

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO A DISTÂNCIA
ESPECIALIZAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO DE
ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE**

**USUÁRIOS COM TUBERCULOSE NOS
SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA**

ARTIGO DE ESPECIALIZAÇÃO

Carlos Podalirio Borges de Almeida

São Francisco de Paula, RS, Brasil 2012

USUÁRIOS COM TUBERCULOSE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Carlos Podalirio Borges de Almeida

Artigo apresentado ao Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em
Gestão de Organização Pública em Saúde EaD, da
UFSM/CESNORS, como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.

Orientador: Prof. Sarita Teresinha Alves Amaro

São Francisco de Paula, RS, Brasil 2012

**Universidade Federal de Santa Maria - UFSM
Centro de Educação Superior Norte do RS - CESNORS
Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão de
Organização Pública em Saúde EaD**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a
Monografia de Conclusão de Curso

**USUÁRIOS COM TUBERCULOSE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE:
UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

elaborado por

Carlos Podalirio Borges de Almeida

como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde

COMISSÃO EXAMINADORA:

Sarita Teresinha Alves Amaro. Dra. (UFSM)

(Presidente/Orientador)

Liane Beatriz Righi. Dra. (UFSM)

Ricardo Vianna Martins. Dr. (UFSM)

São Francisco de Paula, 14 de dezembro de 2012.

**USUÁRIOS COM TUBERCULOSE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE:
UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

**USERS WITH TUBERCULOSIS IN HEALTH CARE: A
LITERATURE REVIEW**

**Carlos Podalirio Borges de Almeida, Bacharel em Quiropraxia (FEEVALE),
Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde (UFSM),
Mestrando em Ciências Pneumológicas (UFRGS)**

Rua José do Patrocínio nº 111, Porto Alegre (RS), (51) 9578-5611,
carlosalmeida1410@hotmail.com

**Sarita Teresinha Alves Amaro, Doutora em Serviço Social, Professor
Adjunto (UFSM)**

amariosarita@gmail.com

RESUMO

Apesar dos avanços alcançados na última década por meio das ações de controle da tuberculose, esta endemia permanece um problema no Brasil. Nosso país ocupa a 17º posição entre os 22 países com maior incidência notificada de tuberculose. Esse preocupante quadro exaltou nosso interesse científico, particularmente no sentido de compreender como a literatura especializada analisa e avalia o percurso assistencial de pacientes com tuberculose nos serviços de saúde. Nessa direção, optou-se pela pesquisa exploratória, com foco na revisão de literatura científica especializada. As referências bibliográficas pesquisadas sobre tuberculose foram coletadas a partir das bases de dados MEDLINE, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde da Bireme. Foram analisados também estudos que investigaram o tratamento e o impacto do controle da tuberculose no setor da saúde. O resultado da pesquisa permitiu compreender que tem sido corrente nas análises a gradual melhora na qualidade do diagnóstico ao tratamento da tuberculose. A literatura aponta que isso deve-se a presença marcante de investimentos na formação de recursos humanos e nos processos de gestão, atenção e atendimento nos serviços de saúde. Esses fatores associados aparecem na literatura como responsáveis por impactar positivamente no controle epidemiológico da tuberculose, bem como na humanização dos pacientes rumo a recuperação da saúde, em seu percurso nos serviços de saúde. A literatura indicou também que ações articuladas devem ser promovidas, especialmente conectando ações de saúde e ações sociais. É para partilhar nossos “achados” com outros pesquisadores que apresentamos esse artigo.

Palavras-Chave: Tuberculose. Serviços de Saúde. Diagnóstico. Cuidados Ambulatoriais.

ABSTRACT

Despite the advances in the last decade through the actions of tuberculosis control, this remains an endemic problem in Brazil. Our country occupies the 17th position among the 22 countries with the highest reported incidence of tuberculosis. This worrying scenario extolled our scientific interest, particularly in the sense of understanding how literature reviews and assesses the route care of patients with tuberculosis in health services. In this direction, we opted for exploratory research, focusing on specialized scientific literature review. The references surveyed about tuberculosis were collected from MEDLINE, SciELO and Virtual Health Library Bireme. We also examined studies that investigated the impact and treatment of tuberculosis control in the health sector. The result of the research that has been allowed to understand the current analyzes the gradual improvement in the quality of diagnosis to treatment. The literature suggests that this is due to the strong presence of investment in training and human resource management processes, attention and care in the health services. These factors appear associated in the literature as responsible for positively impacting the epidemiology of tuberculosis control and humanization of patients towards health recovery in its path in health services. The literature also indicated that coordinated actions should be promoted, especially connecting health actions and social actions. It is to share our "finds" with other researchers who present this article.

Key-words: Tuberculosis. Ambulatory Care. Health Services. Diagnosis.

INTRODUÇÃO

Apesar dos avanços alcançados na última década por meio das ações de controle da tuberculose (TB), esta endemia permanece um problema no Brasil (RODRIGUES, BARRETO, KRAMER, et. al., 2007; WHO, 2005).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que um terço da população mundial, correspondendo a aproximadamente dois bilhões de pessoas, encontra-se infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis* e, dentre eles, oito a nove milhões desenvolvem a tuberculose. Anualmente, cerca de dois milhões de pessoas falecem dessa enfermidade, principalmente em países e regiões com condições socioeconômicas precárias (HINO, 2011).

O Brasil está em 17º entre os 22 países com maior incidência notificada de TB. A OMS considera que o Brasil detectou 88% de seus casos novos em 2010, segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), anualmente notificam-se no Brasil aproximadamente 85 mil casos de TB sendo que, destes, 71 mil são casos novos. Morrem cerca de 4.600 casos de TB no país ao ano (WHO, 2011).

Recentemente, a TB foi classificada como uma doença reemergente nos países desenvolvidos, e manteve sua ocorrência em níveis elevados e eventualmente crescentes nos países em desenvolvimento. Os bolsões de pobreza em certas áreas urbanas evidenciam que estas áreas de exclusão social estão mais propensas ao aparecimento de doenças transmissíveis (HINO, 2011).

São muitos os problemas enfrentados pelos pacientes no processo de diagnóstico e tratamento. A demora no diagnóstico acarreta a permanência da cadeia de transmissão, facilitando sua disseminação e o aparecimento de formas graves da doença. Portanto, a ênfase dada ao diagnóstico precoce e às ações de vigilância aumenta a detecção de casos e a cura e diminui o

abandono ao tratamento (BRASIL, 2002; JOB, GOZZANO, BERNARDES JUNIOR, et. al., 1986).

Por meio de problematizações referentes ao percurso realizado pelos pacientes com tuberculose, optamos por analisar as bibliografias especializadas que pudemos encontrar, traçando um panorama da doença no Brasil, relacionando com os aspectos clínicos e sociais inerentes à doença e fazendo algumas reflexões sobre o percurso assistencial dos pacientes nos serviços de saúde.

O primeiro desafio consiste em superar a dicotomia das ações dos setores envolvidos na assistência à saúde. Além de mudanças teóricas e metodológicas, que permitem a ampliação de tecnologias para fazer frente aos problemas de saúde, a Vigilância da Saúde propõe que os agentes sociais sejam os responsáveis pelo processo de definição de problemas e pelo encaminhamento das soluções (CAMPOS, 2003; PALOMER, 1993).

A premissa de que a Atenção Primária à Saúde (APS) deve atuar no território com o olhar sobre determinantes e riscos devem resultar em melhores processos diagnósticos, incluindo menor tempo e custo. Neste aspecto, melhores padrões de qualidade são ainda uma meta a ser atingida (CAMPOS, FONSECA, PESSINI, 2012; PALOMER, 1993).

Programas mundiais de controle de TB propõem a identificação dos pacientes sintomáticos respiratórios, através da detecção passiva dos pacientes com tosse persistente por 2 a 3 semanas com ou sem outros sintomas, que procurarem voluntariamente os sistemas de saúde, devendo ser testados para TB (STORLA, YIMER, BJUNE, 2008). Essa detecção é fundamental para se iniciar a quimioterapia específica, alcançando-se assim dois outros objetivos: a diminuição das sequelas da doença e a manutenção da vida ativa do indivíduo (JOB, GOZZANO, BERNARDES JUNIOR, et. al., 1986).

Os sintomas clássicos de TB incluem tosse, febre, perda de peso, sudorese noturna e hemoptise. Outros sintomas que podem ser encontrados são escarro, fadiga, perda de apetite e demais sintomas respiratórios (STORLA, YIMER, BJUNE, 2008).

O diagnóstico de TB é baseado na avaliação clínica e fundamentado pelo exame microscópico direto de escarro (baciloscopia), ou cultura para micobactéria, auxiliados pela radiografia de tórax com achados de imagens

sugestivas de TB. Em TB extrapulmonar também utiliza-se o método histopatológico (FUNASA, 2002).

Em regiões de alta prevalência de TB, pode-se considerar como diagnóstico precoce aquele realizado entre 2 a 3 semanas após o início dos sintomas respiratórios, e diagnóstico tardio, aquele que é realizado após 4 semanas do início dos sintomas respiratórios (TCTA, 2006). Assim, um tempo aceitável de demora diagnóstica de 3 a 4 semanas seria efetivo para o controle da doença (LAMBERT, STUYFT, 2005). Porém este tempo depende da epidemiologia e dos serviços de saúde de cada país (WARD, SISKIND, KONSTANTINOS, 2001).

Em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento com alta endemia de TB o tempo médio entre o início dos sintomas até o começo do tratamento pode ultrapassar 120 dias enquanto em vários países desenvolvidos o tempo é de aproximadamente 50 dias (STORLA, YIMER, BJUNE, 2008). No Brasil, na região nordeste, a média de demora é de 90 dias, e o tempo considerado aceitável é de 60 dias (SANTOS, ALBUQUERQUE, XIMENES, et. al., 2005).

Os principais motivos para a demora do diagnóstico refletem fatores relacionados ao paciente e ao sistema de saúde. Os principais fatores são: características pessoais (presença de HIV, doenças pulmonares crônicas, alcoolismo e abuso de outras drogas, tabagismo, más condições de saúde prévias, receio em procurar unidades de saúde, crenças, medo) (STORLA, YIMER, BJUNE, 2008; WATKINS, PLANT, 2004) e socioeconômicos e demográficos (dificuldade de acesso à unidade de saúde, residência rural, idade, sexo, nível educacional, conhecimento sobre TB) (STORLA, YIMER, BJUNE, 2008).

Um outro fator que pode influenciar na demora para o diagnóstico é o ciclo vicioso de repetidas visitas ao mesmo local de saúde (STORLA, YIMER, BJUNE, 2008), e a auto-medicação, com o uso indiscriminado de antibióticos, sem indicação clínica (CRAIG, BETTISON, SABIN, et. al., 2009).

Os fatores relacionados ao sistema de saúde variam de acordo com cada país ou região e precisam ainda ser estudados. (STORLA, YIMER, BJUNE, 2008). Alguns fatores incluem organização do sistema de saúde (SANTOS, ALBUQUERQUE, XIMENES, et. al., 2005) e sensibilidade

diagnóstica da amostra de escarro (MILLEN, UYS, HARGROVE, et. al., 2008). No Brasil, na região nordeste, um dos principais fatores para a demora diagnóstica é a organização do sistema de saúde e não os fatores relacionados ao paciente (SANTOS, ALBUQUERQUE, XIMENES, et. al., 2005).

Apesar dos programas de controle de TB priorizarem que o diagnóstico seja oferecido em nível de atenção básica de saúde, grande parte da população ainda é diagnosticada em hospitais, principalmente em Hospitais Públicos de Referência (ZERBINI, CHIRICO, SALVADORES, 2008; SHERMAN, FUJIWARA, COOK, 1999). No ano de 2007, em Porto Alegre, 38,98% dos casos foram notificados pelos hospitais (BRASIL, 2011).

No entanto, no Brasil a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece que os serviços de Atenção Primária (AP) ou de Atenção Básica (AB), representados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) devem assumir a função de primeiro contato do doente de TB com o sistema de saúde (FUNASA, 2002).

Perceber o percurso do paciente, para reconhecer e tentar minimizar o tempo entre o início dos sintomas e o começo do tratamento para TB, bem como os fatores associados à demora deste intervalo de tempo são essenciais para reduzir a gravidade da doença, o período de transmissão e assim, o risco de exposição dos membros da comunidade (STORLA, YIMER, BJUNE, 2008; LORENT, MUGWANEZA, MUGABEKAZI, 2008).

Os motivos reais para realização deste estudo nortearam uma revisão bibliográfica acerca do percurso assistencial de pacientes com TB nos serviços de saúde. Buscou-se problematizar os percursos assistenciais nos estabelecimentos aos quais os pacientes têm acesso. Com isso, buscou-se uma reflexão crítica com vistas a possíveis mudanças nos processos de captação de pacientes e diagnóstico.

MÉTODO

Esta pesquisa é do tipo exploratória. Foi realizada uma revisão compreensiva de estudos e pesquisas sobre tuberculose (MINAYO, SANCHES; 1993). Foram também considerados percursos de pacientes em serviços de saúde e aspectos de gestão ao controle da TB, haja vista a estreita relação entre esses três momentos e movimentos quando se trata dessa morbidade.

Considerou-se a tendência recente de buscar a força da evidência em diferentes fontes, abordagens e metodologias, especialmente em países em desenvolvimento. Estudos pautados na força da validade interna ou na efetividade e evidenciados pelos dados quantitativos, não devem ser a única fonte para assegurar a qualidade ou o rigor de uma revisão de literatura, especialmente quando se abordam temas menos explorados na saúde pública (MINAYO, CAVALCANTE, 2010; MINAYO, SANCHES; 1993). Foram selecionados estudos que problematizaram o percurso dos pacientes com TB nos serviços de saúde, bem como os aspectos envolvidos nessa trajetória.

As referências apresentadas pela literatura sobre TB foram coletadas a partir das bases de dados MEDLINE, SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde da Bireme e em sites que abordavam o tema tuberculose. Foram analisados também estudos que investigaram o tratamento e o impacto do controle da TB para o setor saúde.

As palavras-chaves utilizadas na busca revisão foram: "tuberculose"; "serviços de saúde"; "cuidados ambulatoriais"; "diagnóstico". O estudo abrangeu publicações partir dos anos 1980 até 2012. A base de maior relevância para o trabalho foi SciELO, seguida da MEDLINE. Foram analisadas 38 referências, sendo 36 sobre o tema proposto; as duas restantes referem metodologia para estudos exploratórios de saúde.

Os manuscritos foram agrupados para análise considerando os enfoques priorizados em: usuários com TB, serviços de saúde e TB, diagnóstico e tratamento da TB e percurso dos pacientes com TB pelos serviços de saúde.

O método de análise de dados, acompanhando o enfoque da pesquisa qualitativa, foi o de análise de conteúdo.

O processo de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo de textos promovido pela análise de conteúdo, segundo BARDIN (1979), é organizado em três etapas, cronologicamente seqüenciadas, a saber: 1. A pré-análise; 2. A exploração do material e 3. O tratamento dos resultados e interpretação.

A pré-análise é a fase de organização e sistematização das idéias, premissas e hipóteses que deram origem a pesquisa, bem como dos indicadores que, mais adiante, nortearão o processo de interpretação.

Já na fase de exploração do material, o cerne da atividade analítica, o pesquisador se debruça sobre os dados, por meio de um profundo e, não raro exaustivo, processo de codificação, classificação e significação tanto das equivalências, como da frequência dos enunciados das mensagens em estudo.

O passo seguinte é encaminhar a análise categorial, ou seja, o tratamento dos resultados e a interpretação propriamente dita, por meio da classificação dos elementos /indicadores por semelhança ou diferenciação. Com esse processo, se encaminha a análise a sua conclusão, por meio de comentários explicativos do conteúdo dos enunciados tonalizados nas mensagens e textos.

Este caminho analítico-crítico permitiu avaliar as evidências, identificar a necessidade de investigações futuras acerca da temática e oferecer fundamentos para prática profissional.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 36 bibliografias selecionadas, uma foi publicada em 2012, seis em 2011, uma em 2010, quatro em 2009, seis em 2008, duas em 2007, uma em 2006, cinco em 2005 e 10 de outros anos até 1980. Pudemos perceber que não houve uma progressão ou regressão em relação às publicações sobre o tema nos últimos sete anos. Entretanto, nos últimos sete anos foram encontrados o dobro de publicações aos demais quinze anos de revisão.

Em relação ao tipo de periódico onde foram publicados os artigos, houve predominância daqueles onde os temas abordados eram relativos aos atuais campos da saúde numa perspectiva multi e interdisciplinar, não havendo predomínio por periódicos de área específica.

O resultado da pesquisa permitiu compreender que tem sido corrente nas análises a gradual melhora na qualidade do diagnóstico ao tratamento da tuberculose. A literatura aponta que isso deve-se a presença marcante de investimentos na formação de recursos humanos e nos processos de gestão, atenção e atendimento nos serviços de saúde. Esses fatores associados aparecem na literatura como responsáveis por impactar positivamente no controle epidemiológico da tuberculose, bem como na humanização dos

pacientes rumo à recuperação da saúde, em seu percurso nos serviços de saúde.

A literatura indicou também que ações articuladas devem ser promovidas, especialmente conectando ações de saúde, voltadas a diminuir a transmissão da doença e as ações sociais, organizadas para auxiliar pessoas em situação de vulnerabilidade a terem um conhecimento sobre os sintomas de TB e os serviços que oferecem o diagnóstico e tratamento.

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) prevê a descentralização e a horizontalidade das ações de vigilância, prevenção e controle, buscando utilizar, especialmente, a Estratégia Saúde da Família (ESF), com o fortalecimento da educação permanente (RUFFINO-NETTO, 2002).

No Brasil, existe uma baixa cobertura do programa na rede básica do Sistema Único de Saúde (SUS), denotando uma descentralização inconclusa, agravada por problemas de natureza mais estrutural, como desorganização da rede, com contornos dramáticos nas áreas metropolitanas (HIJAR, 2005).

Dentre as dificuldades encontradas para o controle da TB em nosso contexto atual, destacam-se dois grupos de problemas, um relativo à falta de recursos financeiros e humanos e outro, ligado à gestão do programa (RUFFINO-NETTO, 2002). A debilidade qualitativa e quantitativa dos recursos humanos e a visão centralizada e fragmentada das ações são destacadas (MONROE, GONZALES, PALHA, et. al., 2008). Tem sido evidenciado que a disponibilidade de recursos e a organização da atenção podem influenciar na acessibilidade ao tratamento (ARAWAKA, ARCÊNCIO, SCATOLIN, et. al., 2011).

Ainda assim êxitos foram alcançados, como a redução da incidência da tuberculose e aumento da cobertura da estratégia Tratamento Supervisionado (TS-DOTS) (SANTOS, 2007).

O Ministério da Saúde (MS) tem como metas diagnosticar 90% dos casos esperados e curar 85% destes. O Fundo Global Tuberculose Brasil é uma iniciativa que abrange 57 municípios das regiões metropolitanas, onde se concentram 45% dos casos de tuberculose no país, e visa acelerar o alcance das metas definidas para o PNCT (FUNDO GLOBAL, 2012).

No nível da atenção à saúde, o melhor recurso de prevenção, de modo a interromper a cadeia de transmissão, continua sendo a detecção precoce e o tratamento (RODRIGUES, BARRETO, KRAMER, et. al., 2007).

Para alcançar esse objetivo, é necessário, ainda, superar os seguintes problemas: insuficiência na formação de profissionais, falta de incentivo a pesquisas operacionais para a solução de problemas encontrados nos serviços de saúde, entre outros (RUFFINO-NETTO, 2002).

De fato, considerando os padrões de qualidade da prática assistencial e do trabalho em equipes de saúde, o controle da tuberculose pode ser considerado um marcador para a qualidade da atenção à saúde. Para isso são necessários estudos mais aprofundados que possam encontrar as melhores evidências sobre as boas práticas organizacionais e assistenciais para superar as dificuldades atuais. A alegação de que mais recursos aplicados para implantar novos modelos irão solucionar antigos problemas parece não ter efeito prático, como demonstra um estudo recente em cinco municípios brasileiros. Esse não encontrou diferenças significantes quanto ao desempenho do PCT para algumas características da atenção, tais como o modelo adotado na APS ou acesso aos serviços (CAMPOS, FONSECA, PESSINI, 2012; SCATENA, VILLA, NETTO, 2009).

Mesmo quando há evidências de que mudanças nos serviços de APS permitiram um maior acesso à população, persistem, porém, problemas relacionados à baixa efetividade, tais como horários inapropriados, insuficiência de exames diagnósticos e falta de apoio aos pacientes (vale transporte, acompanhamento domiciliar) (MARCOLINO, NOGUEIRA, RUFFINO-NETTO, 2009).

Ainda que a consolidação da ESF tenha levado a avanços e melhorias, parte-se aqui do pressuposto que medidas na gestão, por si só, não são suficientes para alcançar as mudanças almejadas. Melhores padrões de qualidade dependem de mudanças em processos de trabalho e em fluxos assistenciais, aspectos relacionados à formação profissional e à cultura organizacional (CAMPOS, FONSECA, PESSINI, 2012).

No campo da qualidade em saúde, trabalha-se com a premissa de que bons processos de trabalho podem levar a bons resultados. Esses processos incluem a análise da relevância, suficiência ou, por outro lado, da redundância

de procedimentos e rotinas relacionados à anamnese, ao exame físico, a investigação laboratorial, ao diagnóstico e tratamento, bem como das demais ações realizadas na unidade, tais como o acolhimento, as atividades de grupo, vacinações, curativos, exames, visitas domiciliares, ações fundamentais para a detecção precoce, o início do tratamento e o aconselhamento (CAMPOS, FONSECA, PESSINI, 2012; DONABEDIAN, 1982).

A habilidade dos profissionais em identificar problemas de saúde e realizar a ação mais apropriada deve ser considerada não apenas dirigida aqueles que utilizam o serviço, mas também aos que não o demandam. Rastreamentos, a busca de casos e de grupos sob-risco são importantes (WATKINS, PLANT, 2004). Constata-se que doentes de tuberculose têm inúmeras passagens pela rede e são atendidos para outros males, permanecendo ocultos. Perde-se tempo precioso para o diagnóstico e tratamento, prolongando o período de infecção. Esses aspectos não são monitorados, pois se prioriza apenas o cumprimento de condutas clínicas e aqueles ligados à aderência e acompanhamento (CAMPOS, FONSECA, PESSINI, 2012; CAMPOS, 2005).

Para melhorar processos de trabalho, recorre-se a capacitações segundo um 'modelo escolar', na expectativa que informações adquiridas serão incorporados às práticas. Infelizmente tem sido demonstrado que a aplicação prática desses conhecimentos não alcança os resultados esperados (MARCOLINO, NOGUEIRA, RUFFINO-NETTO, 2009). Não se levam em conta à resistência às mudanças, as dificuldades do trabalho em equipe, contextualizado à realidade em que se trabalha, no cotidiano dos serviços. A educação permanente pode ser entendida como o processo que busca a mudança nas práticas e na organização da equipe de saúde de modo a alcançar soluções para dificuldades reais vividas; é a forma de aproximar a educação da vida cotidiana de forma a se ter à percepção que no trabalho também se aprende (DAVINI, 2009).

A rede de Atenção Primária à Saúde permite não somente a prevenção de um importante universo de patologias de relevância epidemiológica e a resolutividade direta de até 90% da demanda comunitária, como também auxilia a condução clínica e o manejo terapêutico de pacientes com demanda de saúde especializada. Além disso, possibilita melhor controle

do desperdício de recursos de saúde, estabilidade e confiança na relação entre o usuário e o sistema de saúde e maior eficácia no alcance dos resultados de saúde (XAVIER, REIS, PAULO, et. al., 2008).

As ações realizadas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) são uma importante estratégia de controle de TB, pois impactam dois pontos principais: viabilizam a detecção precoce e adoção do fluxo adequado de atendimento de pacientes doentes de TB e possibilitam a diminuição do risco de infecção por *Mycobacterium tuberculosis* entre os profissionais e demais pacientes ou familiares que frequentam a unidade de saúde (CASTRO, COSTA, RUFFINONETTO, et. al, 2011).

O problema da TB no Brasil reflete o estágio de desenvolvimento social do país, onde os determinantes do estado de pobreza, as condições sanitárias precárias, as fraquezas de organização do sistema de saúde e as deficiências de gestão limitam a ação da tecnologia e, por consequência, inibem a queda de doenças marcadas pelo contexto social (CAMPOS, FONSECA, PESSINI, 2012; OLIVEIRA, 2011).

Com a edição da Norma Operacional Assistência à Saúde (NOAS/2001), a TB foi incorporada ao Departamento de Atenção Básica; a partir deste momento, tanto os municípios em Gestão Plena da Atenção Básica quanto os que se encontram em Gestão Plena do Sistema Municipal devem se organizar para atender o doente de TB (OLIVEIRA, 2011).

Os estudos aqui citados contribuem para o entendimento de como a TB está implicada nos aspectos sociais, já que ela é entendida como sendo uma doença negligenciada e que apesar de todo esforço para combatê-la, ainda é causa de muitas mortes em nosso país.

A situação que o quadro brasileiro mostra que apesar do que se tem feito, a TB ainda permanece como uma doença negligenciada, o que tem levado a OMS a considerar a TB como um dos mais sérios problemas atuais de saúde pública.

A apreciação e análise dos textos são válidas e contributivas ao aproximar a discussão do meio acadêmico à que ocorre no âmbito das políticas e práticas em saúde, no compasso em que avança na compreensão do fenômeno e na construção de estratégias de gestão e ação. -

A análise dos trabalhos apresenta algumas questões, como a complexidade do fenômeno, que inclui à interferência marcante de problemas sociais, econômicos, físicos e psicológicos. A maioria dos estudos indica como fatores predisponentes da TB: pobreza, baixa escolaridade, residências com falta de saneamento, alcoolismo, soro-positividade para o HIV, entre outros, que reforçam a ideia de que às raízes da TB são sociais.

Do ponto de vista do papel da saúde pública, existe uma relação próxima entre o diagnóstico e tratamento de TB e o percurso realizado pelos pacientes nos serviços de saúde, haja vista a literatura mostrar que é possível prevenir a TB atuando nos fatores associados. Do ponto de vista dos cuidados médicos, é preciso focalizar o fator social como desencadeador mais relevante da TB. A literatura sugere ainda que outras ações devem ser promovidas, como as de saúde, que ajudam a diminuir a transmissão, e ações sociais que auxiliem pessoas em situação de vulnerabilidade a terem um conhecimento sobre os sintomas de TB e os serviços que oferecem o diagnóstico e tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAKAWA T., ARCÊNCIO R. A., SCATOLIN L. M., SCATENA L. M., RUFFINO-NETTO A., VILLA T. C. S. Acessibilidade ao tratamento da tuberculose: avaliação de desempenho de serviços de saúde. **Rev Latino-Am Enfermagem**. v.19, n. 4, p 994-1002, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Controle da Tuberculose. **Normas técnicas, estrutura. Operacionalização. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2site_31_05_2011.pdf. Acesso em: Novembro 2012.

CAMPOS C. E. A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Saude Mater Infant.** v. 5, p 63-9, 2005.

CAMPOS C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc Saúde Coletiva.** v. 8, n. 2, p 569-84, 2003.

CAMPOS, E. A. C., FONSECA, A. C. F., PESSINI, M. L. Análises dos Percursos Assistenciais de Pacientes com Tuberculose em Três Capitais Brasileiras. Que lições os profissionais podem tirar? **Cad. Saúde Colet.** v. 20, n. 2, p 188-194, 2012.

CASTRO, C. B. A., COSTA, P. A., RUFFINO-NETTO, A., MACIEL, E. L. N., KRITSKI, A. L. et al. Avaliação de um escore clínico para rastreamento de suspeitos de tuberculose pulmonar. **Rev. Saúde Pública.** pp. 0-0. 23-Set-2011

CRAIG S. E., BETTINSON H., SABIN C. A., GILLESPIE S. H., LIPMAN M . C. I. Think TB! Is the diagnosis of pulmonary tuberculosis delayed by the use of antibiotics? **Int J Tuberc Lung Dis** v.13, n.2, p 208–213, 2009.

DONABEDIAN A. The definition of quality and approaches to its management. Explorations in quality assessment and monitoring. Vol. I. Ann Arbor, Michigan: **Health Administration Press**; 1982.

DAVINI M. C. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: **Política nacional de educação permanente.** Série Pactos pela Saúde. 2006, v.9. Brasília; 2009.

FUNASA/ Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde do Brasil. 2002. **Tuberculose** – guia de vigilância epidemiológica elaborado pelo Comitê Técnico-Científico de assessoramento à tuberculose e comitê assessor para co-infecção HIV-Tuberculose, Brasília, 1ª ed. p.37.

FGTB. **Fundo Global Tuberculose Brasil**. Acesso em: novembro de 2012. Disponível em:

<http://www.fundoglobaltb.org.br/site/home/index.php>

HIJAR M. A. Tuberculose: desafio permanente. **Cad Saúde Pública**. v.21, n.2, p 348-359, 2005.

HINO, P. et al. O controle da tuberculose na perspectiva da Vigilância da Saúde. **Esc. Anna Nery**. p 417-421, 2011.

JOB J. R. P. P, GOZZANO J. O. A, BERNARDES JUNIOR O. R., GARCIA R. H., MIRALHES O. J. C., MIRANDA M. A. P. Informações que antecederam o diagnóstico de tuberculose pulmonar e tempo decorrido até o início do tratamento em pacientes matriculados em Centro de Saúde, São Paulo (Brasil). **Rev Saúde Pública**. v. 20, n. 1, p 21-5, 1986.

LAMBERT M. L., STUYFT P. V. D. Delays to tuberculosis treatment: shall we continue to blame the victim? **Trop Med In Health** 2005, v. 10, p 945-6, 2005.

LORENT N., MUGWANEZA P., MUGABEKAZI J. Risk factors for delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis at a referral hospital in Rwanda. **Int J Tuberc Dis** v. 12, n. 4, p 392-396. 2008.

MARCOLINO A. B. L., NOGUEIRA J. A., RUFFINO-NETTO A., MORAES R. M., SÁ L. D., VILLA T. C. S., et al. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes e saúde da família de Bayeux-PB. **Rev Bras Epidemiol**. v. 12, n. 2, p 144-57, 2009.

MILLEN J. S., UYS P. W., HARGROVE J., VAN HELDEN P. D., WILLIAMS B. G. The effect of diagnostic delay on the drop-out rate and total delay to diagnosis of tuberculosis. **PLoS ONE** v. 3, n. 4., 2008.

MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G.. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. **Rev. Saúde Pública**. v. 44, n.4, p 750-757, 2010.

MINAYO, M. C. S., SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cad. Saúde Publ.** p 239-262, 1993.

MONROE A. A., GONZALES R. I. C., PALHA P. F., SASSAKI C. M., NETTO A. R., VENDRAMINI S. H. F, et al. Envolvimento de equipes de Atenção Básica à Saúde no controle da tuberculose. **Esc Enferm USP**. v. 42, n. 2, p 262-267, 2008.

OLIVEIRA, M. F., et al. A porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no sistema de saúde de Ribeirão Preto/SP. **Rev. esc. enferm.** p 898-904, 2011.

PALOMER R. M. Garantía de calidad en atención primaria de salud. **Monografias Clinicas en Atencion Primaria**, n. 13. Barcelona: Doyma, p. 19-32, 1993.

RODRIGUES L., BARRETO M., KRAMER M., BARATA R. C. B. Resposta brasileira à tuberculose: contexto, desafios e perspectivas. **Rev Saúde Pública**. v. 41, p 1-2, 2007.

RUFFINO-NETTO A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Rev Soc Bras Med Trop**. v. 35, n. 1, p 51-8, 2002.

SANTOS J. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. **Rev Saúde Pública**. v. 41, p 89-94, 2007.

SANTOS M. A. P. S., ALBUQUERQUE M. F. P. M., XIMENES R. A. A, LUCENA-SILVA N. L. C. L. Risk factors for treatment delay in pulmonary tuberculosis in Recife, Brazil. **BMC Public Health** v. 25, n. 5, 2005.

SCATENA L. M., VILLA T. C., NETTO A. R., KRITSKI F, FIGUEIREDO T. M. R. M., VENDRAMINI S. H. F., et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Rev Saúde Pública**. v. 43, n. 3, p 389-397, 2009.

SHERMAN L. F., FUJIWARA P. I., COOK V. S. Patient and health care system delays in the diagnosis and treatment of tuberculosis. **Int J Tuberc Lung Dis** v. 3, n. 12, p 1088-1095. 1999.

STORLA D. G., YIMER S., BJUNE G. A. A systematic review of delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis. **BMC Public Health** v. 8, n. 15, 2008.

Tuberculosis Coalition for Technical Assistance. International Standards for Tuberculosis Care (ISTC). The Hague: **Tuberculosis Coalition for Technical Assistance**, 2006

WARD J., SISKIND V., KONSTANTINOS A. Patient and health care system delays in Queensland tuberculosis patient, 1985-1998. **Int J Tuberc Dis** v. 5, p 1021-1027, 2001.

WATKINS R. E., PLANT A. J. Pathways to Treatment for Tuberculosis in Bali: Patient Perspectives. **Qual Health Res** v. 14, p 691, 2004.

WHO. Global Tuberculosis Control. Surveillance, planning, financing: **WHO Report- 2005**. Geneva: WHO; 2005.

WHO. Global Tuberculosis Control. Report 2011: **Epidemiology, Strategy , Financing**. Disponível em: www.who.int. Acesso em: Novembro, 2012.

XAVIER, A. J., REIS, S. S., PAULO, E. M., et. al. Tempo de adesão à Estratégia de Saúde da Família protege idosos de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares em Florianópolis, 2003 a 2007. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p 1543-1551, 2008.

ZERBINI E., CHIRICO M. C., SALVADORES B. Delay in tuberculosis diagnosis and treatment in four provinces of Argentina. **Int J Tuberc Lung Dis** v. 12, n. 1, p 63-68. 2008.