

SERVIÇOS DE SAÚDE NO CONTROLE DA TUBERCULOSE: ENFOQUE NA FAMÍLIA E ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE

Sônia Aparecida da Cruz Oliveira¹
Antonio Ruffino Netto²
Tereza Cristina Scatena Villa³
Sílvia Helena Figueiredo Vendramini⁴
Rubia Laine de Paula Andrade⁵
Lúcia Marina Scatena⁶

O objetivo deste estudo foi avaliar, na percepção dos doentes, o desempenho dos Serviços de Saúde responsáveis pelo controle da tuberculose (TB) em relação às dimensões enfoque na família e orientação para a comunidade. Como método, foi usada a pesquisa avaliativa transversal com 108 doentes de TB. Utilizou-se questionário elaborado por Starfield e Macinko, adaptado para a atenção à TB por Villa e Ruffino-Netto. Os resultados apontam que, na primeira dimensão, os profissionais de saúde (PS) demonstram preocupação em relação aos sinais/sintomas dos pacientes e, em menor grau, sobre outros problemas de saúde dos familiares, comprometendo a integralidade do cuidado. Na segunda dimensão, os PS mostram pouca preocupação quanto à busca ativa dos casos, deficiência na capacitação de PS, baixa taxa de contatos examinados. Conclui-se pela necessidade de ampliar a visão epidemiológica dos PS, cuja atenção está focalizada no doente, com poucas ações preventivas sobre a família/comunidade, o que evidencia ser imprescindível maior aproximação entre PS/doentes/familiares/comunidade.

DESCRITORES: atenção primária à saúde; tuberculose; avaliação de serviços de saúde

HEALTH SERVICES IN TUBERCULOSIS CONTROL: FAMILY FOCUS AND COMMUNITY ORIENTATION

This study aimed to assess, according to patients' perception, the performance of the Health Services responsible for tuberculosis (TB) control, concerning the dimensions family focus and community orientation. A cross-sectional evaluative research was carried out with 108 TB patients. A questionnaire developed by Starfield and Macinko was used, adapted for TB care by Villa and Ruffino-Netto. Results evidence, in the first dimension, that health professionals (HP) are concerned with patients' signs and symptoms; and, at a lower level, with other health problems of relatives, endangering the comprehensive healthcare. In the second dimension, HP show little concern with the active search of cases, deficiency in HP training, and low rates of examined contacts. Results show the need to broaden HP's epidemiological view, as their attention is focused on patients, with few preventive actions concerning family/community. This evidences the need for a closer relationship among HP/patients/family/community.

DESCRIPTORS: primary health care; tuberculosis; health services evaluation

SERVICIOS DE SALUD PARA CONTROLAR LA TUBERCULOSIS: ENFOQUE EN LA FAMILIA Y ORIENTACIÓN PARA LA COMUNIDAD

Se evaluó, bajo la percepción de enfermos, el desempeño de Servicios de Salud responsables por controlar la tuberculosis (TB) en las dimensiones: enfoque en la familia y orientación para la comunidad. Como método, fue utilizada la investigación evaluativa transversal con 108 enfermos de TB. Se utilizó cuestionario de Starfield y Macinko, adaptado para atender la TB por Villa y Ruffino-Netto. Los resultados apuntan que, en la primera dimensión, los profesionales de la salud (PS) demuestran preocupación con señales/síntomas de pacientes y, en menor grado, con otros problemas de salud de familiares, comprometiendo el cuidado completo. En la segunda dimensión, los PS muestran poca preocupación con la búsqueda activa de casos, con la deficiencia de capacitación de PS, y con la baja tasa de contactos examinados. Se concluye que es necesario ampliar la visión epidemiológica de PS, cuya atención está focalizada en el enfermo, con pocas acciones preventivas sobre familia/comunidad, lo que muestra que es imprescindible una mayor aproximación entre PS/enfermos/familiares/comunidad.

DESCRIPTORES: atención primaria de salud; tuberculosis; evaluación de servicios de salud

INTRODUÇÃO

A interação entre doentes, profissionais de saúde (PS) e comunidade, bem como a abordagem à família, durante o processo de atenção, deve ser enfatizada para assegurar assistência integral e resolutive. Cabe apontar a relevância que os serviços de saúde assumem nesse contexto, uma vez que esses podem facilitar ou limitar seu uso pelos indivíduos que demandam atenção. Dessa forma, lidar com as condições crônicas implica em otimizar recursos mediante planejamento prévio, capacitar PS sob perspectiva técnica e humanística, enfatizar a prevenção no autogerenciamento e estabelecer estratégias visando melhor desempenho dos serviços⁽¹⁾.

Importante destacar que, durante a última década, o Brasil experimentou grandes mudanças na organização no Sistema de Saúde, sendo que a atenção básica recebeu especial atenção com a introdução de programas inovadores e estratégicos para a mudança do modelo assistencial no Sistema Único de Saúde – SUS⁽²⁾.

O estabelecimento de novas dimensões como enfoque na família e orientação para a comunidade nos serviços de atenção primária, portanto, faz-se necessário para promover mudanças na qualidade e reforçar o compromisso e envolvimento entre PS, indivíduo, família e comunidade, para que todos possam se sentir “sujeitos ativos” na busca de melhores condições de vida.

Em 1992, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a tuberculose (TB) em estado de emergência no mundo. Segundo estimativas da mesma, um terço da população mundial está infectada pelo *M. tuberculosis*. Desses, oito milhões desenvolverão a doença e dois milhões morrerão a cada ano. Atualmente, o Brasil ocupa o 16º lugar no ranking de 22 países, onde se estima que ocorra 80% dos casos de TB do mundo⁽¹⁾.

Estudos demonstram a necessidade de se criar alternativas para o controle da TB que se voltem para a prática de saúde participativa, coletiva, integral, vinculada à realidade da comunidade e capaz de ultrapassar as fronteiras das unidades de saúde. As dimensões enfoque na família e orientação para comunidade constituem um novo paradigma para o SUS, sendo de fundamental importância para a reorganização dos serviços e nas Estratégias de Saúde da Família. Tal enfoque, obrigatoriamente, envolve um sistema de Vigilância da Saúde que priorize a vigilância do espaço/população/família/

comunidade de ocorrência da doença e não mais a vigilância clássica, focada no indivíduo⁽³⁻⁴⁾.

Em vista da magnitude da tuberculose nas considerações feitas, este trabalho foi elaborado tendo como objetivo avaliar, sob a perspectiva do doente, as características organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde responsáveis pelo controle da tuberculose, em relação ao enfoque na família e orientação para a comunidade, no município de São José do Rio Preto, SP, em 2007.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de pesquisa avaliativa, de abordagem quantitativa, que utilizou modelo de estudo transversal, tendo como quadro teórico as dimensões da Atenção Primária em Saúde⁽⁵⁾. Foi efetuado um inquérito com os doentes de TB do município de São José do Rio Preto, que se localiza na região noroeste do Estado de São Paulo, com aproximadamente 450 000 habitantes.

O universo de estudo foi constituído por 108 pacientes, seguidos no PCT, no período de junho 2006 a julho de 2007, nas unidades de saúde. Utilizou-se um instrumento (questionário) *Primary Care Assessment Tool* (PCAT)⁽⁵⁾. Esse instrumento foi adaptado e validado no Brasil para a atenção à tuberculose⁽⁶⁾. Num estudo mais amplo, foram contempladas as 8 dimensões da APS. Neste estudo, privilegiou-se as dimensões mostradas a seguir. **Enfoque na família** (usando oito indicadores - os PS pedem informações sobre suas condições de vida e de sua família; sobre doenças da sua família; se as pessoas que moram juntas têm tosse e/ou febre; se foi entregue pote de escarro para todas as pessoas da casa; se os profissionais de saúde conhecem as pessoas que moram com o doente; se conversam com elas sobre sua doença, seu tratamento e outros problemas de saúde) e a dimensão **Orientação para a comunidade** (usando cinco indicadores - os PS perguntam se os serviços oferecidos resolvem seus problemas de saúde; se já observaram propagandas, campanhas, trabalhos educativos realizados pelos PS para informar a comunidade sobre a TB; se os PS desenvolvem ações com as igrejas e associações de bairro para entrega do pote para coleta de exame de escarro; se observam visitas dos PS à vizinhança para entrega do pote para coleta de escarro; e se os PS solicitam a participação de alguém da comunidade para discutir sobre o problema de TB).

O entrevistado respondeu cada pergunta, segundo uma escala pré-estabelecida, tipo Likert, que atribuía valor entre 0 e 5 (o valor 0 foi atribuído para resposta "não sei" ou "não se aplica" e os valores de 1 a 5 registraram o grau de relação de preferência ou concordância com as afirmações). Para proceder à coleta de dados foram utilizados roteiros explicativos sobre a escala de respostas do questionário, direcionadas aos usuários. Os entrevistadores explicaram para os entrevistados que cada resposta tinha um significado numérico (escores de 1 a 5), por exemplo: nunca = 1; quase nunca = 2; às vezes = 3; quase sempre = 4; sempre = 5. Foi realizado o treinamento de entrevistadores para a aplicação do instrumento (questionário). Análise exploratória foi utilizada para quantificar as categorias das respostas às perguntas do questionário, bem como verificar possíveis inconsistências nos bancos de dados. Cada indicador foi construído através do somatório dos escores (categorias) das respostas dos doentes, dividido pelo total de doentes entrevistados. Dessa maneira, obteve-se um valor médio. Para análise dos dados foram usadas técnicas de estatística descritiva.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, atendendo às orientações contidas na Resolução 196/96 CNS e foi aprovado dentro das normas.

RESULTADOS

Caracterização dos doentes de TB

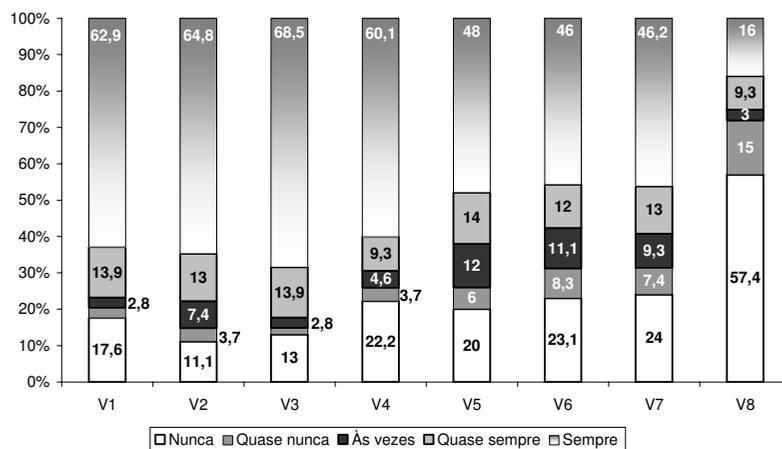
Dos 108 doentes entrevistados no município, 83,3% realizam o tratamento supervisionado, sendo

que 77,8% no ambulatório de referência do município, apenas 22,2% nas UBS, 65,7% são do sexo masculino, 66,7% receberam ensino fundamental (completo ou incompleto), 55,6% possuem casa própria e 98,1% moram em casa de alvenaria. Quanto à caracterização socioeconômica, mais de 95% dos pacientes têm água encanada, geladeira, luz elétrica, banheiro em casa e TV, 50% possui carro e 65%, telefone.

A dimensão *enfoque na família* - pressupõe a consideração do indivíduo em seu ambiente cotidiano, tendo em vista que a avaliação das necessidades de saúde deve considerar o contexto familiar e as ameaças à saúde de qualquer ordem, além do enfrentamento dos recursos familiares limitados⁽⁵⁾.

A Figura 1 apresenta a distribuição de frequência das respostas referentes à atenção oferecida pelo PS ao doente com TB e seus familiares.

Na Figura 1, observa-se que os profissionais de saúde pedem sempre informações sobre condições de vida da família do doente, sobre doenças na família, com presença de tosse ou febre, com frequência, respectivamente, de 63, 65 e 69%. Esses percentuais refletem, de certa maneira, a preocupação com o doente e/ou seus familiares. Em relação à *entrega do pote para exame de escarro, conhecimentos sobre os familiares, se conversam com os mesmos sobre sua doença o seu tratamento ou sobre outros problemas de saúde*, as respostas "sempre" foram, respectivamente, 60 (o Ministério da Saúde -MS- sugere 100%), 48, 46, 46 e 16%. Os profissionais conversam pouco sobre outros problemas de saúde, o que compromete o aspecto da integralidade na assistência do cuidado.



Legenda: V1. Os profissionais de saúde (PS) questionam as condições de vida da sua família? V2. Os PS questionam doença na família? V3. Os PS questionam se os familiares têm tosse ou febre? V4. Quando ficou doente de TB, o PS entregou pote para exame de escarro a todas as pessoas da família? V5. Os PS conhecem os seus familiares? V6. Os PS conversam com os familiares sobre TB? V7. Os PS conversam com os familiares sobre tratamento para TB? V8. Os PS conversam com os familiares sobre outros problemas de sua saúde?

Figura 1 - Distribuição das respostas dos doentes de TB em relação às variáveis da dimensão enfoque na família. São José do Rio Preto, SP, 2007

Para melhor compreensão e visualização de tais informações, construiu-se a Figura 2 que apresenta a distribuição dos intervalos de confiança das variáveis, pertinentes à *dimensão enfoque na família*.

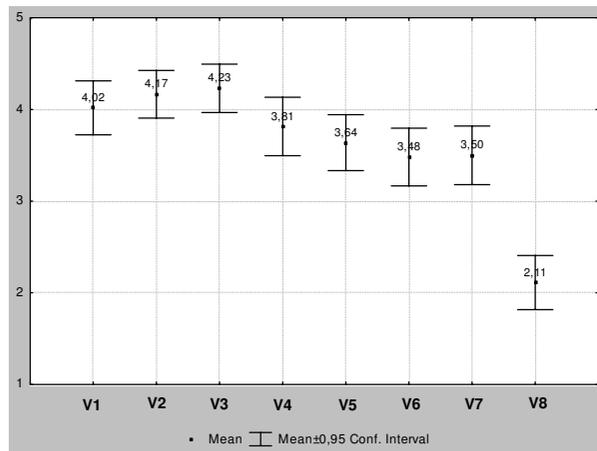
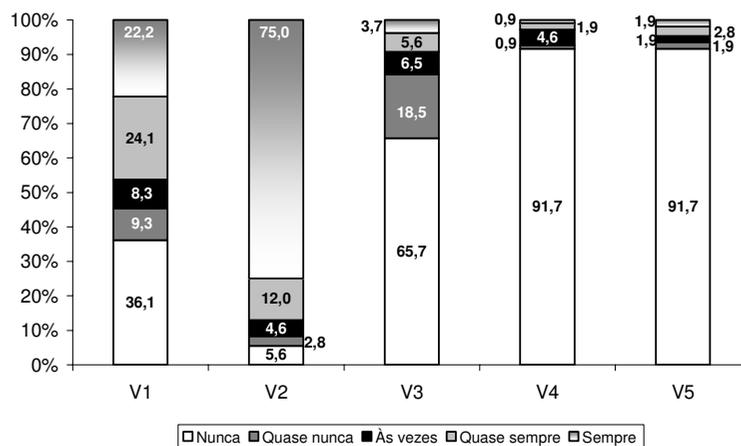


Figura 2 - Distribuição dos intervalos de confiança das variáveis pertinentes às respostas dos doentes de TB, em relação à dimensão enfoque na família, São José do Rio Preto, SP, 2007

Na Figura 2, observa-se que a variável V3 foi a que apresentou maior escore, 4,23. Esse escore apresenta diferença estatisticamente significativa em relação às variáveis V5, V6, V7 e V8. Observa-se, também, que não há diferença estatisticamente significativa entre as variáveis V3, V4, V2 e V1. Por outro lado, observa-se que a variável V8 apresentou o menor escore, ou seja, 2,11, diferença estatisticamente significativa em relação às demais variáveis dessa dimensão.

A dimensão *orientação para comunidade* implica o reconhecimento de que todas as necessidades de saúde da população ocorrem num contexto social determinado, que deve ser conhecido e levado em consideração⁽⁵⁾.

A Figura 3 apresenta a distribuição de frequências quanto ao tipo de atenção oferecida pelos profissionais pertinentes à dimensão orientação para a comunidade.



Legenda: V1. Os profissionais de saúde (PS) perguntam se os serviços oferecidos resolvem os problemas de saúde do doente ou família? V2. O doente observa a realização de propagandas/campanhas/trabalhos educativos sobre a TB na comunidade? V3. Os PS entregam pote para exame de escarro em igrejas e associação de bairros? V4. Os PS realizam visitas na comunidade para entrega de pote de escarro? V5. Os PS solicitam a participação da comunidade para discutir o problema da TB?

Figura 3 - Distribuição das respostas dos doentes de TB em relação às variáveis da dimensão enfoque na família. São José do Rio Preto, SP, 2007

Nessa figura, chama a atenção que apenas a questão número 2, qual seja, *se o paciente observa propagandas, campanha, etc. realizadas pelo PS*, apresenta frequência de 75%. Todas as demais questões apresentaram frequências muito baixas.

Para melhor compreensão e visualização de tais informações, construiu-se a Figura 4 que apresenta a distribuição dos intervalos de confiança

das variáveis, pertinentes à *orientação para a comunidade*.

Na Figura 4, observa-se que a variável V2 apresentou maior escore (4,48). Essa variável apresentou-se diferente, estatisticamente significativa, de todas as demais. Segue-se a variável V1 com escore 2,87. Igualmente, a variável V3 apresentou-se, também, diferente de todas as demais. As variáveis V4 e V5 apresentam escores iguais.

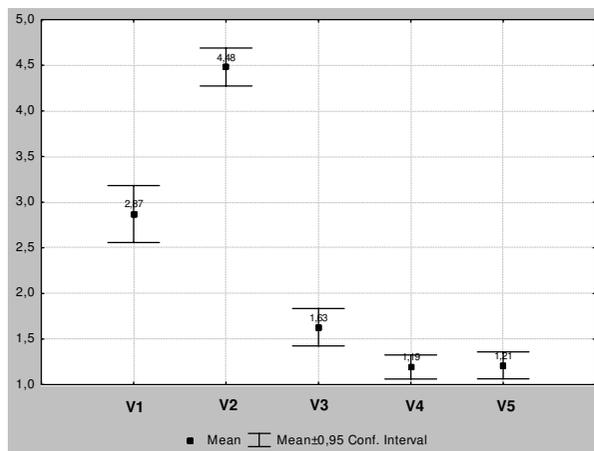


Figura 4 - Distribuição dos intervalos de confiança das variáveis, pertinentes às respostas dos doentes de TB, em relação à dimensão orientação para comunidade, São José do Rio Preto, SP, 2007

DISCUSSÃO

Quanto aos *fatores socioeconômicos e demográficos*, estudos foram realizados no mesmo município, abordando esses fatores epidemiológicos, enfocando a organização dos serviços de saúde e estruturação do PCT. Por meio de fontes de dados secundárias, viu-se que, apesar dos indicadores socioeconômicos satisfatórios, o risco para adoecer por TB é duas vezes maior na área com piores níveis socioeconômicos, apontando para a necessidade de mudança no padrão da assistência médica vigente, formação de recursos humanos e redirecionamento das políticas públicas. A identificação de áreas com diferentes riscos para TB permite que o sistema de saúde municipal trate as distintas realidades e priorize regiões com maior incidência da doença⁽⁷⁾.

Quanto à *dimensão enfoque na família*, no conjunto, percebe-se que os profissionais de saúde mostram preocupação relacionada aos sinais/sintomas dos pacientes e, em menor grau, às condições de vida da família e suas doenças, deixando claro a pouca preocupação com outros problemas de saúde dos familiares.

A busca de SR no controle da TB caracteriza-se na prática como ação complexa que requer conhecimentos que vão além das habilidades técnicas/específicas. A abordagem da família transcende o saber biológico. Caracteriza-se como sequência de atividades que vão desde o contato no domicílio, a orientação sobre a doença, sinais e

sintomas, modo de transmissão, identificação do SR, orientação sobre a coleta do escarro, encaminhamento e recebimento do material pela Unidade Básica de Saúde (UBS), fluxo de exame ao laboratório de análise, recebimento do resultado pela unidade e usuário, até o encaminhamento para o seguimento ambulatorial dos casos diagnosticados⁽⁸⁾.

Trabalho realizado em São José do Rio Preto assinala os dados apresentados em relação à organização dos serviços, e mostra que falta sistematização desses a respeito do monitoramento de controle dos comunicantes de pacientes com tuberculose. A atenção ainda fica centrada no indivíduo doente, isoladamente, com ações parciais sobre o comunicante com pequena valorização de ações preventivas⁽⁹⁾.

Para que o tratamento da TB tenha êxito, é necessário que haja partilha de compromissos, envolvendo o serviço de saúde, doentes e familiares, através da criação de pactos que contemplem as necessidades de todas as partes⁽¹⁰⁾. O indivíduo e seus familiares devem se tornar protagonistas do próprio tratamento e sujeitos ativos no processo decisório de seu projeto terapêutico⁽¹¹⁾.

A inclusão do familiar no tratamento é ação extremamente importante e que deve ser considerada em todos os casos. É necessária articulação da equipe do PCT às equipes das UBS, PSF/PACS.

Quanto à *dimensão orientação para comunidade*, parece que atividades que dependem do paciente (como exemplo: observar o que lhe é oferecido em termos de propaganda/cartazes/material educativo) apresenta grande escore. O mesmo não acontece no que tange às responsabilidades de oferecimento dos serviços prestados, tais como ir à comunidade efetuar busca ativa para coleta de escarro entre os SR, bem como solicitar participação das comunidades para discutir problemas de saúde pertinentes à TB. O envolvimento dos PS nas ações de busca de SR é considerado como forma de participação dos mesmos no planejamento e na execução para viabilizar tal atividade⁽¹²⁾.

Observa-se que, no período de 1999 até 2003, a pesquisa de casos de tuberculose decresceu 21%, quando comparado ao período de 1996/1999, provavelmente devido à ênfase dada pela SMS para o controle da dengue, deixando a TB em segundo plano. Segundo a OMS, a taxa de detecção de casos bacilíferos nos programas de TB com DOTS oscilou, em 2005, nas diferentes regiões do mundo: entre

35% na Europa e 76% no Pacífico Ocidental, e, no Brasil, a taxa de detecção de todas as formas de TB foi de 73%, em 2005.

Estudo realizado em São José do Rio Preto, em 2005, apontou a baixa resolutividade na rede de Atenção Primária do município (descoberta através da baciloscopia de escarro). Detectou-se viés nos serviços de saúde, pois 54% foram encaminhados por hospitais públicos, filantrópicos e privados e apenas 10,7% pelas UBSs⁽⁹⁾.

Baixa resolutividade também foi observada em Ribeirão Preto, de 1998 a 2006 (nesse período o percentual de baciloscopias realizadas variou de 15 a 26% daquele esperado) e a detecção de novos casos variou de 40 a 80,5%. Esses dados sugerem que a rede básica de saúde está deixando de pesquisar SR na comunidade⁽¹²⁾.

Ainda em Ribeirão Preto, estudo realizado com um grupo de enfermeiros mostrou que os mesmos acreditavam que o modo de agir dos PS, em relação ao SR, está diretamente associado ao modo de assistência que é prestada aos doentes. A busca ativa de SR na comunidade ocorre de forma pontual ou através de demandas específicas⁽¹²⁾.

Destaca-se a necessidade de introdução de novas estratégias de trabalho para o modelo de assistência, remodelar o "velho" para construir um "novo" sistema⁽¹³⁾. Há necessidade de se deixar o modelo tradicional de atendimento ao doente para um modelo moderno, incorporando expectativas dos doentes, com envolvimento ativo das famílias e de seguimentos organizados da comunidade para maior incorporação do ator social no tratamento da doença, dimensão mais integradora na direção da concepção do modelo de promoção à saúde⁽¹⁴⁾.

Os SS estão organizados para prestar assistência para as condições agudas, ficando para segundo plano as doenças crônicas. Setenta e cinco por cento das doenças que ocorrem no Brasil estão relacionadas às condições crônicas⁽¹³⁾.

Em famílias que enfrentam situações crônicas de saúde, deve-se priorizar o vínculo entre os SS e a família. Embora a TB seja doença crônica, é necessário enfatizar a necessidade de formação de recursos humanos adequados para atender tais objetivos.

Os fatores mais comumente associados à baixa efetividade são a desorganização dos SS, más condições sociais e a baixa adesão ao tratamento. O controle da TB precisa ser compreendido além de uma intervenção biomédica e ser abordado considerando a perspectiva do doente e o contexto onde se inserem as práticas de saúde⁽¹⁵⁾.

Nas atividades do PCT, torna-se fundamental a participação da sociedade civil organizada e das organizações não-governamentais. Cabe aos movimentos sociais trabalhar no sentido de aproveitar as oportunidades de capacitação, embora já se possa constatar alguns avanços como a criação da Parceria Brasileira contra a Tuberculose, pelo MS, em 2004, proposta pela Parceria *Stop TB*, em Genebra; além disso, há ampla discussão das estratégias de controle da TB no Brasil, levando em consideração a articulação, intersetorialidade, interdisciplinaridade e participação da sociedade civil. Pode-se afirmar que, no cenário atual de enfrentamento da TB no Brasil, é indiscutível e imprescindível a atuação do setor comunitário⁽¹⁶⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÕES

O desempenho do município, em relação à dimensão enfoque na família, mostrou que os PS demonstram preocupação com respeito aos sinais e sintomas dos pacientes, e, em menor grau, sobre outros problemas de saúde de seus familiares, comprometendo a integralidade do cuidado. Quanto à dimensão orientação para a comunidade, chama a atenção que a preocupação dos PS é menor em relação à busca ativa dos casos; a atividade que depende dos pacientes em relação à observação de propagandas apresenta grande escore, mas o mesmo não acontece em relação ao oferecimento dos serviços prestados pelos PS.

É importante assinalar que alguns pontos merecem ser destacados, tais como a deficiência na capacitação de PS, baixa detecção de SR e contatos examinados e necessidade de estratégias de intervenção para melhoria da qualidade dos serviços oferecidos aos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília (DF): OPAS/OMS; 2003.

2. Villa TCS, Ruffino A Netto, Arcêncio RA, Gonzales RIC. As políticas de controle da tuberculose no sistema de saúde no Brasil e a implantação da estratégia DOTS (1980-2005). In: Villa TCS, Ruffino A Netto. Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades

- regionais. Ribeirão Preto (SP): FMRP/USP; 2006. p. 29-47.
3. Ruffino-Netto A. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. *Inf Epidemiol SUS* 2001; 10(3):129-38.
 4. Mendes EV. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde: uma agenda para a saúde. 2ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 1999.
 5. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; 2002.
 6. Villa TCS, Ruffino-Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da tuberculose no Brasil. *J Bras Pneumol* jun 2009; 35(6) *no prelo*.
 7. Vendramini SHF, Santos ML, Gazetta CE, Chiaravalloti-Neto F, Ruffino-Netto A. Tuberculosis risks and socio-economic level: a case study of a city in the Brazilian south-east, 1998-2004. *Int J Tuberc Lung Dis* 2006; 10(11):1231-5.
 8. Nogueira J, Ruffino A Netto, Monroe AA, Cardoso Gonzales RI, Villa TCS. Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose na percepção do Agente Comunitário de Saúde. *Rev Eletr Enferm* 2007; 9(01):106-18.
 9. Gazetta CE, Santos ML, Vendramini SH, Poletti NA, Pinto Neto JM, Villa TCS. Tuberculosis contact control In Brazil: a literature Review (1984-2004). *Rev Latino-am Enfermagem* 2008; 16(2):306-13.
 10. Sa LD, Souza KMJ, Nunes MG, Palha PF, Nogueira JA, Villa TCS. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: história de abandono. *Texto Contexto – Enferm* 2007; 16(4):712-8.
 11. Arcêncio RA. A organização do tratamento supervisionado nos 36 municípios prioritários do Estado de São Paulo: facilidades e dificuldades (2005). [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2006.
 12. Muniz JN, Palha PF, Moroe AA, Cardozo Gonzáles RI, Ruffino Netto A, Villa TCS. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10(2):315-21.
 13. Mendes EV. Atenção primária à saúde no SUS. Ceará: Escola de Saúde Pública; 2002.
 14. Lima MB, Mello DA, Moraes APP, Silva WC. Estudo de caso sobre o abandono da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). *Cad Saúde Pública* 2001; 17(4):877-85.
 15. Souza FBA, Villa TCS, Cavalcante SC, Ruffino Neto A, Lopes LB, Conde MB. Peculiaridades do controle da tuberculose em um canário de violência urbana de uma comunidade carente do Rio de Janeiro. *J Bras Pneumol* 2007; 33(3):318-22.
 16. Santos ET Filho, Gomes ZMS. Estratégias de controle da tuberculose no Brasil: articulação e participação da sociedade civil. *Rev Saúde Pública* 2007 setembro; 41(supl.1): 111-6.