

Articulação da saúde com a comunidade no manejo clínico da tuberculose

Coordination of health care with the community in the clinical management of tuberculosis

Estructuración de la salud con la comunidad en el manejo clínico de la tuberculosis

Erika Simone Galvão Pinto¹, Rosimeire Fontes de Queiroz¹, Gisele Santana Pereira Carreiro^{II}, Luana Jordana Morais¹, Eliabe Rodrigues de Medeiros¹, Tereza Cristina Scatena Villa^{II}

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal-RN, Brasil

^{II} Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

Como citar este artigo:

Pinto ESG, Queiroz RF, Carreiro GSP, Morais LJ, Medeiros ER, Villa TCS. Coordination of health care with the community in the clinical management of tuberculosis. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(3):1122-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0255>

Submissão: 13-04-2017

Aprovação: 26-06-2017

RESUMO

Objetivo: identificar a articulação da Atenção Primária à Saúde com os recursos comunitários no manejo clínico da tuberculose. **Método:** estudo descritivo, de abordagem quantitativa, do qual participaram cem profissionais da saúde. Utilizou-se parte de um questionário na avaliação da capacidade institucional local para o modelo de atenção às condições crônicas, adaptado para a atenção à tuberculose. **Resultados:** a articulação entre as unidades de saúde, as pessoas com tuberculose e as organizações da comunidade, as parcerias entre instituições e conselhos/comissões locais de saúde apresentaram capacidade limitada. Em contrapartida, o componente referente à participação do Agente Comunitário de Saúde apresentou capacidade mais favorável. **Conclusão:** o município possui capacidade desfavorável de articulação das unidades de saúde e comunidade. Reforça-se a necessidade de promover essas articulações na busca de casos sintomáticos nas comunidades, no tratamento diretamente observado e na promoção do vínculo entre diferentes atores sociais.

Descritores: Tuberculose; Atenção Primária à Saúde; Participação Comunitária; Pessoal de Saúde; Agentes Comunitários de Saúde.

ABSTRACT

Objective: determine the coordination of Primary Health Care with community resources in the clinical management of tuberculosis. **Method:** descriptive study, of quantitative approach, with participation of one hundred health professionals. Part of a questionnaire was used in evaluating local institutional capacity for the model of chronic conditions care, adapted for tuberculosis care. **Results:** the coordination between health units, individuals with tuberculosis, and community organizations; the partnerships between institutions and local health councils/committees showed limited capacity. On the other hand, the component for the participation of the Community Health Agent presented more favorable capacity. **Conclusion:** the municipality has unfavorable capacity for coordination of health units and the community. It is reinforced the need to promote these coordinations in search of symptomatic cases in the communities, in the directly observed treatment, and in promoting the association between different social actors.

Descriptors: Tuberculosis; Primary Health Care; Community Participation; Health Staff; Community Health Agents.

RESUMEN

Objetivo: identificar la estructuración de la Atención Primaria de Salud con los recursos comunitarios en el manejo clínico de la tuberculosis. **Método:** estudio descriptivo, de abordaje cuantitativo, en el cual participaron 100 profesionales de la salud. Se utilizó parte de un cuestionario en la evaluación de la capacidad institucional local para el modelo de atención a las condiciones crónicas, adaptado a la atención de la tuberculosis. **Resultados:** la estructuración entre las unidades de salud, las personas con tuberculosis y las organizaciones de la comunidad, las alianzas entre instituciones y consejos/comisiones locales de salud presentaron capacidad limitada. En contrapartida, el componente referente a la participación del Agente Comunitario

de Salud presentó capacidad más favorable. **Conclusión:** la capacidad de estructuración de las unidades de salud y comunidad del municipio es desfavorable. Se refuerza la necesidad de promover esas articulaciones en la búsqueda de casos sintomáticos en las comunidades, en el tratamiento directamente observado y en la promoción del vínculo entre diferentes actores sociales. **Descriptores:** Tuberculosis; Atención Primaria de Salud; Participación Comunitaria; Personal de Salud; Agentes Comunitarios de Salud.

AUTOR CORRESPONDENTE Erika Simone Galvão Pinto E-mail: erikasgp@gmail.com

INTRODUÇÃO

Considerada importante problema de saúde pública, a tuberculose (TB) ainda apresenta elevadas taxas de prevalência e mortalidade mundialmente, embora sejam perceptíveis reduções nesses números ao longo dos anos de 1990 a 2015. As estimativas globais apontam que 9,6 milhões de pessoas adoeceram de TB e que 6 milhões dessas caracterizaram casos novos, o que faz com que a doença persista como uma das principais causas de morte, a exemplo do ano de 2014, quando cerca de 1,2 milhão de pessoas com TB vieram a óbito⁽¹⁻²⁾.

Quando analisada a ocorrência da doença no Brasil, observa-se que há heterogeneidade em sua distribuição entre as unidades da federação. Além disso, a TB continua acometendo as populações mais vulneráveis das grandes cidades⁽³⁾.

O Brasil, juntamente com outros países, aderiu às metas estabelecidas internacionalmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) no que se refere às estratégias para o fim da TB. O objetivo é identificar mais de 70% de casos novos, curar pelo menos 85% dos pacientes acometidos pela doença, diminuir a taxa de incidência de TB ativa em 90% e reduzir sua mortalidade em 95% até o ano de 2035, em comparação a 2015. Quatro princípios devem ser seguidos na busca por esses resultados, sendo um deles o envolvimento da sociedade civil no tratamento de pessoas com TB⁽⁴⁻⁵⁾.

Entre as táticas utilizadas para atingir os objetivos citados tem-se a educação em saúde, que busca conscientizar os usuários acerca da TB e de seu tratamento, proporcionando a troca de conhecimentos, fortalecendo o vínculo profissional-usuário e contribuindo com a resolutividade quanto ao processo de cura. Pretende-se, assim, empoderar os usuários para que sejam agentes ativos no próprio tratamento, tenham acesso aos serviços de saúde e possam reivindicar melhoria da qualidade de vida. Essas ações devem ser voltadas para promover a integração das famílias e comunidades através da atuação efetiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS)⁽⁶⁻⁷⁾.

É também de suma importância a atuação do Estado na criação e implantação de políticas e programas de formação de recursos humanos e melhoria de infraestruturas para o tratamento da TB⁽⁷⁾. É necessário promover o estabelecimento de parcerias entre os setores público-público e público-privado, incentivar a atenção às populações mais vulneráveis a essa doença, como também propiciar a participação efetiva da sociedade civil no controle social com a consequente diminuição das taxas de morbidade e mortalidade⁽⁸⁾.

O envolvimento da comunidade na prestação do cuidado ao usuário foi enfatizado na Conferência Internacional dos Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata no ano de 1978. Na ocasião, evidenciou-se a importância de as

comunidades e famílias participarem individual e coletivamente no planejamento e na realização dos cuidados de saúde.

Essa articulação foi reafirmada pelo Ministério da Saúde do Brasil ao mostrar a pertinência da conexão intra e intersetorial para o enfrentamento da TB no país, atuação que deve envolver Organizações Não Governamentais (ONG), centros comunitários, igrejas, pastorais, academia, sociedade civil e profissionais de saúde, de assistência social, da justiça e de outros setores, fundamentais na coordenação e orientação do controle da doença⁽³⁾.

Diante dessa realidade e partindo de reflexões provenientes da atuação prática vivenciada na APS durante o acompanhamento do manejo clínico do usuário com TB, surge o interesse em investigar a existência de articulação entre os serviços de APS e os demais setores da sociedade civil. Acredita-se que este estudo contribuirá para compreender o tema, com informações que serão relevantes para o direcionamento de ações no sentido de aprimorar as relações entre os equipamentos comunitários, visando o fortalecimento de estratégias de detecção e controle da doença. Propõe-se, portanto, responder ao questionamento: como se dá a articulação da APS com os recursos comunitários no manejo clínico da TB?

OBJETIVO

Identificar a articulação da Atenção Primária à Saúde com os recursos comunitários no manejo clínico da tuberculose.

MÉTODO

Aspectos éticos

A pesquisa respeitou os preceitos éticos ao envolver seres humanos e fundamentou-se na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Para isso, sua apreciação foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, onde recebeu parecer favorável.

Os profissionais da APS foram convidados a participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual a natureza e os objetivos do estudo foram explicados, com a garantia de anonimato de todas as informações fornecidas.

Desenho, local de estudo e período

Trata-se de estudo descritivo, de abordagem quantitativa, realizado no município de Natal, capital do Rio Grande do Norte, Brasil. A população da cidade é constituída por 853.928 habitantes, distribuídos em 167,3 km² da área territorial. Sua rede de serviços de saúde é organizada em cinco Distritos Sanitários (DS): Sul, Leste, Oeste, Norte I e Norte II⁽⁹⁾.

População ou amostra, critérios de inclusão e exclusão

A identificação do quantitativo de profissionais da APS que acompanharam casos de TB permitiu constatar 384 profissionais, incluindo médicos, enfermeiros, auxiliares e/ou técnicos em enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Para o processo de amostragem utilizou-se a modalidade aleatória, considerando proporção populacional igual a 0,5, intervalo de confiança de 95% e erro amostral de 5%. A amostra totalizou um quantitativo de cem profissionais, distribuídos em 27 unidades de saúde, obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: serem profissionais da APS atuantes no período de coleta de dados e que já tenham acompanhado o tratamento de pessoas com TB.

Protocolo do estudo

Para a realização do estudo, houve um contato prévio com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município, a fim de explicar a pesquisa, solicitar autorização e levantar o quantitativo de profissionais.

O período de coleta de dados aconteceu entre novembro de 2013 e janeiro de 2014, por meio de entrevista com um questionário estruturado. Esse instrumento foi proposto pelo MacCool Institute for Health Care Innovation e posteriormente adaptado e validado para a realidade brasileira. É utilizado na avaliação da capacidade institucional local e dos profissionais de saúde em desenvolver um modelo de atenção às condições crônicas⁽¹⁰⁾, adaptado pelo Grupo de Estudos Epidemiológicos e Operacionais da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose para mensurar as ações desenvolvidas para o controle da TB⁽¹¹⁾. O instrumento é composto por questões que abordam a avaliação da atenção à TB nas seguintes dimensões: organização da atenção à TB; autocuidado apoiado; suporte à decisão; desenho do sistema de prestação de serviços; sistemas de informação clínica; integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com TB; e articulação com a comunidade, o foco deste estudo.

Para melhor compreender a influência do tempo de serviço dos profissionais sobre as respostas dadas, os resultados para essa variável foram apresentados em quatro grupos: menos de um ano de serviço na unidade de saúde; de um a cinco anos de serviço; de seis a dez anos de serviço; e mais de dez anos de serviço.

A dimensão articulação com a comunidade compreende quatro componentes: relação entre a unidade de saúde, as pessoas com TB e as organizações da comunidade; parcerias com organizações da comunidade para o controle da TB; conselho/comissão local de saúde; e ACS.

As respostas fornecidas são apresentadas em quatro níveis (D, C, B, A), sendo D o mais desfavorável; B e C, intermediários, e A, o mais favorável. Os níveis são representados por valores que variam de 0 a 11, os quais implicam capacidade para a atenção às pessoas com TB, a saber: pontuações entre 0 e 2 = capacidade limitada; entre 3 e 5 = capacidade básica; entre 6 e 8 = capacidade razoável; de 9 a 11 = capacidade ótima.

Análise dos resultados e estatística

Os dados obtidos foram tabulados, organizados em planilhas e analisados mediante a estatística descritiva através do software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão

22.0. Os resultados foram organizados e apresentados em tabelas em números absolutos e relativos.

RESULTADOS

Este estudo contou com a participação de cem profissionais da APS, sendo 35 enfermeiros, 22 técnicos em enfermagem, nove médicos e 34 ACS. Os dados referentes ao tempo de exercício da profissão e de trabalho na unidade de saúde são apresentadas na Tabela 1.

Relacionado ao tempo de trabalho nas unidades de saúde, dos cem profissionais entrevistados apenas 7% possuíam menos de um ano em atividade, 23% e 29% tinham entre um a cinco anos de serviço; e a maioria, 41%, trabalhava há mais de dez anos.

Considerando a média de tempo de trabalho na unidade de saúde e a média de exercício profissional, a categoria ACS apresentou maiores resultados, correspondendo a 11,6 anos, ao contrário da categoria médica, que obteve uma média de 7,1 anos. Em relação ao tempo médio de exercício da função, os médicos apresentaram maior período, 20,4 anos, e os ACS obtiveram o menor, 14,3 anos de exercício profissional.

De todos os profissionais que participaram da pesquisa, 77% foram provenientes de Unidade de Saúde da Família (USF), 18% de Unidade Básica de Saúde (UBS) e 5% de Unidade Mista (UM).

Na Tabela 2 são apresentados dados referentes à articulação entre unidade de saúde, pessoas com TB e organizações da comunidade, parcerias com as entidades locais para o controle da TB e o conselho/comissão local de saúde. Essas variáveis se enquadraram, em sua maioria, no nível D de respostas, isto é, o mais desfavorável. As respostas foram classificadas em quatro tipos de capacidade de atenção à saúde de pessoas com TB, sendo elas: limitada, básica, razoável e ótima.

Tabela 1 – Caracterização do tempo de trabalho nas unidades de saúde e de exercício da profissão, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2013-2014

Categoria profissional	Tempo de trabalho nas unidades de saúde (anos)		Tempo de exercício da profissão (anos)	
	n (%)		n (%)	
ACS (n = 34)	Menos de 1	-	-	-
	Entre 1 e 5	3 (8,8)	-	-
	Entre 6 e 10	7 (20,6)	5 (14,7)	-
	Mais de 10	24 (70,6)	29 (85,3)	-
Técnicos em enfermagem (n = 22)	Menos de 1	-	-	-
	Entre 1 e 5	8 (36,4)	1 (4,5)	-
	Entre 6 e 10	7 (31,8)	4 (18,2)	-
	Mais de 10	7 (31,8)	17 (77,3)	-
Enfermeiros (n = 35)	Menos de 1	5 (14,3)	2 (5,7)	-
	Entre 1 e 5	11 (31,4)	1 (2,9)	-
	Entre 6 e 10	10 (28,6)	5 (14,3)	-
	Mais de 10	9 (25,7)	27 (77,1)	-
Médicos (n = 9)	Menos de 1	2 (22,2)	1 (11,1)	-
	Entre 1 e 5	1 (11,1)	2 (22,2)	-
	Entre 6 e 10	5 (55,6)	-	-
	Mais de 10	1 (11,1)	6 (66,7)	-

Nota: ACS = Agentes Comunitários de Saúde

Tabela 2 – Caracterização da capacidade dos componentes da articulação da Atenção Primária à Saúde com a comunidade, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2013-2014

Componentes	Capacidade – Nível (%)			
	Limitada – D	Básica – C	Razoável – B	Ótima – A
Articulação com a comunidade	80	3	5	12
Parcerias	87	4	3	6
Comissão Local de Saúde	79	10	10	1
ACS	14	7	32	47

Nota: ACS = Agentes Comunitários de Saúde

Tal fato mostra a existência deficitária de articulação e parcerias entre as unidades de saúde e as organizações da comunidade no controle da TB, bem como a falta de uma comissão local de saúde para assistência à pessoa com TB na unidade. O ACS, por sua vez, compreende 47% de respostas no nível A, o mais favorável, demonstrando incorporação do ACS nas atividades ligadas ao manejo clínico da TB e sua integração à equipe na unidade de saúde.

Em relação aos níveis C e B, considerados como intermediários, o conselho/comissão local de saúde apresentou uma porcentagem de 10% em ambos os níveis; ACS demonstrou, respectivamente, 7% e 32%; articulação entre unidade de saúde, pessoas com TB e organizações da comunidade, bem como as parcerias com entidades locais para o controle da TB não obtiveram valores significativos.

Quanto aos ACS, sua integração no manejo clínico da TB apresentou 47% de capacidade ótima, indicando uma importante participação dessa categoria profissional como sujeito imprescindível na assistência à pessoa com TB.

No tocante às capacidades básica e razoável, não houve resultados expressivos, exceto para os ACS, que exibiram 32% de capacidade razoável, ou seja, estão integrados às atividades ligadas à TB, bem como participam ativamente na equipe de saúde.

As respostas vinculadas às articulações entre unidade de saúde, pessoas com TB e organizações da comunidade compreendem 80% da capacidade limitada, isto é, há deficiência para integrar os serviços à comunidade. Nas parcerias com as organizações locais para o controle da TB foi possível observar que 87% dos profissionais se enquadraram na capacidade limitada, demonstrando falhas nas parcerias entre unidade de saúde e comunidade. O conselho/comissão local de saúde apresentou um percentual de 79%, evidenciando também uma capacidade limitada.

DISCUSSÃO

Os resultados apresentados mostram que nas unidades de saúde pesquisadas há predomínio de profissionais que estão em serviço há mais de dez anos. Essa situação pode contribuir com o sucesso no processo de articulação comunitária, pois o maior tempo de atuação na APS pode incentivar a aproximação entre famílias e equipamentos sociais. A permanência do profissional em uma unidade de saúde contribui para a manutenção do cuidado longitudinal e para a participação

dos usuários no serviço de saúde, o que favorece a construção do vínculo entre esses atores sociais, garantindo laços de confiança no trabalho dos profissionais com os usuários⁽¹²⁾. Dessa forma, a atuação no manejo clínico da TB torna-se ativa e contínua, uma vez que o usuário favorece e permite essa proximidade.

Observa-se uma quantidade elevada de profissionais que compõem a Estratégia Saúde da Família (ESF), situação considerada positiva, pois contribui para um maior vínculo entre

profissionais, comunidades e pacientes, através de uma atividade bastante presente nesse tipo de serviço, a visita domiciliar. É nesse momento que deve ser reforçada a importância da cooperação mútua e da possibilidade de buscar apoio em outros setores da comunidade onde se vive⁽¹³⁾.

Quando se analisam os itens referentes à articulação comunitária, observa-se que quase todos apresentaram capacidade desfavorável. Isso reafirma a urgência de fortalecer o controle e a participação social no controle da TB. Para tanto, faz-se necessário que essa articulação se torne mais efetiva, o que é possível quando se tem a contribuição dos diferentes agentes envolvidos no cuidado à pessoa com TB, sejam profissionais de saúde, membros da comunidade ou até mesmo os conselhos locais⁽¹⁾.

Esses conselhos, embora ausentes no contexto onde esta pesquisa foi realizada, mostram-se como importantes estratégias no controle da TB ao permitirem que os usuários dos serviços de saúde requeiram ações voltadas às necessidades da comunidade. Exemplo disso foi visto em estudo que analisou a participação de um comitê de representantes da sociedade, o que resultou em uma articulação na defesa dos interesses coletivos, na mobilização e no exercício da cidadania para controle da TB⁽¹⁴⁾.

Outra pesquisa mostrou que a fragilidade na articulação política, desenvolvida a partir dos conselhos locais de saúde, pode influenciar a implantação do Tratamento Diretamente Observado (TDO). Consequentemente, não é possível estabelecer parcerias com os profissionais de saúde para a construção de estratégias direcionadas às necessidades nesse âmbito⁽¹⁵⁾.

Além disso, a presença de trabalhadores comunitários aliados na luta contra a TB e capacitados para reconhecer as características da doença poderia contribuir na busca de sintomas respiratórios na comunidade. Essa é uma realidade na Nigéria, onde existem capacitações constantes com esse propósito; mesmo assim, observa-se dificuldade no processo de reconhecimento das pessoas com TB⁽¹⁶⁾. Isso mostra o quanto a questão é desafiadora, ainda mais considerando a necessidade de desenvolver estratégias que contribuam para a redução nas taxas de morbidade e mortalidades pretendidas pela OMS, Opas e pelos países aliados.

A capacidade de articulação no município foi prevalentemente definida como básica, com exceção dos ACS, que tiveram porcentagens de destaque em relação aos demais fatores, atingindo classificações razoável e ótima. Observa-se que outros estudos verificaram dados semelhantes para a articulação

comunitária nos três primeiros itens, para os quais apresentam capacidades limitada ou básica. Já referente ao item ACS, esses estudos apontam capacidades razoável ou ótima, assim como observado nos resultados desta pesquisa^(11,17).

Acredita-se que o importante papel desempenhado pelo ACS tenha ligação com o maior tempo de trabalho desempenhado na unidade de saúde. É sabido que esse profissional, na maioria das vezes, reside na comunidade em que atua, o que reforça o vínculo com usuários e famílias do território.

O ACS tem contribuído para a adesão ao tratamento e consequente aumento nas taxas de cura. Nesse sentido, a presença desse profissional nas unidades de saúde e seu vínculo com a comunidade são fundamentais no processo terapêutico das pessoas com TB⁽¹⁸⁾. Espera-se, portanto, que o ACS colabore no cuidado aos usuários de TB na comunidade onde atua. Isso é possível quando se observa a aproximação desse profissional e seus conhecimentos com os valores, costumes e linguagens da população, podendo assim produzir uma união entre o uso de tecnologia/conhecimento em saúde e as crenças locais. O ACS seria, então, um elemento facilitador, capaz de construir pontes entre as unidades de saúde e a comunidade, identificando prontamente seus problemas, atuando no trabalho de prevenção de doenças e promoção da saúde⁽¹⁹⁾.

É também importante contribuir para a participação política das pessoas com TB nos processos de tomada de decisão e na implementação das políticas públicas para, assim, oportunizar serviços de qualidade e tratamento adequado. Isso seria possível através da criação de redes colaborativas das pessoas com TB, em articulação com ONGs e conselhos comunitários, como incentivo à busca por direitos à saúde, tal como a experiência desenvolvida no Peru⁽²⁰⁾.

Limitações do estudo

Destacam-se como limitações a diferença no quantitativo de profissionais por categoria profissional, o que pode ser atribuído

à quantidade de recusas em determinada categoria profissional, que foi substituída por outra, resultando em números diferentes de profissionais. Essa situação não possibilitou fazer inferências sobre a população por meio de categorias.

Contribuições do estudo para áreas de enfermagem, saúde ou política pública

Esta pesquisa contribuirá com a identificação da articulação da APS com os recursos comunitários, oportunizando o desenvolvimento de estratégias para fortalecer a participação dos usuários no planejamento e na execução dos serviços de saúde.

CONCLUSÃO

Os resultados mostram que a articulação da APS com a comunidade no município pesquisado apresenta déficit em todas as unidades de saúde estudadas. Isso foi evidenciado quando articulação, parcerias e conselhos locais de saúde apresentaram capacidade limitada, o que requer maior contribuição dessas variáveis na detecção e no tratamento de pessoas com TB. Por outro lado, foi possível conhecer o papel positivo desempenhado pelo ACS na equipe multiprofissional e com a comunidade no manejo clínico do paciente com TB.

Reitera-se a necessidade de promover uma melhor articulação das unidades de saúde com a comunidade na busca de casos sintomáticos, no TDO e na promoção do vínculo entre os diferentes atores sociais, de modo a proporcionar um adequado manejo clínico do paciente com TB.

FOMENTO

Este estudo recebeu apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sob o processo nº 404073-2012-3.

REFERÊNCIAS

1. Coelho AA, Martiniano CS, Brito EWG, Negrão OGC, Arcêncio RA, Uchôa SAC. Tuberculosis care: an evaluability study. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2014 [cited 2017 Mar 18];22(5):792-800. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/0104-1169-rlae-22-05-00792.pdf>
2. Das S, Cook AR, Wah W, Win KMK, Chee CBE, Wang YT, et al. Spatial dynamics of TB within a highly urbanised Asian metropolis using point patterns. *Sci Rep* [Internet]. 2017 [cited 2017 Mar 22];7(1):36. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41598-017-00081-3.pdf>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Perspectivas brasileiras para o fim da tuberculose como problema de saúde pública. *Bol Epidemiol*[Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 20];47(13):1-15. Available from: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/24/2016-009-Tuberculose-001.pdf>
4. Maciel ELN. Post-2015 agenda strategies for tuberculosis control in Brazil: challenges and opportunities. *Epidemiol Serv Saude* [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 19];25(2):423-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n2/en_2237-9622-ress-25-02-00423.pdf
5. Pai M, Behr MA, Dowdy D, Dheda K, Divangahi M, Boehme CC, et al. Tuberculosis. *Nat Rev Dis Primers* [Internet]. 2016 [cited 2017 Feb 2];2(16076):1-23. Available from: <https://www.nature.com/articles/nrdp201676.pdf>
6. Sá LD, Gomes ALC, Carmo JB, Souza KMJ, Palha PF, Alves RS, et al. Educação em saúde no controle da tuberculose: perspectiva de profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2013 [cited 2017 Jan 26];15(1):103-11. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n1/pdf/v15n1a12.pdf

7. Mitano F, Sicsú AN, Lima MCRAA, Peruhype RC, Protti ST, Palha PF. Discourses on short-course therapy for tuberculosis control. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2017 Mar 30];70(1):120-5. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/en_0034-7167-reben-70-01-0126.pdf
8. Sales CMM, Nunes GF, Rogério W, Castro T, Santos BR, Maciel ELN. Tuberculose e a questão social: uma revisão sistemática de estudos brasileiros. *Rev Bras Pesq Saúde* [Internet]. 2015 [cited 2017 Feb 15];17(4):156-75. Available from: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/download/14342/10086>
9. Natal. Prefeitura Municipal do Natal. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014-2017 [Internet]. 2014 [cited 2017 Mar 16]. Available from: https://natal.rn.gov.br/sms/paginas/File/PMS_2014-2017_FINAL_12%20jan2015.pdf
10. Moysés ST, Silveira Filho AD, Moysés SJ. Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: A implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2012 [cited 2017 Dec 10]. Available from: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/pessoaidosa/CuidadoCondicoesCronicas-EstudoCasoAlvorada-Curitiba2012.pdf>
11. Silva DM, Farias HBG, Villa TCS, Sá LD, Brunello MEF, Nogueira JA. Care production for tuberculosis cases: analysis according to the elements of the Chronic Care Model. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [cited 2017 Feb 14];50(2):237-44. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n2/0080-6234-reeusp-50-02-0239.pdf>
12. Baratieri T, Mandu ENT, Marcon SS. Longitudinality in nurses' work: a report of professional experiences. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [cited 2016 Dec 10];46(5):1259-66. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/en_31.pdf
13. Cecilio HPM, Marcon SS. O tratamento diretamente observado da tuberculose na opinião de profissionais de saúde. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 14];24(1):1-6. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v24n1/v24n1a16.pdf>
14. Bulgarelli AF, Villa TCS, Pinto IC. Social organization and control of tuberculosis: the experience of a Brazilian town. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2013 [cited 2016 Dec 15];21(5):1039-48. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/0104-1169-rlae-21-05-1039.pdf>
15. Lavôr DCBS, Pinheiro JS, Gonçalves MJF. Evaluation of the implementation of the directly observed treatment strategy for tuberculosis in a large city. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 28];50(2):245-52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n2/0080-6234-reeusp-50-02-0247.pdf>
16. Adejumo AO, Azuogu B, Okorie O, Lawal OM, Onazi OJ, Gidado M, et al. Community referral for presumptive TB in Nigeria: a comparison of four models of active case finding. *BMC Public Health* [Internet]. 2016 [cited 2017 Feb 17];16(177):1-9. Available from: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-2769-7>
17. Almeida JB, Ponce MAS, Wysocki AD, Santos MSLG, Vendramini SHF. The coordination of assistance in tuberculosis control in the nursing team's view. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 27];10(11):4727-34. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11250/12865>
18. Ilha S, Dias MV, Backes DS, Backes MTS. Professional-patient bond in a team of the Family Health Strategy. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2014 [cited 2016 Nov 20];13(3):556-62. Available from: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/19661/pdf_341
19. Speroni KS, Fruet IMA, Dalmolin GL, Lima SBS. Percepções dos agentes comunitários de saúde: contribuições para a gestão em saúde. *Rev Cuid* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 20];7(2):1325-37. Available from: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/download/338/731>
20. Sandoval C, Carlos F, Cáceres CF. Influence of health rights discourses and community organizing on equitable access to health: the case of HIV, tuberculosis and cancer in Peru. *Global Health* [Internet]. 2013 [cited 2017 Mar 30];9(23):1-11. Available from: <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1744>