

Tratamento de tuberculose: integração entre assistência hospitalar e rede básica na cidade de São Paulo*

Tuberculosis treatment: integration between hospitals and public health care clinics in the city of São Paulo, Brazil

Mirtes Cristina Telles Perrechi, Sandra Aparecida Ribeiro

Resumo

Objetivo: Avaliar o nível de acesso aos serviços de saúde de uma população de pacientes internados por tuberculose (TB) em dois hospitais no município de São Paulo, comparando-os com pacientes com TB submetidos somente a tratamento ambulatorial. **Métodos:** Foram levantados dados sociodemográficos e clínico-epidemiológicos de pacientes internados por TB em dois hospitais do município de São Paulo entre janeiro e dezembro de 2007, utilizando-se um questionário estruturado. Foram também identificados os locais de tratamento ambulatorial para os quais os pacientes foram transferidos após a alta hospitalar. As mesmas variáveis foram obtidas para pacientes ambulatoriais em tratamento de TB na mesma época, por meio de um banco de dados. **Resultados:** Foram estudados 474 pacientes (166 internados e 308 ambulatoriais), com média de idade de 41,0 e 39,1 anos, respectivamente. A análise univariada mostrou associações positivas entre internação por TB e as seguintes variáveis: faixa etária 30-39 anos (OR = 2,17), faixa etária 50-59 anos (OR = 2,17), forma clínica pulmonar associada à extrapulmonar (OR = 5,31), retratamento de TB (OR = 2,66), procura a outro serviço antes do diagnóstico (OR = 2,05), tempo de sintomas maior que 12 semanas (OR = 2,23) e diagnóstico realizado em hospitais ou prontos-socorros (OR = 4,68). A proporção de pacientes internados que residiam na mesma região da respectiva Coordenadoria Regional de Saúde dos dois hospitais foi, respectivamente, de 77,6% e 36,8%. A proporção de pacientes, após a alta, encaminhados a Unidades Básicas de Saúde nas mesmas regiões dos dois hospitais foi, respectivamente, de 67,1% e 39,7%. **Conclusões:** Os pacientes internados por TB devem ser monitorados após alta hospitalar até a sua chegada à Unidade Básica de Saúde.

Descritores: Tuberculose; Acesso aos serviços de saúde; Pacientes internados; Pacientes ambulatoriais.

Abstract

Objective: To evaluate the level of access to health care clinics of a population of patients hospitalized for tuberculosis (TB) at two hospitals in the city of São Paulo, Brazil, comparing them with a population of TB patients under outpatient treatment only. **Methods:** We compiled sociodemographic, clinical and epidemiological data related to patients hospitalized for TB at two hospitals in the city of São Paulo, Brazil, between January and December of 2007, using a structured questionnaire. We also identified the outpatient clinics to which the patients were referred at discharge. The same variables were evaluated for TB outpatients during the same period, using a database. **Results:** The study sample consisted of 474 patients (166 inpatients and 308 outpatients: mean age, 41.0 and 39.1 years, respectively). The univariate analysis showed positive associations between hospitalization due to TB and the following variables: 30-39 year age bracket (OR = 2.17); 50-59 year age bracket (OR = 2.17); combination of pulmonary and extrapulmonary forms of TB (OR = 5.31); TB re-treatment (OR = 2.66); seeking treatment at other health care facilities prior to the diagnosis of TB (OR = 2.05); symptom duration of more than 12 weeks (OR = 2.23); and TB diagnosed at hospitals or in emergency rooms (OR = 4.68). The proportion of inpatients who resided in the same regional health district area as that in which the respective hospital was located was 77.6% and 36.8%. The proportion of discharged patients who were referred to outpatient clinics in the same areas was 67.1% and 39.7%, respectively. **Conclusions:** Patients hospitalized for TB should be monitored from discharge until their admission to the outpatient clinic.

Keywords: Tuberculosis; Health services accessibility; Inpatients; Outpatients.

* Trabalho realizado pelo Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP) Brasil. Endereço para correspondência: Sandra Aparecida Ribeiro. Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo, Rua Borges Lagoa, 1341, Vila Clementino, CEP 04038-034, São Paulo, SP, Brasil. Tel 55 11 5571-5000 ou 55 11 5572-0609. E-mail: sandrarib@uol.com.br
Apoio financeiro: Nenhum.

Recebido para publicação em 31/3/2009. Aprovado, após revisão, em 22/6/2009.

Introdução

A tuberculose (TB) é uma doença infecto-contagiosa, com alta morbidade e mortalidade, principalmente nos países em desenvolvimento.

⁽¹⁾ No Brasil, ocupa o nono lugar entre as causas infecciosas de internação, o sétimo lugar em gastos com internação por doenças infecciosas no Sistema Único de Saúde (SUS) e o quarto lugar em mortalidade por doenças infecciosas.⁽²⁾

Em 1979, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) colocou em prática, de forma pioneira, gratuitamente e com alta eficácia, o tratamento de curta duração (seis meses) por via oral,⁽³⁾ composto por isoniazida, rifampicina e pirazinamida (EI, esquema 1), que foi instituído no estado de São Paulo em 1980, acompanhado de novas normas de tratamento e de internação.^(4,5)

O tratamento com EI deve ser realizado em nível ambulatorial,^(6,7) no local mais próximo à residência do paciente, ficando a indicação de internação reservada para os seguintes casos específicos: meningite tuberculosa, indicações cirúrgicas em decorrência da TB, complicações graves, intolerância medicamentosa incontrolável em ambulatório, intercorrências clínicas ou cirúrgicas graves, casos que não permitam o tratamento ambulatorial e casos sociais.^(7,8)

As maiores taxas de incidência estão concentradas nas regiões metropolitanas, onde as condições de transmissão são mais favoráveis pela quantidade de moradias multifamiliares, condições inadequadas, aglomerações de pessoas, bolsões de pobreza, acesso prejudicado aos serviços de saúde e baixa adesão ao tratamento.⁽⁹⁾

Apesar do diagnóstico de casos de TB pulmonar ser relativamente simples e necessitar de exames pouco sofisticados (radiografia de tórax e exame de escarro), além dos esforços do PNCT em capacitar os profissionais da atenção básica dos municípios para o correto diagnóstico e tratamento da doença, verifica-se, ainda, que grande parte dos casos de TB é diagnosticada em hospitais. Em 2001, no estado de São Paulo, aproximadamente um terço dos casos foram diagnosticados durante a internação hospitalar, e, no município de São Paulo, 58% dos casos foram diagnosticados em hospitais ou em prontos-socorros.⁽¹⁰⁾ Soma-se a esse fato que parte dos casos de TB se apresentava com formas clínicas graves.⁽¹¹⁾

Os principais motivos de internação foram os seguintes: elucidação diagnóstica (31,7%), insuficiência respiratória (19,8%), caquexia (8%), AIDS (5,5%), hemoptise (5,2%) e outros (29,8%). Como a doença é de fácil diagnóstico, surpreende que a elucidação diagnóstica tenha sido o principal motivo de internação.⁽¹²⁾

Atualmente, no município de São Paulo, há cerca de 40 hospitais gerais que internam casos de TB (mais de 10 casos por ano). Podemos classificar os hospitais que internam casos de TB da seguinte forma: hospitais de referência (Hospital do Mandaqui, Instituto de Infectologia Emílio Ribas e Centros de Referência e Treinamento em Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS); hospitais universitários (Santa Casa de São Paulo, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo [USP], Hospital São Paulo da Universidade Federal de São Paulo, Hospital Universitário da USP e Hospital Escola Wladimir Arruda); hospitais gerais; hospitais de longa permanência (Sanatório S3, Hospital Leonor Mendes de Barros, Sanatório São Paulo, Hospital Nestor Goulart Reis); e outros. No ano de 2001, o total de pacientes internados por TB no município de São Paulo foi de 2.473, sendo que os hospitais gerais responderam por aproximadamente 47% do total de internações; os hospitais de referência por 21%; os hospitais universitários por 19%; e prontos-socorros, hospitais de pediatria, entre outros, por 13%.⁽¹²⁾

Um dos fatores relacionados aos baixos percentuais de cura de pacientes internados deve ser a ausência de uma perfeita integração entre o tratamento hospitalar e o tratamento na atenção básica, indicando que muitos pacientes se perdem no sistema ou mesmo consideram-se curados quando recebem alta hospitalar.

As baixas taxas de cura revelam a necessidade de melhor conhecer o fluxo e os motivos da internação, bem como criar ações que favoreçam o monitoramento dos doentes internados que recebem alta hospitalar, além de adequar os sistemas de informação, de maneira a se conduzir esses doentes à cura.

O objetivo deste estudo foi avaliar o acesso aos serviços de saúde, pois esse é um fator importante para o diagnóstico e o tratamento dos casos de TB. Para tanto, realizamos o mapeamento dos locais de moradia e dos locais de tratamento ambulatorial de TB (após a alta hospitalar) de pacientes internados em dois hospitais

de grande porte do município, comparando esses dados com os de pacientes com TB submetidos somente ao tratamento ambulatorial.

Métodos

Este estudo caracterizou-se como uma pesquisa de campo, de caráter clínico-epidemiológico, prospectivo, do tipo descritivo analítico, com comparação de dados referentes ao acesso de pacientes internados por TB e de pacientes com TB não-internados no município de São Paulo no período entre janeiro e dezembro de 2007.

O município de São Paulo possui cerca de 11 milhões de habitantes. Há 127 hospitais e 382 Unidades Básicas de Saúde (UBS), distribuídos em cinco Coordenadorias Regionais de

Saúde (CRS). O estudo foi realizado nas áreas cobertas pelas CRS Sudeste e Norte. A região sudeste possui cerca de 2,5 milhões de habitantes, 49 hospitais e 83 UBS, e a região norte possui aproximadamente 2 milhões de habitantes, 21 hospitais e 76 UBS.

Para o estudo dos pacientes internados, foram escolhidos dois hospitais que internam mais de 50 casos/ano de TB no município: o Hospital São Paulo (hospital universitário, situado na CRS Sudeste) e o Complexo Hospitalar do Mandaqui (hospital geral e de ensino, considerado de referência para o tratamento da TB, situado na CRS Norte). Os hospitais não são completamente regionalizados e respondem por cerca de 8% das internações por TB no município de São Paulo.

Para verificar o acesso aos serviços de saúde, foi utilizado o mapa do município de São Paulo

Tabela 1 – Associação entre variáveis de pacientes internados por tuberculose e pacientes exclusivamente ambulatoriais em dois hospitais do município de São Paulo, 2007.

Variável	Internados (n = 166)		Ambulatoriais (n = 308)		p	OR	IC 95%
	n	%	n	%			
Faixa etária							
Até 19 anos	13	7,83	23	7,47	0,160	1,79	0,79-4,04
20-29 anos	25	15,06	79	25,65		1,00	
30-39 anos	44	26,51	64	20,78	0,009	2,17	1,20-3,92
40-49 anos	33	19,88	58	18,83	0,062	1,79	0,96-3,44
50-59 anos	33	19,88	48	15,58	0,010	2,17	1,15-4,08
Acima de 60 anos	18	10,84	36	11,69	0,213	1,58	0,76-3,25
Sexo							
Masculino	116	69,88	204	66,23	0,419	1,18	0,78-1,77
Feminino	50	30,12	104	33,77		1,00	
Forma clínica							
Pulmonar	115	69,28	229	74,35		1,00	
Extrapulmonar	35	21,08	73	23,70	0,844	0,95	0,60-1,51
Pulmonar + extrapulmonar	16	9,64	6	1,95	< 0,01	5,31	2,02-13,9
Tipo de caso							
Novo	114	68,67	263	85,39		1,00	
Retratamento	52	31,33	45	14,61	< 0,001	2,66	1,69-4,20
Procurou outro serviço antes							
Sim	119	71,69	170	55,19	< 0,001	2,05	1,37-3,08
Não	47	28,31	138	44,81		1,00	
Tempo de sintomas até diagnóstico							
< 12 semanas	87	52,41	91	29,55		1,00	
≥ 12 semanas	79	47,59	37	12,01	0,001	2,23	1,37-3,64
Sem informação	-	-	180	58,44			
Local de diagnóstico							
Ambulatório	38	22,89	175	56,82		1,00	
Pronto-socorro/hospital	120	72,29	118	38,31	< 0,001	4,68	3,03-7,22
Outros	8	4,82	15	4,87			

dividido nas cinco CRS (Centro-oeste, Leste, Norte, Sudeste e Sul), no qual foram plotados os locais de moradia dos pacientes internados por TB no Complexo Hospitalar do Mandaqui e no Hospital São Paulo, os locais das UBS para onde os pacientes internados foram encaminhados para tratamento após a alta hospitalar e os locais de moradia dos pacientes não-internados em tratamento nas UBS da CRS Norte e da CRS Sudeste.

Os pacientes incluídos no estudo foram notificados aos serviços de vigilância epidemiológica. Esses pacientes foram entrevistados pela pesquisadora por meio de um questionário estruturado, com perguntas fechadas, referentes ao local de moradia, sexo, faixa etária e localização da TB. Além disso, foram feitas perguntas referentes à identificação do acesso do paciente ao sistema ambulatorial/hospitalar de tratamento – tempo médio de sintomas até o início do tratamento, tipo de serviço que efetuou o diagnóstico (ambulatorios, prontos-socorros, hospitais ou outros) – e questões referentes à descoberta por atestado de óbito ou busca em instituições, história de tratamento para TB ou investigação de doença pulmonar e motivo principal da internação. Os pacientes internados

foram acompanhados de forma prospectiva após a alta hospitalar com a finalidade de mapear o local e o desfecho do tratamento.

Os dados dos pacientes somente sob tratamento ambulatorial foram obtidos por meio do Banco de Dados de Tuberculose da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e, para estudo do acesso, foram selecionados os pacientes ambulatoriais em tratamento nas UBS pertencentes às mesmas CRS onde ficavam situados os hospitais selecionados.

Foram obtidas as seguintes variáveis: local de moradia, sexo, faixa etária, localização da TB, tempo médio de sintomas até o início do tratamento, história de tratamento para TB e desfecho do tratamento. Foram excluídos os casos que apresentaram mudança de diagnóstico ou que pertenciam ao sistema penitenciário.

Para avaliar a significância estatística das variáveis relacionadas aos pacientes internados e não-internados, realizou-se uma análise univariada com o cálculo de OR e respectivos IC95%.

O presente estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

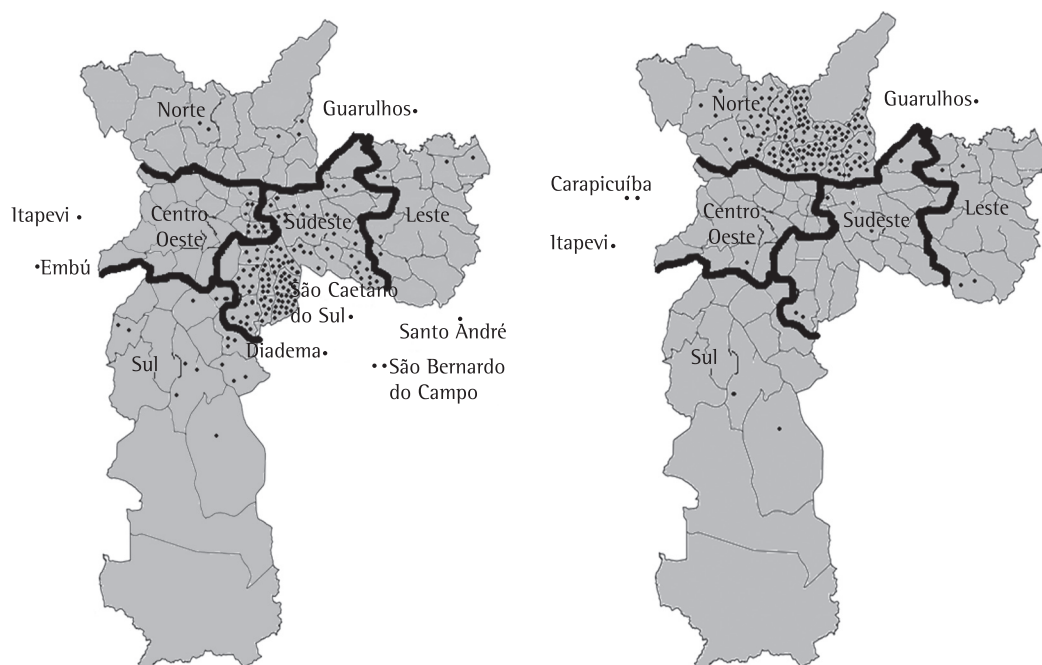


Figura 1 – Distrito administrativo de moradia dos pacientes com tuberculose em tratamento exclusivamente ambulatorial nas Unidades Básicas de Saúde das Coordenadorias Regionais de Saúde Sudeste e Norte, município de São Paulo, 2007.

Resultados

No ano de 2007, estudou-se um total de 474 pacientes com TB, sendo 166 pacientes internados e 308 exclusivamente ambulatoriais. A comparação dos dados sociodemográficos dos pacientes internados nos dois hospitais e dos pacientes ambulatoriais, tratados nas duas regiões, foi semelhante.

Os principais motivos de internação foram elucidação diagnóstica (48,19%), insuficiência respiratória (11,45%), hemoptise (10,24%), AIDS (4,82%), caquexia (3,61%) e outros (21,69%).

Os pacientes internados ($n = 166$) apresentaram média de idade de $41,0 \pm 13,0$ anos, 116 (70%) eram do sexo masculino, 115 (69%) apresentavam forma clínica pulmonar, 115 (69%) eram casos novos, e 119 (72%) foram diagnosticados em hospitais ou em prontos-socorros, enquanto 46 (28%) foram diagnosticados na atenção básica. Desses, 93,4% haviam realizado radiografia de tórax, e 57,9% realizaram pesquisa de BAAR no escarro, antes da internação.

Os pacientes exclusivamente ambulatoriais ($n = 308$) apresentaram média de idade de $39,1 \pm 16,2$ anos, 204 (66%) eram do sexo masculino, 229 (74%) apresentavam forma clínica pulmonar, 263 (85%) eram casos novos, e 175 (57%) foram diagnosticados na atenção básica (Tabela 1).

A análise univariada (Tabela 1) mostrou associações positivas entre internação por TB e as seguintes variáveis: faixa etária 30-39 anos

(OR = 2,17), faixa etária 50-59 anos (OR = 2,17), forma clínica pulmonar associada à extra-pulmonar (OR = 5,31), retratamento de TB (OR = 2,66), procura a outro serviço antes do diagnóstico (OR = 2,05), tempo de sintomas maior que 12 semanas (OR = 2,23) e diagnóstico realizado em hospitais ou prontos-socorros (OR = 4,68).

Dos pacientes exclusivamente ambulatoriais em tratamento nas UBS das CRS Sudeste e Norte, verificou-se que, respectivamente, 28,7% e 11,3% eram moradores de outras coordenadorias/municípios (Figura 1).

Dos pacientes internados por TB no Complexo Hospitalar do Mandaqui, 77,6% residiam na CRS Norte, e 22,4% residiam em outras regiões (Leste: 3,1%; Sudeste: 4,1%; Centro-oeste: 5,1%; Sul: 2,0%; e outros municípios: 8,2%), enquanto somente 36,8% dos pacientes internados no Hospital São Paulo residiam na mesma CRS desse Hospital, e 63,2% residiam em outras regiões (Leste: 5,9%; Norte: 10,3%; Centro-oeste: 4,4%; Sul: 30,9%; outros municípios: 11,8%).

A análise do local de tratamento de TB dos pacientes que receberam alta hospitalar revelou que 39,7% dos pacientes que receberam alta do Hospital São Paulo permaneceram em tratamento na CRS Sudeste, enquanto 67,1% dos pacientes provenientes do Complexo Hospitalar do Mandaqui permaneceram em tratamento na CRS Norte (Figura 2).

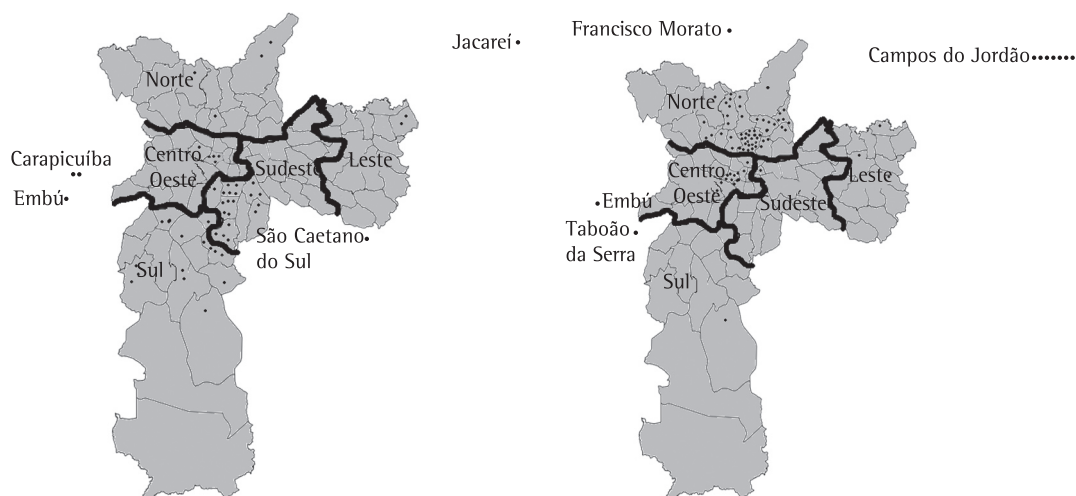


Figura 2 – Distrito administrativo das Unidades Básicas de Saúde de tratamento de pacientes com tuberculose que receberam alta do Hospital São Paulo e do Hospital do Mandaqui, São Paulo, 2007.

Discussão

Acesso é definido como a distância entre o serviço de saúde e o local de moradia do indivíduo, considerando-se o tempo e os meios utilizados para o seu deslocamento, assim como a dificuldade para a obtenção do atendimento e o tratamento recebido.⁽¹³⁾ Para o tratamento da TB, é preconizado que os pacientes se tratem o mais próximo possível do seu local de moradia, sempre que possível sob supervisão, com o objetivo de se conseguir uma melhor adesão ao tratamento.⁽¹⁴⁾

Com o pressuposto da regionalização da atenção básica, boa parte dos pacientes com TB permanecem em tratamento na mesma CRS onde residem. Neste estudo, dentre os pacientes em tratamento ambulatorial para TB, 88,7% residiam e estavam em tratamento na CRS Norte, e 71,3% residiam e estavam em tratamento na CRS Sudeste.

Quando os pacientes necessitam de cuidados hospitalares, a situação se mostra ainda mais complexa no município de São Paulo.

Os pacientes internados são mais idosos, apresentam mais comorbidades e maior tempo de sintomas, procuram outros serviços de saúde previamente pelo mesmo motivo e têm história de tratamento de TB e de doença mais avançada. Além disso, geralmente são internados a partir da suspeita do diagnóstico em ambiente hospitalar/pronto-socorro.⁽¹⁵⁾

Muitos relataram ter procurado atendimento prévio em serviços ambulatoriais (41%) e, neste estudo, 48% foram internados para elucidação diagnóstica. Como a maioria desses pacientes tem acometimento pulmonar, parece que a rede de atendimento ambulatorial é falha, mesmo para solicitação de exames simples, como a radiografia de tórax e a pesquisa de BAAR no escarro. Previamente à internação, somente 57,9% dos pacientes relataram ter realizado exame de escarro.

Com relação ao acesso, há que se considerar as características próprias de cada hospital: o Complexo hospitalar do Mandaqui é um hospital de referência que demonstra algumas características de regionalização e serve aos pacientes que moram na CRS Norte (77,6% moravam nessa CRS). O Hospital São Paulo tem características de hospital universitário e demonstra baixo percentual de regionalização, com até 63,2% de pacientes internados por TB prove-

nientes de outras CRS e municípios. Além disso, a CRS Sudeste, onde o Hospital São Paulo está situado, tem limites geográficos com todas as demais CRS, maior concentração de equipamentos capazes de responder à demanda de alta complexidade e até absorver a demanda hospitalar proveniente de outras CRS e localidades (principalmente da CRS Sul).

Sendo assim, é possível que os pacientes procurem espontaneamente locais reconhecidos pelos serviços prestados ou tenham maior facilidade de acesso a esses por transporte público, ou ainda esses estejam próximos aos seus locais de trabalho e que apresentem maior concentração de serviços de saúde, mesmo que se situem em CRS diferentes das de seus locais de moradia.

Esse fato pode sugerir que algumas regiões do município de São Paulo, bem como de municípios vizinhos, estão com a rede hospitalar e ambulatorial parcialmente ativada, com acesso e resolubilidade limitados para diagnosticar e tratar TB. Os dados da literatura evidenciam alguns motivos para se realizar tratamento médico distante do local de moradia, entre eles, o resultado de experiências anteriores positivas e a satisfação em relação ao serviço, levando à continuidade do tratamento e à interferência sobre sua eficácia.⁽¹⁶⁾ O acolhimento ao paciente na hora em que ele necessita faz com que esse seja fiel a um serviço, por mais distante que esse seja, e a busca por serviços hospitalares é evidenciada pela rapidez esperada pelos pacientes para solucionar os seus problemas.⁽¹⁷⁾

Provavelmente, a maioria destes pacientes, após a internação por TB, retornou para tratamento em um local próximo à residência, pois foi verificado que apenas 39,7% dos pacientes internados no Hospital São Paulo seguiram tratamento na CRS Sudeste e 67,1% dos pacientes internados no Hospital do Mandaqui continuaram o tratamento na CRS Norte.

Os resultados do desfecho de tratamento da TB dos pacientes internados por essa causa foram piores que os de pacientes em tratamento ambulatorial e são fontes de preocupação para o PNCT.⁽¹⁰⁾

Até o momento, parece não ocorrer uma perfeita integração entre a rede hospitalar e as UBS que tratam TB. As políticas públicas para o tratamento de TB, centradas em serviços da atenção básica, esquecem-se do grande contingente de pacientes internados com TB e não

conseguem monitorizar a chegada desses às UBS após a alta. É provável que parte desses pacientes se considere curada ao receber alta hospitalar, não dando continuidade ao tratamento ou que não tenham atendimento integral na UBS para onde foram encaminhados. Além disso, é provável que seus comunicantes não sejam examinados.

Com base nesses fatos, cabe alertar aos sistemas de vigilância hospitalar e aos profissionais de saúde sobre a importância do correto encaminhamento de pacientes previamente internados para as UBS. Se possível, essas devem ser próximas ao seu local de moradia, e os pacientes devem ser monitorizados desde a sua chegada à UBS, com a instituição de tratamento supervisionado e atenção às reações adversas, assim como com o tratamento e o controle das comorbidades.

Referências

1. Xavier MI, Barreto ML. Tuberculosis in Salvador, Bahia, Brazil, in the 1990s [Article in Portuguese]. *Cad Saude Publica*. 2007;23(2):445-53.
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(4):310-4.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária. Manual de Normas para Controle da Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde Centro de Documentação; 1979.
4. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. II Consenso Brasileiro de Tuberculose 2004. Diretrizes para tuberculose 2004. *J Bras Pneumol*. 2004;30(Suppl 1):S57-S86.
5. Fundação Nacional de Saúde. Tuberculose. Guia de Vigilância epidemiológica. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2002.
6. Kritski AL, Conde MB, Muzy SG. Tuberculose: do ambulatório à enfermaria. 3rd ed. São Paulo: Atheneu; 2002. p. 171-207.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica, 6. Série A. Normas e Manuais Técnicos, no.148. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
8. Global Tuberculosis Programme. Global Tuberculosis Control: WHO Report 1998. Geneva: Global Tuberculosis Programme, World Health Organization; 1998.
9. Hijjar MA, Procópio R, Oliveira MJ, Teixeira GM. A tuberculose no Brasil e no mundo. *Bol Pneumol Sanit*. 2001;9(2):9-16.
10. Galesi VM, Almeida MM. Indicadores de morbimortalidade hospitalar de tuberculose no município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(1):48-55.
11. Brito RC, Carvalho RM, Siqueira-Batista R, Bethlem EP, Belivaqua AA, Kritski AL, et al. Recomendações da assessoria de Pneumologia Sanitária do Estado do Rio de Janeiro para o controle de tuberculose em hospitais gerais. *Pulmão RJ*. 2003;12(3):169-73.
12. Galesi VM. Internação por tuberculose no século XXI. O caso do município de São Paulo [thesis]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.
13. Ramos DD, Lima MA. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2003;19(1):27-34.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. Brasília: Departamento de Vigilância Epidemiológica, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde; 2006.
15. Ribeiro AS, Matsui TN. Hospitalização por tuberculose em um hospital universitário. *J Pneumol*. 2003;29(1):9-14.
16. Mendes MC. A clientela e os profissionais de saúde diante da tuberculose [thesis]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1998.
17. Mathur P, Sacks L, Auten G, Sall R, Levy C, Gordin F. Delayed diagnosis of pulmonary tuberculosis in city hospital. *Arch Intern Med*. 1994; 154(3):306-10.

Sobre os autores

Mirtes Cristina Telles Perrechi

Mestranda. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP) Brasil.

Sandra Aparecida Ribeiro

Professora Associada. Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP) Brasil.