

# O doente em tratamento de tuberculose no município de Itaboraí, Rio de Janeiro – participação da família

The patient undergoing tuberculosis treatment in Itaboraí, Rio de Janeiro – participation of the family

El enfermo en tratamiento de tuberculosis en municipio de Itaboraí / RJ - participación de la familia.

Monalisa Garcia de Oliveira<sup>1</sup>, Cleidiani Baptista da Silva<sup>2</sup>, Rute dos Santos Lafaiete<sup>3</sup>, Maria Catarina Salvador da Motta<sup>4</sup>, Tereza Cristina Scatena Villa<sup>5</sup>

Palavras-chave:  
Tuberculose  
Programa Saúde da Família  
Família

Keywords:  
Tuberculosis  
Family Health Program  
Family

Palabra Clave:  
Tuberculosis  
Programa de Salud Familiar  
Familia

## Resumo

Este estudo objetivou analisar o enfoque dado pelo profissional de saúde à família do paciente em tratamento de tuberculose no município de Itaboraí, no Rio de Janeiro. A coleta de dados foi feita por meio da entrevista de 100 usuários do Programa de Controle da Tuberculose. Os critérios de inclusão neste estudo foram: doentes de tuberculose em tratamento há mais de um mês e concluintes do tratamento até seis meses antes do início da coleta de dados. Os principais achados foram: a importância da participação da família para obtenção de êxito no tratamento da tuberculose e o comprometimento do profissional de saúde com as condições de vida, saúde e moradia dos familiares dos usuários.

## Abstract

The present study aimed to analyse the focus on the family by the professionals of a patient in tuberculosis treatment in the city of Itaboraí-RJ. Data collection was made through interviews of 100 patients of Tuberculosis Control Program. The criteria of inclusion in this study were: tuberculosis patients with more than one month of treatment, patients who had concluded the treatment six months before the start of data collection. The main findings were: the importance of family participation to succeed on the treatment of tuberculosis and commitment of the health professional with living conditions, health and housing of the patients.

## Resumen

Este estudio tubo el objetivo de analizar el enfoque dado por el profesional de salud a la familia del paciente en tratamiento de tuberculosis en el municipio de Itaboraí-RJ. La cosecha de los datos se hizo por medio de cuestionarios de 100 usuarios del Programa de Control de la Tuberculosis. Los criterios de inclusión en este estudio han sido: enfermos de tuberculosis en tratamiento hace más de un mes, concluyentes del tratamiento hasta 6 meses antes del inicio de la cosecha de datos. Los principales resultados han sido: la importancia de la participación de la familia para obtención de éxito en tratamiento de la tuberculosis y el comprometimiento del profesional de salud con las condiciones de vida, salud y morada de los familiares de los usuarios.

<sup>1</sup> Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva. Mestranda do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública (DESP) da Escola em Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: monalisaanjinho@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Enfermeira. Residente em Enfermagem Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: cleidiani.baptista@gmail.com

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestranda do DESP da EEAN da UFRJ. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: rutelafaiete@gmail.com

<sup>4</sup> Doutora. Professora Adjunto do DESP da EEAN da UFRJ. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: ma.catarina@gmail.com

<sup>5</sup> Doutora. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, Brasil. E-mail: tite@eerp.usp.br

Endereço para correspondência: Monalisa Garcia de Oliveira – Estrada Plínio Casado, 218 – Centro – CEP 26220-099 – Nova Iguaçu (RJ) – Brasil, E-mail: monalisaanjinho@yahoo.com.br

Artigo submetido em 05/03/2010 e aceito em 07/03/2011.

## Introdução

O Brasil ocupa a 18ª posição no *ranking* dos 22 países com a mais alta carga de tuberculose (TB) notificada no mundo, com incidência de 49 casos por 100.000 habitantes por todas as formas da doença, sendo 26 casos por 100.000 habitantes por TB pulmonar bacilífera e prevalência de 60 casos por 100.000 habitantes por todas as formas. Para o ano de 2007, foram estimados 92.000 casos. A TB, uma doença que tem cura, ainda mata pelo menos 6.000 pessoas por ano no Brasil. O percentual de cura é de 72%, e as taxas de mortalidade e abandono foram de 9,1 e 8,3%, respectivamente, no país, chegando o abandono em algumas capitais ao valor de 30 a 40%<sup>1</sup>.

Esses dados representam um grande desafio para o Brasil em relação às metas pactuadas junto a Organização Mundial de Saúde (OMS), que considera a TB uma emergência mundial e propõe a estratégia *Directly Observed Treatment Short-course* (Tratamento de Curta Duração Diretamente Observado – DOTS) para atingir 85% de sucesso de tratamento, 70% de detecção de casos e reduzir o abandono do tratamento em 5%<sup>2</sup>. O Estado do Rio de Janeiro mantém índices de TB que merecem destaque nas políticas públicas de saúde. Em 2005, o número estimado de enfermos esteve em torno de 19.000, sendo registrados cerca de 16.000 casos de TB por ano. Esses são dados preocupantes, pois fazem do Rio de Janeiro o estado brasileiro com maior incidência de casos<sup>3</sup>.

Sobrepondo-se à prevalência nacional estão as taxas do município de Itaboraí, localizado no estado do Rio de Janeiro, com extensão territorial de 428,6 km<sup>2</sup>, população, em 2004, de 201.442 habitantes e que, em 2005, teve taxa de incidência de 87/100.000 e taxa de prevalência de 93/100.000.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um programa que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. O objetivo da ESF é a reorganização da prática assistencial em novas bases critérios em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e realizado principalmente no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às Equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas.<sup>4</sup>

A ESF incorpora os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade. Está estruturada a partir da Unidade de Saúde da Família – unidade pública de saúde, com equipe multiprofissional que assume a responsa-

bilidade por determinada população, na qual são desenvolvidas ações de promoção da saúde e prevenção, tratamento e reabilitação de agravos<sup>4</sup>.

O Programa Saúde Família (PSF) foi implantado no Brasil, em 1994, e idealizado para ser porta de entrada do sistema de saúde local e desenvolver a Atenção Básica de maneira integral e resolutiva, ampliando o acesso e a cobertura, além de contribuir para a reestruturação dos sistemas de saúde<sup>5</sup>.

O Programa descentraliza para esfera municipal a responsabilidade sobre a implementação de algumas ações de saúde da Atenção Básica, no que diz respeito à promoção da saúde, ao diagnóstico e à prevenção da TB colaborando, portanto, para a expansão das ações de controle desta doença. O papel das equipes de ESF ganha destaque como instrumento para melhorar a adesão terapêutica, evitar o abandono, fornecer informação e integrar a família no processo de tratamento<sup>6</sup>.

Em 2002, iniciou-se a implantação da ESF em Itaboraí, que, atualmente, abrange 70% da população. Conta atualmente com 44 Equipes de Saúde da Família que desenvolvem o tratamento da TB de acordo com o DOTS.

A partir de 1993, ocorre um aumento de amplitude mundial no número de casos de TB, fazendo com que a OMS declare a TB uma emergência mundial e proponha a estratégia DOTS, cujos principais objetivos são atingir 85% de sucesso no tratamento e 70% de detecção dos casos.

Em Itaboraí, o DOTS está totalmente implantado e é de responsabilidade das Equipes de Saúde da Família, facilitando a busca ativa de casos, o tratamento e a cura da doença. O Programa de Controle da TB de Itaboraí foi premiado pela Organização Pan-Americana de Saúde pelo trabalho desenvolvido e por apresentar 88% dos casos de cura<sup>7</sup>. O DOTS é constituído por cinco pilares: “detecção de casos por baciloscopia entre sintomáticos respiratórios que demandam os serviços gerais de saúde; tratamento padronizado de curta duração, diretamente observável e monitorado em sua evolução; fornecimento regular de drogas; sistema de registro e informação que assegure a avaliação do tratamento; compromisso do governo colocando o controle da TB como prioridade entre as políticas de saúde”<sup>7</sup>. A administração do tratamento supervisionado requer a observação da ingestão dos medicamentos na unidade de saúde ou na residência, assegurando-se que o doente os tome em uma única dose diária. A ingestão dos medicamentos deve ser assistida no local de escolha do doente pelo profissional da ESF e/ou membro da família devidamente orientado para essa atividade. A supervisão da tomada da medicação poderá ser feita com pelo menos três observações semanais, nos dois primeiros meses, e uma observação por semana, até o

seu final<sup>8</sup>. A família é um núcleo com pessoas que convivem em determinado lugar, durante um espaço de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas, ou não, por laços de consanguinidade. Esta família recebe influência da sociedade a que está relacionada, no que diz respeito à cultura e ideologia particulares, como também tem sobre ela influências específicas<sup>9</sup>. Atualmente, percebe-se que a família não é aquela formada necessariamente apenas por pessoas unidas por laços de sangue, são todos aqueles que estão próximos a ela e que exercem influência direta, negativa ou positiva sobre os seus membros.

Assim, a família tem papel essencial desde o diagnóstico da doença até a alta do tratamento por cura. Terá a função de ser o alicerce do doente, contribuindo para a adesão de forma a facilitar o longo processo do tratamento até a cura.

A ESF deve conhecer todos os membros da família do doente em acompanhamento, para que possa investigar os possíveis contatos, orientar sobre a doença e o tratamento e orientar sobre outros problemas de saúde, para que a família saiba o que está acontecendo com seu familiar e auxiliando-o com todo suporte necessário. A equipe deve ter o cuidado e a sensibilidade de prestar assistência à família, em busca da saúde dos seus membros, este é um grande desafio para a enfermagem: o de 'cuidar de quem cuida', ou seja, ir ao encontro da família, conhecendo como cuida, identificando suas dificuldades e suas forças para melhor atuação profissional, atendendo as necessidades tanto do paciente quanto de seus familiares.

O objetivo deste estudo foi analisar o enfoque dado pelo profissional de saúde à família do paciente em tratamento de TB, a fim de contribuir para o tratamento e o acesso às informações sobre a doença.

## Métodos

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa. Foram entrevistados 100 usuários inseridos no Programa de Controle da TB no município de Itaboraí, acompanhados pela Unidade de Saúde da Família/Programa de Agentes Comunitários de Saúde ou Unidades Básicas de Saúde, no período de agosto a novembro de 2007. No momento da pesquisa, 180 doentes estavam em tratamento no Programa. Destes, 100 atenderam aos critérios de inclusão: doentes de TB em tratamento há mais de um mês, concluintes do tratamento até seis meses antes do início da coleta de dados e maiores de 18 anos.

Cada entrevistado leu e assinou o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias, ficando uma cópia com o entrevistado e outra com o entrevistador. Para assegurar a confidencialidade das informações e proteger a identidade, os entrevistados não foram identificados.

O instrumento utilizado para coleta de dados é um componente do *Primary Care Assessment (PCAT)*, desenvolvido pela Universidade de Johns Hopkins, para avaliar os aspectos críticos da Atenção Básica em países industrializados. O instrumento foi traduzido/validado para o português em 2006, por Almeida e Macinko, e, em 2007, sofreu nova adaptação e validação por Villa e Ruffino-Neto para avaliar a atenção à TB. O questionário é composto por perguntas fechadas, cujas opções de resposta eram: nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre e sempre.

A análise dos dados foi realizada por meio do programa SPSS, versão 11.0.

Os gestores (Secretário de Saúde e responsável pelo Programa de Controle da TB – PCT) no município em estudo encaminharam uma carta assinada de concordância e total colaboração para o desenvolvimento da pesquisa. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem Anna Nery, Hospital Escola São Francisco de Assis da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), com protocolo N<sup>o</sup>. 068/07, atendendo às orientações referentes ao protocolo de pesquisa da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

## Resultados e discussão

Dos 100 pacientes entrevistados, 65% eram homens e 35% mulheres, ratificando a relação existente no Brasil de dois casos da doença em homens para cada caso entre mulheres<sup>10</sup> (Tabela 1).

Tabela 1: Perfil epidemiológico dos doentes de TB inseridos no PCT de uma Unidade Básica de Saúde em Itaboraí, no Rio de Janeiro, 2007

	Indicadores	n	Total (%)
Sexo	Homem	65	100
	Mulher	35	
Faixa etária	18 a 27	33	100
	28 a 46	32	
	47 ou mais	35	
Escolaridade	Ensino Fundamental Incompleto	65	100
	Ensino Fundamental Completo ou mais	35	
Situação de moradia	Própria	71	100
	Alugada	19	
	Emprestada	10	
Nº de cômodos	1	2	100
	2	5	
	3	10	
	4	25	
	5	58	
Nº de residentes	1	5	100
	2 a 3	35	
	4 ou mais	60	

Em relação ao indicador faixa etária, 33% pertenciam à faixa etária de 18 a 27 anos; 32% à de 28 a 46 anos e 35% à de 47 ou mais, ou seja, em idade economicamente produtiva, o que irá influenciar desfavoravelmente no seu modo de vida e de sua família.

Quanto à escolaridade, 65% possuíam nível fundamental incompleto e 35%, o nível fundamental completo ou mais. A minoria dos entrevistados possuía mais de oito anos de estudo e quase o dobro destes estudaram menos que oito anos<sup>10</sup>. É possível associar a baixa escolaridade ao baixo nível de instrução e informação obtido pelos doentes.

Em relação à situação de moradia, 71% dos usuários informaram residir em casa própria; 19%, em casa alugada e 10%, em casa emprestada. Em relação ao número de cômodos, 58% residem em locais com cinco cômodos ou mais; 25%, com quatro cômodos; 10%, três cômodos; 5%, com dois cômodos e 2% com dois. Em relação ao número de pessoas que residem na mesma casa, 60% residem com quatro ou mais pessoas; 35%, com duas a três pessoas e 5%, apenas uma pessoa.

O elevado número de pessoas vivendo no mesmo ambiente, associado a precárias condições socioeconômicas, aumenta a probabilidade para disseminação do bacilo da TB. A propagação da TB está intimamente ligada às condições de vida<sup>7</sup>.

Os principais achados deste estudo referem-se à importância da participação da família para obtenção de êxito no tratamento da TB e o comprometimento do profissional de saúde com as condições de vida, saúde e moradia dos familiares dos usuários do programa de controle da TB.

A Tabela 2 mostra os indicadores de saúde abordados pelos entrevistadores aos usuários do PCT. Os resultados em forma numérica demonstram o quantitativo de resposta dos pacientes em cada uma das opções. O profissional da equipe de PSF ao fazer uma visita domiciliar ou realizar o atendimento na unidade de saúde deve estar atento não apenas ao problema em tratamento, mas a todos os fatores que contribuem para a manutenção da saúde. Quando questionado se o profissional de saúde pede informações sobre suas condições de vida relacionadas a emprego, moradia, dispo-

nibilidade de água potável e saneamento básico, os usuários responderam que 58% dos profissionais nunca pedem este tipo de informações.

A Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90, em conformidade com o SUS, aponta em seu artigo 3º: “A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”<sup>11</sup>. Desta forma, não é possível ter saúde sem o mínimo necessário para tal. Cada equipe da ESF deve estar preparada para conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio do cadastramento destas e do diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas<sup>4</sup>. Dos entrevistados, 45% disseram que o profissional de saúde nunca pede informações sobre as doenças da sua família, e que 36% sempre pedem. A maior parte das respostas aponta para a falta de preocupação dos profissionais relacionada aos problemas de saúde dos familiares dos usuários do PCT.

Sendo as áreas estratégicas mínimas da Atenção Básica nas ESF: saúde da mulher, saúde da criança, controle da hipertensão, controle do *diabetes mellitus*, controle da TB, eliminação da hanseníase e saúde bucal, faz-se necessário rever com os profissionais cada ação de saúde a ser desenvolvida com a comunidade e a melhor estratégia, para que todos os membros da família sejam plenamente atendidos pelas ações do PSF. A procura de casos deve estar voltada para os grupos com maior probabilidade de apresentar TB. Neste estudo, 66% dos pacientes tratados informaram que os profissionais sempre perguntam se seus familiares têm sintomas como tosse ou febre. Este é um ponto positivo avaliado, pois mostra que a busca dos contatos de casos de TB está acontecendo em grande parte dos entrevistados.

Quanto maior o número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de equipes com profissionais capacitados desenvolvendo as ações de controle da TB, mais abrangente poderá ser a procura de sintomáticos respiratórios nos serviços de saúde e nas comunidades, mais rápido o início do tratamento dos casos descobertos, mais adequada a supervisão direta

Tabela 2: Indicadores sobre a família dos doentes de tuberculose

Indicadores	Respostas					Total (%)
	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca	
Disponibilidade de saneamento	26	0	10	6	58	100
Doenças da família	36	4	9	6	45	100
Sintomas na família	66	8	5	4	16	100
Exames dos familiares	67	0	1	0	31	100
Relação família versus profissional	77	1	0	1	20	100
Informações sobre TB	47	2	6	4	40	100
Informações sobre tratamento	44	2	10	4	39	100
Informações sobre outras doenças	20	2	5	3	67	100

do tratamento, garantindo a cura do doente e, consequentemente, mais rápida a interrupção da transmissão<sup>8</sup>.

Paralelamente, 67% dos usuários do PCT responderam sempre quando questionados se os profissionais entregaram potes para coleta de escarro a todos os comunicantes, e 31% responderam nunca. A baciloscopia direta do escarro é método fundamental de diagnóstico, pois permite descobrir as fontes mais importantes de infecção – os casos bacilíferos. Este exame, quando executado corretamente, permite detectar de 70 a 80% dos casos de TB pulmonar em uma comunidade. Deve sempre ser solicitado para os contatos de casos de TB pulmonar bacilíferos, por apresentarem maior probabilidade de adoecimento, e nos adultos que convivam com doentes menores de cinco anos, para identificação da possível fonte de infecção<sup>8</sup>. É importante que o profissional explique de que forma o exame deverá ser realizado, a melhor forma para coleta, para que serve e a importância da sua realização para os comunicantes, para o doente e para o tratamento.

Estudos sobre a adesão do doente de TB ao tratamento mostram que o acolhimento e o vínculo com o doente e com a família são determinantes para o não-abandono ao tratamento. Dos entrevistados, 77% responderam sempre, quando questionados se os profissionais conhecem os membros da família. O vínculo constitui um importante princípio no cuidado ao doente de TB, uma vez que estabelece uma relação de confiança, diálogo e respeito entre o profissional de saúde e o paciente, que passa a compreender a significância de seu tratamento, seguindo corretamente as orientações da terapêutica. Os profissionais buscam a confiança das pessoas atendidas, sua satisfação, numa relação empática e sem julgamentos, devido à necessidade do processo de cuidado englobar além da competência técnica, os aspectos interpessoais e humanísticos da relação profissional-paciente-família. É de fundamental importância escutar as queixas do doente, ajustar a assistência e propor soluções em conjunto (equipe de saúde e usuário), estabelecendo uma relação pautada no acolhimento e no vínculo, princípios fundamentais da Saúde da Família<sup>12</sup>. Com relação à informação dada à família sobre a TB, 47% dos usuários responderam que os profissionais sempre conversam com seus familiares sobre sua doença; em contrapartida, 40% responderam nunca no mesmo questionamento. Em consonância com esses dados, tem-se ainda que 44% dos entrevistados informaram que os profissionais sempre conversam com seus familiares sobre seu tratamento, e 39% nunca o fazem. Esses são dados bastante preocupantes, pois a falta de esclarecimentos acerca da doença e do tratamento, tanto para o doente quanto para a família, pode ser determinante para o abandono do tratamento. Pode-se entender como abandono, a pessoa que, após ter iniciado o tratamen-

to para TB, deixou de comparecer à unidade de saúde por mais de 30 dias consecutivos, após a data aprazada para seu retorno<sup>12</sup>. Quanto menos se sabe sobre a TB, maiores são os riscos de não concluir o esquema terapêutico. A educação em saúde é uma importante estratégia para a redução das taxas de abandono do tratamento da doença, pois a falta de informação ou a sua inadequada assimilação concorre para o não-uso da medicação e/ou interrupção precoce do tratamento. Quando questionados se os profissionais de saúde conversavam com suas famílias sobre outros problemas de saúde, 67% dos entrevistados responderam nunca e 20%, sempre. Mais uma vez, o valor e a importância da educação em saúde não só para a comunidade, como também para a obtenção de bons resultados de trabalho da equipe de PSF na instância da Atenção básica, serão ratificados. Nesse enfoque, reconhece-se que a educação em saúde favorece o conhecimento sobre outras doenças, tornando mais eficazes as políticas de prevenção e agravos de doenças.

## Conclusão

O Programa de Controle da TB no município em estudo possui alguns fatores limitantes para sua efetiva atuação nos serviços de saúde, que podem ser mais bem aperfeiçoados pelas Equipes de Saúde da Família, melhorando desta forma o atendimento tanto para o paciente em tratamento quanto para seu familiar. Foi percebido que o programa necessita de maior implementação, visando a detecção de casos na busca por sintomáticos respiratórios ou comunicantes diretos, para reduzir o percentual de abandono e aumentar o de cura.

O perfil epidemiológico dos doentes com TB do município de Itaboraí apresenta características semelhantes às dos pacientes em tratamento em outras cidades brasileiras – cidades brasileiras<sup>13-16</sup>, como em Cuiabá, capital do estado de Mato Grosso<sup>17</sup>, e Pelotas, no Rio Grande do Sul<sup>18</sup>, com predominância de casos do sexo masculino, em idade economicamente produtiva, nas formas pulmonares, com poucos anos de estudo, e portanto pouca informação acerca do assunto abordado, aumentando o número de infectados pelo bacilo.

Os profissionais de saúde atuantes no PSF devem ter uma abordagem integral à família do doente. É fundamental que sejam observadas e valorizadas as condições de vida e moradia, o acometimento por outras doenças por outros membros da família, seu modo de prevenção e tratamento. O vínculo família-profissional é essencial para que o paciente em tratamento se sinta acolhido, para que tanto ele quanto sua família tenham informações corretas sobre a doença e o tratamento e para que não ocorra o abandono e que a cura seja alcançada.

A produção de conhecimento científico neste campo de atuação da Saúde Pública possibilita a avaliação e/ou a reformulação de novas estratégias de intervenção no controle da TB. Assim como na capacitação de recursos humanos, a partir de informações que auxiliam a formulação de novas políticas de saúde e planejamentos, no âmbito do PSF para que as ações que perpassam pela busca ativa de casos até a cura possam ser cada vez mais efetivas, resolutivas e eficazes.

## Referências

- World Health Organization. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report 2009. Geneva: WHO; 2009.
- World Health Organization. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report 2005. Geneva: WHO; 2005.
- Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Assessoria de Pneumologia Sanitária. Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose no Estado do Rio de Janeiro; 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Programa Saúde da Família/Ministério da Saúde, Secretaria executiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. Disponível em: <http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/monografias/ms/programas/saudfamilia2000.pdf>
- Silva AA. Programa de Saúde da Família: trajetória institucional no âmbito do Ministério da Saúde [dissertação de mestrado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia; 2003.
- Muniz JN, Palha PF, Monroe AA, Gonzales RC, Netto AR, Villa TCS. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. *Ciência Saúde Coletiva*. 2005;10(2):315-21.
- Fundo Global Tuberculose Brasil. [Internet]. OPAS avalia controle da tuberculose no Brasil. [acesso em 2011 maio 11]. Disponível em: [http://www.fundoglobaltb.org.br/site/noticias/mostraNoticia.php?Section=5&id\\_content=1090](http://www.fundoglobaltb.org.br/site/noticias/mostraNoticia.php?Section=5&id_content=1090)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica: Manual Técnico para o Controle da Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- Monteiro ARM, Barroso MGT. A família e o doente mental usuário do hospital-dia – estudo de um caso. *Rev Latino-am Enferm*. 2000;8(6):20-6.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Situação da Tuberculose no Brasil e no Mundo. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
- Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 20 set 1990; Seção 1:018055.
- Sá LD, Souza KMJ, Nunes MG, Palha PF, Nogueira JA, Villa TCS. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. *Text Cont Enferm*. 2007;16(4):712-8.
- Reigota RMS, Carandina L. Implantação do Tratamento Supervisionado no município de Bauru/SP - Avaliação da tuberculose pulmonar, 1999/2000. *Bol Pneumol Sanit*. 2002;10(1):23-30.
- Rezende MB, Barbosa HHMM. Perfil epidemiológico da tuberculose pulmonar. *Rev Para Méd*. 2003;17(2):12-7.
- Mascarenhas MDM, Araújo LM, Gomes KRO. Perfil epidemiológico da tuberculose entre casos notificados no Município de Piriá, Estado do Piauí, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2005;14(1):7-14.
- Oliveira HB, Marin-León L, Gardinali J. Análise do Programa de Controle da Tuberculose em relação ao tratamento, em Campinas - SP. *J Pneumol*. 2005;31(2):133-8.
- Ferreira SMB, Silva AMC, Botelho C. Abandono da tuberculose pulmonar em Cuiabá-MT - Brasil. *J Pneumol*. 2005;31(5):427-35.
- Costa, JSD et al. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14(2):409-415, abr-jun, 1998