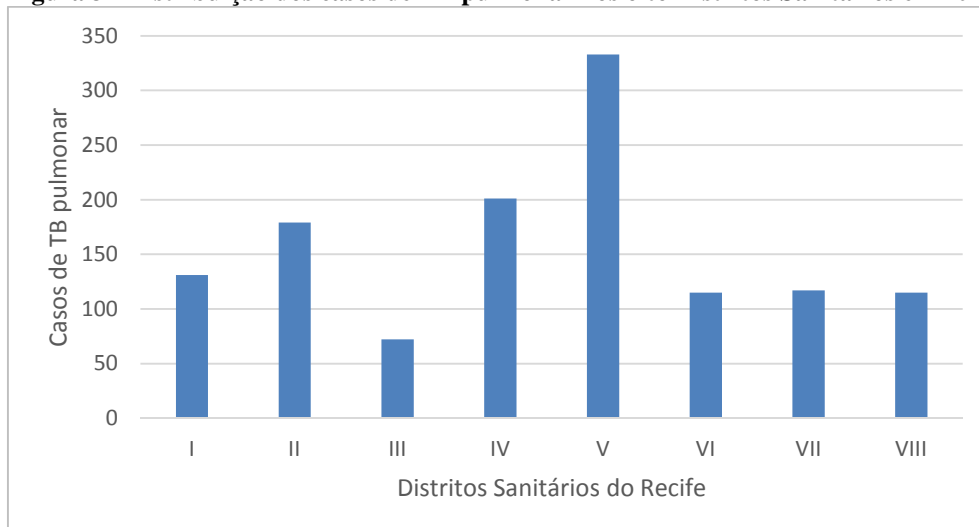
Figura 2 - Tuberculose (percentual de cura e de abandono do tratamento em Recife de 2004 a 2014).



Fonte: Recife (2016).

Com relação à distribuição dos 1.274 casos novos de TB pulmonar notificados no município em 2014, observa-se que a maior frequência ocorreu no Distrito Sanitário (DS) V, seguido pelo DS IV e II (RECIFE, 2015) (Figura 3).

Figura 3 - Distribuição dos casos de TB pulmonar nos oito Distritos Sanitários em 2014.



Fonte: Recife (2015).

Tendo em vista a expansão da TB no mundo, no ano de 2000 foi realizada na Holanda, a Conferência Ministerial sobre Tuberculose e Desenvolvimento Sustentável, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que contou com a participação de vários países, onde estabeleceu como diretriz prioritária o controle da doença nos países em desenvolvimento e elaborou a Declaração de Amsterdã (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014). Esta declaração representou um marco na retomada da luta contra a tuberculose, enfatizou as repercussões socioeconômicas da doença para os países com maior carga e apontou soluções que envolvessem a participação da sociedade, utilização de tecnologia eficaz e acessível para o diagnóstico e a descentralização da assistência dos casos de tuberculose para os serviços de atenção básica (IBANÊS; NIVALDO JÚNIOR, 2013; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014). Esta iniciativa foi seguida pelo lançamento de um Plano Global lançado pela OMS em 2006, denominado “Stop TB”, cuja principal diretriz foi o fortalecimento e a expansão do tratamento diretamente observado (TDO), visando a redução da prevalência e de 50% das mortes por TB até o ano de 2015, tendo o ano de 1990 como referência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006).

Visando reduzir a carga global da doença, a OMS estabeleceu como metas aos países classificados como prioritários, a obtenção de taxas de cura de 85% e de redução das taxas de abandono ao tratamento para níveis abaixo de 5%. Essas metas seriam atingidas por meio da adoção da estratégia *Direct Observed Treatment Short-course* (DOTS). A Estratégia DOTS tem como elementos o compromisso político, o fortalecimento de recursos humanos, a garantia de recursos financeiros, a elaboração de planos de ação, mobilização social, diagnóstico bacteriológico dos casos, tratamento padronizado com supervisão da ingestão da medicação, fornecimento de medicamentos, sistemas de monitoramento e avaliação dos casos (IBANÊS; NIVALDO JÚNIOR, 2013; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014).

Em 2015, uma nova estratégia de enfrentamento da TB no âmbito global foi lançada pela OMS, a Estratégia PÓS-TB 2015, que visa o controle da epidemia da tuberculose até 2035 e estabeleceu como metas a redução da incidência mundial para menos de 10 casos/100 mil habitantes, que representa um percentual de redução de 90% da ocorrência de casos novos e de 95% no número de mortes pela doença (LONNROTH *et al.*, 2014). Para o alcance dessas metas, uma série de medidas foram propostas, dentre as quais o aumento progressivo na cobertura de serviços de saúde, a proteção social à população afetada, melhorias no acesso à assistência, diagnóstico e tratamento da TB multidroga resistente (TB-MDR), melhoria nos sistemas de vigilância e das medidas de proteção contra riscos financeiros aos pacientes e suas respectivas famílias, aumento da detecção de casos novos, luta contra o estigma e a

discriminação, capacitação de pessoas acometidas por TB e mobilização social visando o compromisso político, dentre outras ações (LONNROTH *et al.*, 2014; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015).

Assim, o plano global, cujo lema é “alcançar os três milhões de casos não detectados: rastrear, tratar e curar todos” passou a ser considerado de elevada prioridade pela comunidade internacional. A projeção do plano para o ano de 2050 é o controle da epidemia global da TB mediante a detecção precoce dos casos novos bacilíferos, o rastreamento dos contatos e grupos de alto risco, com proteção social para os afetados (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014).

No Brasil, com base nas diretrizes estabelecidas pela OMS, no início dos anos 2000, novas estratégias do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) foram delineadas, dentre as quais a normatização do tratamento ambulatorial da doença por profissionais generalistas e pelas Equipes de Saúde da Família. Além disso, o programa instituiu medidas visando facilitar o acesso dos pacientes aos níveis de atenção de maior complexidade, tanto no que diz respeito ao diagnóstico, como ao tratamento ou internação hospitalar (BRASIL, 2011). Com a descentralização das ações do Programa para a atenção básica, o PNCT buscava uma melhor efetividade na prevenção, tratamento e cura dos doentes e, conseqüentemente, redução da prevalência da doença (HIJJAR *et al.*, 2007).

Atualmente alinhado às estratégias mundiais, o PNCT está elaborando o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose, onde tem buscado uma articulação com as esferas governamentais estaduais e municipais, através de uma intersetorialidade de diversas instancias da sociedade para o enfrentamento da doença (BRASIL, 2016). Entre as ações estratégicas delineadas pelo plano nacional podem-se citar as seguintes:

- a) Estratégias de adesão ao tratamento, com ênfase no TDO;
- b) Fortalecimento da atenção básica de saúde;
- c) Reforço no estabelecimento de parcerias com setores intra e inter-setoriais;
- d) Realização de novos estudos sobre os coeficientes de incidência e de mortalidade por tuberculose (BRASIL, 2016).

Além da implementação destas estratégias, espera-se que até 2035 surjam novos fármacos e vacina que contribuam para o alcance das metas estabelecidas (BRASIL, 2016; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2016).

Em 2011, a Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco implantou o Programa de Enfrentamento às Doenças Negligenciadas (SANAR), que tem como objetivo a redução da carga ou a eliminação de sete doenças endêmicas (tuberculose, hanseníase, geo-helmintíase,

esquistossomose, filaríose, doença de Chagas e tracoma) nos municípios que apresentavam indicadores em níveis inaceitáveis para os padrões recomendados pelo MS e OMS. Assim, com base nos critérios de carga da doença e indicadores epidemiológicos, 108 municípios foram selecionados pelo Programa. Com relação à tuberculose, o programa SANAR definiu como indicadores epidemiológicos a taxa de detecção de casos, de mortalidade e de abandono do tratamento, e estabeleceu como metas de impacto o percentual de cura dos casos novos de pelo menos 75% e uma redução das taxas de abandono para percentuais inferiores a 5%, (PERNAMBUCO, 2011).

Considerando a gravidade do quadro epidemiológico da tuberculose no município do Recife, o Programa SANAR foi implantado no município também em 2011, cujas estratégias de enfrentamento da TB têm priorizado a vigilância e o diagnóstico dos casos da doença por meio de ações de apoio técnico e assessoramento às equipes de saúde que atuam na rede de atenção básica. Do mesmo modo, visando adequar as ações de prevenção e tratamento da doença às normas do programa SANAR estadual, o programa municipal no Recife priorizou o diagnóstico situacional na rede de saúde, a atualização e correção das distorções dos dados do sistema de vigilância, além do treinamento dos profissionais para aprimorar o diagnóstico e tratamento dos pacientes. Com a descentralização das ações de controle da TB para a estratégia de saúde da família, o SANAR municipal prevê a melhoria dos indicadores por meio da intensificação das seguintes ações: busca aos sintomáticos respiratórios, detecção precoce de casos novos, e eficácia do tratamento, que resultarão em aumento das taxas de cura e redução das taxas de abandono (RECIFE, 2011).

O MS tem buscado a qualificação da Atenção Primária da Saúde (APS) por meio da expansão das Equipes de Saúde da Família (ESF) para todos os municípios brasileiros (TEIXEIRA; SOLLA, 2006). As ESF, que são compostas por médico, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem, auxiliar de consultório dentário e agentes comunitários de saúde (ACS), são a porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsáveis pela execução das principais ações de controle da TB na Atenção Primária da Saúde. As atribuições das ESF no PNCT são a aplicação da vacina BCG aos recém-nascidos, a realização do diagnóstico precoce, tratamento e cura dos doentes, solicitação da testagem para o HIV, além de ações de vigilância, e administração da quimioprofilaxia aos casos de infecção latente (BRASIL, 2008; PROCÓPIO, 2014).

A participação do ACS na equipe de saúde da família é de grande importância, tendo em vista a possibilidade de identificação e investigação de sintomáticos respiratórios durante as visitas domiciliares, além do acompanhamento da adesão ao tratamento da tuberculose

(evitando o abandono) e orientação de medidas preventivas aos membros da família (BRASIL, 2011).

Cada ACS é responsável por uma média de 150 famílias ou 750 pessoas residentes em uma microárea adstrita, onde é responsável pelo cadastro e levantamento do perfil social, econômico e epidemiológico das famílias, além de atividades de acompanhamento da situação de saúde das pessoas, e desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde por meio de visitas domiciliares periódicas (BRASIL, 2002).

Assim, o ACS atua no desenvolvimento das ações de vigilância e assistência aos casos de tuberculose no seu local de trabalho. Na microárea sob sua responsabilidade, os ACS assumem papel fundamental na equipe de saúde da família, pois seu trabalho consiste em conhecer o território e os problemas da comunidade. Esse profissional apresenta potencial para crescer e se desenvolver, observando as pessoas, as coisas, os ambientes, sendo ativo e tendo iniciativa, devendo agir com respeito e ética na comunidade e com os demais profissionais da equipe (PEREIRA; OLIVEIRA, 2013).

De acordo com o PNCT, as atribuições do ACS são (BRASIL, 2001; PROCÓPIO, 2008):

- a) Identificar sintomáticos respiratórios nos domicílios e comunidade;
- b) Orientar a coleta da baciloscopia;
- c) Facilitar o acesso dos sintomáticos respiratórios e casos confirmados de TB à unidade de saúde;
- d) Encaminhar o caso suspeito para atendimento por profissionais da unidade de saúde;
- e) Orientar e encaminhar os contatos à unidade de saúde para rastreamento de tuberculose (infecção ou doença);
- f) Realizar ações educativas na comunidade;
- g) Supervisionar, por meio de visita domiciliar, a ingestão da medicação de pacientes em Tratamento Diretamente Observado (TDO);
- h) Agendar consultas extras para o paciente, quando necessário;
- i) Manter a ficha de acompanhamento atualizada;
- j) Participar do planejamento das ações de controle da TB na comunidade;
- k) Realizar reuniões comunitárias;
- l) Verificar a situação vacinal no cartão da criança ou a presença de cicatriz da vacina BCG no seu braço direito, durante a visita domiciliar, e encaminhá-la para vacinação na unidade de saúde, se necessário;
- m) Realizar busca ativa aos faltosos e casos de abandono ao tratamento.

Para Cotta *et al.* (2006) e Crispim *et al.* (2012), os profissionais das equipes de saúde da família necessitam estar qualificados e capacitados para desenvolverem as atividades de detecção precoce da tuberculose e manejo correto dos casos. Duarte *et al.* (2011), refere que a educação permanente dos ACS, mostra-se relevante para a precoce detecção da tuberculose, também contribuindo para a organização, planejamento e implementação da assistência aos comunitários.

Os estudos sobre conhecimento, atitudes e práticas (CAP) utilizam metodologia específica e são delineados com o objetivo de mensurar o que as pessoas sabem, sentem e como se comportam sobre determinado assunto, fornecendo informações sobre o que é conhecido, acreditado e realizado (SANTOS; CABRAL; AUGUSTO, 2011). Esse tipo de estudo fornece dados importantes que auxiliam o planejamento, implementação das ações e avaliação do trabalho das equipes de saúde e possibilitam a identificação de problemas e barreiras, bem como de soluções visando a melhoria da qualidade do trabalho dos ACS em relação à tuberculose (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

Esses estudos têm sido realizados em vários países para pesquisar diversos temas na área de saúde. Especificamente no que dizem respeito à tuberculose, tais estudos fazem parte de uma estratégia ampla, proposta pela OMS, de advocacia, comunicação e mobilização social para o controle da tuberculose (SÉRGIO JÚNIOR; OLIVEIRA; MARIN-LÉON, 2013; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008). Assim em 2008, tendo em vista a utilidade dos estudos CAP no auxílio às ações de planejamento, implementação e avaliação dos programas de tuberculose nos países, bem como na identificação de soluções para aumentar a qualidade dos programas nos países endêmicos, a OMS publicou um guia de orientação para a realização de estudos CAP dirigido a gestores e funcionários de programas de TB (MEDICINS DU MONDE, 2011; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

Para Tariq (2008), uma pesquisa CAP pode identificar o conhecimento, crenças culturais e comportamentais e podem facilitar a compreensão da ação, bem como barreiras ou obstáculos no controle da tuberculose. A dimensão conhecimento se refere à compreensão que o indivíduo tem sobre o assunto e o que ele sabe, enquanto que as atitudes são os seus sentimentos, idéias pré-concebidas. Com relação às práticas, consistem na forma como se demonstra o conhecimento e as atitudes (KALIYAPERUMAL, 2004).

Dados de estudos CAP podem ser obtidos por meio de entrevistas face a face ou autoaplicáveis utilizando um questionário estruturado e padronizado, os quais têm sido utilizados em várias pesquisas no Brasil e no mundo com diversos temas (MÉDICINS DU MONDE, 2011; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

Hashim e colaboradores (HASHIM; KUBAISY; DULAYME, 2003), realizando estudo CAP sobre TB em 500 profissionais de saúde no Iraque, Oriente Médio, incluindo os ACS, constatou que apesar da quase totalidade dos entrevistados possuírem bom nível de conhecimento sobre a doença, cerca de 40% não sabia identificar casos novos de TB em sua prática diária. O autor também verificou que o conhecimento satisfatório por parte dos profissionais esteve relacionado ao tempo de trabalho e maior escolaridade, e concluiu que essa associação possivelmente ocorreu porque profissionais com mais tempo de serviço já haviam realizado maior número de treinamentos e haviam acompanhado maior número de casos, e conseqüentemente teriam mais experiência.

Outro estudo em conhecimento e práticas sobre tuberculose em trabalhadores de saúde (incluindo ACS) na Etiópia, África, revelou que 74% dos profissionais tinham conhecimento satisfatório sobre TB, e 63% apresentavam boas práticas, observando-se a relação entre o conhecimento e boas práticas quanto ao manejo da doença (TEMESGEN; DEMISSIE, 2011). Neste mesmo país, Gizaw, Alemu e Kibret (2015) conduzindo um estudo sobre conhecimento e práticas relativos à TB em trabalhadores de saúde nos hospitais, e nestes também incluídos ACS, mediante a aplicação de um questionário estruturado, observou que 64% tinham bom conhecimento sobre a doença e apenas metade apresentavam boas práticas. Concluiu, igualmente, que ter recebido treinamento sobre a doença e possuir mais de seis anos de experiência foram fatores associados ao bom nível de conhecimento e práticas adequadas.

Bristow *et al.* (2013), conduziu um estudo CAP em 313 profissionais de quatro hospitais na África do Sul, onde também está incluído ACS, observou que os profissionais que haviam sido treinados para TB tinham boas práticas, tendo os respondentes com bom conhecimento dez vezes mais chance de desempenhar boas práticas comparados aos que não tinham bom nível de conhecimento.

Na América do Sul, ainda são escassos os estudos CAP sobre TB envolvendo agentes comunitários de saúde descritos na literatura. Em Tacna, no Peru, um estudo que levantou o conhecimento dos ACS sobre TB, constatou que os ACS possuíam treinamento anterior sobre TB e que mais de 80% possuíam um conhecimento adequado sobre a doença (AFARAY; HILASACA, 2012)

No Brasil, Maciel *et al.* (2008) investigaram o nível de conhecimento dos ACS sobre o controle da tuberculose e a sua auto percepção no enfrentamento da doença, na cidade de Vitória, Espírito Santo, e observaram que o maior tempo de atuação profissional estava associado ao maior nível de compreensão da doença, bem como, à realização de atividades efetivas sobre este agravo. O autor concluiu que o conhecimento e as ações dos ACS eram

falhos e recomendou melhorias na educação permanente destes profissionais. Ainda na região sudeste do país, Ramdohr Sobrinho *et al.* (2013) avaliaram o conhecimento de ACS sobre tuberculose no município de São Carlos, estado de São Paulo, e observaram que cerca de 70% dos ACS foram capazes de reconhecer suas ações no controle da doença, porém identificou fragilidades no conhecimento relativo ao tratamento, abandono de tratamento, formas de transmissão da doença e identificação da cicatriz BCG no braço direito. Com base nestes resultados, recomendou a adoção de políticas de controle da TB e ações educativas visando a capacitação dos agentes comunitários de saúde.

Em Ribeirão Preto, São Paulo, Crispim *et al.* (2012) avaliaram o desempenho dos ACS no controle da TB e identificaram dificuldades destes profissionais na identificação de sintomáticos respiratórios, durante as visitas. Além disso, os autores constataram a escassa realização de ações que visam o apoio e participação da comunidade na identificação de casos de TB, e concluíram que os ACS atuam de forma pontual e incipiente. Ainda no mesmo município, Scatolin *et al.* (2014) também verificaram atuação deficiente dos ACS na investigação de sintomáticos respiratórios, na discussão sobre TB com a comunidade, e no estabelecimento de parcerias no território em que atuam. Os autores concluíram que há necessidade de maior supervisão, além da elaboração de uma nova lógica de trabalho, a qual incluía articulação intersetorial, com vistas ao aumento da capacidade de detecção de casos de tuberculose pelos ACS.

Pinto *et al.* (2014), na cidade de Natal, Rio Grande do Norte, em seu estudo sobre o agente comunitário de saúde na detecção de casos de TB encontrou como regular a ação de ensinar como coletar escarro, armazenar e encaminhar a amostra e insatisfatória quanto a solicitação de baciloscopia durante as visitas domiciliares. Já Dantas *et al.* (2011) analisando as práticas em relação ao diagnóstico da tuberculose em 110 ACS desta mesma cidade, observou que mais de 60% dos ACS realizavam a busca de pessoas com tosse durante as visitas e que não encontravam dificuldades em convencer o usuário a coletar o escarro. Esse autor concluiu que a maioria dos ACS desenvolvia suas atividades de acordo com o preconizado pelo PNCT, porém menos de 10% dos entrevistados nunca haviam recebido treinamento sobre TB e referiram insegurança em participar das atividades relativas à doença.

Mais recentemente, Rocha *et al.* (2015) avaliaram o nível de conhecimento sobre TB e as práticas relativas ao controle e tratamento diretamente observado (TDO) em uma amostra dos ACS do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, observou um elevado nível de conhecimento sobre TB (81%), e elevada proporção de adoção de práticas adequadas de controle (84%). Em relação ao TDO, menos de 60% apresentavam bom nível de

conhecimento. Os autores observaram associação entre o conhecimento sobre TB e o tempo de atuação profissional.

Apesar da relevância do tema, estudos CAP com ACS sobre TB ainda são escassos na literatura, tendo esse fato sido igualmente constatado por Rocha *et al.* (2015). Com relação à região Nordeste não foi encontrado estudos com essa abordagem.

A cidade do Recife apresenta uma cobertura de ESF de cerca de 50% das famílias do município, e uma das maiores taxas de incidência, de mortalidade e de abandono do tratamento por TB no Brasil (BRASIL, 2016). Dessa forma, o desenvolvimento de um estudo CAP em tuberculose pulmonar com agentes comunitários de saúde que atuam neste município poderá fornecer dados relevantes ao planejamento, sistematização e avaliação da atuação desses profissionais nas ações de controle da tuberculose pulmonar.

2 JUSTIFICATIVA

Entre as medidas propostas pelas estratégias mundiais e nacionais de controle da epidemia da tuberculose o diagnóstico precoce e o tratamento adequado visam reduzir à incidência, o abandono, a resistência aos medicamentos e aumentar a taxa de cura dos casos diagnosticados (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015).

As ações dos ACS nas equipes de saúde da família buscam facilitar o processo de cuidados à saúde da população em sua área de abrangência, pois pertence a mesma comunidade na qual reside o paciente que recebe as orientações (BRASIL, 2009). O trabalho dos ACS se baseia no conhecimento dos modos e hábitos de vida da população e é realizado mediante o contato direto com o íntimo da família e identificação de vulnerabilidades e necessidades dos indivíduos, intermediando o saber popular e científico (PEREIRA; OLIVEIRA, 2013). Tendo em vista a natureza do trabalho deste profissional, a sua participação nas ESF torna-se essencial ao pleno desenvolvimento das ações de promoção e proteção da saúde nas comunidades. No que se refere ao PNCT, a atuação do ACS, juntamente com a equipe de saúde, é decisiva para garantir a qualidade e o pleno desenvolvimento das ações do programa na atenção básica, e conseqüentemente, no alcance das metas de eliminação da tuberculose como um problema de saúde pública.

Considerando a importância e multiplicidade das atribuições dos ACS no PNCT, supõe-se que o nível de conhecimento, atitudes e práticas destes profissionais sobre tuberculose pulmonar possam interferir na qualidade e efetividade de suas ações no programa, e conseqüentemente, nos indicadores da doença em nível local. Entretanto, há poucos estudos sobre o conhecimento, atitudes e práticas dos ACS em relação a tuberculose no Brasil, e inexistem na Região Nordeste. Desta forma, a realização de um estudo CAP dos ACS sobre TB pulmonar no município do Recife é oportuna em virtude da elevada incidência da doença na cidade.

Espera-se que esse estudo traga contribuições importantes para o planejamento de ações voltadas à melhoria da qualidade do processo de trabalho e o aprimoramento dos ACS no manejo da detecção precoce dos casos, e acompanhamento dos pacientes em tratamento. Além disso, o estudo fornecerá dados inéditos aos gestores, profissionais e sociedade, e contribuirá para o empoderamento de todos os envolvidos na luta contra a tuberculose.

3 PERGUNTA CONDUTORA

Qual o conhecimento, atitudes e práticas dos agentes comunitários de saúde sobre tuberculose pulmonar no município do Recife, no ano de 2016?

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Descrever e analisar o conhecimento, atitudes e práticas dos Agentes Comunitários de Saúde sobre tuberculose pulmonar, no município do Recife, em 2016.

4.2 Objetivos Específicos

- a) Descrever as características demográficas dos ACS;
- b) Descrever a frequência de conhecimento satisfatório sobre tuberculose pulmonar (transmissão, diagnóstico, tratamento e cura) e analisar a associação com sexo, idade, escolaridade, tempo de serviço, treinamento prévio em tuberculose e distritos sanitários de saúde (DS);
- c) Descrever as atitudes dos ACS relativas à tuberculose pulmonar;
- d) Descrever a frequência das práticas adequadas sobre tuberculose pulmonar, com base nas recomendações do PNCT e analisar a sua associação com o conhecimento satisfatório, escolaridade, tempo de serviço e treinamento prévio.

5 METODOLOGIA

5.1 Delineamento do Estudo

Estudo de corte seccional descritivo e analítico, com coleta de dados primários sobre conhecimento, atitudes e práticas na assistência a portadores de tuberculose pulmonar (estudo CAP) em amostra representativa dos ACS que atuam nas equipes da saúde da família no município do Recife, no ano de 2016.

5.2 Caracterização do Local de Estudo

O estudo foi conduzido no município do Recife, capital do estado de Pernambuco. Sua extensão territorial é de 218,435 Km², possui uma população de 1.608.488 habitantes (IBGE, 2014), com predomínio urbano, distribuída em 94 bairros, dividida em oito regiões políticas administrativas, que correspondem aos distritos sanitários de saúde (Quadro 1 e Figura 4). O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município era de 0,772, em 2010, sendo classificado como um dos melhores níveis de IDH das capitais do Nordeste (IBGE, 2014).

Em todo o município, há predomínio da população jovem, de 20 a 39 anos, e 53,8% são do sexo feminino. Um percentual de 33,1% não possui nenhum rendimento, 29,2% recebe até um salário mínimo, e apenas 1,8% possuem renda maior que 20 salários. Em relação à escolaridade, cerca de 40% não possuem instrução ou tem apenas o ensino fundamental incompleto (RECIFE, 2014).

O território do município é dividido em oito regiões políticas administrativas (RPA), correspondem às áreas dos distritos sanitários de saúde (DS), (Figura 4). Em 2016, havia 126 Unidades de Saúde da Família (USF), com 269 equipes de saúde da família (ESF), e um total de 1.509 ACS (em média, seis ACS por equipe), sendo a cobertura da Estratégia de Saúde da Família de 50,2% no município (RECIFE, 2016).

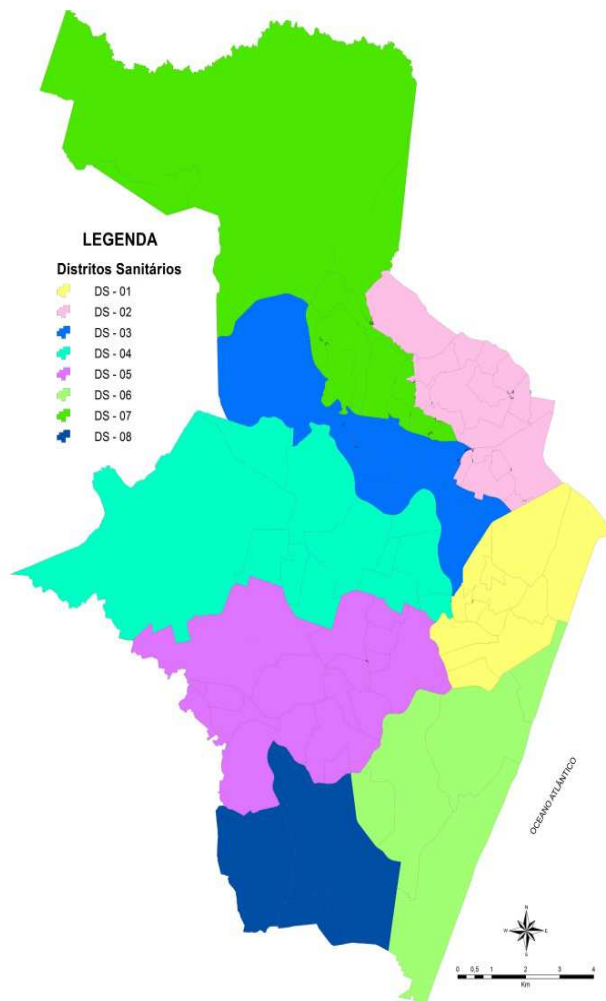
Também compõem a rede de atenção básica da saúde, 55 equipes de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 20 equipes de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), 22 Unidades Básicas de Saúde, 17 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 24 Residências Terapêuticas, 12 Policlínicas, 4 Serviços de Pronto Atendimento (SPA), 8 Upinhas, 3 Maternidades, 6 Equipes de Consultório de rua, 1 Laboratório Municipal.

Quadro 1 - Divisão dos Bairros do Recife por Distrito Sanitário de Saúde. Recife, 2016.

DISTRITOS	BAIRROS
DS I	Recife, Cabanga, Soledade, Santo Amaro, São José, Coelhos, Boa Vista, Paissandu, Ilha Joana Bezerra, Santo Antônio, Ilha do Leite.
DS II	Torreão, Ponto de Parada, Rosarinho, Porto da Madeira, Fundão, Cajueiro, Encruzilhada, Beberibe, Hipódromo, Água Fria, Peixinhos, Bomba do Hemetério, Campina do Barreto, Arruda, Campo Grande, Alto Santa Terezinha, Linha do Tiro, Dois Unidos.
DS III	Poço da Panela, Derby, Monteiro, Tamarineira, Graças, Espinheiro, Alto do Mandu, Casa Amarela, Aflitos, Casa Forte, Parnamirin, Apipucos, Jaqueira, Santana, Sítio dos Pintos, Dois Irmãos.
DS IV	Cidade Universitária, Engenho do Meio, Madalena, Várzea, Torrões, Torre, Iputinga, Prado, Zumbi, Cordeiro, Ilha do Retiro, Caxangá.
DS V	Caçote, Mangueira, Bongü, Mustardinha, Curado, San Martin, Jardim São Paulo, Areias, Sancho, Barro, Estância, Tejipió, Coqueiral, Jiquiá, Totó, Afogados.
DS VI	Brasília Teimosa, Ipsep, Pina, Boa Viagem, Imbiribeira.
DS VII	Córrego do Jenipapo, Nova Descoberta, Alto José do Pinho, Mangabeira, Alto José Bonifácio, Vasco da Gama, Macaxeira, Brejo da Guabiraba, Passarinho, Guabiraba, Pau Ferro, Brejo de Beberibe, Morro da Conceição.
DS VIII	Cohab, Ibura, Jordão.

Fonte: Recife (2014).

Figura 4 - Mapa da cidade do Recife, dividido em 8 Distritos Sanitários de Saúde, 2016.



Fonte: Recife (2016).

A política de controle da TB desenvolvida pela Secretária de Saúde do Recife tem como diretriz a descentralização das ações para a atenção básica, tendo como eixo o desenvolvimento das ações pelas equipes de saúde da família e equipes de agentes comunitários de saúde. Assim, as unidades de atenção básica constituem a porta de entrada do usuário no sistema de saúde e são responsáveis pelo encaminhamento dos pacientes à rede de referência em cada DS, quando necessário. As ações de prevenção e controle da TB no município também são desenvolvidas pelo Programa de Controle de Doenças Negligenciadas (SANAR Recife).

O município possui uma rede ambulatorial especializada constituída por oito pneumologistas, distribuídos nos DS que oferecem suporte e atendimento aos casos de TB de maior complexidade (Quadro 2).

Quadro 2 - Distribuição de Pneumologistas por Distrito Sanitário de Saúde. Recife, 2016.

Distrito	Unidades Executantes	Profissionais
DS I	Pol. Gouveia de Barros	1
DS II	Pol. Salomão Kelner	1
DS III e VII	Pol. Albert Sabin	1
	Pol. Clementino Fraga	1
DS IV	Pol. Lessa de Andrade	1
DS V	Pol. Agamenon Magalhães	1
DS VI e VIII	CS Ver. Romildo Gomes	1
	Policlínica do Pina	1
	Total de Profissionais	8

Fonte: Recife (2016).

Cada Equipe de Saúde da Família possui em média seis ACS, sendo cada um responsável por cerca de 200 famílias, as quais devem ser visitadas mensalmente. Em relação ao controle da TB as ações dos ACS seguem as diretrizes previstas pelo PNCT.

5.3 População de Estudo

A população de estudo foi composta por ACS que atuam nas USF registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, existentes nos oito DS do Recife, em 2016. A tabela 1 apresenta o quantitativo e a distribuição dos ACS segundo DS no Município do Recife, no ano de 2016.

Tabela 1 - Número de unidades de saúde da família, de equipes e de ACS, segundo Distrito Sanitário de Saúde. Recife, 2016.

DS	Nº de USF	Nº de ESF	Nº de ACS existentes
I	10	16	98
II	20	46	272
III	6	6	36
IV	20	40	216
V	17	33	193
VI	11	27	136
VII	19	46	237
VIII	23	55	321
TOTAL	126	269	1.509

Fonte: Recife (2016).

5.4 Cálculo da Amostra e Plano Amostral

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado utilizando o módulo STATCALC do Programa EPI INFO, versão 6.04, e com base nos seguintes parâmetros: frequência esperada do evento de 50%, erro amostral de 5% e Intervalo de Confiança 95%, obtendo-se uma amostra estimada de 306 ACS. Considerando-se um percentual de perdas de 30%, devido à recusa, licença e desvio de função, a amostra calculada foi de 390 ACS.

Foi realizada a estratificação da amostra, sendo o tamanho dos estratos proporcional ao número de ACS por DS. A amostragem foi por conglomerado, onde os conglomerados são as ESF. A seleção dos conglomerados (ESF) foi realizada por meio de sorteio aleatório com probabilidade proporcional ao número de ACS em todos os DS, para garantir que a amostra fosse equiprobabilística. Após a seleção da ESF, todos os ACS pertencentes à equipe foram selecionados para participar da coleta de dados. A Tabela 2 apresenta o quantitativo de ACS em atividade no período do estudo, o número de ESF (conglomerados) sorteados e a distribuição da amostra de ACS segundo DS.

Tabela 2 - Distribuição de frequência (absoluta e percentual) dos ACS em atividade, nº de equipes sorteadas, e da amostra de acordo com Distrito Sanitário de saúde. Recife, 2016.

Distrito	Total de ACS (%)	Nº ESF sorteadas	Amostra
I	98 (6,5)	5	25
II	272 (18,0)	12	70
III	36 (2,4)	2	9
IV	216 (14,3)	10	56
V	193 (12,8)	8	50
VI	136 (9,0)	6	35
VII	237 (15,7)	10	61
VIII	321 (21,3)	14	83
Total	1.509 (100)	67	390

Fonte: A autora.

5.5 Critérios de Exclusão

ACS que por algum motivo não estavam desempenhando suas funções no período do estudo (licença ou desvio de função).

5.6 Coleta dos Dados

A coleta de dados foi realizada por uma equipe composta pela pesquisadora e duas estudantes de enfermagem, previamente capacitadas para a aplicação do questionário. A capacitação da equipe de campo compreendeu uma atualização sobre TB, noções sobre ética em pesquisa, apresentação do estudo, aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aplicação prática do questionário utilizado, e formas de abordagem para realizar a entrevista.

De posse da Circular Interna emitida pela Secretária Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do Recife, a pesquisadora compareceu nos oito DS para que as coordenadoras de Educação em Saúde dos DS tomassem ciência e informassem as USF sobre a realização do estudo. A coleta de dados foi realizada nas USF entre Maio e Julho de 2016. Inicialmente a equipe entrava em contato telefônico com a enfermeira da unidade de saúde para o agendamento das entrevistas. A abordagem e entrevistas dos ACS foram realizadas nos dias das reuniões administrativas semanais das USF ou em horários previamente agendados.

Antes da aplicação do questionário e entrevista, o agente comunitário de saúde foi esclarecido sobre os objetivos do estudo e a importância de sua contribuição para o mesmo e, em seguida, convidado a ler e assinar o TCLE, (Apêndice A).

5.6.1 O instrumento de coleta dos dados

O questionário (Apêndice B) foi composto por questões fechadas e abertas, as quais foram divididas em quatro blocos: relativos aos dados demográficos e ao trabalho; dados sobre o conhecimento; sobre as atitudes, e práticas em relação à TB pulmonar. O instrumento foi elaborado com base no Manual da Organização Mundial de Saúde (OMS) para desenvolvimento de estudos CAP sobre tuberculose, publicado em 2008, com o propósito de apoiar pesquisadores e gestores no desenvolvimento de pesquisas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008). A confecção do questionário também teve por base a cartilha de “Tuberculose informações para ACS”, publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001). Após sua elaboração, o instrumento foi avaliado por especialistas da área que emitiram sugestões em relação à estrutura e conteúdo, antes da sua aplicação.

As questões relativas ao conhecimento foram compostas por 15 questões auto-aplicáveis sobre os principais sinais e sintomas, tratamento, diagnóstico, cura, abandono do tratamento, e tratamento diretamente observado (TDO). A primeira e segunda questões não

foram pontuadas por não terem relevância para o conhecimento do ACS. As demais foram pontuadas com valores entre 1 e 2 pontos, dependendo da relevância da pergunta para o bom conhecimento sobre TB pulmonar dos ACS, baseando-se na Cartilha de Tuberculose informações para ACS, conforme mostra o Quadro 3.

Quadro 3 - Questões sobre conhecimento dos ACS e suas respectivas pontuações.

Questão 1: Como acha que está o problema da TB no município	Não pontuado
Questão 2: De onde obtém informações sobre TB rotineiramente	Não pontuado
Questão 3: Definição sobre TB	1 ponto
Questão 4: Como uma pessoa pode pegar TB	2 pontos
Questão 5: Qual principal sintoma	2 pontos
Questão 6: Quem pode ser considerado os contatos do caso de TB	2 pontos
Questão 7: Como uma pessoa pode se prevenir da TB	2 pontos
Questão 8: Como prevenir que pessoa infectada não venha adoecer de TB	1 ponto
Questão 9: Como uma pessoa com TB fica curada	1 ponto
Questão 10: Qual a duração do tratamento para TB	1 ponto
Questão 11: Qual principal exame realizado para confirmar o caso suspeito de TB	1 ponto
Questão 12: Como verificar se a criança tomou BCG	2 pontos
Questão 13: Como se considera que o paciente abandonou o tratamento	1 ponto
Questão 14: Você sabe o que é TDO	1 ponto
Questão 15: Quais benefícios que o TDO pode trazer ao paciente	1 ponto
Pontuação máxima	18 pontos

Fonte: A autora

As questões sobre atitudes compreenderam cinco questões auto aplicadas e não foi atribuído valores (Quadro 4). Essas questões foram relativas aos sentimentos e impressões do agente comunitário de saúde em relação à doença, e tiveram por base o Manual CAP sobre tuberculose da OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

Quadro 4 - Questões sobre atitudes dos ACS.

Questão 1: Você acha que pode pegar TB.
Questão 2: Se sim, por quê.
Questão 3: O que você sentiria se tivesse TB.
Questão 4: Qual o seu sentimento mais forte em relação as pessoas com TB.
Questão 5: Em sua área, como uma pessoa que tem TB geralmente é tratada.

Fonte: A autora

As questões sobre as práticas compreenderam uma entrevista com 10 questões, que foram construídas com base nas ações da rotina do trabalho do ACS, conforme recomendado pelo PNCT. Desse total, apenas cinco foram pontuadas, com escores de valores semelhantes dependendo da relevância da pergunta para o desenvolvimento das boas práticas dos ACS na comunidade (Quadro 5).

Quadro 5 - Questões sobre as práticas dos ACS e suas respectivas pontuações.

Questão 1: O que você faz para detectar casos novos de TB área.	2 pontos
Questão 2: O que você faz quando identifica um caso suspeito de TB.	2 pontos
Questão 3: Atualmente, existem pessoas em tratamento para TB na sua área de abrangência.	Não pontuado
Questão 4: Se sim, quantos casos	Não pontuado
Questão 5: Como vem sendo feito o acompanhamento do tratamento dos casos na sua equipe.	2 pontos
Questão 6: Pacientes em TDO, quantas vezes por semana você realiza o TDO.	2 pontos
Questão 7: O que você faz com os contatos de casos de TB.	2 pontos
Questão 8: Quais orientações você geralmente realiza aos pacientes de TB e seus contatos.	Não pontuado
Questão 9: Com que frequência você realiza atividades educativas sobre TB na sua área.	Não pontuado
Questão 10: Quando foi a última vez que realizou atividade educativa para a comunidade sobre TB	Não pontuado
Pontuação Máxima	10 pontos

Fonte: A autora.

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, o instrumento foi testado em estudo piloto com 10 ACS que não faziam parte da amostra, para a adequação das perguntas e compreensão do seu conteúdo pelos ACS. Após as correções e adaptações foi realizado um segundo estudo piloto com 10 ACS que também não faziam parte da amostra para correções finais e ajustes do instrumento.

5.7 Definição de termos

- a) Conhecimento: refere-se ao conhecimento e à compreensão sobre a doença, como por exemplo, sinais e sintomas, transmissão, prevenção, vulnerabilidade dos indivíduos, diagnóstico, tratamento, prevenção, cura, abandono, (SANTOS; CABRAL; AUGUSTO, 2011). Classificado de acordo com o quadro 3;
- b) Atitudes: referem-se às opiniões, sentimentos, predisposição a crenças em relação à transmissão da doença, (SANTOS; CABRAL; AUGUSTO, 2011). Como por exemplo, o sentimento que ele teria, caso contraísse a doença, e o seu sentimento em relação às pessoas com TB. Classificado de acordo com o quadro 4;
- c) Práticas: refere-se às formas como os ACS demonstram seu conhecimento e atitudes por meio de suas ações (SANTOS; CABRAL; AUGUSTO, 2011). Visando executar as ações pertinentes ao controle da tuberculose recomendadas pelo PNCT, como por exemplo, quais ações são realizadas em relação ao controle da TB durante suas visitas; se realiza atividades educativas. Classificado de acordo com o quadro 5.

5.8 Variáveis do Estudo

5.8.1 Variáveis dependentes

Foram considerados o conhecimento, as atitudes e as práticas dos ACS sobre tuberculose pulmonar.

5.8.1.1 Conhecimento sobre TB (*satisfatório e insatisfatório*).

Os valores dos escores para cada questão variou entre 1 e 2 pontos, dependendo da relevância da pergunta para o conhecimento e boas práticas de saúde relativas ao problema

(Quadro 3). A pontuação máxima, correspondente a 100% de acertos, foi igual a 18. O critério para correção foi a cartilha do MS sobre “Tuberculose informações para ACS”. Definiu-se um ponto de corte de 15 acertos, considerando-se a média de acertos dos ACS, obtendo-se um percentual de 80% de acertos como conhecimento satisfatório. Assim, conhecimento foi classificado como satisfatório quando o total de escores era igual ou maior a 15 e insatisfatório, quando fosse 15 ou menos.

5.8.1.2 Atitudes sobre TB

As cinco questões relativas aos sentimentos e impressões do agente comunitário de saúde em relação à doença, (Quadro 4), foram descritas em termos numéricos e percentuais, e tiveram por base o Manual CAP sobre tuberculose da Organização Mundial de Saúde (2008).

5.8.1.3 Práticas sobre TB (adequada e inadequada)

Das 10 questões, apenas cinco foram pontuadas com escores de valores semelhantes (Quadro 5). A pontuação máxima correspondente a 100% de acertos foi igual a 10. Os critérios para correção foram baseados na cartilha do MS sobre “Tuberculose informações para ACS”. Definiu-se posteriormente, um ponto de corte de 8 acertos, considerando-se a média de acertos dos agentes comunitários, obtendo-se um percentual de 80% como práticas adequadas, e abaixo como inadequadas. Assim, as práticas foram consideradas adequadas quando o total de escores era igual ou maior que 8, e inadequada quando fosse abaixo de 8.

5.8.2 Variáveis independentes

As variáveis independentes foram categorizadas conforme demonstrado no (Quadro 6).

Quadro 6 - Categorização das variáveis independentes

(*Continua*)

Variável	Categorização
Sexo	Masculino. Feminino.
Idade	Em anos
Escolaridade	Ens. Fundamental. Ens. Médio incompleto. Ens. Médio completo. Ens. Superior incompleto. Ens. Superior completo.

Quadro 6 - Categorização das variáveis independentes*(Conclusão)*

Variável	Categorização
Tempo de trabalho na equipe como ACS	Em anos
Nº de famílias que é responsável	Em números.
Grau de satisfação com o trabalho como ACS	Totalmente insatisfeito. Razoavelmente insatisfeito. Razoavelmente satisfeito. Satisfeito. Muito satisfeito.
Se recebeu treinamento sobre TB	Sim. Não.
Há quanto tempo recebeu o último treinamento	Semanas. Meses. Anos.
Nos últimos 5 anos quantas vezes recebeu treinamento para TB	Nenhuma vez. Uma vez. Nº de vezes.
Qual desses cursos você recebeu informações sobre TB	Curso introdutório. Treinamento em serviço. Nos dois cursos acima. Outros. Quais?

Fonte: A autora

5.9 Plano de Análise

Os dados foram digitados e analisados utilizando o programa EPI INFO, versão 3.5.4.

Inicialmente realizou-se a análise de consistência e correção dos erros de digitação do banco de dados. Em seguida, foi realizada a análise da distribuição de frequência absoluta e relativa (%) das características demográficas e do trabalho da população de estudo para caracterização da amostra.

Estimou-se a frequência de conhecimento satisfatório e se analisou a associação com as características estudadas (sexo, idade, escolaridade, tempo de serviço, treinamento prévio, e por distritos sanitários). Igualmente, analisou-se a associação do nível de satisfação no trabalho com características dos ACS (número de famílias, tempo de trabalho e escolaridade). As diferenças foram testadas utilizando o teste Qui-quadrado de Pearson, a um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

A frequência (número e percentual) das atitudes relatadas pelos ACS foram descritas.

Quanto às práticas, inicialmente verificou-se a frequência das respostas. Posteriormente foi realizada a análise bivariada das práticas adequadas com conhecimento satisfatório sobre TB, escolaridade, tempo de trabalho, treinamento prévio, e tempo do último

treinamento. Essas associações foram igualmente testadas utilizando o teste Qui-quadrado de Pearson, a um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

5.10 Considerações Éticas

O projeto foi enviado a Secretária de Saúde do Recife, onde foi analisado e concedido a Carta de Anuência (Anexo A). Posteriormente o projeto foi enviado para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, FIOCRUZ, onde foi aprovado em 14 de abril de 2016, CAAE: 52317315.4.0000.5190 (Anexo B).

A Secretária Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do Recife emitiu Circular Interna para os oito distritos sanitários de saúde autorizando o desenvolvimento da pesquisa (Anexo C). As atividades somente tiveram início após aprovação conforme preconizado pela resolução de nº466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

Os participantes do estudo foram informados dos objetivos da pesquisa, ressaltando que eles poderiam a qualquer momento, desistir da participação sem que isto resultasse em qualquer tipo de ônus e preservando o sigilo da identidade dos mesmos, e que também seria garantido o sigilo das informações por eles repassadas as entrevistadoras. Todos os ACS, participantes do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de responderem o questionário e a entrevista, (Apêndice A).

6 RESULTADOS

Nas 67 equipes de saúde sorteadas havia 401 ACS elegíveis (média de 6 ACS por equipe), destes 385 (96%) foram entrevistados e 16 (4%) constituíram perdas: 4 por recusas e 12 devido à ausência no momento da visita à USF. A Tabela 3 apresenta a distribuição de frequência dos ACS elegíveis e entrevistados de acordo com DS.

Tabela 3 - Número de ACS elegíveis e entrevistados segundo Distrito Sanitário de Saúde. Recife, Pernambuco, 2016.

Distrito	Nº elegíveis	nº (%) entrevistados
I	30	28 (93,3)
II	72	68 (94,4)
III	11	9 (81,8)
IV	60	56 (93,3)
V	48	48 (100,0)
VI	36	34 (94,4)
VII	60	59 (98,3)
VIII	84	83 (98,8)
Total	401	385 (96,0)

Fonte: A autora

Com relação às características demográficas da população de estudo, 87,5% eram do sexo feminino, 66% tinham 40 anos ou mais de idade com uma média de 43 anos, possuía ensino médio completo (67,8%), e (16,3%) ensino superior completo. Com relação ao tempo de trabalho na função como ACS, aproximadamente metade (49,6%) tinha entre 10 e 19 anos de atuação, e mais de 20% desempenhavam a função há 20 anos ou mais (Tabela 4).

Quanto às características do trabalho, mais de 70% era responsável por mais de 150 famílias. Um total de 99 (24,2%) tinha mais de 200 famílias sob sua responsabilidade. Quase 70% informaram não está acompanhando casos de TB pulmonar no momento da entrevista, entre aqueles que acompanhavam 116 (93%) tinha um ou dois casos na microárea (Tabela 4).

Tabela 4 - Caracterização demográfica e relativa ao trabalho dos ACS. Recife, Pernambuco, 2016.

Características demográficas dos ACS (n=385)	Número (%)
Sexo	
Feminino	337 (87,5)
Masculino	48 (12,5)
Faixa etária (anos)	
18-29	25 (6,5)
30-39	106 (27,6)
40-49	133 (34,6)
+ de 50	121 (31,4)
Escolaridade*	
Fundamental	6 (1,5)
Médio Incompleto	7 (1,8)
Médio Completo	261 (67,8)
Superior Incompleto	48 (12,5)
Superior Completo	63 (16,3)
Tempo de trabalho na função (em anos)**	
0 - 9	97 (25,5)
10 - 19	189 (49,6)
+ de 20	95 (24,9)
Número de famílias***	
Até 150	63 (16,3)
151-200	202 (52,5)
+ de 201	99 (25,2)
Satisfação com o trabalho****	
Insatisfeito	47 (12,1)
Satisfeito	289 (75,0)
Muito satisfeito	47 (12,2)
Há casos de TB em tratamento em sua área	
Sim	125 (32,5)
Não	260 (67,5)
Número de casos de TB em sua área	
1 - 2	116 (93,0)
3 - 4	6 (4,8)
+ 5	3 (2,4)

Fonte: A autora

Nota: *1 não informou; **4 não informaram; ***21 não informaram; ****3 não informaram.

Quanto à participação em capacitação, mais de 90% informaram ter realizado treinamento, dos quais cerca de 50% havia realizado há mais de dois anos. 21,4% dos ACS receberam treinamento durante o curso introdutório, 23% treinamento em serviço e 51,2% em ambas as modalidades (tabela 5). Apenas 3,6% foram treinados sobre TB no curso técnico de ACS. Ao serem perguntados sobre a fonte na qual obtinham informações sobre TB, quase

60% referiram treinamentos em serviço e com colegas de trabalho, cerca de 40% através de panfletos e internet, rádio e TV (Tabela 5).

Com relação a sua impressão a respeito da gravidade do problema da TB no município, 278 ACS (72,6%) responderam que era grave, 78 (20,4%) que seria um pouco grave, e 15 (3,9%) não consideravam o problema grave, apenas 12 (3,1%) não souberam responder (dados não apresentados em tabela).

Tabela 5 - Caracterização dos ACS em relação à capacitação no trabalho. Recife, Pernambuco, 2016.

Características da Capacitação ACS (n=358)	Número (%)
Recebeu treinamento	
Sim	355 (92,2)
Não	30 (7,8)
Período que teve o último treinamento (em anos) *	
< 2	159 (44,7)
2 < 4	84 (23,6)
+ 4	103 (29,0)
Tipo de treinamento**	
Introdutório	76 (21,4)
Treinamento em Serviço	82 (23,0)
Ambas as modalidades	182 (51,2)
Curso técnico ACS	13 (3,6)
Fontes de informação sobre TB***	
Treinamento em serviço	223 (58,2)
Colegas no trabalho	210 (54,8)
Panfletos	175 (45,7)
Internet/rádio/TV	169 (44,1)
Igreja (líderes religiosos) família, amigos vizinhos	15 (3,9)
Professores	13 (3,4)

Fonte: A autora

Nota: *9 não informaram; ** 2 não informaram; *** mais de uma resposta possível.

Analisou-se a associação da satisfação dos ACS no trabalho com o número de famílias que são responsáveis, tempo de serviço e escolaridade. Houve uma associação estatisticamente significativa entre satisfação e o menor número de famílias (valor de $p=0,046$), tendo o maior grau de satisfação se relacionado ao menor número de famílias sob sua responsabilidade. O percentual de insatisfação foi maior entre aqueles ACS com tempo de serviço entre 10 e 19 anos na profissão (Tabela 6).

Tabela 6 - Associação da satisfação no trabalho dos ACS de acordo com n° de famílias, tempo de serviço e escolaridade, Recife, Pernambuco, 2016.

Características	Satisfação no trabalho		Total	Valor de p*
	Sim N (%)	Não N (%)		
Número de famílias				0,046
Até 150	54 (85,7)	9 (14,3)	63	
151 – 200	183 (90,5)	19 (9,4)	202	
+ de 201	78 (80,4)	19 (19,6)	97	
Tempo de serviço (em anos)				0,457
0-9	86 (88,7)	11 (11,3)	97	
10-19	160 (85,5)	27 (14,4)	187	
+ de 20	86 (90,5)	9 (9,4)	95	
Escolaridade				0,757
Fundamental e médio incompleto	12 (92,3)	1 (7,1)		
Médio	228 (88,0)	31 (11,9)		
Superior incompleto	43 (89,7)	5 (10,4)		
Superior completo	53 (84,1)	10 (12,2)		

Fonte: A autora

Nota: * Qui-quadrado de Pearson.

De um total de 385 ACS, 237 (61,4%) possuíam conhecimento satisfatório sobre TB pulmonar, não se constatando diferenças estatisticamente significantes do conhecimento satisfatório com sexo ($\chi^2= 0,00$, $p= 0,987$), faixa etária ($\chi^2= 4,25$, $p= 0,235$), escolaridade ($\chi^2= 0,07$, $p= 0,786$), tempo de serviço ($\chi^2= 2,15$, $p= 0,340$), treinamento prévio em tuberculose ($\chi^2= 0,59$, $p= 0,441$) e DS de atuação ($\chi^2= 3,58$, $p= 0,826$) (Tabela 7).

Tabela 7 - Associação do conhecimento satisfatório sobre TB pulmonar dos ACS de acordo com características demográficas, tempo de serviço, treinamento anterior e DS. Recife, Pernambuco, 2016.

Características	Conhecimento sobre tuberculose		Total	Valor de p*
	Satisfatório N (%)	Insatisfatório N(%)		
Sexo				0,987
Feminino	208 (61,7)	129 (38,3)	337	
Masculino	29 (60,4)	19 (39,6)	48	
Idade (anos)				0,235
18-29	15 (60,0)	10 (40,0)	25	
30-39	74 (69,8)	32 (30,2)	106	
40-49	77 (57,9)	56 (42,1)	133	
+ de 50	71 (58,7)	50 (41,3)	121	
Escolaridade				0,786
Médio incompleto/ completo	107 (39,1)	167 (60,3)	274	
Superior incompleto/ Completo	41 (36,9)	70 (63,1)	111	
Tempo de serviço (em anos)				0,340
0-9	57 (58,8)	40 (41,2)	97	
10-19	124 (65,5)	65 (34,4)	189	
+ de 20	55 (57,9)	40 (42,1)	95	
Treinamento em TB				0,441
Sim	221 (62,3)	134 (37,7)	355	
Não	16 (53,3)	14 (46,7)	30	
Distrito Sanitário				0,826
I	17 (60,7)	11 (39,3)	28	
II	42 (61,8)	26 (38,2)	68	
III	7 (77,8)	2 (22,2)	9	
IV	37 (66,1)	19 (33,9)	56	
V	28 (58,3)	20 (41,7)	48	
VI	18 (52,9)	16 (47,1)	34	
VII	34 (57,6)	25 (42,4)	59	
VIII	54 (65,1)	29 (34,9)	83	
Total	237 (61,4)	148 (38,6)	385	

Fonte: A autora

Nota: * Qui-quadrado de Pearson.

Com relação às atitudes, 374 (97,1%) informaram que acreditavam ter risco de contrair TB. Entre esses, mais de 50% atribuíam ao trabalho o risco de contrair a doença

(Tabela 8). Em relação ao seu sentimento caso contraísse a doença, a maioria referiu preocupação (46,5%), seguido por indiferença ou não sentir nada (27,7%), surpresa (6,8%), tristeza (6,3%), vergonha e constrangimento (5,7%), e medo (5,5%). Quanto ao seu sentimento em relação aos pacientes com TB, a maior parte referiu compaixão e desejo de ajudar (66,2%), seguida por nenhum sentimento (30,6%), e desejo de manter distância por medo de contrair a doença 13 (3,4%) (Tabela 8). Quanto à percepção sobre a forma como os pacientes de TB eram tratados na comunidade, mais de 40% informaram que as pessoas são amigáveis, porém tentam evitar contato com o doente, e 30% relataram acreditar que a maioria da comunidade apoia e ajuda (Tabela 8).

Tabela 8 - Atitudes dos ACS em relação à TB pulmonar. Recife, Pernambuco, 2016.

Atitudes (n=385)	Nº (%)
Acredita estar sob risco de contrair TB	
Sim	374(97,1)
Não	11 (2,8)
Motivo do risco de contrair TB*	
Qualquer um pode pegar	174 (46,3)
Exponho-me durante as visitas	98 (26,1)
Convivo com doentes	40 (10,6)
Tenho contato com pessoas em local fechado	30 (8,0)
Visito ambientes desfavoráveis	30 (8,0)
Porque não me previno	2 (0,5)
Sentimento, caso contraísse a doença**	
Preocupação	178 (46,5)
Não sentiria nada /indiferente	106 (27,7)
Surpresa	26 (6,8)
Tristeza	24 (6,3)
Vergonha/constrangimento	22 (5,7)
Medo	21 (5,5)
Sentimento em relação aos doentes de TB	
Compaixão e desejo de ajudar	254 (66,2)
Nenhum sentimento	118 (30,6)
Medo de contrair TB/procura manter distância	13 (3,4)
Percepção de como é tratado um doente de TB em sua área	
Com amizade, mas tentam evitar contato	172 (44,8)
A maioria apóia	115 (30,0)
É rejeitada	49 (12,7)
Não sabe	49 (12,7)

Fonte: A autora

Nota: *2 não responderam;**8 não responderam.

Em relação às práticas desenvolvidas pelos ACS para a detecção de casos novos de TB pulmonar, quase 90% referiram realizar a busca de sintomáticos respiratórios (moradores com

tosse por 3 semanas ou mais), enquanto uma pequena proporção de 7,5% informou realizar a busca de pessoas com febre ou sudorese. Sobre a conduta quando identificava um caso suspeito, a maioria (83,1%) informou encaminhá-los com urgência à USF de referência, um menor percentual solicita exame de baciloscopia (13,8%), e comunica à enfermeira da USF 3,2% (Tabela 9).

Quando indagados como vinha sendo realizado o acompanhamento dos casos de tuberculose 96,8% relataram que os casos eram tratados com consultas na própria USF, e 3,2% em consultas em unidade fora do bairro ou hospital de referência. Em relação à prática de realização do TDO, todos ACS que tinham casos de TB pulmonar em acompanhamento disseram que faziam, e destes 65 (52%) realizam de 3 a 5 vezes por semana a visita domiciliar ao paciente. No que diz respeito aos contatos 82,4% orientam e encaminham os mesmos a USF (Tabela 9).

Quanto às orientações sobre TB fornecidas aos pacientes e familiares, as mais frequentemente informadas foram sobre a forma correta de tomar a medicação 66,5%, sobre alimentação 59,5%, e sobre medidas preventivas aos contatos da família 44,9%. Apenas 31,2% relataram informar aos pacientes sobre a duração do tratamento, e 7,8% sobre a coleta do escarro (tabela 9). Mais de 70% dos ACS informaram eventualmente ou nunca realizaram atividades educativas sobre TB com os pacientes. Entre os que realizavam 53% havia realizado nos últimos quatro meses até dois anos (Tabela 9).

Tabela 9 - Características das práticas dos ACS sobre TB pulmonar. Recife, Pernambuco, 2016.

Práticas (n=385)	Nº (%)
Deteção de casos de TB em sua microárea	
Busca de pessoas com tosse há mais de 3 semanas	345(89,6)
Busca por pessoas com febre/sudorese	29 (7,5)
Busca por pessoas com perda de peso/diarreia	11 (2,8)
Conduta ao identificar caso suspeito	
Encaminha à USF com urgência	320 (83,1)
Solicita baciloscopia	53 (13,8)
Comunica à enfermeira	12 (3,2)
Modalidade de acompanhamento*	
Consultas na USF	121 (96,8)
Em unidade fora do bairro/hospital de referência	4 (3,2)
Realiza TDO	
Sim	125 (100,0)
Não	0 (0)
Quantas vezes realiza o TDO	
1 ou 2 vezes/semana	60 (48,0)
3 a 5 vezes/semana	65 (52,0)
Conduta em relação aos contatos	
Orienta e encaminha à USF	103 (82,4)
Encaminha para exames	17 (13,6)
Não sabe	5 (4,0)
Orientações ao caso de TB e seus contatos**	
Como tomar a medicação	256 (66,5)
Sobre alimentação	229 (59,5)
Medidas preventivas aos contatos da família	173 (44,9)
Sobre a duração do tratamento	120 (31,2)
Interrupção de bebidas alcoólicas e ou tabagismo	147 (38,2)
Arejar e limpar a casa/ ter higiene pessoal	87 (22,6)
Sinais e sintomas de retorno a USF	35 (9,1)
Separar utensílios	34 (8,8)
Sobre a coleta de escarro	30 (7,8)
Efeitos colaterais do tratamento	23 (5,9)
Realiza atividades educativas sobre TB	
Às vezes	221 (57,4)
Nunca	85 (22,1)
Sempre	79 (20,5)
Última atividade educativa que realizou sobre TB***	
≤3 meses	106 (35,3)
< 4 meses <2 anos	159 (53,0)
>2 anos	32 (10,7)

Fonte: A autora. Nota:*ACS com casos de TB,**Mais de uma opção possível, *** 3 não informou.

Um total de 292 (75,8%) ACS realiza práticas adequadas sobre TB pulmonar, a qual se associou com conhecimento sobre TB pulmonar ($p=0,008$). Escolaridade, tempo de serviço, treinamento anterior e tempo de realização do último treinamento não estiveram estatisticamente associado às práticas adequadas. Observou-se maior frequência de práticas adequadas entre aqueles com conhecimento satisfatório em relação aqueles com conhecimento insatisfatório (65,1% *versus* 50,5%), (Tabela 10).

Tabela 10 - Associação das práticas adequadas sobre TB pulmonar dos ACS de acordo com o conhecimento, escolaridade, tempo de serviço, treinamento sobre a doença e tempo do último treinamento. Recife, Pernambuco, 2016.

Características	Práticas sobre tuberculose		Total	Valor de p*
	Adequada N (%)	Inadequada N(%)		
Conhecimento				0,008*
Satisfatório	190 (65,1)	102 (34,9)	292	
Insatisfatório	47 (50,5)	46 (49,5)	93	
Escolaridade				0,640
Fundamental/ Médio incompleto	11 (84,6)	2 (15,4)	13	
Médio completo	195 (74,7)	66 (25,3)	261	
Superior incompleto/ Completo	86 (95,5)	25 (4,5)	111	
Tempo de serviço (em anos)				0,731
0-9	69 (71,1)	28 (28,9)	97	
10-19	145 (76,8)	44 (23,3)	189	
+ de 20	74 (78,8)	20 (21,2)	94	
Treinamento em TB				0,281
Sim	271 (76,3)	84 (23,7)	355	
Não	21 (70)	9 (30)	30	
Tempo treinamento (em anos)				0,342
<2	147 (78,6)	40 (21,4)	187	
2 a 4	60 (70,5)	25 (29,5)	85	
>4	61 (74,4)	21 (25,6)	82	

Fonte: A autora

Nota: *Qui-quadrado de Pearson

7 DISCUSSÃO

Os resultados do estudo mostraram que a maioria dos ACS era do sexo feminino, possuía mais de 40 anos de idade, tem ensino médio completo, e exercem a função há mais de 10 anos. A maior parte informou estar satisfeita com o seu trabalho, tendo o maior grau de satisfação se relacionado ao menor número de famílias sob sua responsabilidade. O elevado nível de conhecimento dos ACS do Recife sobre TB pulmonar independe do grau de escolaridade, tempo de serviço e realização de treinamento anterior sobre a doença. Com relação às práticas, a grande maioria dos ACS referiu encaminhar à USF os moradores que apresentam tosse por três semanas ou mais. Entre os que informaram possuir casos de TB pulmonar em tratamento na sua microárea, aproximadamente metade informou realizar o TDO de 3 a 5 vezes na semana. Todavia se observou que uma pequena parcela dos ACS informou fornecer orientações sobre a coleta de escarro e realizar atividades educativas relativas à TB com frequência. A maioria dos ACS desenvolvia práticas adequadas, ou seja, conforme recomendado pelo PNCT, as quais estiveram associadas significativamente com o conhecimento satisfatório sobre TB pulmonar.

Concordando com os resultados obtidos por Dantas *et al.* (2011), no Rio Grande do Norte; Crispim *et al.* (2012) e Ramdohr Sobrinho *et al.* (2013), no estado de São Paulo, e mais recentemente Rocha *et al.* (2015), no estado de Minas Gerais, a maioria dos ACS (90%) era do sexo feminino, sendo esse resultado compatível com a forte tendência de feminização da força de trabalho no setor saúde no Brasil. Esse fato tem ocorrido desde a antiguidade e reflete o papel da mulher nos cuidados à saúde (WERMELINGER *et al.*, 2010). A faixa etária predominante dos ACS foi 40 anos ou mais de idade, concordando com o perfil dos ACS encontrado nos estudos de Afaray e Hilasaca (2012) em Lima, no Peru, e Rocha *et al.* (2015), em Belo Horizonte, Minas Gerais, que também verificaram a predominância desta faixa etária nos seus estudos.

Observou-se um elevado nível de escolaridade entre os ACS do Recife, onde 67,8% possuía segundo grau completo, e cerca de 20% ensino superior completo, escolaridade muito superior à exigida pelo MS, que estabelece o ensino fundamental como escolaridade mínima para se ingressar no cargo (BRASIL, 2002).

O tempo de atuação da maioria dos ACS foi superior a 10 anos, denotando a experiência dos profissionais, fato também evidenciado nos estudos de Dantas *et al.* (2011), em Natal, no Rio Grande do Norte, Crispim *et al.* (2012), em Ribeirão Preto, São Paulo, e Rocha *et al.* (2015), em Belo Horizonte, Minas Gerais. Esses autores concluem que o tempo

de atuação prolongado na função promove um bom vínculo dos ACS com as famílias e proporcionam o respeito desses profissionais na comunidade onde atuam.

Em relação às características do trabalho dos ACS, constatou-se que a maioria (77,7%) possuía mais de 150 famílias sob sua responsabilidade, sendo este número superior ao considerado adequado pelo MS na Portaria 648/2006/GM, que estabelece a Política Nacional da Atenção Básica, e cita um número de até 150 famílias ou 750 pessoas por ACS. Resultado semelhante foi verificado por Rocha *et al.* (2015) entre ACS de Belo Horizonte, Minas Gerais, onde aproximadamente 80% eram responsáveis pelo acompanhamento de mais de 150 famílias.

Apenas 10% dos pesquisados informaram estar insatisfeitos com a função desempenhada, tendo esta insatisfação se relacionado ao maior número de famílias acompanhadas. Esse resultado demonstra o efeito negativo do número excessivo de famílias na satisfação com o trabalho, e conseqüentemente, no desempenho de suas práticas cotidianas (WAI; CARVALHO, 2009). O maior número de famílias ocasiona, muitas vezes, um número excessivo de moradores com diferentes agravos, os quais demandam atividades e cuidados específicos de diferentes programas, resultando em sobrecarga de trabalho (WAI; CARVALHO, 2009). Estudos qualitativos mostraram que a satisfação no trabalho dos ACS se reflete nas práticas desses profissionais, gerando resultados desejados ou não na comunidade em que atuam (ANDRADE, 2011; BRAND; ANTUNES; FONTANA, 2010). Oliveira *et al.* (2010) estudando ACS no município de Teixeira, no estado da Paraíba, destacou as dificuldades no trabalho em equipe, o não reconhecimento dos gestores com o seu trabalho, e as condições socioeconômicas desfavoráveis das famílias como fatores limitantes da satisfação desses profissionais. Por outro lado, apesar do número excessivo de famílias sob responsabilidade dos ACS de nosso estudo, vale ressaltar que a maioria (cerca de 90%) informou estar satisfeita com o seu trabalho.

Em nossa população de estudo, a maioria (90%) referiu ter recebido treinamento em serviço sobre TB, dos quais mais da metade informou ter ocorrido há dois anos ou mais. Igualmente, cerca de 60% dos ACS informaram que obtinham informações sobre a doença em treinamento no serviço e de colegas no trabalho, e mais de 40% através de panfletos, internet, rádio e TV. Entre os ACS que foram capacitados, as modalidades mais citadas foram o curso introdutório e treinamento em serviço especializado no atendimento de casos de TB. Esses dados são semelhantes aos encontrados por Rocha *et al.* (2015), em Belo Horizonte, Minas Gerais, onde verificaram que quase 70% dos ACS havia recebido treinamento há mais de dois anos. O MS, por meio da Política Nacional de Educação Permanente na Saúde, estimula o

processo de construção da aprendizagem a partir do conhecimento e dos saberes prévios dos sujeitos, articulados aos problemas vivenciados no trabalho, levando-se em consideração as especificidades regionais (BRASIL, 2014). Destaca-se ainda o fato de ser a educação permanente dos profissionais uma das principais estratégias para prevenir, detectar precocemente, obter boa adesão e resposta ao tratamento dos casos de tuberculose (SOUZA *et al.*, 2015). Necessitando ser esta prática estimulada e implementada no município estudado.

Estudos indicam a associação entre o conhecimento sobre TB e a realização de treinamento, sendo assim facilitadora de boas práticas comunitárias (GIZAW; ALEMU; KIBRET, 2015). Hashim, Kubaisy, Dulayme (2003) no Iraque, e Façanha *et al.* (2009) em Fortaleza, Ceará, nos seus estudos concluíram que o treinamento e a sensibilização da equipe de saúde levam ao aumento da detecção de casos de TB. Em nosso estudo, o longo período decorrido entre o treinamento e o período de estudo, em sua maioria superior há dois anos, pode interferir negativamente nas práticas desenvolvidas pelos ACS na comunidade. Considerando que equipes de saúde bem treinadas e estimuladas favorecem o aumento da detecção de casos de TB pulmonar e, conseqüentemente, o controle da doença, a formação continuada dos ACS torna-se uma importante ação a ser implementada e aperfeiçoada no município.

Mais de 60% dos ACS possuíam conhecimento satisfatório sobre TB pulmonar, não se verificando diferenças estatisticamente significantes quanto ao sexo, idade, escolaridade, tempo de serviço, treinamento prévio e DS. Resultados de estudos como o conduzido por Hasmim, Kubaisy, Dulayme (2003), no Iraque, e Gizaw, Alemu, kibret (2015) na Etiópia, verificaram que o conhecimento satisfatório sobre TB se associou com o tempo de trabalho, e por Maciel *et al.* (2008); Rocha *et al.* (2015) no Brasil, onde também foi verificada associação semelhante.

Essa elevada proporção de ACS com nível de conhecimento satisfatório sobre TB pulmonar contribui para a melhoria da qualidade das práticas desempenhadas, tendo esse resultado concordado com estudos recentes realizados no âmbito internacional e nacional. Bristow *et al.* (2011), na África do Sul, encontrou um percentual de 70,8%, enquanto que Temesgen e Demissie (2011), e Gizaw, Alemu, kibret (2015), ambos na Etiópia, observaram que mais de 60% dos ACS possuíam bom nível de conhecimento. No Brasil, Maciel *et al.* (2008), estudando ACS na cidade de Vitória, Espírito Santo, observaram que 56,4% tinham conhecimento satisfatório, enquanto Rocha *et al.* (2015), em Belo Horizonte, Minas Gerais, constatou que 81% dos ACS tinham conhecimentos satisfatórios sobre TB.

Apesar de um percentual importante dos ACS do Recife terem apresentado nível de conhecimento satisfatório sobre TB pulmonar, destaca-se o fato de que cerca de 40% dos ACS possuem conhecimento insatisfatório sobre a doença, portanto, um contingente elevado de profissionais. Essa considerável parcela de ACS com nível de conhecimento insatisfatório pode ter repercussões negativas na qualidade de suas práticas, como a demora na identificação de casos novos, manejo inadequado do tratamento dos pacientes, os quais podem se refletir nos indicadores locais em relação a TB pulmonar.

Esse alto percentual de ACS com nível satisfatório de conhecimento sobre TB pulmonar contrasta com as baixas taxas de cura e elevadas taxas de abandono e mortalidade observadas no município e demonstram que fatores, como os relativos à gestão do programa, deficiências nas ações de educação continuada, falhas nas atividades de supervisão no âmbito local, dentre outros, influenciem de forma mais decisiva os indicadores do Programa.

O elevado nível de escolaridade entre os ACS do Recife não se relacionou com conhecimento satisfatório sobre TB pulmonar. Diferente dos resultados encontrados em nosso estudo, Rocha *et al.* (2015) em Belo Horizonte, Minas Gerais, verificou que os ACS que possuíam segundo grau completo ou nível superior apresentaram nível de conhecimento sobre TB acima da mediana para o grupo. Os resultados de nosso estudo podem ser interpretados como um fato positivo, pois mostra que o conhecimento satisfatório sobre TB ocorreu independentemente do nível de escolaridade do ACS.

Surpreendentemente, o conhecimento satisfatório sobre a tuberculose pulmonar também não se associou à realização de treinamentos, estando este resultado em desacordo com o encontrado por Bristow *et al.* (2013) na África do Sul, Gizaw, Alemu, kibret (2015) na Etiópia, e Rocha *et al.* (2015) em Belo Horizonte, Minas Gerais. Por outro lado, vale salientar que a comparabilidade desses resultados é comprometida devido à falta de informações sobre o tipo de treinamento, a carga horária, os temas abordados sobre TB nas capacitações realizadas, em ambas as populações. Também não foi possível se comparar o grau de dificuldade das perguntas em ambos os instrumentos aplicados na coleta dos dados, fatos que podem ter interferido nos resultados.

Com relação às atitudes, quase todos ACS referiram acreditar estar sob o risco de contrair a tuberculose e mais da metade informou que poderia contrair TB devido a sua atividade de trabalho. Esses resultados chamam a atenção aos riscos ocupacionais inerentes à atividade do ACS e ao maior risco desses profissionais em contrair TB e outras doenças transmissíveis quando comparados à população geral, conforme verificado por Nascimento (2009) em estudo conduzido no Rio de Janeiro. Rodrigues *et al.* (2009), em Cachoeira do

Itapemirim, e Rogério *et al.* (2015), em Vitória, ambos no Espírito Santo, verificaram maior risco de infecção tuberculosa entre ACS que possuíam casos de TB em sua área.

Em nosso estudo, cerca de 30% dos ACS informaram possuir casos de TB em tratamento na sua microárea, dos quais mais de 90% possuía entre 1 ou 2 casos. Considerando o risco ocupacional da atividade do ACS de acompanhamento de casos de TB, torna-se importante capacitá-los sobre as medidas de biossegurança visando prevenir a infecção, como o uso de lenço pelo paciente ao tossir, contato com o paciente em ambiente arejado e uso de máscara N95, se necessário (BRASIL, 2011). Adicionalmente, sugere-se que a gestão inclua a prova tuberculínica nos exames admissionais e periódicos e, entre os não vacinados, a vacinação BCG (ROGÉRIO *et al.*, 2015).

A preocupação, caso contraísse tuberculose, foi o sentimento mais frequentemente relatado pelos ACS, resultados diferentes dos encontrados por Mushtaq *et al.* (2011), em estudo com ACS no Paquistão, cujo principal foi vergonha (83,0%) e por Sérgio Júnior, Oliveira e Marin-Léon (2013) em estudo CAP com detentos, funcionários do presídio e trabalhadores da saúde de Hortolândia, São Paulo, onde verificaram que cerca de 30% dos trabalhadores referiram medo caso contraísse a doença. Ainda com relação aos sentimentos dos ACS de nosso estudo em relação aos doentes com TB, constatou-se que cerca de 70% referiram compaixão e desejo de ajudar. Esse sentimento positivo foi semelhante ao observado por Sérgio Júnior, Oliveira e Marin-Léon (2013).

A maioria dos ACS referiu que os portadores de TB são tratados de forma amigáveis ou as pessoas apoiam em sua área, denotando uma atitude positiva por parte da comunidade aos doentes. Pôrto (2007), analisando as representações sociais da tuberculose, refere que o preconceito gera obstáculos à aceitação do doente e ao seguimento do tratamento, o que os leva muitas vezes a serem segregados do convívio social. Lima *et al.* (2014) estudando o estigma da tuberculose no olhar dos agentes comunitários de saúde no estado do Rio Grande do Sul, concluiu haver estigma no processo de cuidado ao paciente e que esse comportamento tinha implicações no controle da doença.

Finalmente, com relação as suas práticas, constatou-se que quase 90% dos ACS informou realizar a busca de moradores com tosse há pelo menos três semanas, na detecção de casos novos de TB pulmonar, conforme recomendado pelo MS (BRASIL, 2001), demonstrando as boas práticas por parte desses profissionais no município do Recife. Esses resultados são distintos dos encontrados por Pinto *et al.* (2014) entre ACS da cidade de Natal, que classificou como regular, a busca de sintomático respiratório na comunidade, e semelhantes ao encontrado por Scatolin *et al.* (2014), em ACS da cidade de Ribeirão Preto,

São Paulo, que classificou o desempenho dos ACS na busca de sintomáticos respiratórios na comunidade e nos serviços de saúde como satisfatório. Estudos demonstram que os ACS necessitam estarem preparados e sensibilizados para rastrear o principal sintoma da TB, pois esta conduta facilita o diagnóstico precoce dos casos, diminuindo as chances de disseminação da infecção na comunidade (SILVA; AMARAL, 2011).

Um dado que chamou a atenção foi o fato de alguns ACS (cerca de 8%) terem referido incorretamente que a febre ou sudorese seria o principal sintoma que o levava a suspeitar de TB pulmonar. Maciel *et al.* (2008) igualmente encontrou em seu estudo conduzido em Vitória, no Espírito Santo, ACS que referiram a febre como o principal sintoma da doença, embora em uma proporção bem superior (62,9%) a observada no nosso estudo.

Em relação à conduta ao identificar um caso suspeito de TB pulmonar, pouco mais de 80% dos ACS informaram encaminhá-los a USF, estando esta prática de acordo com as recomendações do MS (BRASIL, 2001; PROCÓPIO, 2008). Quanto à solicitação de baciloscopia, uma pequena proporção (13,4%) informou solicitar o exame em sintomáticos respiratórios durante as visitas domiciliares. Essa prática está em acordo com o recomendado no município do Recife, onde os ACS receberam treinamento e foram orientados a realizarem essa prática, mesmo não sendo essa a conduta recomendada pelo MS a esses profissionais. Com essa prática, se pretende diminuir o tempo de diagnóstico dos casos suspeitos e assim reduzir o risco de contaminação dos contatos. Em um município considerado prioritário, como o Recife, torna-se necessária a incorporação dessa prática à rotina de visitas domiciliares pelos ACS, juntamente com o provimento dos insumos necessários à coleta, além da capacitação continuada dos ACS e supervisão adequada pela gestão municipal.

Ao serem indagados sobre o local no qual os casos de TB pulmonar da sua área vinham sendo acompanhados, a quase totalidade informou que era através de consultas na USF. Esse resultado demonstra que o processo de descentralização do acompanhamento dos casos de TB para a atenção básica foi bem sucedido no Recife. Essas unidades de saúde da família são os serviços mais próximos à residência dos pacientes, facilitando o acesso, o manejo dos casos pelos profissionais e a adesão ao tratamento (BRASIL, 2011; PROCÓPIO 2014).

No município do Recife, pode-se verificar que todos ACS que possuíssem casos de TB pulmonar em acompanhamento disseram realizar TDO, entre estes quase metade informou observar a tomada da medicação de 3 a 5 vezes por semana como preconiza o PNCT. Fato semelhante foi relatado por, Rocha *et al.* (2015) em Juiz de Fora, Minas Gerais, ao avaliar o conhecimento dos ACS a respeito da TB pulmonar, suas medidas de controle e o tratamento

diretamente observado, verificou que, em relação ao TDO, houve um menor percentual de acertos, e que apenas 62,2% sabiam que a frequência mínima para realização da supervisão da tomada de medicação recomendada pelo PNCT é de pelo menos três vezes na semana.

Estudos evidenciam que o TDO é a modalidade de acompanhamento ao tratamento mais efetiva, e tem sido uma das estratégias recomendadas pelo PNCT (BRASIL, 2015). Estudos realizados no âmbito nacional e internacional atestaram o maior sucesso do tratamento, observando-se maiores percentuais de cura e negatificação da baciloscopia mais precoce, fatos relatados por Ibanês e Nivaldo Junior (2013), numa revisão de literatura sobre o assunto. Ferreira *et al.* (2011), na cidade do Rio de Janeiro, observaram que pacientes em TDO tiveram 21% menos chance de abandonar o tratamento de TB. Por sua vez, o maior desempenho dos serviços na realização de TDO é influenciada pela disponibilidade de recursos humanos, materiais, organização interna dos serviços e ausência do paciente no domicílio (GONZALES *et al.*, 2008).

Dados oficiais do município do Recife no ano de 2016 registram percentuais inferiores a 50% de realização de TDO nos casos novos de TB pulmonar. Desta forma, há necessidade de se estimular e oferecer condições aos ACS e pacientes para a realização desta prática a todos os casos de TB pulmonar diagnosticados. Para isso, os ACS necessitam de educação continuada, supervisão sistemática por profissionais treinados e sensibilizados sobre a importância do TDO, visando o aumento das taxas de cura e redução das taxas de abandono, que em 2014 eram de 56,6% e 12,8%, respectivamente, patamares em desacordo ao recomendado pelo MS.

Quanto à vigilância dos contatos, mais de 80% dos ACS informaram orientá-los e encaminhá-los à USF, porém tal prática não parece estar contribuindo para a efetiva realização dessa atividade. Segundo dados da vigilância epidemiológica do município, foram registrados 3.118 contatos de casos de TB em 2014, porém apenas 770 foram examinados (24,7%) (RECIFE, 2015). Os contatos são uma importante fonte de infecção do bacilo da TB, necessitando todos serem investigados, tendo em vista o seu reconhecido risco de infecção latente, fontes potenciais de manutenção da cadeia de transmissão da doença na comunidade (GAZETTA *et al.*, 2008). Considerando-se o número de 1.274 casos de TB pulmonar notificados no município em 2014, seria esperado mais de quatro mil contatos a serem examinados. Desta forma, necessita-se de atenção especial pelos gestores municipais do Programa de TB onde estimule na equipe de saúde a realização e registro de exame de todos os contatos dos casos diagnosticados.

A maioria dos ACS informou não realizar ou realizar ocasionalmente atividades educativas sobre TB pulmonar na comunidade. Dados sobre essa prática entre ACS são escassos na literatura. Scatolin *et al.* (2014), em seu estudo com ACS em Ribeirão Preto, São Paulo, identificou fragilidades na realização de atividades de educação em saúde pelos ACS na comunidade. Os dados mostram que as atividades educativas precisam ser implementadas como rotina no dia a dia do trabalho dos ACS e para isto eles necessitam de capacitação, de supervisão adequada, estrutura física e material para a oferta dessas atividades nas USF.

As práticas adequadas estiveram associadas ao conhecimento satisfatório em nossa população, afirmando a importância do adequado conhecimento na adoção de boas práticas pelos ACS. Resultado semelhante foi encontrado em outros estudos realizados no país Maciel *et al.* (2008); Rocha *et al.* (2015) e no âmbito internacional Gizaw, Alemu, Kibret (2015).

Uma das possíveis limitações deste estudo consiste no viés de memória, tendo em vista a dificuldade demonstrada por alguns ACS de recordar determinadas informações, particularmente data de realização de cursos, número de treinamentos realizados. Para minimizar o viés de informação e evitar constranger os ACS, as questões sobre conhecimentos e atitudes foram auto aplicadas, enquanto que sobre as práticas foram obtidas por meio de entrevista. Também podem ter ocorrido divergências nas respostas que foram coletadas por saberem que determinadas respostas seriam supostamente mais aceitáveis. Quanto ao viés de seleção, este provavelmente não ocorreu, pois o processo de seleção foi aleatório e houve um pequeno percentual de perdas. O nível de aceitação dos ACS foi muito bom, a qual se mostrou uma categoria aberta a pesquisas e sedenta de conhecimento sobre a TB pulmonar, o que se traduziu pelo pequeno número de recusas.

Os dados do estudo mostraram elevado nível de conhecimento satisfatório sobre TB pulmonar na população estudada, o qual esteve associado às boas práticas. Esses resultados contrastam com os indicadores desfavoráveis do município e apontam a necessidade de melhorar a gestão do Programa visando a ampliação do TDO a todos os casos de TB pulmonar, intensificar o exame dos contatos dos pacientes, além da realização de atividades educativas rotineiras com a comunidade, intensificação das ações de educação continuada permanente aos ACS e outros profissionais de saúde, supervisão efetiva de suas ações no nível local e prover as condições para a realização da baciloscopia dos sintomáticos respiratórios pelos ACS.

8 CONCLUSÃO

No referido estudo CAP dos ACS sobre TB pulmonar, no município do Recife, conclui-se que:

- a) Cerca de 70% possui mais de 10 anos de trabalho na função como ACS.
- b) A maioria dos ACS demonstrou nível de conhecimento satisfatório sobre TB pulmonar, o qual se associou às práticas adequadas sobre a doença.
- c) Uma considerável parcela mostrou preocupação de estar sob o risco de contrair TB devido as suas atividades de trabalho.
- d) A maioria dos ACS realizava práticas adequadas com relação a busca de sintomáticos respiratórios na comunidade.
- e) Considerável parcela dos ACS não realizava TDO com os pacientes, e não orientam sobre a coleta de escarro.
- f) A maioria dos ACS realiza atividades educativas sobre TB às vezes ou nunca realizaram.

9 RECOMENDAÇÕES

Na perspectiva de que os ACS do município estudado aprimorem seu conhecimento, suas opiniões, e desenvolvam práticas mais adequadas em relação a TB pulmonar nas suas microáreas de atuação, faz-se necessário:

- a) Ampliação do conhecimento dos ACS sobre a TB pulmonar, onde se invista em educação continuada permanente, com metodologia que reforce o vínculo do ACS com a realidade socioeconômica da comunidade;
- b) Investimentos em supervisão adequada e capacitada dos DS nas ESF;
- c) Incentivo à prática de solicitação da baciloscopia pelos ACS durante as visitas domiciliares;
- d) Incentivar a realização da prática do TDO por parte dos ACS a todos pacientes de TB em tratamento;
- e) Examinar todos os contatos de casos de tuberculose;
- f) Investir no envolvimento de outros segmentos sociais, para discussão de ações que tenham impacto na transmissão e cura da doença no município;
- g) Estímulo a atividades educativas envolvendo todos os profissionais da USF e comunidade;
- h) Discussão periódica dos casos de TB pulmonar nas USF;
- i) Capacitar os ACS sobre medidas de biossegurança em relação a TB pulmonar;
- j) Realização de novos estudos onde se aborde esse mesmo tema com demais profissionais das ESF;
- k) Realização de estudo complementar, com metodologias distintas (grupo focal e observação das práticas dos ACS), onde se aprofunde aspectos de questões subjetivas, e verificação em lócus das ações por eles relatadas.

Com a implementação destas ações espera-se que os ACS identifiquem precocemente os sintomáticos respiratórios de TB pulmonar, acompanhem os casos em tratamento de maneira adequada, e se integrem ao lema da Estratégia PÓS-TB 2015 de rastrear, tratar e curar todos os casos de TB no município do Recife.

REFERÊNCIAS

- AFARAY, J. M.; HILASACA, G. H. Conocimientos sobre tuberculosis em agentes comunitários de salud em Tacna, Peru. **Acta Médica Peruana**, Lima, v. 29, n. 2, p.64, 2012.
- ANDRADE, F. A. C. **A importância da satisfação profissional na USF sob a ótica do agente comunitário de saúde**. 2011. Monografia (Especialização em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Uberaba, 2011.
- BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Brasília: Ministério da Saúde, v. 46, n. 9, 2015.
- BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Recife: Secretária de Saúde, janeiro, 2015.
- BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Brasília: Ministério da Saúde, v. 47, n. 13, 2016.
- BRAND, C. J.; ANTUNES, R. M.; FONTANA, R. T. Satisfações e insatisfações no trabalho do ACS. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 1, p. 40-47, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Tuberculose: informações para agentes comunitários de saúde**. Brasília, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília, 2009.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Dispõe sobre a Criação da Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, 2002. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4165>>. Acesso em: 20 ago. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância em Saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose**. 2. ed. rev. Brasília, 2008. (Cadernos de Atenção Básica, n. 21).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite**. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saudebateporta/mostravirtual/ingles/publicacoes/modalidade_contratacao_agentes_comunitarios.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 278, de 27 de fevereiro de 2014**. Institui diretrizes para a implantação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/publicacoes>>. Acesso em: 20 ago. 2016.
- BRISTOW, C. C. et al. TB tracer teams in South Africa: Knowledge, practices and challenges of tracing TB patients to improve adherence. **BMC Public Health**, London, v. 13, n. 801, p. 1-8, 2013. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/801>>. Acesso em: 9 ago. 2015.

COTTA, R. M. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 15, n. 37, p. 18-24, 2006.

CRISPIM, J. A. et al. The Community Health Agent in the control of tuberculosis in Primary Health Care. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 721-727, 2012.

DANTAS, D. N. A. et al. Ações do agente comunitário de saúde no diagnóstico da tuberculose pulmonar. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, n. 12, p. 980-994, 2011.

DUARTE, S. J. H. et al. A educação permanente como possibilidade no diagnóstico precoce da tuberculose. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 40, n. 1, p. 28-33, 2011.

FAÇANHA, M. C. et al. Treinamento da equipe de saúde e busca ativa na comunidade: estratégias para a detecção de casos de TB. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 35, n. 5, p. 449-454, 2009.

FERREIRA, V. et al. DOTS in primary care units in the city of Rio de Janeiro, Southeastern Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 40-48, 2011.

FILGUEIRAS, A. S.; SILVA, A. L. A. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 899-915, 2011.

FREITAS, I. M. et al. Fatores associados ao conhecimento sobre tuberculose e atitudes das famílias de pacientes com a doença em Ribeirão Preto, SP. **Revista Brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 326-340, 2015.

GAZETTA, C. E. et al. Controle de comunicantes de tuberculose no Brasil: revisão de literatura (1984- 2004). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, 2008. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rfae>>. Acesso em: 5 set. 2016.

GIZAW, D. G.; ALEMU, Z. A.; KIBRET, K. T. Assessment of Knowledge and practice of health workers towards tuberculosis infection control and associated factors in public health facilities of Addis Ababa, Ethiopia: A cross-sectional study. **Archives of Public Health**, Etiópia, v. 73, n. 1, p. 1-10, 2015. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1186/s13690-015-0062-3>>. Acesso em: 6 jan. 2016.

GONZALES, R. I. R. et al. The performance of health services in providing Directly Observed Treatment (DOT) in households to control. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 627-633, 2008.

HASHIM, D. S.; AL KUBAISY, W.; AL DULAYME A. Knowledge, attitudes and practices survey among health care workers and tuberculosis patients in Iraq. **La Revue de Santé de la Méditerranée orientale**, Paris, v. 9, n. 4, p. 718-731, 2003.

HIJJAR, M. A. et al. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, Suppl. 1, p. 50-58, 2007.

IBANÊS, A. S.; NIVALDO JUNIOR, C. Panorama internacional e nacional da estratégia do tratamento diretamente supervisionado (DOTS) nas políticas de controle da tuberculose. **ABCS Health Sciences**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 25-32, 2013.

IBGE. **Censo demográfico**: características da população e dos domicílios: Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br>>. Acesso em: 6 ago. 2015.

KALIYAPERUMAL, I. E. C. Guideline for Conducting a Knowledge, Attitude and Practice (KAP) Study. **Community Ophthalmology**, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 7-9, Jan./ Mar 2004. Disponível em: <http://v2020eresource.org/content/files/guideline_kap_Jan_mar04.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2016.

LIMA, L. M. et al. Estigma e tuberculose: olhar dos agentes comunitários de saúde. **Cuidado y salud**, Lima, v. 1, n. 1, ene./jun. 2014. Disponível em: <<http://www.eeplt.edu.pe/revista/>> Acesso em: 28 ago. 2016.

LONNROTH, K. et al. Tuberculosis control and elimination 2010-50: cure, care and social development. **Lancet**, London, v. 375, n. 9728, p. 1814-1829, 2010.

LONNROTH, K. et al. Beyond UHC: Monitoring Health and Social Protection Coverage in the Context of Tuberculosis Care and Prevention. **Plos Medicine**, Genebra, v. 11, n. 9, p. 1-10, 2014. Disponível em: <<http://www.plosmedicine.org>>. Acesso em: 10 fev. 2016.

MACIEL, E. L. N. et al. O agente comunitário de saúde no controle da tuberculose: conhecimentos e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1377-1386, 2008.

MARQUIEVIZ, J. et al. A Estratégia de Saúde da Família no controle da tuberculose em Curitiba. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 265-271, 2013.

MÉDICIUNS DU MUNDE. **The KAP Survey Model** (Knowledge, Attitudes, & Practices). [s.l.], 2011. Disponível em: <<http://tinyurl.com/ok9p72y>>. Acesso em: 25 ago. 2015.

MOREIRA, R. T. et al. Risco de infecção tuberculosa em agentes comunitários de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 332-338, 2010.

MUSHTAQ, M. U. et al. Urban-rural inequities in knowledge, attitudes and practices regarding tuberculosis in two districts of Pakistans Punjab province. **International Journal for Equity in Health**, London, v. 10, n. 8, p. 1-9. 2011. Disponível em: <<http://equityhealthj.com/content/10/1/8>>. Acesso em: 9 mar. 2016.

NASCIMENTO, G. M. **Riscos no trabalho do Agente Comunitário de Saúde na perspectiva da saúde do trabalhador**. 2009. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

NOGUEIRA, A. F. et al. Tuberculose: uma abordagem geral dos principais aspectos. **Revista Brasileira de Farmácia**. Rio de Janeiro, v. 93, n. 1, p. 3-9, 2012. Disponível em: <<http://www.rbfarma.org.br>>. Acesso em: 2 dez. 2015.

OLIVEIRA, A. R. et al. Satisfação e limitação no cotidiano de trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 28-36, 2010. Disponível em: <[http:// dx.doi.org/10.5216/ree.v12i1.9511](http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i1.9511)>. Acesso em: 8 set. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Stop TB partnership and the World Health Organization: The global plan to stop tuberculosis, 2006-2015**. Geneva, 2006. Disponível em: <www.who.int/tb/publications/global_reports/en/>. Acesso em: 2 jul. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Global tuberculosis report 2014**. Geneva, 2014. Disponível em: <www.who.int/tb/publications/global_reports/en/>. Acesso em: 3 maio 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Advocacy, communication and social mobilization for TB control: a guide to developing knowledge, attitude and practice surveys**. Geneva, 2008. Disponível em: <[http://www.stoptb.org/advocacy, communicationandsociofoTBcontrol](http://www.stoptb.org/advocacy,communicationandsociofoTBcontrol)>. Acesso em: 25 maio 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **The End TB Strategy**. Geneva, 2015. Disponível em: <[http://www,who.int/tb/End_TB_brochure.pdf?ua=1](http://www.who.int/tb/End_TB_brochure.pdf?ua=1)>. Acesso em: 2 jul. 2016.

PEDRO, H. S. P. et al. Cenário atual da tuberculose. **Hansenologia Internationalis**, Bauru, v. 39, n. 1, p. 40-55, 2014.

PEREIRA, I. C.; OLIVEIRA, M. A. C.; O trabalho do agente comunitário de saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 3, p. 412-419, 2013.

PERNAMBUCO. Secretária Estadual de Saúde. Secretária Executiva de Vigilância em Saúde. **Programa de Enfrentamento das Doenças Negligenciadas no Estado de Pernambuco SANAR- 2011-2014**. Recife, 2011. 39p.

PINTO, E. S. G. et al. O agente comunitário de saúde na detecção de casos de tuberculose. **Ciencia e Cuidado em Saúde**, Paraná, v. 13, n. 3, p. 519 - 526, 2014. Disponível em: <eduem.uem.br/ojs/index.php/ciencucuidsaude/article...>. Acesso em: 22 dez. 2015.

PÔRTO, A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, supl. 1, p. 43-49, 2007.

PROCÓPIO, M. J. (Org.). **Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço**, 6.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 348 p.

PROCÓPIO, M. J. (Org.). **Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço**, 7.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. 344 p.

RAMDOHR SOBRINHO, E. C. et al. A tuberculose na estratégia de saúde da família: o conhecimento dos agentes comunitários de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 2, p. 416-421, 2013. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.16982>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde do Recife 2014-2017**. Recife, 2014. 84 p.

ROCHA, G. S. S. et al. Conhecimento dos agentes comunitários de saúde sobre tuberculose, suas medidas de controle e tratamento diretamente observado. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1483-1496, 2015.

RODRIGUES, P. M. et al. Infecção por *Mycobacterium tuberculosis* entre agentes comunitários de saúde que atuam no controle da tuberculose. **Jornal brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 351-358, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15901/51806>>. Acesso em: 31 ago. 2016.

ROGÉRIO, W, P. et al. Prevalência e fatores associados à infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* entre agentes comunitários de saúde no Brasil, usando-se a prova tuberculínica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 10, p. 2199-2210, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00152414>>. Acesso em: 21 out. 2016.

ROSEMBERG, J.; TARANTINO, A. B. Tuberculose. In: TARANTINO, A. B. **Doenças pulmonares**. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2007.

SANTOS, L.S.; CABRAL, A. C. S. P.; AUGUSTO, L. G. Conhecimento, atitude e prática sobre dengue, seu vetor e ações de controle em uma comunidade urbana do Nordeste. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 1319-1330, 2011.

SCATOLIN, B. E. et al. Busca de pacientes sintomáticos respiratórios: atuação do Agente Comunitário de Saúde no controle da tuberculose em município de grande porte, Brasil. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 261-269, 2014.

SÉRGIO JÚNIOR, F.; OLIVEIRA, H. B.; MARIN-LÉON, L. Conhecimento, atitudes e práticas sobre tuberculose em prisões e no serviço público de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 100-113, 2013.

SILVA, C. O. G.; AMARAL, R. K. K. Tuberculose: casos novos e Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Enfermagem UNISA**, Santo Amaro, v. 12, n. 1, p. 64-67, 2011. <Disponível em:<<http://www.unisa.br/graduação/biológicas/enf/revista>>. Acesso em: 10 set. 2016.

SILVA, D. M. et al. Avaliação de desempenho de Serviços da Atenção Básica para tratamento da tuberculose. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 1044-1053, 2014. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/>>. Acesso em: 2 mar. 2015.

SOUZA, E. P. et al. Prevenção e controle da tuberculose: Revisão Integrativa da Literatura. **Revista Cuidarte**, Santander, v. 6, n. 2, p. 1093-1101, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i2.178>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

TARIQ, M. **KAP – Survey of Knowledge, Attitudes and Practices Enhanced Response to TB ACMS**. Cairo: National, TB Control Programme (NTP), Ministry of Health Egypt, 2008.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde: promoção vigilância e saúde da família**. Salvador : EdUFBA, 2006. 63p.

TEMESGEN, C.; DEMISSIE, M. Knowledge and practice of tuberculosis infection control among health professionals in Nortwest Ethiopia; 2011. **BMC Health Services Research**, London, Nov. 2014. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/593>>. Acesso em: 25 jun. 2015.

WAI, M. F. P.; CARVALHO, A. M. P. O trabalho do agente comunitário de saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 563-568, 2009. Disponível em: <<http://bases.birene.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>>. Acesso em: 11 set. 2016.

WERMELINGER, M. et al. A Força de Trabalho do Setor saúde no Brasil: Focalizando a Feminização. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 54-70, 2010. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz/observarh/arquivos>>. Acesso em: 1 set. 2016.

ZUMLA, A. et al. Tuberculosis (Review Article). **New England Journal of Medicine**, London, v. 368, n. 8, p. 745-755, 2013. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra1200894>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

APÊNDICE A - TCLE

(TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO)

Prezado ACS,

Estamos convidando você a participar da pesquisa intitulada **“Conhecimento, atitudes e práticas dos agentes comunitários de saúde sobre tuberculose pulmonar, no município de Recife.”**, que objetiva descrever e investigar o conhecimento, atitudes e práticas dos agentes comunitários de saúde sobre a tuberculose pulmonar do município de Recife no ano de 2016.

Sua participação consistirá em responder um questionário dividido em duas partes, sendo a 1ª parte um questionário auto aplicado com questões que abordam informações sobre a sua condição demográficas (idade, sexo e escolaridade), trabalho e capacitação (10 questões); conhecimento sobre tuberculose (15 questões); e atitudes sobre tuberculose (5 questões); e a 2ª parte do questionário será aplicado pela pesquisadora e duas estudantes de enfermagem através de entrevista ao ACS sobre suas práticas relativas ao controle da tuberculose na comunidade (10 questões).

Informamos que a metodologia adotada poderá ocasionar riscos de possível constrangimento durante a aplicação do questionário e na entrevista. Os dados desse estudo poderão resultar no desenvolvimento de ações de treinamento e capacitação, visando o aperfeiçoamento do Programa de Controle da Tuberculose em sua área. Garantimos todas as medidas necessárias para assegurar o sigilo e a privacidade de seus dados, e os resultados gerais obtidos nessa pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho exposto acima, incluindo a sua publicação na literatura científica especializada e apresentação em eventos científicos.

O senhor (a) poderá recusar-se a responder alguma pergunta em caso de sentir-se constrangido, ou retirar o consentimento de participação em qualquer fase da pesquisa, sem que isto lhe cause prejuízo junto a coordenação da pesquisa ou a Secretária de Saúde do Recife.

Qualquer dúvida sobre a pesquisa poderá ser esclarecida pela pesquisadora responsável, Enfermeira Lucijane Maria da Silva Gaspar, pelo telefone 3355-4708.

Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, localizado na Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50.670-420, através do telefone (81) 2101-2639 ou pelo e-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br. O horário de funcionamento é das 08:00 – 12:00 hrs / 13:00 – 15hrs. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Este documento será emitido e assinado em duas vias, e uma ficará sob sua guarda.

Em, ____ de _____ de 2016.

Eu _____ ACS, da
USF _____, concordo em
participar da referida pesquisa e fico de posse de uma via desse documento.

Assinatura do ACS

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE B - Questionário
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES-FIOCRUZ
PESQUISA: CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS DE ACS SOBRE TUBERCULOSE
PULMONAR NO MUNICÍPIO DO RECIFE
QUESTIONÁRIO AUTO-APLICÁVEL (Parte 1)

Registro individual na pesquisa _____	Data da entrevista ___/___/___
ESF: código	Nome da USF:
Bairro:	DS

INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS, CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO E CAPACITAÇÃO.

1. Quantos anos você tem? ____ Anos	2. Sexo: Masculino Feminino	3. Qual o seu nível de escolaridade? Ens fundamental Ens médio incompleto Ens médio completo Superior incompleto Superior completo
4. Há quanto tempo você trabalha nessa equipe como ACS? ____ Anos	5. Você é atualmente responsável por quantas famílias? ____ N° de famílias cadastradas	
6. Defina o seu grau de satisfação com o trabalho como ACS (assinale com um x): Totalmente insatisfeito Razoavelmente insatisfeito Razoavelmente satisfeito Satisfeito Muito satisfeito		
7. Alguma vez você recebeu treinamento sobre tuberculose (TB) no seu trabalho? Sim Não Observação: se respondeu não a questão 7, seguir para o bloco de questões sobre conhecimento.	8. Se sim, há quanto tempo teve o último treinamento? ____ Semanas ____ Meses ____ Anos	
9. Nos últimos cinco anos (2012 até o momento atual), quantas vezes você recebeu treinamento para TB? Nenhuma vez Uma vez ____ Vezes	10. Em qual desses cursos você recebeu informações sobre TB? Curso introdutório Treinamento em serviço específico sobre tuberculose Nos dois cursos acima Outros. Quais? _____	

CONHECIMENTOS SOBRE TUBERCULOSE (TB).

1. Como você acha que está o problema da TB no município? Muito grave Grave Um pouco grave Não é grave Não sei
2. De onde você obtém informações sobre TB rotineiramente? Pode marcar mais de uma opção. Treinamento em serviço Colegas no trabalho Professores Panfletos Internet/radio/TV Igreja (líderes religiosos) família, amigos, vizinhos Outros. Quais? _____
3. Marque com um X a resposta que melhor define a tuberculose: É uma doença causada por vírus que atinge principalmente os ossos. É uma doença contagiosa transmitida por mosquito que atinge os pulmões. É uma doença contagiosa causada por bactéria que atinge os pulmões e outros órgãos. É uma doença transmitida pela relação sexual que atinge todos os órgãos. É uma doença transmitida através do contato com sangue e urina que atinge os órgãos.

Não sei.		
4. Marque com X apenas uma resposta. Como uma pessoa pode pegar TB?		
Compartilhando utensílios (roupas, talheres, copos, pratos etc.).		
Alimento contaminado		
Pelo ar, através da tosse ou espirro de alguém com a doença.		
Aperto de mão, abraço, tocando na pele.		
Em locais públicos (maçanetas, puxadores em transporte, etc.).		
Outros. Quais? _____		
Não sei.		
5. Marque com X apenas uma resposta. Durante visita aos domicílios, qual o principal sintoma que lhe leva a suspeitar de TB?		
Quando a pessoa tem febre constante	Quando tem perda de peso	Tosse por três semanas ou mais
Quando tem falta de ar	Quando tem dor nas costas	Sudorese noturna
		Não sei
6. Marque com X apenas uma resposta. Quem pode ser considerado os contatos do caso de TB?		
Qualquer pessoa conhecida do caso de TB	Pessoas que vivem na mesma casa do caso de TB	
Pessoas que moram na mesma rua TB	Pessoas que ocasionalmente visitam a pessoa com TB	
Ser vizinho do caso de TB		
7. Marque com um X apenas uma resposta. Como uma pessoa pode se prevenir da tuberculose?		
Evitando aperto de mão com pessoas que tem a doença.		
Evitando compartilhar pratos e outros talheres.		
Lavando as mãos depois de tocar itens em lugares públicos.		
Fechando janelas em casa, para evitar o ar contaminado.		
Através de uma boa alimentação.		
Tomando BCG		
Rezando.		
Outros. Quais? _____		
Não sei.		
8. Marque com X apenas uma resposta. Como se previne que uma pessoa infectada não venha adoecer de TB?		
Não ficar muito perto do caso de TB	O doente deve usar máscara ou lenço quando tossir	
Descansar e não fazer esforço	Não compartilhar utensílios com o doente de TB	
Parar de fumar	Tomar isoniazida para infecção latente (quimioprofilaxia)	
Parar de beber	Comer muito	
Tomar a vacina BCG	Manter a casa ventilada	
Outros. Quais? _____	Não sei	
9. Marque com X apenas uma resposta. Como uma pessoa com tuberculose fica curada?		
Tomando ervas medicinais	Tomando remédios caseiros	Rezando e indo para igreja
Tomando os antibióticos todos os dias	Internando-se em hospital	Não sei
Com uma boa alimentação	Outros. Quais? _____	
10. Você sabe qual a duração do tratamento para TB pulmonar? (Coloque o tempo de tratamento)		
___Meses ___Anos ___Não sei		
11. Marque com X apenas uma resposta. Qual é o principal exame realizado para confirmar o caso suspeito de TB pulmonar?		

Exame de escarro	Radiografia de tórax	PPD	Sangue	Urina	Fezes
Outros. Quais? _____			Não sei		
12. Marque com X apenas uma resposta correta. Como verificar se a criança tomou a vacina BCG contra a tuberculose?					
Verificar a presença de cicatriz no braço esquerdo		Observar o cartão da criança			
Verificar a presença de cicatriz no braço direito		Verificar a presença de cicatriz na perna			
13. Marque com um X apenas uma resposta correta. Como se considera que um paciente abandonou o tratamento de TB?					
Acha os remédios ruim	Toma os remédios e bebe	Mudou-se de sua área	Não toma os remédios		
por mais de 30 dias	Toma os remédios e fuma	Não toma os remédios há uma semana			
14. Marque com um X apenas uma resposta. Você sabe o que é o tratamento diretamente observado (TDO)?					
É o paciente tomar a medicação todos os dias		Paciente tomar a medicação apenas no posto			
Paciente tomar a medicação só durante a semana		Paciente tomar a medicação na presença de um profissional de saúde			
		Paciente tomar a medicação em dias alternados			
Outros. Quais? _____			Não sei		
15. Marque com X apenas uma resposta correta. Quais os benefícios que o TDO pode trazer ao paciente de TB?					
Evita o abandono do tratamento	Evita o paciente não gostar dos remédios	Evita o paciente mudar de endereço			
	Evita os efeitos colaterais dos remédios	Evita o paciente comer errado			

ATITUDES SOBRE TB

1. Você acha que pode pegar TB?					
Sim		Não			
2. Se Sim, por quê? Marque uma resposta.					
Convivo com doentes de TB		Tenho contato com pessoas em local fechado		Visito ambientes desfavoráveis/domicílios úmidos	
Porque não me previno		Me exponho durante as visitas		Qualquer um pode pegar	
3. O que você sentiria se tivesse TB?					
Medo	Vergonha	Constrangimento	Preocupação	Não sentiria nada	
Surpresa	Tristeza	Desespero	Ficaria "normal"		
Outros. Quais? _____					
4. Qual é o seu sentimento mais forte em relação às pessoas com tuberculose?					
"Compaixão e desejo de ajudar"		"Prefiro ficar longe dessas pessoas"		"Tenho pena"	
"Tenho medo de pegar a tuberculose"		"Não tenho nenhum sentimento particular"			
Outros. Quais? _____					
5. Em sua área, como uma pessoa que tem TB geralmente é tratada?					
As pessoas rejeitam		A maioria das pessoas são amigáveis, mas tentam evitar.			
A maioria apoia e ajuda		Não sabe		Outros. Quais? _____	

(PARTE 2) – ENTREVISTA. PRÁTICAS SOBRE TB (Marque uma resposta)

1. O que você faz para detectar casos novos de tuberculose na sua área?			
Procuo pessoas com febre	Procuo pessoas com diarreia	Encaminho comunitários a USF	
Procuo pessoas com tosse por três semanas ou mais			
Outros. Quais? _____		Não sei	
2. O que você faz quando identifica um caso suspeito de TB?			
Solicito exames	Encaminho para USF urgente	Mando tomar remédios	
Mando procurar a igreja	Mando ir marcar consulta na USF	Mando procurar o hospital	
Outros. Quais? _____		não sei	
3. Atualmente existem pessoas em tratamento para tuberculose na sua área de abrangência? (se não pular para o número 5).			
Sim Não			
4. Se sim, quantos casos de tuberculose existem em sua área ?			
____ Casos			
5. Como vêm sendo feito o acompanhamento do tratamento desses casos na sua equipe? (Ler as opções)			
Consultas na USF	Consulta em Unidade fora do bairro	Tratamento diretamente observado (TDO)	
Hospital de referência			
6. Em pacientes em TDO, quantas vezes por semana você realiza o TDO?			
1 vez por semana	2 vezes por semana	3 vezes por semana	4 vezes por semana
5 vezes por semana	Outros. Quais? _____		Não sei
7. O que você faz com as pessoas contatos de casos de TB da sua área?			
Mando procurar um hospital	Oriento e encaminho à USF para ser atendido		
Oriento ir a USF apenas se tiver tosse	Oriento a procurar uma rezadeira		
Mando fazer exames	Outros. Quais? _____		
Não sei			
8. Quais são as orientações que você geralmente realiza aos pacientes de TB e seus contatos?(Pode marcar mais de uma resposta)			
Como tomar a medicação corretamente			
Tempo que deverá tomar a medicação			
Sinais e sintomas de retorno a USF			
Como proteger outras pessoas da família da doença			
Quais os efeitos colaterais das medicações			
Levar todos os contatos para serem avaliados na USF			
Parar de fumar			
Parar de beber			
Informações sobre alimentação			
Como coletar o escarro			
Outros. Quais? _____		Não sei	
9. Com que frequência você realiza atividades educativas sobre TB na sua área?			
Sempre Nunca As vezes			
10. Quando foi a última vez que você realizou atividade educativa para a comunidade sobre TB?			
Mês Anos			

ANEXO A – Carta de Anuência



**PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE**

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Lucijane Maria da Silva Gaspar**, pesquisadora do Mestrado Profissional em Epidemiologia e Controle da Tuberculose da Fundação Oswaldo Cruz / Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, a desenvolver pesquisa nos Distritos Sanitários I, II, III, IV, V, VI, VII e VIII, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: **“Conhecimento, atitudes e práticas dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a tuberculose pulmonar no município de Recife, no período de 2016.”**, sendo orientada por Maria Cynthia Braga.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 19 de novembro de 2015.

Atenciosamente,


Juliana Ribeiro

Chefe de Divisão e Educação na Saúde

Juliana Ribeiro
Divisão de Educação na Saúde
DES/SEGTES/SESAU/PCR
Matrícula nº 99.986-8

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética



Comitê de Ética
em Pesquisa

Título do Projeto: "Conhecimento, atitudes e práticas dos agentes comunitários de saúde sobre a tuberculose pulmonar no município de Recife".

Pesquisador responsável: Lucijane Maria da Silva Gaspar

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 07/01/2016

Registro no CAAE: 52317315.4.0000.5190

Número do Parecer PlatBr: 1.489.502

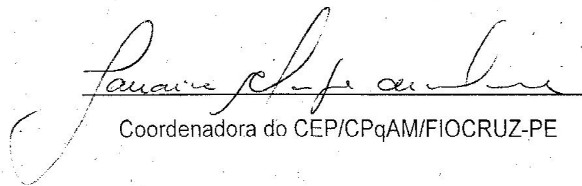
PARECER

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 466/12, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP.

Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 14 de abril de 2016.



Coordenadora do CEP/CPqAM/FIOCRUZ-PE

Janaina Campos de Miranda
Pesquisadora em Saúde Pública
Coordenadora
Mat. SIAPE 464777
CEP / CPqAM / FIOCRUZ

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n
CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639
Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639
Recife - PE - Brasil
comitedeetica@cpqam.fiocruz.br


Centro de Pesquisas
AGGEU
MAGALHÃES


FIOCRUZ
Ministério da Saúde

ANEXO C – Comunicação Interna da SEGTES aos DS

**PREFEITURA DO
RECIFE**
SECRETARIA DE SAÚDE
Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
Divisão de Educação na Saúde

CI CIRC. nº. 010 / 2016 – DES/GFES/SEGTES/SESAU

Recife, 19 de abril de 2016.

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que **Lucijane Maria da Silva Gaspar**, pesquisadora do Mestrado Profissional em Epidemiologia e Controle da Tuberculose da Fundação Oswaldo Cruz / Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, está **autorizada**, a desenvolver o projeto de pesquisa, nesse serviço, sob o título **“Conhecimento, atitudes e práticas dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a tuberculose pulmonar no município de Recife, no período de 2016”**.

Solicitamos agendamento com a pesquisadora para definição do cronograma de realização da pesquisa, considerando a disponibilidade do serviço.

Período da coleta de dados: maio a julho/2016

Finalização do projeto: novembro/2016.

Cordialmente,


Juliana Ribeiro

Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Juliana Ribeiro
Divisão de Educação na Saúde
DES/SEGTES/SESAU/PCR
Matrícula nº 99.985-8

Ilmo. (a). Sr. (a).

Silvana Moreira

Gerente do Distrito Sanitário VI