



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

GETÚLIO AVELAR MENDES ALVES

PREVALÊNCIA DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DO CEDRO-PE.

**CAMPINA GRANDE/PB,
2010**

GETÚLIO AVELAR MENDES ALVES

PREVALÊNCIA DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DO CEDRO-PE.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para obtenção do título de Bacharel e Licenciado em Enfermagem pelo Curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba.

ORIENTADORA:

Profa. Ms. Ardigleusa Alves Coêlho

**CAMPINA GRANDE/PB,
2010**

A474p Alves, Getúlio Avelar Mendes.
Prevalência da tuberculose no município do Cedro/PE
[manuscrito]. / Getúlio Avelar Mendes Alves. – 2010.

34 f.: il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em
Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de
Ciências Biológicas e da Saúde, 2010.

“Orientação: Profa. Ma. Ardigleusa Alves Coelho,
Departamento de Enfermagem”.

1. Tuberculose. 2. Saúde Pública. 3. Epidemiologia.
I. Título.

21. ed. CDD 616.995

GETÚLIO AVELAR MENDES ALVES

PREVALÊNCIA DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DO CEDRO-PE.

Aprovada em: 06 de dezembro de 2010.

BANCA EXAMINADORA:

Ardigleusa Alves Coelho
Prof^ª. Ms. Ardigleusa Alves Coelho
Orientadora - UEPB

Flávia Nunes Ferreira de Araújo
Prof^ª. Esp. Flávia Nunes Ferreira de Araújo
Examinadora – UNESC

Valdecir Carneiro da Silva
Prof. Ms. Valdecir Carneiro da Silva
Examinador - UEPB

*Dedico este trabalho
primeiramente a Deus, pedra
angular, que fundamenta a
minha vida e que me guia em
todos os meus caminhos. E em
especial a minha família que me
apoiou durante esta caminhada
tão árdua muitas vezes.*

AGRADECIMENTOS

No final deste trabalho gostaria de mostrar o meu agradecimento primeiramente a Deus, por tudo de bom que tem feito na minha vida.

A minha orientadora, Prof^a Ardigleusa Alves Coelho, pelo apoio prestado na elaboração deste trabalho.

Aos meus pais que sempre me apoiaram e me ajudaram.

A Instituição UEPB, que me formou e me deu todo aparato possível para ser um futuro bom profissional.

Aos examinadores do meu trabalho, Prof^o Valdecir Carneiro e Prof^a Flávia Nunes, que também contribuíram muito para minha formação.

E a todos os meus amigos e colegas de turma por todo o companheirismo demonstrado.

*“Eu sei que vou morrer... dentro do meu peito
um mal terrível me devora a vida. Triste
Assaverus, que no fim da estrada só tem por
braços uma cruz erguida. Sou o cipreste qu'inda
mesmo florido Sombra da morte no ramal
encerra! Vivo - que vaga entre o chão dos
mortos, Morto - entre os vivos a vagar na Terra.”*

(Castro Alves, 1870)

ALVES, Getúlio Avelar Mendes. **Prevalência da tuberculose no município do Cedro/PE**. 2010. 31fl. Monografia (Graduação em Enfermagem) Universidade Estadual da Paraíba – UEPB.

RESUMO

A tuberculose constitui um grave problema de saúde pública. Trata-se de estudo descritivo com objetivo de investigar a prevalência da tuberculose em Cedro/PE. A população foi constituída por 21 casos diagnosticados no período de 2001 a 2009. A coleta de dados foi realizada através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação durante os meses de setembro e outubro de 2010. Os resultados mostram o crescimento da doença notadamente nos anos de 2008 e 2009 e uma prevalência maior nos homens que nas mulheres e a faixa etária de 20 a 39 (42,86%). Não foi notificado nenhum caso de abandono do tratamento e o percentual de cura foi de 73,43%. Percebe-se a necessidade de intensificar as ações de controle da tuberculose no contexto estudado e consequentemente redução do risco de adoecer.

Palavras-chave: Tuberculose. Coeficiente de Prevalência. Taxa de Abandono.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS	11
3 REVISÃO DE LITERATURA	12
3.1 Aspectos epidemiológicos da Tuberculose	12
3.2 Aspectos clínicos da Tuberculose	14
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	16
4.1 Tipo de estudo	16
4.2 Cenário do estudo	16
4.3 População e Amostra	16
4.4 Critério de Inclusão e Exclusão dos Sujeitos na Amostra	16
4.5 Instrumentos de Coleta de dados	17
4.6 Procedimento de Coleta de Dados	17
4.7 Procedimentos para Tratamento e Análises dos dados	17
4.8 Aspectos Éticos da Pesquisa	17
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	19
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
7 REFERÊNCIAS	24
APENDICE A	27
ANEXO A	28
ANEXO B	29
ANEXO C	30
ANEXO D	31

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (Tb) é uma doença contagiosa causada por uma bactéria, o *Mycobacterium tuberculosis* conhecida como bacilo de Koch. A tuberculose é transmitida pessoa a pessoa. O micróbio é transmitido pelo ar e encontra um meio propício para se disseminar em aglomerações de gente ou em lugares pouco ventilados. O bacilo entra pelo nariz ou pela boca e, em 90% dos casos se instala nos pulmões. Mas as bactérias também podem migrar para rins, gânglios e ossos. (ALERTA MUNDIAL CONTRA A TUBERCULOSE, 2001; BRASIL, 2002). A terapêutica utilizada combina várias drogas, uma vez que o bacilo causador apresenta, rotineiramente, mutações. E proporciona uma boa resposta para cura da doença (BRASIL, 2002).

Em março de 1993, a tuberculose foi declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como emergência mundial de saúde, sendo diversos os fatores atribuídos a este aumento, tais como: surgimento da AIDS, resistência às drogas, piora das condições socioeconômicas e sucateamento dos programas de controle da tuberculose. A cada segundo, uma pessoa se contagia com o bacilo da tuberculose no mundo. Ao final de um dia, quase nove mil pessoas estarão fadadas a desenvolver a doença. As estatísticas não deixam dúvida e servem de alerta para o problema. A própria Organização Mundial de Saúde prevê uma verdadeira tragédia nas próximas duas décadas com quase um bilhão de pessoas infectadas pelo bacilo causador da tuberculose (ALERTA MUNDIAL CONTRA A TUBERCULOSE, 2001).

Daqui a duas décadas, nada menos que 35 milhões de pessoas vão morrer vítimas da tuberculose. Além dos mortos, outras 200 milhões de pessoas vão adoecer infectadas pelo bacilo. O mal se alastra principalmente entre os portadores de Aids e nos países pobres. Ao contrário do que muita gente pensa, a tuberculose não é uma doença do passado (BLAQUES, 2010).

A tuberculose continua sendo um sério problema de saúde pública no mundo e no Brasil. Entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose notificados mundialmente, o Brasil passou de 18º para 19º país em número de casos novos de TB em 2008. Com redução na taxa de incidência de

38,1 para 37,4 por 100 mil habitantes entre 2007 e 2008. Com declínio também nos números da mortalidade. Em 2008, foram 4.735 óbitos por tuberculose, enquanto que em 2007 ocorreram 4.823 (BRASIL, 2010).

No nordeste, o coeficiente de incidência da Tuberculose em 2008 foi de 38,06/100.000 hab. Pernambuco é o terceiro Estado brasileiro em casos de incidência de tuberculose. Todos os anos cerca de 4,2 mil pernambucanos são vítimas da doença (BASTOS, 2009). Em 2008, o coeficiente de incidência da Tuberculose foi de 47,61/100.000 hab. Apresentando um taxa de mortalidade de 4,50/100.000 hab (BRASIL, 2010).

No Brasil, a tuberculose é prioridade entre as políticas governamentais de saúde, com estabelecimento de diretrizes para as ações e metas para o alcance de seus objetivos. As ações para o controle da tuberculose no Brasil têm como meta diagnosticar pelo menos 70% dos casos esperados e curar pelo menos 85% dos casos diagnosticados. A expansão das ações de controle para 100% dos municípios complementa o conjunto de metas a serem alcançadas. Essa expansão se dará no âmbito da atenção básica, na qual os gestores municipais, juntamente com o gestor estadual deverão agir de forma planejada e articulada para garantir a implantação das ações de controle da tuberculose (BRASIL, 2002).

A realização de estudos sobre a prevalência da Tb é de extrema relevância, pois, embora seja uma doença antiga, vem se observando a nível mundial o aumento na sua incidência em todos os grupos etários.

Atualmente, o número de casos de tuberculose em adultos jovens apresenta tendência crescente, mesmo estando disponível o tratamento gratuito da doença nos postos de saúde. Além disso, existe entre as medidas de prevenção e controle, a vacina BCG gratuita, devendo ser administrada ao nascer, oferecendo 80% de proteção nas formas graves da TB.

Diante do exposto surgiu o interesse para investigar a prevalência da tuberculose no município do Cedro/PE, uma vez que, com a realização do estudo possibilitará o conhecimento do comportamento epidemiológico da tuberculose, e dessa forma poderá subsidiar ações de prevenção e controle da tuberculose no contexto estudado, principalmente nos grupos etários.

Além disso, espera-se com esse estudo contribuir na construção de conhecimento que possa subsidiar a melhoria da atenção ao doente de tuberculose e contribuir no direcionamento de ações de controle da tuberculose.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Investigar a prevalência da Tuberculose no município de Cedro-PE, no período de 2001 a 2009.

2.2 Específicos

2.2.1 Descrever o coeficiente da prevalência por sexo e faixa etária no município de Cedro-PE, no período de 2001 a 2009.

2.2.2 Identificar a taxa de abandono do tratamento no município de Cedro-PE, no período de 2001 a 2009.

2.2.3 Identificar a taxa de cura no município de Cedro-PE, no período de 2001 a 2009.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 – Aspectos Epidemiológicos da Tuberculose

A tuberculose entre as doenças infecciosas crônicas é considerada uma doença antiga, inicialmente encontrada nos hemisférios ocidental e oriental, porém com o desenvolvimento e o aumento da população e da urbanização tornou-se epidêmica no final do século XVIII e início do século XIX. No início do século XX ocorreu redução na sua incidência em função da melhora no padrão de vida e também nas estratégias de saúde pública, particularmente nos Estados Unidos e na Europa ocidental, o que renovou “*a esperança de uma provável erradicação no início do século XXI*” (BLAQUES, 2010, p. 9).

Porém, em pleno século XXI, a tuberculose continua sendo um dos mais graves problemas de saúde pública mundial (TORRES; SANTA CRUZ, 2004, RUFINO-NETTO, 2002). Estima-se que no mundo aproximadamente 1,7 bilhões de indivíduos estejam infectados pelo *M. tuberculosis*, correspondendo a 30% da população mundial, e, cerca de três milhões de pessoas morrem por ano devido à patologia (SOUZA; VASCONCELOS, 2005).

No mundo há diferenças na distribuição espacial da tuberculose, 21% dos infectados encontra-se em países desenvolvidos e 79% em países pobres em desenvolvimento. Em relação à faixa etária, os mais atingidos estão na faixa etária acima de 50 anos quando se trata de países ricos, entretanto em países pobres, a doença acomete a faixa etária de 15 a 59 anos (COELHO, *et al*, 2010, TORRES; SANTA CRUZ, 2004). Em relação ao sexo, os homens adoecem duas vezes mais do que as mulheres.

Na atualidade é considerada uma doença negligenciada no mundo (DE LAVOR, 2008, RUFINI-NETTO, 2002), e sua situação epidemiológica torna-se cada vez mais complicada em função dos determinantes sociais associado a sua ocorrência como “baixa renda familiar, educação precária, habitação precária ou inexistente, famílias numerosas, adensamentos comunitários, má nutrição, alcoolismos e outras doenças infecciosas associadas” (COELHO, *et al*, 2010, p.

Das principais metas globais e indicadores para controle da TB, destaca-se a estratégia Directly Observed Treatment Short-Course (DOTS) e a estratégia Sto_TB/OMS (OMS, 2009).

A estratégia Directly Observed Treatment Short-Course (DOTS), ou Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração, foi proposto em 1993 pela OMS, quando a TB foi considerada uma emergência global, a qual foi recomendada a países que acumulam maior carga da doença, incluindo o Brasil. Com o DOTS busca-se a integração do cuidado de saúde primária e adaptação de reformas dentro do setor de saúde, objetivando 85% de sucesso de tratamento e 70% de detecção de casos (OMS, 2009).

O DOTS baseia-se em 5 componentes: Compromisso político com fortalecimento de recursos humanos e garantia de recursos financeiros; elaboração de planos de ação e mobilização social; diagnóstico de casos por meio de exames bacteriológicos de qualidade; tratamento padronizado com a supervisão da tomada da medicação e apoio ao paciente; fornecimento e gestão eficaz de medicamentos; sistema de monitoramento e avaliação ágil que possibilite o monitoramento dos casos, desde a notificação até o encerramento do caso (OMS, 2009).

No Brasil, a estratégia do DOTS foi incorporada ao Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) desde 1999 e continua sendo a principal estratégia para que se atinja a meta de 85% de cura e diminuição das taxas de abandono (BRASIL, 2006). E desde o ano 2000, vem sendo incorporada à atenção básica, como forma de auxiliar na busca ativa de casos e no tratamento supervisionado (RUFINNO-NETO, 2002)

Em 2006 a OMS lançou a estratégia do STOP TB/OMS visando o alcance de metas globais no período de 2006 a 2015. Esse plano global apresenta seis componentes, o DOTS continua com a principal estratégia, sendo recomendando a sua expansão e melhoria na sua efetividade.

Assim, espera-se a redução na morbimortalidade da tuberculose no cenário mundial.

3.2 – Aspectos Clínicos da Tuberculose

A Tuberculose é uma doença infecciosa crônica, altamente infecto-contagiosa, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou Bacilo de Koch. Sua transmissão acontece de várias maneiras, quando o indivíduo infectado tosse, rir, fala, e espirra ele joga no ar milhares de bacilos (SMELTZER; BARE, 2006).

As manifestações clínicas, no início da doença, aparecem de forma discreta, causando fadiga, irritação e falta de apetite, semelhante à gripe, podendo progredir com febre, tosse seca, sudorese noturna e emagrecimento. O indivíduo que passa 3 semanas ou mais com tosse com ou sem expectoração, emagrecendo, e eliminando sangue na tosse e no escarro, deve ser atentamente observado e diagnosticado (BRASIL, 2002a).

A tuberculose provocada pelo *M. tuberculosis* pode atingir vários órgãos e/ou sistemas. Assim, outros sinais e sintomas além da tosse devem ser investigados no momento do diagnóstico (BRASIL, 2002a).

A tuberculose pode se manifestar sob duas formas: TB pulmonar e Tb extrapulmonar. A tuberculose pulmonar é forma mais freqüente e a mais relevante à saúde pública, em virtude de ser altamente bacilífera (BRASIL, 2010).

A busca ativa de sintomáticos respiratórios torna-se uma ação que deve ser realizada permanentemente pelos serviços de saúde, visando a descoberta de casos bacilíferos e conseqüentemente a interrupção da cadeia de transmissão da doença, uma vez que uma das principais medidas para controle da tuberculose consiste em diagnosticar e tratar precocemente os doentes de TB (BRASIL, 2010)

O diagnóstico da Tuberculose é realizado mediante a utilização dos seguintes métodos de diagnósticos: exame microscópio direto - baciloscopia direta, a cultura para micobactéria e radiografia de tórax. A baciloscopia de escarro é um método simples e seguro, e quando realizado corretamente permite detectar de 60% a 80% dos casos de TB pulmonar (BRASIL, 2010, BRASIL, 2002a).

A tuberculose é uma doença que possui tratamento eficaz, possibilitando 100% de cura dos casos novos sensíveis aos medicamentos desde que sejam

adotados os princípios da quimioterapia e adequada operacionalização do tratamento. Assim, o tratamento dos casos bacilíferos é uma prioridade no controle da TB, pois permite a quebra da cadeia de transmissão da doença. O tratamento é realizado em regime ambulatorial, diretamente observado (DOT), disponibilizado em serviços de saúde mais próximos das residências ou dos trabalhos dos doentes de TB (BRASIL, 2010, BRASIL, 2002a).

O tratamento tem a duração de 6 meses e é feito com uma combinação dos seguintes medicamentos (Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e etambutol), é fornecido gratuitamente e não deve ser interrompido, pois os sintomas voltam e o bacilo torna-se resistente aos medicamentos utilizados. Fazendo o tratamento corretamente o doente tem 100% de chance de ser curado, sem o tratamento 50% morrem em cinco anos e a maioria fica debilitado (BRASIL, 2010, FERNANDES, 2004).

Um dos principais problemas no controle da TB é a não adesão ao tratamento, que constitui uma das causas de sua ineficiência e motivo, também, do aumento no número de recidivas e falência de tratamento, devido o desenvolvimento da resistência às drogas. Sendo esta uma doença transmitida por via aérea, as conseqüências do abandono de seu tratamento abatem-se não apenas sobre o próprio paciente, mas, igualmente, sobre toda a sociedade (ALMEIDA; HONER, 2006).

Nesse sentido, torna-se importante o envolvimento dos profissionais de saúde, família e comunidade principalmente no desenvolvimento de ações de educação em saúde que possibilite o conhecimento sobre a transmissão, prevenção e tratamento da TB, pois o desconhecimento sobre a doença contribui para o estigma e compromete o desenvolvimento das ações de controle.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Tipo do estudo

O estudo foi descritivo com abordagem quantitativa. Segundo Gil (2002, p. 42) a pesquisa descritiva “tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno, então, o estabelecimento e relações entre variáveis”.

4.2 Cenário do estudo

A pesquisa foi realizada na cidade do Cedro-PE. O município do Cedro-PE localiza-se no sertão pernambucano. Fica aproximadamente 569 Km da capital do estado de Pernambuco. Possui uma área territorial de 144 km², clima semiárido. Limita-se com os municípios de Salgueiro, Serrita, Jardim (CE). Sua população estimada em 2009 era de 10.785 hab (IBGE, 2009). Da rede assistencial de saúde, o Cedro dispõe de 4 PSF's, sendo 2 na zona urbana e 2 na zona rural; 1 unidade mista de saúde com 18 leitos hospitalares, 4 leitos obstétricos, 6 leitos pediátricos e 8 leitos cirúrgicos.

4.3 População e Amostra

A população de estudo foi composta dos casos de Tuberculose notificados/diagnosticados pelas unidades de saúde registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A amostra foi constituída por 21 doentes de Tuberculose residentes no município do Cedro/PE, registrados no SINAN pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde do município de Cedro/PE, no período de 2001 a 2009.

4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão dos Sujeitos na Amostra

Para seleção da amostra foram observados os seguintes critérios: casos de indivíduos residentes em Cedro/PE, com diagnóstico confirmado de Tuberculose, registrado no banco de dados do SINAN no período de 2001 a 2009. Foram

excluídos do estudo os casos de indivíduos doentes de tuberculose que não atenderam a esses critérios.

4.5 Instrumentos para coleta de dados

Para coleta de dados foi utilizando a Ficha de Notificação/Investigação de Tuberculose (ANEXO A) do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) onde constam as seguintes variáveis: sexo, faixa etária e situação de encerramento.

4.6 Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no Setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde do município do Cedro, no período de setembro a outubro de 2010. Os dados foram coletados do banco de dados SINAN municipal.

4.7 Procedimentos para tratamento e análise dos dados

Os dados foram tabulados através do programa Tab para Windows – TabWin, que realiza operações aritméticas e estatísticas, originando distribuição de frequências absolutas e transformando-as em frequências relativas (coeficientes de prevalência, sexo, faixa etária e proporção de casos curados e abandono de tratamento, por ano). Após tabulação os resultados foram apresentados sobre forma de tabelas e figuras e analisados de acordo com a revisão de literatura.

4.8 Aspectos éticos da Pesquisa.

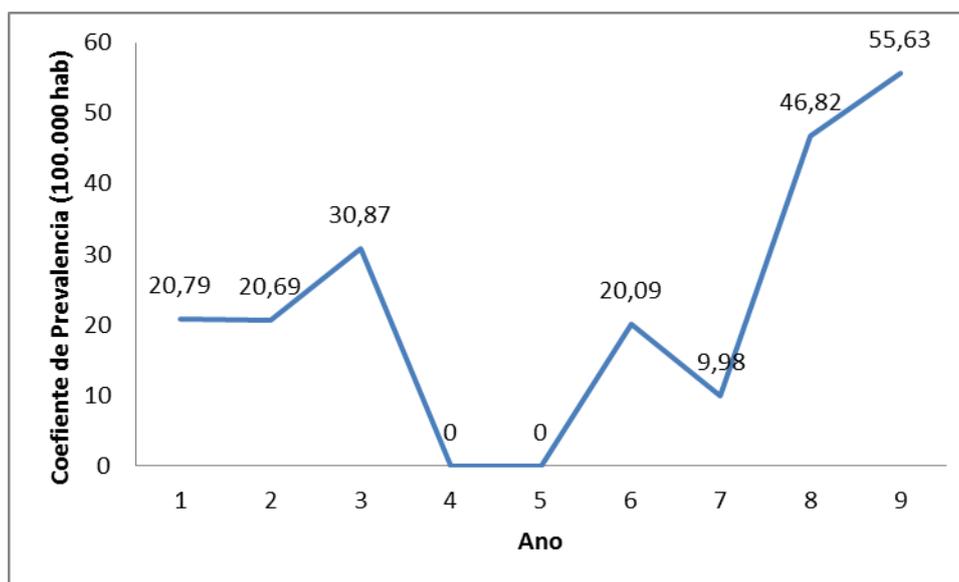
Durante o processo de realização do estudo foram observados os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, sendo solicitada a Secretaria Municipal de Saúde a autorização para realização da pesquisa e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), esclarecendo a instituição sobre o conteúdo da pesquisa, da liberdade de escolha de participar ou não do estudo; de poder desistir em qualquer fase da investigação e pedir esclarecimento sobre andamento do estudo, de acordo com as recomendações da Resolução 196/96 do CONEP/MS (BRASIL, 1997) e entrega do Termo de

Compromisso da Pesquisadora para cumprir a Resolução 196/1996 (ANEXO B) e Termo de Compromisso para uso de Banco de dados em arquivo (ANEXO C), ambos assinados pela pesquisadora. O protocolo da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, com o número no CAAE: 0375.0.133.000-10 (ANEXO D).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o período de 2001 a 2009, foram registrados 21 casos de tuberculose na cidade de Cedro/PE, na faixa etária de 20 a 89 anos.

A Figura 1 mostra o Coeficiente de Prevalência da Tuberculose durante o período de 2001 a 2009.



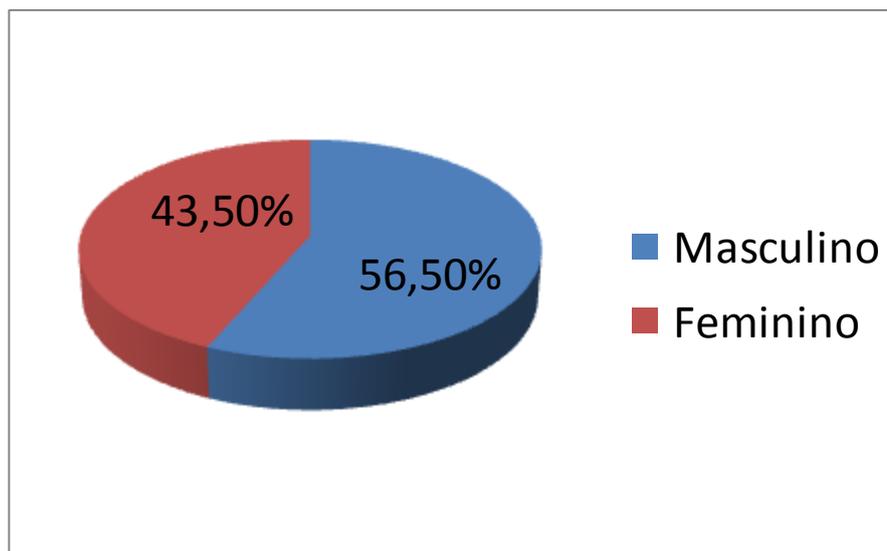
FONTE: SINAN, 2010.

Figura 1. Coeficiente de Prevalência da Tuberculose (por 100.000 hab.), Cedro/PE, 2001 a 2009.

Analisando a Figura 1, verifica-se que o Coeficiente de Tuberculose no município do Cedro apresenta uma curva irregular com alternância de períodos com redução e aumento na prevalência da tuberculose. No período de 2001 a 2002, observa-se uma discreta redução, com uma elevação no ano de 2003. No período 2004 a 2005 a prevalência foi nula, e no período seguinte a prevalência volta a crescer, e novamente decresce no ano de 2007. A partir de 2008 a Tuberculose apresenta tendência crescente, apresentando os maiores coeficientes de prevalência (46,82 e 55,63/100.000 hab, respectivamente) e os anos de maior risco de adoecimento por TB.

Em relação ao modo de entrada de casos no momento do diagnóstico, observa-se que 61,9% são casos novos, 28,6% são casos de recidiva da doença e 9,5% são casos transferidos de serviços de saúde de outros municípios, percebe-se assim que a prevalência da TB no Cedro/PE é influenciada pelo

aumento da incidência, conforme referem Waldman e Rosa (1998), Rouquayrol e Almeida Filho, (2003).

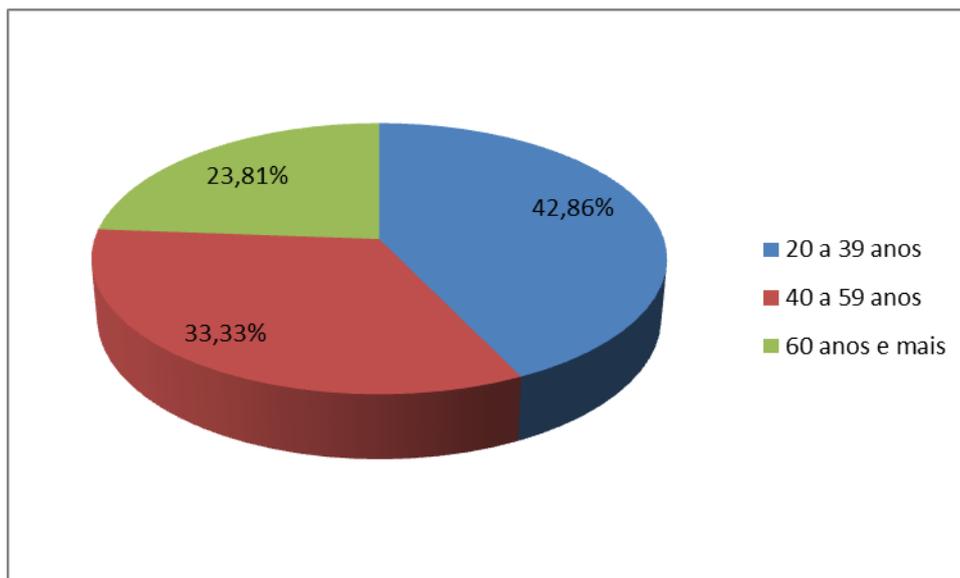


FONTE: SINAN, 2010.

Figura 2. Proporção de Casos de Tuberculose por sexo, Cedro/PE, 2001 a 2009.

Observa-se na Figura 2, que dos 21 doentes de TB estudados no período de 2001 a 2009, verificou-se que 56,5% eram do sexo masculino e 43,5% do sexo feminino. Resultado similar encontrou Figueiredo et al (2009), quando estudaram doentes de TB tratados nas equipes de atenção básica e ambulatórios de referência no município de Campina Grande/PB. E também Bertazone e Gir (2000), mostram que o sexo masculino tem o maior risco de adoecer por Tuberculose.

A cultura capitalista/ocidental explica tais números, onde o machismo predominante faz com que o homem não cuide de sua própria saúde, não se previna de algumas doenças e só procure atendimento em estágios avançados. Sendo o sexo masculino mais susceptível a determinadas doenças contagiosas, principalmente a TB, pois tem números bem superiores do que o sexo feminino, em decorrência do etilismo e tabagismo, ou pela frequência de locais insalubres (LINDOSO, *et al*, 2002).



FONTE: SINAN MUNICIPAL (2010).

Figura 3. Proporção de Casos da Tuberculose por faixa etária, Cedro/PE, 2001 a 2009.

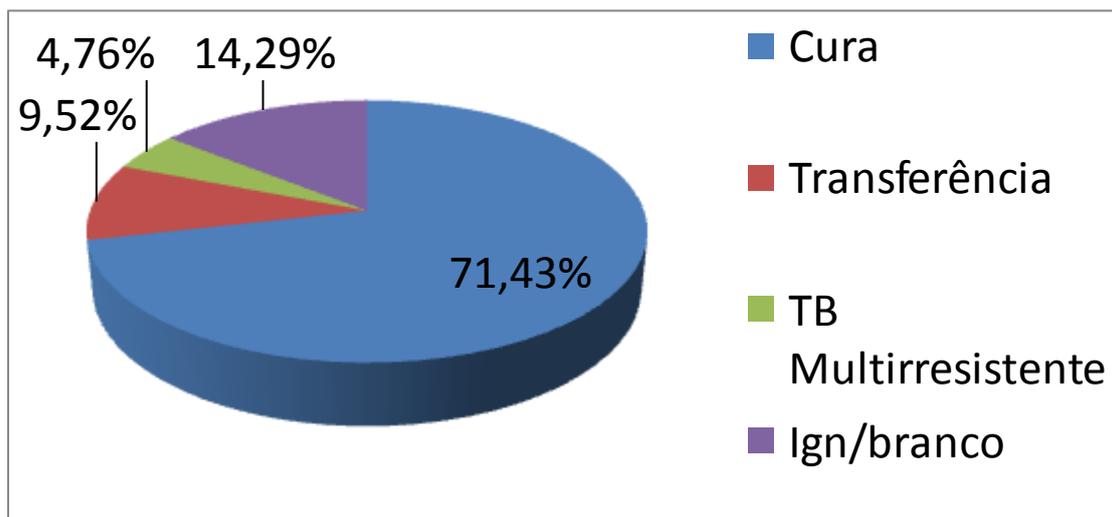
Na Figura 3 encontra-se a proporção de casos de TB por faixa etária, no município de Cedro/PE, onde se observa que o grupo mais atingido corresponde a faixa etária de 20 a 39 anos (42,86%), que compreendem os adultos jovens. O percentual de idosos com TB é de apenas 23,81%. Não foi notificado doentes abaixo de 20 anos de idade neste período.

Esses resultados corroboram com Menezes et al (1998), que em estudo realizado em Pelotas/RS encontrou a maior incidência de casos de TB na faixa entre 20 e 39 anos (58,2%), e uma menor concentração de casos no grupo etário de 60 a 69 (9,9%). É importante considerar o período distinto e também as regiões estudadas.

Essa taxa elevada de adultos jovens com tuberculose é extremamente preocupante, pois são eles a maior força bruta de trabalho no país, sua incapacidade de trabalhar devido aos sintomas da própria doença, ou a fatores externos associado a tuberculose dificulta seu orçamento, muitas vezes a única renda de sua família.

Ao final de um tratamento de TB pode existir vários desfechos, cura, abandono, óbito, transferência, mudança de diagnóstico e TB Multidrogarresistente.

A Figura 4 nos mostra a situação de encerramento dos casos de TB Cedro/PE, no período estudado.



FONTE: SINAN, 2010.

Figura 4. Proporção de Casos de Tuberculose segundo situação de encerramento, Cedro/PE, 2001 a 2009.

Observando a Figura 4, a proporção de cura corresponde 71,43%, esse valor encontra-se abaixo do recomendado pelo Ministério da Saúde que preconiza que as ações de controle da TB no Brasil tem como meta diagnosticar 90% dos casos e curar pelo menos 85% dos casos diagnosticados (BRASIL, 2002). Verifica-se ainda que casos de abandono de tratamento não foram mencionados, o que não se justifica, pois um dos principais problemas no controle da TB é a não adesão ao tratamento (ALMEIDA; HONER, 2006,). Um reflexo do abandono de tratamento é o surgimento da Tuberculose multirresistente –TBMR (BRASIL, 2010).

Nota-se que a proporção de TBMR no município do Cedro é de 4,76%. Apesar de ser um percentual baixo não deixa de ser um problema, uma vez que a TBMR constitui um dos graves problemas no controle da doença na atualidade. A proporção de casos novos de TB com resistência a droga atinge 116 países no mundo.

Merece atenção o percentual de casos com situação de encerramento ignorado/branco (14,29%) que mostra uma necessidade de melhoria qualidade do preenchimento dos dados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse estudo notamos que a maior parte dos doentes de tuberculose no município de Cedro/PE são os adultos jovens e do sexo masculino. Verifica-se também que não foram notificados casos abaixo dos 20 anos de idade.

Quanto ao percentual de abandono do tratamento de tuberculose no município do Cedro/PE, constata-se que foi de 0%, ou seja, nenhum caso notificado no período estudado. Não refletido no percentual de cura, que se encontra abaixo da média preconizada pelo Ministério da Saúde.

A enfermagem tem que está atenta a esses números, cobrar mais empenho dos agentes de saúde e tentar ter uma maior supervisão do tratamento desses doentes.

Contudo, através dessa pesquisa percebe-se que a situação da TB no país ainda é preocupante, inclusive nas cidades pequenas, onde os recursos são escassos que torna importante uma maior preocupação das autoridades locais, principalmente no tocante a promoção de ações de educação em saúde.

Por fim, tentou-se retratar a TB nessa pequena cidade do interior do estado de Pernambuco, que apesar de ser uma cidade pacata, o risco de adoecer por TB é alto, o que mostra a necessidade de intensificar as ações de controle da doença.

7 REFERÊNCIAS

ALERTA Mundial Contra a Tuberculose. *Copyright © 2001 Bibliomed, Inc.*, Belo Horizonte, Nov. 2001. Disponível em: <<http://boasaude.uol.com.br/>>. Acesso em 05/mai/2010.

ALMEIDA S. A. D., HONER, M. R. Abandono do tratamento da tuberculose em duas unidades de referência de Campo Grande, MS - 2002 e 2003. **Bol. Pneumologia. Sanitária**, vol.14, no.3, dez. 2006, p.167-171.

BASTOS, B. Tuberculose: PE é 3º em casos. **Folha de Pernambuco**, Recife, 24 março 2009.

BERTAZONE, E. C., GIR, E.. Aspectos gerais da sexualidade dos portadores de tuberculose pulmonar atendidos em unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto-SP. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.1, Jan. 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000100016&lng=en&nrm=iso>. doi: 10.1590/S0104-11692000000100016. Acesso em 13 nov. 2010.

BLAQUES, É. D. **Conhecendo a Tuberculose**. Projeto de Pesquisa. Escola Superior de Educação Física da Alta Paulista (Esefap), 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Técnico para o Controle da Tuberculose**. 6ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: FUNASA, 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos**. Brasília DF, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Epidemiologia da Tuberculose no Brasil**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Recomendações para controle da Tuberculose**. Brasília: Secretaria de Vigilância em saúde, Programa Nacional de Controle da Tuberculose, 2010.

COELHO, D. M. M.; VIANA, R. L.; MADEIRA, C.A.; FERREIRA, L. O. C; CAMPELO, V. Perfil epidemiológico da tuberculose no município de Teresina, PI, no período de 1999 a 2005, **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, 19(1): 33-42 jan-mar, 2010.

DE LAVOR, A. Tuberculose: ainda uma doença negligenciada. **Revista Radis: Comunicação em Saúde**, RJ, nº 69, p.19, Maio, 2008.

FERNANDES, R. R. **A Saúde da Família: respostas para dúvidas mais comuns sobre todas as especialidades médicas.** São Bernardo do Campo: Grupo Saúde e Vida, 2004. p. 209-213.

FIGUEIREDO, T.M.R.M. et al. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. **Rev. Saúde pública** – 43 (5): 825-831, out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/2009nahead/265.pdf>. Acesso em 10 nov. 2010.

GIL, A. C. **Como elaborar Projeto de Pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). IBGE. **Estimativas elaboradas no âmbito do Projeto UNFPA/IBGE (BRA/4/P31A)** - População e Desenvolvimento para período 2007-2009, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 15 de junho, 2010.

LINDOSO, A. A. B. P. et al . Perfil de pacientes que evoluem para óbito por tuberculose no município de São Paulo, 2002. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, out. 2008. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500004&lng=pt&nrm=iso>. doi: 10.1590/S0034-89102008000500004. Acesso em 14 nov. 2010.

MENEZES, A. M. B. et al . Incidência e fatores de risco para tuberculose em Pelotas, uma cidade do Sul do Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 1, n. 1, abr. 1998. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X1998000100006&lng=pt&nrm=iso>. doi:10.1590/S1415-790X1998000100006. Acesso em: 8 nov. 2010.

Organização Mundial de Saúde. **Global Tuberculosis Control 2004: epidemiology, strategy, financing.** Geneva: World Health Organization; 2009.

ROUQUAYROL, M; Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde.** 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

RUFFINO-NETTO, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 35, n. 1, p. 51-58, 2002.

TORRES, B. S., SANTA CRUZ, R. C. Por que está tão difícil controlar a tuberculose? **Revista Brasileira de Medicina**, 61 (5); 308-311, maio, 2004.

SMELTZER, S. C., BARE, B. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** Tradução de José Eduardo Ferreira de Figueiredo. 10ª edição. Volume 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SOUZA, M. V. N., VASCONCELOS, T. R. A. Fármacos no combate à tuberculose: passado, presente e futuro. **Química Nova**, São Paulo, v. 28, n. 4, Aug. 2005.

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010040422005000400022&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 Ago. 2010.

WALDAMAN, E. A. & ROSA, T. E da C. Vigilância em saúde pública. São Paulo: Faculdade de Saúde Publica da USP, 1998.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA

Solicitamos autorização para realização de uma pesquisa intitulada: Prevalência da Tuberculose no Município do Cedro-PE.

Essa pesquisa tem como pesquisadora a professora Ardigleusa Alves Coêlho da Universidade Estadual da Paraíba e o acadêmico de enfermagem Getulio Mendes Alves, e objetiva Investigar a prevalência da tuberculose no Município do Cedro-PE, esperando contribuir com informações sobre o comportamento epidemiológico da tuberculose no município do Cedro-PE que possibilite melhoria na atenção ao doente de Tuberculose e o desenvolvimento das ações de controle.

A autorização da instituição será de suma importância na obtenção dos dados desse estudo. Gostaríamos de informar que a participação da instituição é voluntária e que mesma não será exposta em nenhum momento de realização da pesquisa. Esse estudo não causará a instituição nenhum prejuízo ou desconforto. A instituição tem o direito de retirar seu consentimento em qualquer fase do estudo. O período de coleta de dados será de Set a Outubro de 2010.

Qualquer dúvida essa instituição pode procurar a pesquisadora através dos seguintes telefones (83 -3315.3312/93329112).

Assinatura do Pesquisador

- Consentimento da Instituição

Pelo o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu,

RG. _____ Cargo _____, disponho a participar da Pesquisa Prevalência da Tuberculose no Município do Cedro-PE sob responsabilidade da pesquisadora Ardigleusa Alves Coelho e do de enfermagem Getulio Mendes Alves.

A participação da instituição é voluntária, tendo a liberdade de desistir a qualquer momento sem qualquer risco e penalização. Os dados obtidos poderão ser apresentados em eventos científicos e publicados desde que a identidade dos respondentes seja preservada. Caso sinta necessidade de contactar os pesquisadores durante ou após a coleta de dados poderei fazer através do telefone: 83- 3315-3312 ou 83-9332-9112.

Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados com a pesquisadora. Os riscos e benefícios desta pesquisa serão: Esta pesquisa não acarreta riscos a instituição, tendo como benefícios contribuir com informações sobre esperando contribuir com informações ações sobre o comportamento epidemiológico da tuberculose no município do Cedro-PE que possibilite melhoria na atenção ao doente de Tuberculose e o desenvolvimento das ações de controle.

Cedro-PE, ____/____/_____.

Representante da Instituição

ANEXO A

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO TUBERCULOSE		Nº		
TUBERCULOSE PULMONAR: Paciente com tosse com expectoração por três ou mais semanas, febre, perda de peso e apetite, com confirmação bacteriológica por baciloscopia direta e/ou cultura e/ou com imagem radiológica sugestiva de tuberculose. TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR: Paciente com evidências clínicas, achados laboratoriais, inclusive histopatológicos, compatíveis com tuberculose extrapulmonar ativa, ou pacientes com pelo menos uma cultura positiva para M. tuberculosis de material proveniente de localização extrapulmonar.						
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2	Agravo/doença	TUBERCULOSE	Código (CID10) A16.9		
	3	Data da Notificação				
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		
	7	Data do Diagnóstico				
	8	Nome do Paciente		9	Data de Nascimento	
	10	(ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11	Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	
Dados de Residência	12	Gestante		13	Raça/Cor	
	14	Escolaridade		15	Número do Cartão SUS	
	16	Nome da mãe		17	UF	
	18	Município de Residência		19	Distrito	
Dados Complementares do Caso	20	Bairro	21	Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	22	Número	23	Complemento (apto., casa, ...)	24	Geo campo 1
	25	Geo campo 2		26	Ponto de Referência	
	27	CEP		28	(DDD) Telefone	
Antecedentes Epidemiológicos	29	Zona		30	Pais (se residente fora do Brasil)	
	31	Nº do Prontuário		32	Ocupação	
	33	Tipo de Entrada		34	Institucionalizado	
	35	Raio X do Tórax		36	Teste Tuberculínico	
Dados Clínicos	37	Forma		38	Se Extrapulmonar	
	39	Agravos Associados		40	Baciloscopia de Escarro (diagnóstico)	
	41	Baciloscopia de Outro Material		42	Cultura de Escarro	
	43	Cultura de Outro Material		44	HIV	
Dados do Laboratório	45	Histopatologia		46	Data de Início do Tratamento Atual	
	47	Drogas		48	Indicado para Tratamento Supervisionado (TS/DOTS)?	
	49	Número de Contatos Registrados		50	Doença Relacionada ao Trabalho	
	51	Município/Unidade de Saúde		52	Cód. da Unid. de Saúde	
Investigador	Nome		Função			
	Assinatura		Assinatura			

ANEXO B

**TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO EM
CUMPRIR OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 196/96 do CNS**

Pesquisa: Prevalência da Tuberculose no Município do Cedro-PE.

Eu, ARDIGLEUSA ALVES COELHO, ENFERMEIRA, DOCENTE da Universidade Estadual da Paraíba, portador do RG: 929.817-PB, comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Campina Grande-PB, ____/____/____

ARDIGLEUSA ALVES COELHO

ANEXO C

TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO

Título do projeto: Prevalência da Tuberculose no Município do Cedro-PE.

Pesquisadores: Ardigleusa Alves Coelho e o acadêmico de enfermagem Getúlio Mendes Alves.

O(s) pesquisador(es) do projeto acima identificado(s) assume(m) o compromisso de:

- I. Preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados;
- II. Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- III. Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

Campina Grande, _____de_____de 2008.

Nome do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador
Responsável

Nome(s) de todos pesquisador(es)
participante(s)

Assinatura(s) de todos pesquisador(es)
participante(s)

ANEXO D

Andamento do Projeto

http://portal2.saude.gov.br/sisnep/cep/extrato_proje...

Andamento do projeto - CAAE - 0375.0.133.000-10				
Título do Projeto de Pesquisa PREVALÊNCIA DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DO CEDRO-PE.				
Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	23/09/2010 13:04:09	29/09/2010 08:16:41		
Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	03/09/2010 03:23:43	Folha de Rosto	FR369088	Pesquisador
3 - Protocolo Aprovado no CEP	29/09/2010 08:16:41	Folha de Rosto	0375.0.133.000-10	CEP
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	23/09/2010 13:04:09	Folha de Rosto	0375.0.133.000-10	CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRO-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA


Profª Dra. Doralúcia Fedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa