

Dificuldades, caminhos e potencialidades da descentralização do atendimento à tuberculose

Difficulties, ways and potential of tuberculosis care decentralization

Sueli de Santana¹ , Carla Farias dos Santos Teixeira² , Amanda Silva Rodrigues³ , Lacita Menezes Skalinski³ 

1. Universidade do Estado da Bahia (UNEB). 2. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). 3. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), Ilheus, BA, Brasil.

Resumo

Objetivo: compreender as dificuldades e os caminhos para a descentralização do atendimento à tuberculose por meio da opinião dos enfermeiros atuantes em um Centro de Referência. **Método:** trata-se de pesquisa qualitativa e transversal. Os dados foram coletados mediante um questionário semiestruturado, com aplicação da técnica Análise de Conteúdo. **Resultados:** as principais dificuldades apontadas foram a desestruturação da rede, falta de compromisso da gestão, desorganização do serviço e qualificação profissional insuficiente. Os caminhos sugeridos para atingir a descentralização foram a melhoria na estrutura das unidades, organização do serviço, educação permanente, motivação da equipe e mobilização da gestão. Entre os benefícios, foram citados os objetivos do Programa de Controle da Tuberculose. **Considerações finais:** é preciso cautela quando a Rede de Atenção à Saúde não está estruturada para descentralizar os serviços, especialmente porque é necessário garantir o suporte no tratamento das pessoas atendidas no município.

Palavras-chave: Tuberculose. Descentralização. Serviços de saúde. Assistência à saúde. Enfermagem em saúde comunitária.

Abstract

Objective: to understand the difficulties and ways to decentralize tuberculosis care through the opinion of nurses working in a Reference Center. **Method:** It is a qualitative and transversal research. Data were collected using a semi-structured questionnaire and Content Analysis technique was applied to the responses. **Results:** The main difficulties pointed out were the disruption of the care network, lack of commitment by managers, disorganization of services and insufficient professional qualification. The ways suggested to achieve decentralization were to improve the structure of the units, service organization, permanent education, team motivation and managerial mobilization. Among the benefits, they highlighted the achievement of the objectives of the Tuberculosis Control Program. **Final considerations:** Caution is needed when the Health Care Network is not structured to decentralize services, especially as it is necessary to guarantee support or the treatment of people attended in the municipality.

Key words: Tuberculosis. Decentralization. Health Services. Delivery of Health Care. Community Health Nursing.

INTRODUÇÃO

O Brasil está entre os 30 países com maior carga de tuberculose no mundo, com incidência de 42 casos novos por 100.000 habitantes em 2016. Embora a incidência venha reduzindo, substancialmente, nos últimos anos, os esforços devem ser mantidos no sentido de aumentar a participação da Atenção Primária à Saúde (APS) no manejo da doença, especialmente com relação à sua atuação no Tratamento Diretamente Observado (TDO)¹. A realização do TDO é uma das estratégias indicadas para atingir a cura e reduzir o abandono do tratamento. Nesse sentido, a organização da Rede de Atenção e a descentralização da assistência devem ser ordenadores da integralidade e longitudinalidade do cuidado ao doente, em serviços que tenham efetividade e eficiência para atendê-lo, do diagnóstico à reabilitação². Desde 2000, a parceria entre o Programa de Controle da Tuberculose (PCT) e a APS vem sendo encorajada e parte da premissa de que a assistência, quando realizada no âmbito do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Estratégia Saúde da Família (ESF), fortalece a participação da comunidade, contribui na adesão ao tratamento e na busca de

sintomáticos respiratórios³⁻⁵.

As informações disponibilizadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação evidenciam que mais da metade dos casos bacilíferos do Brasil são diagnosticados e tratados na APS, mostrando que os serviços nesse nível de atenção têm assumido o manejo desses casos. Na atuação da APS, é possível fazer uma melhor supervisão do TDO, coletar amostras e dar o melhor suporte ao paciente por meio da facilidade de acesso ao profissional, o qual dispõe de mais familiaridade com as condições sociais dos casos, o que torna mais fácil a abordagem durante o tratamento⁶. Para que a maioria dos casos seja atendido na APS, a descentralização da assistência exige a capacitação dos profissionais da APS, a fim de que estejam aptos a acompanhar o tratamento dos casos novos, partindo dos princípios norteadores do vínculo e da responsabilização pela população da sua área adscrita². Por outro lado, a reorganização da RAS tem sido um desafio para os serviços, inclusive pela cultura da população de procurar sempre outros serviços como

porta de entrada do sistema de saúde⁷.

Destaca-se, ainda, que há uma carência de estudos que apresentem a percepção dos profissionais que atuam nesses serviços sobre a viabilidade de desenvolver o tratamento da TB na APS, bem como saber se eles percebem a rede de atenção básica estruturada e capacitada para assumir o acompanhamento dos casos. Assim, ainda é necessário esclarecer: Quais são os fatores que dificultam a descentralização? Quais os caminhos para descentralizar? Quais os benefícios que os casos e o serviço teriam com o atendimento descentralizado para a APS?

Nesse sentido, este estudo teve como objetivo compreender as dificuldades encontradas na descentralização do atendimento à TB em um município do Sul da Bahia por meio da visão dos enfermeiros atuantes no Centro de Referência.

MÉTODOS

Realizou-se uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, descritiva e transversal, em um município do Sul da Bahia, que está na relação dos prioritários para o combate à tuberculose. A incidência da doença foi de 83 e 68 casos por 100.000 habitantes, em 2016 e 2017, respectivamente⁸.

Nessa região, os casos e seus contatos são diagnosticados e acompanhados em um Centro de Referência de atenção secundária, nos turnos manhã e tarde. São atendidos, em média, 120 casos novos ao ano, de todas as idades, portadores da doença independentemente de sua forma pulmonar/extrapulmonar e dos padrões de resistência bacteriana apresentados. No quadro de trabalhadores, estão inseridos enfermeiros, técnicos em enfermagem, biomédicos e técnicos de laboratório. Pela aproximação com a gestão do serviço e com a vigilância da TB, os sujeitos eleitos para a pesquisa foram os enfermeiros atuantes no Centro de Referência.

Os dados foram coletados de novembro de 2014 a janeiro de 2015, por meio de um questionário semiestruturado, com 13 questões, nove objetivas e quatro subjetivas. Nas questões abertas, subjetivas, foi aplicada a técnica análise de conteúdo⁹, que consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, das quais, por meio de procedimentos sistemáticos, registro, transcrição e análise, são obtidos indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção dessas mensagens. Foi realizada a leitura das respostas, a fim de identificar as Unidades de Sentido, e feita a transcrição e categorização dessas unidades por aproximação semântica. A análise foi realizada de forma criteriosa, para garantir o máximo de fidelidade às respostas das entrevistadas. Para sua identificação, na transcrição do texto, foi utilizada a letra E (Enfermeira), seguida do número correspondente à ordem que foi seguida nas entrevistas (1, 2 e 3).

Em consonância com a Resolução nº 466/2012, o projeto da pesquisa foi aprovado em 6/8/2014 pelo Conselho de Ética em

Pesquisa, sob o número de protocolo 30735214.0.0000.5526. Os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa somente foram entrevistados após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todos foram esclarecidos sobre a omissão dos dados que permitiriam sua identificação, bem como sobre a possibilidade de desistirem da participação em qualquer momento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todos os profissionais abordados aceitaram participar da pesquisa. Os entrevistados eram do sexo feminino, possuíam entre 35 e 44 anos de idade, com média de 16 anos de formação, atuantes no campo da Saúde Coletiva em média há 15 anos e, especificamente, no atendimento da TB há 6 anos.

Por meio da leitura exaustiva das respostas e do agrupamento das unidades de análise por semântica, emergiram três categorias nominadas: dificuldades, caminhos e potencialidades para a descentralização.

Dificuldades para a descentralização

Ao serem questionadas sobre os fatores que dificultam a descentralização da assistência aos casos de TB, as enfermeiras apontaram causas estruturais e humanas, como a desestruturação da rede, falta de vontade política e gestão engajada, desmotivação, rotatividade e falta de qualificação profissional.

Essa categoria remete às questões estruturais de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS). A Política Nacional de Atenção Básica Ministério da Saúde define RAS como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado².

Para as entrevistadas, a ESF do município encontra-se desestruturada:

Atenção Básica sem estrutura organizada, falta transporte, telefone, internet. (E3)

A organização da rede de atenção à TB requer laboratórios disponíveis para exames diagnósticos, abastecimento de medicamentos, garantia de tratamento supervisionado, fornecimento e análise de dados¹⁰. Segundo as enfermeiras, tais serviços não estão disponíveis na Atenção Básica do município em questão. Resultados semelhantes já foram encontrados em outros estudos, que apontam a insuficiência de estrutura física e recursos humanos como principais obstáculos da descentralização do atendimento à TB^{11,12}.

A desestruturação da RAS impacta diretamente no desempenho da gestão local. Entre a maioria das dificuldades, a gestão municipal foi citada, pois muitas atitudes assumidas pelo gestor geram desarticulação do serviço e interrupção do

acompanhamento dos casos:

Falta de compromisso político - falta de prioridade da gestão. (E1)

Falta de interesse da gestão. (E3)

A falta de vontade e apoio político impacta nos serviços, que, em muitos casos, não dispõem de recursos mínimos, como coletores para material biológico (escarro), bem como na falta de priorização de programas estratégicos como o PCT. Esse cenário conturbado afeta as equipes de saúde, gerando desgaste e desmotivação dos profissionais.

Como o município em questão está entre aqueles prioritários para o controle da TB, é fundamental a implementação de ações que otimizem o atendimento a esses doentes, incluindo a responsabilização da APS.

Mobilização da rede básica, mobilização da gestão - priorizar o PCT. (E3)

Ao serem questionadas por que as equipes da ESF não estão capacitadas, as enfermeiras do Centro de Referência enfatizaram a rotatividade dos profissionais e a falta de educação permanente, pois, recentemente, o município encerrou contratos de profissionais que já tinham passado por treinamentos para atendimento da TB e contratou novos sem a necessária capacitação. Por isso, as três profissionais consideram que a ESF do município não está capacitada para a descentralização:

Devido à rotatividade dos profissionais, dos enfermeiros e médicos das equipes que foram capacitadas há 2 anos, muitos já não permanecem na Rede, além disso faltam atividades continuadas de rotina para todos os membros da ESF. (E2)

As formas inadequadas de contratação dos trabalhadores de saúde e a rotatividade de pessoal implicam a perda de pessoas estratégicas, prejudicando a eficiência organizacional e acompanhamento dos casos de TB¹⁰. O problema da rotatividade dos profissionais é agravado pela ausência da educação permanente, visto que se trata de um meio eficaz de qualificação da equipe. No caso do atendimento à TB, essa ausência limita a ação dos profissionais da APS, que, constantemente, encaminham seus pacientes para o Centro de Referência, reforçando a centralização do atendimento.

Caminhos para a descentralização

Durante a aplicação do questionário, foi solicitado que as profissionais apontassem estratégias que viabilizassem a descentralização do atendimento da TB no município, quando foram mencionadas a necessidade de melhorar a estrutura das unidades, organização do serviço, educação permanente, motivação da equipe e mobilização da gestão.

No município do estudo, a RAS não se mostrou estruturada para realização das ações de atenção básica:

Organização da logística de distribuição de medicamentos; organização do fluxo para coleta de material biológico (escarro) e acesso ao resultado. (E1)

Estruturar a Atenção Básica (UBS e USF - físico e material). (E3)

Para alcançar a expectativa da organização do serviço, é imprescindível mobilizar a gestão, pois faz parte das atribuições do gestor da saúde garantir que a RAS disponha de estrutura física adequada, como consultórios e instalações que comportem a demanda de usuários, recursos materiais suficientes e profissionais capacitados para prestar um atendimento de qualidade.

As entrevistadas foram unânimes em afirmar que as equipes de saúde, devidamente capacitadas, podem contribuir no controle da TB. No entanto, a ênfase que deram às modificações contínuas nas equipes e na ausência de medidas de educação permanente como elementos que marcam o cenário no município, permitem que consideremos a insuficiência de conhecimento sobre TB como um fator decisivo para o encaminhamento indiscriminado de pacientes das equipes de ESF ao Centro de Referência.

A Educação Permanente é um recurso disponível para tornar as equipes que atuam no município aptas a prestar um atendimento efetivo e de qualidade aos usuários do serviço. Espera-se que as equipes tenham ações crítico-reflexivas e participativas para promover mudanças nas diferentes realidades de cada serviço^{13,14}. Quando plenamente capacitados, os profissionais da APS poderão diagnosticar e tratar, de maneira correta, o mais precocemente os portadores de TB¹⁵.

A organização do serviço, somada à implantação da educação permanente e à mobilização da gestão são estratégias que podem contribuir para motivar os profissionais que atuam no serviço, refletindo diretamente na qualidade do atendimento e satisfação do usuário, pois profissionais motivados tornam-se mais comprometidos e empenhados na busca por transformações¹⁶.

Potencialidades da descentralização

Na última questão do instrumento, foi solicitado que cada enfermeira apontasse benefícios que a descentralização poderia proporcionar ao serviço de atenção à TB. As unidades de análise identificadas por meio das respostas foram diminuição do abandono, aumento da cura, aumento do diagnóstico precoce, adesão ao tratamento, implementação do TDO e avaliação dos comunicantes. Assim, foi criada a categoria potencialidades da descentralização:

Diminuir o abandono, aumentar a cura, controlar a TB no nosso território. (E1)

Aumentar a adesão ao tratamento, reduzindo a taxa

(%) de abandono; Implantar o TDO; aumentar as taxas de SR [síntomas respiratórios] examinados e consequentemente elevar a detecção precoce. (E2)

Ao longo deste estudo, foi possível notar que as profissionais do Centro de Referência possuem um profundo conhecimento da tuberculose enquanto patologia e das políticas voltadas para seu controle e tratamento, por isso se acredita que as respostas foram ao encontro dos objetivos apontados pelo PCT. No entanto, elas vivenciam, no cotidiano, as dificuldades provenientes da desestruturação da RAS do município, uma vez que observam um cenário totalmente inviável. Tais achados levam a questionar se a descentralização é, de fato, a estratégia mais viável para o controle da TB em um município com RAS desestruturada, ou se é mais relevante discutir com as equipes locais as medidas mais oportunas e eficazes.

Quando implantado, o TDO torna-se propulsor para o alcance das metas do PCT, como diminuição das taxas de abandono e aumento da cura¹⁷, pois, além da garantia da ingestão da medicação, possibilita um importante loco para a realização de ações educativas em saúde e permite a visualização de questões importantes que devem estar envolvidas no planejamento do cuidado¹⁸.

Há de se discutir que os programas atuais voltados para o controle das doenças infecciosas são elaborados verticalmente e focados em resultados de curto prazo (taxas de cura e abandono) e não na produção de saúde¹⁸. Ao serem abordadas doenças com forte conteúdo estigmatizante e estão relacionadas com os determinantes sociais, como é a TB⁴, é necessário ir além e pensar no envolvimento dos programas voltados à redução da pobreza e ao melhor acesso às condições de vida e saúde. No entanto, mesmo sabendo da forte influência das condições de vida sobre a doença, nem todos os profissionais investigam aspectos do emprego, moradia, aglomeração, escolaridade, entre outros fatores relacionados à sua ocorrência¹⁹. Para além da abordagem profissional, as estratégias de combate à tuberculose incluem políticas de combate à pobreza e transferência de renda²⁰.

Outra questão importante a ser discutida é que o cuidado à saúde deve considerar as necessidades e preferências dos doentes para facilitar o acesso e a adesão ao tratamento¹⁸. Independentemente da organização da RAS, alguns sujeitos preferem que seus atendimentos sejam realizados em unidades mais distantes da residência. Isso pode ser explicado pela própria compreensão do indivíduo sobre a doença, seu estado de saúde e estigma, bem como pela visão de que serviços

de referência estão mais bem qualificados para atendê-lo²¹, situação que, também, foi observada:

A população tem o Centro de Referência como local de tratamento da TB (E1)

Embora se saiba que a descentralização dos serviços foi pensada como estratégia para aumentar a eficiência e melhorar o acesso ao cuidado, percebe-se que a implementação de um programa integrado de cuidado ainda não foi incorporada pelos diferentes níveis de gestão. Talvez a TB não desperte a mobilização, o comprometimento político e o investimento necessários aos gestores, por estar erroneamente associada à ideia de doença negligenciada de pouca magnitude, que não afeta apenas as camadas sociais menos favorecidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho demonstrou que a efetividade de um serviço de saúde está vinculada à soma de diversos fatores: gestão eficiente e comprometida com as metas a serem alcançadas, estrutura física adequada e equipes de saúde capacitadas e motivadas para atender à população que a elas recorrem. Na localidade onde o estudo foi realizado, a gestão foi o principal problema encontrado no processo de descentralização da TB, visto que a disponibilização de infraestrutura, a organização do serviço em RAS e a manutenção do quadro de profissionais treinados, por exemplo, são ações que devem ser empreendidas pela gestão. Entretanto, não foi visualizada uma atitude proativa da atual gestão em busca da resolução dos problemas apontados

Ainda com relação aos resultados, é importante considerar as limitações do estudo. A primeira diz respeito ao instrumento de coleta que pode ter restringido uma abordagem mais ampla sobre como contribuir no processo de descentralização. Outra, por mostrar o ponto de vista apenas das enfermeiras do Centro de Referência, sem abordar os profissionais dos outros pontos da RAS. Além disso, é importante salientar que a pesquisa teve apenas três profissionais entrevistadas, no entanto, elas correspondem à totalidade dos profissionais atuantes nesse serviço – número adequado para a demanda do município.

O cenário descrito nesta pesquisa leva à reflexão acerca da proposta da descentralização, se ela pode, de fato, contribuir para alcançar as metas assumidas pelo Ministério da Saúde. Qualquer processo de descentralização para a APS, em situações de adversidades, como as encontradas no município em questão, deve ser realizado de forma lenta e cautelosa, tendo sempre a garantia do suporte qualificado no Centro de Referência.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2017. Genebra: WHO; 2017. 262 p.

2. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do

Brasil. 2017 Out. 03 [acesso 2018 Jul 04]; Seção 1. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html.

3. Souza KMJ, Sá LD, Silva LMC, Palha PF. Atuação da Enfermagem na transferência da política do tratamento diretamente observado da tuberculose. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2014 [acesso 2018 Fev 01]; 48(5): 874-82. Disponível

5 Descentralização do atendimento à tuberculose

em: <http://www.periodicos.usp.br/reeusp/article/view/103085/101392>.

4. Garcia MCC, Cirino ID, Enders BC, Menezes RMP. Incorporation of Control Actions of Tuberculosis in Primary Health Care and its Context. *Rev enferm UFPE line* [Internet]. 2013 [acesso 2018 Fev 10]; 7(special): 6294–302. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12269/0>

5. Santos MC, Andrade PRS, Macedo SM, Andrade ASS, Villa TCS, Pinto ESG. Organização da Atenção Primária para diagnóstico e tratamento da tuberculose. *Cogitare* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Jul 04]; 22(2): e48151. Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2017/04/48151-206799-1-PB.pdf>.

6. Bartholomay P, Pelissari DM, Araujo WN, Yadon ZE, Heldal E. Quality of tuberculosis care at different levels of health care in Brazil in 2013. *Rev panam salud pública* [Internet]. 2016 [acesso 2018 Jul 04]; 39(1): 3–11. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/v39n1/1020-4989-RPSP-39-01-003.pdf>.

7. Engel RH, Weiller TH, Farão EMD, Barros IFO, Bordignon JS, Luz EMF. Acessibilidade geográfica e organizacional: obstáculos entre usuários com tuberculose e os serviços de saúde. *Rev enferm UFSM* [Internet]. 2013 Jan-Abr [acesso 2018 Jul 04]; 3(1):307–314. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8494/pdf>.

8. Ministério da Saúde [BR]. Departamento de Informática do SUS. DATASUS [Internet]. [acesso 2018 jul 04]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>

9. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2015.

10. Trigueiro JVS, Nogueira JA, Sá LD, Palha PF, Villa TCS, Trigueiro DRSG. Tuberculosis control: decentralization, local planning and management specificities. *Rev latinoam enferm* [Internet]. 2011 Nov [acesso 2018 Jul 04]; 19(6): 1289–96. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/03.pdf>

11. Silva-Sobrinho RA, Zilly A, Monroe AA, Pinto ÉSG, Silva RMM, Villa TCS. Ambivalence regarding tuberculosis control actions in primary health care. *Rev RENE* [Internet]. 2014 Jul-Ago [acesso 2018 Jul 04]; 15(4):605–12. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/1075/1037>.

12. Monroe AA, Gonzales RIC, Palha PF, Sasaki CM, Ruffino Netto A, Vendramini SHF, et al. Envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde no Controle da Tuberculose. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2008 [acesso 2018 Jul 04]; 42(2): 262–7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a07.pdf>.

13. Miccas FL, Batista SHS da S. Educação permanente em saúde: metassíntese. *Rev saúde pública* [Internet]. 2014 [acesso 2018 Jul 04]; 48(1): 170–85. Disponível

em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n1/0034-8910-rsp-48-01-0170.pdf>.

14. Tolotti GK, Rotoli A, Aires M. Educação permanente em saúde: concepções e práticas dos enfermeiros na estratégia de saúde da família. *Rev enferm UFSM* [Internet]. 2017 Out-Dez [acesso 2018 Jul 04]; 7(4): 550-561. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/25273>.

15. Marquieviz J, Alves IS, Neves EB, Ulbricht L. A Estratégia de Saúde da Família no controle da tuberculose em Curitiba (PR). *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2013 [acesso 2018 Jul 04]; 18(1): 265–71. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-estrategia-de-saude-da-familia-no-controle-da-tuberculose-em-curitiba/9578>.

16. Villa TCS, Andrade RLP, Arakawa T, Magnabosco GT, Beraldo AA, Monroe AA, et al. Satisfação do usuário com os serviços de atenção à tuberculose em Ribeirão Preto, 2008. *Cad saúde coletiva* [Internet]. 2012 [acesso 2018 Jul 04]; 20(2): 234-243. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_2/artigos/csc_v20n2_234-243.pdf.

17. DIAS AAL, Oliveira DMF, Sobrinho ECR, Palha PF, Figueiredo RM. Tratamento da tuberculose na visão do usuário. *Rev RENE* [Internet]. 2013 [acesso 2018 jul 05]; 14(6):1133–40. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3726/2946>.

18. Gonzales RIC, Monroe AA, Assis EG, Palha PF, Villa TCS, Ruffino Netto A. Desempenho de serviços de saúde no Tratamento Diretamente Observado no domicílio para controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2008 [acesso 2018 Jul 05]; 42(4): 628–634. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a02.pdf>.

19. Furlan MCR, Gonzales RIC, Marcon SS. Desempenho dos serviços de controle da tuberculose em municípios do Paraná: enfoque na família. *Rev gaúch enferm* [Internet]. 2015 [acesso 2018 Jul 05]; 36(esp): 102–10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgeuf/v36nspe/0102-6933-rgeuf-36-spe-0102.pdf>

20. Maciel ELN. Estratégias da agenda pós-2015 para o controle da tuberculose no Brasil: desafios e oportunidades. *Epidemiol serv saúde* [Internet]. 2016 Abr-Jun [acesso 2018 Jul 05]; 25(2): 423–5. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/ress/2016.v25n2/423-426>.

21. Souza MSPL, Aquino R, Pereira SM, Costa MCN, Barreto ML, Natividade M, et al. Fatores associados ao acesso geográfico aos serviços de saúde por pessoas com tuberculose em três capitais do Nordeste brasileiro. *Cad saúde pública* [Internet]. 2015 Jan [acesso 2018 Jul 05]; 31(1): 111–120. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n1/0102-311X-csp-31-01-00111.pdf>.

Como citar este artigo/How to cite this article:

Santana S, Teixeira CFS, Rodrigues AS, Skalinski LM. Dificuldades, caminhos e potencialidades da descentralização do atendimento à tuberculose. *J Health Biol Sci.* 2020 J; 8(1):1-5.