



Tuberculose: perfil de doentes, fluxo de atendimento e opinião de enfermeiros*

Tuberculosis: patient profile, service flowchart, and nurses' opinions

Tuberculosis: perfil de enfermos, fluxograma de atención y opinión de enfermeros

Juliano Souza Caliar¹, Rosely Moralez de Figueiredo²

RESUMO

Objetivo: Caracterizar o perfil de pacientes com tuberculose (TB) e identificar o fluxograma de atendimento e a opinião dos profissionais responsáveis pelo Programa de Controle da Tuberculose de municípios do Departamento da Regional de Saúde III do Estado de São Paulo. **Métodos:** Estudo descritivo de abordagem quantitativa abrangendo 122 notificações identificadas no Sistema de Controle de Pacientes com Tuberculose, de 2007/2008, e seis entrevistas com enfermeiros responsáveis por esse Programa, na região. **Resultado:** Das 122 notificações identificadas, 69% eram de homens, 35% desempregados, 25% etilistas e 86% com TB pulmonar. As ações de controle eram centralizadas, e os enfermeiros eram os responsáveis pelos programas da região. Estes profissionais apontaram como pontos favoráveis o envolvimento da equipe e a facilidade em solicitar exames. Como desfavoráveis, a falta de equipamentos e de profissionais e demora na realização de exames. **Conclusão:** A região apresenta o perfil típico para TB, incluindo aspectos de fragilidade social, ações de controle centralizadas, e os responsáveis não reconhecem a centralização das ações e a falta de autonomia das unidades como fragilidades do programa.

Descritores: Avaliação de programas e projetos de saúde; Tuberculose; Programas nacionais de saúde

ABSTRACT

Objective: To characterize the profile of patients with tuberculosis (TB) and identify the service flowchart, and the opinion of professionals responsible for the Tuberculosis Control Program of municipalities in the Regional Health Department III of the State of São Paulo. **Methods:** A descriptive study of quantitative approach covering 122 notifications identified in the Control System of Patients with Tuberculosis, 2007/2008, and six interviews with nurses responsible for this program in the region. **Results:** Of 122 notifications identified, 69% were men, 35% were unemployed, 25% were alcoholics and 86% had pulmonary TB. The control activities were centralized, and the nurses were responsible for programs in the region. These professionals identified favorable points of team involvement and ease in requesting examinations. Unfavorable points included the lack of equipment and professionals, and the delays in obtaining exams. **Conclusion:** The region has the typical profile for TB, including aspects of social fragility, centralized control actions, and those in charge do not recognize the centralization of the actions, and the lack of autonomy of the units or weaknesses of the program.

Keywords: Health services evaluation; Tuberculosis; National health programs

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar el perfil de pacientes con tuberculosis (TB) e identificar el fluxograma de atención y la opinión de los profesionales responsables del Programa de Control de Tuberculosis de municipios del Departamento de la Región de Salud III del Estado de Sao Paulo. **Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo con abordaje cuantitativo que abarcó 122 notificaciones identificadas en el Sistema de Control de Pacientes con Tuberculosis, del 2007/2008, y seis entrevistas a enfermeros responsables de ese Programa, en la región. **Resultado:** De las 122 notificaciones identificadas, el 69% eran de hombres, el 35% de desempleados, el 25% de etílicos y el 86% de personas con TB pulmonar. Las acciones de control estaban centralizadas, y los enfermeros eran los responsables de los programas de la región. Estos profesionales señalaron como puntos favorables el involucramiento del equipo y la facilidad para solicitar exámenes. Como desfavorables, la falta de equipamientos y de profesionales, demora en la realización de los exámenes. **Conclusión:** La región presenta el perfil típico para la TB, incluyendo aspectos de fragilidad social, acciones de control centralizadas, y los responsables no reconocen la centralización de las acciones y la falta de autonomía de las unidades como fragilidad del programa.

Descriptorios: Evaluación de programas y proyectos de salud; Tuberculosis; Programas nacionales de salud

* Estudo realizado no Programa de Controle da Tuberculose de municípios do Departamento da Regional de Saúde III do Estado de São Paulo - São Carlos (SP), Brasil.

¹ Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos – UFSCar – São Carlos (SP), Brasil.

² Doutora. Professora Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos – UFSCar – São Carlos (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma das doenças mais antigas da humanidade e também uma das mais estudadas. Apesar de curável desde o século passado, ainda continua a ser um dos grandes desafios para a Saúde Pública em inúmeros países, em especial, naqueles em desenvolvimento⁽¹⁻³⁾.

Além de representar um grave problema socioeconômico, por atingir as camadas menos favorecidas, ainda ocupa a liderança mundial como causa de morte por doença infecciosa em adultos⁽⁴⁻⁵⁾.

No Brasil, em 2007, foram registrados 72 mil novos casos de TB com uma média nacional de 38,2 casos por 100 mil habitantes e 4,5 mil mortes em decorrência da doença. O grupo mais acometido constituiu-se de homens jovens, empobrecidos, etílicos e marcados por problemas sociais. Quanto às populações mais vulneráveis destacam-se as indígenas (incidência quatro vezes maior do que a média nacional), coinfectados com o vírus da imunodeficiência humana (30 vezes maior), população carcerária (40 vezes maior) e moradores em situação de rua (60 vezes maior). No entanto, pode haver ocorrências da doença em todos os segmentos da sociedade, independente de renda ou escolaridade⁽⁶⁾.

O Estado de São Paulo vem se destacando na identificação e acompanhamento dos casos de TB por contar, desde 1996, com um modelo de redes regionalizadas e hierarquizadas de saúde, que colaboram com a identificação e avaliação dos problemas regionais⁽⁷⁻⁸⁾. Além disso, desde 2006, possui o Sistema de Controle de Pacientes com Tuberculose – TBWEB, via internet, *on-line*, o que facilita as notificações, acompanhamentos e encerramentos dos casos da doença⁽⁹⁾. É também o Estado que apresenta o maior contingente de casos de TB do País, e ainda com dificuldades para atingir os índices de cura preconizados.

Mesmo com o acesso universal e gratuito ao diagnóstico e tratamento e a ampla cobertura pela rede de serviços básicos de saúde, em 2006, verificou-se o registro de 17.817 casos de TB, e 15.300 eram casos novos, 1.417 recidivas, 1.018 retratamentos após abandono e 82 retratamentos após falência⁽⁶⁾.

As principais causas para a gravidade da situação da TB são apontadas como a desigualdade social, a pobreza, a epidemia de Aids, o envelhecimento da população e os grandes movimentos migratórios, além das dificuldades de operacionalização dos programas de controle da TB e o crescimento demográfico desordenado⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Quanto à prevenção, a única medida que realmente remove os fatores de risco da TB é a eliminação das fontes de contágio pela busca ativa e tratamento adequado dos doentes⁽¹²⁻¹³⁾.

Apesar do diagnóstico precoce e tratamento específico serem prioridades no controle da doença, acredita-se que muitos casos de TB não estejam sendo diagnosticados, mais rápido, em decorrência da falta de acesso aos servi-

ços de saúde ou da inexistência de busca de sintomáticos respiratórios⁽¹⁾. Estudos apontam que o distanciamento e a perda do vínculo do usuário com as equipes das unidades de saúde também possam ser barreiras ao tratamento mesmo quando é farta a oferta de serviços à população⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Considerando a ampla oferta de serviços de saúde e a persistente incidência da doença na região, este trabalho teve por objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico desses pacientes, identificar o fluxograma de atendimento e a opinião dos profissionais responsáveis pelo Programa de Controle da Tuberculose de municípios do Departamento da Regional de Saúde III do Estado de São Paulo. Espera-se com isso contribuir para o avanço do conhecimento nessa complexa temática, subsidiando possíveis ações de controle da doença no Estado.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa realizado com pacientes com TB notificados nos municípios da Região Central (São Carlos, Ibaté, Porto Ferreira, Descalvado, Dourado e Ribeirão Bonito) do Departamento da Regional de Saúde – III localizado no centro do Estado de São Paulo. Para se preservar a identidade dos municípios, foram utilizadas letras A, B, C, D, E e F de modo aleatório.

A pesquisa seguiu as recomendações da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, para estudos envolvendo seres humanos e obteve aprovação do CEP – UFSCar (Parecer nº 351/2008).

O estudo aconteceu em duas etapas; na Etapa A, a coleta dos dados foi realizada no TBWEB, de 2007 e 2008, a fim de caracterizar o perfil epidemiológico de 122 pacientes notificados com TB. Para esta etapa, utilizou-se um instrumento de coleta de dados construído com base nas informações disponíveis na ficha de notificação. Os dados foram armazenados em banco de dados *Software Office Excel 2003*, para posterior análise estatística descritiva.

Na Etapa B, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram realizadas entrevistas com os seis responsáveis pelo programa de TB, a fim de se conhecer o fluxograma de atendimento ao paciente com TB na região e identificar, conforme a opinião desses profissionais, pontos considerados favoráveis e desfavoráveis para esse atendimento.

RESULTADOS

Na **etapa A**, foram identificados 122 pacientes, sendo 84 (69%) homens, com média de idade de 40 anos, cuja ocupação no momento da notificação era de aposentados (29%), do lar (32%) e desempregados (35%). Cerca de 70% destes cursaram pelo menos um ano escolar, e apenas 9% completaram 12 anos ou mais de escolaridade.

Entre eles, 86% portavam TB pulmonar e 85% apresentavam a doença pela primeira vez, 8% eram recidivas e 5% retratamentos.

Quanto ao local de notificação, 82 (67%) dos pacientes foram diagnosticados e notificados em Unidade Básica de Saúde e Unidade de Saúde da Família, 21 (17%) em serviços de urgência e emergência, 11 (9%) em hospitais e 4 (3%) somente após óbito. Foram realizados para diagnóstico, 101 raios X, 94 baciloscopias e 25 culturas de escarro.

Em 94% das notificações, foi identificada a menção a um esquema medicamentoso específico para TB, entretanto, apenas 48 (39%) apontavam o tipo de tratamento, sendo 26% supervisionados e 13% autoadministrados.

Em 90 (74%) das fichas, havia informações sobre o desfecho de tratamento, sendo 53% de cura, 11% óbito, 8% abandono, 1% transferido e 1% para mudança de diagnóstico.

As comorbidades mais associadas à TB foram alcoolismo (25%), Aids (18%), diabetes (6%) e doença mental (3%).

Dentre os exames complementares, identificou-se que 112 (92%) das pessoas realizaram sorologia anti-HIV, das quais 65% foram negativas, 18% positivas e 17% estavam em andamento no momento da coleta dos dados.

Necessitaram de internação hospitalar, 22 pacientes, sendo a média de permanência de 53 dias e as causas sociais, a elucidação diagnóstica e a não adesão ao tratamento as indicações mais frequentes.

Na **etapa B**, foram identificados que os seis municípios apresentavam unidades de saúde para o atendimento de suspeitos, investigação de sintomático respiratório e acompanhamento de casos de TB, além de hospital de pequeno porte e central para diagnóstico radiológico. O laboratório para diagnóstico microbiológico e anatomopatológico estava presente em só quatro dos municípios da região. As cidades E e F, portanto, encaminhavam o material para análise laboratorial à cidade A.

Em todos os municípios, o acompanhamento dos casos era realizado de forma centralizada nas unidades de referência, e os responsáveis pelo Programa de Controle da TB eram enfermeiros.

As unidades de referência para o controle da TB em cinco dos municípios estavam inseridas em uma das unidades de atendimento de saúde existentes na cidade. Só o município A apresentava uma unidade específica para o programa.

Ações de busca de sintomático respiratório poderiam ocorrer em todas as unidades de saúde dos seis municípios, entretanto a coleta de escarro ainda diferia, e nos municípios E e F o material era encaminhado ao município A e à cidade D. A coleta do escarro só acontecia em um segundo momento, quando o paciente retornava para consulta médica, cerca de três a sete dias, após o primeiro atendimento.

Diante da baciloscopia positiva o paciente era encaminhado à unidade de referência em TB do município para notificação e início do tratamento. Apenas no município A, a notificação era feita na própria unidade. Todos os pacientes

eram encaminhados, posteriormente, para acompanhamento na unidade de referência do município A, onde era fornecida também a medicação para o período. A supervisão do tratamento era de responsabilidade das equipes de origem.

Os seis profissionais entrevistados apontaram como pontos favoráveis do programa o envolvimento com a comunidade, o uso de estratégias para adesão e a facilidade em solicitar exames; e como pontos desfavoráveis, a falta de capacitação da equipe, a ausência de veículo próprio, a falta de ambiente adequado para o atendimento de sintomáticos respiratórios, a demora nos resultados laboratoriais, a dificuldade no agendamento de radiografias, a ausência de médicos especialistas e de enfermeiros com dedicação exclusiva para o programa. A centralização das ações de controle e a falta de autonomia das unidades de saúde não foram apontadas como problema.

DISCUSSÃO

Como todo estudo realizado com dados secundários (TBWEB), é necessário destacar a dificuldade de avaliação da qualidade e exatidão dos mesmos. Apesar das falhas a que poderão estar submetidas as informações, a utilização sistemática de dados secundários permite o acompanhamento da magnitude da doença, além de colaborar na compreensão das tendências do problema.

O estudo apontou uma proporção de 3,2 homens para cada mulher ficando, portanto, acima da média nacional que é de dois homens para cada mulher⁽¹⁶⁾. Em nível nacional, essa proporção é atribuída ao fato dos homens estarem mais ativos no mercado de trabalho e, portanto, mais expostos à doença⁽¹⁷⁾. Na área do estudo, por se tratar de uma região do interior do Estado, a inserção da mulher no mercado de trabalho pode ser menos intensa.

A média de idade encontrada corrobora os trabalhos que apontam para o deslocamento da doença para os grupos mais velhos, pela eficácia da vacinação BCG, redução do risco de infecção na comunidade e o próprio envelhecimento da população⁽⁴⁾.

A pouca escolaridade sugere precariedade na qualificação profissional, o que pode limitar possibilidades de inserção no mercado de trabalho⁽¹⁸⁾ e dificuldade de acesso aos serviços de saúde, além de estar fortemente ligada ao falecimento por TB, em razão do menor grau de percepção da própria doença^(5,17).

A alta incidência da forma pulmonar da TB confirma a manifestação usual da doença^(6,13,19), sendo a avaliação clínica, somada aos meios de diagnóstico utilizados, e às formas mais baratas e comuns de identificação da TB pulmonar⁽²⁰⁻²¹⁾.

Por outro lado, a notificação do caso em 26% das vezes ocorreu fora da atenção primária apontando possíveis falhas em sua identificação precoce. Esses achados corroboram estudo realizado na mesma região, em 2007, onde esses índices foram de 36%⁽²²⁾.

Quanto ao tratamento, a quimioterapia adequada tem se mostrado como a arma mais poderosa contra a TB⁽²³⁾, contudo seu uso inadequado com múltiplas interrupções tem possibilitado a seleção de bacilos resistentes⁽²⁴⁾. A adoção do tratamento supervisionado, aqui apontado em apenas 26% dos casos tem provocado um impacto positivo nos resultados de cura e abandono, visto que assegura a regularidade na tomada dos medicamentos e a manutenção do tratamento pelo tempo recomendado⁽²³⁾.

Os índices de cura (53%) e abandono (8%) encontrados estão aquém das metas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que são de 85% e 5%, respectivamente^(11, 25).

O alcoolismo (25%) foi a comorbidade mais presente, e assim como nas demais dependências químicas seu uso dificulta a adesão ao tratamento em decorrência do estilo de vida adotado pelos dependentes⁽²⁶⁾. Por sua vez, a Aids (18%) é apontada como a comorbidade mais grave por aumentar a incidência da infecção e as complicações da doença⁽²⁷⁾. Tal preocupação mostrou-se evidente pela proximidade com a meta preconizada⁽²⁸⁾ no número de sorologia para o HIV realizada (92%).

A presença de internações associadas às causas sociais apontam possíveis deficiências nas redes de apoio para essa população, resultando na impossibilidade destes concluírem seu tratamento de forma ambulatorial.

O enfermeiro destaca-se como o responsável pelo programa de TB em cada município, que vem ampliando seu espaço na gestão da saúde em razão do bom desempenho no papel de supervisor, gestor, coordenador, desenvolvendo e planejando ações que visam ao cuidado com o usuário e o alcance das metas de programas estabelecidos⁽²⁹⁾. Entretanto, não se pode omitir o acúmulo de funções e atividades que recaem sobre os enfermeiros nos diferentes serviços, fato esse corroborado pelas falas dos enfermeiros entrevistados que apontaram a falta de profissionais exclusivos para o programa.

Quanto ao fluxograma de atendimento, observou-se que o paciente com suspeita de TB pode ser identificado em qualquer equipamento de saúde dos municípios em estudo, atendendo, assim, às expectativas do programa de que todos possam realizar a busca ativa, independente de sua profissão ou função nas unidades de saúde⁽³⁰⁾. Entretanto, as etapas seguintes de diagnóstico e tratamento ainda possuem muitas de suas ações centralizadas em uma unidade especializada no município A.

A centralização das ações no município A está em discordância com as recomendações do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, visto que para aumentar o vínculo com o paciente é preconizado que seu acompanhamento aconteça pelas equipes das unidades de origem, sendo esta uma importante estratégia para o controle da doença^(1, 15).

Os enfermeiros entrevistados reconheceram fragilidades no programa, tanto de infraestrutura como

de logística. Essa precariedade, sem dúvida, reflete no retardo do diagnóstico, representando barreiras para o sucesso do programa e oferecendo risco de transmissão da TB, inclusive de forma ocupacional⁽³¹⁻³³⁾. Entretanto, a centralização das ações e a falta de autonomia das unidades locais não foram mencionadas como problema.

A descentralização das ações da TB está além da supervisão de ingestão medicamentosa ou do tratamento supervisionado, atribuindo-se ao vínculo estabelecido entre o doente e a equipe de saúde um importante ponto para adesão ao tratamento, já que o sujeito é colocado como protagonista no processo assistencial, com considerável autonomia nos processos decisórios⁽¹⁵⁾.

No Brasil, o controle da TB tem exigido uma reorganização do modelo de atenção e dos serviços com base em uma rede descentralizada e integrada de diagnóstico e tratamento, visando a horizontalizar as atividades de vigilância, prevenção e controle da doença e valorização do vínculo com a população. Nessa perspectiva, destaca-se a Estratégia de Saúde da Família, que, além de representar a porta de entrada no sistema de saúde, promove a construção do vínculo entre profissionais e usuários do sistema, por meio da escuta solidária e do processo de responsabilização pelo tratamento⁽¹³⁾.

CONCLUSÃO

A Região Central do DRS III embora conte com numerosos serviços de atendimento de saúde ainda mantém casos de TB e encontra-se aquém das metas estabelecidas pela OMS para os índices de cura e abandono, além de apresentar pacientes com indicadores de fragilidade social (baixa escolaridade e desemprego).

Muitas ações de controle da TB na região apresentam-se centralizadas em um único município, o que pode gerar retardo no diagnóstico e tratamento, tendo em vista o acréscimo de etapas que o usuário deve percorrer para ser atendido ao acessar o serviço de saúde.

Os enfermeiros destacam-se como os responsáveis pelas ações de controle em todos os municípios e referem como pontos favoráveis do programa o envolvimento com a comunidade, o uso de estratégias para adesão e a facilidade em solicitar exames.

Como fragilidades do programa apontam a falta de capacitação da equipe, de ambiente adequado para o atendimento e a demora nos resultados de exames, além da ausência de médicos especialistas e enfermeiros com dedicação exclusiva para o programa. A centralização das ações não é percebida como desfavorável para uma maior eficácia das ações de controle da TB.

Estudos que avaliem a realidade local e a percepção das equipes envolvidas são fundamentais para ampliar a visão fundamentalmente biológica e reducionista da doença e subsidiar a avaliação das estratégias adotadas até então.

REFERÊNCIAS

- Muniz JN, Palha PF, Monroe AA, Cardozo-Gonzales RI, Ruffino-Netto A, Villa TC. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10 (2): 315–21.
- Ignotti E, Oliveira BF, Hartwig S, Oliveira HC, Scatena JH. Análise do Programa de Controle da Tuberculose em Cáceres, Mato Grosso, antes e depois da implantação do Programa de Saúde da Família. *J Bras Pneumol*. 2007; 33(3): 287–94.
- Pinto VS, Paula RA, Júnior MP. Ações da força tarefa no monitoramento do sistema de informações de tuberculose no Estado de São Paulo. *Bol Pneumol Sanit*. 2006; 14 (2): 85–9.
- Vendramini SH, Gazetta CE, Chiaravallotti NF, Cury MR, Meirelles EB, Kuyumjian FG, et al. Tuberculosis in a medium-sized city in the Southeast of Brazil: morbidity and mortality rates (1985 - 2003). *J Bras Pneumol*. 2005; 31(3):237-43.
- Ribeiro SA, Amado VM, Camelier AA, Fernandes MM, Schenkman S. Estudo de caso-controle de indicadores de abandono em doentes com tuberculose. *J Pneumol*. 2000; 26(6):291-6. São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. Doenças crônicas e transmissíveis. Tuberculose [Internet]. [citado 2009 Set 30] Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/cve_tb.html>
- São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Pacto pela saúde. Plano Diretor de Regionalização – PDR do Estado de São Paulo [Internet]. 2008 [citado 2008 Nov 21]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pdr_sp.pdf.
- São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Plano estadual de saúde 2008 – 2011 [Internet]. 2008 [citado 2008 Nov 21]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/geral/agenda/pdfs/plano_estadual_de_saude_13fev.pdf>.
- Galesi VM. Dados de tuberculose do Estado de São Paulo [carta]. *Rev Saude Pública*. 2007; 41(Supl.1):121.
- Ferreira AA, Queiroz KC, Torres KP, Ferreira MA, Accioly H, Alves MS, et al. Os fatores associados à tuberculose pulmonar e a baciloscopia: uma contribuição ao diagnóstico nos serviços de saúde pública. *Re Bras Epidemiol*. 2005; 8(2):142–9.
- Ruffino-Netto A. Tuberculosis: the neglected calamity. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2002; 35 (1):51-8.
- Resende MR, Sinkoc VM, Garcia MT, Moraes EO, Kritski AL, Papiardanou PM. Indicadores relacionados ao retardo no diagnóstico e na instituição das precauções para aerossóis entre pacientes com tuberculose pulmonar bacilífera em um hospital terciário. *J Bras Pneumol*. 2005;31(3):225-30.
- Oliveira SA, Ruffino Netto A, Villa TC, Vendramini SH, Andrade RL, Scatena LM. Health services in tuberculosis control: family focus and community orientation. *Rev Latinoam Enferm*. 2009;17(3):361-7.
- Bergel FS, Gouveia N. Retornos frequentes como nova estratégia para adesão ao tratamento de tuberculose. *Rev Saude Pública*. 2005; 39(6):898-905.
- Brunello ME, Cerqueira DF, Pinto IC, Arcênio RA, Gonzales RI, Villa TC, et al. Interaction between patient and health care professionals in the management of tuberculosis. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22(2):176-82.
- Brasil. Ministério da Saúde. Situação epidemiológica [Internet] [citado 2009 Ago 10]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31115>.
- Lindoso AA, Waldman EA, Komatsu NK, Figueiredo SM, Taniguchi M, Rodrigues LC. Profile of tuberculosis patients progressing to death, city of São Paulo, Brazil, 2002. *Rev Saude Pública*. 2008; 42(5):805-12.
- Cheade MF, Ivo ML, Siqueira PHGS, Sá RG, Honer MR, et al. Caracterização da tuberculose em portadores de HIV/AIDS em um serviço de referência de Mato Grosso do Sul. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2009; 42(2):119–25.
- Selig L, Belo M, Cunha AJ, Teixeira EG, Brito R, Luna AL, et al. Óbitos atribuídos à tuberculose no Estado do Rio de Janeiro. *J Bras Pneumol*. 2004; 30 (4):327-34.
- Nogueira PA, Abrahão RM, Malucelli MI. Baciloscopia de escarro em pacientes internados nos hospitais de tuberculose do Estado de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2004; 7(1):54-63.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual técnico para o controle da tuberculose [Internet]. 2002 [citado 2009 Ago 10]. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. (Cadernos de Atenção Básica, 6. Série A. Normas e Manuais Técnicos, 148). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_controle_tuberculose.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2009.
- Calíari JS, Figueiredo RM. Perfil de pacientes com tuberculose internados em hospital especializado no Brasil. *Rev Panam Infectol*. 2007; 9(4):30–5.
- Vieira AA, Ribeiro AS. Noncompliance with tuberculosis treatment involving self administration of treatment or the directly observed therapy, short-course strategy in a tuberculosis control program in the city of Carapicuíba, Brazil. *J Bras Pneumol*. 2008; 34 (3):159-66.
- Oliveira HB, Marin-León L, Gardinali J. Análise do programa de controle da tuberculose em relação ao tratamento, em Campinas - SP. *J Bras Pneumol*. 2005; 31(2):133-8.
- Nogueira PA. Motivos e tempo de internação e o tipo de saída em hospitais de tuberculose do Estado de São Paulo, Brasil - 1981 a 1995. *J Pneumol*. 2001; 27(3): 123-9.
- Colombrini MR, Lopes MH, Figueiredo RM. Adesão à terapia antiretroviral para HIV/AIDS. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2006 [citado 2010 Jul 14]; 40(4):576-81. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000400018&lng=pt.
- Oliveira HB, Marin-Leon L, Cardoso JC. Perfil de mortalidade de pacientes com tuberculose relacionada à comorbidade tuberculose-Aids. *Rev Saude Pública*. 2004; 38 (4):503–10.
- Muniz JN, Ruffino-Netto A, Villa TC, Yamamura M, Arcencio R, Cardozo-Gonzales RI. Epidemiological aspects of human immunodeficiency virus/tuberculosis co-infection in Ribeirão Preto, Brazil from 1998 to 2003. *J Bras Pneumol*. 2006; 32(6): 529-534.
- Barbosa MA, Medeiros M, Prado MA, Bachion MM, Brasil VV. Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. *Rev Eletrônica Enferm [Internet]*. 2004 [citado 2009 Set 7]; 6(1):9–15. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_1/fl_coletiva.html>.
- Santos MC. Busca ativa de casos de tuberculose na demanda de serviços de saúde: percepção do profissional de saúde [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.
- Maciel EL, 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; 34(7):506–13.
- Franco C, Zanetta DM. Tuberculose em profissionais de saúde: medidas institucionais de prevenção e controle. *Arq Ciênc Saúde [Internet]*. 2004 [citado 2010 Maio 7];11(4): 244–52. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol-11-4/10%20-%20id%2044.pdf>
- Scatena LM, Villa TC, Netto AR, Kritski AL, Figueiredo TM, Vendramini SH, et al. Difficulties in the accessibility to health services for tuberculosis diagnoses in Brazilian municipalities. *Rev Saude Pública*. 2009; 43(3):389–97.