

INVESTIGAÇÃO SOBRE O ACESSO AO TRATAMENTO DE TUBERCULOSE EM ITABORAÍ /RJ

Investigation about access to treatment of tuberculosis in Itaboraí /RJ

Investigación sobre el acceso al tratamiento de tuberculosis en Itaboraí/RJ

Rute dos Santos Lafaiete¹

Cleidiani Baptista da Silva²

Monalisa Garcia de Oliveira³

Maria Catarina Salvador da Motta⁴

Tereza Cristina Scatena Villa⁵

RESUMO

Diante dos problemas apontados na literatura relacionados ao acesso na atenção primária à saúde, o estudo teve como objetivo analisar o acesso ao tratamento do doente com tuberculose em Itaboraí. Um estudo exploratório, quantitativo, com 100 indivíduos entrevistados em agosto e setembro/2007. Utilizou-se o instrumento Primary Care Assessment Tool validado e adaptado para tuberculose. Resultados: 71% sempre conseguem atendimento médico; 54% disseram que o profissional que acompanha seu tratamento nunca visita em casa; 77% fazem tratamento na unidade mais perto da sua casa; 66% nunca deixam de trabalhar e utilizam transporte motorizado, 62% pagam transporte; 93% relataram que nunca faltou medicamento; 63% relataram que nunca demora mais de 60 minutos para consulta. Aspectos como a visita domiciliar e a distribuição do auxílio transporte devem ser revistos. O atendimento médico, o tratamento próximo à residência, a oferta das medicações e a espera pelo atendimento foram satisfatórios.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Tuberculose. Acesso aos Serviços de Saúde. Terapêutica.

Abstract

Looking for the problems indicated in literature related to the access in primary health care, this study aimed to analyze the access to the treatment of tuberculosis in Itaboraí. It was a quantitative study, with 100 patients interviewed between August and September/2007. A Primary Care Assessment Tool instrument was validated and adapted to tuberculosis and used. Results: 71 % always get medical service in 24 hours; 54 % related that the professional who supervises the treatment never visits their homes; 77 % receive treatment near their homes; 66% never miss the job and use motorized transportations; 62 % spend money for transportation; 93 % reported that never had lack of medications; 63 % reported that never wait more than 60 minutes for attendance. The fact is that some aspects like home visit, distribution of credit to transport needs to be reviewed. The medical service, the treatment near home, the offering of medications and the waiting for attendance was satisfactory.

Keywords: Primary Health Care. Tuberculosis. Health Services Accessibility. Therapeutics.

Resumen

Dados los problemas descritos en la literatura relacionados con el acceso en la atención primaria de la salud, el estudio trató de examinar el acceso al tratamiento de los pacientes con tuberculosis en Itaboraí. Estudio exploratorio, cuantitativo, con 100 personas entrevistadas en agosto y setiembre/2007. Se utilizó el instrumento Primary Care Assessment Tool validado y adaptado para tuberculosis. El 71% siempre reciben la atención médica, 54% dijeron que el profesional que les acompaña en el tratamiento nunca los ha visitado en casa, 77% realizan el tratamiento en la unidad más cerca de casa, 66% nunca dejan de trabajar y hacen el uso de transporte motorizado, 62% pagan el transporte, 93% informaron que nunca les faltó medicación, 63% dijeron que nunca se necesita más de 60 minutos para consulta. Aspectos como visitas a domicilios y la distribución de la ayuda de transporte deben ser revisados. La atención médica, el tratamiento cerca de casa, la oferta de medicamentos y el tiempo de espera para el atendimento fueron satisfactorios.

Palabras claves: Atención Primaria de Salud. Tuberculosis. Accesibilidad a los Servicios de Salud. Terapêutica.

¹Enfermeira graduada pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Rio de Janeiro – RJ. Brasil. E-mail: rutelafaiete@bol.com.br; ² Enfermeira graduada pela da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Rio de Janeiro-RJ. Brasil. E-mail: cleidiani.baptista@gmail.com ; ³ Enfermeira graduada pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Rio de Janeiro-RJ. Brasil. E-mail: monalisaanjinho@yahoo.com.br; ⁴Doutora em Enfermagem. Vice-Diretora do Hospital Escola São Francisco de Assis. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Rio de Janeiro-RJ. Brasil. E-mail: ma.catarina@gmail.com; ⁵Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto – SP. Brasil. E-mail: tite@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) continua sendo a maior causa de morbidade e mortalidade em muitos países e significa um problema de saúde pública.¹ Apesar de ser uma doença cuja cura foi encontrada, ainda mata 5 mil pessoas por ano sendo a primeira causa de morte em pacientes com AIDS.²

A estratégia do Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração (DOTS) é reconhecida internacionalmente e garante os requisitos básicos da detecção e da cura da TB. Esta estratégia perpassa o enfoque clínico, incluindo a gestão dos sistemas de saúde pública que envolve detecção, quimioterapia, tratamento, medicamentos, registro e notificação. O novo Plano Mundial de Controle da TB (2006- 2015) tem como alvos deter e reverter a incidência da tuberculose até 2015 e eliminar a TB como problema de saúde pública até 2050. No Plano anterior (2000- 2005), o alvo era de detectar pelo menos 70% dos casos novos de TB. Isso foi alcançado e ultrapassado no ano de 2007 com as taxas de detecção de 78%. Alguns componentes dessa estratégia são: buscar a ampliação e aperfeiçoamento da estratégia DOTS de alta qualidade; lidar com TB/HIV, TB-MDR (tuberculose multidroga-resistente); contribuir para o fortalecimento dos sistemas de saúde; engajar provedores de assistência global; contar com o apoio dos portadores de TB e comunidades; promover a pesquisa.³

A Organização Mundial de Saúde (OMS) enfatiza a dimensão organizacional e o desempenho dos serviços de saúde.¹ Os componentes organizacionais da Atenção Básica (AB) baseados nos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) são: acesso, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar e orientação para a comunidade.

O acesso avalia a presença ou ausência de barreiras financeiras, organizacionais, e/ou estruturais para se conseguir atenção básica à saúde.⁴ Depende, ao mesmo tempo, da combinação de recursos humanos e físicos disponíveis e dos sistemas administrativos e financeiros que determinam quais indivíduos receberão os serviços e em que condições.

É também um importante indicador de impacto da APS e avalia em que medida este componente é alcançado. Constituiu-se uma importante ferramenta de aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS).⁵ O acesso envolve a localização da unidade de saúde próxima da população a qual atende, os horários e dias em que a unidade está aberta para atender, o grau de tolerância para consultas não agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos do acesso.⁶ Estudos sobre a estratégia DOTS mostram que esta tem encontrado algumas barreiras relacionadas à acessibilidade, tais como: horário de trabalho do paciente incompatível com o início das atividades da unidade de saúde; horário das atividades dos agentes comunitários de saúde; indisponibilidade de veículo e o número inadequado de funcionários para a realização do tratamento supervisionado.⁷

Institucionalizar a avaliação e induzir uma cultura de avaliação na rotina da AB produz mudanças que conduzem à melhoria de qualidade dos cuidados prestados. O objetivo não é outro senão a identificação, avaliação e correção de situações potencialmente melhoráveis. Implantar políticas de avaliação de programas deve também contemplar a participação de avaliadores externos, com vistas à realização de pesquisas avaliativas voltadas ao aprimoramento dos programas e projetos propostos na atenção básica.^{8,9}

A literatura^{5,6,7} aponta problemas relacionados ao acesso do tratamento da TB. Considerando-se algumas características do município como, os altos índices de TB, a disponibilidade inadequada de transportes para a população, localização geográfica das unidades de saúde e a não adesão ao tratamento da TB, este estudo justifica-se e é relevante para modificar a realidade, buscando o aperfeiçoamento do serviço em questão, e também para disponibilizar informações aos serviços de saúde inseridos no SUS, tanto local quanto regional, e à comunidade científica para subsidiar melhorias no planejamento e na execução das ações de controle da TB.

Diante dos problemas relacionados à atenção básica de saúde e sua acessibilidade referentes às ações de controle da TB, este estudo teve como objetivo analisar o acesso ao tratamento do cliente portador de TB em Itaboraí/RJ.

MÉTODOS

É um estudo exploratório com abordagem quantitativa. O local de estudo foi o município de Itaboraí, que pertence à Região Metropolitana e fica a 45 km da capital do Rio de Janeiro. Foi escolhido por ser considerado um dos municípios prioritários no combate à Tuberculose pelo Governo Federal, devido ao alto número de casos registrados de TB/HIV.

A população de estudo foi composta por 100 indivíduos, que iniciaram tratamento de TB no ano de 2006 e 2007. Elegeram-se como critérios de inclusão: doentes de TB em tratamento há mais de um mês; indivíduos que concluíram o tratamento até 6 meses antes do início da coleta de dados. Elegeram-se como critério de exclusão os menores de 18 anos.

Para avaliar o acesso ao tratamento, utilizou-se o instrumento *Primary Care Assessment Tool*, validado por Almeida & Macinko (2006) e adaptado para atenção à TB por Villa & Ruffino-Netto (2007). O instrumento contém perguntas específicas para cada componente organizacional essencial da atenção básica para as ações de controle da TB, além de perguntas sobre o perfil do paciente, informações clínico-epidemiológicas e estado atual de saúde. O entrevistado respondeu cada item segundo 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 (ou concordância) das afirmações. O menor escore (escore 1) representa o pior indicador, ou seja, concebe a ideia de que o acesso “nunca” ocorre. O escore de maior valor

(score 5) representa um indicador positivo, uma vez que concebe a ideia de que “sempre” tal indicador se encontra acessível ao usuário.

A coleta de dados foi realizada no período de agosto a setembro de 2007. Os coordenadores da pesquisa acompanharam os entrevistadores no trabalho de campo, com o intuito de complementar o treinamento e assegurar a superação de possíveis imprevistos.

Para a análise dos dados utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 11.0). As variáveis independentes analisadas relativas ao acesso ao tratamento foram: conseguir a consulta médica no prazo de 24 horas; se o profissional que acompanha o tratamento faz visitas domiciliares; tratar-se na unidade de saúde mais perto de casa;

deixar de trabalhar; utilizar transporte motorizado; pagar por ele; faltar medicamentos durante o tratamento; esperar mais de 60 minutos para ser atendido.

Os dados foram analisados de acordo com as frequências e comparação das proporções. O desempenho da atenção em relação ao acesso ao tratamento foi classificado segundo os valores obtidos dos indicadores. Aos valores próximos de 1 e 2 corresponderam a “não satisfatório”, próximos de 3, “regular”, e próximos de 4 e 5, “satisfatório”.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da EEAN/HESFA – UFRJ com o protocolo de número 068/07, atendendo às orientações inerentes ao protocolo de pesquisa contido na resolução 196/96 CNS, inserido no projeto multicêntrico pelo Edital de Doenças Negligenciadas MCT/MS CNPq 2006-2008.

RESULTADOS

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos 100 usuários do Programa de Controle da Tuberculose de Itaboraí/RJ.

Variáveis	n=100	%
Sexo		
Homem	65	65
Mulher	35	35
Faixa etária		
18 a 28	33	33
29 a 49	34	34
50 ou mais	33	33
Escolaridade		
Fundamental incompleto	65	65
Fundamental completo ou mais	35	35
Situação de Moradia		
Própria	71	71
Alugada	19	19
Emprestada	10	10
Nº de cômodos		
1 cômodo	2	02
2 cômodos	5	05
3 cômodos	10	10
4 cômodos	25	25
5 cômodos	58	58
Nº de Residentes		
4 ou mais	60	60
2 a 3	35	35
1	5	05

A Tabela 1 apresenta uma descrição das características sociodemográficas. Dentre os participantes, a maioria era do sexo masculino (65%); 33% pertenciam à faixa etária entre 18 e 28 anos; 34%, entre 29 e 49 anos; e 33%, à faixa etária de 50 anos ou mais. Em relação à escolaridade, a maioria tinha o nível fundamental incompleto. Quanto ao número de pessoas que habitavam na mesma residência, também a maioria residia com 4 ou mais pessoas.

Na Tabela 2, 71% dos usuários ‘sempre’ conseguem atendimento médico no prazo de 24 horas se passarem mal, e 29% apresentaram dificuldades. Quanto ao acompanhamento domiciliar, 54% disseram que o profissional de saúde que acompanha seu tratamento ‘nunca’ costuma visitá-los, enquanto 31% afirmaram que ‘sempre’ ocorrem visitas domiciliares. No estudo, 77% fazem o tratamento na unidade mais perto da sua casa e 20% não o fazem.

Tabela 2 - Variáveis sobre o acesso ao tratamento dos 100 usuários do Programa de Controle da Tuberculose de Itaboraí/RJ.

Descritores	Pontuação (%)					Total
	Nunca 1	Quase Nunca 2	Às vezes 3	Quase sempre 4	Sempre 5	
Consegue consulta médica no prazo de 24 h?	13	2	7	7	71	100
O profissional que acompanha seu tratamento faz visita domiciliar?	54	5	7	3	31	100
O tratamento é realizado na unidade de saúde mais perto de casa?	14	0	1	8	77	100

Como indicado na Tabela 3, referente ao trabalho, 66% dos entrevistados 'nunca' deixam de trabalhar para ir à unidade de saúde e 24% 'sempre' deixam de trabalhar. Em relação ao transporte, 66% dos usuários 'sempre' utilizam transporte motorizado para ir à unidade de Saúde e 27% 'nunca' usam. Verificou-se que 62% 'sempre' pagam pelo transporte para se deslocarem até a unidade de saúde e 32% 'nunca' pagam. No que se refere à oferta de

medicamento durante o tratamento de TB, 93% dos usuários relataram que 'nunca' faltou medicamento para o tratamento de tuberculose. Sobre o tempo de espera para consulta, 63% responderam que 'nunca' demora mais que 60 minutos, 13% afirmaram que 'às vezes' isso acontece e 12% afirmaram que sempre esperam mais que este tempo.

Tabela 3-Variáveis sobre o acesso ao tratamento de 100 usuários do Programa de Controle da Tuberculose de Itaboraí/RJ

Variáveis	Pontuação (%)					Total
	Sempre 1	Quase Sempre 2	Às vezes 3	Quase Nunca- 4	Nunca 5	
Deixa de trabalhar quando vai à unidade de saúde?	24	1	8	1	66	100
Utiliza algum transporte motorizado para ir à Unidade de Saúde?	66	2	4	1	27	100
Paga pelo transporte para ir à Unidade de Saúde?	62	1	4	1	32	100
Faltam medicamentos durante o tratamento?	3	0	0	4	93	100
Espera mais de 60 minutos para ser atendido na Unidade de Saúde?	12	3	13	9	63	100

DISCUSSÃO

A população em questão é predominantemente masculina, o que é justificado devido à tuberculose no Brasil predominar nos homens, na proporção de 2 para 1, em relação às mulheres.². Os dados referentes à idade acompanham o

padrão nacional, com predomínio na faixa etária entre 20 e 49 anos.¹⁰ Vale ressaltar que nos últimos anos houve um aumento na incidência de casos de TB nas faixas etárias de 39-49 e acima de 60, podendo ser explicado pela eficácia da vacinação BCG, pela redução do risco de infecção na comunidade, além do envelhecimento da população.¹¹

Os resultados apresentados mostram que a TB ainda é um problema social, estando ligada intimamente a pobreza. A escolaridade é o indicador mais importante que determina o nível socioeconômico. A maioria dos doentes apresentou baixa escolaridade corroborando outros estudos realizados.^{10,12} A tuberculose afeta, de forma mais incisiva, grupos com menos condições econômicas. A pobreza é um facilitador para o desenvolvimento da TB, sendo a morbidade influenciada por essas condições.¹² São necessários mais investimentos do governo direcionados a essa camada da sociedade.

Outro aspecto relacionado ao contexto social é o fato de os doentes residirem com quatro ou mais pessoas, sendo que a alta densidade populacional por unidade residencial expõe um ambiente de risco propício à tuberculose,¹³ como também foi visto em um estudo⁵ realizado no município de Campina Grande, no estado da Paraíba.

Os resultados sobre o atendimento médico no prazo de 24 horas mostraram-se favoráveis indicando garantia de acesso ao serviço de saúde. Este aspecto diminui a incidência do abandono ao tratamento de tuberculose já que os profissionais de saúde estão acessíveis para orientar, avaliar e acompanhar o estado de saúde do portador de tuberculose em tratamento. A percepção das relações com o serviço de saúde e o campo institucional podem ser fatores que contribuam ou não para o abandono do tratamento,¹⁴ já que os efeitos colaterais apresentados pelos pacientes podem ocasionar consultas extras a fim de tratar as queixas.¹²

Em relação às visitas domiciliares (VDs), os doentes referiram que nem todos receberam visita de um membro da equipe de saúde, e o estudo mostrou que poucas são realizadas. O Programa de Saúde da Família (PSF) de Itaboraí promove a assistência à saúde das 46.959 famílias cadastradas ao final do mês de janeiro de 2007, o que representa o percentual de 71,6% da população. Podemos inferir esse fato devido à grande extensão do município, ruas não asfaltadas, dificuldade de veículos para os profissionais e, conseqüentemente, maior tempo de deslocamento de um membro da equipe de saúde até o domicílio, diminuindo a cobertura de visitas realizadas ao doente/família.

Esses dados mostram a necessidade de investigar as reais causas – humanas ou financeiras - já que o acompanhamento contundente e motivador para o cliente e para a família é importante na adesão ao tratamento e também da relação de afeto e respeito entre os profissionais de saúde e clientes, estimulando-os. Informações esclarecedoras durante a VD colaboraram muito para a adesão,¹² além disso, resultados de outro estudo¹⁵ apontam para um aspecto a ser considerado pelo profissional de saúde, a necessidade de individualizar o atendimento para os clientes em tratamento de tuberculose. As VDs devem ser consideradas prioritárias principalmente para os usuários que possuem baixa adesão ao tratamento. Em município com alta cobertura de PSF, como Itaboraí, é importante que as equipes do PSF investiguem as dificuldades

relacionadas às VDs ao doente/família com TB a fim de que os profissionais possam realizá-las efetivamente.

Percebe-se neste estudo a descentralização dos serviços de atenção básica no município com a cobertura e atuação das equipes do PSF (no total de 44 equipes) para a maior parte dos usuários em tratamento. A supervisão do tratamento é realizada preferencialmente na unidade do PSF mais próxima da residência do paciente, e as consultas médicas mensais são realizadas no Ambulatório Central de Tuberculose (ACT). O tratamento de TB-MDR, casos graves, intolerância medicamentosa ou associação com o HIV é feito no ACT.

Apesar desta amplitude, ainda existem as deficiências relacionadas às VDs como discutido anteriormente.

Na unidade do PSF, a dose supervisionada varia, é realizada diariamente ou 3 vezes por semana, dependendo da organização ou articulação com o paciente. No ACT, a supervisão ocorre 2 vezes por semana durante todo o tratamento; o atendimento é feito diariamente das 8 às 17 horas no ACT e nas unidades do PSF. O estudo mostra que a menor parte dos doentes de TB perde o turno de trabalho para comparecerem na unidade de saúde. Essa informação indica uma boa característica do serviço. O medo de perder o emprego, a instabilidade financeira ou a perda de renda pela falta de um dia ou turno no trabalho podem gerar dificuldades para a adesão ao tratamento.⁵

A demora no atendimento e horários incompatíveis com os turnos de trabalho fazem com que muitos indivíduos deixem de procurar o serviço de saúde, chegando até a abandonar o tratamento pelo receio de perder o emprego diante da necessidade de faltas e atrasos.¹⁶

Em relação ao tipo de transporte para a unidade de saúde, a maior parte dos doentes utiliza transporte motorizado, que pode dificultar o tratamento, principalmente se as horas gastas pelo paciente forem excessivas, dependendo da distância e/ou facilidade para a locomoção.⁵ O transporte é uma dificuldade estrutural que vai além da organização interna das unidades de saúde, mas que pode dificultar o acesso aos serviços de saúde. Tratando-se do município de Itaboraí, este fator influencia negativamente já que há áreas de difícil acesso.

A maioria paga pelo deslocamento até a unidade de saúde. Esse fato sugere uma reavaliação do serviço já que o PCT disponibiliza auxílio transporte para as doses supervisionadas e para as consultas mensais. A falta de verba pode influenciar a assiduidade dos usuários nas unidades de saúde durante o tratamento.

A ajuda financeira aos usuários é uma alternativa para possíveis ausências dos doentes por falta de recursos para locomoção. Além do auxílio transporte, há a distribuição de cestas básicas mensalmente para todos cadastrados no PCT e que comparecem às consultas médicas agendadas mensalmente. O vale-transporte caracteriza-se como um instrumento facilitador para o comparecimento do paciente para o tratamento supervisionado.¹⁷ Embora o tratamento da

TB seja disponibilizado pelo serviço público, representa um custo econômico para o doente de TB em função da necessidade de deslocamento até o serviço de saúde.⁵

Com relação ao acesso aos medicamentos para tratamento de TB, evidenciou-se que é satisfatório, pois quase todos os entrevistados afirmaram que 'nunca' faltam medicamentos. Esse fato revela um adequado planejamento e distribuição dos medicamentos pela equipe que coordena o PCT no município, uma vez que inclui etapas essenciais na seleção, obtenção, distribuição e o uso apropriado.¹

Em relação à disponibilidade de horário para atendimento durante o tratamento, os resultados mostraram o cumprimento dos horários pelos profissionais do serviço de saúde, o que reflete boa organização e planejamento dos serviços de atenção básica. Este aspecto deve ser avaliado constantemente visando à diminuição do tempo de espera para as consultas já que quanto maior a espera para o atendimento em um ambulatório, mais elevada se torna a proporção de ausentes nas consultas seguintes.¹⁶ A demora no atendimento pode estar relacionada à burocracia, que leva, conseqüentemente, a filas e a horários inflexíveis, inviabilizando um atendimento fluente e de qualidade e diminuindo a interação com o cliente, apontando-se como referências negativas do serviço a demora e a fila grande para o atendimento.¹³

CONCLUSÃO

A avaliação do desempenho e organização dos serviços de saúde mostra que algumas atividades e incentivos precisam ser revistos, como a visita domiciliar e distribuição do vale transporte para maior garantia da adesão ao tratamento da tuberculose. Embora o atendimento seja público e o tratamento de TB, gratuito, o transporte representa um custo ao doente/família.

Houve desempenho satisfatório em relação às atividades relacionadas à oferta de ações para o tratamento, como: atendimento médico 24 horas, medicações, agilidade nos horários agendados.

O município de Itaboraí apresenta desempenho satisfatório para a dimensão do acesso ao tratamento de TB, com indicativo para ampliar ações de visita domiciliar e apoio ao transporte ao doente para tratamento.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization-WHO. Implementing the Stop TB Strategy: a handbook for National Tuberculosis Control Programmes. Geneva; 2008.
2. Ministério da Saúde(BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Situação da Tuberculose no Brasil e no mundo. Brasília(DF); 2007.
3. Organización Mundial de la Salud- OMS. Alianza alto a la tuberculosis y Organización Mundial de la Salud. Plan Mundial para detener la tuberculosis 2006-2015. Ginebra; 2006.
4. Elias PE, Ferreira CWF, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Junior A, et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. Cienc Saude Colet. 2006 set; 11(3): 633-41.
5. Figueiredo TMRM, Villa TCS, Scatena LM, Cardozo GRI, Ruffino-Netto A, Nogueira JÁ, et al. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. Rev Saude Publica. 2009; mar; 43(5).
6. Starfield B, organizador. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília(DF): UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.
7. Maciel ELN, Silva AP, Meireles W, Fiorotti K, Hadad DJ, Dietze R. Tratamento supervisionado em pacientes portadores de tuberculose utilizando supervisores domiciliares em Vitória, Brasil. J Bras Pneumol. 2008 jul; 34(7): 506-13.
8. Pisco LA. A avaliação como instrumento de mudança. Cienc Saude Colet. 2006; 11(3): 564-76.
9. Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. Cienc Saude Colet. [online] 2006 set; [citado 2009 nov 02] ;1 1(3):[aprox.4 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30969.pdf>
10. Santo LALA, Santos PCH, Moreira ME. Perfil clínico, epidemiológico e laboratorial dos pacientes com tuberculose em hospital universitário da região do Vale Paraíba, Estado de São Paulo. Bepa: Boletim Epidemiológico Paulista 2009 ago; 6(68): 14-21
11. Vendramini SHF, Villa TCS, Cardozo Gonzales RI, Monroe AA. Tuberculose no idoso: análise do conceito. Rev Latino-am Enfermagem 2003 jan/fev; 11(1): 96-103.
12. Santos MLSG, Vendramini SHF, Gazetta CE, Oliveira SAC, Villa TCS. Poverty: socioeconomic characterization at tuberculosis. Rev Latino-am Enfermagem 2007 set/out; 15(n esp): 762-67.
13. Lima MB, Mello DA, Morais APP, Silva WC. Estudo de casos sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes, Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad Saude Publica. 2001 ago;17(4): 877-85.
14. Rodrigues ILA, Souza MJ. Representações sociais de clientes sobre a tuberculose: desvendar para melhor cuidar. Esc Anna Nery. 2005 abr; 9(1): 80-87.
15. Natal S, Valente J, Gerhardt G, Penna LM. Modelo de predição para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar. Bol Pneumol Sanit. 1999 jun; 7(1): 65-78.

16. Morrone N, Sollha MSS, Cruvinel MC, Morrone Junior N, Freire JAS, Barbosa ZLM. Tuberculose: tratamento supervisionado "vs." tratamento auto-administrado: experiência ambulatorial em instituição filantrópica e revisão da literatura. *J Bras Pneumol* 1999 jul/ago;25(4):198-206.

17. Marcolino ABL, et al. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux - PB. *Rev Bras Epidemiol* 2009 abr; (12)2: 144-57.