



A tuberculose na população em situação de rua: desempenho de profissionais da atenção primária*

Tuberculosis in the homeless population: performance of primary health care professionals

Rodrigo Pinheiro Fernandes de Queiroga¹, Lenilde Duarte de Sá (*in memoriam*)², Andréa Gazzinelli³

Objetivo: analisar as ações para o controle da tuberculose na população em situação de rua. **Métodos:** trata-se de uma pesquisa avaliativa que contou com a participação de 171 profissionais da estratégia saúde da família. Utilizou-se um instrumento que aborda aspectos da assistência à tuberculose para pessoas em situação de rua. A análise de desempenho ocorreu mediante avaliação das variáveis extraídas da análise fatorial exploratória e de confiabilidade. **Resultados:** no fator 1, ações para o controle da tuberculose na população em situação de rua, as variáveis foram classificadas como incipientes e parcialmente satisfatórias; no fator 2, apoio que as equipes devem receber para direcionar as ações de controle da tuberculose na população em situação de rua, as variáveis foram classificadas como insatisfatórias e incipientes. **Conclusão:** as ações para o controle da tuberculose na população em situação de rua não consideram as especificidades dessa população, contrariando as recomendações do Ministério da Saúde.

Descritores: Tuberculose; Pessoas em Situação de Rua; Atenção Primária à Saúde; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde.

Objective: to analyze the actions to control tuberculosis in the homeless population. **Methods:** this is an evaluative research that had the participation of 171 family health strategy professionals. An instrument addressing aspects of tuberculosis care for homeless people was used in the study. The performance of professionals was analyzed through the evaluation of variables extracted from an exploratory factor and reliability analyses. **Results:** in the factor 1, on actions to control tuberculosis in the homeless population, the variables were classified as incipient and partially satisfactory; in the factor 2, on the support that the teams should receive to direct tuberculosis control actions in the homeless population, the variables were classified as unsatisfactory and incipient. **Conclusion:** the actions to control tuberculosis in the homeless population do not consider the specificities of this population, contrary to the recommendations of the Ministry of Health.

Descriptors: Tuberculosis; Homeless Persons; Primary Health Care; Program Evaluation.

*Extraído do projeto de pesquisa "Análise dos pontos de estrangulamento no controle da tuberculose em populações em situação de rua nos municípios de João Pessoa e Campina Grande - PB", 2013.

¹Universidade Federal de Campina Grande. Campina Grande, PB, Brasil.

²Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil.

³Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Autor correspondente: Rodrigo Pinheiro Fernandes de Queiroga
Rua Alice Luna Pequeno, 60/701A, Sandra Cavalcante, CEP: 58410-803. Campina Grande, PB, Brasil. E-mail: rodrigo.pinheiro@ufcg.edu.br

Introdução

A tuberculose é considerada atualmente um grave problema de saúde pública⁽¹⁾ e está diretamente associada à pobreza, exclusão social e más condições de vida, além da dificuldade de acesso aos serviços de saúde⁽²⁾. Devido a maior vulnerabilidade social e suscetibilidade a infecções, a população em situação de rua é considerada como prioritária para o Programa Nacional de Controle da Tuberculose⁽³⁾.

Estimativas do Ministério da Saúde apontam que a taxa de incidência da doença nessa população é 44 vezes maior que na população em geral⁽³⁾. Contribui para essa elevada taxa de incidência a presença de barreiras individuais e de acesso aos serviços de saúde⁽⁴⁻⁷⁾.

Entre as medidas de controle da tuberculose recomendadas pelo Ministério da Saúde, destaca-se a adoção de estratégias diferenciadas para grupos mais vulneráveis, como atendimento no local onde vive a população em situação de rua, com atuação da atenção primária à saúde que desempenha um importante papel no controle da doença^(3,6).

Embora se reconheça a importância da tuberculose na população em situação de rua e as dificuldades que envolvem a atuação dos serviços de saúde no controle da doença, há uma discussão ainda incipiente sobre a temática. As pesquisas realizadas sobre a avaliação de ações para o controle da tuberculose no Brasil abordam o controle da doença na população geral⁽⁸⁻¹²⁾, não contemplando as peculiaridades das populações vulneráveis, como a população em situação de rua, que demandam ações específicas.

Sendo assim, este estudo teve o objetivo analisar as ações para o controle da tuberculose na população em situação de rua.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa avaliativa desenvolvida em Campina Grande, PB, Brasil. Com uma população de 407.754 habitantes, o município tem uma rede de atenção primária à saúde composta por 105

equipes da estratégia saúde da família, nove do núcleo de apoio à saúde da família e uma de consultório na rua⁽¹³⁾.

Participaram do estudo profissionais com nível superior da estratégia saúde da família envolvidos com as ações para o controle da tuberculose. A coleta de dados ocorreu nos meses de abril a julho de 2017. Todas as 95 equipes da zona urbana de Campina Grande foram visitadas, 171 profissionais aceitaram participar da pesquisa e 16 recusaram. Foram excluídos do estudo 13 profissionais que estavam de férias, folga ou licença.

Para a coleta dos dados, elaborou-se um questionário estruturado autoaplicável que incluiu os aspectos da assistência à tuberculose para pessoas em situação de rua pela atenção primária à saúde. O instrumento foi concebido pelos pesquisadores do Grupo Operacional de Pesquisa e Qualificação em Tuberculose da Universidade Federal da Paraíba.

Incluiu 20 variáveis e foi elaborado com base nas recomendações do Ministério da Saúde sobre as ações específicas que devem ser adotadas pelos serviços para o controle da tuberculose na população em situação de rua^(3,6,11). Para cada variável, foi definida a melhor resposta esperada e mais quatro possibilidades de resposta, de modo que houvesse uma gradação de cinco assertivas - escala tipo Likert. As respostas receberam uma pontuação entre 1 (pior resposta) e 5 (melhor resposta esperada).

Realizou-se um estudo piloto com oito profissionais das equipes de consultório na rua de João Pessoa e Campina Grande para verificar os itens do questionário quanto à clareza dos enunciados e das respostas, tipo e quantidade de variáveis. Os dados desse teste piloto foram descartados da amostra. Foram coletados, também, dados sobre as características sociais e demográficas dos participantes (dados não apresentados em tabelas nos resultados).

Para análise dos dados, utilizou-se o *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 17. Inicialmente, realizou-se a análise fatorial exploratória, que possui três funções principais: compreender a estrutura de um conjunto de variáveis,

construir um questionário para medir uma variável subjacente e reduzir um conjunto de dados a um tamanho mais manejável. Na realização da análise fatorial exploratória, utilizou-se o método dos componentes principais para a extração dos fatores⁽¹⁴⁾.

Para medir a adequação da amostra para a realização da análise fatorial exploratória, aplicou-se o teste Kaiser-Meyer-Olkin e realizada análise da matriz anti-imagem das correlações entre as variáveis, em que se espera encontrar valores maiores do que 0,5; em seguida, realizou-se a análise da matriz de correlação - significância dos coeficientes de correlação - e se aplicou o teste de esfericidade de Bartlett para avaliar a adequação dos dados; para essas análises, os dados precisam ser estatisticamente significativos ($p < 0,05$). Sobre a rotação dos fatores, optou-se pela oblíqua (direct oblimin) em virtude da suposição teórica de relacionamento entre os fatores encontrados; em seguida, realizou-se a análise das cargas fatoriais após a rotação - considera-se uma carga de valor absoluto maior do que 0,3 como sendo importante. Realizou-se também a análise da matriz de correlações baseada no modelo para avaliação dos resíduos, em que se espera encontrar pelo menos 50,0% dos resíduos com valor absoluto menor que 0,05 em relação à matriz baseada nos dados iniciais⁽¹⁴⁾. Para a realização da extração dos fatores, adotou-se o critério da análise paralela. Por fim, fez-se a análise de confiabilidade de cada fator extraído. A análise foi medida pelo alfa de Cronbach e são aceitáveis valores a partir de 0,7⁽¹⁵⁾.

Realizou-se, ainda, análise descritiva para apresentar as características dos participantes do estudo. A análise de desempenho para o desenvolvimento das ações para o controle da tuberculose na população em situação de rua ocorreu mediante avaliação das variáveis resultantes da análise fatorial exploratória. Para cada variável, determinou-se o valor do somatório dos pontos, considerando a resposta de todos os participantes do estudo; em seguida, calculou-se o desempenho através da seguinte forma: somatório dos pontos de cada variável dividido pelo somatório dos valores máximos possíveis, multiplicado por 100.

A partir desses percentuais, definiu-se a se-

guinte classificação para o nível de desempenho: satisfatório (81 a 100,0%), parcialmente satisfatório (61 a 80,0%), incipiente (41 a 60,0%) e insatisfatório (0 a 40,0%). Para fundamentar a análise de desempenho, apresentaram-se também os principais resultados da análise descritiva do questionário. Os dados da análise descritiva não foram apresentados em tabelas nos resultados.

A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, parecer nº 383.425 e CAAE: 20446513.0.0000.5188. Os participantes aceitaram participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Participaram do estudo 171 profissionais de todos os distritos sanitários da zona urbana de Campina Grande. A maioria dos profissionais era do gênero feminino (86,0%), enfermeiros (50,3%) com idade média de 41,5 anos e média de atuação no serviço de nove anos.

Após a realização de todas as etapas da análise fatorial exploratória, excluíram-se cinco variáveis do total de 20, tendo o modelo final ficado com 15 variáveis. Na Tabela 1, observa-se que o modelo final resultou na extração de dois fatores que refletem o comportamento das 15 variáveis e com a capacidade de explicar 49,2% da variância total dos dados.

Na análise dos fatores extraídos, pode-se observar que o fator 1 foi composto pelas 11 primeiras variáveis da Tabela 1. A análise dessas variáveis mostra que estão relacionadas com o desenvolvimento de 'ações para o controle da tuberculose na população em situação de rua'. O fator 2 foi constituído pelas 4 últimas variáveis da Tabela 1, associadas com o suporte e 'apoio que as equipes devem receber para direcionar as ações de controle da tuberculose na população em situação de rua'.

Na análise do desempenho referente ao fator 1, cinco variáveis foram classificadas como incipientes e seis como parcialmente satisfatórias (Tabela 2).

Tabela 1 – Assistência à população em situação de rua - análise dos componentes principais: fatores, cargas fatoriais, comunalidades e variância explicada

| Variável | Fatores e cargas fatoriais | | Comunalidades |
|--|----------------------------|-------|---------------|
| | 1 | 2 | |
| Identificação de sintomático respiratório | 0,73 | 0,07 | 0,58 |
| Coleta de material de sintomático respiratório | 0,72 | -0,12 | 0,47 |
| O registro da informação no prontuário do portador de tuberculose | 0,72 | -0,05 | 0,49 |
| Organização do serviço para atendimento ao sintomático respiratório ou portador de tuberculose | 0,69 | 0,05 | 0,50 |
| Desenvolvimento de ações intersetoriais no atendimento ao portador de tuberculose | 0,69 | 0,05 | 0,50 |
| Desenvolvimento de algum tipo de ação específica para a população em situação de rua no território | 0,68 | 0,16 | 0,57 |
| Realização de mapeamento das instituições da rede de atendimento ao portador de tuberculose | 0,68 | -0,02 | 0,45 |
| Critério para identificação e exame dos sintomáticos respiratórios | 0,67 | -0,05 | 0,43 |
| Realização do tratamento da tuberculose | 0,66 | -0,03 | 0,43 |
| O registro da população em situação de rua | 0,65 | -0,03 | 0,41 |
| Identificação e avaliação da população em situação de rua no território | 0,61 | 0,14 | 0,45 |
| Matriciamento/parceria das equipes do consultório na rua às equipes da atenção primária à saúde | -0,08 | 0,87 | 0,72 |
| A equipe de consultório na rua | -0,11 | 0,81 | 0,61 |
| Capacitação dos profissionais sobre tuberculose | 0,16 | 0,56 | 0,40 |
| Manuais sobre o cuidado à saúde | 0,17 | 0,53 | 0,38 |
| Porcentagem da variância total | 38,6 | 11,0 | 49,6 |

Tabela 2 – Análise de desempenho para o desenvolvimento de ações para o controle da tuberculose na população em situação de rua

| Fatores | Desempenho (%) | Classificação |
|--|----------------|---------------------------|
| Fator 1 - Ações para o controle da tuberculose na população em situação de rua | | |
| Identificação e avaliação da população em situação de rua no território | 63,0 | Parcialmente satisfatório |
| O registro da população em situação de rua | 51,2 | Incipiente |
| Desenvolvimento de algum tipo de ação específica para a população em situação de rua no território | 56,3 | Incipiente |
| Organização do serviço para atendimento ao sintomático respiratório ou portador de tuberculose | 68,9 | Parcialmente satisfatório |
| Realização de mapeamento das instituições da rede de atendimento ao portador de tuberculose | 62,3 | Parcialmente satisfatório |
| Desenvolvimento de ações intersetoriais no atendimento ao portador de tuberculose | 56,8 | Incipiente |
| Identificação de sintomático respiratório | 61,5 | Parcialmente satisfatório |
| Critério para identificação e exame dos sintomáticos respiratórios | 60,0 | Incipiente |
| Coleta de material de sintomático respiratório | 54,0 | Incipiente |
| Realização do tratamento da tuberculose | 71,6 | Parcialmente satisfatório |
| O registro da informação no prontuário do portador de tuberculose | 68,2 | Parcialmente satisfatório |
| Fator 2 - Apoio que as equipes devem receber para direcionar as ações de controle da tuberculose na população em situação de rua | | |
| A equipe de consultório na rua | 47,8 | Incipiente |
| Matriciamento/parceria das equipes do consultório na rua às equipes da atenção primária à saúde | 38,0 | Insatisfatório |
| Capacitação dos profissionais sobre tuberculose | 42,7 | Incipiente |
| Manuais sobre o cuidado à saúde | 42,6 | Incipiente |

Em geral, a identificação e a avaliação da população em situação de rua são feitas de forma parcialmente satisfatória, pois grande parte dos profissionais realiza essa atividade apenas quando demandado (42,1%). Da mesma forma, a maioria dos profissionais não realiza o registro dessa população (57,9%) o que demonstra um desempenho incipiente.

O desempenho no desenvolvimento de ações específicas para a população em situação de rua também foi incipiente. Alguns profissionais (22,2%) desconhecem completamente as ações que poderiam ser desenvolvidas para esse grupo especial de indivíduos e outros simplesmente não as realizam (25,7%). Vale ressaltar que 33,9% dos profissionais informaram que as intervenções são realizadas pelas respectivas equipes que integram e 18,2% se limitam a encaminhar os casos a centros especializados.

A organização do serviço para atendimento ao sintomático respiratório ou portador de tuberculose em situação de rua obteve um desempenho parcialmente satisfatório, tendo em vista que essa atividade faz parte da rotina das equipes de apenas 37,4% dos profissionais.

No mapeamento das instituições que configuram a rede de atendimento ao portador de tuberculose em situação de rua, o desempenho foi parcialmente satisfatório, visto que apenas 36,3% dos profissionais informaram haver uma definição das unidades que são referência para o atendimento da população em situação de rua portadora de tuberculose.

No caso do portador de tuberculose em situação de rua, é essencial que as ações sejam intersetoriais para um atendimento adequado, mas a realização dessas ações ainda é incipiente, uma vez que 45,6% dos profissionais desconhecem ou não realizam esse tipo de ação.

Na identificação do indivíduo sintomático respiratório em situação de rua, o desempenho foi parcialmente satisfatório. Essa atividade faz parte da rotina das equipes de 36,9% dos profissionais, mas para 31,6% a identificação é realizada apenas quando demandada e 31,5% desconhecem ou não realizam essa

ação. Um dos problemas para a identificação e exame dos sintomáticos respiratórios em situação de rua é que ainda um percentual importante dos profissionais (36,8%) adota os mesmos critérios preconizados para a população geral.

Outro importante problema identificado ocorre na coleta de material para a realização da baciloscopia no sintomático respiratório em situação de rua que também é incipiente, pois ao invés de ser realizada no próprio serviço os pacientes são encaminhados à unidade de referência para o procedimento.

O desempenho dos profissionais relacionado ao tratamento da tuberculose foi parcialmente satisfatório. Apesar de ser oferecido o tratamento diretamente observado (67,3%), este é acompanhado apenas pelos profissionais da unidade básica de saúde (61,7%). O registro da informação no prontuário do portador de tuberculose em situação de rua também foi parcialmente satisfatório, pois apenas 33,9% dos profissionais responderam que, além das informações gerais, a equipe registra no prontuário informações específicas da população em situação de rua.

Com relação ao fator 2, 'apoio que as equipes devem receber para direcionar as ações de controle da tuberculose na população em situação de rua', uma variável mostrou desempenho insatisfatório dos profissionais e três desempenho incipiente (Tabela 2).

A análise descritiva dessas variáveis mostrou que, apesar de o município de Campina Grande contar com a equipe de consultório na rua, no geral, há o desconhecimento dessa equipe enquanto modalidade de assistência ou existência no município (56,7%), determinando o desempenho incipiente dessa variável. Além disso, o matriciamento da equipe de consultório na rua às equipes da atenção primária à saúde foi insatisfatório, visto que 81,9% dos profissionais informaram desconhecer ou não ocorrer essa atividade.

Quanto à capacitação sobre tuberculose na população em situação de rua, os profissionais desconhecem se existe algum tipo de capacitação ou não realizam (82,5%). Da mesma forma, para o acesso aos manuais sobre o cuidado à saúde para a população em

situação de rua, há o desconhecimento da existência ou da disponibilidade (73,7%). Dessa forma, o desempenho dessas variáveis foi incipiente.

Discussão

Como limitações do estudo, destaca-se que a análise fatorial exploratória produz resultados que são restritos à amostra coletada. No entanto, o estudo se propôs a trabalhar com todos os profissionais de nível superior de equipes da estratégia saúde da família, localizadas na zona urbana de Campina Grande, e obteve uma taxa de resposta de 91,4%.

Os resultados permitiram realizar a avaliação das ações para o controle da tuberculose na população em situação de rua e, desse modo, poderá contribuir com a organização da atenção primária à saúde de Campina Grande ao subsidiar a operacionalização de respostas mais adequadas para o controle da doença nesse grupo populacional vulnerável.

A análise de desempenho evidenciou a deficiência dos profissionais da atenção primária à saúde de Campina Grande no desenvolvimento de ações para o controle da tuberculose na população em situação de rua. Os resultados mostraram que os profissionais são até capazes de desenvolver ações específicas para a população em situação de rua, no entanto não consideram as especificidades dessa população e realizam as ações da mesma forma que para a população geral. Além disso, muitas vezes, restringem o atendimento ao encaminhamento a centros especializados minimizando, conseqüentemente, a atuação da atenção primária.

No cuidado à população em situação de rua, é importante que os profissionais da saúde levem em consideração as características relacionadas aos hábitos de vida e as barreiras para acesso aos serviços que dificultam o controle de doenças como a tuberculose^(4-5,16).

Tendo em vista as peculiaridades desse grupo populacional, é essencial que algumas recomendações sejam levadas em consideração, principalmente pelos

serviços da atenção primária à saúde. Tais recomendações envolvem a incorporação de ações programáticas para identificação e avaliação da população em situação de rua, o desenvolvimento de ações intersectoriais com mapeamento das instituições que configuram a rede de atendimento e o adequado registro dessa população, contemplando informações como locais frequentados^(3,6).

Apesar de recomendadas pelo Ministério da Saúde, as ações intersectoriais ocorrem de forma incipiente devido, principalmente, à falta de comunicação entre os setores. Essa falta de comunicação é apontada como um problema que fragiliza a integralidade das ações, dificultando, assim, o controle da tuberculose na população em situação de rua⁽¹⁷⁾.

O fato da população em situação de rua apresentar uma tendência de perda de noção do tempo, de normalização dos sintomas e, ainda, o fato de serem itinerantes, dificultando as ações de controle⁽⁴⁻⁶⁾, fez com que o Ministério da Saúde recomendasse uma mudança no critério para identificação dos sintomáticos respiratórios em situação de rua, com exame de todos os que apresentam tosse, independentemente do tempo. Além disso, a coleta do material para a baciloscopia deve ser realizada na própria instituição, no momento da consulta^(3,6).

Por se tratar de uma doença transmissível, o diagnóstico da tuberculose deve ser realizado da forma mais rápida possível para que se possa intervir na cadeia de transmissão da doença, sendo imprescindível a responsabilização da atenção primária à saúde. Porém, o que se observou é que os profissionais desse nível de atenção apresentam deficiências na identificação do sintomático respiratório e na coleta de material para baciloscopia. Essa atividade deveria ser realizada em todas as situações, tendo em vista que possibilita o diagnóstico da tuberculose mesmo que o sintomático respiratório não retorne ao serviço⁽¹⁸⁾.

Uma vez diagnosticado, o desafio passa a ser o tratamento na modalidade diretamente observada, oferecido pela atenção primária à saúde. Como no caso da população em situação de rua a não adesão

ao tratamento é considerada um grave problema, a participação das instituições governamentais e não governamentais nesse processo torna-se essencial para minimizar o impacto negativo^(3,5-6,16). Sabe-se que o tratamento diretamente observado é a modalidade mais efetiva para o sucesso no controle da tuberculose, no entanto o tratamento da doença dessa forma em pessoas em situação de rua é dificultado em função da falta de recursos institucionais, sociais e preparo dos profissionais^(9,17).

Os resultados obtidos neste estudo para as ações de controle da tuberculose podem estar relacionados ao baixo desempenho nas variáveis do fator 2, composto pelo processo de capacitação profissional, acesso aos manuais e atuação da equipe de consultório na rua. Esse conjunto de variáveis é importante, uma vez que pode potencializar e qualificar o desenvolvimento de ações à população em situação de rua na atenção primária à saúde.

Nesse sentido, a falta de capacitação e a não disponibilidade dos manuais com as diretrizes para o controle da tuberculose foram apontados como problemas que prejudicam o suporte à decisão para executar atividades de prevenção, diagnóstico e assistência pelos profissionais que atuam no controle da doença na atenção primária à saúde. A atenção à tuberculose envolve a capacitação permanente desses profissionais para que seja garantido o atendimento oportuno e de qualidade para o adequado controle da doença^(8-9,11-12).

Um dos problemas mais graves identificados no nosso estudo foi a ausência de parceria das equipes do consultório na rua com as equipes da atenção primária à saúde. Essa parceria poderia aperfeiçoar as ações de controle da tuberculose, tendo em vista que a atuação das equipes de consultório na rua pode contribuir mais efetivamente para o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, ampliando a detecção precoce, o tratamento e o acompanhamento dos casos. Esses profissionais devem atuar no contato direto com a pessoa em situação de rua, no apoio e

na capacitação dos profissionais da atenção primária à saúde, na articulação com os serviços de saúde e de assistência social, garantindo uma atenção integrada e personalizada^(17,19).

Conclusão

Observou-se que as especificidades dessa população não são consideradas, contrariando as recomendações do Ministério da Saúde. A falta de capacitação dos profissionais, o deficiente acesso aos manuais, a ausência de articulação e apoio da equipe de consultório na rua podem estar fragilizando ainda mais a assistência prestada pelas equipes da estratégia saúde da família.

Colaborações

Sá LD contribuiu na concepção do estudo. Queiroga RPF e Gazzinelli A contribuíram na concepção do estudo, coleta, análise, interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. World Health Organization. Global tuberculosis report [Internet]. 2017 [cited 2017 May 12]. Available from: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/
2. Dheda K, Barry CE, Maartens G. Tuberculosis. *Lancet*. 2015; 387(10024):1211-26. doi: [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00151-8](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00151-8)
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância em saúde [Internet]. 2014 [citado 2018 jun. 26]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_unificado.pdf
4. Craig GM, Joly LM, Zumla A. Complex but coping: experience of symptoms of tuberculosis and health care seeking behaviours - a qualitative interview study of urban risk groups, London, UK. *BMC Public Health*. 2014; 14(618):1-9. doi: <http://doi.org/10.1186/1471-2458-14-618>

5. Malejczyk K, Gratrix J, Beckon A, Moreau D, Williams G, Kunitomo D, et al. Factors associated with noncompletion of latent tuberculosis infection treatment in an inner-city population in Edmonton, Alberta. *Can J Infect Dis Med Microbiol* [Internet]. 2014 [cited 2018 May 7]; 25(5):281-4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4211353/>
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento de tuberculose pela população em situação de rua [Internet]. 2016 [citado 2018 nov. 15]. Disponível em: http://brasil.evipnet.org/wp-content/uploads/2016/11/Adesao_tuberculose_web.pdf
7. Hallais JAS, Barros NF. Street Outreach Offices: visibility, invisibility, and enhanced visibility. *Cad Saúde Pública*. 2015; 31(7):1497-504. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00143114>
8. Andrade HS, Oliveira VC, Gontijo TL, Pessôa MTC, Guimarães EAA. Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose: um estudo de caso. *Saúde Debate*. 2017; 41(spe):242-58. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042017s18>
9. Shuhama BV, Silva LMC, Andrade RLP, Palha PF, Hino P, Souza KMJ. Evaluation of the directly observed therapy for treating tuberculosis according to the dimensions of policy transfer. *Rev Esc Enferm USP*. 2017; 51:e03275. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016050703275>
10. Silva DM, Nogueira JA, Sá LD, Wysocki AD, Scatena LM, Villa TCS. Performance evaluation of primary care services for the treatment of tuberculosis. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(6):1044-53. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000700012>
11. Silva DM, Farias HBG, Villa TCS, Sá LD, Brunello MEF, Nogueira JA. Care production for tuberculosis cases: analysis according to the elements of the Chronic Care Model. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(2):239-46. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000200009>
12. Wysocki AD, Ponce MAZ, Brunello MEF, Beraldo AA, Vendramini SHF, Scatena LM, et al. Primary Health Care and tuberculosis: services evaluation. *Rev Bras Epidemiol*. 2017; 20(1):161-75. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700010014>
13. Ministério da Saúde (BR). Departamento de informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS. Informações de saúde [Internet]. 2016 [citado 2018 jan. 20]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipepb.def>
14. Martínez-González MA, Villegas AS, Atucha ET, Fajardo JF. *Bioestadística amigable*. Barcelona: Elsevier; 2014.
15. Damásio BF. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Aval Psicol* [Internet]. 2012 [citado 2018 jan. 20]; 11(2):213-28. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712012000200007&lng=pt
16. Dias M, Gaio R, Sousa P, Abranches M, Gomes M, Oliveira O, et al. Tuberculosis among the homeless: should we change the strategy? *Int J Tuberc Lung Dis*. 2017; 21(3):327-32. doi: <http://doi.org/10.5588/ijtld.16.0597>
17. Alecrim TFA, Mitano F, Reis AA, Roos CM, Palha PF, Protti-Zanatta ST. Experience of health professionals in care of the homeless population with tuberculosis. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(5):808-15. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420160000600014>
18. Antunes LB, Tomberg JO, Harter J, Lima LM, Beduhn DAV, Gonzales RIC. The user with respiratory symptoms of tuberculosis in the primary care: assessment of actions according to national recommendations. *Rev Rene*. 2016; 17(3):409-15. doi: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2016000300015>
19. Silva FP, Frazão IS, Linhares FMP. Health practices by teams from Street Outreach Offices. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(4):805-14. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00100513>