

# TUBERCULOSE E A EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS - SP

Tuberculosis and the oral health staff in the family health program of São Carlos - SP, Brazil

Daiana Laurenci Orth<sup>1</sup>, Rosely Moralez de Figueiredo<sup>2</sup>, Juliano de Souza Caliani<sup>3</sup>

## RESUMO

As equipes de saúde bucal da saúde da família participam de todas as ações preventivas e educativas realizadas pela equipe, entretanto pouco se sabe sobre o preparo destes profissionais para a realização de tais ações. Este trabalho vem, portanto, identificar o conhecimento da Equipe de Saúde Bucal de Unidades de Saúde da Família sobre a tuberculose (TB). Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, realizado com profissionais da saúde bucal de 14 unidades de saúde da família, no período setembro a novembro de 2009. Resultados e Discussão: Participaram do estudo 12 dentistas e 12 auxiliares de consultório odontológico, entre os quais 91,6% eram mulheres com média de 40 anos e quatro anos de experiência no programa. Todos os participantes reconhecem a importância de identificar os sintomáticos respiratórios, 66% apontaram a necessidade do uso de equipamentos de proteção individual e 33% acreditam que o tratamento deva ser realizado em casa. A baciloscopia de escarro foi citada 87,5% como o primeiro exame a ser solicitado, tanto para o diagnóstico inicial quanto para avaliar o tratamento. Já com relação à indicação da cultura de escarro, somente 45% reconhecem o seu uso, 25% afirmaram que o teste tuberculínico positivo é sinônimo de doença e 16% reconheceram que o exame radiológico é um meio de diagnosticar a TB. Conclusão: Os resultados obtidos apontam que as equipes de saúde bucal necessitam de um processo permanente de aquisição de novos conhecimentos e aprimoramento dos já adquiridos a fim de garantir a atenção ao paciente com TB, a sua família e segurança da equipe.

**PALAVRAS-CHAVES:** Tuberculose; Programa Saúde da Família; Saúde Bucal.

## ABSTRACT

The oral health staff of the family health strategy participate in all educational and preventive actions performed by the team, though little is known about the proficiency of these professionals to carry out such actions. Given the lack of studies addressing the topic, this work was aimed to identify the knowledge of the Oral Health Staff of the Family Health Units on tuberculosis (TB). Methodology: This was a descriptive, quantitative study of oral health professionals in 14 family health units, during the September-November months, 2009. Results and Discussion: 12 dentists and 12 dental assistants participated, among whom 91.6% were female, with a mean age of 40 years and 4 years of experience in the program. All participants recognized the importance of identifying patients with respiratory symptoms and 66% indicated the need for the use of personal protective equipment. 33% believed that treatment should be performed at home. 87.5% stated that sputum smear is the first test to be requested and is recommended for both the initial diagnosis and treatment follow-up. Regarding the indication of sputum culture, only 45% acknowledged its use. 25% said that the positive tuberculin test is synonymous with disease and 16% recognized that the radiological examination is a means of diagnosing TB. Conclusion: The results obtained suggested that oral health teams need continuing medical education in order to ensure the best care of TB patients and their family and the security of the team.

**KEYWORDS:** Tuberculosis; Family Health Program; Oral Health.

<sup>1</sup> Daiana Laurenci Orth, Aluna de graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos.

<sup>2</sup> Rosely Moralez de Figueiredo, Enfermeira. Professora Doutora. Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos.

<sup>3</sup> Juliano de Souza Caliani, Enfermeiro. Mestrado pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos. E-mail: julianocaliani@yahoo.com.br.

## INTRODUÇÃO

O Brasil está entre os países que apresentam os maiores índices de morbi-mortalidade por tuberculose (TB) com 85.000 casos novos e aproximadamente 6.000 óbitos todos os anos.<sup>1</sup>

Considerando que a forma mais comum da doença é a pulmonar, favorecendo a dispersão do bacilo e aumentando o risco de infecção<sup>2</sup>; estima-se que 50 milhões de brasileiros estejam infectados pelo *Mycobacterium tuberculosis*.<sup>3</sup>

Apesar da TB ser curável desde os anos de 1950, uma das principais dificuldades que o Programa de Controle da Tuberculose (PCT) encontra é o diagnóstico tardio da doença, seja pela falta de acesso do usuário aos serviços de saúde ou pela dificuldade de identificação dos sintomáticos respiratórios pelos profissionais de saúde, o que pode ainda aumentar o risco de infecção ocupacional.<sup>4,5</sup>

Entre os vários riscos de infecção a que estão sujeitos os profissionais de saúde e seus pacientes, está o risco da transmissão de agentes infecciosos dentro do próprio ambiente clínico, o qual pode ser potencializado pela proximidade de contato com o indivíduo infectado ou doente, como ocorre com o cirurgião dentista, que além da exposição acidental com materiais biológicos, a grande proximidade com os clientes favorece o contato com aerossóis e respingos que podem ser formados no ato do atendimento.<sup>6-8</sup>

O risco de contaminação biológica tanto para o profissional da odontologia e sua equipe, bem como para o paciente é uma realidade que pode ser detectada no desconhecimento de aspectos importantes como formas de transmissão de algumas doenças ou condições de resistência de alguns microorganismos.<sup>9</sup>

A fim de reorientar o modelo assistencial vigente, aproximar o usuário do serviço e aumentar a identificação precoce de doenças, foi criada a estratégia do Programa de Saúde na Família. Apesar deste programa se constituir numa fonte de emprego em expansão para o cirurgião-dentista no Brasil, os profissionais apresentam frequentemente muitos desafios devido a características predominantemente curativas na sua formação, o que dificulta o desenvolvimento de atividades de promoção, manutenção e recuperação da saúde.<sup>10,11</sup>

A equipe de saúde bucal, integrante da equipe de saúde da família, participa de todas as ações desenvolvidas na unidade, inclusive ações preventivas e educativas que visam o controle da TB. No entanto, independentemente do tempo de formado, muitas vezes os profissionais dentistas não se sentem preparados para essas atividades, podendo comprometer a sua realização.<sup>10,12</sup>

Diante dessa crescente demanda de atuação do profissional dentista e da falta de estudos que abordem o tema, vem este trabalho identificar o conhecimento da Equipe de Saúde Bucal de Unidades de Saúde da Família (USF) sobre a TB.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa realizado no período de setembro a novembro de 2009, nas 14 Unidades de Saúde da Família do município de São Carlos - SP onde se analisou o conhecimento dos profissionais da saúde bucal (dentistas e auxiliar de consultório odontológico) sobre TB.

Foi aplicado um questionário objetivo, estruturado, desenvolvido pelos pesquisadores. O instrumento foi elaborado a partir do Caderno de Atenção Básica de Saúde Bucal<sup>18</sup>, contemplando aspectos do modo de transmissão, formas de diagnóstico, tipos de tratamento e atitudes da equipe.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de São Carlos (protocolo N° 299/2009) e todas as recomendações da Resolução 196 foram seguidas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram abordados todos os 28 profissionais de odontologia presentes nas USF do município, onde 24 (85,7%) concordaram em participar da pesquisa, sendo 12 dentistas e 12 auxiliares de consultório odontológico.

Os indivíduos estudados eram em sua maioria mulheres (91,6%), com distribuição etária de 27 a 53 anos e média de idade de 40 anos e tempo de trabalho nas USF variando 7 meses a 9 anos, sendo a média de 4 anos e 9 meses.

Quanto à identificação do sintomático respiratório, observa-se que 100% dos participantes da pesquisa reconhecem que durante o atendimento devem identificar os casos suspeitos de TB e desenvolver ações integradas com a equipe de saúde. Contudo a adoção das condutas de biossegurança e o uso de equipamentos de proteção individual foram apontados como necessários somente por 66% dos profissionais.

Apesar de algumas infecções odontológicas, como o herpes, não trazerem preocupação quanto a sua gravidade; tal evidência não diminui a necessidade da utilização de medidas preventivas que visam proteção da saúde do paciente, do auxiliar e do profissional.<sup>9</sup>

Os profissionais de saúde devem seguir as condutas de biossegurança e implantar normas de prevenção e controle da TB entre as equipes.<sup>12,13</sup>

Em caso de doença ativa, 45% dos profissionais concordam que se deve realizar somente tratamento conservador, entretanto, 33% ainda acreditam que se deva orientar o paciente a permanecer em casa, durante a evolução da doença para evitar o contágio para outras pessoas.

Embora a equipe de saúde bucal não esteja diretamente ligada ao tratamento do paciente com TB, cabe à mesma o papel de reconhecer os sinais e sintomas da doença, conhecer o fluxo de atendimento e encaminhar os usuários suspeitos para diagnóstico e ou tratamento.<sup>14</sup>

Em relação à manifestação da TB, 87,5% dos profissionais afirmam que é uma doença infecciosa que acomete principalmente os pulmões, podendo atingir outros órgãos. Apenas 33% conhecem a existência de outras espécies de micobactérias. A grande associação da TB apenas com a forma pulmonar se dá pela alta incidência desta forma da doença, que gira em torno de 84% das notificações.<sup>15,16</sup>

Um total de 87,5% dos entrevistados reconhecem que a associação com alcoolismo e aids contribuem para o aumento dos casos e da gravidade da TB e 83% concordam que a TB multirresistente é um dos grandes problemas para a cura da doença.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os elevados números da TB podem estar associados às causas fragilizadoras do organismo humano como as doenças crônicas, o alcoolismo e o uso do tabaco, os quais, associados às dificuldades de adesão ao tratamento, contribuem para o aumento de cepas de microrganismos multirresistentes.<sup>12,17</sup>

Quanto à transmissão da TB (Quadro 1) observam-se os altos índices de acertos indicando que os profissionais entrevistados possuem conhecimento sobre as formas de transmissão existentes.

**Quadro 1** - Opinião da equipe de saúde bucal das USF sobre formas de transmissão da tuberculose. São Carlos - SP, 2010.

Opções	%
1. Através dos maus hábitos como beber, fumar, não se alimentar bem e dormir pouco	8,0
2. Através do uso compartilhado de seringas, agulhas e lâminas de barbear	0
3. Através da inalação dos aerossóis de secreções respiratórias contendo gotículas infectantes	96,0
4. Através do contato com copos e talheres utilizados por uma pessoa com tuberculose	0
5. As gotículas podem ser eliminadas no ar pela tosse, espirro e fala da pessoa com TB	100,0
6. Os perdigotos de tuberculose podem ser dispersos pelo aerossol do spray da turbina dos motores de mão odontológicos	91,5

\* Cada profissional poderia marcar mais de uma resposta.

O Caderno de Saúde Bucal aponta que a TB é transmitida pela inalação de aerossóis de secreções respiratórias contendo gotículas infectantes e refere que os perdigotos de TB podem ser dispersos pelo aerossol do *spray* da turbina dos motores de mão odontológicos.<sup>13,18</sup> Isso eleva as possibilidades de dentistas e de seus auxiliares se infectarem durante o atendimento de um paciente com TB, quando aerossóis são lançados durante procedimentos e sprays de água resultam em perdigotos contendo o *Micobacterium*.<sup>19</sup>

Ao questionar quanto ao maior risco de uma pessoa ser infectada com o bacilo da TB, 79% assinalaram que é através do contato com o doente em ambiente fechado, com pouca ventilação e ausência de luz solar e 54% assinalaram que é em contato com o doente que abandonou o tratamento.

Sabe-se que as partículas infectantes ficam dispersas no ar por algumas horas, podendo ser inativadas pela luz solar e dissipadas rapidamente em ambiente ao ar livre. Com isto, o risco de transmissão da TB torna-se mais intenso em ambientes confinados e com pouca luz solar.<sup>20</sup>

Quanto aos sinais e sintomas mais frequentes da TB (Quadro 2), as respostas dos participantes atenderam ao esperado, estando em concordância com o descrito no caderno de Saúde Bucal.<sup>18</sup>

**Quadro 2** - Opinião da equipe de saúde bucal das USF sobre os sinais e sintomas mais frequentes da TB. São Carlos - SP, 2010.

Sintomas	%
Tosse $\geq$ 3 semanas	100,0
Febre	79,0
Insuficiência respiratória	41,5
Perda de peso	87,5
Tontura	4,1
Cansaço	96,0
Escarro às vezes com sangue	100,0
Dores de cabeça	20,8
Ganho de peso	0
Suor noturno	70,8
Dores no peito	58,0
Perda de apetite	75,0

\* Cada profissional poderia marcar mais de uma resposta.

Os sinais clínicos mais comuns do doente por TB são: tosse produtiva com expectoração mucosa ou purulenta e às vezes com sangue, dispneia, dor torácica e rouquidão, febre, tontura, sudorese noturna e perda ponderal. Contudo esta sintomatologia pode demorar até três meses para apresentar todos os sinais evidentes da doença, o que pode dificultar a associação precoce com a TB.<sup>21</sup>

Com relação aos meios diagnósticos utilizados, 87,5% dos profissionais afirmam que a baciloscopia de escarro (BK) é normalmente o primeiro exame a ser solicitado e é

indicada tanto para o diagnóstico inicial quanto para a avaliação da efetividade do tratamento. Já com relação à indicação da cultura de escarro, somente 45% reconhecem que deve ser solicitada em casos suspeitos de TB pulmonar com baciloscopia negativa e nos casos de TB extra-pulmonar.

O diagnóstico da TB pulmonar baseia-se na história clínica do usuário e na realização de exames como baciloscopia direta de escarro que, além de ser o exame mais rápido e econômico, fornece o diagnóstico de certeza. Contudo a cultura representa o padrão ouro para o diagnóstico da doença devido à sua alta sensibilidade.<sup>22</sup>

Quanto ao teste tuberculínico (PPD), 25% dos profissionais afirmaram erroneamente ser um teste positivo sinônimo de doença. O teste de PPD realizado através da administração intradérmica de tuberculina indica apenas contato com o Bacilo da Tuberculose e não é suficiente para o diagnóstico de TB. Desta forma, os testes cutâneos não identificam a doença e apenas que o indivíduo teve contato com o bacilo e uma reação de hipersensibilidade cutânea está ativa.<sup>14</sup>

A indicação de exame radiológico de tórax equivocadamente não foi reconhecida como método diagnóstico para detecção de TB por 16% dos profissionais, o que pode ser justificado por estudos que afirmam que o exame radiológico é apenas auxiliar no diagnóstico da doença, podendo ajudar na exclusão de outras doenças pulmonares que necessitam de tratamento concomitante.<sup>21,22</sup>

Quanto ao tratamento da TB 91,5% dos profissionais de saúde bucal, afirmaram que o uso correto dos medicamentos garante o sucesso do mesmo. Entre eles 87,5% confirmaram que o esquema mínimo tem duração de seis meses e que a forma de TB multirresistente se deve à interrupção do tratamento após melhora aparente dos sintomas. A estratégia de tratamento diretamente observado (DOTS) foi reconhecida por 75% dos profissionais e apenas 37,5% referiram conhecer as alterações do esquema terapêutico ocorridas em 2009. Nessa ocasião o esquema terapêutico básico passou de três para quatro drogas, reduzindo a quantidade de comprimidos diários de seis para dois e implantando a dose fixa combinada.<sup>23</sup>

A TB pode ser curável em todos os casos, desde que seguido os princípios da quimioterapia.<sup>24</sup> O Tratamento Supervisionado é uma estratégia do Ministério da Saúde que consiste no tratamento diretamente observado e de curta duração, mas que não deve ser entendida apenas como tal, uma vez que compreende a detecção de casos por microscopia, a provisão regular das drogas, o sistema eficiente de registro de dados, o compromisso político no controle da TB e também a supervisão direta do tratamento.<sup>25</sup>

Cabe aos profissionais dos serviços de saúde da família a responsabilização pela integralidade das ações em saúde, ou seja, a realização de ações que vão desde as práticas preventivas pela busca ativa de casos na comunidade, mediante visita domiciliar, até acompanhamento ambulatorial dos casos diagnosticados de TB.<sup>26</sup>

Em relação à atuação da equipe de saúde bucal, 87,5% reconhecem que pacientes com doença ativa deverão receber somente tratamento conservador e 96% reconhecem que, em caso de alta por cura, o clínico deverá ser consultado para a realização de baciloscopia e radiologia, e só a partir dos resultados o usuário deverá ser encaminhado para tratamento odontológico. Estas respostas apontam o conhecimento da equipe, estando em concordância com as orientações do programa de controle da tuberculose.<sup>27</sup>

As equipes entrevistadas demonstram conhecimento quanto à responsabilidade na identificação de lesões tuberculosas na boca, no surgimento da doença periodontal e a necessidade de esterilização dos materiais (Quadro 3). Deve-se reforçar o respeito às normas de biossegurança, ou seja, esterilização dos materiais e o uso de Equipamento de Proteção Individual.<sup>19</sup>

A capacitação e atualização das equipes de saúde da família é fundamental<sup>28</sup>, tendo em vista que nessa proposta de trabalho, essa equipe deve estar preparada para identificar e dar continuidade de atenção à sua população adstrita, independentemente da sua categoria profissional e da necessidade de saúde identificada.<sup>29</sup>

**Quadro 3** - Avaliação do conhecimento dos profissionais da equipe de saúde bucal das USF sobre seu papel na atenção à TB. São Carlos, 2010.

Conhecimento da equipe	%
Há lesões tuberculosas na boca, porém raras, que surgem em função de microorganismos presentes no escarro e, mais comumente, se alojam na base da língua.	58%
Os materiais utilizados devem ser esterilizados sempre após seu uso e antes de usar em outro paciente.	91,5%
Pode haver uma predisposição ao surgimento da doença periodontal, em função da diminuição da resistência a irritantes locais, criando uma tendência à reabsorção do osso alveolar.	58%
As lesões bucais que podem ser apresentadas na forma de aftas.	25%

\* Cada profissional poderia marcar mais de uma resposta.

Os resultados encontrados, apesar de estarem em concordância com as normas do Caderno de Atenção Básica de Saúde Bucal, não podem ser generalizados para outras populações e até mesmo para o município, uma vez que

representam apenas o conhecimento dos profissionais das equipes de saúde bucal das Unidades de Saúde da Família do município de São Carlos - SP.

## CONCLUSÃO

As equipes abordadas são compostas por 91,6% de mulheres, com média de 40 anos de idade e cerca de 5 anos de experiência em USF.

Diante dos questionamentos, os profissionais demonstraram conhecimento quanto à importância da identificação do sintomático respiratório, da transmissão da doença, dos sinais e sintomas mais comuns, do diagnóstico e da identificação de lesões tuberculosas na boca. Contudo ainda apresentam falhas quanto ao conhecimento do PPD, da transmissibilidade e do tratamento da TB, considerando necessária a permanência do cliente em casa durante toda a evolução da doença e a não adesão a condutas de biosegurança e de equipamentos de proteção individual por todos os participantes.

A organização dos serviços de saúde da família favorece a interdisciplinaridade na promoção da saúde. Desta forma, é esperado cada vez mais que as equipes de saúde atuem de forma conjunta contribuindo com a detecção precoce, orientação e manutenção de tratamento das pessoas com TB. Contudo, fragilidades de conhecimento identificadas na pesquisa sugerem uma necessidade de maior envolvimento das equipes de saúde bucal nas estratégias de controle da TB. Nessa proposta de trabalho, as equipes devem estar preparadas para identificar e dar continuidade na atenção a sua população adstrita, independente da sua categoria profissional e da necessidade de saúde identificada.

## REFERÊNCIAS

1. Dye C, Scheele S, Dolin P, Pathania V, Raviglione MC. Consensus statement. Global burden of tuberculosis: estimated incidence, prevalence, and mortality by country. In: Lindoso AABP, Komatsu EAWN, Figueiredo SM, Taniguchi M, Rodrigues LC. Perfil de Pacientes que evoluem para óbito por tuberculose no município de São Paulo, 2002. Rev Saúde Pública. 2008 abr; 42(5):805-12.
2. Moreira TR, Zandonade E, Maciel ELN. Risco de infecção tuberculosa em agentes comunitários de saúde. Rev Saúde Pública. 2010 abr; 44(2):332-8.
3. Silva DGST, Silva BDS, Junqueira - Kipnis AP, Fouad RM. Tuberculose em pacientes com artrite reumatoide: a dificuldade no diagnóstico da forma latente. J Bras Pneumol. 2010 abr; 36(2):243-51.
4. Muniz JN, Palha PF, Monroe AA, *et al.* A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2005 abr; 10(2):315-21.
5. Oliveira LGD, Natal S, Chrispim PPM. Tratamento diretamente supervisionado: estratégia para o controle da tuberculose. Rev APS. 2010 jul/set; 13(3):357-64.
6. Discacciati JAC, Sander HH, Castilho LS, Resende VLS. Verificação da dispersão de respingos durante o trabalho do cirurgião-dentista. Rev Panam Salud Publica. 1998 fev; 3(2):84-7.
7. Santos LFT, Peloggia MC. Conhecimentos, atitudes e comportamento frente aos riscos operacionais dos cirurgiões dentistas do Vale do Paraíba. Rev Biociênc. 2002; 8 (1):85-93.
8. Moreira TR, Zandonade E, Maciel ELN. Risco de infecção tuberculosa em agentes comunitários de saúde. Rev Saúde Pública. 2010 abr; 44(2):332-8.
9. Neto JMS, Lima CCM, Assunção EFP, Motta FD, Batista OM, Sampaio MCC. Conhecimento acadêmico sobre transmissão e controle de infecções na prática odontológica. Rev Bras Ciênc Saúde. 2001; 5(2):159-66.
10. Araújo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. Ciênc Saúde Coletiva. 2006 mar; 11(1):219-27.
11. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. Cad Saúde Pública. 2007 nov; 23(11):2727-39.
12. Andrade LM, Horta HGP. A progressão da tuberculose: um alerta para profissionais de saúde oral. Rev CROMG. 2000; 6(2):113-7.
13. Garcia LP, Blank VLG. Condutas pós - exposição ocupacional a material biológico na odontologia. Rev Saúde Publica. 2008; 42(2):279-86.
14. Ramalho KM, Buscariolo IA, Adde CA, Tortamano IP. Reeclosão da tuberculose: implicações para a Odontologia.

- Rev Assoc Paul Cir Dent. 2006 jul; 60(4):283-8.
15. Lopes AC. Tuberculose. In: Melo FAF, Tratado de Clínica Médica. São Paulo: Editora Roca; 2006.
16. World Health Organization. Global Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing. Geneva: WHO Report; 2009.
17. Dalcolmo MP, Andrade MKN, Picon PD. Tuberculose multirresistente no Brasil: histórico e medidas de controle. Rev Saúde Pública. 2007 jun; 41(1):34-42.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. Saúde Bucal, 2004. [Citado em: 2009 mar. 20]. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcd17.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd17.pdf).
19. Andrade LM, Horta HGP. A progressão da tuberculose: um alerta para profissionais de saúde oral. Rev CROMG. 2000; 6(2):113-7.
20. Ribeiro SN. Tuberculose. In: Bethlem N. Pneumologia. 4ª ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2002. p.379- 448.
21. Veronesi R, Focaccia R. Tratado de Infectologia. 3ª ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2005. 2388 p.
22. Nogueira PA, Abrahão RMCM, Malucelli MIC. Baciloscopia de escarro em pacientes internados nos hospitais de tuberculose do Estado de São Paulo. Rev Bras Ppidemiol. 2004 mar; 7(1):54-63.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Recomendações para controle da Tuberculose no Brasil. Brasília, 2010. [Citado em: 2010 dez. 10]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_de\\_recomendacoes\\_controle\\_tb\\_novo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_de_recomendacoes_controle_tb_novo.pdf).
24. Brasil. Ministério da Saúde). Tuberculose Guia de Vigilância Epidemiológica, 2005. [Citado em: 2010 dez. 10]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/tuberculose\\_gve.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/tuberculose_gve.pdf).
25. Vendramini SHF, Villa TCS, Palha PF, Monroe AA. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma unidade de saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente. Bol Pneumol Sanit. 2002 jun; 10(1):5-12.
26. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface Comunic Saúde Educ. 2005 fev; 9(16):39-52.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Brasília: MS; 2006.
28. Silva A, Souza M, Nogueira J, Motta M. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose: potencialidades e fragilidades na percepção do enfermeiro. Rev Eletrônica Enferm. 2009 set; 9(2):402-16.
29. Nogueira J, Ruffino Netto A, Monroe A, Gonzáles R, Villa T. Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose na percepção do Agente Comunitário de Saúde. Rev Eletrônica Enferm. 2009 set; 9(1):106-18
- 
- Submissão: janeiro de 2011  
Aprovação: agosto de 2011
-