

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

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

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

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

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.

DESCRIPTORES: 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

INTRODUCCIÓN

La interacción entre enfermos, profesionales de la salud (PS) y comunidad, así como el abordaje a la familia, durante el proceso de atención, debe ser enfatizado para asegurar asistencia total y resolutive. Cabe apuntar la relevancia que los servicios de la salud asumen en ese contexto, una vez que estos pueden facilitar o limitar su uso por los individuos que demandan atención. De esa forma, lidiar con las condiciones crónicas implica en optimizar los recursos mediante planificación previa, capacitar PS bajo una perspectiva técnica y humanista, enfatizar la prevención en la auto administración y establecer estrategias con el objetivo de obtener un mejor desempeño de los servicios⁽¹⁾.

Es importante destacar que, durante la última década, Brasil experimentó grandes cambios en la organización del Sistema de Salud, siendo que la atención básica recibió especial atención con la introducción de programas innovadores y estratégicos para el cambio del modelo asistencial en el Sistema Único de Salud – SUS⁽²⁾.

El establecimiento de nuevas dimensiones, como enfoque en la familia y orientación para la comunidad en los servicios de atención primaria, son necesarios para promover cambios en la calidad y reforzar el compromiso y participación entre PS, individuo, familia y comunidad, para que todos puedan sentirse “sujetos activos” en la búsqueda de mejores condiciones de vida.

En 1992, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la tuberculosis (TB) en estado de emergencia en el mundo. Según estimativas de la misma, un tercio de la población mundial está infectada por el *M.tuberculosis*. De estos, ocho millones desarrollarán la enfermedad y dos millones morirán a cada año. Actualmente, Brasil ocupa el 16^o lugar en la clasificación de 22 países, donde se estima que ocurran 80% de los casos de TB del mundo⁽¹⁾.

Algunos estudios demuestran la necesidad de crear alternativas para el control de la TB que se orienten a la práctica de la salud participativa, colectiva, total, vinculada a la realidad de la comunidad y capaz de ultrapasar las fronteras de las unidades de salud. Las dimensiones enfoque en la familia y orientación para la comunidad constituyen un nuevo paradigma para el SUS, siendo de fundamental importancia para la reorganización de los servicios y en las Estrategias de Salud de la Familia. Este enfoque, obligatoriamente, determina que el Sistema de Vigilancia de la Salud priorice la vigilancia del apareamiento de la enfermedad en el espacio/

población/familia/comunidad, y no más la vigilancia clásica, enfocada en el individuo⁽³⁻⁴⁾.

En vista de la magnitud de la tuberculosis en las consideraciones realizadas, este trabajo fue elaborado con el objetivo de evaluar, bajo la perspectiva del enfermo, las características de organización y de desempeño de los servicios de la salud responsables por el control de la tuberculosis, en relación al enfoque en la familia y orientación para la comunidad, en el municipio de San José del Rio Preto, SP, en 2007.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de una investigación de evaluación, de abordaje cuantitativo, que utilizó un modelo de estudio transversal, teniendo como marco teórico las dimensiones de la Atención Primaria de la Salud⁽⁵⁾. Fue efectuado una investigación con los enfermos de TB del municipio de San José de Rio Preto, que se localiza en la región noroeste del Estado de San Pablo, con aproximadamente 450.000 habitantes.

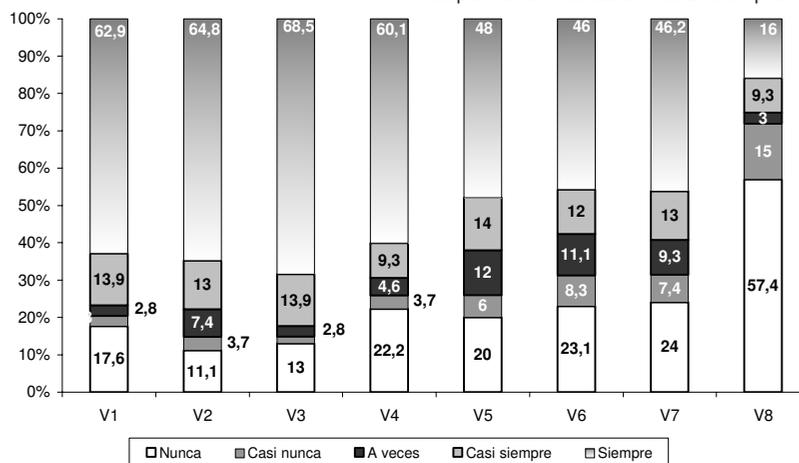
El universo del estudio fue constituido por 108 pacientes, seguidos en el PCT, en el período de junio 2006 a julio de 2007, en las unidades de salud. Se utilizó el cuestionario *Primary Care Asesment Tool* (PCAT)⁽⁵⁾. Este instrumento fue adaptado y validado en Brasil para la atender a la tuberculosis⁽⁶⁾. En un estudio más amplio, fueron contempladas las 8 dimensiones de la APS. En este estudio, se privilegió las dimensiones mostradas a seguir. **Enfoque en la familia** (*usando ocho indicadores - los PS piden informaciones sobre sus condiciones de vida y de su familia; sobre enfermedades de su familia; si las personas que viven juntas tiene tos y/o fiebre; se entregó un recipiente de esputo para todas las personas de la casa; si los profesionales de la salud conocen las personas que viven con el enfermo; si conversan con ellas sobre su enfermedad, su tratamiento y otros problemas de salud*) y la dimensión **Orientación para la comunidad** (*usando cinco indicadores - los PS preguntan si los servicios ofrecidos resuelven sus problemas de salud; si ya observaron propagandas, campañas, trabajos educativos realizados por los PS para informar a la comunidad sobre la TB; si los PS desarrollan acciones con las iglesias y asociaciones de barrio para entregar el recipiente para recolección de examen de esputo; si observan visitas de los PS a la vecindad para entrega del recipiente para recolección de esputo; y si los PS solicitan la participación de alguien de la comunidad para discutir sobre el problema de la TB*).

El entrevistado respondió cada pregunta, según una escala preestablecida, tipo Likert, que atribuía un valor entre 0 y 5 (el valor 0 fue atribuido a la respuesta “no se” o “no se aplica” y los valores de 1 a 5 registraron el grado de relación de preferencia o concordancia con las afirmaciones). Para proceder a la recolección de datos fueron utilizados guiones explicativos sobre la escala de respuestas del cuestionario, dirigidas a los usuarios. Los entrevistadores explicaron a los entrevistados que cada respuesta tenía un significado numérico (puntajes de 1 a 5), por ejemplo: nunca = 1; casi nunca = 2; a veces = 3; casi siempre = 4; siempre = 5. Fue realizado el entrenamiento de los entrevistadores para la aplicación del instrumento (cuestionario). El análisis exploratorio fue utilizado para cuantificar las categorías de las respuestas a las preguntas del cuestionario, así como para verificar posibles inconsistencias en los bancos de datos. Cada indicador fue construido a través de la suma de los puntajes (categorías) de las respuestas de los enfermos, dividido por el total de enfermos entrevistados. De esa manera, se obtuvo un valor promedio. Para el análisis de los datos fueron usadas técnicas de estadística descriptiva.

El proyecto de investigación fue sometido al Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de Ribeiron Preto, Universidad de San Pablo, atendiendo a las orientaciones contenidas en la Resolución 196/96 CNS y fue aprobado dentro de las normas.

RESULTADOS

Caracterización de los enfermos de TB



Leyendas: V1. ¿Los profesionales de la salud (PS) cuestionan las condiciones de vida de su familia? V2. ¿Los PS cuestionan enfermedad en la familia? V3. ¿Los PS cuestionan si los familiares tienen tos o fiebre? V4. ¿Cuando se enfermó con TB, el PS les entregó un recipiente para examen de esputo a todas las personas de la familia? V5. ¿Los PS conocen a sus familiares? V6. ¿Los PS conversan con los familiares sobre TB? V7. Los PS conversan con los familiares sobre tratamiento para TB? V8. ¿Los PS conversan con los familiares sobre otros problemas de salud?

De los 108 enfermos entrevistados en el municipio, 83,3% realizaban el tratamiento supervisando, siendo que 77,8% en el ambulatorio de referencia del municipio, apenas 22,2% en las UBS; 65,7% son del sexo masculino; 66,7% recibieron enseñanza fundamental (completa o incompleta); 55,6% poseen casa propia y 98,1% viven en casa de albañilería. En cuanto a la caracterización socioeconómica, más de 95% de los pacientes tienen agua potable, refrigeradora, luz eléctrica, baño en casa y TV, 50% posee automóvil y 65%, teléfono.

La dimensión **Enfoque en la familia** - considera al individuo en su ambiente cotidiano, considerando que la evaluación de las necesidades de salud debe considerar el contexto familiar y las amenazas a la salud de cualquier orden, además del enfrentamiento de los recursos familiares limitados⁽⁵⁾.

La Figura 1 presenta la distribución de frecuencias de las respuestas que se refieren a la atención ofrecida por el PS al enfermo con TB y sus familiares.

En la Figura 1, se observa que los profesionales de la salud piden siempre informaciones sobre las condiciones de vida de la familia del enfermo, sobre enfermedades en la familia, con presencia de tos o fiebre, con frecuencia, respectivamente, de 63, 65 y 69%. Esos porcentajes reflejan, de cierta manera, la preocupación con el enfermo y/o sus familiares. En relación a la *entrega del recipiente para examen de esputo, conocimientos sobre los familiares, si conversan con los mismos sobre su enfermedad y su tratamiento o sobre otros problemas de salud*, las respuestas “siempre” fueron, respectivamente, 60% (el Ministerio de la Salud-MS, sugiere 100%), 48, 46 y 16%. Los profesionales conversan poco sobre otros problemas de salud, lo que compromete el aspecto de la asistencia completa del cuidado.

Figura 1 - Distribución de las respuestas de los enfermos de TB en relación a las variables de la dimensión enfoque en la familia. San José del Rio Preto, SP, 2007

Para comprender mejor y visualizar esas informaciones, se construyó la Figura 2 que presenta la distribución de los intervalos de confianza de las variables, pertinentes a la *dimensión enfoque en la familia*.

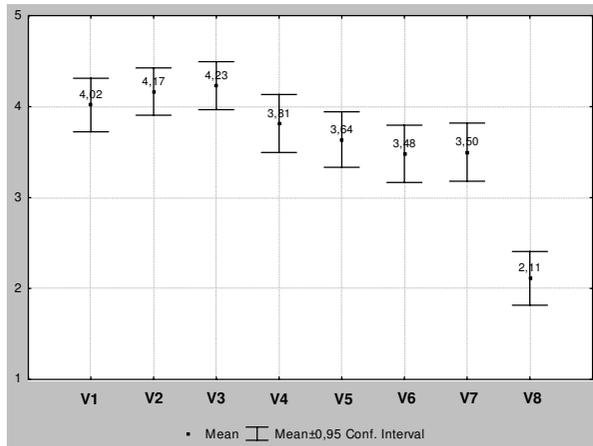
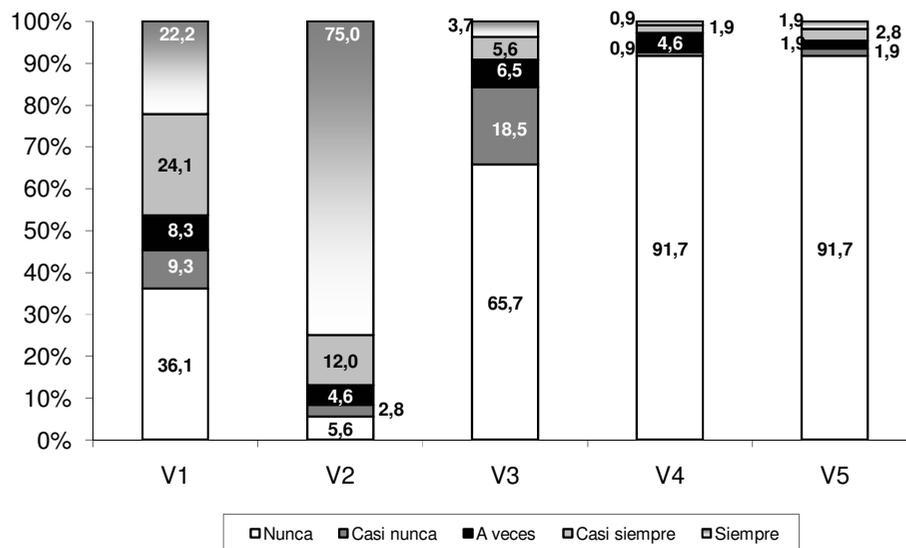


Figura 2 - Distribución de los intervalos de confianza de las variables pertinentes a las respuestas de los enfermos de TB, en relación a la dimensión enfoque en la familia, San José del Rio Preto, SP, 2007

En la Figura 2, se observa que la variable V3 fue la que presentó el mayor puntaje, 4,23. Ese puntaje presenta una diferencia estadísticamente significativa en relación a las variables V5, V6, V7 y V8. Se observa, también, que no hay diferencia estadísticamente significativa entre las variables V3, V4, V2 y V1. Por otro lado, se observa que la variable V8 presentó el menor puntaje, o sea, 2,11, diferencia estadísticamente significativa en relación a las demás variables de esa dimensión.

La dimensión ***Orientación para la comunidad*** implica el reconocimiento de que todas las necesidades de salud de la población ocurren en un contexto social determinado, que debe ser conocido y llevado en consideración⁽⁵⁾.

La Figura 3 presenta la distribución de frecuencias que se refieren al tipo de atención ofrecida por los profesionales en lo que se refiere a la dimensión orientación para la comunidad.



Leyenda: V1. ¿Los profesionales de la salud (PS) preguntan si los servicios ofrecidos resuelven los problemas de salud del enfermo o familia? V2. ¿El enfermo observa la realización de propagandas/campañas/trabajos educativos sobre la TB en la comunidad? V3. ¿Los PS entregan recipientes para examen de esputo en iglesias y asociación de barrios? V4. ¿Los PS realizan visitas a la comunidad para entregar el recipiente de esputo? V5. ¿Los PS solicitan la participación de la comunidad para discutir el problema de la TB?

Figura 3 - Distribución de las respuestas de los enfermos de TB en relación a las variables de la dimensión enfoque en la familia. San José del Rio Preto, SP, 2007

En esa figura, llama la atención que apenas la cuestión número 2 (*sí el paciente observa propagandas, campañas, etc. realizadas por el PS*) presenta frecuencia de 75%. Todas las demás cuestiones presentaron frecuencias muy bajas.

Para mejor comprensión y visualización de esas informaciones, se construyó la Figura 4 que presenta la distribución de los intervalos de confianza de las variables, que se refieren a la *orientación para la comunidad*.

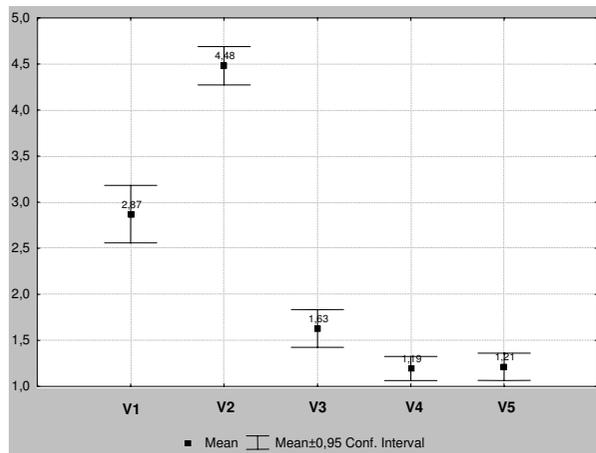


Figura 4 - Distribución de los intervalos de confianza de las variables, que se refieren a las respuestas de los enfermos de TB, en relación a la dimensión orientación para la comunidad, San José del Rio Preto, SP, 2007

En la Figura 4, se observa que la variable V2 presentó el mayor puntaje (4,48). Esa variable se presentó diferente, estadísticamente significativa, de todas las demás. Sigue la variable V1 con puntaje 2,87. Igualmente, la variable V3 se presentó, también, diferente de todas las demás. Las variables V4 y V5 presentan puntajes iguales.

DISCUSIÓN

En cuanto a los *factores socioeconómicos y demográficos*, algunos estudios fueron realizados en el mismo municipio, abordando esos factores epidemiológicos, enfocando la organización de los servicios de la salud y la estructuración del PCT. Por medio de fuentes de datos secundarias, se observó que, a pesar de los indicadores socioeconómicos eran satisfactorios, el riesgo para enfermarse de TB era dos veces mayor en el área con peores niveles socioeconómicos, apuntando para la necesidad de introducir cambios en el estándar de la asistencia médica vigente, formación de recursos humanos y reorientación de las políticas públicas. La identificación de áreas con diferentes riesgos para TB permite que el sistema de salud municipal trate las distintas realidades y priorice regiones con mayor incidencia de la enfermedad⁽⁷⁾.

En cuanto a la *dimensión enfoque en la familia*, en su conjunto, se percibe que los profesionales de la salud muestran una preocupación

relacionada a las señales/síntomas de los pacientes y, en menor grado, a las condiciones de vida de la familia y sus enfermedades, dejando claro la poca preocupación con otros problemas de salud de los familiares.

La búsqueda de SR en el control de la TB se caracteriza, en la práctica, como acción compleja que requiere conocimientos que van más allá de las habilidades técnicas/específicas. El abordaje de la familia trasciende el saber biológico. Se caracteriza como secuencia de actividades que van desde el contacto en el domicilio, a la orientación sobre la enfermedad, señales y síntomas, modo de transmisión, identificación del SR, orientación sobre la recolección del esputo, encaminamiento y recepción del material por la Unidad Básica de Salud (UBS), flujo de examen para el laboratorio de análisis, recepción del resultado por la unidad y usuario, hasta el encaminamiento para el seguimiento en ambulatorio de los casos diagnosticados⁽⁸⁾.

Un trabajo realizado en San José de Rio Preto señala los datos presentados en relación a la organización de los servicios, y muestra que falta sistematización de estos con referencia a la monitorización de control de los comunicados de pacientes con tuberculosis. La atención también queda centrada en el individuo enfermo, aisladamente, con acciones parciales sobre el comunicante con pequeña valorización de acciones preventivas⁽⁹⁾.

Para que el tratamiento de la TB tenga éxito, es necesario que exista una distribución de compromisos, en que participen el servicio de la salud, los enfermos y familiares, a través de la creación de pactos que contemplen las necesidades de todas las partes⁽¹⁰⁾. El individuo y sus familiares deben ser protagonistas de su propio tratamiento y sujetos activos en el proceso de decisiones de su proyecto terapéutico⁽¹¹⁾.

La inclusión del familiar en el tratamiento es una acción muy importante y que debe ser considerada en todos los casos. Es necesario obtener la articulación del equipo del PCT con los equipos de las UBS, PSF/PACS.

En cuanto a la *dimensión orientación para la comunidad*, parece que las actividades que dependen del paciente (como por ejemplo: observar lo que se le ofrece en términos de propaganda/letreros/material educativo) presenta gran puntaje. Lo mismo no sucede en lo que se refiere a las responsabilidades de ofrecimiento de los servicios prestados, tales como

ir a la comunidad a efectuar una búsqueda activa para recolección de esputo entre los SR, así como solicitar la participación de las comunidades para discutir problemas de salud pertinentes a la TB. La participación de los PS en las acciones de búsqueda de SR es considerado como una forma de participación de los mismos en la planificación y en la ejecución para viabilizar tal actividad⁽¹²⁾.

Se observa que, en el período de 1999 hasta 2003, la investigación de casos de tuberculosis disminuyó 21% comparado al período de 1996/1999, probablemente debido al énfasis dado por la SMS al control de la dengue, dejando la TB en segundo plano. Según la OMS, la tasa de detección de casos con bacilos en los programas de TB con DOTS osciló, en 2005, en las diferentes regiones del mundo: entre 35% en Europa y 76% en el Pacífico Occidental, y, en Brasil, la tasa de detección de todas las formas de TB fue de 73%, en 2005.

Un estudio realizado en San José de Rio Preto, en 2005, apuntó la baja eficacia de la red de Atención Primaria del municipio (descubierta a través del examen de bacilos del esputo). Se detectó un sesgo en los servicios de la salud, ya que 54% fueron encaminados para hospitales públicos, filantrópicos y privados y apenas 10,7% por las UBSs⁽⁹⁾.

Una baja eficacia también fue observada en Ribeiron Preto, de 1998 a 2006 (en ese período el porcentaje de de exámenes de esputo realizados varió de 15 a 26% de aquel esperado) y la detección de nuevos casos varió de 40 a 80,5%. Estos datos sugieren que la red básica de salud está dejando de investigar SR en la comunidad⁽¹²⁾.

También en Ribeiron Preto, un estudio realizado con un grupo de enfermeros mostró que los mismos creían que el modo de actuar de los PS, en relación al SR, está directamente asociado al modo de asistencia que es prestada a los enfermos. La búsqueda activa de SR en la comunidad ocurre de forma puntual o a través de demandas específicas⁽¹²⁾.

Se destaca la necesidad de introducir nuevas estrategias de trabajo para el modelo de asistencia, remodelar el "viejo" para construir un "nuevo" sistema⁽¹³⁾. Hay necesidad de dejar el modelo tradicional de atención al enfermo e introducir un modelo moderno, incorporando expectativas de los enfermos, con participación activa de las familias y de seguimientos organizados de la comunidad para mayor incorporación del actor social en el tratamiento de la enfermedad, dimensión más integradora en la

dirección de la concepción del modelo de promoción de la salud⁽¹⁴⁾.

Los SS están organizados para prestar asistencia para las condiciones agudas, quedando en segundo plano las enfermedades crónicas. Setenta y cinco por ciento de las enfermedades que ocurren en Brasil están relacionadas a condiciones crónicas⁽¹³⁾.

En familias que enfrentan situaciones crónicas de salud, se debe dar prioridad al vínculo entre los SS y la familia. A pesar de que la TB es una enfermedad crónica, es necesario enfatizar la necesidad de formar recursos humanos adecuados para atender tales objetivos.

Los factores más comúnmente asociados a la baja efectividad son la desorganización de los SS, malas condiciones sociales y la baja adhesión al tratamiento. El control de la TB precisa ser comprendido con un alcance que va más allá de una intervención biomédica y debe ser abordado considerando la perspectiva del enfermo y el contexto donde se insieren las prácticas de la salud⁽¹⁵⁾.

En las actividades del PCT, es fundamental la participación de la sociedad civil organizada y de las organizaciones no gubernamentales. Cabe a los movimientos sociales trabajar en el sentido de aprovechar las oportunidades de capacitación, a pesar de que ya se pueden constatar algunos avances como la creación de la Alianza Brasileña contra la Tuberculosis, por el MS, en 2004, propuesta por la Alianza *Stop TB*, en Ginebra; además de eso, hay una amplia discusión de las estrategias de control de la TB en Brasil, llevando en consideración la articulación, intersectorial, interdisciplinar y la participación de la sociedad civil. Se puede afirmar que, en el escenario actual de enfrentamiento de la TB en Brasil, es indiscutible e imprescindible la actuación del sector comunitario⁽¹⁶⁾.

CONSIDERACIONES FINALES Y CONCLUSIONES

El desempeño del municipio, en relación a la dimensión enfoque en la familia, mostró que los PS demuestran preocupación en lo que se refiere a las señales y síntomas de los pacientes, y, en menor grado, sobre otros problemas de salud de sus familiares, comprometiendo el cuidado total. En cuanto a la dimensión orientación para la comunidad, llama la atención que la preocupación de los PS es

menor en relación a la búsqueda activa de casos; la actividad que depende de los pacientes en relación a la observación de propagandas presenta gran puntaje, sin embargo lo mismo no sucede en relación al ofrecimiento de los servicios prestados por los PS.

Es importante señalar que algunos puntos merecen ser destacados, tales como la deficiencia en la capacitación de PS, la baja detección de SR y contactos examinados y la necesidad de implantar estrategias de intervención para obtener mejoría de la calidad de los servicios ofrecidos a los pacientes.

REFERENCIAS

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-Netto 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, Morais 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 Netto 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.