

Desempenho dos serviços de saúde na atenção à tuberculose na estratégia de saúde da família

Health service performance in tuberculosis care in the Family Health Strategy

Rendimiento de los servicios de salud en la atención a la tuberculosis en la estrategia de salud de la familia

Keidi Vianna Benetti^I; Sheila Nascimento Pereira de Farias^{II}; Maria Helena do Nascimento Souza^{III}; Maria Yvonne Chaves Mauro^{IV}; Célia Regina da Silva Medeiros^V; Pedro Miguel Diniz Parreira^{VI}

RESUMO

Objetivo: avaliar o desempenho dos serviços de saúde na atenção à tuberculose, na percepção das equipes da estratégia saúde da família. **Método:** estudo transversal de abordagem quantitativa, realizado com 210 profissionais das equipes da estratégia de saúde da família de uma área de planejamento do Rio de Janeiro. Foi aplicado o questionário PCATool – tuberculose, no período de agosto a novembro de 2015. Os dados foram tratados e analisados, no programa epi info versão 7.1.5. Projeto aprovado no comitê de ética em pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery e da Secretaria Municipal de Saúde. **Resultados:** observou-se que para o diagnóstico de tuberculose o desempenho das unidades foi razoável e para o tratamento o resultado foi satisfatório. **Conclusão:** o desempenho dos serviços de saúde apresenta fragilidades e atende parcialmente a clientela. **Descritores:** Enfermagem; tuberculose; gestão em saúde; saúde da família.

ABSTRACT

Objective: to evaluate health service performance in tuberculosis care as perceived by family health strategy teams. **Methods:** in this quantitative, cross-sectional study, the PCATool-tuberculosis was applied between August and November 2015, to 210 professionals from family health strategy teams in a planning area in Rio de Janeiro. Data were processed and analyzed using Epi Info software, version 7.1.5. The project was approved by the research ethics committees of the Anna Nery School of Nursing and Municipal Health Secretariat. **Results:** the units' performance was observed to be reasonable in tuberculosis diagnosis, and satisfactory in treatment. **Conclusion:** health service performance displays weaknesses and meets client needs partially. **Descriptors:** Nursing; tuberculosis; health management; family health.

RESUMEN

Objetivo: evaluar el rendimiento de los servicios de salud en la atención a la tuberculosis, bajo la percepción de los equipos de la estrategia de salud de la familia. **Método:** estudio transversal de abordaje cuantitativo, realizado junto a 210 profesionales de los equipos de la estrategia de salud de la familia de un área de planificación de Río de Janeiro. Fue aplicado el cuestionario PCATool –tuberculosis, en el periodo de agosto a noviembre de 2015. Los datos fueron tratados y analizados en el programa epi info versión 7.1.5. Proyecto aprobado en el comité de ética en investigación de la Escuela de Enfermería Anna Nery y de la Secretaría Municipal de Salud. **Resultados:** se verificó que, para el diagnóstico de tuberculosis, el rendimiento de las unidades fue adecuado y, para el tratamiento de los resultados, fue satisfactorio. **Conclusión:** el rendimiento de los servicios de salud presenta fragilidades y atiende parcialmente la clientela. **Descriptor:** Enfermería; tuberculosis; gestión en salud; salud de la familia.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) continua sendo um importante problema de saúde pública. Sua relevância e magnitude puderam ser evidenciadas atualmente pelas estimativas do Ministério da Saúde que indica 70 mil casos novos de tuberculose e 4,6 milhões de mortes por ano¹. O Brasil ocupa o 17º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo².

Todavia, nos últimos 17 anos, a tuberculose apresentou queda de 38,7% na taxa de incidência e 33,6% na

taxa de mortalidade. A tendência de queda em ambos os indicadores vem-se acelerando ano após ano em um esforço nacional, coordenado pelo próprio ministério, o que pode determinar o efetivo controle da tuberculose em futuro próximo, quando a doença poderá deixar de ser um problema para a saúde pública².

Considera-se que a atenção primária à saúde (APS), em particular a estratégia de saúde da família (ESF), seja, hoje, no Brasil, a grande porta de entrada

^IEnfermeira. Mestre. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: keidi.b@globo.com

^{II}Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: sheilaguadagnini@gmail.com

^{III}Enfermeira. Professora Doutora, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Brasil. Email: mhnsouza@yahoo.com.br

^{IV}Enfermeira. Professora Doutora, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. Email: mycmauro@uol.com.br

^VEnfermeira. Mestre. Aluna do Curso de Doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: celiamedeiros@globo.com

^{VI}Professor Doutor da Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Coimbra -Portugal. Email: pedromiguel.parreira@gmail.com

do paciente com TB. A parceria com a APS no sentido de integrar às ações de vigilância em saúde deve ser estimulada e priorizada pelos Programas de Controle da Tuberculose locais³.

A ESF é apontada como alternativa para reorganização da oferta de serviços de saúde e a proposta insere-se no âmbito do debate em torno das opções para reorientação do modelo assistencial vigente, predominantemente hospitalocêntrico e curativo. A principal mudança com a proposta da ESF é no foco de atenção, que deixa de ser centrado exclusivamente no indivíduo e na doença, passando também para o coletivo, sendo a família o espaço privilegiado de atuação. Isso implica aprender a lidar com esse novo recorte, tomando agora a família como objeto de trabalho, identificando instrumentos e saberes que possam transformar a prática assistencial em direção a uma prática pautada nos princípios éticos e morais e levando a uma maior autonomia dos usuários.

No contexto do modelo de saúde proposto pela ESF, a gerência dos serviços de saúde deve ser tomada como um instrumento que pode possibilitar o compartilhar de poder no interior das unidades e equipes de saúde e, nesse sentido, poderá se constituir em uma ferramenta importante na efetivação de políticas³.

Nessa perspectiva, o gestor tem papel fundamental no favorecimento do acesso dos usuários com TB à APS, pois ele tem o papel de destaque na unidade de saúde para gerenciar, fiscalizar e mediar os cuidados com esses usuários.

Dessa forma, se o gestor desempenhar seu papel de gerenciamento, acompanhamento dos casos e fiscalização das equipes em relação ao usuário com sinais/sintomas de TB, a unidade terá mais eficiência na realização de busca ativa e diagnóstico de novos casos.

O estudo teve por objetivo avaliar o desempenho dos serviços de saúde na atenção à tuberculose, na percepção das equipes da ESF.

REVISÃO DE LITERATURA

Quanto maior o número de unidades básicas de saúde e de profissionais capacitados desenvolvendo ações de controle da TB, mais eficaz será a busca e a detecção de casos. Além disso, a rapidez no início do tratamento e a supervisão do mesmo favorece a cura e a quebra da cadeia de transmissão⁴.

Os serviços de saúde, historicamente, não têm mostrado resultado satisfatório, oportuno e resolutivo às demandas e necessidades crescentes da população. A adesão ao tratamento, o compromisso do paciente com o seu tratamento e conseqüentemente a regularidade na tomada dos medicamentos, vão depender, em grande parte, da maneira como o doente é atendido no serviço de saúde⁴.

Faz-se necessário investimento na qualificação dos serviços de saúde, na capacitação dos recursos humanos

para as atividades de vigilância, avaliação e controle, de modo a ampliar a capacidade de diagnóstico por meio da baciloscopia, promover a cura, intensificar a busca do sintomático respiratório e dos contatos dos pacientes, nos municípios brasileiros e especialmente nos municípios prioritários para o Programa Nacional de Controle da Tuberculose⁵.

Esse programa favorece a descentralização das medidas de controle para a atenção básica, além de ampliar o acesso da população em geral e das populações mais vulneráveis ao adoecimento por tuberculose. Pode ser ressaltado que uma das condições básicas para o êxito do tratamento de TB é o acesso fácil do paciente ao serviço de saúde. Essa descentralização implica o reconhecimento da atenção básica como protagonista na organização do sistema de atenção à saúde por meio da atribuição e da organização de mecanismos organizacionais e materiais que possam garantir a longitudinalidade do cuidado⁶.

O acesso aos serviços de saúde entendido como *porta de entrada*, é o local de acolhimento do usuário no momento de expressão de sua necessidade. Nessa perspectiva, o acesso vai além da conexão pura e simples ao conceito de porta de entrada, configura-se como um *dispositivo* transformador da realidade⁷.

Todavia, recomenda-se que os programas de controle de tuberculose, mais do que reduzir o tempo de demora do cliente na busca do diagnóstico e maximizar o início do tratamento, devam acolher os usuários de forma integrativa e participante. Dessa forma, os profissionais da ESF devem ter uma escuta ativa para as queixas do cliente, ajustar a assistência e propor soluções em conjunto (equipe de saúde e usuário), estabelecendo uma relação pautada no acolhimento e no vínculo⁸.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal de abordagem quantitativa, realizado em uma área de planejamento do Município do Rio de Janeiro em 2015. Foram sujeitos do estudo 210 profissionais das equipes de saúde, de cinco unidades de clínica da família, que aceitaram participar do estudo.

Essas unidades foram escolhidas por terem um número elevado de pessoas com diagnóstico de tuberculose, segundo dados do DATASUS. Participaram os profissionais que constituíram as equipes de saúde, de ambos os sexos, funcionários das clínicas de família da área programática 3.1 do Município do Rio de Janeiro. Para coleta de dados, primeiro foi realizada uma apresentação da temática nas clínicas, para os profissionais de saúde. Em seguida, foi realizado agendamento de horário, para aplicação do questionário, que ocorreu no período inicial das reuniões de equipe nas clínicas da família. O entrevistado respondeu cada item seguindo uma Escala Likert de zero a cinco. O valor zero foi

atribuído para resposta *não sei* ou *não se aplica*; os valores de 1 a 5 registram o grau de relação de preferência das afirmações. O menor escore (escore 1) representa indicador ruim, ou seja, remete a ideia de que o acesso *nunca* acontece. O escore de maior valor (escore 5) representa um indicador positivo, uma vez que concebe a ideia de que *sempre* tal indicador se encontra acessível ao usuário. A população deste estudo constituiu-se de: 43 enfermeiros, 43 médicos, 43 técnicos de enfermagem e 258 agentes comunitários de saúde. Perfazendo o total de 387 profissionais da ESF, que formam o corpo de trabalhadores da área programática.

Em relação à amostra de profissionais de saúde, do total de 387 foi realizada a amostragem simples; aleatória simples, utilizando-se a seguinte equação⁹:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1-p) + e^2 \cdot (N-1)}$$

amostra aleatória simples: n=amostra calculada; N=População; Z=Variável normal padronizada associada ao nível de confiança; p=verdadeira probabilidade do evento; e=Erro amostral.

Foram considerados erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%. A amostra mínima calculada foi de 194 profissionais das equipes de saúde da A.P.3.1, definindo-se 210 sujeitos. Para avaliação do desempenho das unidades de saúde, foi utilizado o questionário *Primary Care Assessment Tool –tuberculose*, representado pela dimensão de acesso ao diagnóstico e de acesso ao tratamento. Os indicadores foram analisados individualmente e também por unidade de saúde. Um índice composto foi determinado para cada grupo (acesso ao diagnóstico e tratamento) através da somatória das respostas de todos os profissionais entrevistados de cada grupo e dividido pelo total de respondentes. Este índice representará o desempenho de cada grupo.

Entre as variáveis independentes analisadas relativas ao acesso ao diagnóstico de tuberculose destacam-se: o tempo que leva para conseguir uma consulta; se os usuários vão à unidade de saúde mais próxima de sua casa; se esperam mais de 60 minutos para serem atendidos; se precisam utilizar algum meio de transporte motorizado para deslocarem até a unidade; perdem o turno de trabalho e se conseguem informação por telefone. E para as variáveis relativas ao acesso do tratamento destaca-se: se conseguem consulta em 24 horas; se o profissional que acompanha o tratamento faz visitas domiciliares; se perdem o turno de trabalho; se tem dificuldade de se deslocarem até a unidade; se precisam de transporte motorizado; se houve falta de medicamento nos últimos 12 meses e se esperam mais de 60 minutos para serem atendidos dentre outros.

O desempenho dos serviços na atenção à TB foi classificado segundo os valores obtidos dos indicadores. Atribuiu-se aos valores de 1 e 2,49 a classificação de

desempenho não-satisfatório, próximo de 2,50 a 3,49, regular e maior que 3,49, satisfatório.

O projeto de estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro, protocolo de aprovação 1.035.492/2015 e, também, pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, protocolo nº 1.141.398/2015, para atender à Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, observando-se os princípios éticos da pesquisa, com aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em todos os participantes.

RESULTADOS

Identificou-se que dos 210 participantes da pesquisa 137 (64,8%) eram agentes comunitários de saúde e 28 (13,2%) enfermeiros. Ver Tabela 1.

Observa-se que 135 (64,4%) dos entrevistados responderam que sempre os usuários procuram a unidade mais próxima para realizar o diagnóstico de TB. Assim como 93 (44,4%) disseram que os usuários nunca esperam mais do que 60 minutos para serem atendidos; 66 (32,2%) revelaram que os clientes nunca conseguem obter informação por telefone; 88 (40,2%) nunca têm dificuldade de deslocar-se; 90 (42,9%) nunca têm que utilizar algum meio de transporte motorizado e 78 (36,9%) revelaram que os usuários às vezes perdem o turno de trabalho devido à consulta na unidade. Ver Tabela 2.

O acesso do usuário ao diagnóstico de TB foi avaliado pelos profissionais das equipes da ESF como razoável, obtendo-se média 3,32 e desvio padrão de 1,35. Quando aplicado o escore médio, esse resultado fica entre 2,50 e 3,50 sendo, assim, classificado como regular. Ver Tabela 3.

Vale destacar que somente a unidade de saúde C teve o acesso classificado como satisfatório. As outras unidades participantes da pesquisa obtiveram o conceito razoável.

Os resultados apontam que as variáveis avaliadas como não satisfatórias para o acesso do usuário com TB foram – dificuldade de obter informação e marcar consulta por telefone. Já as seguintes variáveis alcançaram o conceito regular: dificuldade de deslocamento, utilização e gasto com meio de transporte e perda de turno de trabalho. E, por fim, as variáveis – procurar a unidade mais próxima e esperar mais de 60 minutos – foram avaliadas como satisfatórias.

TABELA 1: Categorias profissionais dos entrevistados. Rio de Janeiro, 2015.

Categorias profissionais	f	(%)
Agente comunitário de saúde	137	64,8
Enfermeiro	28	13,2
Médico	23	11,3
Técnico de enfermagem	22	10,7
Total	210	100

TABELA 2: Distribuição das variáveis de acesso ao diagnóstico de tuberculose, segundo os profissionais entrevistados da A.P. 3.1 do Município do Rio de Janeiro, 2015.

Variáveis	Sempre		Quase sempre		Às vezes		Quase nunca		Nunca		Não se aplica		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Procurar unidade mais próxima	135	64,4	57	26,8	16	7,8	1	0,5	1	0,5	0	0	210	100
Esperar mais de 60 minutos	22	9,2	5	2,4	50	24,5	39	19	93	44,4	1	0,5	210	100
Obter informação por telefone	58	27,3	12	5,8	27	13,2	22	10,7	66	32,2	25	10,8	210	100
Dificuldade de se deslocaram	6	2,9	30	14,6	39	19	42	20,9	88	40,2	5	2,4	210	100
Utilizar algum tipo de transporte motorizado	5	2,4	6	2,9	52	25,4	40	18,6	90	42,9	17	7,8	210	100
Perdero turno trabalho	10	4,9	21	10,2	78	36,9	29	14,4	69	32,3	3	1,4	210	100

TABELA 3: Variáveis referentes ao acesso dos usuários ao diagnóstico de tuberculose, segundo a equipe de saúde da família entrevistada da área programática do Município do Rio de Janeiro, 2015.

Categoria de Análise	Média (*)	DP	Classificação (**)
Acesso ao diagnóstico de tuberculose	3,32	1,35	Razoável
Unidades de Saúde			
Clínica da família A	3,49	1,40	Razoável
Clínica da família B	3,01	1,43	Razoável
Clínica da família C	3,60	1,41	Satisfatório
Clínica da família D	3,40	1,27	Razoável
Clínica da família E	3,01	1,43	Razoável
Variáveis			
I-Procurar a unidade de saúde mais próxima	4,58	0,62	Satisfatório
II- Esperar mais de 60 minutos	3,60	1,36	Satisfatório
III- Dificuldade de obter informação por telefone	2,47	1,76	Não Satisfatório
IV- Dificuldade de marcar consulta por telefone	2,30	1,71	Não Satisfatório
V- Dificuldade de deslocamento	3,45	1,20	Razoável
VI- Utilização de meio de transporte	3,39	1,48	Razoável
VII- Gasto com meio de transporte	3,49	1,46	Razoável
VIII- Perda de turno de trabalho	3,08	1,28	Razoável

(*) Média de acordo com a escala *likert*: sempre, quase sempre, às vezes, quase nunca e nunca.

(**) Escore para classificação dos resultados: < 2,50 - Não satisfatório; De 2,50 até 3,49 - Razoável; e > 3,49 – Satisfatório. DP-Desvio Padrão

DISCUSSÃO

É amplamente sabido que barreiras relacionadas à distância estão associadas ao nível de complexidade dos serviços: quanto menos especializados, devem estar mais próximos da população, e o inverso é verdadeiro. Nesse sentido, outro estudo identifica que o acesso não sofreu críticas por parte dos usuários, pelo contrário, os relatos salientaram que a distância era curta e daria para ir caminhando de casa à ESF¹⁰.

Os resultados desta pesquisa convergem para outro estudo, cujos profissionais ressaltam a preferência dos usuários por atendimento mais próximo de suas casas¹¹.

Alguns autores revelam que um dos grandes indicadores de abandono na adesão do usuário com TB ao Programa de Controle de Tuberculose é o tempo de espera das consultas na APS¹².

A comunicação por telefone pode ser um meio muito atrativo aos usuários com sinais e sintomas de TB, para melhorar o seu acesso à unidade de saúde. Alguns entrevistados relataram que existe um telefone na administração da clínica, só que os funcionários não têm informação sobre a doença e não sabem explicar como é realizado o atendimento.

Na Inglaterra, existe um programa de atendimento telefônico, em que as pessoas ligam e são atendidas por enfermeiros que vão dando informação acerca do problema revelado. A população procura o atendimento em caso de urgências ou no de aparecimento de sinais e sintomas diversos e são acolhidos pelos profissionais que resolvem os seus problemas¹².

Um estudo, feito em Itaboraí/RJ, relata que em média os usuários quase sempre utilizam transporte motorizado para ir à unidade de saúde¹³, divergindo do achado nesta pesquisa.

Para que o diagnóstico seja feito e o tratamento seja efetivo, a acessibilidade ao serviço de saúde deve ser valorizada. Estudos registram que usuários que utilizam transporte coletivo e que têm gastos com o meio de transporte tendem a não ir à ESF ou abandonam o tratamento uma vez iniciado, com maior frequência do que aqueles que utilizam os próprios meios^{8,12,13}.

É importante que os usuários com sinais e sintomas da TB recebam a orientação necessária, desde a busca da unidade de saúde pelo telefone. Há necessidade das ESF lançarem mão de estratégias que treinem a equipe para orientar a clientela logo nos primeiros contatos. É preciso deixar claro para os clientes que todas as dúvidas serão resolvidas, de maneira a ajudá-los e que eles devem procurar os serviços de saúde sempre que necessário. A ESF traz como filosofia a ampliação do acesso aos serviços de saúde, estando localizada estrategicamente em áreas onde existe o programa bolsa família, que é um mecanismo de proteção social e que favorece a aproximação da clientela às unidades de saúde¹⁴.

Existe uma tendência entre os profissionais de saúde em apontar que o paciente é responsável pelo sucesso da adesão ou abandono do tratamento. No entanto, os membros da equipe devem estar constantemente avaliando os resultados de suas ações, identificando pontos fortes e dificuldades encontrados no serviço. É preciso que todos os envolvidos encontrem formas de contribuir para a eficiência e eficácia do controle da doença, motivando efetivamente a adesão ao tratamento¹⁵.

CONCLUSÃO

Neste estudo, no que se refere ao desempenho dos serviços de saúde da ESF, o acesso ao diagnóstico para tuberculose foi considerado razoável, o que requer melhorias. O acesso ao tratamento de tuberculose foi satisfatório.

Reconhecem-se as limitações do estudo quanto ao número reduzido de unidades de saúde participantes, o que não o torna menos relevante, pois, dá visibilidade ao problema social da TB no Rio de Janeiro.

Faz-se necessário aprimorar o acolhimento dos indivíduos portadores de TB que buscam a ESF, a fim de garantir um impacto positivo no controle, tratamento e prevenção deste agravo na população. O diagnóstico da doença é primordial para o controle dessa importante epidemia que ainda persiste nos dias atuais. Quanto mais rápido as unidades de saúde fizerem esse diagnóstico, mais cedo a clientela começará o tratamento e as chances de propagação da doença diminuem.

Não se esgotam os estudos que ainda precisam ser realizados para o controle da TB, inclusive pesquisas sobre a autoavaliação dos profissionais que atuam nessa área, principalmente, os profissionais da ESF.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de cobertura da saúde

- da família. [Internet] 2016 [citado em 01 jun 2017]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php.
2. Ministério da Saúde (Br). Portal de Saúde: Tuberculose. [Internet] 2015 [citado em 01 jun 2017]. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=11045&Itemid=674.
3. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Vigilância em Saúde. Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem. [Internet] 2014 [citado em 15 dez 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento_diretamente_observado_tuberculose.pdf.
4. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. 2ª ed. Brasília (DF): Editora MS; 2008.
5. Ministério da Saúde (Br). Secretaria Executiva. Datasus. Informações de saúde. Informações epidemiológicas e morbidade. [Internet] 2014 [citado em 15 ago 2017]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?db2011/c17.def>.
6. Clementino F, Miranda F. Tuberculose: acolhimento e informação na perspectiva da visita domiciliária. Rev. enferm. UERJ. [SciELO-Scientific Electronic Library Online] 2015 [citado em 01 jul 2017]; 23(3):350-4. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n4/pt_0104-0707-tce-25-04-4660015.pdf.
7. Loureiro RB, Villa TCS, Netto AR, Peres RL, Braga JU, Zandonade E, Maciel ELN. Acesso ao diagnóstico da tuberculose em serviços de saúde do município de Vitória, ES, Brasil. Ciênc. saúde coletiva [SciELO-Scientific Electronic Library Online] 2014 [citado em 15 ago 2017]; 19(4): 1233-44 Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000401233&lng=en&nrm=iso.
8. Andrade S, Rodrigues D, Barreto A, Oliveira A., Santos A & Sá L. Tuberculose em pessoas idosas: porta de entrada do sistema de saúde e o diagnóstico tardio Rev. enferm. UERJ [SciELO-Scientific Electronic Library Online] 2015 [citado em 17 set 2017]; 24(3):e5702. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n3/0034-7167-reben-68-03-0467.pdf>
9. Medronho RA, Carvalho DM, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu; 2006.
10. Azevedo ALM, Costa AM. The narrow entrance door of Brazil's National Health System (SUS): an evaluation of accessibility in the Family Health Strategy. Interface - Comunic Saude Educ. 2010; 14(35):797-810.
11. Villa TCS, Netto AR. Performance assessment questionnaire regarding TB control for use in primary health care clinics in Brazil. J. bras. pneumol. [Internet]. 2009 [cited in 2017 Jun 01]; 35(6): 610-2. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132009000600014&lng=en.
12. Orfão NH, Andrade RLP, Beraldo AA, Brunello MEF, Scatena LM, Villa TCS. Adherence therapeutic to the treatment of tuberculosis in a municipality of the São Paulo state. Ciênc. Cuid. Saúde [Internet]. 2015 [cited in 2017 Aug 15]; 14(4):1453-61. Available from: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v14i4.25093>.
13. Lafaiete RS, Silva CB, Oliveira MG, Motta MCS, Villa TCS. Investigaçao sobre o acesso ao tratamento de tuberculose em Itaboraí/RJ. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. [SciELO-Scientific Electronic Library Online] 2011 [citado em 01 jun 2017]; 15(1):47-53. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n3/1414-462X-cadsc-1414-462X201700030139.pdf>
14. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2017 [Internet]. Geneva (Swi): World Health Organization; 2017 [cited in 2017 Nov 09]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/191102/1/9789241565059_eng.pdf.
15. Costa AG, Rodrigues ILA, Garcia WMB, Nogueira LMV. Monitoramento de ações de prevenção e controle da tuberculose em unidades básicas de saúde. Rev enferm UFPE on line 2016; 10 (Supl. 3): 1378-86. DOI: 10.5205/reuol.7057-60979-3-SM-1.1003sup201605.