



BARREIRAS SOCIOECONÔMICO-CULTURAIS QUE RETARDAM O DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE

SOCIOECONOMIC-CULTURAL BARRIERS DELAYING THE TUBERCULOSIS DIAGNOSIS
BARRERAS SOCIOECONÓMICAS-CULTURALES QUE RETARDAN EL DIAGNÓSTICO DE LA TUBERCULOSIS

Jemylle Carla de França Alves¹, Zaira Cristina de Araújo Paulo², Nicelha Maria Guedes dos Santos³, Erika Simone Galvão Pinto⁴, Rejane Marie Barbosa Davim⁵

RESUMO

Objetivo: identificar barreiras socioeconômico-culturais que retardam o diagnóstico da tuberculose. **Método:** estudo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa, desenvolvido com 42 profissionais da Estratégia Saúde da Família, em Parnamirim/RN. O instrumento de coleta foi baseado no The Primary Care Assessment Tool, utilizando-se a Escala de Likert. **Resultados:** procura pelo serviço mais próximo de casa “Sempre” (47,6%); gasto por parte do usuário com transporte até o serviço de saúde e dificuldade de deslocamento “Nunca” e “Às vezes” (28,6%); dificuldades em convencer o usuário a colher escarro para baciloscopia “Quase sempre” (33,3%). **Conclusão:** a resistência quanto à prática de exames e aceitação da doença diante dos sinais e sintomas são fatores sociais e culturais para retardar o diagnóstico da tuberculose, fundamental no tratamento da doença. **Descritores:** Tuberculose; Atenção Primária à Saúde; Diagnóstico.

ABSTRACT

Objective: to identify the socioeconomic and cultural barriers delaying the diagnosis of tuberculosis. **Method:** this is a descriptive, exploratory study with a quantitative approach developed with 42 professionals of the Family Health Strategy in Parnamirim/RN. The collection was based on The Primary Care Assessment Tool using the Likert Scale. **Results:** search for the nearest service home “Always” (47.6%); burden of the patient by the transportation to the health service and difficulty shifting “Never” and “Sometimes” (28.6%); difficulties in convincing the patient to reap sputum smear microscopy to “usually” (33.3%). **Conclusion:** the resistance to the practice of examination and acceptance of the disease before signs and symptoms are social and cultural factors to delay the diagnosis of tuberculosis, essential in treating the disease. **Descriptors:** Tuberculosis; Primary Health Care; Diagnosis.

RESUMEN

Objetivo: identificar barreras socioeconómicas-culturales que retardan el diagnóstico de la tuberculosis. **Método:** estudio descriptivo-exploratorio, con enfoque cuantitativo, desarrollado con 42 profesionales de la Estrategia Salud de la Familia en Parnamirim/RN. El instrumento de recolección fue basado en The Primary Care Assessment Tool utilizándose la Escala de Likert. **Resultados:** búsqueda por el servicio más próximo de casa “Siempre” (47,6%); gasto por parte del usuario con transporte hasta el servicio de salud y dificultad de desplazamiento “Nunca” y “A veces” (28,6%); dificultades en convencer al usuario a recoger esputo para baciloscopia “Casi siempre” (33,3%). **Conclusión:** la resistencia a la práctica de exámenes y aceptar la enfermedad frente a los señales y síntomas son factores sociales y culturales para retardar el diagnóstico de la tuberculosis, fundamental en el tratamiento de la enfermedad. **Descriptors:** Tuberculosis; Atención Primaria a la Salud; Diagnóstico.

¹Enfermeira Graduada pela Universidade Potiguar/UnP. Natal (RN), Brasil. E-mail: jemyllecarla@hotmail.com; ²Enfermeira Graduada pela Universidade Potiguar/UnP. Natal (RN), Brasil. E-mail: zaira-cristina@hotmail.com; ³Enfermeira, Mestre em Enfermagem/UFRN, Docente da Universidade Potiguar/UnP. Natal (RN), Brasil. E-mail: nicelha@unp.br; ⁴Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde/EERP/USP, Docente do Departamento de Enfermagem/UFRN, Natal (RN), Brasil. E-mail: erikasgp@gmail.com; ⁵Enfermeira Obstetra, Doutora em Ciências da Saúde/UFRN, Preceptoria no Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica Rede Cegonha/MS. Natal (RN), Brasil. E-mail: rejanemb@uol.com.br

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença de caráter infectocontagiosa que surgiu há milhares de anos apresentando problema grave de saúde em diferentes locais, sendo agravo significativo para o âmbito social por estar diretamente relacionada ao atraso e desigualdade no desenvolvimento socioeconômico de um país. Foi dada como controlada nos países desenvolvidos no ano de 1980, porém a informação não condizia com a realidade, já que novos casos continuaram a surgir.¹

De acordo com estimativas, o índice de casos novos apresentou queda em todo o mundo, visto que 8,6 milhões de pessoas chegaram a desenvolver essa doença. Diminuição na taxa de incidência é o principal objetivo da World Health Organization (WHO), almejando alcançar até 2015 redução de 50% da mortalidade no mundo. Até o momento houve redução de 45% faltando ainda 5% a ser alcançado. Em 2011, o Brasil ficou na 22ª posição dentre os piores países do mundo em relação ao número de casos de TB por amostra de 100 mil habitantes. Em se tratando da totalidade de casos e em número absoluto, no ano de 2011, o país passou para 17ª posição com 83 mil casos.²

No estado do Rio Grande do Norte (RN) foram notificados 934 novos casos de TB em 2010 com incidência de 29,5/100.000 habitantes. A taxa potiguar assemelha-se à brasileira por apresentar queda considerável no número de casos nos últimos 10 anos. Ao avaliar a taxa de mortalidade, o estado apresentou 1,7/100.000 habitantes no ano de 2009; no mesmo período, os casos curados foram de 67,5% e, entre os novos, 8,5% abandonaram o tratamento.³ No município de Parnamirim/RN, em 2011, a taxa de incidência de TB por 100.000 habitantes foi de 31,18% e entre estes 82,50% foram de bacilíferos curados, apresentando 0,00% na taxa de mortalidade.⁴

Para diagnosticar a TB, é primordial que o usuário tenha contato com o sistema de saúde iniciando na porta de entrada para coleta e avaliação de dados que possibilitem o diagnóstico da doença, haja vista que, quando diagnosticada o mais precocemente, os resultados são satisfatórios e o tratamento, na maioria das vezes, exitoso.⁵

Dentre os sintomas sugestivos de TB, a tosse é um dos principais. Quando se prolonga por três semanas ou mais, esse indivíduo passa a ser um sintomático respiratório devendo as Unidades Básicas de Saúde (UBS) ter como rotina no processo de diagnóstico da doença a

descoberta desses casos o mais precocemente possível. A baciloscopia de escarro é o método prioritário para esse diagnóstico por permitir descoberta das fontes de infecção confirmando a presença do bacilo.⁶

Existem outros meios para confirmação da doença, como cultura do bacilo de Kock, que é conseguida em casos suspeitos de TB, e que apresentam resultado negativo à prova de escarro, como também o exame radiológico em casos suspeitos e a prova tuberculínica. No entanto, ambos devem ser confirmados pela baciloscopia.⁷

Mais casos novos poderiam ser descobertos se não fossem barreiras sociais, econômicas e culturais que dificultam o acesso rápido ao diagnóstico preciso da doença. O tratamento da TB atribui custos significativos tanto para a família quanto para o doente e cada despesa que venha a surgir representa barreira ao cuidado.⁸

O diagnóstico precoce é considerado grande desafio para as instituições de saúde mesmo sendo essencial com fatores ligados à organização do serviço e diferentes formas de propagação da doença. Além disso, não depende somente do profissional e serviço disponível, mas também interesse da população em procurar os devidos cuidados.⁹

Mesmo sendo doença grave, é curável na maioria dos casos, principalmente quando iniciado o tratamento de forma imediata e acompanhamento cuidadoso. Ao tratar os bacilíferos de forma rápida, impede-se que a doença se propague, visto que, após dias de início do tratamento, o usuário perde o poder de infectar não necessitando ser afastado do convívio com a família, nem da comunidade.⁷

No novo modelo do Sistema Único de Saúde (SUS), que privilegia uma prática participativa ligada a toda comunidade visando à saúde de forma integralizada, surge a Estratégia Saúde da Família (ESF), essencial para que o diagnóstico precoce e tratamento do usuário com TB fossem concluídos com eficácia, e à equipe local por meio de consultas, avaliando e encaminhando o indivíduo para o tratamento e, se necessário, também o referenciando para as especialidades. Dessa forma, o acompanhamento é iniciado na baixa complexidade e pode ser ampliado até a alta de acordo com a necessidade do doente.³

Visando evitar abandono do tratamento antes de obter a cura, foi criado o Directly Observed Treatment (DOTS), ou seja, Tratamento Diretamente Supervisionado. Esse tipo de estratégia vem sendo aplicada em todas as partes do mundo, constituindo cinco etapas eficientes para o controle, sendo elas: compromisso governamental com as atividades

básicas de controle; detecção de casos por baciloscopia; esquemas de tratamento padronizados de seis a oito meses; suprimento regular ininterrupto dos medicamentos padronizados com sistema de registro; e notificação de casos que permitam acompanhamento dinâmico dos resultados de tratamento de cada usuário e do Programa de Controle da Tuberculose (PCT). O DOTS é responsabilidade do enfermeiro da ESF, bem como de toda equipe treinada para incentivar o usuário quanto à adesão e término do tratamento em busca da cura. Os enfermeiros das UBS perante a organização dos serviços são responsáveis pelo trabalho supervisionado de forma satisfatória no controle da TB.¹⁰

Estudos apontam benefícios do DOTS no sucesso da ESF, no entanto faltam avaliações dessa estratégia em determinados municípios, os quais indicam alta incidência da doença, havendo dessa forma necessidade de investigação *in loco* quanto à prática do DOTS, e não apenas registros no sistema de informação. Com avaliação do DOTS nesses municípios pelos profissionais da ESF, será possível mensurar impactos da efetividade do programa.¹¹⁻³

Diante dessas observações, as pesquisadoras se motivaram para o desenvolvimento desta pesquisa pela vivência com usuários portadores de TB durante o tratamento obtido nos campos de estágios no período acadêmico, além de disciplinas da graduação que abordavam a saúde coletiva, despertando, assim, interesse pela referida temática, como também por perceber que a maioria dos usuários já chegava à unidade de saúde com a doença em franca evolução. Diante disso, questiona-se o que leva o indivíduo a procurar tão tardiamente ajuda profissional e por que os profissionais da ESF não conseguem identificar esses cidadãos ainda na fase de sintomático respiratório.

Este estudo justifica-se por identificar barreiras que dificultam ou retardam o diagnóstico da TB, possibilitando aos profissionais da saúde informações que ajudam a conhecer a importância do diagnóstico precoce para melhor tratamento e cura desses indivíduos. É relevante porque poderá contribuir de certa forma para outras pesquisas que abordem a temática em evidência. Diante disso, o estudo objetiva identificar barreiras socioeconômico-culturais que retardam o diagnóstico da tuberculose.

MÉTODO

Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido no município de Parnamirim (RN). Os sujeitos foram

profissionais da ESF pertencentes à região metropolitana de Natal/RN e a coleta de dados foi cumprida entre os meses de março e novembro de 2014.

Dentre as 42 equipes da ESF do município foram selecionadas de forma aleatória 14% (n=06) das equipes para participar da pesquisa. Os critérios de inclusão foram: profissionais contratados pelo município de Parnamirim/RN para trabalhar na ESF; ser médico, enfermeiro, técnico de enfermagem ou agente comunitário de saúde; e se disponibilizar a participar da pesquisa, totalizando 42 profissionais, e como exclusão: profissionais não atuantes no período da coleta de dados.

O instrumento no estudo foi o The Primary Care Assessment Tool (PCAT) na versão dirigida aos profissionais da saúde, formulados e validados para avaliação rápida dos serviços de atenção básica e adaptado para ações de programa e controle da TB. As variáveis contidas no instrumento são relacionadas às barreiras socioeconômico-culturais que influenciam no retardo ao diagnóstico da TB, além das características da organização dos serviços de saúde e possíveis fatores que dificultam os profissionais da saúde quanto a identificarem um caso de TB.

A entrevista foi constituída por escalas de classificações variadas como dicotômicas e escala de Likert em que o valor zero teria como respostas “não sei e não se aplica” e os valores de um a cinco registram o grau de relação de preferência ou concordância das afirmações. Os dados foram processados no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0. Para a análise descritiva dos dados, utilizou-se distribuição de frequência das variáveis e o cálculo dos indicadores. As taxas de incidências foram expressas segundo sua distribuição por 100.000 habitantes e as proporções de cura e abandono em percentual. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Potiguar de Natal (UnP), atendendo à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) com CAAE de nº 07073712.6.0000.5296.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa identificou que dos 42 profissionais de saúde 76,2% eram do sexo feminino e 23,8% masculino, dentre eles 14,3% médicos, 14,3% enfermeiros, 14,3% técnicos de enfermagem e 57,1% agentes comunitários de saúde; 23,8% tinham outros vínculos empregatícios; e, em relação à satisfação quanto à remuneração, 9,5% classificam como Muito Bom; 35,7% Bom e 45,2% Regular;

referente à satisfação em trabalhar na ESF, 30,9% afirmaram Muito Bom; 47,6% Bom e 16,7% Regular.

Quando questionados sobre qual o primeiro local que as pessoas procuram quando necessitam de atendimento à saúde, na visão dos profissionais 71,4% a UBS; 19,1% a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e 9,5% o hospital. Nenhum dos profissionais acredita que os usuários procurem outros locais, por exemplo, farmácia, local religioso e casa de curandeiros.

Quando o usuário conhece o funcionamento da instituição de saúde, o mesmo busca esse serviço à medida que sente necessidade de cuidado de forma a conciliar os obstáculos sociais, religiosos, pessoais ou físicos, podendo, assim, auxiliar na elaboração de medidas para um tratamento oportuno e eficiente.¹⁴

Por serem as UBS a porta de entrada na atenção à saúde, estas são preferencialmente escolhidas pelos usuários quando necessitam de assistência. Portanto, a ESF é fundamental no controle da TB, caracterizando o modelo de política pública da atenção primária cuja atuação vai desde a assistência dentro da UBS ao vínculo domiciliar facilitando o processo de promoção e prevenção por meio do acolhimento oferecido pela equipe.¹⁵ Tais resultados vêm de encontro à atual pesquisa quando os profissionais questionados sobre que locais os usuários procuram quando necessitam de atendimento à saúde responderam em 71,4% a UBS.

O usuário sentindo-se desamparado, desprotegido e fragilizado em sua saúde irá recorrer às UBS, visto que o acolhimento é fundamental para criação de vínculo. Este passará a conhecer o trabalho de abordagem do profissional e terá oportunidade em avaliar a história desse colaborando para acompanhamento ativo.³

Quanto à procura por terapias alternativas, identificou-se que 38,1% dos usuários que são atendidos no serviço de saúde somente “Às vezes” buscam por terapias alternativas, tais como rezas, chás e outras; e à procura pelo serviço mais próximo, 47,6% afirmaram que o usuário “Sempre” procura o serviço mais próximo de sua residência.

Cabe à ESF proporcionar assistência criando vínculo com o usuário e levando em consideração o contexto no qual está inserido juntamente com toda a equipe multiprofissional. Sabe-se que o acolhimento, formação de vínculo e responsabilização pelas práticas integrais são medidas essenciais para

incentivo do indivíduo na adesão ao tratamento da TB.¹⁶

Identificou-se que a gravidade dos sintomas “Sempre” é o motivo que leva o usuário a procurar o serviço de saúde, sendo essa a opinião de 40,5% dos profissionais. O incentivo dos familiares e amigos em 42,9% e confiança que o usuário tem com os profissionais que os atendem 52,4% “Quase sempre” são o que fazem os mesmos procurarem o serviço.

A literatura refere que a importância de o usuário, por meio dos primeiros sintomas, entender que se encontra doente é uma forma de contato inicial com a própria doença e que, sempre ao procurar por ajuda no serviço de saúde, será baseado nos sinais e sintomas que vêm apresentando, visto que estes passam a interferir diretamente na vida diária desses indivíduos. Há fatores determinantes para o enfrentamento da doença e busca pelo diagnóstico precoce e, conseqüentemente, ao tratamento, como percepção que amigos e familiares têm por conviverem diretamente com esse usuário e terem liberdade de alertá-los quanto à gravidade da situação, principalmente quando o mesmo passa a apresentar sintomas. Convívio que o doente tem com os profissionais da saúde e o vínculo que é criado são fundamentais e devem ser estabelecidos rapidamente.¹⁷

O vínculo é um princípio do cuidado que propicia relação de confiança entre usuário e profissional da saúde, valorizando orientações terapêuticas e minimizando o abandono.¹⁸ Foi identificado neste estudo uma relação de vínculo dos usuários ao apresentarem sintomatologia da TB com as UBS quando os profissionais da saúde referiram que 40,5% “Sempre” procuram a unidade e 52,4 “Quase sempre”, dando uma margem razoável de acesso dessa população às UBS ao se sentirem doentes.

Quando questionados se o usuário arca financeiramente com transporte e tem dificuldade de se deslocar até a UBS, 23,8% relataram que estes “Às vezes” têm essa dificuldade, porém identificou-se que 28,6% dos usuários “Nunca” necessitam pagar pelo transporte para se deslocarem até o serviço de saúde.

Acesso geográfico, meio de transporte e condições financeiras estão ligados à procura pelo serviço de saúde. O tratamento da TB apesar de gratuito gera despesa ao usuário e família, tendo que pagar pelo transporte, perder dias de trabalho e a difícil localização das UBS é muitas vezes listada como principais barreiras econômicas para a busca do tratamento,¹⁹ mesmo tendo-se observado neste estudo que 28,6% dos usuários

portadores de TB “Nunca” têm despesas para locomoção até a UBS.

Identificou-se em 33,3% que “Quase sempre” os profissionais têm dificuldade em convencer o usuário a colher o escarro para o exame de baciloscopia.

Essa dificuldade está relacionada à confiança que o indivíduo tem no profissional, assim como em saber explicar de forma correta o procedimento, passando segurança em suas palavras, orientando, tirando suas dúvidas para que assim venham a diminuir receios a que o usuário se expõe. Essa dificuldade nem sempre está ligada apenas ao usuário, e sim muito mais à capacitação do profissional que deve ter habilidades específicas e técnicas que envolvam também o psicológico do mesmo e o enfermeiro, por estar à frente das UBS e tratamento da doença, deve juntamente com os profissionais da ESF estar atento ao suporte e auxílio que o indivíduo necessita nesse momento de renúncia para que depois não se sinta responsável pelo retardo ao diagnóstico.²⁰

Quanto ao processo de trabalho, especialmente na atuação dos profissionais da saúde para com os casos suspeitos de TB e os doentes, já diagnosticados, os resultados encontrados podem ter sofrido influência direta com as barreiras sociais, econômicas e culturais que ainda interferem na busca pelo atendimento e consequentemente no retardo ao diagnóstico e tratamento dessa doença. Boas condições de trabalho, tanto a nível estrutural quanto ao nível de capacitação, é fundamental para se alcançar bons resultados na assistência ao portador de TB, porém as atitudes relacionadas ao envolvimento com o trabalho são consideradas essenciais.²¹

Estudiosos evidenciaram que o fator favorável na adesão ao tratamento da TB é uma equipe composta por médico, enfermeiro, assistente social e visitador, sendo neste caso um resultado previsto para mais ou menos de 85%. Nesse cenário investigado, não há visitador para uma busca ativa e minorar a adesão desses usuários ao tratamento e procura da UBS.²²

CONCLUSÃO

Diante dos resultados encontrados, percebeu-se que atualmente as barreiras sociais, econômicas e culturais ainda interferem na busca pelo atendimento e consequentemente retardo ao diagnóstico e tratamento da TB. No entanto, o fato de ter acesso às unidades de atendimento dentro do seu distrito não havendo necessidade de gastos para locomoverem-se do local de

moradia até a UBS, além do apoio que recebem dos profissionais da saúde e principalmente por disporem de medicamento gratuito durante todo o tratamento da doença, exclusivamente na unidade, favorece para diminuição das demais barreiras citadas.

A acessibilidade não está somente relacionada a chegar até o serviço, mas, sim, tudo que os profissionais irão fazer para que o usuário permaneça na unidade desde o diagnóstico até o final do tratamento, já que acessibilidade denota ideia de algo fácil acesso e que fica ao alcance de todos.

O controle da TB está ligado à melhoria dos fatores incluídos aos serviços de saúde, tais como sistema de informação confiável, ampliação dos atendimentos descentralizados que permitem implementação do tratamento supervisionado, capacitação dos profissionais, fortalecimento do trabalho em equipe e otimização da referência e contrarreferência.

Os resultados do estudo afirmam que o diagnóstico tardio da TB se dá, sobretudo, em decorrência dos fatores culturais até a primeira procura pelo auxílio médico. Para os profissionais, os usuários optam por procurar as UBS como porta de entrada ao apresentarem alguma sintomatologia, porém há pequena demanda que prefere terapias alternativas.

Na maioria das vezes, o que determina a busca pelas UBS é a forma como os usuários encaram a doença. Para que haja contato com essas unidades, faz-se necessário haver confiança e compete ao profissional da saúde interagir com esse indivíduo, visto que quase sempre há resistência na adesão ao tratamento por parte do mesmo e caberá ao profissional oferecer prestação de uma assistência qualificada.

O tratamento da TB atribui custos significativos, tanto para a família quanto para o doente, e cada despesa que surge representa barreira de acesso ligada a fatores sociais e econômicos. Na realidade, o usuário nem sempre tem condições para arcar com gastos adicionais, como transporte, vindo a procurar uma UBS que seja próxima a sua moradia, fato este apresentado nos resultados com a baixa porcentagem quanto ao número de usuários que pagam pelo transporte para chegar até essa unidade.

Observou-se que o fator econômico tende a influenciar minimamente o diagnóstico precoce da TB, tendo em vista que ao longo dos anos foram atingidas melhorias que auxiliam o portador da doença a enfrentar gastos que venham a surgir e dificuldades enfrentadas relacionadas na maioria das vezes

pela excessiva jornada de trabalho ou qualquer outro fator que não lhe permita comparecer à unidade. Os culturais e sociais são mais decisivos, haja vista que o usuário nega-se a submeter-se aos exames básicos para detectar a doença como a baciloscopia por falta de conhecimento resultante de poucas ações de educação em saúde.

Com base nos resultados obtidos, propõe-se a prática de oficinas com os profissionais da ESF a fim de discutir a temática do presente estudo para que sejam traçadas metas que possibilitem rompimento das barreiras encontradas no decorrer da pesquisa, enfatizando a busca ativa dos sintomáticos respiratórios.

REFERÊNCIAS

1. Barreira D, Grangeiro A. Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no Brasil. Rev Saúde Públ [Internet]. 2007 [cited 2016 Mar 28];41(Supl. 1):4-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/apresentacao.pdf>
2. Who. Global Health Observatory: Tuberculosis [Internet]. 2011 [cited 2016 Mar 28]; Available from: <http://www.who.int/gho/tb/en/>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde [Internet] 2011 [cited 2016 June 25]; Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento_diretamente_observado_tuberculose.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Situação de saúde, indicadores de morbidade. Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde [Internet] 2012 [cited 2016 June 25]; Available from: http://189.28.128.178/sage/paineis/morbidade/corpao.php?uf_origem=24-167-3373960&cidade_origem=240325-214199&uf_cidade=RN%20-%20Parnamirim&no_estado=RN%20-%20Rio%20Grande%20do%20Norte&co_agravo=9&no_agravo=Tuberculose&no_agravo1=Tuberculose%20-%20Taxa%20por%20100.000%20%20hab/ano&no_agravo2=Tuberculose%20-%20Percentual%20entre%20casos%20novos&tipo_agravo=morbidade
5. Oliveira MF, Arcênio RA, Ruffino-Neto A, Scatena LM, Palha PF, Villa TCS. A porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no sistema de saúde de Ribeirão Preto/SP. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2016 June 25];4(45):895-904. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a15.pdf>
6. Rodrigues ILA, Cardoso NC. Detecção de sintomáticos respiratórios em serviços de saúde da rede pública de Belém, Pará, Brasil. Rev Pan/Amaz Saúde. [Internet]. 2010 [cited 2016 June 23];1(1):67-71. Available from: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/rpas/v1n1/v1n1a10.pdf>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde [Internet] 2008 [cited 2016 June 25]; Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cab_n21_vigilancia_saude_2ed_p1.pdf
8. Jackson S, Sleight AC, Wang GJ, Liu XL. Poverty and the economic effects of TB in rural China. Int J Tuberc Lung Dis [Internet]. 2006 [cited 2016 July 12];10(10):1104-10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17044202>
9. Augustinus HA, Ten AAH, Bijlsma MW, Malla P, Shrestha B, Delnoij DM. The road to tuberculosis treatment in rural Nepal: A qualitative assessment of 26 journeys. BMC Health Serv Res [Internet]. 2008 [cited July 2016 12]; 8(7):1-7. Available from: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-7.pdf>
10. Silva ACO, Sousa MCM, Nogueira JA, Motta MCS. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose: potencialidades e fragilidades na percepção do enfermeiro. Rev eletrônica enferm [Internet]. 2007 [cited 2016 July 15]; 9(2): 402-16. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v9/n2/pdf/v9n2a09.pdf
11. El Kamel A, Joobeur S, Skhiri N, Mhamed SC, Mribah H, Rouatbi N. Fight against tuberculosis in the world. Rev Pneumol Clin. [Internet]. 2015 [cited 2016 July 15]; 71(2-3):181-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24878188>
12. Reis-Santos B, Pellacani-Posses I, Macedo LR, Golub JE, Riley LW, Maciel EL. Directly observed therapy of tuberculosis in Brazil: associated determinates and impact on treatment outcome. Int J Tuberc Lung Dis [Internet]. 2015 [cited 2016 July 15]; 19(10):1188-93. Available from:

Alves JCF, Paulo ZCA, Santos NMG dos et al.

Barreiras socioeconômico-culturais que retardam o...

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26459531>

13. Huynh GH, Klein DJ, Chin DP, Wagner BG, Eckhoff PA, et al. Tuberculosis control strategies to reach the 2035 global targets in China: the role of changing demographics and reactivation disease. *BMC Medicine* [Internet]. 2015 [cited 2016 July 15]; 13:88. Available from:

<https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-015-0341-4>

14. Beraldo AA, Arakawa T, Pinto ESG, Andrade RLP, Wysocki AD, Silva Sobrinho RA, et al. Atraso na busca por serviço de saúde para o diagnóstico da Tuberculose em Ribeirão Preto (SP). *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2012 [cited 2016 July 14];17(11):3079-86. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100024

15. Marquieviz J, Alves IS, Neves LU. A Estratégia de Saúde da Família no controle da tuberculose em Curitiba (PR). *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2013 [cited July 2016 12]; 18(1):265-71. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100027

16. Gomes ALC, Sá LD. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [cited 2016 July 12];43(2):365-72. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200016

17. Paula HC, Aguiar AC. Abandono do tratamento da tuberculose na estratégia saúde da família: estudo qualitativo em uma área programática do Rio de Janeiro. *Rev baiana saúde públ* [Internet]. 2013 [cited July 13];37(1):192-204. Available from:

<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/356/363>

18. Sá LD, Souza KMJ, Nunes MG, Palha PF, Nogueira JA, Villa CS. Tratamento da tuberculose em Unidades de Saúde da Família: histórias de abandono. *Texto contexto-enferm* [Internet]. 2007 [cited 2016 July 15]; 16(4):712-8. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a16v16n4.pdf>

19. Arcênio RA, Arakawa T, Oliveira MF, Carsozo-Gonzales RI, Scatena LM, Ruffino-Neto A, et al. Barreiras econômicas na acessibilidade ao tratamento da tuberculose em Ribeirão Preto - São Paulo. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [cited 2016 July 12];45(5):1121-7. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a13.pdf>

20. Nogueira JA, Ruffino-Neto A, Monroe AA, Cardozo-Gonzales I, Villa TCS. Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose na percepção do Agente Comunitário de Saúde. *Rev eletrônica enferm* [Internet]. 2007 [cited July 12];9(1):106-18. Available from:

https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v9/n1/pdf/v9n1a08.pdf

21. Andrade HS, Amaral JL, Fonseca DF, Oliveira VC, Gontijo TL, Guimarães EAA. Clinical epidemiological features of new tuberculosis cases. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2016 [cited 2016 July 10]; 10(7):2528-36. Available from:

<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/view/8979/pdf/10590>

22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde [Internet] 2011 [cited 2016 July 13]; Available from:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf

Submissão: 03/08/2016

Aceito: 01/10/2016

Publicado: 01/11/2016

Correspondência

Rejane Marie Barbosa Davim
Avenida Amintas Barros, 3735
Condomínio Terra Brasília
Bloco A, Ap. 601
Bairro Lagoa Nova
CEP 59056-215 – Natal (RN), Brasil