

Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde que atuam no controle da tuberculose em municípios do Estado de São Paulo¹

Evaluation of organizational health dimensions and health service performance in the control of tuberculosis in municipalities in the State of São Paulo

Tereza Cristina Scatena Villa^{II}, Antônio Ruffino-Netto^{III}, Sílvia Helena de Figueiredo Vendramini^{IV},
Maria Rita Bertolozzi^V, Rubia Laine de Paula Andrade^{VI}, Maria Amélia Zanon Ponce^{VII} et al.

Resumo

O objetivo deste trabalho foi avaliar as dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde que atuam no controle da tuberculose (TB) em municípios do Estado de São Paulo, no ano de 2007. Trata-se de um estudo descritivo, realizado na Sé, em São Paulo, em Ribeirão Preto (RP) e São José do Rio Preto (SJRP), utilizando um instrumento baseado no The Primary Care Assessment Tool (PCAT) para avaliação da organização e desempenho dos serviços no controle da TB no Brasil, referentes às dimensões: porta de entrada, acesso, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque na família e orientação para a comunidade. Indicadores foram construídos a partir da média dos escores de resposta, sendo classificados em satisfatório, regulares e insatisfatórios. Em RP e SJRP, foram obtidos desempenhos satisfatórios com as dimensões: acesso ao diagnóstico, tratamento, vínculo; e insatisfatórios as de caráter coletivo, como enfoque na família e comunidade. Dentre os gestores, notou-se um desconhecimento sobre as ações de TB realizadas em seu território. Na supervisão da Sé, as avaliações entre doentes e gerentes mostraram-se divergentes, mas o vínculo e os benefícios oferecidos foram considerados determinantes à adesão ao tratamento. Recomenda-se assegurar adequadas condições para a incorporação das ações de diagnóstico e tratamento da TB com capacitação das equipes para executá-las.

Palavras-chave: Tuberculose, avaliação de serviços de saúde, atenção primária de saúde

Abstract

The objective of this work was to evaluate the organizational health dimensions and performance of health services dealing with the control of tuberculosis (TB) in municipalities in the State of São Paulo, in 2007. This is a descriptive study, undertaken in Sé, in São Paulo, in Ribeirão Preto (RP) and São José do Rio Preto (SJRP), using an instrument based on The Primary Care Assessment Tool (PCAT) for the evaluation of the organization and performance of TB control services in Brazil, regarding the dimensions: entrance door, access, connection, range of services, coordination, focus on the family and community guidance. Indicators were constructed as from the average response scores, classified as satisfactory, regular, and unsatisfactory. In RP and SJRP, satisfactory performance was obtained with dimensions: access to diagnostics, treatment, connections; and unsatisfactory those of a collective character, with emphasis on the family and community. Within the administrators a lack of knowledge regarding the actions concerning TB in their territory was noted. In the supervision of the Sé, the evaluations between the ill and managers showed themselves to be divergent, but the ties and benefits offered were considered as determining the adherence to treatment. It is recommended that proper conditions for the incorporation of diagnostic action and treatment of TB with teams capable of executing them be ensured.

Key words: Tuberculosis, health services evaluation, primary health care

¹Financiamento PPSUS 2006/2007 com Processo 2006/61489-3.

^{II}Tereza Cristina Scatena Villa (tite@eerp.usp.br) é professora titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

^{III}Antônio Ruffino-Netto (aruffino@fmrp.usp.br) é professor titular do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP).

^{IV}Sílvia Helena de Figueiredo Vendramini (silviahve@gmail.com) é professora doutora do Departamento de Enfermagem Saúde Coletiva e Orientação Profissional da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP).

^VMaria Rita Bertolozzi (mrbertol@usp.br) professora livre docente do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

^{VI}Rubia Laine de Paula Andrade (rubia@eerp.usp.br) é enfermeira, doutoranda do Programa de Pós-graduação Interunidades de Doutorado em Enfermagem na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

^{VII}Maria Amélia Zanon Ponce (amelinha@usp.br) é enfermeira, doutoranda do Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).



O presente estudo foi desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa Epidemiológico-Operacional da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose/REDE-TB, e agregou pesquisadores da Universidade de São Paulo (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Escola de Enfermagem) e da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

A pesquisa teve como objetivo avaliar as dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde que atuam no controle da tuberculose em três municípios prioritários do Estado de São Paulo (Ribeirão Preto, São José do Rio Preto e São Paulo).

Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo de abordagem quantitativa.

A pesquisa envolveu os municípios de Ribeirão Preto, São José do Rio Preto e Supervisão de Saúde Sé (São Paulo). O critério de inclusão foi ter implantado a estratégia DOTS há pelo menos cinco anos, e ter pesquisadores integrados aos serviços de saúde do município.

O período de coleta de dados foi em 2007, por meio de entrevistas com: doentes de TB maiores de 18 anos, residentes nos municípios, em tratamento em 2007 e não pertencentes ao sistema prisional; Profissionais de Saúde (médicos, enfermeiros e auxiliares/técnicos

de enfermagem) que atuam diretamente nas ações de controle da TB, em serviços de AB (Unidades Básicas de Saúde – UBS, na Estratégia da Saúde da Família – ESF) e Unidades com PCT e gestores da Secretaria Municipal de Saúde.

Aplicou-se, para cada ator, instrumento componente do “Primary Care Assessment Tool” (PCAT)¹². Este instrumento foi adaptado e validado para o Brasil por Macinko e Almeida⁵ em Petrópolis (RJ), e adaptado para avaliar a atenção à TB por Villa e Ruffino-Netto¹³.

Os instrumentos continham questões específicas para avaliação do desempenho na atenção ao doente de TB, referentes às dimensões da AB: Porta de Entrada, Acesso (subdividido em acesso ao diagnóstico e acesso ao tratamento), Vínculo, Elenco de Serviços, Coordenação, Enfoque na Família e Orientação para a Comunidade. Cada questão continha cinco possibilidades de resposta tipo Likert e sua aferição se deu por meio de escala, na qual 1 (um) correspondia ao pior desempenho e 5 (cinco) ao melhor.

Para a análise quantitativa dos dados, foram criados indicadores para cada dimensão que correspondia ao valor médio obtido pela somatória de todas as respostas de todos os doentes entrevistados. Cada pergunta era dividida pelo total de respondentes.

O desempenho de cada indicador foi classificado como desfavorável, para os valores médios próximos

de 1 e 2, valores próximos de 3 – regular, e valores próximos de 4 e 5 - desempenho favorável.

O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética.

Resultados e discussão

O cenário de Ribeirão Preto

Em 2007, população estimada: 547.417 hab., 191 casos novos de TB registrados, coeficiente de incidência de 33,1 casos por 100.000 habitantes, e 78,7% de cura^{viii}; 77,7% de cobertura de tratamento supervisionado e viatura exclusiva para a realização das visitas domiciliares. Pacientes em tratamento recebem como incentivos: uma cesta básica por mês, um litro de leite por semana e vale-transporte.

A assistência à TB se organiza na modalidade programática, sendo o Programa de Controle da Tuberculose (PCT) distribuído em cinco Distritos Sanitários, com equipes fixas, mas não exclusivas do programa, compostas por: um médico, dois auxiliares de enfermagem e uma enfermeira. A população do estudo foi de 100 doentes.

Na dimensão acesso ao diagnóstico, verificou-se: 12% dos diagnósticos de TB foram realizados em UBS; 57% dos diagnósticos foram realizados em unidades de nível secundário (Ambulatório de Referência, Pronto Atendimento - PA); 20% em Hospitais Públicos; 11% em serviços privados. 88% dos doentes foram diagnosticados por serviços fora de sua área de abrangência e 12% foram diagnosticados pelos serviços de sua área, próximos de sua residência; 1% dos doentes foi diagnosticado por meio da busca ativa de sintomático respiratório (BSR); 88% foram atendidos na primeira vez que procuraram pelos Serviços de Saúde (SS); e 45% dos doentes gastaram com transporte para ir ao SS para obter o diagnóstico^{6,11}.

As dificuldades enfrentadas pelo doente na acessibilidade ao tratamento foram as distâncias grandes em relação ao serviço, despesas com transporte e perda de turno no trabalho para se consultar. Parte dos doentes recebeu vale-transporte e/ou cesta básica¹.

As dimensões acesso ao tratamento e vínculo apresentaram desempenhos favoráveis, sendo que o vínculo foi maior com o médico, seguido pelo auxiliar de enfermagem e depois enfermeiro (presença do profissional em apenas

duas equipes). Verificou-se melhor desempenho nos ambulatórios que atendiam menor número de doentes³.

Na dimensão enfoque na família, teve desempenho regular o monitoramento dos contatos de TB. Na orientação à comunidade, o desempenho foi insatisfatório para a BSR, a realização de atendimentos e orientação em grupo e a realização de atividades em parceria com a comunidade, mostrando que os serviços de saúde desenvolvem poucas ações de caráter coletivo⁴. Na dimensão elenco de serviços, verificou-se baixo oferecimento de teste de sensibilidade à tuberculina, vale-transporte, visitas domiciliares, educação em saúde e cesta básica.

Na visão dos 16 gerentes de UBS entrevistados, verificou-se o desconhecimento dos mesmos em relação às ações de controle da TB, bem como à situação epidemiológica da doença na sua área de abrangência. Identificou-se falta de preparo do gerente para assumir o planejamento em saúde, a organização, gestão e avaliação, pois conhecem pouco os problemas de saúde do seu território. A BSR encontra limites na sua incorporação de forma contínua e rotineira na AB, e as ações de controle da TB remetem a aspectos que dizem respeito à focalização⁹.

O cenário de São José do Rio Preto

A atenção à TB em São José do Rio Preto se organiza na modalidade programática realizada pela equipe especializada do Programa de Controle da Tuberculose (PCT), em processo gradual de descentralização para as unidades de atenção básica (Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família), sendo possível encontrar doentes acompanhados nos dois tipos de serviços: consulta médica no PCT e o tratamento supervisionado (TS) na AB (compartilhada).

De 156 doentes de TB diagnosticados no ano de 2007, foram entrevistados 108 doentes de TB, 37 profissionais de saúde e 15 gestores.

A dimensão acesso ao diagnóstico foi classificada com desempenho regular, na percepção dos doentes de TB. Os indicadores “gasto com transporte motorizado” e “consulta no prazo de 24 horas para descoberta da doença” foram insatisfatórios. O doente procurou a Unidade de Saúde, em média três vezes, para conseguir atendimento, sendo que a maioria dos casos foi diagnosticada em hospitais (52,8%)¹⁰.

Em relação ao acesso ao tratamento, avaliações entre doentes, profissionais e gerentes mostraram-se

^{viii}Ribeirão Preto. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Relatório de gestão ano 2007. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssau-de/conselho/i16relatoriogestao07.pdf>

divergentes. A maioria dos doentes relata não faltar medicamento para o TS, conseguir consulta médica no prazo de 24 horas e não esperar mais de 60 minutos para consulta durante o tratamento, o que demonstra bom desempenho do serviço de saúde após o diagnóstico da doença.

Existe dificuldade para obter informações ou marcar consultas por telefone, provavelmente, pelo fato de o sistema de saúde ainda não ter disponibilizado o “disque-consulta” para todas as Unidades de Saúde.

Na dimensão elenco de serviços, apenas 33% dos doentes afirmou receber visitas domiciliares (VD) durante o tratamento, e 92% negaram o recebimento de VD por outro motivo além da TB. Entretanto, metade dos profissionais (50%) referiu que sempre fazem VD durante o tratamento, e 38% afirmam que sempre realizam VD por outros motivos. Os gestores (46%) afirmaram que as VD são sempre oferecidas pelo serviço e que, às vezes, (33%) são realizadas VD por outros motivos além da TB.

Quanto ao oferecimento de benefícios sociais ao doente de TB, 51% dos doentes entrevistados negaram o oferecimento de vale-transporte e 62% afirmaram que sempre são oferecidas cestas básicas.

Observou-se que a percepção dos gestores sobre a oferta de serviços para o controle da TB nem sempre corresponde à realidade: desconhecem o oferecimento sistemático do teste de HIV para todos os indivíduos vulneráveis; desconhecem que a prova tuberculínica só é oferecida em situações especiais; desconhecem o processo de trabalho em relação a VD e TS. É provável que existam problemas de comunicação entre os níveis de gestão, ficando, o domínio da situação, nos níveis mais operacionais de gestão (gerentes de Unidades e coordenador do PCT).

Observam-se falhas na referência e contrarreferência, levando-nos a inferir que o sistema de saúde está organizado de forma ainda fragmentada, despreparado para atender ao princípio da integralidade das ações de controle de TB.

O vínculo foi avaliado com desempenho satisfatório, na percepção dos doentes de TB, profissionais de saúde e gestores. Entretanto, os gestores atribuíram menor valor na avaliação, diferenciando-se dos doentes na maioria dos indicadores, podendo inferir que a visão dos gestores ainda é voltada, predominantemente, aos aspectos burocrático-administrativos, ne-

cessitando que estes integrem mais as ações gerenciais e assistenciais⁸.

Na dimensão enfoque na família, encontrou-se, na percepção do doente de TB, desempenho satisfatório para os indicadores que demonstram preocupação dos profissionais de saúde, em relação às condições de vida do doente e de sua família, as doenças da família e a presença de sinais e sintomas da TB, entretanto, os profissionais não conversam com as famílias a respeito da TB, seu tratamento e outros problemas de saúde, cujos indicadores foram considerados insatisfatórios⁷.

Quanto à dimensão orientação para comunidade, o desempenho foi insatisfatório para a BSR solicitar participação das comunidades para discutir problemas de saúde pertinentes à TB⁷.

O cenário do distrito da Sé (São Paulo)

População: 16.927 habitantes em 2008, com grande contingente populacional em situação de rua. Os maiores índices se encontram na região Centro-Oeste, particularmente, na Subprefeitura da Sé, que também apresentava o maior percentual de soropositivos em doentes com TB (20,4%) e a menor cobertura de TS (20,9%), em 2004.

As ações e serviços de saúde estão sob a coordenação da Supervisão Técnica de Saúde da Sé, inclusive as ações vinculadas ao PCT. As ações como BSR, diagnóstico e TS são feitos nas unidades de AB.

Foram entrevistados 53 doentes (dos 78 doentes em tratamento na Sé), 40 profissionais de saúde de UBS e seis gestores.

Na opinião dos doentes, a UBS foi a unidade de saúde mais procurada, por ocasião de doença, mas parcela expressiva referiu ter obtido diagnóstico em hospitais ou pronto-atendimento. O acesso ao diagnóstico e ao tratamento revelou-se como adequado, de modo geral, evidenciando-se estabelecimento de vínculo, principalmente com auxiliares de enfermagem. Apontou-se que a melhora nas condições de vida constituem uma das mais fortes razões para o prosseguimento do tratamento.

No que diz respeito ao elenco de serviços, o aspecto mais deficiente, foi o relativo aos “incentivos”, como o vale-transporte e a cesta básica. A maior parcela referiu nunca ter sido encaminhada para unidades de referência, mas é desconhecido se isto decorre do precário acesso ou da ausência de necessidade.

De modo geral, as unidades de saúde não realizam visita domiciliária, concentrando suas ações no âmbito intramuros, incluindo a busca de casos. É interessante notar que os profissionais de saúde conduzem suas ações com base na família, o que é paradoxal, pois o atendimento extramuros é bastante limitado. Os doentes apontam observar ações educativas no interior das unidades de saúde, mas isto não ocorre na comunidade².

Na opinião dos profissionais (que vai de encontro ao relato dos doentes), a UBS é a unidade de saúde mais procurada por ocasião de doença, mas parcela expressiva relata que os pacientes procuram Hospitais ou PA. O acesso ao diagnóstico e ao tratamento revelou-se como razoável, de modo geral, embora parcela considerável dos profissionais relatarem que, eventualmente, os pacientes levam mais de 60 minutos para serem atendidos, assim como têm dificuldade para se deslocar até o serviço, necessitando de transporte motorizado, e pagando por ele.

Quanto ao vínculo, os profissionais relataram que agentes comunitários e auxiliares de enfermagem o estabelecem com mais propriedade, embora um terço relate que, às vezes, os doentes sofrem discriminação por outros trabalhadores. No que diz respeito ao elenco de serviços, o aspecto mais deficiente apontado foi o relativo aos “incentivos”, como o vale-transporte e a cesta básica. De modo geral, os profissionais contradizem os doentes quanto às afirmações de que não realizam visita domiciliar ou orientação para a comunidade.

Por fim, pelo menos metade dos entrevistados sente que a TB não foi abordada de forma suficiente durante sua formação e relata que não participou de treinamento específico para a assistência em TB, apontando a necessidade de capacitação permanente. Apesar disso, sentem-se qualificados para atender à TB e a diversidade cultural dos doentes, que envolvem graus distintos de exclusão social, ao mesmo tempo em que se colocam como impotentes para lidar com tal realidade, buscando a sua superação, às vezes, sem respaldo das instâncias superiores².

Na opinião dos gerentes das UBS, a agenda municipal para TB é adequada, embora parcela significativa não participe da discussão e definição de ações de saúde e aplicação de recursos para controle da doença, razão pela qual divergem quando o assunto são os incentivos e a intermitência do seu oferecimento.

Acreditam que a UBS é a unidade de saúde mais procurada por ocasião de doença, e que o acesso ao

diagnóstico e ao tratamento revelou-se como razoável, evidenciando-se estabelecimento de vínculo, principalmente com auxiliares de enfermagem. No que diz respeito ao elenco e coordenação de serviços, o aspecto mais deficiente apontado, foi o relativo aos “incentivos”, como o vale-transporte e cesta básica, tal qual citado anteriormente. De modo geral, os gestores classificam como bom o enfoque na família e a orientação para a comunidade, embora reconheçam a necessidade de aprimoramento. Assim como os profissionais, pelo menos metade dos gestores relatou que a TB não foi abordada de forma suficiente durante sua formação e que não participaram de treinamento específico².

Considerações Finais

A metodologia empregada neste estudo possibilitou avaliar o desempenho dos serviços de saúde (ESF e UR-PCT) e comparar a percepção dos diferentes atores que participam do PCT nos centros urbanos do estudo, assim como apresentou viabilidade de aplicação e potencial de avaliação dos serviços de saúde do SUS.

Encontrou-se que a dimensão acesso ao diagnóstico foi a que teve um dos piores desempenhos. Como consequência disso, tem-se que nos três municípios o diagnóstico dos doentes de TB foi realizado, principalmente, em unidades de nível secundário e terciário (UR e hospitais).

Acredita-se que muitos casos de tuberculose não estão sendo diagnosticados devido às dificuldades de acesso aos serviços de saúde, como grandes distâncias ao serviço e, assim, despesas com transporte ou atrasos no emprego, como encontrados em RP e SJRP. Deste modo, identificaram-se medidas por parte dos serviços de saúde que atenuam os gastos do doente, tais como: oferecimento de vale-transporte ou alimentação, ainda que restrito a um determinado número de doentes.

Além disso, acredita-se que a dificuldade no diagnóstico da TB se dá pela debilidade quantitativa e qualitativa dos recursos humanos e da visão centralizada e fragmentada das ações de controle da TB no sistema de saúde, agravadas pela alta rotatividade de profissionais nos serviços de saúde, principalmente na Atenção básica, fruto da descontinuidade político-partidária, o que resulta na sobrecarga de funções e afeta a interação profissional-doente. Isso demonstra que o modelo de atenção vigente, caracterizado pela fragmentação e especialização, não valoriza as questões de promoção

da saúde e prevenção da doença, tendo o seu enfoque mais voltado às ações curativas.

A visão dos gerentes de UBSs ou ESF de RP e SJRP aponta para o seu desconhecimento em relação à problemática da TB na sua área de abrangência. Os gerentes não se veem no papel de gestores, responsáveis pelas tomadas de decisões de sua unidade e também pela incorporação e viabilização das ações de TB na AB em RP e SJRP.

A maioria dos indicadores mostraram-se divergentes entre os doentes e outros atores, principalmente o gestor. Nesse sentido, podemos inferir que a visão dos gestores ainda é voltada, predominantemente, aos aspectos burocrático-administrativos, e que as ações de supervisão e controle realizadas em seu cotidiano possibilitam um distanciamento entre os gerentes e os usuários dos serviços.

Destaca-se que, neste estudo, a colaboração dos coordenadores e equipes do PCT, em todas as fases da pesquisa, permitiu uma boa condução do campo empírico, configurando uma parceria serviço-academia.

Este estudo demonstrou a importância de construir instrumentos que possam ser respondidos e interpretados pelas equipes locais como estratégias de automonitoramento e melhoria da qualidade.

Agradecimentos

À equipe do CVE -Tuberculose, São Paulo, Dra Vera Maria Neder Galesi e Dra Laede Alves Rodrigues dos Santos e às equipes dos Programas de Controle da Tuberculose de Ribeirão Preto, Dra Lis Aparecida de Souza Neves, Angela Maria Aparecida Serafim, Terezinha KinueYano e São José do Rio Preto, Dra Maria Rita de Cássia Oliveira Cury.

Referências

1. Arcêncio RA, Arakawa T, Oliveira MF, Cardozo Gonzales RI, Scatena LM, Ruffino Netto A, Villa Tereza Cristina Scatena. Barreiras Econômicas na Acessibilidade ao Tratamento da Tuberculose em Ribeirão Preto- São Paulo. *Rev Esc Enferm* 2011. (no prelo).
2. Bataiero MO. Acesso, vínculo e adesão ao tratamento para a tuberculose: dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde. [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2009.
3. Brunello MEF, Cerqueira DF, Pinto IC, Arcêncio RA, Cardozo-Gonzales RI, Villa TCS, et al. Patient-Health professional bonding in the Tuberculosis care. *Acta Paul Enferm* 2009; 22(2):176-82.
4. Curto M, Scatena LM, Andrade RLP, Palha PF, Assis EG, Scatolin BE et al. Controle da tuberculose: percepção dos doentes sobre orientação a comunidade e participação comunitária. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2010; 18(5): 983-989.
5. Macinko J, Almeida C. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: OPAS/OMS/MS; 2006, p.215.
6. Oliveira MF, Arcencio RA, Ruffino Netto A, Scatena LM, Villa TCS. Acesso ao diagnóstico da tuberculose no município de Ribeirão Preto – SP: a porta de entrada (2006-2007). *Rev Esc Enferm* 2011. (no prelo).
7. Oliveira SAC, Ruffino-Netto A, Villa TCS, Vendramini SHF, Andrade RLP, Scatena LM. Health services in tuberculosis control: family focus and community orientation. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2009; 17(3): 361 - 367.
8. Ponce MAZ, Vendramini SHF, Santos MR, Santos MLGS, Scatena LM, Villa TCS. Vínculo profissional-doente no tratamento da tuberculose: desempenho da atenção básica em município do interior paulista. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2011. (no prelo).
9. Protti ST, Silva LMC, Palha PF, Villa TCS, Ruffino-Neto A, Nogueira JA et al. A gerência da Unidade Básica de Saúde no controle da tuberculose: um campo de desafios. *Rev Esc Enferm* 2010; 44(3): 665-670.
10. Quintero MCF. Atenção Básica em Saúde: Acesso ao Diagnóstico da Tuberculose em São José do Rio Preto-SP. [Dissertação]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2010.
11. Scatena LM, Villa TCS, Rufino-Netto A, Kritski AL, Figueiredo, TMRM Vendramini SHF et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. *Revista Saúde Pública* 2009; 43(3):389-97.
12. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde /Unesco; 2002. p.725.
13. Villa TCS, Ruffino-Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da tuberculose no Brasil. *J Bras Pneumol* 2009; 35(6): 610-12.