

Controle da tuberculose: percepção dos doentes sobre orientação a comunidade e participação comunitária¹

Márcio Curto²

Lúcia Marina Scatena³

Rubia Laine de Paula Andrade⁴

Pedro Fredemir Palha⁵

Elisângela Gisele de Assis⁶

Beatriz Estuque Scatolin⁷

Tereza Cristina Scatena Villa⁸

O objetivo deste estudo foi avaliar, sob a percepção dos doentes, ações de orientação para a comunidade e participação comunitária, realizadas no controle da tuberculose em serviços de saúde de Ribeirão Preto, SP. É pesquisa avaliativa quantitativa exploratória que utilizou parte do Primary Care Assessment Tool, adaptado e validado para atenção à tuberculose, aplicado por meio de entrevista a 100 doentes. Utilizaram-se indicadores do instrumento e análise de variância. Foram identificadas a realização de parcerias sociais para entrega do pote para coleta de escarro junto à comunidade, entrega do pote para coleta de escarro na comunidade pelos profissionais e a participação da comunidade para discutir o problema da tuberculose, 5, 6 e 5% respectivamente. Os serviços de saúde com menor número de doentes em tratamento apresentaram os melhores indicadores. Conclui-se que as ações de parcerias sociais, busca de sintomáticos respiratórios na comunidade e participação da comunidade no controle da tuberculose são pouco incorporadas pelos serviços de saúde.

Descritores: Tuberculose; Participação Comunitária; Relações Comunidade-Instituição; Avaliação em Saúde.

¹ Artigo extraído da dissertação de mestrado "Atenção individual, enfoque familiar e orientação à comunidade nas ações de controle da tuberculose na percepção de diferentes atores", apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, SP, Brasil. Apoio financeiro FAPESP, processo nº 2007/02648-7 e CNPq/MS-SCTIE-DECIT 25/2006 processo nº 410547/2006-9.

² Enfermeiro, Mestre em Enfermagem. E-mail: marciocurto@usp.br.

³ Professor Doutor, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, MG, Brasil. E-mail: lmscatena@uol.com.br.

⁴ Enfermeira, Doutoranda, Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, SP, Brasil. E-mail: rubia@eerp.usp.br.

⁵ Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Professor Associado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, SP, Brasil. E-mail: palha@eerp.usp.br.

⁶ Enfermeira, Mestranda em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, SP, Brasil. E-mail: elisasis@eerp.usp.br.

⁷ Enfermeira. E-mail: scatolin@eerp.usp.br.

⁸ Enfermeira, Doutor em Enfermagem, Professor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, SP, Brasil. E-mail: tite@eerp.usp.br.

Endereço para correspondência:

Tereza Cristina Scatena Villa
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
Av. dos Bandeirantes, 3900
Bairro Monte Alegre
CEP: 14040-902 Ribeirão Preto, SP, Brasil
E-mail: tite@eerp.usp.br.

Tuberculosis Control: Patient Perception Regarding Orientation for the Community and Community Participation

To evaluate, from the patient's perspective, actions of orientation for the community and community participation carried out in tuberculosis control in health services in Ribeirão Preto – SP. This was an evaluative quantitative exploratory study which used part of the Primary Care Assessment Tool, adapted and validated for tuberculosis care, applied through interview, with 100 patients. Indicators of the instrument and analysis of variance were used. The realization of social partnerships for delivery of the sputum pot together with the community, the delivery of the sputum pot to the community by professionals, and the participation of the community to discuss the problem of tuberculosis were identified, 5%, 6% and 5%, respectively. The health services with fewer patients in treatment showed the best indicators. The actions of social partnerships, searching for respiratory symptomatics in the community and community participation in tuberculosis control are poorly incorporated by health services.

Descriptors: Tuberculosis; Consumer Participation; Community-Institutional Relations; Health Evaluation.

Control de la tuberculosis: percepción de los enfermos sobre orientación a la comunidad y participación comunitaria

El objetivo de este estudio fue evaluar, bajo la perspectiva de los enfermos, las acciones de orientación para la comunidad y la participación comunitaria, realizadas en el control de la tuberculosis en servicios de salud de Ribeirão Preto, São Paulo. Se trata de una investigación de evaluación cuantitativa exploratoria que utilizó parte del Primary Care Assessment Tool, adaptado y validado para la atención a la tuberculosis, aplicado por medio de entrevista a 100 enfermos. Fueron utilizados indicadores del instrumento y el análisis de la variancia. Fueron identificadas: la realización de alianzas sociales para obtener el pote para recolección de esputo junto a la comunidad (5%); la entrega del pote para recolección de esputo en la comunidad por los profesionales (6%); y, la participación de la comunidad en la discusión del problema de la tuberculosis (5%). Los servicios de salud con menor número de enfermos en tratamiento presentaron los mejores indicadores. Se concluye que las alianzas sociales, la búsqueda de sintomáticos respiratorios en la comunidad y, la participación de la comunidad en el control de la tuberculosis son poco incorporadas por los servicios de salud.

Descriptor: Tuberculosis; Participación Comunitaria; Relaciones Comunidad-Institución; Evaluación en Salud.

Introdução

A tuberculose (TB) permanece como grave problema de saúde pública. Uma pessoa com a doença ativa e não tratada, infecta, em média, de 10 a 15 pessoas ao ano. Além disso, a cada segundo acontece uma nova infecção pelo bacilo da tuberculose no mundo e um terço da população está infectada, sendo que o risco de adoecer aumenta em indivíduos com sistema imune debilitado⁽¹⁾. No Brasil, há clara modificação no cenário político do

enfrentamento dessa doença, no qual se destaca a participação da sociedade civil⁽²⁾.

A importância da comunicação e participação social, já verificada no controle de inúmeros agravos à saúde, ficou evidente também no controle da TB, após sua inserção no plano global contra a TB pela Organização Mundial de Saúde⁽³⁾. Nesse sentido, o Ministério de Saúde destaca que os profissionais de saúde devem mobilizar

a comunidade para identificar os "tossidores crônicos", nas famílias, clubes, igrejas e comunidades fechadas (presídios, manicômios, abrigos e asilos) e encaminhá-los para a realização do exame de escarro⁽⁴⁾.

A ideia de capacitar e utilizar voluntários da comunidade para a realização do tratamento supervisionado (TS) tem sido bem-sucedida em alguns locais. Estudo realizado no Equador evidenciou a existência de grupos que visam a motivação de doentes recém-diagnosticados por pacientes curados como forma de incentivar a adesão terapêutica⁽⁵⁾. A formação de grupos de apoio, constituídos pelos próprios doentes e estimulados pelas equipes de saúde, é explorada há algum tempo em vários países com significativo sucesso⁽⁵⁻⁶⁾, divergindo da visão de autores que sugerem a necessidade de capacitação de profissionais para a realização do tratamento, diretamente observável de curta duração (DOT) no domicílio⁽⁷⁾.

Pode-se afirmar que no cenário atual de enfrentamento da TB no Brasil, é indiscutível e imprescindível a atuação do setor comunitário. Não se pode dispensar a participação daqueles que trabalham diretamente e/ou que representam as populações afetadas pelo problema⁽²⁾.

O presente artigo corrobora uma série de estudos sobre tuberculose, publicados nos últimos dois anos, neste periódico, e identificou-se que, no referido período, foram publicados seis artigos e um editorial sobre o tema, sendo focado em três artigos originais o DOTS, um artigo original o tratamento da doença e outro a coinfeção TB/HIV e uma revisão da literatura abordando o controle de comunicantes, evidenciando ser de suma importância para a compreensão da dinâmica de controle da tuberculose estudos que abordem o envolvimento da comunidade, nas ações de controle da doença como proposto neste estudo⁽⁷⁻¹³⁾.

Em Ribeirão Preto, município que conta com população de 547.417 habitantes e seu sistema municipal de saúde é constituído por 14 hospitais, 31 unidades básicas de saúde e cinco ambulatorios de referência e Unidades de Saúde da Família (22% de cobertura), a atenção à TB ainda é centralizada e realizada por equipes especializadas do Programa de Controle da Tuberculose (PCT), as quais se situam em cinco distritos sanitários (Norte, Sul, Leste, Oeste e Central). As equipes são fixas, mas não exclusivas do programa, e são compostas minimamente por um médico, dois auxiliares de enfermagem e uma enfermeira. Em 2007, o município apresentou 189 casos de TB, 77,7% de cobertura de TS. A taxa de cura nesse ano foi de 68,5%, abandono, 2,1% e óbito, 1,4%⁽¹⁴⁾.

O estudo teve por objetivo avaliar, sob a percepção dos doentes, ações de orientação para a comunidade e participação comunitária, contempladas no controle da tuberculose, realizado em serviços de saúde da cidade de Ribeirão Preto, SP.

Métodos

Trata-se de estudo do tipo inquérito prospectivo, de abordagem quantitativa, realizado com 100 doentes de TB entrevistados no período de junho a julho de 2007 e que se enquadravam nos seguintes critérios de inclusão: ser maior de 18 anos, residente em Ribeirão Preto, estar em tratamento há pelo menos um mês, concordar com o termo de consentimento livre e esclarecido e estar fora do sistema prisional.

Utilizou-se instrumento componente do *Primary Care Assessment Tool* (PCAT), formulado e validado no Brasil⁽¹⁵⁾ e adaptado para avaliar a atenção à tuberculose⁽¹⁶⁾.

O instrumento contém questões específicas sobre cada componente organizacional da Atenção Primária à Saúde. Neste artigo, foram utilizadas cinco variáveis específicas para avaliar ações de controle da tuberculose, orientadas para a comunidade.

Os dados foram armazenados e analisados por meio do *software* Statistica 8.0. As categorias de respostas utilizadas para cada pergunta do questionário foram: 1=nunca, 2=quase nunca, 3=às vezes, 4=quase sempre, 5=sempre, segundo escala tipo Likert.

A análise de dados foi realizada em três etapas: análise exploratória de dados, construção de indicadores e comparação entre as unidades de saúde em relação aos indicadores da dimensão orientação à comunidade. Adotou-se 5% de significância para todos os testes estatísticos.

As categorias das respostas às perguntas do questionário foram quantificadas através da obtenção da frequência relativa de cada categoria e expressas em porcentagens.

Cada indicador foi determinado através do somatório dos escores das categorias das respostas dos doentes, dividido pelo número total de doentes para obtenção de um valor médio.

Para comparar as unidades de saúde em relação a cada indicador do contexto comunitário, os dados foram submetidos à análise de variância, ANOVA a um critério de classificação, com o uso do teste F.

A análise de variância foi aplicada às variáveis que compuseram os indicadores e satisfizeram as

pressuposições de independência, homocedasticidade e normalidade. A suposição de igualdade de variância (homocedasticidade) requerida pela ANOVA foi verificada com o uso do teste de Levene⁽¹⁷⁾.

Para os indicadores que apresentaram diferenças entre as unidades de saúde, foi realizado o teste de Tukey, com correção para amostras de tamanhos diferentes.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Protocolo nº0762/2007, atendendo às recomendações da Resolução nº196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

Por questões éticas decidiu-se omitir o nome das unidades de saúde com PCT, envolvidas no estudo,

atribuindo as letras A, B, C e D para designar tais serviços de saúde, sendo que a unidade E foi excluída do estudo por não estar atendendo doentes de TB, no período da coleta de dados.

Resultados

Dos 100 doentes entrevistados, 39% foram provenientes da unidade A, 24% da unidade B, 22% da unidade C e 15% da unidade D.

Os resultados do valor médio dos indicadores e o valor de p para o teste F da análise de variância da dimensão "orientação à comunidade" para as unidades de saúde A, B, C e D estão expostos no Tabela 1.

Tabela 1 - Rótulos das variáveis e das unidades com PCT, valor médio dos indicadores com intervalo de confiança, valor médio total dos indicadores e valor de p para o teste F da dimensão *orientação à comunidade*, segundo doentes, Ribeirão Preto, 2007

Rótulo das Variáveis		A	B	C	D	Média Total	p
V1	Média IC	4,13 [3,60; 4,66]	4,33 [3,74; 4,93]	4,64 [4,21; 5,06]	4,13 [3,27; 4,99]	4,29	0,5848
V2	Média IC	4,23 [3,75; 4,71]	4,50 [3,93; 5,07]	3,45 [2,67; 4,24]	2,47 [1,49; 3,44]	3,86	0,0004
V3	Média IC	1,10 [0,98; 1,23]	1,00 [1,00]	1,18 [0,80; 1,56]	1,13 [0,85; 1,42]	1,10	0,6655
V4	Média IC	1,05 [0,95; 1,15]	1,00 [1,00]	1,14 [0,9; 1,34]	1,60 [0,88; 2,32]	1,14	0,0107
V5	Média IC	1,00 [1,00]	1,17 [0,82; 1,51]	1,32 [0,90; 1,74]	1,13 [0,85; 1,42]	1,13	0,2982

Legenda: IC - intervalo com 95% de confiança. p - nível de significância.

V1 - questionamento dos doentes e familiares sobre a resolutividade dos problemas de saúde pelos profissionais; V2 - observação de realização de trabalhos educativos pelos profissionais para informar a comunidade sobre a TB; V3 - realização de parcerias sociais para entrega de pote para coleta de escarro pelos profissionais; V4 - observação de visitas dos profissionais na vizinhança, para a entrega do pote para coleta de escarro; V5 - solicitação da participação de alguém da comunidade para discutir o problema da TB pelos profissionais.

Quando questionados sobre a preocupação da equipe de saúde quanto à resolutividade dos serviços prestados, 78% dos doentes responderam que sempre foram questionados. Para o indicador que diz respeito a campanhas e trabalhos educativos, realizados pela equipe de saúde, 66% dos doentes responderam sempre ser realizada tal atividade e 95% dos doentes afirmaram nunca ter observado a existência de parcerias sociais para controle da TB. Com relação ao indicador sobre realização de atividades extramuros para controle da TB, 94% dos doentes responderam que nunca observaram a equipe realizar atividades extramuros para o controle da TB. E, finalizando, quanto aos indicadores da dimensão "orientação a comunidade", os doentes foram

questionados sobre a participação social no controle local da TB, sendo que 95% dos doentes afirmaram que a equipe nunca solicita a participação de representantes da comunidade para discutir os problemas da TB.

Os resultados mostraram que, para os indicadores: "questionamento do doente e sua família quanto à resolutividade dos seus problemas de saúde pelos profissionais da unidade (V1)", "realização de parcerias sociais para entrega do pote para coleta de escarro pelos profissionais (V3)" e "solicitação da participação de alguém da comunidade para discutir o problema da TB pelos profissionais (V5)" não houve diferença estatística significativa entre as unidades de saúde A, B, C e D, as quais foram consideradas semelhantes em relação aos referidos indicadores com níveis de significância $p=0,5848$ para V1, $0,6655$ para V3 e $0,2982$ para V5, portanto, maiores que 5% .

Os indicadores: "informação da comunidade sobre a TB pelos profissionais de saúde (V2)" e "entrega de pote para exame de escarro pelos profissionais na comunidade (V4)" apresentaram diferença estatisticamente significativa, entre as unidades de saúde que prestam atenção aos doentes de TB ($p=0,0004$ para V2 e $p=0,0107$ para V4). Para esses indicadores foi realizado o teste de Tukey (Figuras 1 e 2).

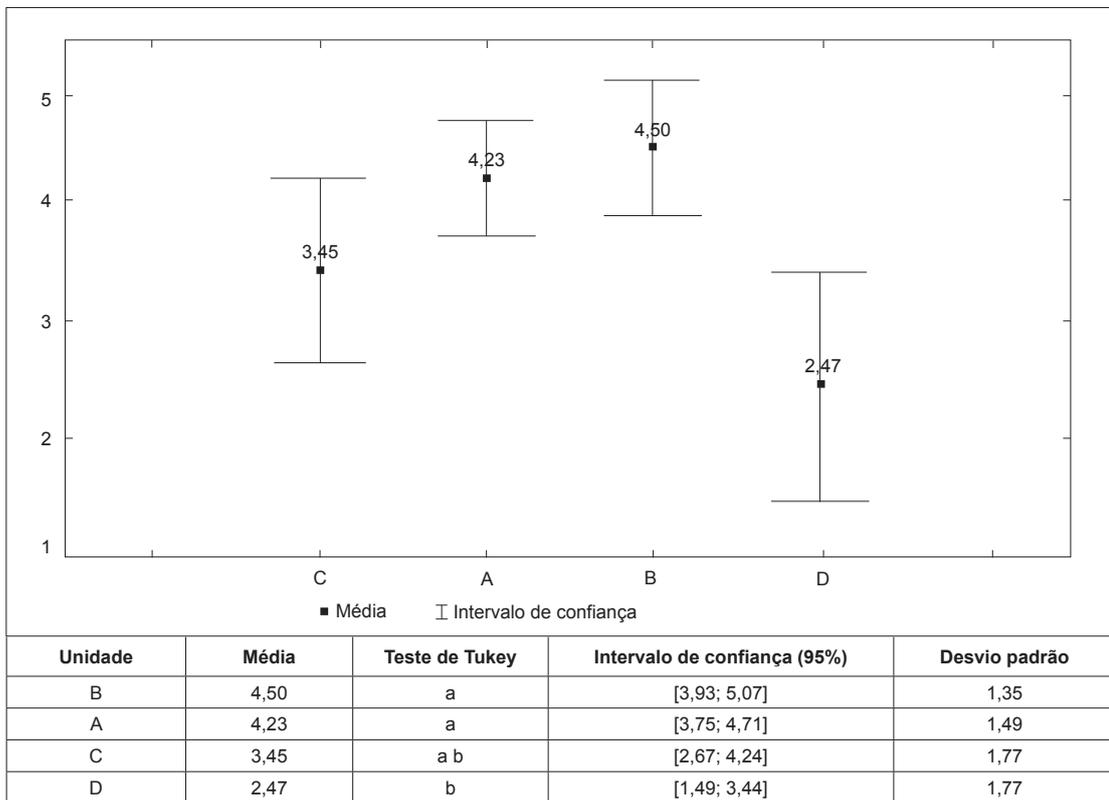


Figura 1 - Média, intervalo de confiança, desvio padrão e teste de Tukey do indicador informação da comunidade sobre a TB pelos profissionais de saúde, sob a percepção dos doentes, Ribeirão Preto, 2007

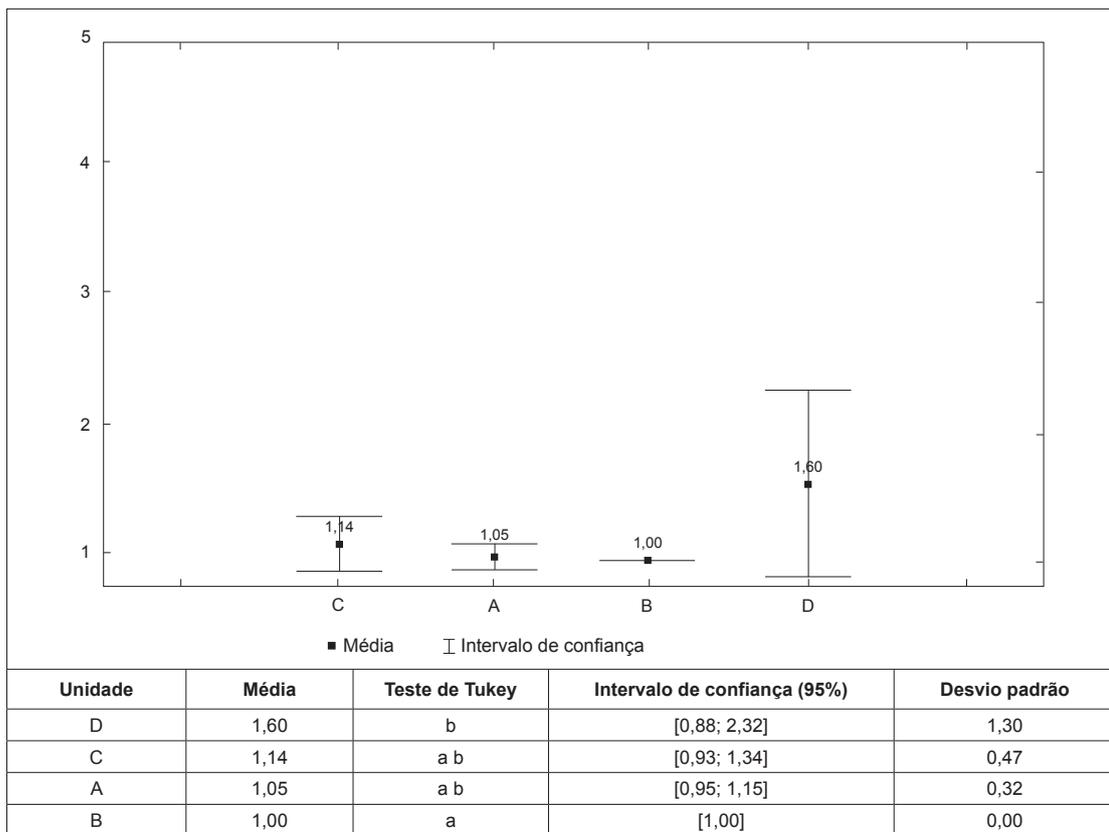


Figura 2 - Média, intervalo de confiança, desvio padrão e teste de Tukey do indicador entrega de pote para exame de escarro pelos profissionais na comunidade, sob a percepção dos doentes, Ribeirão Preto, 2007

O teste de Tukey (Figura 1) considerou semelhante as médias das unidades A, B e C e as médias das unidades C e D, e, embora a média das unidades A, B e C tenha evidenciado melhor desempenho desses serviços de saúde, a unidade C não pôde ser considerada diferente da unidade D que apresentou o pior desempenho em relação às demais unidades de saúde, em relação ao indicador "informação da comunidade sobre a TB pelos profissionais de saúde".

Em relação ao indicador "entrega de pote para exame de escarro pelos profissionais na comunidade", o teste de Tukey (Figura 2) considerou semelhante as médias das unidades A, B e C, assim como as unidades A, C e D, evidenciando, assim, diferença considerável apenas entre as unidades B e D.

Discussão

Ao analisar a realização de parcerias sociais para ações básicas para o controle da TB, como a entrega do pote para coleta de escarro, nota-se a inexistência dessas ações pelos serviços de saúde no controle da TB. Um estudo demonstrou que grande parte das intervenções sociais vem se caracterizando como circunstanciais e descontínuas, sendo que as primeiras iniciativas foram realizadas e consolidadas junto às igrejas. Em muitos municípios brasileiros, os serviços locais de saúde, escolas e órgãos de assistência social ligados a igrejas, entidades filantrópicas e organizações não-governamentais vêm desenvolvendo programas de acompanhamento e apoio a famílias em situação especial de dificuldade⁽¹⁸⁾. Mesmo não sendo essa realidade apenas dos serviços de saúde envolvidos nesse estudo, fica clara a necessidade de investimentos do setor público de saúde no fortalecimento de parcerias sociais com instituições públicas de maneira sistematizada, incentivando e fortalecendo as ações comunitárias já existentes no município.

Quanto ao indicador referente à solicitação da participação da comunidade para discutir sobre a TB pelos profissionais, é preocupante o fato de que 95% dos doentes tenha relatado que nunca observou tal ocorrência, uma vez que 81% dos entrevistados se encontravam em tratamento supervisionado, portanto, em contato frequente com os profissionais de saúde. É preciso superar a visão corrente entre os profissionais locais e gestores das políticas sociais a respeito da incapacidade de pobres cuidarem de si mesmos⁽¹⁹⁾. Dentro dessa perspectiva, torna-se necessário investir

em posturas e práticas inovadoras e na disseminação de experiências alternativas que caminhem em direção à autonomia e à autoconfiança desses sujeitos⁽²⁰⁾. O empoderamento e o envolvimento dos doentes de TB contra a doença é uma área em expansão, mas não é um novo conceito⁽²¹⁾.

O município de Ribeirão Preto possui um comitê local de TB que tem procurado atuar de maneira ativa, para maximizar a atuação da comunidade junto aos serviços de saúde, buscando alterar essa característica negativa, evidenciada pelos baixos indicadores das ações de Busca de Sintomáticos Respiratórios (BSR) e qualificação da atenção, observada neste estudo.

Apesar do aumento do empenho dos diferentes níveis de governo para incorporar a prática de relação com organizações comunitárias, é inegável que ainda existe certa resistência por parte das instituições governamentais em lidar com esse ator notoriamente crítico. Além disso, o desempenho insatisfatório, evidenciado nesse estudo pelos indicadores da dimensão "orientação à comunidade", encontram respaldo nas ideias de que não se deve esperar que a resposta comunitária no controle da TB seja gerada espontaneamente⁽²⁾.

Outro fator importante a ser ressaltado diz respeito à visita domiciliária, realizada pela equipe durante o TS. Tendo em vista que 81% dos doentes entrevistados recebiam esse tipo de tratamento, essas visitas poderiam ser mais bem exploradas para suprir as deficiências evidenciadas pelos indicadores da dimensão "orientação à comunidade", uma vez que o profissional da saúde, a partir da avaliação das condições de moradia, da família, da situação socioeconômica, cultural e de saúde consegue elaborar um plano de ação para atender, de forma integral, o indivíduo e sua família e consegue estabelecer vínculo com o indivíduo e a família, tornando-os corresponsáveis pela assistência⁽²²⁾.

Conclusão

Os resultados do estudo evidenciaram que o desenvolvimento das ações de controle da TB pelos profissionais de saúde não envolve a comunidade, tendo em vista as médias, relativamente baixas, das variáveis V3 (1,10 [0,85; 1,42]), V4 (1,60 [0,88; 2,32]) e V5 (1,13 [0,85; 1,42]) com seus respectivos intervalos de confiança e as ações voltadas para a educação em saúde ainda não fazem parte do trabalho das equipes. Porém, essa não é característica exclusiva da atenção à

tuberculose, mas também de todo o sistema de saúde, pois, embora ainda seja incipiente, a participação da comunidade nas ações de saúde tem se tornado mais evidente.

Além dos recursos terapêuticos que atenuam as necessidades dos doentes em busca da cura, torna-se necessário sensibilizar as equipes de saúde que atuam nos serviços de controle da tuberculose quanto à necessidade de maior envolvimento e conhecimento, por esses profissionais, das necessidades biopsicossociais dos doentes.

Os profissionais de saúde devem incorporar ao processo de trabalho ações voltadas para a sensibilização e participação da sociedade organizada, e é preciso que internalizem a necessidade da participação dos usuários nas discussões locais de controle da doença, pois, dessa forma, torna-se possível avaliar não só o serviço prestado, como também levantar as necessidades de

saúde da população local.

Nas ações de controle da TB, a sociedade civil não precisa apenas ser esclarecida sobre o que é a doença e como ela é transmitida, mas, também, da sua corresponsabilidade social no controle da doença que cresce e que se configura como um dos grandes problemas de saúde pública no país. Porém, vale ressaltar que nem mesmo ações de responsabilidade profissional como educação em saúde ou orientação sobre a doença e sua prevenção vem sendo realizada de maneira eficiente pelas equipes de saúde, como evidencia este estudo.

Enfim, o conhecimento e a conseqüente resolução das desigualdades na saúde só poderão ser traduzidos em propostas políticas se existir essa busca pela responsabilidade compartilhada, que implica que cada ator social cumpra sua parte para o sucesso das ações em saúde.

Referências

1. World Health Organization. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report 2008. Geneva: WHO; 2008.
2. Santos-Filho ET, Gomes ZMS. Estratégias de controle da tuberculose no Brasil: articulação e participação da sociedade civil. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(Supl. 1):111-6.
3. Waisbord S. Beyond the medical-informational model: Recasting the role of communication in tuberculosis control. *Soc Sci Med*. 2007; 65(10):2130-4.
4. Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional da Saúde. Tuberculose: Guia de vigilância epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde / Fundação Nacional de Saúde; 2002.
5. Jaramillo E. Contribución de la comunidad a la atención de la tuberculosis: una perspectiva Latinoamericana. Contribution of the community to detection of tuberculosis: a Latin American contribution. Geneva: World Health Organization; 2002. WHO/CDS/TB/2002.304(S)2002.
6. Akramul I. Community participation in TB control as part of social development: the experience of BRAC. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2005; 9(11S1): 31-7.
7. Cardozo Gonzales RI, Monroe AA, Arcêncio RA, Oliveira MF, Ruffino Netto A, Villa TCS. Indicadores de desempenho do DOT no domicílio para o controle da tuberculose em município de grande porte, SP, Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008; 16(1): 95-100.
8. Gazetta CE, Santos MLSG, Vendramini SHF, Poletti NAA, Pinto Neto JM, Villa TCS. Controle de comunicantes de tuberculose no Brasil: revisão de literatura (1984- 2004). *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008; 16(2): 306-313.
9. Villa TCS. Produção do conhecimento da enfermagem no controle da tuberculose no Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008; 16(4): 655-656.
10. Terra MF, Bertolozzi MR. O tratamento diretamente supervisionado (DOTS) contribui para a adesão ao tratamento da tuberculose?. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008; 16(4):659-64.
11. Paz EPA, Sá AMM. Cotidiano do tratamento a pessoas doentes de tuberculose em unidades básicas de saúde: uma abordagem fenomenológica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009; 17(2):180-6.
12. Santos MLSG, Ponce MAZ, Vendramini SHF, Villa TCS, Santos NSGM, Wysocki AD et al. A dimensão epidemiológica da coinfeção TB/HIV. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009; 17(5):683-8.
13. Sanchez AIM, Bertolozzi MR. Além da DOTS (Directly Observed Treatment Short-Course) no controle da tuberculose: interface e compartilhamento de necessidades. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009; 17(5):689-94.
14. Secretaria Municipal da Saúde (RP). [internet]. Ribeirão Preto: Plano de Saúde 2005-2008; [Acesso em: 07 jul 2008]. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/i16principal.asp?pagina=/ssauade/vigilancia/planeja / i16indplano.htm>.
15. Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: OPAS; 2006.
16. Villa TCS, Ruffino-Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da tuberculose no Brasil. *J. bras. Pneumol*. 2009; 35(6):610-2.
17. Vieira S. Análise de Variância. São Paulo: Atlas; 2006.
18. Vasconcelos EM. A priorização da família nas políticas de saúde. *Saúde em Debate*.1999; 23(53):6-19.

19. Neder G. Ajustando o foco das lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil. In: Kaloustian SM. Família Brasileira: A base de tudo. São Paulo (SP): Cortez; 1994. p. 26-46.
20. Takashima GK. O desafio da política de atendimento à família: dar vida as leis - uma questão de postura. 1994. In: Vasconcelos EM. A priorização da família nas políticas de saúde. Saúde em Debate. 1999; 23(53):6-19.
21. World Health Organization. Empowerment and involvement of tuberculosis patients in tuberculosis control: documented experiences and interventions. Stop TB Partnership. Geneva: WHO; 2007.
22. Ohara ECC, Ribeiro MP. Assistência Domiciliar. In: Ohara ECC, Saito RXS. Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo (SP): Livraria e Editora Martinari; 2008. p. 115-27.

Recebido: 11.8.2009

Aceito: 3.5.2010

Como citar este artigo:

Curto M, Scatena LM, Andrade RLP, Palha PF, Assis EG, Scatolin BE, Villa TCS. Controle da tuberculose: percepção dos doentes sobre orientação a comunidade e participação comunitária. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. set-out 2010 [acesso em: _____];18(5):[08 telas]. Disponível em: _____

_____ dia _____ ano
mês abreviado com ponto

URL