



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
BACHARELADO EM ENFERMAGEM

FERNANDA ARAÚJO DA COSTA

ASPECTOS RELACIONADOS AO RETARDO DO DIAGNÓSTICO DA
TUBERCULOSE EM SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA REVISÃO
INTEGRATIVA

CUITÉ

2018

FERNANDA ARAÚJO DA COSTA

ASPECTOS RELACIONADOS AO RETARDO DO DIAGNÓSTICO DA
TUBERCULOSE EM SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA REVISÃO
INTEGRATIVA

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado à Coordenação do curso de Bacharel em Enfermagem, da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, *campus* Cuité, como exigência para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador (a): Prof^a. Dr^a. Anne Jaquelyne Roque Barrêto

CUITÉ

2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes - CRB 15 - 256

C837a Costa, Fernanda Araújo da.

Aspectos relacionados ao retardo do diagnóstico da tuberculose em serviços de saúde: uma revisão integrativa. / Fernanda Araújo da Costa. - Cuité: CES, 2018.

42 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) - Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2018.

Orientadora: Anne Jaquelyne Roque Barrêto.

1. Tuberculose. 2. Enfermagem. 3. Diagnóstico. 4. Serviço de saúde. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 616.24-002.5

FERNANDA ARAÚJO DA COSTA

**ASPECTOS RELACIONADOS AO RETARDO DO DIAGNÓSTICO DA
TUBERCULOSE EM SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pela discente **Fernanda Araújo da Costa**, do curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de Bacharel, conforme a apreciação da Banca Examinadora, constituída pelos professores:

Defendido e Aprovado em: 06/03/2018

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Anne Jaquelyne Roque Barrêto

Orientadora – Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cuité

Prof. Dr. Matheus Figueiredo Nogueira

Membro Interno – Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cuité

Prof^a. MSc. Heloisy Alves de Medeiros

Membro Interno – Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cuité

Dedico a realização deste trabalho à Fatinha por todo amor, carinho e vida dedicados à mim. Obrigada por tudo! Amo você!

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela força e coragem para enfrentar o último desafio para a conclusão do curso.

Aos meus pais, Francisco Medeiros e Francisca Antônia, pelo dom da vida.

Aos meus irmãos, por todo amor e, principalmente, por você, Francinilde Costa, ter me incentivado a cursar Enfermagem. Esta conquista também é sua!

À Fátima Costa (Fatinha), minha tia-mãe, que me deu todas as oportunidades para ser quem sou. Obrigada por todo amor, carinho, dedicação, atenção e disponibilidade.

À Selma Costa (Selminha), que me proporcionou alegrias e apoio para que eu chegasse até aqui. Obrigada por todo amor.

À Yasmin Martins (Prima), por todas as madrugadas que passou comigo, me apoiando, incentivando, escutando minhas lamentações, muitas vezes, acompanhadas de choros. Muito obrigada pelas palavras e por todo carinho! Sempre estarei com você! Te amo, prima!

À Anne Jaquelyne, minha orientadora, que me recebeu de braços abertos e me acolheu como sua orientanda. À você, meu muito OBRIGADA e minha eterna GRATIDÃO!

À minha banca examinadora, os professores Matheus Nogueira e Heloisy Medeiros, pela disponibilidade e conhecimento repassados. Obrigada por terem aceito o convite!

Ao CEIS (Centro Educacional Integrado do Seridó), onde passei 8 anos rodeada de mestres e professores que cuidaram da minha educação, para que eu me tornasse uma cidadã de bem e se tornou uma base para meu crescimento pessoal e profissional.

Aos amigos do 3º ANO, que me ensinaram o valor da amizade e da cumplicidade. DE SEMPRE, PARA SEMPRE!

À Sandra, Daniel, Laura e Micaelle, pessoas que Deus colocou na minha vida e que me receberam com muito amor e carinho em todos os meus momentos de fraqueza. Obrigada por cuidarem de mim quando mais precisei.

À Kaltz Victor, que em pouco tempo, foi se tornando meu amigo, irmão, confidente, e estive ao meu lado nos momentos que mais precisei. Obrigada por sempre estar presente, pelos conselhos, pela companhia e, principalmente, pela cumplicidade!

À Rodrigo Oliveira, por todas as palavras de incentivo e afeto quando quis desistir. Obrigada, Rozinho!

À Carol, um exemplo de professora, de pessoa e de humanidade. Você me ajudou quando tanto precisei de atenção e carinho. Também me incentivou para que hoje eu estivesse aqui, formada e como sua colega. Obrigada por todas as palavras ditas e pelo simples olhar à mim direcionado. Jamais te esquecerei!

Aos NÃO's que recebi ao longo desta árdua caminhada, eles me fizeram mais forte e determinada.

Às pessoas que não acreditaram na minha força e persistência. Desculpem-me, tive que decepcioná-las.

À todos os profissionais que me acolheram e me ajudaram nessa caminhada longa e difícil. Vocês fizeram parte dessa conquista. Obrigada por todo apredizado e paciência!

Por fim, aos pacientes, que indiretamente, disseram que eu estou no caminho certo.

“REPARE,

**Cada pessoa que torce por você é parte
INDISPENSÁVEL para a construção do seu
sucesso, inclusive as que torcem CONTRA.”**

Bráulio Bessa

RESUMO

Objetivo: Identificar os principais aspectos relacionados ao retardo do diagnóstico da tuberculose em serviços de saúde. Metodologia: Trata-se de uma revisão integrativa, realizada nos meses de novembro/dezembro de 2017, onde foram consultados os sites de busca SciELO e BVS e as bases de dados LILACS, MEDLINE, BIREME e BDENF. Quando cruzados os descritores, no SciELO, obteve-se 77 artigos e após a aplicação dos critérios de inclusão, o número caiu para 40, onde foram submetidos aos critérios de exclusão, restando apenas 5, que foram utilizados. Na BVS, obteve-se 2.101 artigos quando cruzados os descritores e, após a aplicação dos critérios de inclusão, houve uma redução para 56, sendo 49 encontrados na base de dados LILACS e 7 na MEDLINE. Destes, quando submetidos aos critérios de exclusão, 4 artigos foram selecionados, 3 na LILACS e 1 na MEDLINE. Resultados e Discussão: Após análise dos resultados encontrados, os aspectos que favorecem o retardo do diagnóstico da TB foram divididos em duas categorias, os profissionais da saúde e a organização de serviço. Na primeira categoria, listamos a desqualificação profissional, número insuficiente de profissionais, demora para solicitação de exames diagnósticos, não realização de busca ativa (visita domiciliar) e demora no agendamento de consultas; na segunda, temos acessibilidade deficitária, modelo de atenção inadequado, transferência de responsabilidades e estrutura inadequada. Conclusão: Constatou-se que há uma necessidade de capacitar todos os trabalhadores da saúde, sejam eles gestores ou profissionais que atuam no atendimento para que a porta de entrada do sistema detecte casos suspeitos, consiga diagnosticar e já iniciar um tratamento, obtendo assim, a cura. São escassos os estudos e publicações que retratam o retardo do diagnóstico da TB, portanto sugiro o desenvolvimento, tanto de estudos quantitativos como qualitativos, podendo ser com gestores, profissionais ou usuários para que adentrem nessa discussão.

Descritores: “Enfermagem”, “tuberculose”, “diagnóstico” e “serviços de saúde”.

ABSTRACT

Objective: To identify the main aspects related to the delay of the diagnosis of tuberculosis in health services. **Methodology:** This is an integrative review, conducted in November/December 2017, where the SciELO and VHL search sites and the LILACS, MEDLINE, BIREME and BDNF databases were consulted. When the descriptors were cross-referenced, in SciELO, 77 articles were obtained and, after applying the inclusion criteria, the number dropped to 40, where they were submitted to the exclusion criteria, leaving only 5, which were used. In the VHL, 2,101 articles when the descriptors were crossed and, after the inclusion criteria were applied, there was a reduction to 56, with 49 found in the LILACS database and 7 in the MEDLINE. Of these, when submitted to the exclusion criteria, 4 articles were selected, 3 on LILACS and 1 on MEDLINE. **Results and Discussion:** After analyzing the results found, the aspects favoring the delay in the diagnosis of TB were divided into two categories, the health professionals and the service organization. In the first category, we list the professional disqualification, insufficient number of professionals, delay in requesting diagnostic tests, not performing an active search (home visit) and delay in the scheduling of consultations; in the second, we have deficient accessibility, inadequate attention model, transfer of responsibilities and inadequate structure. **Conclusion:** It was verified that there is a need to train all health workers, be they managers or professionals who work in the care so that the door of the system detects suspicious cases, can diagnose and start a treatment, cure. There are few studies and publications that portray the delay in the diagnosis of TB, so I suggest the development of both quantitative and qualitative studies, and it may be with managers, professionals or users to get involved in this discussion.

Descriptors: "Nursing", "tuberculosis", "diagnosis" and "health services".

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – As seis etapas de uma revisão integrativa e suas principais características.....	17
QUADRO 2 – Características dos artigos	23
QUADRO 3 – Caracterização dos artigos.....	26
QUADRO 4 – Categorias e principais aspectos que favorecem ao retardo do diagnóstico da tuberculose.....	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD – Análise do Discurso

BDENF – Base de Dados de Enfermagem

BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

BK – Bacilo do Koch

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

ESF – Equipes de Saúde da Família

GEOTB – Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose

GRUPO TB/PB – Grupo de Estudo e Qualificação em Tuberculose da Paraíba

LILACS – Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MS – Ministério da Saúde

PB - Paraíba

PS – Pronto Socorro

PSF – Programa Saúde da Família

REDE TB – Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose

RS – Revisão Sistemática

SciELO – Scientific Eletronic Library Online

SP – São Paulo

SUS – Sistema Único de Saúde

TB – Tuberculose

UEPB – Universidade Estadual da Paraíba

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UnP – Universidade Potiguar

USF – Unidade de Saúde da Família

USP – Universidade de São Paulo

VD – Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 PESQUISA INTEGRATIVA.....	16
3 METODOLOGIA	21
4 RESULTADOS.....	23
5 DISCUSSÃO	30
5.1 Aspectos do retardo do diagnóstico da tuberculose relacionado aos serviços de saúde com o foco nos Profissionais de Saúde	31
5.2 Aspectos do retardo do diagnóstico da tuberculose relacionado aos serviços de saúde com foco na Organização do Serviço de Saúde	32
6 CONCLUSÃO	36
REFERÊNCIAS.....	37
ANEXO A – Instrumento de coleta de dados validado por URSI (2005)	42

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa e contagiosa, causada por uma bactéria, o *Mycobacterium tuberculosis*, também denominado de Bacilo de Koch (BK). O termo tuberculose se origina no fato da doença causar lesões chamadas tubérculos. (BRASIL, 2008, p. 130).

A transmissão ocorre por meio de gotículas contendo os bacilos expelidos por um doente com tuberculose pulmonar ao tossir, espirrar ou falar. Quando essas gotículas são inaladas por pessoas saudáveis, podem provocar a infecção tuberculosa. (BRASIL, 2008, p. 130).

A TB é um grave problema de saúde pública mundial e milhares de pessoas adoecem e morrem devido à doença e suas complicações. O Brasil é um dos países com maior número de casos no mundo e, desde 2003, a doença é considerada como prioritária na agenda política do Ministério da Saúde (MS). Embora seja uma doença com diagnóstico e tratamento realizados de forma universal e gratuita pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ainda temos barreiras no acesso e acontecem 69 mil casos novos e 4.500 óbitos a cada ano. (BRASIL, 2017, p. 5).

O treinamento e a sensibilização da equipe de saúde da família foram capazes de promover o aumento da detecção de casos de TB em comunidade de baixa renda, sugerindo que nos locais onde o PSF (Programa Saúde da Família) está implantado, a manutenção da equipe treinada, atualizada e estimulada para a detecção precoce e o acompanhamento de casos pode contribuir muito para o controle da doença. (FAÇANHA et al. 2009, p. 453).

A detecção precoce dos casos de tuberculose (TB) representa uma atividade essencial para o controle da doença. Ela possibilita a rapidez na introdução da terapia medicamentosa, que, por sua vez, contribui para a ruptura da cadeia de transmissão do bacilo e, conseqüentemente, para a diminuição da morbimortalidade. (PONCE et al. 2016, p. 554).

Por sua história antiga, a tuberculose, nos dias atuais, ainda constitui uma doença envolta em preconceitos, fortemente associada ao contágio; porém, esse

problema precisa ser melhor trabalhado pelos serviços de saúde. Tal situação demonstra a necessidade de um trabalho conjunto entre o doente de tuberculose e seu familiar. (CLEMENTINO; MIRANDA, 2015, p. 353).

A escassez de estudos brasileiros publicados sobre o tema, de forma a subsidiar a tomada de decisões pelos responsáveis pelos programas de controle da tuberculose no país, torna relevante a realização de pesquisas para conhecimento tanto das características epidemiológicas como dos fatores apontados como determinantes para o atraso no diagnóstico. (COSTA et al, 2012, p. 196).

Sá et al. (2013, p. 1171) citam que:

“em relação ao doente, compreende-se por retardo no diagnóstico o período do aparecimento dos primeiros sintomas da TB até sua primeira visita formal a qualquer estabelecimento de saúde. Quanto ao sistema de saúde, o evento é compreendido como o intervalo de tempo compreendido entre a primeira consulta da pessoa em qualquer unidade de saúde e a data da confirmação diagnóstica. Existe ainda o atraso total, que expressa a somatória do atraso do paciente e do sistema de saúde”. (JAMAL; MOHERDAUI, 2007).

Portanto, o presente estudo tem o objetivo de identificar os principais aspectos relacionados ao retardo do diagnóstico da tuberculose em serviços de saúde.

2 PESQUISA INTEGRATIVA

De acordo com Botelho, Cunha e Macedo (2011, p. 124-25) apud Rother (2007):

“os artigos de revisão, assim como outras categorias de artigos científicos, são uma forma de pesquisa que utiliza fontes de informações bibliográficas ou eletrônicas para a obtenção de resultados de pesquisa de outros autores, com o objetivo de fundamentar teoricamente um determinado tema”.

Segundo os autores supracitados, pode-se encontrar na literatura dois tipos de revisões: as narrativas e as sistemáticas. Podemos classificar as revisões do tipo sistemática em meta-análise, sistemática, qualitativa e integrativa.

As revisões sistemáticas (RS) possuem relevância no mundo e na América Latina pela sua credibilidade na busca, coleta, ordenação e análise das pesquisas sobre as intervenções de saúde, que têm sido realizadas num período de tempo (MEDINA; PAILAQUILÉN, 2010, tela 1).

A revisão sistemática é uma metodologia útil em saúde, dado que possibilita identificar as melhores evidências e sintetizá-las, para fundamentar propostas de mudanças nas áreas de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação (DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANITO; TAKAHASHI; BERTOLOZZI, 2011, p. 1260).

Em relação a Revisão Integrativa de Pesquisa é um método que tem a finalidade de sintetizar resultados obtidos em pesquisa sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, com o objetivo de contribuir para o conhecimento desse tema ou questão (ROMAN; FRIEDLANDER, 1998, p. 109).

Mendes, Silveira e Galvão (2008), em um de seus trabalhos citam Roman e Friedlander (1998), que diz que “desde 1980, a revisão integrativa é relatada na literatura como método de pesquisa”.

O termo “integrativa” tem origem na integração de opiniões, conceitos ou ideias provenientes das pesquisas utilizadas no método (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011, p. 127).

A revisão integrativa é um método de pesquisa incipiente na Enfermagem nacional, porém a sua contribuição na melhoria do cuidado prestado ao paciente e familiar é inegável. (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008, p. 763).

De acordo com as autoras citadas anteriormente, quando resultados de pesquisas com método integrativo são disseminados, ocorre uma repercussão de

grande impacto entre os profissionais das equipes da saúde, no que diz respeito ao olhar diferenciado e crítico, visando um melhor atendimento e execução de condutas direcionadas ao paciente, família e comunidade.

O método de pesquisa de revisão integrativa, pode ser classificado em fases, etapas, estágios e fases dependendo dos autores dos artigos. Autores como Roman e Friedlander (1998), baseados em Cooper (1982) trabalham com cinco estágios, sendo eles a formulação do problema, coleta de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados coletados e apresentação pública. Outros como Gomes e Caminha (2014) consideram sete passos baseados no Instituto Cochrane (Cochrane Handbook), os quais são formulação da pergunta, localização e seleção dos estudos, avaliação crítica dos estudos, coleta de dados, análise e apresentação dos dados, interpretação dos dados e aprimoramento e atualização da revisão.

Mas, utilizaremos as seis etapas, de acordo com Botelho, Cunha e Macedo (2011, p. 129), sendo elas: identificação do tema e seleção da questão da pesquisa; estabelecimentos dos critérios de inclusão e exclusão; identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados, categorização dos estudos selecionados; análise e interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Esta última classificação das etapas, difere-se dos autores supracitados, pois os autores que utilizam cinco etapas estabelecem os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa integrativa dentro da fase de avaliação dos dados; e, os que utilizam sete etapas, instigam o aparecimento de novas pesquisas integrativas com o objetivo de se fazer uma atualização de pesquisas existentes sobre determinado tema ou questão.

No Quadro 1, pode-se observar o detalhamento das seis etapas de uma revisão integrativa e suas principais características, de acordo com Botelho, Cunha e Macedo, (2011, p. 129).

Quadro 1 - Etapas de uma revisão integrativa e suas principais características.

ETAPAS	CARACTERÍSTICAS
1 ^a Etapa: Identificação do tema e seleção da questão da pesquisa	<ul style="list-style-type: none"> • Definição do problema • Formulação de uma pergunta de pesquisa • Definição de estratégia de busca • Definição dos descritores

	<ul style="list-style-type: none"> • Definição das bases de dados
2ª Etapa: Estabelecimentos dos critérios de inclusão e exclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Uso das bases de dados • Busca dos estudos com base nos critérios de inclusão e exclusão
3ª Etapa: Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados	<ul style="list-style-type: none"> • Leitura do resumo, palavras-chave e título das publicações • Organização dos estudos pré-selecionados • Identificação dos estudos selecionados
4ª Etapa: Categorização dos estudos selecionados	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração e uso da Matriz de síntese • Categorização e analisar as informações • Formação de uma biblioteca individual • Análise crítica dos estudos selecionados
5ª Etapa: Análise e interpretação dos resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Discussão dos resultados
6ª Etapa: Apresentação da revisão/síntese do conhecimento	<ul style="list-style-type: none"> • Criação de um documento que descreva detalhadamente a revisão • Propostas para estudos futuros

Fonte: BOTELHO, CUNHA E MACEDO (2011, p. 129).

Descrevendo as etapas:

1ª Etapa: Identificação do tema e seleção da questão em pesquisa

Botelho, Cunha e Macedo (2011), citam:

“a primeira etapa serve como norte para a construção de uma revisão integrativa. A construção deve subsidiar um raciocínio teórico e incluir definições aprendidas de antemão pelos pesquisadores. Assim, a primeira etapa do processo de elaboração da revisão integrativa se inicia com a definição de um problema e a formulação de uma pergunta de pesquisa” (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008, p. 761).

2ª Etapa: Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão

Medina e Pailaquilén (2010, tela 4), dizem que:

“Aclarados os elementos que apropriadamente refletem as perguntas da pesquisa, os revisores devem detalhar os critérios para eleger os desenhos de pesquisa que vão incluir. Inicialmente deveria se optar por aqueles que geram resultados válidos e que estão disponíveis para responder as perguntas. A busca pode conter critérios para limitar período, idioma e tipo de artigo”.

3ª Etapa: Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados

Para a identificação dos estudos, realiza-se a leitura criteriosa dos títulos, resumos e palavras-chave de todas as publicações completas localizadas pela estratégia de busca, para posteriormente verificar sua adequação aos critérios de inclusão do estudo. Nos casos em que o título, o resumo e as palavras-chave não sejam suficientes para definir sua seleção, busca-se a publicação do artigo na íntegra. A partir da conclusão desse procedimento, elabora-se uma tabela com os estudos pré-selecionados para a revisão integrativa (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011, p. 130).

4ª Etapa: Categorização dos estudos selecionados

Depois dos dados coletados, o pesquisador faz o julgamento crítico sobre a qualidade dos dados individuais. Cada conjunto de dados é examinado para determinar se está contaminado por fatores irrelevantes para o problema e as variáveis definidas previamente. Esse procedimento é realizado para se saber se os dados estão realmente relacionados com o objeto de interesse do estudo e, portanto, se vão colaborar com o resultado final do estudo. (ROMAN; FRIEDLANDER, 1998 p. 111).

5ª Etapa: Análise e interpretação dos resultados

É neste estágio que, dados isolados, serão articulados em um grupo unitário e consistente respondendo ao problema delimitado ou à questão orientadora do estudo (ROMAN; FRIEDLANDER, 1998 p. 111).

6ª Etapa: Apresentação da revisão/síntese do conhecimento

A revisão deve possibilitar a replicação do estudo. Dessa forma, a revisão integrativa deve permitir informações que possibilitem que os leitores avaliem a pertinência dos procedimentos empregados na elaboração da revisão. Esta última etapa consiste na elaboração do documento que deve contemplar a descrição de

todas as fases percorridas pelo pesquisador, de forma criteriosa, e deve apresentar os principais resultados obtidos (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011, p. 132).

É um trabalho de extrema importância, já que produz impacto devido ao acúmulo do conhecimento existente sobre a temática pesquisada (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008, p. 763).

Compreender como se dá o desenvolvimento de uma revisão integrativa pode auxiliar o pesquisador na tarefa de construir pesquisas que são de fato importantes para os avanços científicos (GOMES; CAMINHA, 2014, p. 407).

Diante da necessidade de assegurar uma prática embasada em evidências científicas, a revisão integrativa tem sido apontada como uma ferramenta ímpar no campo da saúde, pois sintetiza as pesquisas disponíveis sobre determinada temática e direciona a prática fundamentando-se em conhecimento científico. (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010, p. 105).

3 METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se por ser uma revisão integrativa de pesquisa, sendo considerada, de acordo com Roman e Friedlander (1998), uma metodologia que tem como objetivo condensar e divulgar resultados, promovendo conhecimento sobre uma determinada questão, a partir de pesquisas primárias, sendo elaborada de forma sistemática.

Para a construção da revisão integrativa, considerou-se as seis etapas, de acordo com Botelho, Cunha e Macedo (2011), sendo elas: identificação do tema e seleção da questão da pesquisa; estabelecimentos dos critérios de inclusão e exclusão; identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; categorização e uso da matriz de síntese; análise e interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Após a escolha e definição do tema, foi formulada a pergunta norteadora da pesquisa: Quais os aspectos relacionados ao retardo do diagnóstico da tuberculose em serviços de saúde, seguindo a literatura nacional, no período de 2006 à 2016?

A busca da literatura foi realizada pelos sites de busca *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), entre os meses de novembro/dezembro de 2017. Foram consultadas as bases de dados de literatura científica e técnica: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Consultando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), foram selecionados os seguintes descritores: “enfermagem”, “tuberculose”, “diagnóstico” e “serviços de saúde”, formando a estratégia de busca com o operador booleano “AND”.

Para a seleção dos artigos, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: artigos que abordem o tema em questão, disponíveis na íntegra e *online*, na língua portuguesa, na literatura nacional, pesquisas publicadas entre os anos de 2006 e 2016. Os critérios de exclusão: artigos de revisão da literatura/bibliográficas, de metodologia, reflexão, relato de experiências e casos clínicos e que não respondam a pergunta norteadora da pesquisa.

Quando cruzados os descritores, no SciELO, obteve-se 77 artigos e após a aplicação dos critérios de inclusão, o número caiu para 40, onde foram submetidos aos critérios de exclusão, restando apenas 5, que foram utilizados.

Na BVS, obteve-se 2.101 artigos quando cruzados os descritores e, após a aplicação dos critérios de inclusão, houve uma redução para 56, sendo 49 encontrados na base de dados LILICAS e 7 na MEDLINE. Destes, quando submetidos aos critérios de exclusão, 4 artigos foram selecionados, 3 na LILACS e 1 na MEDLINE.

Sendo assim, a amostra final desta revisão integrativa, corresponde a um total de 9 artigos que foram analisados.

Para a realização da coleta de dados, utilizou-se o instrumento de dados validado por URSI (2005), em que serão analisados os seguintes elementos: identificação do artigo original, características metodológicas do estudo, avaliação do rigor metodológico, das intervenções mensuradas e dos resultados encontrados.

4 RESULTADOS

No Quadro 2, pode-se observar as características dos artigos utilizados, em que foi detalhado as variáveis, sendo elas, as revistas de publicação dos artigos, as cidades em que as pesquisas foram realizadas, os sujeitos do estudo, a abordagem de cada artigo, o tipo de estudo, o ano em que os artigos foram publicados e as universidades responsáveis pelas pesquisas e as suas respectivas porcentagens.

Quadro 2 – Características dos artigos

VARIÁVEIS	PORCENTAGEM (%)
Revistas*	
Rev Esc Enferm USP	22.2%
Epidemiol. Serv. Saúde	11.1%
Rev. Eletr. Enf.	11.1%
Ciência & Saúde Coletiva	11.1%
Rev Panam Salud Publica	11.1%
Rev Bras Epidemiol	11.1%
J Bras Pneumol	11.1%
Rev Saúde Pública	11.1%
Local de realização do estudo*	
Região Metropolitana de João Pessoa	11.1%
São José do Rio Preto	22.2%
João Pessoa	22.2%
Ribeirão Preto	11.1%
Foz do Iguaçu	11.1%
Estado do Rio de Janeiro	11.1%
Sudeste e Nordeste	11.1%
Sujeitos*	
Gestores de USF's	11.1%
Pacientes em tratamento de TB	55.5%
Doentes diagnosticados e notificados	11.1%
Pessoas idosas doentes de TB	11.1%
Pacientes com TB pulmonar	11.1%

Abordagem*	
Qualitativa	22.2%
Quantitativa	77.7%
Tipo de Estudo*	
Análise do discurso (AD)	22.2%
Epidemiológico transversal	66.6%
Análise fatorial de correspondência múltipla	11.1%
Ano de Publicação*	
2009	11.1%
2011	11.1%
2012	22.2%
2013	22.2%
2014	11.1%
2015	11.1%
2016	11.1%
Universidade**	
Faculdade Ceres	2.70%
Un. Fed. Mato Grosso do Sul	2.70%
USP	32.43%
Fac. Med. São José do Rio Preto	5.40%
Un. Est. Oeste do Paraná	2.70%
UFPB	18.91%
UEPB	2.70%
UnP	2.70%
Un. Fed. Triângulo Mineiro	2.70%
Un. das Fac. dos Grandes Lagos	2.70%
McGill University	13.51%
UFRJ	5.40%
UERJ	2.70%
Un. Est. Feira de Santana	2.70%

Fonte: Dados da pesquisa.

*Variáveis correspondentes à quantidade de artigos.

**Variáveis correspondentes ao número de autores (total de 37).

Podemos observar no Quadro 2, que a UFPB e a USP são as universidades com maior número de estudo e publicações em tuberculose. Isto se deve ao fato de que estas universidades tem grupos de estudos relacionados ao tema.

Na UFPB, temos o Grupo de Estudo e Qualificação em Tuberculose da Paraíba, que tem como líderes as professoras Lenilde Duarte de Sá e Jordana de Almeida Nogueira; e na USP, o Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose (GEOTB), tendo Antônio Ruffino Netto e Tereza Cristina Scatena Villa como seus líderes.

“O Grupo de Estudo e Qualificação em Tuberculose da Paraíba (GRUPO TB/PB) é vinculado à Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE TB) e desenvolve pesquisas operacionais junto aos GEOTB da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. Tem como objetivo produzir conhecimento, mediante projetos localizados e multicêntricos, para subsidiar as ações de controle da tuberculose no Estado da Paraíba, bem como contribuir para a definição de políticas e estratégias que impactem positivamente os indicadores da doença nesse estado e demais Unidades da Federação. O GRUPO TB/PB, com base em resultados de pesquisas operacionais, tendo como alvo o desempenho das Equipes de Saúde da Família (ESF) no controle à tuberculose, atua na qualificação de trabalhadores da saúde e apoia gestores e equipes gestoras no desenvolvimento de estratégias direcionadas à transformações do processo de trabalhos das ESF e demais trabalhadores do SUS envolvidos com o cuidado ao doente com história de tuberculose e a sua família”.
(<http://www.ccs.ufpb.br/ppge/index.php/laboratorios/63-tb?showall=1&lang=>).

“O GEOTB tem como objetivos disponibilizar resultados de pesquisa para subsidiar a formulação, o planejamento e a execução de políticas públicas no controle da tuberculose, contribuir para a formação de recursos humanos para o desenvolvimento de pesquisas que avaliam a prestação de serviço ao doente de tuberculose, avaliar a transferência de conhecimentos, práticas e tecnologias para o serviço de saúde no controle da tuberculose, avaliar o desempenho da assistência (diagnóstico e tratamento) ao doente de TB nos serviços de Atenção Básica”.
(<http://www.eerp.usp.br/research-grupos-de-pesquisa-grupos/>).

No Quadro 3, pode-se observar a caracterização dos artigos utilizados para o desenvolvimento deste trabalho, em que identificamos os artigos como A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8 e A9 e destacamos seus respectivos autores, títulos, objetivos e

os principais resultados apresentados como fatores determinantes para o retardo do diagnóstico da tuberculose.

Quadro 3 – Caracterização dos artigos

ARTIGOS	AUTORES	TÍTULO	OBJETIVO	PRINCIPAIS RESULTADOS*
A1	Sá, LD de; Barrêto, AJR; Nogueira, JÁ; Cunha, FTS; Palha, PF; Villa, TCS.	A discursividade de gestores sobre aspectos relacionados ao retardo do diagnóstico de tuberculose.	Analisar a discursividade de gestores sobre aspectos relacionados ao retardo do diagnóstico da tuberculose.	Dificuldades estruturais, falta de qualificação profissional, número insuficiente de profissionais.
A2	Ponce, MAZ; Wysocki, AD; Arakawa, T; Andrade, RLP; Vendramini, SHF; Sobrinho, RAS; Monroe, AA; Netto, AR; Villa, TCS.	Atraso do diagnóstico da tuberculose em adultos em um município paulista em 2009: estudo transversal.	Analisar características dos doentes e dos serviços de saúde associadas ao atraso do diagnóstico da tuberculose no município paulista de São José do Rio Preto.	Acessibilidade deficitária, carência de conhecimentos técnicos dos profissionais em relação à doença e procedimentos, demora no agendamento de consultas.
A3	Paiva, RCG; Nogueira, JA; Sá, LD; Nóbrega, RG; Trigueiro,	Acessibilidade ao diagnóstico de tuberculose em município do Nordeste	Analisar o desempenho dos serviços de saúde no diagnóstico da	Acessibilidade deficitária, baixo percentual de suspeição e solicitação de

	DRSG; Villa, TCS.	do desafio atenção básica.	Brasil: da	tuberculose.	baciloscopia e outros exames diagnósticos, desqualificação profissional.
A4	Beraldo, AA; Arakawa, T; Pinto, ESG; Andrade, RLP; Wysocki, AD; Sobrinho, RAS; Scatolin, BE; Órfão, NH; Ponce, MAZ; Monroe, AA; Scatena, LM; Villa, TCS.	Atraso busca serviço saúde diagnóstico da Tuberculose em Preto (SP).	na por de para da em Ribeirão Preto (SP).	Analisar o atraso na busca por serviço de saúde para o diagnóstico da TB em Ribeirão Preto (SP), 2009.	Desconhecimento da população sobre a tuberculose, falta de capacitação profissional, a não realização da busca ativa.
A5	Silva- Sobrinho, RA; Andrade, RLP; Ponce, MAZ; Wysocki, AD; Brunello, ME; Scatena, LM; Netto, AR; Villa, TCS.	Retardo diagnóstico da tuberculose e município da tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina.	no da e da aos serviços de saúde no retardo do e diagnóstico da tuberculose.	Identificar os aspectos relacionados aos doentes e aos serviços de saúde no retardo do diagnóstico da tuberculose.	Despreparo dos profissionais, deficiência de infraestrutura, deficiência de acesso aos exames diagnósticos, necessidade de busca ativa e divulgação de informações sobre a doença.
A6	Sasaki,	Atrasos	na	Medir	os Falhas na

	NSGMS; Santos, MLSG; Vendramini, SHF; Netto, AR; Villa, TCS; Neto, FC.	suspeita e no diagnóstico de tuberculose e fatores relacionados.	atrasos na estrutura e no funcionamento no modelo de saúde vigente, e dificuldade no diagnóstico clínico, relacionados.	relacionamento entre equipe e doente.
A7	Oliveira, AAV; Sá, LD; Nogueira, JA; Andrade, SLE; Palha, PF; Villa, TCS.	Diagnóstico da tuberculose em pessoas idosas: barreiras de acesso relacionadas aos serviços de saúde.	Analisar as barreiras ao diagnóstico da tuberculose em idosos relacionados aos serviços de saúde no município de João Pessoa – PB.	Falta de qualificação profissional, transferência de responsabilidade para outro serviço de saúde, acessibilidade deficitária (horário de funcionamento), não realização da busca ativa, reduzida prescrição do exame baciloscópio.
A8	Machado, ACFT; Steffen, RE; Oxlade, O; Menzies, D; Kritski, A;	Fatores associados ao atraso do diagnóstico da tuberculose pulmonar no	Estimar o tempo decorrido entre o início dos sintomas e diagnóstico	Falta de agilidade nos resultados dos exames e na rapidez do diagnóstico, a não realização de

	Trajman, A.	estado do Rio de Janeiro.	de tuberculose pulmonar e analisar os fatores associados ao atraso no diagnóstico da tuberculose pulmonar no estado do Rio de Janeiro.	busca ativa.	
A9	Scatena, LM; Villa, TCS; Netto, AR; Kritski, AL; Figueiredo, TMRM; Vendramini, SHF; Assis, MMA; Motta, MCS.	Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil.	Avaliar as dificuldades de acesso para diagnóstico da tuberculose nos serviços de saúde no Brasil.	A organização de uma rede de atenção básica, horário de funcionamento (acessibilidade).	não de

Fonte: Dados da pesquisa.

*Principais resultados determinantes para o atraso do diagnóstico da tuberculose.

5 DISCUSSÃO

Após análise dos resultados encontrados, os aspectos que favorecem o retardo do diagnóstico da TB foram divididos em duas categorias: I) os profissionais da saúde e II) a organização de serviço.

No que diz respeito aos profissionais da saúde, listamos alguns aspectos relevantes, sendo eles: desqualificação dos profissionais, número insuficiente de profissionais; demora para solicitação de exames diagnósticos; não realização de busca ativa (visita domiciliar) e demora no agendamento de consultas. Já na organização de serviço, os aspectos são: acessibilidade deficitária; modelo de atenção inadequado; transferência de responsabilidades e estrutura inadequada.

Podemos observar as categorias e os principais aspectos que favorecem o retardo do diagnóstico da tuberculose no Quadro 4, abaixo.

Quadro 4 – Categorias e principais aspectos que favorecem o retardo do diagnóstico da tuberculose

CATEGORIAS	ASPECTOS QUE FAVORECEM O RETARDO DO DIAGNÓSTICO DA TB
Profissionais da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desqualificação dos profissionais; ✓ Número insuficiente de profissionais; ✓ Demora para solicitação de exames diagnósticos; ✓ Não realização de busca ativa (visita domiciliar); ✓ Demora no agendamento de consultas.
Organização de Serviço	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Acessibilidade deficitária; ✓ Modelo de atenção inadequado; ✓ Transferência de responsabilidades; ✓ Estrutura inadequada.

Fonte: Dados da pesquisa.

5.1 Aspectos do retardo do diagnóstico da tuberculose relacionado aos serviços de saúde com o foco nos Profissionais de Saúde

O despreparo da equipe e a falta de um treinamento e capacitação ficam evidentes ao se observar a falta de cuidado no atendimento do paciente. Muitas vezes, o processo de contratação é feito de concurso público e o favorecimento político para a ocupação dos cargos é marcante, empregando pessoas de perfil para o trabalho. (MOIMAZ et al. 2010, p. 1431).

O acompanhamento dos casos de TB pelos profissionais de saúde da família deve estar fundamentado no resgate da humanização do cuidado, por meio da escuta solidária, a partir da identificação das necessidades do doente. Evita-se, assim, o abandono, a ocorrência de multirresistência e facilita-se a quebra da cadeia de transmissão. (CLEMENTINO; MIRANDA, 2015, p. 352).

É necessário que o gestor tenha conhecimento, capacidade técnica e de articulação e, sobretudo, filiação ideológica a paradigmas que embase transformações no modelo hegemônico da organização dos serviços de saúde. Do contrário, sua posição fortalecerá sistemas e ações em saúde calcados na concepção biomédica, retardando os avanços de modelos de saúde pautados em universalidade, integralidade e equidade. (SÁ et al. 2013, p. 1171).

De acordo com Sá et al. (2013), o doente e a população não tem conhecimento sobre a TB e suas características porque os profissionais não estão, em sua maioria qualificados para realizar ações de educação em saúde e, os gestores entendem que essa falha ocasiona o retardo do diagnóstico pela não procura dos serviços de saúde pelo usuário que suspeita de sua condição.

Diante disso, faz-se necessária a qualificação não apenas dos profissionais de saúde, mas de todos os trabalhadores que atuam nos serviços de saúde, com o objetivo de ampliar a capacidade de identificação de casos suspeitos. (SÁ et al. 2013, p. 1175).

O número insuficiente de profissionais é uma das dificuldades enfrentadas pelos gestores de municípios, de acordo com Moimaz et al. (2010). É difícil encontrar médicos que residam nos pequenos municípios, sendo que a maioria vem de municípios maiores da região. Essa situação causa uma sensação de falta de proteção ao usuário, que depende do deslocamento do profissional em caso de emergência. Soma-se a isso a remuneração baixa do profissional, o que não estimula novas contratações. (MOIMAZ et al, 2010, p. 1430).

O longo tempo para a obtenção do diagnóstico e consequente início do tratamento pode estar relacionado ao agravamento do quadro clínico e à necessidade de hospitalização. (COSTA et al., 2012, p. 201).

A demora no diagnóstico nos serviços de saúde pode também estar relacionada à ausência de sintomas clássicos da doença, à multiplicidade das condições clínicas e radiológicas na população adulta e às dificuldades encontradas para realizar os exames de alta complexidade para a confirmação diagnóstica, exigindo do médico um alto grau de suspeição diagnóstica. (COSTA et al., 2012 p. 201).

Clementino e Miranda (2015, p. 351), denominam de visita domiciliar (VD) uma “atividade realizada pelos profissionais de saúde no domicílio, com o objetivo de prestar ações e serviços para a promoção, prevenção, manutenção ou recuperação da saúde”.

Assim, torna-se imprescindível que a equipe de saúde da família se disponha a prestar uma assistência adequada à população residente em área de maior risco de ocorrência de TB, atuando, portanto, para a melhoria da qualidade de vida e entendendo o doente de tuberculose como um ser único, com peculiaridades, sem perder de vista seu contexto familiar e social. (CLEMENTINO; MIRANDA, 2015, p. 351).

A VD emerge como uma estratégia que integra a valorização do cuidado especial e o reconhecimento do doente de tuberculose, ampliando as possibilidades terapêuticas, a partir da adesão e conclusão do tratamento, componentes essenciais para o controle efetivo da TB e a redução de multidroga resistência. (CLEMENTINO; MIRANDA, p. 352).

O atendimento dos pacientes por meio da livre demanda é uma prática recorrente nos serviços públicos nacionais e remonta a uma tradição curativista. Percebe-se que, apesar da importância desse tipo de organização da demanda, a prática do agendamento do usuário deve ser utilizada concomitantemente, já que auxilia na otimização do serviço, diminui o número de pacientes na espera e evita filas nas unidades de saúde. (MOIMAZ et al. 2010, p. 1427).

5.2 Aspectos do retardo do diagnóstico da tuberculose relacionado aos serviços de saúde com foco na Organização do Serviço de Saúde

Entende-se que a porta de entrada de um sistema de saúde deve ser acessível ao usuário que, muitas vezes, recorre aos serviços de urgência pela enorme dificuldade de acesso. (CLEMENTINO; MIRANDA, 2015, p. 351).

Os autores acima ainda citam que “isto resulta em sofrimento físico e emocional para o doente de TB e seu grupo familiar, uma vez que, para garantir acessibilidade, o sistema de saúde local deverá prover os ajustes necessários e indispensáveis à execução dos programas”. (p. 351).

O acesso aos serviços de saúde não tem sido um direito garantido a todos. Diversas pessoas doentes, carentes de cuidados e de uma assistência com qualidade, têm permanecido dias em filas de espera de atendimento devido à falta de vagas para consultas, ausência de leitos para internação e até insuficiência no número de profissionais. (SILVA; ALVES, 2008, p. 78).

Esta situação não mostra a garantia de acesso à saúde ao ser humano, ao contrário, mostra que a saúde tem sido um direito de poucos, aqueles que possuem maior resistência para suportar dor ou sofrimentos, aqueles com doenças que não levam a complicações graves imediatamente ou aqueles que possuem um colega ou familiar que trabalhe no serviço que possa conseguir uma vaga ou leito que antes era inexistente. (SILVA; ALVES, 2008, p. 78).

No Brasil, desde 1988, a Constituição Brasileira estabeleceu o Sistema Único de Saúde (SUS) que propõe uma divisão do atendimento prestado nos serviços de saúde baseada na complexidade dos pacientes, estabelecendo desta maneira, um fluxo de atendimento. (SOUZA; SILVA; NORI, 2007, p. 245).

De acordo com os autores supracitados, todo paciente deve ter uma assistência regular nos serviços básicos, sendo eles doentes crônicos ou não e, a partir deles, se necessário for, são encaminhados para centros especializados que apresentem uma maior assistência para casos mais complexos. Mas, essa organização do sistema, com fluxo definido, ainda não ocorre efetivamente.

O desconhecimento da população acerca dessa sistematização, potencializado pelas condições ainda deficitárias apresentadas pelos serviços primários levam os pacientes a procurarem os serviços de PS para suprir suas necessidades. (SOUZA; SILVA; NORI, 2007, p. 245).

O Sistema Único de Saúde – SUS -, como sistema de saúde público brasileiro, deve funcionar como uma rede integrada para que o atendimento aos usuários não

sofra interrupções, permitindo o acompanhamento do indivíduo nos diferentes níveis de atenção à saúde conforme suas necessidades. (COSTA et al. 2013, p. 288).

Os autores citados anteriormente (p. 291), dizem que: “na visão dos profissionais de saúde existe uma falha de comunicação entre os diferentes níveis de atenção no SUS, o que caracteriza um modelo fragmentado de saúde, uma vez que os usuários encontram dificuldades de acesso aos serviços de saúde nos níveis de média e alta complexidade.

Se há problemas com relação à referência e à contrarreferência, pode-se deduzir que existam problemas nas questões de acessibilidade, universalidade e integralidade da assistência. Assim, a falta de articulação entre os diferentes setores da rede SUS não contribui para a efetivação da proposta de um sistema unificado de saúde. (COSTA et al. 2013, p. 292).

O profissional de saúde não se coloca na posição de diagnosticar a TB, transferindo a responsabilidade para o usuário em buscar um serviço que lhe garanta o diagnóstico. O diagnóstico da TB é de responsabilidade dos profissionais das USF que, em caso de suspeita clínica, devem coletar amostra de escarro para exame já no primeiro contato do usuário, o que termina por corroborar para um diagnóstico precoce. (OLIVEIRA et al. 2013, p. 148).

Em conformidade com Oliveira et al. (2013), quando os profissionais não assumem o compromisso em diagnosticar a tuberculose e não realizam ações para identificar tal doença, têm-se uma desqualificação profissional.

Atualmente, o ambiente encontrado nos serviços de saúde não se parece muito com ambiente terapêutico. Em vários destes, o espaço físico tem se apresentado deteriorado, necessitando de uma reforma, os profissionais não se prepararam adequadamente para iniciar seu trabalho assistencial, utilizando-se de uma vestimenta inadequada e também aspecto fadigado e estressado devido ao acúmulo de funções, intensa jornada de trabalho e, em alguns casos, pela insatisfação com a instituição e com as condições de trabalho. (SILVA; ALVES, 2008 p. 79-80).

Há número insuficiente de laboratórios públicos estaduais capacitados em metodologias que permitam o diagnóstico rápido de TB, como a cultura automatizada, identificação de micobactéria e teste de sensibilidade, além de recursos humanos insuficiente. (JAMAL; MOHERDAUI, 2007, p. 108).

São necessários maiores investimentos na aquisição de materiais e recursos físicos nos serviços de saúde, pois a maioria deles encontra-se sucateadas e em

desuso. [...] evidenciando a necessidade de o serviço qualificar, cada vez mais, o processo de atendimento ao paciente, enfatizando aspectos tais como agilidade, responsividade e cortesia. (MOIMAZ et al. 2010, p. 1434).

6 CONCLUSÃO

O presente estudo abordou os aspectos relacionados ao retardo do diagnóstico da tuberculose nos serviços de saúde, onde identificamos duas vertentes, sendo elas relacionadas aos profissionais de saúde e a organização do serviço.

Podemos identificar que os principais aspectos relacionados aos profissionais de saúde foram a desqualificação e insuficiência dos profissionais, demora para o agendamento de consultas e solicitação de exames diagnósticos e a deficiência na busca ativa realizada por meio de visitas domiciliares. Já os relacionados à organização do serviço inclui uma acessibilidade deficitária, modelo de atenção e estrutura inadequados e transferências de responsabilidades.

Constatou-se que há uma necessidade de capacitar, através de uma educação continuada, todos os trabalhadores da saúde, sejam eles gestores ou profissionais que atuam no atendimento para que a porta de entrada do sistema detecte casos suspeitos, consiga diagnosticar precocemente e já iniciar um tratamento, obtendo assim, a cura.

Para que a detecção dos casos seja realizada, os profissionais devem estabelecer um vínculo com o indivíduo, família e/ou comunidade buscando a formação de grupos, para realização de palestras educativas, e através de visitas domiciliares, seja realizada a busca ativa tendo uma maior eficácia na prevenção e promoção da saúde.

São escassos os estudos e publicações que retratam o retardo do diagnóstico da TB, portanto sugiro o desenvolvimento, tanto de estudos quantitativos como qualitativos, podendo ser com gestores, profissionais ou usuários para que adentrem nessa discussão.

REFERÊNCIAS

- BERALDO, A. A. et al. Atraso na busca por serviço de saúde para o diagnóstico da Tuberculose em Ribeirão Preto (SP). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3079-3086, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1413-81232012001100024>>. Acesso em: 04 de dezembro de 2017.
- BOTELHO, L. L. R; CUNHA, C. C. A; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Revista Eletrônica Gestão e Sociedade**. ISSN 1980-5756. Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p. 121-136, maio/agosto de 2011. Disponível em: <<https://www.gestoesociedade.org/gestoesociedade/article/viewFile/1220/906>>. Acesso em: 28 de outubro de 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2ª ed rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd21.pdf>. Acesso em: 08 de fevereiro de 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde das Doenças Transmissíveis. Brasília, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_livre_tuberculose_plano_nacional.pdf>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2018.
- CLEMENTINO, F. S., MIRANDA, F. A. N. Tuberculose: acolhimento e informação na perspectiva da visita domiciliária. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 350-54, 2015. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v23n3/v23n3a10.pdf>>. Acesso em: 22 de janeiro de 2018.

COSTA, P. V. et al. Demora no diagnóstico da tuberculose pulmonar em cinco municípios da região metropolitana do Rio de Janeiro, Brasil, 2009-2010. **Cad. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 195-202, 2012. Disponível em: < http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_2/artigos/csc_v20n2_195-202.pdf >. Acesso em: 08 de fevereiro de 2018.

COSTA, S. M. et al. Referência e contrarreferência na saúde da família: percepção dos profissionais de saúde. **Rev. APS**, v. 16, n. 3, p. 287-93, jul/set, 2013. Disponível em: < <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1888/746> >. Acesso em: 14 de fevereiro de 2018.

DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANITO, M. C; TAKAHASHI, R. F; BERTOLOZZI, M. R. Revisão sistemática: noções gerais. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 5, p. 1260-66, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a33.pdf>> . Acesso em: 30 de outubro de 2017.

FAÇANHA, M. C. et al. Treinamento da equipe de saúde e busca ativa na comunidade: estratégias para detecção de casos de TB. **J Bras Pneumol**, v. 35, n. 5, p. 449-54, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v35n5/v35n5a10> >. Acesso em: 15 de fevereiro de 2018.

GOMES, I. S; CAMINHA, I. O. Guia para estudos de revisão sistemática: uma opção metodológica para as Ciências do Movimento Humano. **Movimento**, Porto Alegre, v. 20, n. 01, p. 395-411, jan/mar de 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/1153/115329361019/>>. Acesso em: 29 de outubro de 2017.

JAMAL, L. F., MOHERDAUI, F. Tuberculose e infecção pelo HIV no Brasil: magnitude do problema e estratégias para o controle. **Rev Saúde Pública**, v. 41, supl. 1, p. 104-10, 2007. Disponível em: < <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2007.v41suppl1/104-110> >. Acesso em: 14 de fevereiro de 2018.

MACHADO, A. C. F. T. et al. Fatores associados ao atraso no diagnóstico da tuberculose pulmonar no estado do Rio de Janeiro. **J Bras Pneumol**, v. 37, n. 4, p. 512-520, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132011000400014&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em : 05 de dezembro de 2017.

MEDINA, E. U; PAILAQUILÉN, R. M. B. A revisão sistemática e a sua relação com a prática baseada em evidência em saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 4, 8 telas, jul-ago, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_23.pdf

>. Acesso em: 30 de outubro de 2017.

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. C. P; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: métodos de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-64, Out-Dez 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/714/71411240017/>>. Acesso em: 27 de outubro de 2017.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1419-40, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/physis/2010.v20n4/1419-1440/pt> >. Acesso em: 14 de fevereiro de 2018.

OLIVEIRA, A. A. V. et al. Diagnóstico da tuberculose em pessoas idosas: barreiras de acesso relacionadas aos serviços de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 1, p. 145-51, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100018&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 05 de dezembro de 2017.

PAIVA, R. C. G. et al. Acessibilidade ao diagnóstico de tuberculose em município do Nordeste do Brasil: desafio da atenção básica. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 16, n. 3, p. 520-6, jul/set, 2014. Disponível em:

<https://www.fen.ufg.br/revista/v16/n3/pdf/v16n3a04.pdf>>. Acesso em: 04 de dezembro de 2017.

PONCE, M. A. Z. et al. Atraso do diagnóstico da tuberculose em adultos em um município paulista em 2009: estudo transversal. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 553-562, jul/set, 2016. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000300553

> Acesso em: 04 de dezembro de 2017.

ROMAN, A. R.; FRIEDLANDER, M. R. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 109-112, jul/dez 1998.

Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44358/26850>>. Acesso em: 29 de outubro de 2017.

SÁ, L.D. et al. A discursividade de gestores sobre aspectos relacionados ao retardo do diagnóstico de tuberculose. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 5, p. 1170-7, 2013.

Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/pt_0080-6234-reeusp-47-05-1165.pdf >. Acesso em: 11 de dezembro de 2017.

SCATENA, L. M. et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 389-97, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300001&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 05 de dezembro de 2017.

SASAKI, N. S. G. M. S. et al. Atrasos na suspeita e no diagnóstico de tuberculose e fatores relacionados. **Rev Bras Epidemiol**, v. 18, n. 4, p. 809-823, out-dez, 2015.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18n4/1980-5497-rbepid-18-04-00809.pdf>>. Acesso em: 05 de dezembro de 2017.

SILVA, L. G., ALVES, M. S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Rev. APS**, v. 11, n. 1, p. 74-84, jan/mar 2008. Disponível em: <

http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/artigos-cientificos/artigo_-

[_o acolhimento como ferramenta de praticas inclusivas de saude.pdf](#)>. Acesso em: 14 de fevereiro de 2018.

SILVA-SOBRINHO, R. A. et al. Retardo no diagnóstico da tuberculose em município da tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina. **Rev Panam Salud Publica**, v. 31, n. 6, p. 461-8, 2012. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v31n6/461-468/pt>>. Acesso em: 05 de dezembro de 2017.

SOUZA, M. T. de; SILVA, M. D. da; CARVALHO, R de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8 (1 pt 1), p. 102-06, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102 >. Acesso em: 27 de outubro de 2017.

SOUZA, R. B., SILVA, M. J. P, NORI, A. PRONTO-SOCORRO: uma visão sobre a interação entre os profissionais de enfermagem e pacientes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 2, p. 242-49, 2007. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Maria_Silva/publication/277218168_Pronto-Socorro_uma_visao_sobre_a_interacao_entre_profissionais_de_enfermagem_e_pacientes/links/57dffa4808aeb7a63efcbce.pdf >. Acesso em: 14 de fevereiro de 2018.

URSI, E. S. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18072005-095456/pt-br.php> >. Acesso em: 28 de fevereiro de 2018.

ANEXO A – Instrumento de coleta de dados validado por URSI (2005)

A. Identificação	
Título do artigo	
Título do periódico	
Autores	Nome _____ Local de trabalho _____ Graduação _____
Pais	
Idioma	
Ano de publicação	
B. Instituição sede do estudo	
Hospital	
Universidade	
Centro de pesquisa	
Instituição única	
Pesquisa multicêntrica	
Outras instituições	
Não identifica o local	
C. Tipo de publicação	
Publicação de enfermagem	
Publicação médica	
Publicação de outra área da saúde. Qual?	
D. Características metodológicas do estudo	
1. Tipo de publicação	1.1 Pesquisa () Abordagem quantitativa () Delineamento experimental () Delineamento quase-experimental () Delineamento não-experimental () Abordagem qualitativa 1.2 Não pesquisa () Revisão de literatura () Relato de experiência () Outras _____
2. Objetivo ou questão de investigação	
3. Amostra	3.1 Seleção () Randômica () Conveniência () Outra _____ 3.2 Tamanho (n) () Inicial _____ () Final _____ 3.3 Características Idade _____ Sexo: M () F () Raça _____ Diagnóstico _____ Tipo de cirurgia _____ 3.4 Critérios de inclusão/exclusão dos sujeitos _____
4. Tratamento dos dados	
5. Intervenções realizadas	5.1 Variável independente _____ 5.2 Variável dependente _____ 5.3 Grupo controle: sim () não () 5.4 Instrumento de medida: sim () não () 5.5 Duração do estudo _____ 5.6 Métodos empregados para mensuração da intervenção _____
6. Resultados	
7. Análise	7.1 Tratamento estatístico _____ 7.2 Nível de significância _____
8. Implicações	8.1 As conclusões são justificadas com base nos resultados _____ 8.2 Quais são as recomendações dos autores _____
9. Nível de evidência	
E. Avaliação do rigor metodológico	
Clareza na identificação da trajetória metodológica no texto (método empregado, sujeitos participantes, critérios de inclusão/exclusão, intervenção, resultados)	
Identificação de limitações ou vieses	