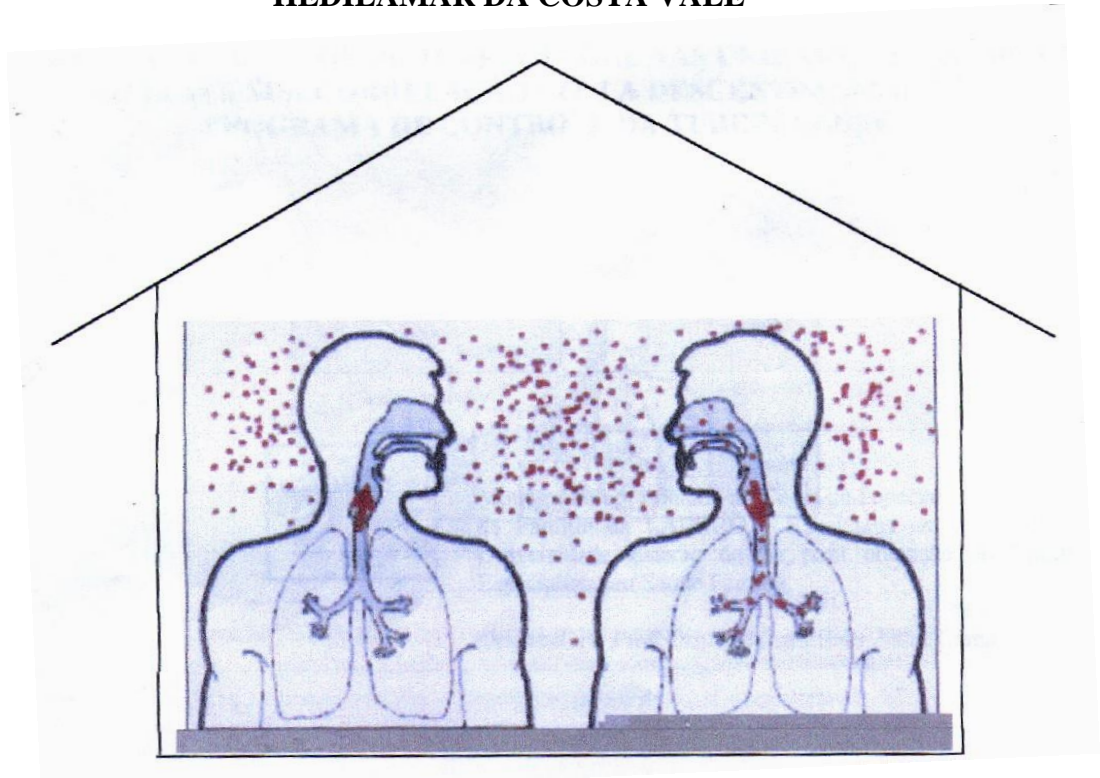


LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ALDA DE NÁTIA MARTINS BOTTENTUIT
CONCEIÇÃO OSMARINA OLIVEIRA SOARES
ELISIANE NUNES CUTRIM
HEDILAMAR DA COSTA VALE



**A DEMANDA DE CASOS DE TUBERCULOSE NAS UNIDADES DE SAÚDE DE
SÃO LUÍS E SUA CORRELAÇÃO COM A DESCENTRALIZAÇÃO DO
PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE**

São Luís
2006

**ALDA DE NÁTIA MARTINS BOTTENTUIT
CONCEIÇÃO OSMARINA OLIVEIRA SOARES
ELISIANE NUNES CUTRIM
HEDILAMAR DA COSTA VALE**

**A DEMANDA DE CASOS DE TUBERCULOSE NAS UNIDADES DE SAÚDE DE
SÃO LUÍS E SUA CORRELAÇÃO COM A DESCENTRALIZAÇÃO DO
PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família da LABORO – Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde Família.

Orientadora: Prof^ª Dra. Mônica Elinor Alves Gama.

São Luís
2006

**ALDA DE NÁTIA MARTINS BOTTENTUIT
CONCEIÇÃO OSMARINA OLIVEIRA SOARES
ELISIANE NUNES CUTRIM
HEDILAMAR DA COSTA VALE**

**A DEMANDA DE CASOS DE TUBERCULOSE NAS UNIDADES DE SAÚDE DE
SÃO LUÍS E SUA CORRELAÇÃO COM A DESCENTRALIZAÇÃO DO
PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família da LABORO – Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, para obtenção do Título de Especialista em Saúde Família.

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a Mônica Elinor Alves Gama.(Orientadora)
Doutora em Medicina
Universidade de São Paulo – USP

Prof^o. Msc Dourivan Câmara Silva de Jesus
Mestre em Pedagogia Profissional
Universidade de Havana

A Deus, por ter permitido que mais esse momento maravilhoso acontecesse em nossas vidas.

“...O que está escrito em mim, comigo ficará guardado se lhe dá prazer. A vida segue sempre em frente. O que se há de fazer. Só peço a você um favor se puder, não me esqueça num canto qualquer...”

Toquinho

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos aqueles que contribuíram para a elaboração desta Monografia, de modo especial, àqueles que acompanharam cada etapa de sua elaboração.

As nossas famílias, por terem suportado e compreendido nossas ausências durante o transcorrer dessa trajetória.

A Prof^ª. Doutora Mônica Elinor Alves Gama, nossa orientadora, pelo incentivo constante e pela segura orientação.

Aos professores do Curso de Especialização em Saúde da Família da Laboro.

RESUMO

Trata-se de um retrospectivo, descritivo a partir da coleta de dados de todos os casos de tuberculose notificados e registrados de janeiro de 2004 a dezembro de 2005 nas unidades de Referência para o atendimento de casos de tuberculose e nas Unidades Básicas de Saúde de São Luís, observando-se a implantação de equipes de saúde da família e a descentralização do Programa de Controle da Tuberculose para essas unidades básicas. Os centros de Saúde definidos como unidades de referência para o atendimento de casos de tuberculose são: Centro de Saúde Dr. Paulo Ramos, Centro de Saúde Dr. Getúlio Vargas e o Centro de Saúde Dr. Genésio Rego. Os dados referem-se a 1.650 casos registrados nas unidades de referência, coletados nos livros de Registro de casos de tuberculose e nos prontuários de cada paciente em cada unidade de saúde. Posteriormente, foram identificados dentre as unidades básicas de saúde quais possuíam equipes de saúde da família implantadas a partir de relatórios fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde – Coordenação do Programa de saúde da Família, nos anos de 2004 e 2005. Foram registrados 900 casos no primeiro ano e 750 no segundo, havendo assim uma redução média de 26% atribuída ao processo de descentralização das ações de controle da tuberculose e a progressiva ampliação do Programa de Saúde da Família. Verificou-se que a evolução dos casos de TB ao longo dos meses, houve aumento nos registros nos meses de abril, maio, junho de 2004 e julho, agosto de 2005, possivelmente decorrente da intensificação das campanhas realizadas. Quanto ao número de casos registrados no ano de 2004 em São Luís representavam 4,5% dos casos registrados no Nordeste. Em 2005 este número caiu para 4,0%. Quanto à faixa etária, evidenciou-se nas três unidades, tanto em 2004 quanto 2005, maior número de casos nas faixas etárias de 21 a 30 anos e 31 a 40 anos. Observou-se que o sexo masculino foi o mais acometido nas três unidades. Com a implantação do PSF e do PCT nas UBS de São Luís, houve a descentralização dos casos de TB das Unidades de referência para estas Unidades. Verificou-se a implantação nas 15 unidades do PSF do PCT, exceto no Centro de Saúde Jailson Alves Lima, no período estudado. Com o processo de descentralização do PCT houve decréscimo nos registros de casos de tuberculose em todas as Unidades de Referência, sendo que na Unidade de Saúde Paulo Ramos a redução foi de 26%, enquanto que na Unidade de Saúde Getúlio Vargas a redução foi de 23% e na unidade Genésio Rego a redução foi de 48%. Ressalte-se, ainda, a importância da descentralização; procedência do Programa de controle da tuberculose; da implantação, capacitação e sensibilização de mais equipes do programa de saúde da família; da divulgação dos tratamentos em todos os meios de comunicação. Destaca-se, também a necessidade de profissionais qualificados, com habilidades básicas, que coloquem à disposição dos pacientes tratamentos compatíveis e informações sobre sua doença.

Palavra-chave: Tuberculose. Descentralização

ABSTRACT

It is a retrospective one, descriptive starting from the collection of data of all the cases of tuberculosis notified and registered of January of 2004 to December of 2005 in the units of Reference for the attendance of cases of tuberculosis and in the Basic Units of Health of São Luís, being observed the implantation of teams of health of the family and the decentralization of the Program of Control of the Tuberculosis for those basic units. The centers of Health defined about units of reference for the attendance of cases of tuberculosis are: Center of Health Dr. Paulo Ramos, Center of Health Dr. Getúlio Vargas and the center of Health Dr. Genésio Rego. The data refer to 1.650 cases registered in the units of reference in the period of January from 2004 to December of 2005, collected in the books of Registration of cases of tuberculosis and in the handbooks of each patient one in each unit of health. Later, they were identified among the basic units of health which possessed teams of health of the family implanted starting from reports supplied by the Municipal Clerkship of Health - Coordination of the Program of health of the Family, in the years of 2004 and 2005. 900 cases were registered the first year and 750 in the second, having a medium reduction of 26% attributed like this to the process of decentralization of the actions of control of the tuberculosis and the progressive amplification of the Program of Health of the Family. It was verified that the evolution of the cases of TB along the months, there was increase in the registrations in the months of April, May, June of 2004 and July, August of 2005, possibly due to the intensification of the accomplished campaigns. With relationship to the number of cases registered in the year of 2004 in São Luís they represented 4,5% of the cases registered in the Northeast. In 2005 this number fell for 4,0%. with relationship to the age group, it was evidenced in the three units, so much in 2004 as 2005, larger number of cases in the age groups from 21 to 30 years and 31 to 40 years. It was observed that the masculine sex was it more attacked in the three units. With the implantation of PSF and of PCT in UBS of São Luís, there was the decentralization of the cases of TB of the Units of reference for these Units. The implantation was verified in the 15 units of PSF of PCT, except in the Center of Health Jailson Alves Lima, in the studied period. With the process of decentralization of PCT there was reduction in the registrations of cases of tuberculosis in all the Units of Reference, and in the Unit of Health Paulo Ramos the reduction was of 26%, while in the Unit of Health Getúlio Vargas the reduction was of 23% and in the unit Genésio Rego the reduction was of 48%. it is Pointed out, still, the importance of the decentralization; origin of the Program of control of the tuberculosis; of the implantation, training and preparation of more teams of the program of health of the family; of the popularization of the treatments in all the communication means. its stands out, also the qualified professionals' need, with basic abilities, that place to the patients' compatible treatments disposition and information on your disease.

Key-words: Tuberculosis. Decentralization

SUMÁRIO

	p.
LISTA DE GRÁFICOS.....	09
LISTA DE QUADROS	10
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	11
1 INTRODUÇÃO.....	12
2 JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETO DE ESTUDO	18
4 OBJETIVOS.....	18
4.1 Geral	18
4.2 Específicos.....	18
5 METODOLOGIA.....	18
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	19
7 CONCLUSÃO.....	30
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	33

LISTA DE GRÁFICOS

	p.
Gráfico 1 – Número de casos de tuberculose registrados nas três Unidades de Referências	20
Gráfico 2 – Evolução dos casos ao longo dos meses de 2004/20005	21
Gráfico 3 – Distribuição dos casos por faixa etária	22
Gráfico 4 – Distribuição dos casos por sexo.....	22
Gráfico 5 – Distribuição dos casos nas unidades médias do Município.....	23

LISTA DE QUADROS

p.

Quadro 1 – Percentual de pacientes, segundo sua procedência, registrados na unidade de referências GETULIO VARGAS, nos anos de 2004 e 2005.....	25
Quadro 2 – Implantação do PSF e do PCT nas Unidades de procedência dos casos registrados na unidade de referência GETULIO VARGAS.....	26
Quadro 3 – Percentual de pacientes, segundo sua procedência, registrados na unidade de referência PAULO RAMOS, nos anos de 2004 e 2005, considerando implantação do PSF e do PCT.....	27
Quadro 4 – Implantação do PSF e do PCT nas UNIDADES DE PROCEDÊNCIA DOS CASOS REGISTRADOS NA UNIDADE DE REFERÊNCIA Paulo Ramos...	28
Quadro 5 – Percentual de pacientes, segundo sua procedência, registrados na unidade de referência GENÉSIO REGO, nos anos de 2004 e 2005, considerando implantação do PSF e do PCT.....	29
Quadro 6– Implantação do PSF e do PCT nas Unidades de procedência dos casos registrados na unidade de referência GENÉSIO REGO.....	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

TB – Tuberculose

PSF – Programa de Saúde da Família

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

UBS – Unidade Básica de Saúde

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

PNCT – Programa Nacional de controle da Tuberculose

SUS – Sistema Único de Saúde

PCT – Programas de Controle da Tuberculose

DOTS – Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose é um problema de saúde pública, sendo um dos sete eixos prioritários para a atuação das equipes do Programa Saúde da Família. O governo intensifica as ações de controle da tuberculose através da capacitação de profissionais da rede básica, disponibilizando recursos financeiros, descentralizando ações de serviço de Saúde da família através de agentes comunitários de saúde e de equipes do PSF, estratégia prioritária para a reorganização da atenção básica, tornando possível o controle da tuberculose. É uma doença infecto-contagiosa causada por um bacilo denominado *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecido como bacilo de Koch. De transmissão predominantemente aérea, acomete principalmente os pulmões, mas, pode atingir outros órgãos como a pleura, os gânglios, rins, ossos, intestinos, cérebro, dentre outros. (ESCOBAR et al, 2004)

Acrescenta que é uma doença associada à pobreza, pois muitos casos são identificados entre as classes sociais mais pobres e entre os que estão à margem da sociedade, pois prolifera como toda doença infecciosa em áreas de grande concentração humana com precário serviço de infra-estrutura urbana como saneamento, habilitação, onde co-existe a fome e a miséria. Por isso, a sua incidência é maior nas grandes cidades podendo, porém acometer qualquer pessoa, mesmo em área rural. (BRASIL, 2002).

Em todo o mundo cerca de nove milhões de pessoas a cada ano são acometidas pela tuberculose (TB), que, tratada precocemente, tem cura em quase 100% dos casos.

A tuberculose é uma doença de notificação compulsória e investigação obrigatória em todo o território nacional, devendo cada caso da doença ser notificado ao órgão de vigilância epidemiológica responsável pela área através de uma ficha de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN.

De acordo com Brasil (1995), o diagnóstico de tuberculose é feito a partir dos seguintes aspectos:

- Histórico clínico progressivo intradomiciliar ou não com doentes de tuberculose.
- Exame bacteriológico, fundamental para permitir a detecção da forma bacilifera (pulmonar positivo)
- Todos os pacientes com histórico clínico sugestivo para tuberculose que apresentem tosse com expectoração (catarro) por mais de 15 dias, presença de sangue no escarro (hemoptise), febre de baixo grau, que costuma ser diária e no final da tarde (vespertina) acompanhada, na maioria dos casos, de intensos suores noturnos, perda de peso, anorexia e astenia.

Para Brasil (2002), considera-se como critérios para encerramento do tratamento nas unidades de saúde o seguinte:

- Alta por cura: Pulmonares inicialmente positivos: a alta por cura será dada, se durante o tratamento, o cliente apresentar duas baciloscopias negativas.
- Alta por completar tratamento: A alta será dada com base em critérios clínicos e radiológicos, quando:
 - 1 – O cliente não tiver realizado exame de escarro por ausência de expectoração e tiver alta com base em dados clínicos e exames complementares;
 - 2 – Casos de tuberculose pulmonar inicialmente negativo;
 - 3 – Casos de tuberculose extrapulmonar.
- Alta por abandono de tratamento: Será dada ao cliente que deixou de comparecer à unidade por mais de trinta dias consecutivos, após a data prevista para o seu retorno..
- Alta por mudança de diagnóstico. Será dada quando for constatado erro de diagnóstico.
- Alta por óbito: Será dada por ocasião do conhecimento da morte do cliente, durante o tratamento e independente da causa.
- Alta falência: Será dada quando houver persistência da positividade do escarro ao final do 4^a ou 5^a mês de tratamento. Os doentes que no início do mês são fortemente positivos (++ ou +++) e mantém essa situação até o 4^a mês, ou os que apresentam positividade inicial seguida de negatificação e nova positividade por dois meses consecutivos, a partir do 4^a mês de tratamento, são classificados como casos de falência. O aparecimento de poucos bacilos no exame direto de escarro, na altura do 5^a ou 6^a mês de tratamento, isoladamente, não significa necessariamente a falência do tratamento. O cliente deverá ser acompanhado com exames bacteriológicos para melhor definição.
- Alta por transferência: Será dada quando o paciente for transferido para outro serviço de saúde. A transferência deve ser processada através de documento que informará sobre diagnóstico e o tratamento realizado até aquele momento. Deve-se buscar a confirmação de que o paciente compareceu à unidade de saúde para qual foi transferido para que seja dada a alta no sistema de informação. O cliente admitido por transferência deve ser novamente notificado na unidade que o recebeu, sendo que o modo de entrada deve ser por transferência.

A maioria dos casos não necessita de controle pós-tratamento, devendo ser orientado o paciente a retornar à unidade, apenas se surgirem sintomas semelhantes aos do início da doença.

Como medidas de prevenção o Ministério da Saúde estabelece a investigação e acompanhamento de todos os contatos dos doentes de tuberculose, especialmente os intradomiciliares, devendo os mesmos comparecerem à unidade de saúde para exame; os sintomáticos respiratórios deverão submeter-se à rotina prevista para diagnóstico de tuberculose. No caso dos assintomáticos deverão realizar raio-X de tórax quando houver disponibilidade desse recurso. (GONÇALVES, H 2000)

Deve-se considerar ainda como importante medida de prevenção à vacinação com BCG. Recomenda-se a vacinação com BCG para crianças de 0 a 6 anos de idade, sendo obrigatória para menores de um ano e revacinação aos seis anos. Pode-se lançar mão também da quimioprofilaxia, conforme indicações do Ministério da Saúde (BRASIL, 1995).

O Brasil tem ocupado o 16º lugar entre os países responsáveis por 80% dos casos desta patologia no mundo. Porém, nos últimos três anos, graças a uma importante estratégia das autoridades políticas nas esferas nacional, estadual e municipal e ao trabalho dos profissionais da equipe de saúde da família, o Brasil alcançou um significativo progresso. (BRASIL, 2002).

A equipe de profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS) é responsável pelas ações de controle da tuberculose, controle sintomático respiratório nos serviços de saúde e nas comunidades, com o mais rápido início do tratamento dos casos descobertos e adequada supervisão direta do tratamento, garantindo a cura do doente e conseqüentemente mais rápida à interrupção da transmissão.

As ações devem estar voltadas para os grupos de maior probabilidade. As buscas ativas são realizadas entre sintomáticos respiratórios, pessoas maiores de 15 anos que procuram o serviço de saúde por qualquer motivo e apresente tosse com expectoração por mais de três semanas. Toda pessoa, parente ou não, quem coabite com o doente de tuberculose. Atenção especial deve ser dada às populações de maior risco, residente em comunidades fechadas (manicômios, presídios, abrigos e asilos) e indivíduos estilistas ou usuário de drogas, mendigos, imunodeprimidos por uso de medicamentos ou por doença imunossupressora (AIDS e Diabete), ainda os trabalhadores em situações especiais que mantêm contato próximo com pacientes de TB bacilífera (BRASIL, 2002).

As unidades Básicas de Saúde não se alimentam apenas ao atendimento, os pacientes recebem assistência integral das equipes multi-profissionais que fazem também o tratamento supervisionado. Outra ação das equipes é o resgate de pacientes que abandonaram o tratamento contra a tuberculose, através de visitas domiciliares pelo agente de saúde e, dependendo do paciente, até a equipe.

Para o êxito do Programa de Controle da Tuberculose é importante a adesão da sociedade no apoio ao programa – parcela fundamental e atuante no sucesso da estratégia uma vez que só através da participação efetiva da comunidade é possível alcançar este objetivo.

Apesar dos importantes resultados obtidos pela expansão das equipes de saúde na família nos últimos anos, a tuberculose ainda representa um problema para a sociedade, ainda é preocupante o número de casos notificados.

Reconhecendo a magnitude o problema, o Ministério da Saúde disponibilizou para este ano maior orçamento para o combate à doença. Cerca de R\$ 119.000.000 já alocados, que vão se juntar aos U\$ 27.000.000 repassados pelo fundo global, disse Saraiva Felipe. No mês

de Março de 2006, Saraiva Felipe avaliou como positivo o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT). A idéia é colocar o Brasil entre os líderes da América Latina no combate à tuberculose (Plano de combate Global à Tuberculose 2006-2015). O Plano é importante porque o combate à tuberculose está incluído entre as metas de desenvolvimento do milênio.

No Plano, destacam-se os seguintes itens para o controle da tuberculose:

- O Brasil deve planejar a sua estratégia levando em consideração seus próprios recursos orçamentários e persegui-la intensamente até que seu alvo seja alcançado.
- Manter a expansão do tratamento supervisionado (DOTS), incluindo excelente integração da tuberculose nos serviços básicos do programa de saúde na família.
- O Brasil deve manter o progresso alcançado aperfeiçoando a análise de dados e seu sistema de informação, bem como manter seus investimentos no aperfeiçoamento da rede de laboratórios.
- No âmbito do sistema de saúde, o Brasil deve investir numa forte integração entre os programas de TB e HIV (para enfrentar a ameaça da tuberculose multidroga resistente), nas pesquisas sobre resistência e medicamentos atualmente em curso.
- Reconhecendo o papel importante do Brasil no plano internacional e a estreita relação que o país tem com a luta contra a pobreza, propomos que o Brasil seja um líder mundial na luta contra a TB – uma doença da pobreza.

Considerando a saúde como um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado, conforme determina a constituição de 1998, cabe ao Estado a garantia de acesso da população à rede de serviços com ações organizadas de maneira racional configurada como o Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS foi regulamentado pela Lei Federal nº 8.080 de 19/09/90. Refere-se a um conjunto de ações e de serviços de saúde por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais ou por entidade a eles vinculados, seguindo a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob as responsabilidades das três esferas autônomas de governo, federal, estadual e municipal com atividades que garantam a promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo atendimento universal, igualitário e integral a todo cidadão brasileiro que dele precisar, nas unidades de saúde, ambulatórios, laboratórios, clínicas, hospitais públicos, filantrópicos ou privados contratados, em visitas domiciliares e mediante ações coletivas de saúde, sem que nada seja cobrado do usuário.

De acordo com os preceitos constitucionais a doutrina do SUS norteia-se pelos seguintes princípios (BRASIL, 1990).

- Universalidade – é a garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todos e com qualquer cidadão.
- Equidade – é o fato de assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, sem privilégios ou barreiras, até o limite do que o sistema pode oferecer para todos.

- Integralidade – é o reconhecimento, na prática dos serviços, de que cada pessoa é um indivisível e integrante de uma comunidade; as ações de promoções, proteção e recuperação da saúde, também compõem um todo indivisível, não podendo ser comparti mentalizada; as unidades prestadoras de serviço, com diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível, configurando um sistema capaz de prestar assistência integral..

Segundo Brasil (1999) os princípios que reagem à organização do SUS são os seguintes:

- Regionalização e hierarquização – os serviços deve ser organizado em níveis de complexidade tecnológica crescente, disposto numa área geográfica delimitada e com a diferença da população a ser atendida.
- Resolubilidade é a exigência de que quando um individuo busca o atendimento ou quando surge um problema de saúde com impacto sobre a coletividade, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrenta-lo e resolve-lo até o nível da sua competência.
- Descentralização – é entendida como uma redistribuição das responsabilidades pelas ações e serviços de saúde entre vários níveis de governo, a partir da idéia de que, quando mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto.
- Participação dos cidadãos – é uma garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participara do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de execução, em todos os níveis, desde o federal até o local, através dos conselhos e conferências de saúde.
- Complementaridade do setor privado – baseado na constituição devera ocorrer por insuficiência do setor público.

Para garantia do pleno exercício dos princípios básicos do Sistema Único de Saúde, a estratégia Saúde da Família incorpora e reafirma esses princípios. Esta estratégia esta estruturada em unidades básicas de saúde que trabalham norteados pelos princípios que constroem a estratégia, são eles: territorialização, resolutividade, vinculo ecoresponsabilidade, humanização, participação social, atenção à saúde da família e os indivíduos no seu contexto e trabalho em equipe (BRASIL, 2002).

A territorialização refere-se a limitação da área/território de atuação da equipe saúde da família e a definição de uma população adstrita com o objetivo de conhecer a realidade das famílias dando ênfase nas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas (BRASIL, 2002).

A resolutividade garante a assistência aos problemas de saúde mais comuns da comunidade, dando respostas às necessidades básicas da população de sal área adstrita e responsabilizando-se pelas referências e contra-referências se maior complexidade, sempre que necessário (BRASIL, 2002).

A noção de vinculo e co-responsabilidade é definida como a aliança entre a equipe de saúde e as famílias para o cumprimento das ações, onde todos são atores participantes do

processo de manutenção e recuperação da saúde e promoção do autocuidado (BRASIL, 2002).

Humanização vem como a valorização da relação dos profissionais de saúde com os usuários e com a família, o que permite maior vínculo de confiança e respeito (BRASIL, 2002).

A participação social garante atuação dos indivíduos como cidadãos, o que permite desenvolver um processo de planejamento pactuado em todas as fases de atuação: programação, execução e avaliação das ações (BRASIL, 2002).

A atenção à família e aos indivíduos no seu contexto traz para a equipe maior compreensão do contexto familiar e das características sócio-culturais do usuário; o que contribuirá para que a equipe veja o indivíduo como ser indissociável de seu meio, permitindo realizar uma abordagem integral e articulada sem perder de vista o estado de equilíbrio individual de cada membro da família (BRASIL, 2002).

O trabalho em equipe refere-se a construção de uma equipe de trabalho como uma verdadeira unidade produtora das ações de saúde, intersetorialmente articuladas, buscando consenso e respeitando as responsabilidades de cada membro a partir de uma prática democrática e construtiva (BRASIL, 2002).

Tendo em vista que o Plano define diversas estratégias dentre as quais se destaca a incorporação das ações de controle da tuberculose pelas equipes de saúde da família, é questão crucial para que se alcance metas estabelecidas para o controle da tuberculose que se reorienta o modelo assistencial a partir do Programa Saúde da Família buscando-se a descentralização do Programa de Controle da Tuberculose garantindo assim a estruturação da rede de serviços de saúde para identificação de sintomáticos respiratórios; a organização da rede laboratorial para diagnóstico e controle dos casos; o acesso ao tratamento supervisionado e/ou auto-administrado dos casos; e a proteção dos sadios.

2 JUSTIFICATIVA

Tendo em vista que a Tuberculose é uma doença de notificação compulsória e três componentes do grupo de desenvolvimento da presente pesquisa pertencem ao Programa de Saúde da Família – PSF e estão cientes das normas e diretrizes de todos os programas questionaram-se como estaria a demanda de casos de tuberculose nas Unidades Básicas de Saúde – UBS. Assim, decidimos investigar essa demanda associada ao processo de

descentralização das ações do Programa de Controle da Tuberculose para as Unidades Básicas de Saúde do município de São Luis.

3 OBJETO DE ESTUDO

A demanda de casos de tuberculose nas Unidades de Saúde de São Luís e sua correlação com o processo de descentralização do Programa de Controle da Tuberculose.

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

- Estudar a demanda de casos de tuberculose nas Unidades de Saúde de São Luís observando sua correlação com a descentralização do Programa de Controle da Tuberculose.

4.2 Específicos

- Descrever a evolução do registro de casos de tuberculose nas Unidades de Referências e Unidades Básicas de Saúde da Família nos anos de 2004 e 2005;
- Identificar a procedência desses pacientes neste período;
- Descrever a evolução da implantação do Programa da Saúde da Família e Programa de Controle da Tuberculose nas UBS de São Luís, no período em estudo;
- Correlacionar o número de casos registrados e sua procedência com a implantação do Programa Saúde da Família e do Programa de Controle da Tuberculose nas Unidades Básicas de Saúde da Família.

5 METODOLOGIA

Realizou-se um estudo retrospectivo, descritivo a partir da coleta de dados de todos os casos de Tuberculose notificados e registrados de janeiro de 2004 a dezembro de 2005 nas unidades de Referência para o atendimento de casos de tuberculose e Unidades Básicas de Saúde de São Luís, observando-se a implantação das equipes de saúde da família e a descentralização do Programa de controle da tuberculose para essas unidades básicas.

Os Centros de Saúde definidos como unidades de referências para o atendimento de casos de tuberculose são: Centro de Saúde Dr. Paulo Ramos, Centro de Saúde Dr. Getúlio Vargas e o Centro de saúde Dr. Genésio Rego. O centro de Saúde Dr. Paulo Ramos fica

localizado no centro de São Luís-MA; o Centro de Saúde Dr. Getúlio Vargas fica localizado no bairro da Jorda; e o Centro de Saúde Dr. Genésio Rego fica localizado no bairro da Vila Palmeira, ambos também na capital (São Luís-MA). Todos estes Centros de Saúde referência servem como campo de estágio para os profissionais de saúde das escolas de ensino superiores e médios. Desde a década 60 esses centros são tidos como referências para o atendimento de casos da tuberculose.

Atualmente existem 40 unidades de Saúde da Família no município de São Luís com 89 equipes distribuídas entre elas; cada equipe é composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de Enfermagem e 6 Agentes comunitários de Saúde. Ao longo do processo de implantação do Programa de Saúde da Família têm sido implantados os Programas de Controle da Tuberculose (PCTB) caracterizando o processo de descentralização do mesmo – progressivamente passando a demanda a ser atendida nessas unidades em substituição aos centros de referência. Os centros de referência a partir de então passaram a configurar-se como referência para os casos não resolvidos nas unidades básicas – com pessoal especializado.

Inicialmente procedeu-se o levantamento do número de casos de tuberculose registrado nas três unidades de referência, ao longo do período em estudo, totalizando 1.650 casos. A partir disso coletou-se dados referentes a procedência de todos esses casos registrados. Esses dados foram coletados os livros de registro de casos de tuberculose e nos prontuários de cada, paciente, de cada unidade de saúde. Posteriormente, foram identificadas as unidades básicas de saúde que possuíam equipes de saúde da família implantadas a partir de relatórios fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde – coordenação do programa Saúde da Família, nos anos de 2004 e 2005. Identificaram-se também, a partir desses relatórios, as unidades básicas de saúde que possuíam o Programa de controle de Tuberculose implantado, fazendo-se a relação com a procedência do caso.

Foram respeitados todos os critérios e normas éticas para realização de trabalhos envolvendo seres humanos.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de janeiro de 2004 a dezembro de 2005, nas três unidades de referência para Tratamento da Tuberculose (Centro de Saúde Getúlio Vargas, Paulo Ramos e Genésio Rego) foram registrados 1.650 casos. No gráfico 1 pode-se observar as distribuições dos 1.650 casos do período nas três unidades de referência. Chama atenção a redução dos

registros nas três unidades no ano de 2005, provavelmente devido ao processo de descentralização das ações de controle da tuberculose e a progressiva ampliação do Programa de Saúde da Família (PSF) (SEMUS, 2006). Na unidade Genésio Rego houve redução de 48% – deve-se destacar que o número de casos registrados nessa Unidade é menor em relação às demais devido à ausência do profissional médico na unidade.

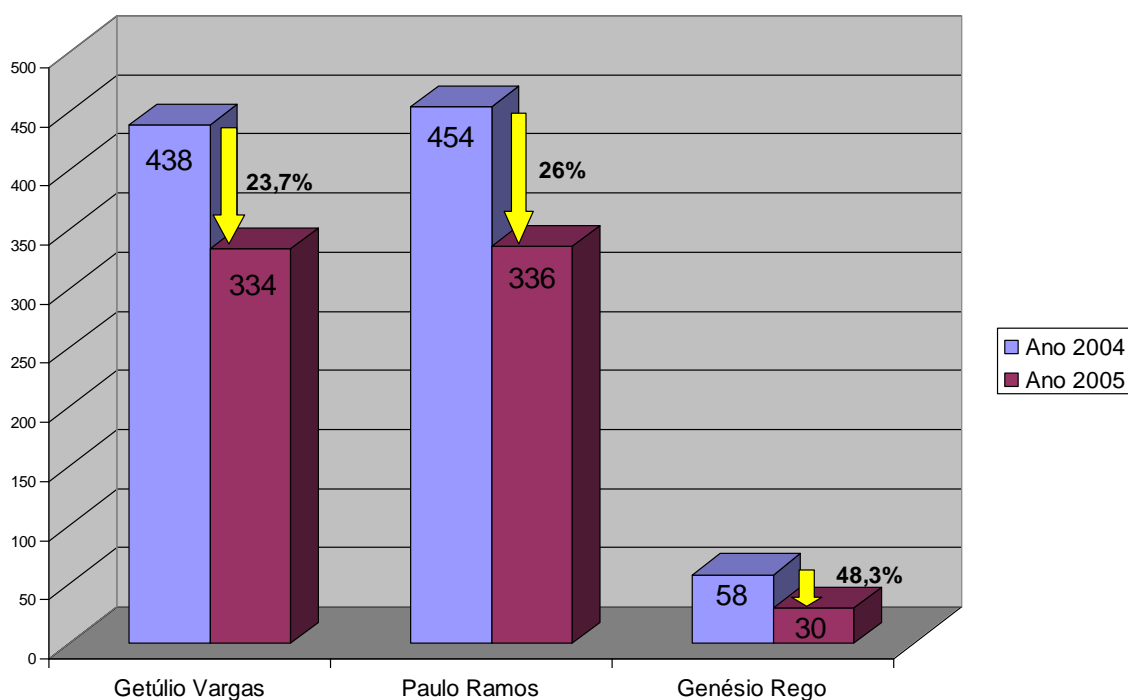


GRÁFICO 1 – Distribuição dos 1.650 casos de tuberculose registrados nas três Unidades de referência, nos anos de 2004 e 2005, com destaque para os percentuais de redução entre os anos. São Luís.

Na evolução dos casos de TB ao longo dos meses, demonstrada no quadro 2, foi evidenciado um aumento nos registros nos meses de abril, maio, junho de 2004 e julho, agosto de 2005, possivelmente decorrente da intensificação das campanhas realizadas, visando a busca ativa de casos e o estímulo a demanda espontânea de suspeitos para as unidades (SEMUS, 2006).

Em relação ao número de casos registrados no ano de 2004 em São Luís estes representam 4,5% dos casos registrados no Nordeste. Em 2005 este número caiu para 4,0%. Vale ressaltar que o total de casos de tuberculose registrados em São Luís nos anos de 2004 e 2005 foi de respectivamente 1.060 e 799 (BRASIL, 2005). As três Unidades em estudo confirmam-se como Unidade de referência tendo em vista e registram 89,6% em 2004 e 87,6% em 2005.

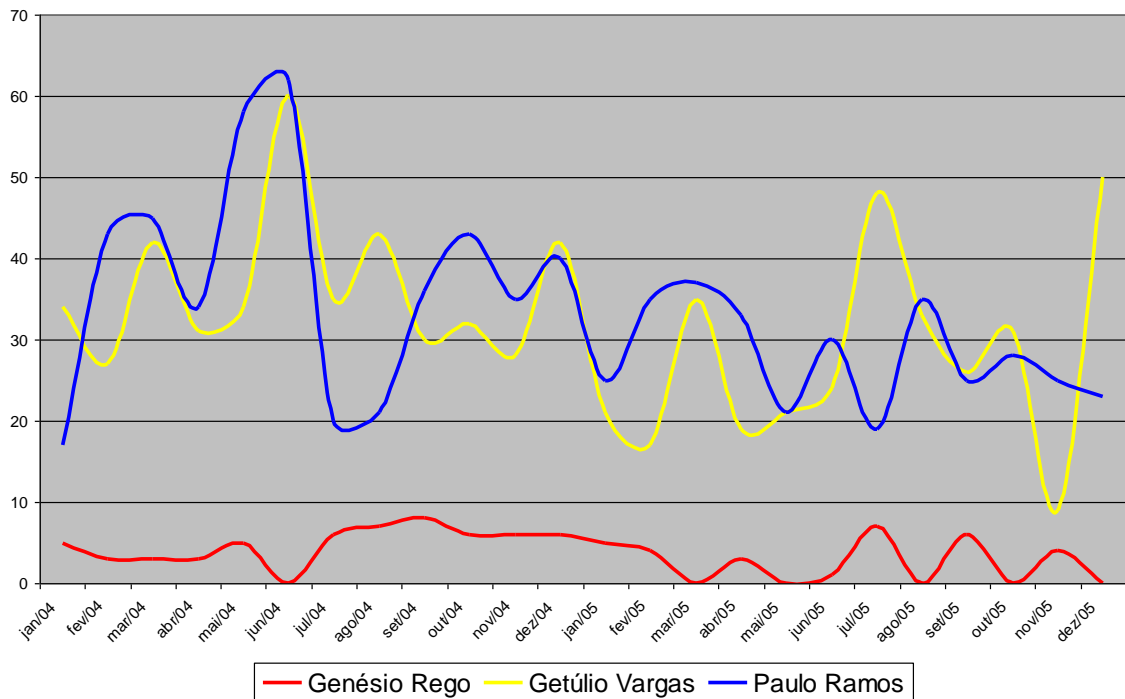


GRÁFICO 2 – Distribuição dos 1.650 casos de tuberculose ao longo dos meses nos anos de 2004/2005. São Luís.

Quanto à faixa etária, evidenciou-se nas três unidades, tanto em 2004 quanto 2005, maior número de casos nas faixas etárias de 21 a 30 anos e 31 a 40 anos.

Segundo LUNA (2003), em Olinda-PE foram efetuadas 296 observações no período de maio de 1990 a setembro de 1996. As observações dizem respeito a 157 homens e 139 mulheres. A idade média é de 25 anos, sem diferença significativa entre os sexos. Até a idade de 25 anos, as formas extra-pulmonares representam 29% dos diagnósticos; entre vinte e sessenta anos, 7% dos diagnósticos; acima dessa idade não houve registros (diferença significativa entre as menores de vinte anos de idade e os outros, $p < 0,0001$).

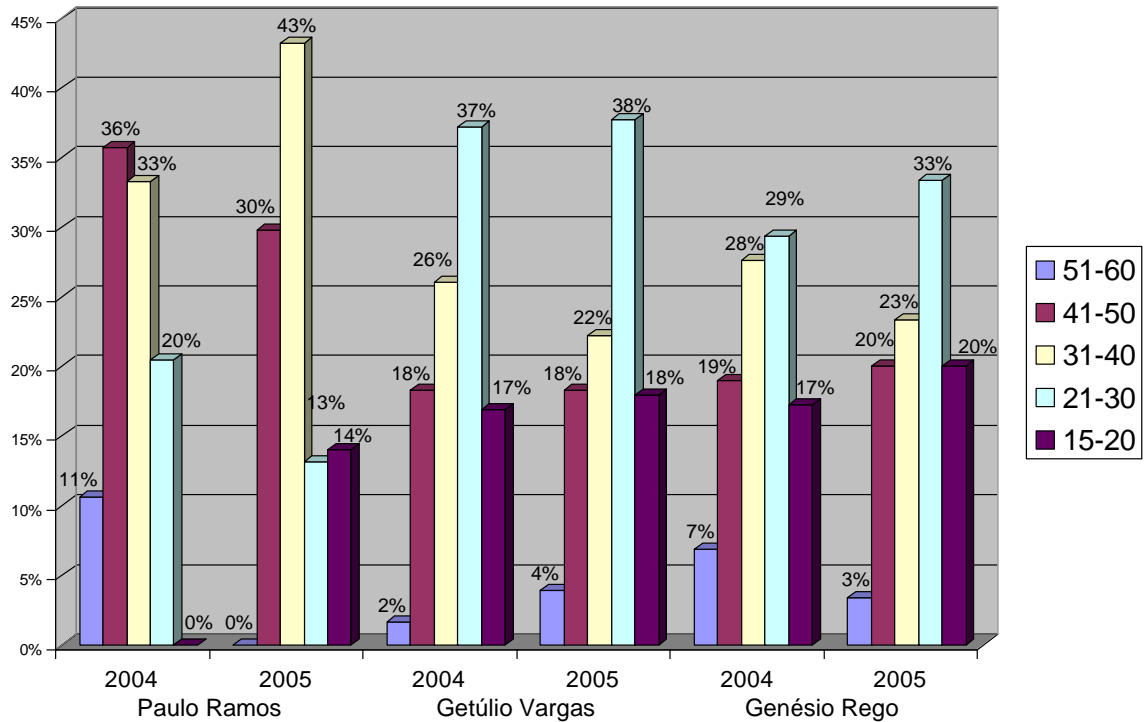


GRÁFICO 3 – Distribuição dos 1.650 casos de tuberculose segundo a faixa etária. 2004/2005. São Luis.

Observou-se que o sexo masculino foi o mais acometido nas três unidades, com destaque para a maior proporção de casos nesse sexo na unidade de saúde Genésio Rego (mais de 70%). (FNS, 1996). Mesma tendência foi relatada por LUNA (2003), onde mais do que o dobro dos pacientes eram do sexo masculino (69,1%)

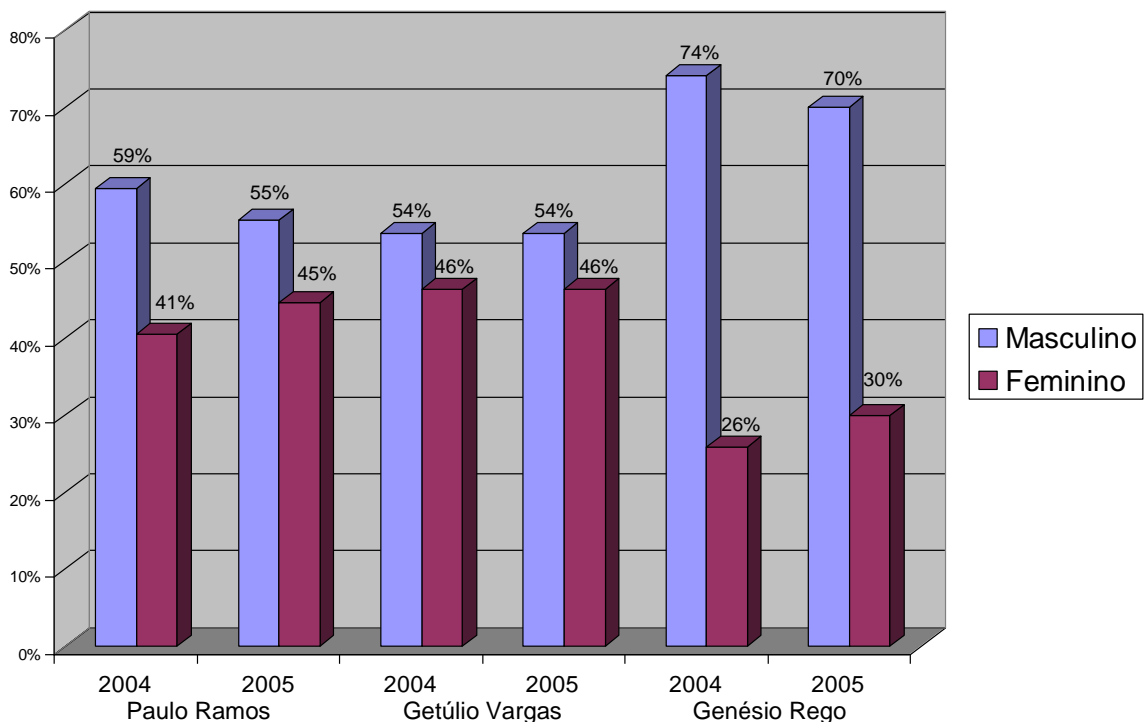


GRÁFICO 4 – Distribuição dos 1.650 casos de tuberculose segundo o sexo. 2004/2005. São Luis.

Em São Luís, as Unidades de Saúde são classificadas de acordo com o seu porte – em grandes, médias e de pequeno porte. Observamos que com a implantação do PSF e o PCT nas UBS houve a descentralização dos casos de TB das Unidades de referência para estas Unidades, conforme dados de a Coordenação da Vigilância Epidemiológica de São Luís (2006).

Nas unidades de médio porte do município, observa-se que no ano de 2004 as unidades do Itaqui-Bacanga (44 casos) e Bequimão (26 casos) foram as que tiveram um número maior de casos, já no ano 2005 houve aumento nas demais unidades do município.

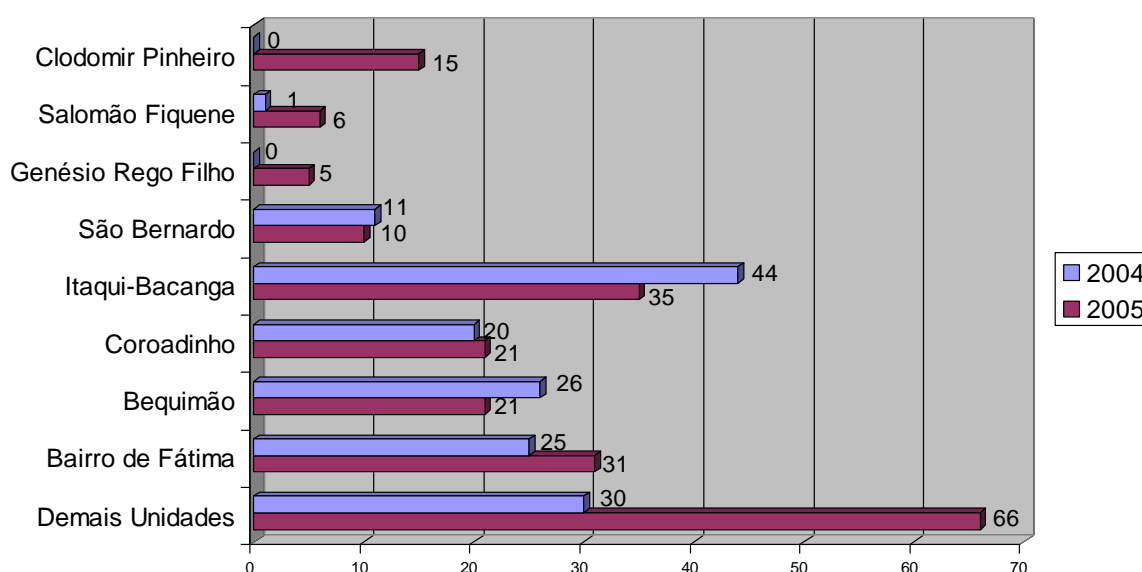


GRÁFICO 5 – Distribuição dos 1.650 casos de tuberculose nas unidades de médio porte do Município.

Com processo de descentralização e procedência do PCT houve decréscimo de notificação de tuberculose nas Unidades de Referência no período estudado. A idéia é que, quando mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto.

No período mais recente, a operacionalização de todas as ações relativas à atenção básica tem se concentrado no processo de expansão da estratégia Programa Saúde da Família (PSF), incentivada pelo Ministério da Saúde (MS). É perceptível que um dos aspectos positivos no PSF é seu potencial como mecanismo de promoção da saúde e prevenção de doenças. No entanto, sua capacidade de alteração do modelo assistencial não tem obtido o mesmo sucesso ou mesmo que o PSF não tem garantido, de forma sistemática, o acesso de

sua clientela aos níveis de maior complexidade da saúde, nem a universalização da cobertura. (BRASIL, 2005)

Vale lembrar que o PSF, bem como as Normas Operacionais e instrumentos que regulamentam o SUS, foram amplamente discutidos na Comissão Intergestores Tripartite, no Conselho Nacional de Saúde, no Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e no Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Nesse sentido, estas instâncias de representação são partícipes da política atualmente incentivada pelo MS, mesmo que, em algumas vezes, parte dessas instituições tenham discordância sobre seu encaminhamento. Contudo, tendo em vista a importância dos recursos federais no financiamento do SUS, entendeu-se que o MS, enquanto parte da estrutura do governo, foi a Instância que mais influenciou na determinação da política nesses últimos anos, principalmente quando os constrangimentos econômicos e financeiros se fizeram mais presentes. (BRASIL, 2002)

Ainda no início da década dos anos noventa, a condição sanitária era extremamente precária em grande parte dos municípios (80% menores que 10 mil habitantes), de maneira que sua população não era coberta pelo SUS. Levando isso em conta, quando o MS escolheu o PSF como porta de entrada no sistema, entendeu ser essa a melhor estratégia para garantir a universalização de, pelo menos, a Atenção Básica. (BRASIL, 2005)

Essa preocupação, contudo, não exime o Estado brasileiro da responsabilidade de prover o conjunto das ações e serviços que integram os cuidados com saúde. Em outras palavras, o princípio da integralidade, que garante o acesso da população a todos os níveis da atenção à saúde, não pode, em nome da universalidade à Atenção Básica, ser "esquecido". (BRASIL, 2002)

	2004	2005
GETULIO VARGAS	438	334
CS do João Paulo	13,70	14,97
CS Dr. Antônio Guanaré	8,68	8,98
CS São Francisco	7,99	8,98
CS São Cristóvão	4,57	2,99
CS Jailson Alves Lima	4,57	1,50
CS Vila Itamar	4,11	2,99
CS M Ayrecilla Novochalo	4,11	1,80
CS Santa Bárbara	4,11	4,49
USF Jardim São Cristóvão	3,88	4,19
CS Radional	3,88	-
CS João de Deus	3,65	4,19
CS Djalma Marques	3,42	2,10
CS Fabriciana Moraes	3,42	4,79
CS Genésio Ramos Filho	3,20	1,80
CS Turu	2,97	1,20
Demais Unidades	23,74	35,03

QUADRO 1 – Distribuição percentual dos 772 casos de tuberculose registrados unidade de referência Getúlio Vargas, nos anos de 2004 e 2005, segundo sua procedência.

Verificou-se a implantação nas 15 unidades do PSF do PCT, exceto no Centro de Saúde Jailson Alves Lima, no período estudado. Deve-se comentar que atualmente o PCT já está implantado nessa unidade.

A estratégia DOTS (tratamento de curta duração sob vigilância direta) recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para combater a tuberculose, 17 milhões de pessoas tuberculosas completaram com sucesso o tratamento ao ... da estratégia DOTS uma das mais bem sucedidas iniciativas de saúde pública com baixo custo, que não só salvou vidas como ajudou também a reduzir a propagação implacável desta infecção. (VENDRAMINE et al, 2002)

O número de países que estão a adotar a estratégia DOTS aumentou para 155, cobrindo mais 60% da população mundial.

A tuberculose pode ser controlada, curada e prevenida. No dia mundial da tuberculose, dia 24 de março, comprometamo-nos a fazer mais para fortalecer e expandir os

programas DOTS, de modo a cumprirmos os casos de tuberculose e a curar 85 por cento de todos os casos detectados até 2005.

GETULIO VARGAS	PSF implantado	PCT implantado
CS do João Paulo	SIM	SIM
CS Dr. Antônio Guanaré	SIM	SIM
CS São Francisco	SIM	SIM
CS São Cristóvão	SIM	SIM
CS Jailson Alves Lima	SIM	NÃO
CS Vila Itamar	SIM	SIM
CS M Ayrecilla Novochalo	SIM	SIM
CS Santa Bárbara	SIM	SIM
USF Jardim São Cristóvão	SIM	SIM
CS Radional	SIM	SIM
CS João de Deus	SIM	SIM
CS Djalma Marques	SIM	SIM
CS Fabriciana Moraes	SIM	SIM
CS Genésio Ramos Filho	SIM	SIM
CS Turu	SIM	SIM

QUADRO 2 – Implantação do PSF e do PCT nas Unidades de procedência dos casos registrados na unidade de referência GETULIO VARGAS.

Com o processo de descentralização do PCT houve decréscimo de 26% dos casos de TB na Unidade Paulo Ramos, no período estudado.

A estrutura que organiza as ações sobre a tuberculose no Brasil é o Programa Nacional de Controle da Tuberculose e a sua atual estratégia de reforço no recrudescimento da doença é o Plano Nacional de controle de tuberculose (PNCT).

Atualmente o Programa de Controle da Tuberculose – PCT está implantado em 290 municípios do Brasil, estando distribuídos em todas as Regiões (BRASIL 2004)

Ressalta-se que a estrutura física de um PCT deve atender aos padrões técnicos e assistenciais de forma a garantir biosegurança, dimensionamento adequado dos recursos materiais e demais ações que possibilitem o alcance objetivo almejados pela organização (BRASIL, 2001, CARVALHO, 1991)

Brasil (2002a) prevê que na equipe de atendimento no PCT os profissionais médicos e equipe de enfermagem – enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

No funcionamento do PCT, os responsáveis pelo serviço devem se preocupar com a organização das informações dos prontuários, do livro de registro e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), para organizar de forma coerente as necessidades da clientela realizando as intervenções tanto individuais quanto em grupo (SASSAKI, 2002; COSTA et al, 2001).

	2004	2005
PAULO RAMOS	454	336
CS do João Paulo	17,84	13,10
CS São Francisco	15,42	17,86
CS Yves Parga	7,05	5,95
CS Dr. Antônio Guanaré	6,61	5,95
CS Vila Embratel	5,29	9,52
CS São Raimundo	4,85	8,04
CS São Cristóvão	2,64	2,38
USF São Bernardo	2,64	5,95
CS Vila Itamar	2,20	2,38
CS M Ayrecilla Novochoalo	2,20	0,60
CS João de Deus	2,20	1,49
CS Fabriciana Moraes	2,20	2,98
CS Genésio Ramos Filho	2,20	1,19
CS Turu	2,20	1,79
USF Bezerra de Menezes	2,20	2,38
Demais Unidades	22,25	18,45

QUADRO 3 – Percentual de pacientes, segundo sua procedência, registrados na unidade de referência PAULO RAMOS, nos anos de 2004 e 2005, considerando implantação do PSF e do PCT.

Verificou-se a implantação nas 15 unidades do PSF do PCT, exceto a unidade da CS Vila Embratel neste período estudado.

PAULO RAMOS	PSF implantado	PCT implantado
CS do João Paulo	SIM	SIM
CS São Francisco	SIM	SIM
CS Yves Parga	SIM	SIM
CS Dr. Antônio Guanaré	SIM	SIM
CS Vila Embratel	SIM	NÃO
CS São Raimundo	SIM	SIM
CS São Cristóvão	SIM	SIM
USF São Bernardo	SIM	SIM
CS Vila Itamar	SIM	SIM
CS M Ayrecilla Novochoalo	SIM	SIM
CS João de Deus	SIM	SIM
CS Fabriciana Moraes	SIM	SIM
CS Genésio Ramos Filho	SIM	SIM
CS Turu	SIM	SIM
USF Bezerra de Menezes	SIM	SIM

QUADRO 4 – Implantação do PSF e do PCT nas unidades de procedência dos casos registrados nas Unidades de Procedência dos casos registrados na unidade de referência PAULO RAMOS.

Com o processo da descentralização já houve um decréscimo do número de casos de TB em 5 unidades no ano de 2005, na unidade de referência Genésio Rego.

	2004	2005
GENÉGIO REGO	58	30
CS Vila Palmeira	15,52	16,67
CS São Cristóvão	13,79	6,67
CS Radional	13,79	13,33
CS Fabriciana Moraes	8,62	3,33
CS Cohab Anil	8,62	6,67
CS do João Paulo	6,90	3,33
CS São Francisco	6,90	10,00
CS João de Deus	6,90	3,33
USF Santa Efigênia	6,90	-
CS Vila Embratel	5,17	-
CS Dr. Antônio Guanaré	3,45	-
USF Pirapora	3,45	3,33
USF Santa Clara	3,45	-
CS AMAR	3,45	-
CS Santa Bárbara	1,72	10,00
Demais Unidades	6,90	40,00

QUADRO 5 – Percentual de pacientes, segundo sua procedência, registrados na unidade de referência GENÉSIO REGO, nos anos de 2004 e 2005, considerando a implantação do PSF e do PCT.

Verificou-se a implantação nas 15 unidades do PSF, exceto CS Vila Embratel, este no período estudado. Hoje o PCT já é implantado.

GENÉSIO REGO	PSF implantado	PCT implantado
CS Vila Palmeira	SIM	SIM
CS São Cristóvão	SIM	SIM
CS Radional	SIM	SIM
CS Fabriciana Moraes	SIM	SIM
CS Cohab Anil	SIM	SIM
CS do João Paulo	SIM	SIM
CS São Francisco	SIM	SIM
CS João de Deus	SIM	SIM
USF Santa Efigênia	SIM	SIM
CS Vila Embratel	SIM	NÃO
CS Dr. Antônio Guanaré	SIM	SIM
USF Pirapora	SIM	SIM
USF Santa Clara	SIM	SIM
CS AMAR	SIM	SIM
CS Santa Bárbara	SIM	SIM

QUADRO 6 – Implantação dos PSF e do PCT nas Unidades de procedência dos casos registrados na Unidade de referência GENÉSIO REGO.

7 CONCLUSÃO

Com o presente estudo, pode-se concluir que no curso de 2004 e 2005, foram registrados 1.650 casos de Tb nas 3 unidades de referência da Capital, com destaque para o ano de 2005 onde se observou redução nesse registro, decorrente do processo de descentralização das ações. Em todas as unidades de referência observou-se que os pacientes procediam de área com PSF e PCT implantados.

Com o processo de descentralização de execução das ações de Saúde para os municípios, iniciado na década de 90 com a Norma Operacional Básica e fortalecido com a Norma Operacional de Assistência a Saúde em 2001. Observa-se a progressiva redução do registro no número de casos nas unidades de referências demandando para as Unidades Básicas de Saúde, o que favorece a garantia de acesso dos pacientes ao tratamento e acompanhamento adequados. Apostila (NOAS 2001 Brasil)

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O referido estudo, até agora relatado, a cerca da demanda de casos de tuberculose nas unidades de Saúde de São Luís e sua correlação com a descentralização do Programa de controle da tuberculose, permite que se tire alguma conclusão: Durante as visitas feitas às unidades de saúde, iniciadas em junho de 2005, foi observada uma desorganização no trabalho executado pela maioria dos profissionais do PSF e USF.

- Foi observado que os profissionais não estavam cumprindo as normas e diretrizes do programa;
- Pelo estigma da doença, alguns pacientes preferem procurar outras unidades de Saúde (bem distantes de suas residências, para executarem o tratamento).

Diante do que foi exposto, medidas poderão ser tomadas no sentido de contribuir para melhorias nas condições do programa:

- Capacitação dos profissionais e sensibilização dos mesmos (médicos, enfermeiros, aux. enfermagem, ACS)
- Reciclagem constante dos profissionais de Saúde;
- Busca ativa dos casos;
- Notificação dos casos;
- Diagnóstico clínico de casos;
- Acesso a exames para diagnóstico para diagnóstico e controle: laboratorial e radiológico;
- Cadastramento dos portadores;
- Tratamento dos casos BK + (supervisionado) e BK (auto-administrado)
- Medidas preventivas.

Portanto, o resultado dessa pesquisa, serviu para mostrar que a maioria dos casos ocorreu entre a faixa etária de 21 a 30 anos e 31 a 40 anos e predominou o sexo masculino. Foram descobertos os maiores números de casos, durante as campanhas de conscientização da tuberculose; a unidade que apresentou maior número de pacientes em 2004 foi o Centro de Saúde Dr. Paulo Ramos, destacando-se também a unidade de Saúde do Itaqui-Bacanga. Em 2005, o destaque foi para as demais unidades do município de São Luís. Com o processo de implantação do Programa de Saúde da família e o Programa de controle de tuberculose já houve um decréscimo de número de casos entre os anos de 2004 e 2005 nas unidades do município.

Incluída nesse contexto, após ser analisado o resultado deste estudo, pode-se ressaltar a importância da descentralização, procedência do Programa de controle da tuberculose, implantação de mais equipes do programa de saúde da família, capacitação e sensibilização dos profissionais do PSF(médicos, enfermeiros, aux-enfermagem e outros), divulgação da doença, tratamento em todos os meios de comunicação, melhorias em cada unidade de saúde.

Entretanto, deve-se destacar a inegável presença e importância dos profissionais do PSF, pois de nada servirá uma USF, especializada ou não, com espaço suficiente às necessidades do estabelecimento, se para exercer as suas funções e cumprir seus objetivos, não estiver em seu comando, um profissional qualificado, com habilidades básicas, e, com, sensibilidade, de, colocar à disposição dos pacientes tratamentos compatíveis com cada doença e informações sobre os mesmos.

Considera-se, portanto, a realização desse trabalho satisfatório, contudo, deixando aqui em aberto, possíveis discussões, questionamento e pesquisas dos profissionais e usuários, assim como para todos os interessados que se preocupam com o tema em questão.

REFERÊNCIAS

- BRASIL, Ministério da Saúde. Manual Técnico para o Controle da Tuberculose: Cadernos de atenção básica. 6 ed. Brasília: ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção básica – Programa Saúde da Família. Brasília: ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Doutrinas e princípios. BRASÍLIA, 1990. 19p. (ABC do SUS n. 1).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. BRASÍLIA: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Prática do Programa Saúde da Família. Brasília: ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Normas para o Controle da Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde, 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. Plano de Controle da Tuberculose no período de 2001-2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Novo Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília. Ministério da saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde do trabalhador. Programa Saúde da Família, Caderno de atenção básica nº 5. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- ESCOBAR, A.L.; COIMBRA, J.C.E.A.; SANTOS, R.V; BASTA, P.C. Aspectos Epidemiológicos da Tuberculose na População Indígena Suruí, Amazônia, Brasil. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 37 (4), p.338-342, 2004.
- FIUZA, M. F. Tuberculose: um assunto atual e oportuno. J. Pneumol. 19. III. 1993.
- FNS (Fundação Nacional de Saúde), 1996. Tuberculose. Número de casos por Região para os anos de 1994, 1995 e 1996 (primeiro semestre). Boa Vista: FNS (Distrito Sanitário Ianomâmi)
- GONÇALVES, H. A tuberculose ao longo dos tempos. História, Ciências, Saúde, Manguinhos, jul/out. 2000.
- GUIMARÃES, R. Determinação social e doença endêmica. O caso da Tuberculose. In textos de apoio Epidemiológico I (J.R. Carvalheiro, org) pp 211-233. Rio de Janeiro. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) Escola Nacional de Saúde.

III CONSENSO BRASILEIRO DE TUBERCULOSE. Diretrizes Brasileiras para tuberculose 2004. Vol 30. jun, 2004.

RUFFINO NETTO, Antonio. Et. Al. I Consenso Brasileiro de Tuberculose – 1997. Jornal de Pneumologia 23: 279-342, 1997.

SASSAKI, Cinthia Midori. Tempo de Tratamento da Tuberculose de paciente inscritos em um serviço de saúde do município de Ribeirão Preto (1998-1999), 196p. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP, área de concentração: Saúde Pública. Ribeirão Preto, Brasil.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Superintendência das Ações de Saúde. Distribuição das equipes de saúde da família por distrito e por unidade. São Luís, 2006.

SEMUS – Superintendência de Vigilância Epidemiológica Sanitária. Listagem das unidades de saúde com Programa de controle de Tuberculose e Programa de Eliminação de Hanseníase. São Luís, 2006.

UNIÓN INTERNACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS. LUNA, José A. Caminero. Guia de la tuberculosis para médicos especialistas. Paris, 2003. 390p.

VENDRAMINE, S.H.F. et al. Tratamento supervisionado no controle de tuberculose em uma unidade de saúde em Ribeirão Preto: A percepção do doente. Boletim de Pneumologia Sanitária. 10 (1), 2002. Acadêmica de Enfermagem / Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva – CEPESCO Docente do Departamento de Enfermagem / Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva – CEPESCO.

Bottentuit, Alda de Nátia Martins et al

A demanda de casos de tuberculose nas unidades de saúde de São Luís e sua correlação com a descentralização do programa de controle da tuberculose / Alda de Nátia Martins Bottentuit et al. – São Luís, 2006

34 p.

Monografia (Especialização em Saúde da Família) - LABORO – Excelência em Pós-Graduação / Universidade Estácio de Sá, 2006

1. Tuberculose. 1. Título

CDU 616-002.5