

O ACESSO AO DIAGNÓSTICO E AO TRATAMENTO DE TUBERCULOSE EM UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO

ACCESS TO DIAGNOSIS AND TREATMENT OF TUBERCULOSIS IN A STATE CAPITAL IN NORTHEAST BRAZIL

EL ACCESO AL DIAGNÓSTICO Y AL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS EN UNA CAPITAL DEL NORDESTE BRASILEÑO

Tatiana Maria Melo Guimarães dos Santos^I
Lídyia Tolstenko Nogueira^{II}
Lígia Nara Martins Santos^{III}
Conceição de Maria Costa^{IV}

RESUMO: Este estudo transversal descritivo objetivou avaliar o acesso ao diagnóstico e tratamento da tuberculose na Estratégia Saúde da Família em Teresina. Os dados foram coletados por meio de entrevista estruturada a 86 doentes de tuberculose, no período de março a maio de 2010. Entre os entrevistados, 52,3% procuraram a unidade de saúde mais próxima do seu domicílio no diagnóstico, 75,6% referiram não ter dificuldade de deslocamento até a unidade de saúde. Em 62,8% dos casos, o tratamento foi autoadministrado nos dois primeiros meses. A maioria precisou procurar o serviço três ou mais vezes para conseguir o primeiro atendimento e avaliou o trabalho da equipe de saúde como *razoável*. No presente estudo foi predominante a autoadministração do medicamento. Portanto, a forma de organização da atenção não constitui fator determinante para a garantia de acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado.

Palavras-chave: Tuberculose; acesso aos serviços de saúde; avaliação de programas e projetos de saúde; saúde da família.

ABSTRACT: This cross-sectional descriptive study aimed to evaluate access to diagnosis and treatment of tuberculosis by the Family Health Strategy in Teresina. Data were collected through structured interview of 86 patients with tuberculosis in the period from March to May 2010. Of the respondents, 52.3% attended the nearest clinic to their home; 75.6% reported having no difficulty in getting to the clinic. In 62.8% of cases, treatment was self-administered for the first two months. Most patients had to visit the service three or more times before being attended for the first time, and evaluated the health team's work as *fair*. In the present study, medication was predominantly self-administered. Therefore, how care was organized did not constitute a determinant factor in ensuring access to early diagnosis and appropriate treatment.

Keywords: Tuberculosis; health service accessibility; evaluation of health care programs and projects; family health.

RESUMEN: Este estudio transversal descriptivo tuvo como objetivo evaluar el acceso al diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis en la Estrategia Salud de la Familia, en Teresina-PI-Brasil. Los datos fueron recolectados a través de entrevista estructurada a 86 pacientes con tuberculosis, en el período de marzo a mayo de 2010. Entre los encuestados, 52,3% buscaron la unidad de salud más cercana de su casa en el diagnóstico, el 75,6% informaron no tener dificultades en el transporte para la clínica. En 62,8% de los casos, el tratamiento fue autosuministrado en los dos primeros meses. La mayoría de los pacientes necesitó buscar el servicio tres o más veces para obtener el primer tratamiento y evaluó el trabajo del equipo de salud como *razonable*. En el presente estudio fue predominante la autoadministración de la medicación. Por lo tanto, la forma de organización de la atención no es un factor determinante para garantizar el acceso al diagnóstico temprano y al tratamiento adecuado.

Palabras clave: Tuberculosis; acceso a los servicios de salud; evaluación de programas y proyectos de salud; salud de la familia.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa de abrangência mundial, que atinge elevados índices de morbidade e mortalidade, principalmente nas áreas com elevada prevalência da

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS).

Conforme dados da Organização Mundial de Saúde, um grupo de 22 países é responsável por 80% da carga de TB no mundo. O Brasil é o 19º país do mundo em

^IEnfermeira. Mestre em Enfermagem. Apoiadora Institucional da Estratégia Saúde da Família de Teresina-PI. Professora da Graduação em Enfermagem da Faculdade Santo Agostinho. Colaboradora do Programa de Iniciação Científica da Universidade Federal do Piauí, Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: tatianaenfermeira@yahoo.com.br.

^{II}Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada com atuação no Programa de Pós-Graduação em Ciências e Saúde e em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: lidyatn@gmail.com.

^{III}Enfermeira. Aluna do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: ligianaras@gmail.com.

^{IV}Enfermeira. Plantonista do Hospital do Parque Piauí. Colaboradora do Programa de Iniciação Científica da Universidade Federal do Piauí, Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: concitacosta@hotmail.com.

número de casos novos e o 108^o, quando se avalia a incidência da doença. Em 2010, o Brasil notificou 70.997 casos novos de TB, com uma taxa de incidência de 37,7 casos por 100.000 habitantes. Além disso, estima-se que 14% dos doentes de TB sejam também portadores de HIV. E, apesar de a TB ser uma doença curável, ainda causa a morte de 8.400 portadores no país¹.

Nessa perspectiva, o Brasil adota as metas internacionais de detectar 70% dos casos novos estimados e de curar 85% dos casos detectados. No 6^o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio, espera-se reduzir em 50%, até 2015, a prevalência e a mortalidade por TB². Desse modo, o Ministério da Saúde coloca como uma das prioridades do *pacto pela vida* o fortalecimento da capacidade de resposta à TB¹.

De acordo com a atual Constituição Brasileira, a saúde é um direito do cidadão e dever do Estado, com acesso universal aos serviços de saúde por meio de medidas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Assim, a atenção básica à saúde deve se constituir em uma das principais portas de entrada para o sistema de saúde³.

Desta forma, os serviços de saúde têm a competência de prover os meios necessários para garantir que todo indivíduo com diagnóstico de TB receba um tratamento adequado. Assim, a adesão ao tratamento, o compromisso do paciente e a regularidade de tomada dos medicamentos dependem, em grande parte, do acesso fácil do paciente ao serviço de saúde e da maneira como ele é atendido nesse serviço⁴.

O acesso se refere à forma de aproximação e de entrada dos usuários no sistema de saúde, e também às barreiras legais, territoriais, socioeconômicas ou culturais que dificultam a relação dos usuários com os serviços disponíveis⁵.

O Piauí é o quinto estado do Nordeste brasileiro em número de casos de TB e a capital, Teresina, é um dos 315 municípios prioritários para o combate da doença no país. Frente ao exposto, surge o seguinte questionamento: como está o acesso ao diagnóstico e ao tratamento de TB na Estratégia Saúde da Família? O objetivo deste estudo foi avaliar o acesso ao diagnóstico e ao tratamento da tuberculose na Estratégia Saúde da Família em Teresina, na perspectiva dos doentes.

REFERENCIAL TEÓRICO

A TB é uma doença infectocontagiosa, cuja propagação está associada principalmente às condições de vida da população, proliferando em grandes aglomerados humanos, com precários serviços de infraestrutura, onde coexistem fome e pobreza.

Para o diagnóstico da tuberculose, além da avaliação clínica, ele deverá estar fundamentado também nos seguintes métodos: bacteriológico, radiológico, prova tuberculínica, histopatológico. Os primeiros exames a serem solicitados são a radiografia de tórax e

a pesquisa de bacilo álcool-ácido resistente (BAAR) no escarro, método fundamental em adultos, tanto para o diagnóstico como para o controle do tratamento⁶.

E em relação aos esquemas de tratamento preconizados para adultos e adolescentes destacam-se o esquema básico, utilizado para tratar os casos novos de todas as formas de tuberculose e para os casos de retratamento; o dirigido, para os casos de tuberculose meningoencefálica; o esquema de multirresistência; além do especial, para os casos de intolerância moderada a grave ao tratamento. O tratamento diretamente observado (TDO) tem como objetivo garantir a adesão ao tratamento, reduzindo o risco de transmissão da doença na comunidade. A realização desse tratamento exige a supervisão da ingestão dos medicamentos, na unidade de saúde ou na residência, assegurando-se que o doente os tome em uma única dose diária⁷.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva com delineamento transversal. A projeção intercensitária para o ano de 2008, para a cidade de Teresina, foi de 802.416 habitantes⁸. Para atender a essa população, a Fundação Municipal de Saúde possui 78 Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e 244 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), distribuídas nas zonas urbana e rural.

A população de referência do estudo foi constituída pelos 343 doentes de tuberculose que realizaram tratamento no ano de 2008, em Teresina, notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Utilizou-se como critérios de exclusão: ser menor de 18 anos, ser portador da doença com incapacidade mental, não ter endereço no SINAN, ser residente de zona rural e/ou bairro sem cobertura da Estratégia Saúde da Família e ser paciente com as seguintes situações de encerramento no programa: óbito por tuberculose ou outras causas, mudança diagnóstica e transferência. Após a aplicação dos critérios de exclusão, o universo restante de doentes que poderiam participar da pesquisa foi de 213 pacientes.

O tamanho de amostra foi calculado com base em uma prevalência presumida de 50%, considerando que os estudos apontam uma prevalência que varia entre 40 e 50%^{9,10}. Obteve-se uma amostra de 86 doentes de TB. Para a seleção dos cadastrados no SINAN, utilizou-se uma amostragem aleatória simples, calculada no programa *BioEstat 5.0*.

Os dados foram coletados no período de março a maio de 2010. Realizou-se entrevista, o que ocorreu após abordagem do agente comunitário de saúde (ACS) durante suas visitas domiciliares. Vale ressaltar que algumas perguntas foram adequadas do instrumento *Primary Care Assessment Tool*, adaptado para atenção à TB por Villa e Ruffino-Netto¹¹. Antes do início da

entrevista, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Resolução 196/96¹².

Os dados foram tabulados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS (versão 17.0 for Windows). A análise estatística foi a descritiva a partir dos percentuais das categorias de respostas das variáveis. Os dados foram explorados por meio das técnicas univariadas e bivariadas. O uso do teste Qui-quadrado de Pearson (χ^2), com nível de significância ($p < 0,05$), foi utilizado para verificar as possíveis associações entre as variáveis.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI, com o Parecer n.º: 0232.045.000-09.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Sistema Único de Saúde (SUS), o acesso aos serviços é universal, garantido na Constituição Federal em seu artigo 196, e o debate atual sobre o tema enfatiza a conveniência ou não de se estabelecerem portas de entrada, como no caso das unidades de atenção básica e dos serviços de atenção à urgência e emergência, a partir dos quais os pacientes são encaminhados aos serviços de maior complexidade¹³.

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) privilegia a descentralização das medidas de controle para a atenção básica, amplia o acesso da população em geral e das populações mais vulneráveis ou sob risco acrescido de adoecer por tuberculose. Vale ressaltar que uma das condições básicas para o êxito do tratamento de TB é o acesso fácil do paciente ao serviço de saúde⁷. Essa descentralização implica o reconhecimento da atenção básica como protagonista na organização do sistema de atenção à saúde por meio da atribuição e da organização de mecanismos organizacionais e materiais que possam garantir a longitudinalidade do cuidado¹⁴.

Dessa forma, espera-se que as equipes da ESF realizem busca ativa dos sintomáticos respiratórios na comunidade, detectem casos infectantes da tuberculose, pela baciloscopia direta do escarro, anulem essas fontes de infecção mediante tratamento padronizado e executem ações de vigilância epidemiológica dos focos⁶.

Quanto à porta de entrada, a maioria dos sujeitos da pesquisa – 45 (52,3%) procurou a unidade de saúde mais próxima do seu domicílio, para receber o primeiro atendimento quando começou a apresentar os sintomas de TB, porém, é bastante significativo o número de doentes que não procuram o serviço 41 (47,7%), 44 (51,2%) doentes procuraram a unidade de saúde apenas uma vez para conseguir o primeiro atendimento e 65 (75,6%) referiram não ter havido dificuldade de deslocamento até a unidade de saúde, conforme mostra a Tabela 1.

TABELA 1 - Distribuição dos doentes de tuberculose segundo as variáveis de acesso ao diagnóstico. Teresina-PI, 2010. (N=86)

Variáveis	f	%
Procurou a unidade de saúde mais próxima do domicílio para o 1º atendimento		
Sim	45	52,3
Não	41	47,7
Nº de vezes que procurou a unidade de saúde para o 1º atendimento		
Uma	44	51,2
Duas	27	31,4
Três ou mais	15	17,4
Dificuldade de deslocamento		
Sim	21	24,4
Não	65	75,6
Tempo de deslocamento do domicílio a unidade de saúde		
Menos de 10 minutos	36	41,9
10 ou mais minutos	50	58,1
Unidade que diagnosticou a tuberculose		
UBS/ESF	30	34,9
Ambulatório de referência	24	27,9
Consultório particular	17	19,8
Ambulatório das USs municipais	8	9,3
Outras	7	8,1
Tempo entre o 1º atendimento e o diagnóstico		
Menos de 1 semana	15	7,4
1 – 2 semanas	41	47,7
3 – 4 semanas	16	18,6
Mais de 4 semanas	14	16,3

Com relação ao acesso ao diagnóstico, obteve-se um resultado semelhante ao do estudo realizado em São Paulo¹⁵, no qual 60,4% dos entrevistados também procuraram as UBSs quando começaram a apresentar sintomas da doença. Nessa mesma pesquisa, o autor destaca que os motivos de o usuário buscar atendimento em nível secundário podem estar relacionados às dificuldades encontradas no acesso à atenção básica, ou mesmo à gravidade do quadro do indivíduo que acaba procurando um serviço de emergência.

No que se refere ao número de vezes que os doentes de TB tiveram que procurar a unidade de saúde para conseguir o primeiro atendimento, os dados obtidos foram diferentes dos encontrados em um estudo realizado no município de São José do Rio Preto¹⁶, no qual a dificuldade de acesso se retratou quando o paciente teve que recorrer às unidades de saúde várias vezes até obter o diagnóstico de TB e iniciar o tratamento.

Em relação ao tempo de deslocamento do domicílio à unidade de saúde, 50 (58,1%) pacientes gastavam 10 minutos ou mais no percurso em busca de atendimento. Para 30 (34,9%) entrevistados, o diagnóstico de TB ocorreu na UBS vinculada a uma equipe da ESF e 24 (27,9%) tiveram a confirmação do diagnóstico no ambulatório de referência. Quanto ao tempo decorrido entre o primeiro atendimento e a confirmação diagnóstica da doença, na maioria dos casos (47,7%) foi de uma a duas semanas.

A atenção básica tem um papel fundamental na resolubilidade das demandas dos usuários e, quando não é efetiva, impõe-se ao paciente retornos frequentes aos serviços de saúde, denotando, assim, problemas no acesso ao atendimento^{3,17}.

O acesso aos serviços de saúde deveria ser realizado preferencialmente a partir da UBSs, que têm a competência de resolver 80% dos problemas de saúde, entre eles a tuberculose e, assim, devem ter profissionais treinados para fazer o diagnóstico e realizar o acompanhamento do doente⁴.

Destaca-se, ainda, que a falta de organização e o funcionamento dos serviços representam uma barreira para o efetivo acesso dos doentes de TB, na medida em que podem dificultar as vantagens obtidas com o diagnóstico precoce e repercutir na motivação do paciente, afetando o tratamento e a cura¹⁸.

O Ministério da Saúde realça que o enfoque na territorialidade das ações está entre as principais diretrizes das políticas públicas mundiais em tuberculose, com o objetivo de facilitar o acesso das pessoas, tendo em vista que a maioria dos casos pode ser diagnosticada por profissionais generalistas e em UBSs. A incorporação de ações de controle da tuberculose pela ESF tem papel importante no rompimento de obstáculos no acesso ao diagnóstico e ao tratamento da doença, principalmente entre os grupos sociais de inserção mais precária¹⁹.

A distribuição dos doentes de TB segundo a variável de acesso ao tratamento revela que quase a totalidade dos pacientes, 83 (96,5%), realizou o tratamento de TB na unidade mais próxima do seu domicílio, que era uma UBS com ESF em 81,4% dos casos, conforme se verifica na Tabela 2, como é proposto pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de se conseguir uma melhor adesão ao tratamento da TB, garantindo uma acessibilidade geográfica adequada, sempre que possível sob supervisão²⁰.

No entanto, a proximidade entre a unidade de saúde e o domicílio pode não ser elemento facilitador do acesso, já que outros fatores também estão incluídos, como informação, qualidade do atendimento, além de resistências impostas no próprio serviço e o vínculo com os profissionais de saúde²¹.

Na maioria dos casos, como se observa na Tabela 2, o tratamento foi autoadministrado tanto nos dois primeiros meses de tratamento 54 (62,8%) quanto nos quatro últimos 58 (67,4%). Quanto ao TDO adotado, a frequência de uma ou três vezes na semana ocorreu em 11 (12,8%) dos casos nos dois primeiros meses, e apenas uma vez na semana, em 12 (14%) dos casos, nos quatro últimos meses.

O TDO é recomendado com o objetivo de garantir a quimioterapia regular e correta, pode ser realizado tanto na unidade de saúde, quanto no local de moradia ou trabalho do paciente, seja por um ACS, seja por membros da equipe da ESF, ou ainda por um familiar

ou pessoa da comunidade treinados e comprometidos com essa atividade. O TDO exige a supervisão diária da ingestão do medicamento⁷. O TDO é de vital importância, e sua implementação em todos os programas de controle da tuberculose é considerada uma estratégia capaz de diminuir o abandono²².

TABELA 2 - Distribuição dos casos de tuberculose segundo as variáveis de acesso ao tratamento. Teresina-PI, 2010. (N=86)

Variáveis	f	%
Tratamento na unidade de saúde mais próxima do domicílio		
Sim	83	96,5
Não	3	3,5
Unidade de tratamento		
UBS/ESF	70	81,4
Ambulatório de referência	3	3,5
Ambulatório das USs municipais	13	15,1
TDO, nos dois primeiros meses		
Todos os dias da semana	6	7,0
1x por semana	11	12,8
2x por semana	4	4,7
3x por semana	11	12,8
Autoadministrado	54	62,8
TDO, nos quatro últimos meses		
Todos os dias da semana	6	7,0
1x por semana	12	14,0
2x por semana	3	3,5
3x por semana	7	8,1
Autoadministrado	58	67,4
Local de realização do TDO		
Domicílio	13	15,1
Unidade Básica de Saúde	9	10,5
Ambulatório de Referência	10	11,6
Não se aplica	54	62,8

Na Tabela 3, verifica-se a associação da avaliação dos usuários com relação ao trabalho da equipe de saúde que acompanhou o tratamento e algumas variáveis de acesso. Com relação aos doentes de TB que procuraram apenas uma vez a Unidade de Saúde para o primeiro atendimento, 29 (61,7%), avaliaram como *bom* o trabalho da equipe de saúde. Todavia, 5 (62,5%) que avaliaram o trabalho da equipe como *razoável* precisaram procurar o serviço três ou mais vezes para conseguir o primeiro atendimento. Assim, houve uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

A associação do tempo de deslocamento do domicílio à unidade de saúde com a avaliação do usuário foi estatisticamente significativa ($p < 0,05$) para 19 (61,3%) que avaliaram o trabalho como *ótimo*, o tempo de deslocamento foi menor que 10 minutos. Foram 5 (62,5%) dos doentes que relataram dificuldade de deslocamento e avaliaram como *razoável* o trabalho da equipe. Dos doentes que não tiveram dificuldade no deslocamento, 37 (78,7%) avaliaram como *bom* e 80,6% como *ótimo*, sendo a associação estatisticamente significativa, $p = 0,031$.

Constatou-se que o recebimento de visita domiciliar da equipe da ESF e avaliação do doente de TB não estão estatisticamente associadas ($p > 0,05$). A parcela

TABELA 3 – Associação entre as variáveis de acesso e a avaliação do trabalho da equipe na perspectiva dos doentes. Teresina (PI), 2010.

Variáveis	Razoável		Avaliação do trabalho da equipe				Total		Valor p ^(*)
	f	%	Bom f	%	Ótimo f	%	f	%	
Nº de vezes que procurou a unidade de saúde para o 1º atendimento									
Uma	1	12,5	29	61,7	14	45,2	44	51,2	0,005
Duas	2	50,0	13	27,7	12	38,7	27	31,4	
Três ou mais	5	62,5	5	10,6	5	16,1	15	17,4	
Total	8	100,0	47	100,0	31	100,0	86	100,0	
Tempo de deslocamento do domicílio a unidade de saúde									
Menos de 10 minutos	1	12,5	16	34,0	19	61,3	36	41,9	0,012
10 ou mais minutos	7	87,5	31	66,0	12	38,7	50	58,1	
Total	8	100,0	47	100,0	31	100,0	86	100,0	
Dificuldade de deslocamento									
Sim	5	62,5	10	21,3	6	19,4	21	24,4	0,031
Não	3	37,5	37	78,7	25	80,6	65	75,6	
Total	8	100,0	47	100,0	31	100,0	86	100,0	
Visita domiciliar da equipe da ESF									
Nunca	2	25,0	13	27,7	7	22,6	22	25,6	0,912
Às vezes	3	37,5	18	38,3	10	32,3	31	36,0	
Sempre	3	37,5	16	34,0	14	45,2	33	38,4	
Total	8	100,0	47	100,0	31	100,0	86	100,0	

(*) Valor p – teste Qui-quadrado

considerável de 22(25,6%) que responderam *nunca* ter recebido visita domiciliar se insere nas dificuldades do trabalho em equipe e do serviço de saúde como a falta de transporte para realizar as visitas, grande demanda de atendimento na UBS, presença de violência nas comunidades, dificuldade de acesso geográfico de algumas áreas, entre outros pontos que dificultam esta prática²³.

A realização de visitas domiciliares é fundamental para o conhecimento do contexto social do doente e de seus familiares e propicia a criação de vínculos. Conhecer melhor o ambiente no qual os pacientes estão inseridos facilita no manejo de intercorrências durante o tratamento e possibilita novas formas de interação com o doente e a família²⁴.

Dessa forma, considerando que o doente de TB se apresenta vulnerável física, emocional e socialmente, devido ao seu contexto social, na maioria das vezes desfavorável, é necessário conhecer o ambiente no qual esse indivíduo está inserido a fim de que a equipe de saúde realize uma abordagem especial para cada caso, minimizando, assim, os entraves no processo de atenção à TB¹⁸.

Tomar o paciente como sujeito ativo no seu processo de cura, dando-lhe condições de subsistência mínimas e facilitando seu transporte para se submeter ao tratamento sob supervisão, significa reduzir o abandono do tratamento para TB e elevar os índices de cura para alcançar a meta desejada²⁵. É importante que o do-

ente e sua família atuem como protagonistas no processo terapêutico. Isso demonstra a necessidade de informar os doentes sobre o seu tratamento e sobre a TB, no intuito de desmistificar tabus e conseguir maior adesão ao tratamento.

CONCLUSÃO

O acesso é primordial no controle da TB por se tratar de uma enfermidade negligenciada e relacionada a um forte estigma social. A atenção à TB exige uma estrutura, organização e funcionalidade do sistema de saúde na assistência ao doente, na gestão do PNCT e na elaboração de informações confiáveis. Os serviços de saúde têm um papel central no controle da doença, na medida em que a organização e o funcionamento dos serviços podem tornar-se uma barreira para o efetivo acesso dos doentes de TB.

A ESF tem como prioridades as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O que se espera desta estratégia é que a UBS seja a porta de entrada da clientela, promova o acesso à população e preste uma atenção básica de qualidade, inclusive com o diagnóstico precoce da TB e supervisão do tratamento.

Portanto, além do aumento da cobertura, a integração da ESF ao Programa de Controle da Tuber-

culose propõe ênfase nos seguintes aspectos: acesso, atenção integral, diagnóstico precoce e TDO. É importante considerar que as ações e práticas de saúde têm sua dinâmica própria e encontram-se inseridas em contextos particulares. Além disso, os programas têm natureza complexa, na medida em que incluem diversos componentes e práticas nem sempre consensuais.

Ao considerar que, com a implantação do SUS, universalizou-se o acesso aos serviços e definiu-se a UBS como principal porta de entrada para os serviços de saúde em todo o país, esperava-se que esses serviços estivessem preparados para atender e resolver os problemas de impacto à saúde coletiva, como o caso da TB, por meio do acesso ao diagnóstico e ao tratamento adequados à realidade do usuário, o que foi observado apenas parcialmente com os resultados deste estudo.

Portanto, a existência de um acesso facilitado dos doentes de TB à UBS possibilita o diagnóstico e o tratamento eficazes. Desse modo, o paciente se torna mais receptivo à equipe que o acompanha e à terapêutica proposta; evita-se, assim, o abandono, a ocorrência de multirresistência e facilita-se a quebra da cadeia de transmissão.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. WHO Report 2011: global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. Geneva (Swi): WHO; 2011.
2. Hijjar MA, Procópio MJ, Freitas LM, Guedes R, Bethem EP. Epidemiologia da tuberculose: importância no mundo, no Brasil e no Rio de Janeiro. *Pulmão RJ*. 2005; 14:310-14.
3. Campos GWS. Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica. *Cadernos ABEM*. 2007; 3:6-10.
4. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
5. Ministério da Saúde (Br). Secretaria Executiva. Comitê Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde. *Política nacional de avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.
6. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica*. Série A. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
7. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
8. Ministério da Saúde (Br). DATASUS. *Informações de saúde população residente, 2008*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008. [citado em 10 jan 2010]. Disponível em: <http://www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.htm>
9. Coêlho DMM, Viana RL, Madeira CA, Ferreira LOC, Campelo V. Perfil epidemiológico da tuberculose no município de Teresina-PI, no período de 1999 a 2005. *Epidemiol Serv Saúde*. 2010; 19:34-42.
10. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim eletrônico epidemiológico: informe epidemiológico da tuberculose*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
11. Villa TCS, Ruffino-Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. *J bras pneumol*. 2009; 35:610-12.
12. Ministério da Saúde (Br). Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 196 de 1996*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996.
13. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais*. Brasília (DF): CONASS; 2007.
14. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. *Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
15. Bataiero MO. *Acesso, vínculo e adesão ao tratamento para a tuberculose: dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde [dissertação de mestrado]*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.
16. Vendramini SHF. *O Programa de controle de tuberculose em São José do Rio Preto – SP, 1985-2004: do contexto epidemiológico à dimensão social [tese de doutorado]*. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2005.
17. Perrechi MCT, Ribeiro SA. *Tratamento de tuberculose: integração entre assistência hospitalar e rede básica na cidade de São Paulo*. *J bras pneumol*. 2009; 35:1100-6.
18. Figueiredo TMRM. *Acesso ao tratamento de tuberculose: avaliação das características organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde – Campina Grande/PB, Brasil [tese de doutorado]*. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2008.
19. Ministério da Saúde (Br). Fundação Nacional de Saúde. Centro de Referência Prof. Hélio Fraga. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. *Controle da TB: uma proposta de integração ensino-serviço*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2002.
20. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso*. 8ª ed. rev. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
21. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologias*. Brasília (DF): UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.
22. Maciel ELN, Araújo WK, Giacomini SS, Jesus FA, Rodrigues PM, Dietze R. *O conhecimento de enfermeiros e médicos que trabalham na Estratégia de Saúde da Família acerca da tuberculose no município de Vitória (ES): estudo de corte transversal*. *Ciênc saúde coletiva*. 2009; 14:1395-402.
23. Kebian LVA, Acioli S. *Visita domiciliar: espaço de práticas de cuidado do enfermeiro e do agente comunitário de saúde*. *Rev enferm UERJ*. 2011; 19:403-9.
24. 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; 10:5-12.
25. Hijjar MA, Gerhardt G, Teixeira GM, Procópio MJ. *Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil*. *Rev Saude Publica*. 2007; 41:50-8.