



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA - UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
CURSO DE LICENCIATURA E BACHARELADO EM
ENFERMAGEM

ANDRESSA LOPES ROCHA

PREVALÊNCIA DA TUBERCULOSE NO
MUNICÍPIO DE AREIA - PB

CAMPINA GRANDE – PB,

2010

ANDRESSA LOPES ROCHA

PREVALÊNCIA DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE AREIA - PB

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, como pré-requisito para obtenção do título de Bacharel e Licenciado em Enfermagem.

Área de concentração: Epidemiologia das Doenças Transmissíveis

Orientadora: Prof^ª Dra. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo.

CAMPINA GRANDE – PB,

2010

R672p Rocha, Andressa Lopes.

Prevalência da tuberculose no município de Areia-PB
[manuscrito] / Andressa Lopes Rocha. - 2010

42 f.: il.

Digitado.

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

“Orientação: Profa. Dra. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo, Departamento de Enfermagem”.

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

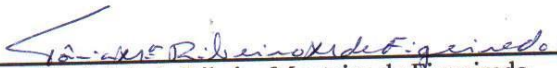
21. ed. CDD 616.995

Andressa Lopes Rocha

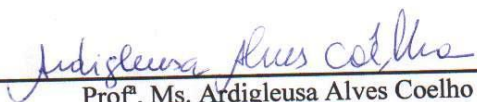
PREVALÊNCIA DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE AREIA - PB

Campina Grande – PB, aprovado em: 16 / 12 / 2010

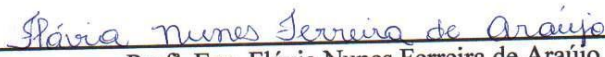
BANCA EXAMINADORA



Prof.ª. Dra. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo
(ORIENTADORA)



Prof.ª. Ms. Ardicleusa Alves Coelho
(UEPB)



Prof.ª. Esp. Flávia Nunes Ferreira de Araújo
(UNESC Faculdades)

Dedico a minha mãe, Nelda a quem eu amo incondicionalmente, pela amizade, dedicação e o amor que tens por mim, estando sempre presente em todos os momentos da minha vida, principalmente nos momentos mais difíceis e decisivos.

A minha irmã Andrea que através da educação rígida que me condicionou todos esses anos, me fez perceber a importância e o valor que a educação tem na vida de uma pessoa, me encorajando a buscar e ver o conhecimento como o melhor caminho a ser seguido em busca da nossa transformação como pessoa.

Aos meus sobrinhos João Pedro e Catarina inspiração da minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser um Pai maravilhoso e sempre presente na minha vida, me ensinando a cada dia que apesar das dificuldades que encontramos no caminho em busca dos nossos sonhos, ainda vale a pena acreditar e lutar pelo que é justo e correto.

A Prof^a. Tânia Ribeiro, que foi mais que minha orientadora, uma grande mestre a quem eu tenho profunda admiração pela pessoa e profissional que ela é, mas principalmente pela grande amiga de todas as horas com suas palavras gentis e encorajadoras em todos os momentos difíceis que enfrentei.

A Prof^a. Ardicleusa Coelho a quem eu considero muito inteligente e sincera com as pessoas, simples e carinhosa com os seus alunos, acreditando que todos são capazes de chegar aonde almejam.

A Prof^a. Flávia pelas palavras de carinho e conforto que me deu em um dos momentos mais difíceis da minha vida que enfrentei nesses últimos meses.

A minha amiga Riselda que me ajudou muito com seus conselhos ao longo desses cinco anos de trajetória acadêmica e a quem eu acredito que ainda será uma grande enfermeira no futuro.

Aos meus amigos de sala Joseilda, Lucilene, Gilson, Luís, Sérgio e Jair a quem eu sentirei muitas saudades dos bons momentos vividos na academia.

Ao meu amigo Suelio que eu considero como um irmão para mim, sempre atencioso e prestativo.

A Erick pela pessoa humilde e amigo de todas as horas.

A todos os doentes de tuberculose que possibilitaram que este trabalho fosse realizado.

Se não podes ser uma árvore na colina,
seja um graveto no vale. Mas seja o
melhor graveto de todas as léguas ao
redor.

Se não podes ser uma estrada, seja uma
vereda.

Se não podes ser o Sol, seja uma estrela.

O valor não se mede pelas dimensões.

Seja o que fores que seja profundamente.

(Martin Luther King)

ROCHA, A.L. **Prevalência da tuberculose no município de Areia - PB**. Campina Grande, 2010. Monografia (Graduação em Enfermagem). CCBS. Universidade Estadual da Paraíba-UEPB.

RESUMO

A tuberculose (TB) é uma doença infecto-contagiosa de fácil disseminação que está presente desde os tempos mais remotos da história da humanidade. Ainda hoje, mesmo com a existência do tratamento medicamentoso eficiente no combate a doença, a tuberculose continua como uma enfermidade prevalente e preocupante mundialmente, e esse fato pode ser atribuído a complexidade que envolve a doença; que atinge principalmente os países em desenvolvimento, onde as iniquidades sociais são mais acentuadas. O presente trabalho descreve o perfil epidemiológico da tuberculose no município de Areia - PB, no período de 2001 a 2010. É um estudo descritivo de abordagem quantitativa do tipo transversal, realizado a partir de dados coletados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), sobre os casos de prevalência notificados da tuberculose no município, analisando-se as variáveis sócio-demográfica dos portadores da doença. O universo do estudo foi composto de 33 doentes de TB notificados durante o período de 2001 a 2010. Os doentes foram predominantemente do sexo masculino (70%); o número de adultos somou 34% entre homens e mulheres. Quanto aos agravos associados à TB, a maioria eram alcoolistas e diabéticos, registrando a mesma porcentagem (42%). A taxa de cura foi de 73% e abandono 6%, evidenciando que a resposta ao tratamento a TB na maioria dos casos registrados obteve um *feedback* positivo. Os resultados da pesquisa mostraram que o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) no município de Areia foi atuante e possibilitou mudanças significativas se comparado a outros estudos semelhantes realizados em outras regiões do país. O trabalho permitiu conhecer o perfil epidemiológico dos doentes do município de Areia - PB e a atuação do Programa de Controle da Tuberculose no município, através do trabalho desenvolvido pelas Estratégias Saúde da Família.

Palavras-chave: Tuberculose; Perfil epidemiológico; SINAN.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS- Atenção primária a saúde

BCG- Bacilo de Camette-Guérin

DOTS- Estratégia de Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração

ESF- Estratégia Saúde da Família

HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana

OPAS- Organização Panamericana de Saúde

OMS- Organização Mundial de Saúde

PNCT- Programa Nacional de Controle da Tuberculose

SINAN- Sistema de Informação de Agravos de Notificação

TB- Tuberculose

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Distribuição dos casos de TB segundo variável sexo, **25**

FIGURA 2 - Distribuição dos casos de TB segundo faixa etária,..... **26**

FIGURA 3 - Distribuição dos casos de TB segundo a variável escolaridade,..... **27**

FIGURA 4 - Distribuição dos casos de TB conforme agravos relacionados, Areia, 2010..... **28**

FIGURA 5 - Distribuição dos casos de TB de acordo com a situação de encerramento dos casos notificados, Areia, 2010..... **29**

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 - Ficha de Notificação/Investigação de Tuberculose – SINAN/NET	37
ANEXO 2 - Parecer da Comissão Científica CAAE - Avaliação Aspectos Éticos	41
ANEXO 3 – Termo de Autorização Institucional.....	42

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	15
	2.1 Objetivo Geral	15
	2.2 Objetivos específicos	15
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
	3.1 Histórico da Tuberculose	16
	3.2 Aspectos clínicos da tuberculose	17
	3.3 Fatores de risco para a tuberculose	18
	3.4 Elementos para o diagnóstico da tuberculose pulmonar	18
	3.4.1 História clínica.....	19
	3.4.2 Exame bacteriológico	19
	3.4.3 Exame radiológico	20
	3.4.4 Teste Cutâneo Tuberculínico	20
	3.5 Tratamento	21
	3.6 Medidas preventivas	22
3	METODOLOGIA	23
	3.6 Tipo de pesquisa e local	23
	3.7 População e amostra	23
	3.8 Área de estudo	23
	3.9 Instrumento de pesquisa	23
	3.10 Processamento dos dados	24
	3.11 Variáveis investigadas	24
	3.12 Considerações éticas	24
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
8.	ANEXOS	37

1 INTRODUÇÃO

Atualmente a tuberculose é considerada como um grave problema de saúde pública enfrentado a nível mundial. Ela atinge principalmente as populações mais susceptíveis socialmente, onde a previsão é de que dos três milhões de pessoas que morrem de tuberculose a cada ano, ela permaneça, dentre as dez maiores causas de mortes entre as doenças infecciosas no ano de 2020. (MURRAY, et al., 1990 apud ARCÊNIO, 2008). “No cenário brasileiro, ela vem tomando destaque importante entre as principais causas de morbimortalidade, atingindo diversas faixas etárias e classes sociais” (RUFFINO-NETO, 2001). De acordo com a declaração emitida pela OMS, 2 bilhões de pessoas estão contaminadas com a doença e destes, 8 milhões desenvolverão a forma ativa da tuberculose e 2 milhões morrerão a cada ano (MEDEIROS, et al., 2005).

Como destaca Veronesi, et al., (2005), existem diferenças importantes na distribuição da TB em diferentes regiões do mundo, ao qual como o autor cita que nos países desenvolvidos estão presentes 21% dos infectados, ao passo que 79% estão nos países pobres ou em desenvolvimento. Outro fator importante destacado por ele é a diferença na distribuição da doença nos países desenvolvidos, ao qual a maior parte dos infectados, encontra-se na faixa etária acima de 50 anos de idade e nos países em desenvolvimento, 80% dos infectados possuem entre 15 e 59 anos, estando dentro da faixa etária de maior produtividade social. Dos oito milhões de casos novos, 5% concentram nos países desenvolvidos e 95% naqueles em desenvolvimento. “Portanto, pode-se dizer que a tuberculose é reemergente nos países ricos e permanente nos países pobres” (RUFFINO-NETTO, 2001).

Por ser uma doença de difícil controle pela complexidade que envolve essa enfermidade, a TB tem preocupado muito os pesquisadores da área da saúde no mundo, e “apesar de ser prevenível e curável na maioria dos casos novos detectados” (BRASIL, 2010), ela vem se tornando um grave problema de saúde pública enfrentado mundialmente. No Brasil observa-se que a detecção dos casos de tuberculose vem sendo realizado com sucesso; porém a taxa de cura pela doença, ainda continua atingindo percentuais preocupantes, consequência do aumento do número de casos de abandono ao tratamento que continuam persistindo (HIJJAR, et al., 2005), exigindo dos órgãos

competentes a implantação imediata de uma política pública de saúde voltada a essa enfermidade, com o objetivo de sanar o problema.

“Em 1993, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a tuberculose (TB) como estado de emergência no mundo” (RUFFINO-NETTO, 2002), esse contexto pode ser atribuído pelo crescimento das grandes iniquidades sociais existentes, geradas pelas péssimas condições de vida dessa população mais acometida pela doença (condições de moradia precária, , baixo grau de escolaridade, alimentação inadequada, moradia com grandes aglomerados humanos, entre outros), mas principalmente pelo surgimento da AIDS que contribuiu significativamente com o agravamento da doença, transformando a situação muito mais complexa.(DAVID, 2009).

Em 1993, na declaração da OMS em relação ao problema da TB no mundo, foi proposto pelo órgão supracitado, a implantação da Estratégia de Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração (DOTS), que no Brasil só entrou em vigor a partir do ano de 1998 (FUNDO GLOBAL, 2009).

Com relação aos 5 pilares que deverão nortear as ações de controle e combate a doença e as metas preconizadas pela OMS, a OPAS (1997 apud, Figueiredo, et al., 2009, p.826) destaca:

A detecção de casos por baciloscopia entre sintomáticos respiratórios que demandam os serviços gerais de saúde; tratamento padronizado de curta duração diretamente observável e monitorado em sua evolução; fornecimento regular de drogas; sistema de registros e informação que assegure a avaliação do tratamento; e o compromisso do governo colocando o controle da tuberculose como prioridade entre as políticas de saúde.

Quanto às metas pactuadas pela OMS, todos os países que fizeram adesão ao PNCT devem atingir: “85% de sucesso no tratamento, 70% de detecção de casos e redução de abandono do tratamento em 5%.” No Brasil as internações por tuberculose têm registrado a 9ª causa por doenças infecciosas, a 7ª colocação dos gastos com internação pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e a 4ª causa de mortes por doença infecciosa. (HIJJAR, 2005).

Na década de 1970 e 1980 no século XXI, o tratamento de curta duração proposto no combate a TB com a utilização dos medicamentos de Isoniazida e Rifampicina, resultaram em respostas positivas no controle e combate a doença, registrando altas

taxas de cura, levando a pesquisadores e a sociedade civil acreditar que a tuberculose estivesse sob controle e que ela seria erradicada nessa época (KRITSKI et al.,2007), mas o que não se esperava era a doença fosse novamente se tornar uma epidemia no Brasil e no mundo. No final da década de 1980 e início da década de 1990 [...] a descentralização das ações de controle da tuberculose para a esfera municipal, representou inicialmente um impacto negativo no controle da doença e esse fato pôde ser atribuído, principalmente pelo despreparo da gestão municipal em assumir esta nova responsabilidade “na alocação de recursos humanos e de repasse financeiro necessários para cobrir a precariedade existente de sua estrutura técnico-administrativa voltada à prestação de serviço” (FUNDO GLOBAL, 2009).

De acordo com o informe da OMS, repassado pelo Ministério da Saúde em março de 2010, o Brasil melhorou sua posição na lista das 22 nações que concentravam 80% dos casos de tuberculose no mundo, passando da posição 18^a para 19^a. Entre os anos de 2007 e 2008, houve uma queda considerável nas taxas de incidência de 38,1 para 37,4 por 100 mil habitantes, além da queda da mortalidade. Esses resultados positivos podem ser atribuídos as ações realizadas pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), a descentralização das ações de controle da doença com atendimento e acompanhamento na atenção básica, assumida pelos municípios e a incorporação de novas drogas ao tratamento da TB que facilitaram a adesão ao paciente ao tratamento pela redução da quantidade de comprimidos que eram ingeridos por dia.

Levando em consideração a complexidade da doença por seus fatores sócio-econômicos envolvidos e ao estigma da população acerca da doença; é fundamental a importância da avaliação da efetividade das ações de controle da doença nos serviços de saúde. De acordo com Assis, et al., (2007 p.3) na avaliação da efetividade nos serviços de saúde deve-se levar em consideração:

Aspectos relacionados à organização da rede de atenção, à conduta profissional e a relação equipe de saúde/usuário. E, nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF) precisa estar inserida num sistema organizado de forma hierarquizada e resolutiva, que de fato seja referenciado e contra-referenciado, para se constituir em porta de entrada do sistema de saúde

De acordo com o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (2006) das 56 unidades de saúde que existe no estado da Paraíba, 78,1% possui o PCT implantado e dentre estas 44,8% realizam a Estratégia de Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração TS/DOTS nos serviços de saúde. Em 2004, de acordo com uma informe da Secretaria Estadual de Saúde, o Sinan registrou no estado 1.046 casos da doença, chegando à incidência em 37,8 por 100 mil hab. para todas as formas de tuberculose e de 19,5 para a forma pulmonar. Uma coorte de tratamento realizada nos municípios considerados prioritários da doença mostraram que a cura foi de 73,3%, quanto ao abandono foi registrado 7,1%, óbito por tuberculose 3,7%, transferência em 15,8% e casos não encerrados em torno de 4,5%.

2.OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Conhecer o perfil epidemiológico dos doentes de TB no município de Areia - PB, no período de 2001 a 2010.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a prevalência da TB com relação às variáveis sexo, faixa etária, escolaridade, agravos relacionados e situação de encerramento;
- Verificar as variáveis sócio-demográfico dos portadores de tuberculose do município de Areia –PB;

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 HISTÓRICO DA TUBERCULOSE

A tuberculose é uma doença infecciosa que está presente na vida do homem desde a antiguidade. Desde 8.000a.C foram descobertos vestígios da doença em esqueletos humanos na Alemanha. Mas foi somente a partir do século XIV e XV, que os médicos começaram a investigar o contágio da tuberculose na região que hoje é a Itália e diante dessas descobertas passaram a observar a necessidade de isolar os objetos dos doentes que em muitos casos eram queimados para impedir a disseminação da doença para outros indivíduos saudáveis. (KRITSKI, 2000 apud CARDOSO; CAMPOS, 2006).

Durante o século XIX a epidemia da tuberculose se alastrou de tal forma que a doença tornou-se conhecida como o mal do século, mas neste mesmo período foram feitas descobertas importantes na tentativa de reverter essa situação. (NORONHA, 2003).

Em 1882, Robert Koch isolou o agente etiológico da tuberculose e essa descoberta significou um passo importante para a humanidade no combate a doença, bem como no conhecimento acerca da enfermidade [...]. Através dessa descoberta foi possível direcionar metas eficazes no tratamento da tuberculose, apesar de neste período ainda não ser observado avanços terapêuticos significativos. A partir do século XIX as medidas terapêuticas se restringiam ao tratamento higieno-dietético, na qual a cura do doente era espontânea, quando este estava em condições favoráveis. (boa alimentação, repouso, clima da montanha, etc). Além destas medidas viu-se a necessidade da criação de sanatórios e preventórios para auxiliar na cura da doença. (FUNDO GLOBAL, 2009).

No Brasil, ao longo do século XX, foram implementadas as políticas de controle da tuberculose que ficaram sob a responsabilidade das instituições estatais e filantrópicas que agiam de forma distinta. (FUNDO GLOBAL, 2009). Várias tentativas foram aplicadas no tratamento de combate a doença, mas todas fracassaram; somente a partir da década de 1940 com a implementação dos tuberculostáticos (estreptomina),

no tratamento da tuberculose, foi possível obter sucesso no combate a doença e redução da mortalidade por TB.

Na década de 1960 os esquemas terapêuticos medicamentosos começaram a ser implementados de forma efetiva e padronizada. Inicialmente no ano de 1964, foram utilizados o esquema padrão dos medicamentos (SM+ INH+ PAS) com duração de 18 meses. Em 1965 esse esquema foi reduzido para 12 meses. E desde 1979 o esquema foi estabelecido com duração de 6 meses (RMP+ INH+ PZA), permanecendo até hoje esse período de duração. (RUFFINO-NETTO, 2002).

Conforme Ruffino-Netto (2002), “95% dos casos de tuberculose ocorrem em países de terceiro mundo, onde acontecem também 98% dos óbitos.”

Embora se conheça a causa da tuberculose, bem como a forma de diagnóstico e tratamento da doença, ela ainda continua como uma epidemia de difícil controle. É necessário buscar medidas efetivas para solucionar o problema partindo da “busca ativa dos sintomáticos respiratórios e seus contatos, diagnóstico precoce e tratamento adequado aos indivíduos contaminados.” (BRASIL, 2010).

3.2 ASPECTOS CLÍNICOS DA TUBERCULOSE

A tuberculose é uma doença infecciosa, causada pelo *Micobacterium tuberculosis* que tem como reservatório o homem. A fonte de infecção da doença na forma pulmonar é a eliminação dos bacilos para o exterior do corpo que é transmitida de um indivíduo contaminado a outro sadio. O quadro clínico da doença nos casos pulmonares que é a principal forma de contágio da TB são: estado geral debilitado, febre baixa com suor, inapetência e emagrecimento, dor torácica e tosse produtiva, acompanhada ou não de escarros hemópticos[...]. A transmissão se dá por meio de espirros, gotículas de saliva que contêm o bacilo, tosse e o contato direto com o agente etiológico da doença (RUFFINO-NETTO 2002 apud CARDOSO; CAMPOS, 2006).

3.3 FATORES DE RISCO PARA A TUBERCULOSE

Smeltzer e Bare (2005 P. 563) apontam os principais fatores de risco para desenvolver a tuberculose:

Contato próximo com algum portador da TB ativa, estado imunocomprometido (HIV, câncer, terapia prolongada com corticosteróides em dose alta, etc), abuso de substâncias (usuários de drogas IV ou por injeção e alcoólicos), condições médicas preexistentes ou tratamento especial (diabetes, insuficiência renal crônica, desnutrição, hemodiálise, órgãos transplantados e gastrectomia), imigrantes de países com alta prevalência de tuberculose, institucionalizados (instituições psiquiátricas, prisões, etc), viver em habitações com muitas pessoas, abaixo dos padrões de habitação.

3.4 ELEMENTOS PARA O DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE PULMONAR

3.4.1 História Clínica

Após a etapa de acolhimento ao doente de TB, temos a etapa seguinte que é a abordagem da história clínica, onde através dela o profissional de saúde deverá registrar os dados imprescindíveis e mais relevantes para o desenvolvimento das atividades posteriores que nortearão a conduta profissional diante do caso. A partir dessas informações colhidas será possível tomar decisões sobre como serão realizadas as investigações para definir melhor a doença, seu prognóstico e as principais intervenções que deverão ser orientadas e seguidas pelo doente.

No caso da TB como coloca Brasil (2002 p.13), as principais investigações que deverão ser feitas no momento de colher informações na história clínica do doente estão elencadas abaixo:

Questionar se o doente teve contato, intradomiciliar ou não, com uma pessoa com tuberculose; se este apresentar sintomas e sinais sugestivos de tuberculose pulmonar tosse seca

ou produtiva por três semanas ou mais, febre vespertina, perda de peso, sudorese noturna, dor torácica, dispnéia e astenia; história de tratamento anterior para tuberculose, presença de fatores de risco para o desenvolvimento da TB doença (Infecção pelo HIV, diabetes, câncer, etilismo).

3.4.2 Exame bacteriológico

A baciloscopia direta do escarro é o exame mais confiável para o diagnóstico da doença, porque por meio dele é possível detectar as principais formas de infecção pelo bacilo. De acordo com Brasil (2002 p. 13 e 14) recomenda-se a utilização de duas amostras da baciloscopia que logo abaixo o autor explica as fases para a realização correta da coleta de escarro:

Primeira amostra: coletada quando o sintomático respiratório procura o atendimento na unidade de saúde, para aproveitar a presença dele e garantir a realização do exame laboratorial. Não é necessário estar em jejum.

Segunda amostra: coletada na manhã do dia seguinte, assim que o paciente despertar. Essa amostra, em geral, tem uma quantidade maior de bacilos porque é composta da secreção acumulada na árvore brônquica por toda a noite.

O exame bacteriológico é oferecido gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é preciso apenas que o profissional de saúde realize sempre no seu serviço de saúde, a busca ativa pelos sintomáticos respiratórios para que seja feito o mais rápido possível a realização dos exames específicos que comprovem o diagnóstico da doença e nesses casos suspeitos onde os resultados forem positivos iniciar o tratamento adequado o mais precocemente. (BRASIL, 2002)

3.4.3 Exame Radiológico

O exame radiológico isolado não oferece diagnóstico para a tuberculose, por isso é sugerido sua utilização, apenas quando o profissional médico tem suspeito de caso da doença. Depois da realização da baciloscopia e com seu resultado positivo para a tuberculose, o exame radiológico fornecerá ao profissional a confirmação que ele

precisa para definir mais claramente o diagnóstico da tuberculose, tendo esse exame apenas a função de excluir a possibilidade de outra doença. (BRASIL, 2002)

De acordo com Silva Júnior (2004 p.3) quanto aos resultados dos exames radiológicos do tórax, eles deverão obedecer a seguinte classificação:

Normal – os que não apresentam imagens patológicas nos campos pulmonares.

Seqüela – os que apresentam imagens sugestivas de lesões cicatriciais.

Suspeito – os que apresentam imagens sugestivas de tuberculose.

Outras doenças – os que apresentam imagens sugestivas de pneumopatia não tuberculosa.

3.4.4 Teste Cutâneo Tuberculínico

O teste tuberculínico também serve apenas como um método auxiliar no diagnóstico da TB, que quando reatora aponta apenas que aquele indivíduo esteve em contato com o bacilo, mas que ele pode desenvolver ou não a forma ativa da doença, e essa possibilidade dependerá de vários fatores associados ao indivíduo. (BRASIL, 2002)

“A leitura da prova tuberculínica é realizada 72 a 96 horas após a aplicação, medindo-se, com régua milimetrada, o maior diâmetro da área de endurecimento palpável será o resultado do teste” (BRASIL, 2010).

Segundo Silva Júnior (2004 p. 4), o resultado registrado em milímetros do teste de realizado no indivíduo suspeito de TB, terá a classificação dos resultados de exposição ao bacilo os seguintes reatores:

0 mm a 4 mm- não reator- indivíduo não infectado pelo *M. tuberculosis* ou com hipersensibilidade reduzida.

5 mm a 9mm- reator fraco- indivíduo vacinado com BCG ou infectado pelo *M. tuberculosis* ou por outras micobactérias.

10mm ou mais- reator forte- indivíduo infectado pelo *M. tuberculosis*, que pode estar doente ou não, e indivíduos vacinados com BCG nos últimos dois anos.

3.5 TRATAMENTO

De acordo com Brasil (2005, p.740-741) discorre sobre as considerações importantes no tratamento da tuberculose e que encontra-se abaixo citada.

A tuberculose é uma doença grave, porém curável em praticamente 100% dos casos novos, desde que os princípios da quimioterapia sejam seguidos. O tratamento dos bacilíferos é a atividade prioritária de controle da tuberculose, uma vez que permite anular rapidamente as maiores fontes de infecção. Poucos dias após o início da quimioterapia, os bacilos da tuberculose praticamente perdem seu poder infectante. Assim, os doentes “pulmonares positivos” não precisam, nem devem, ser segregados do convívio familiar e comunitário. A associação medicamentosa adequada, doses corretas, uso por tempo suficiente, com supervisão da tomada dos medicamentos, são os meios utilizados para evitar a persistência bacteriana e o desenvolvimento de resistência às drogas, assegurando a cura do paciente.

Segundo Brasil (2009), para o sucesso no tratamento da tuberculose existem quatro condições básicas imprescindíveis que devem ser seguidas corretamente por parte do doente: “adesão do paciente, realização mensal da baciloscopia de controle nos casos de TB pulmonar, acompanhamento clínico que enfoque a importância na identificação de queixas e de sintomas; e na comprovação da cura, realizar duas baciloscopias, uma na fase de acompanhamento e a outra no final do tratamento.”

De acordo com Brasil (2010 p. 70-71), as principais mudanças no tratamento da TB são:

Inicialmente no Brasil era preconizado em 1979 o uso dentro do sistema de tratamento da TB um esquema composto por: Esquema I (2RHZ/4 RH); para os casos novos, Esquema I reforçado (2 RHZE/ 4RHE) para retratamentos; Esquema II (2 RHZ/ 7RH) para a forma meningoencefálica; e Esquema III (3 SZEEt/ 9 EEt) para falência. Em 2009, o PNCT, juntamente com o Comitê Técnico Assessor revisou o sistema de tratamento anterior que estava sendo utilizado no Brasil e baseado nos resultados preliminares do II Inquérito Nacional de Resistência os medicamentos anti-TB que evidenciou a resistência primária à Isoniazida (de 4,4 para 6%), inserindo o Etambutol

como quarto medicamento na fase intensiva de tratamento do Esquema Básico. Foram extintos o Esquema I reforçado e o Esquema III. Para todos os casos de retratamentos será realizado a cultura, identificação do teste de sensibilidade, iniciando com o Esquema Básico até o resultado da cultura e identificação do teste de sensibilidade.

3.6 MEDIDAS PREVENTIVAS

A melhor maneira de prevenir a contaminação pela TB é a realização do diagnóstico e tratamento precoce que só poderá ser feito, a partir do momento que as pessoas tiverem consciência da importância de procurar regularmente um serviço de saúde de atenção básica mais próxima da sua casa. “Outras medidas de prevenção importantes incluem a vacinação BCG, o tratamento da infecção latente e o controle de contatos” (BRASIL, 2010).

Uma das pautas de discussão entre os profissionais de saúde tem sido acerca da dificuldade de adesão dos pacientes diagnosticados com TB de não realizarem o tratamento conforme preconizado pelo Programa Nacional de Tuberculose (PNCT) com os devidos medicamentos e tempo previsto de 6 meses, abandonando no início o tratamento por acharem que pelo regresso do quadro clínico da doença, ela foi eliminada do organismo, o que reforça a necessidade de enfatizar nas comunidades adscrita de cada Estratégias Saúde da Família (ESF) a educação em saúde. Partindo do pressuposto de que a TB é uma doença que atinge principalmente indivíduos com o perfil “pertencente ao sexo masculino, usuário de drogas lícitas e ilícitas e a principal característica é o portador ter baixo nível de escolaridade” (SOUZA, et al, 2009) , é necessário que além da prevenção da doença os profissionais de saúde que lidam diretamente na assistência a esses doentes e contactantes possam inserir na prática diária de trabalho a promoção em saúde. Trabalhar também com a comunidade a orientação sobre o estigma que a doença acarreta e a necessidade de apoio que o doente de TB precisa é outro fator que dificulta o acesso ao doente na unidade de saúde por ter medo de repressão, isolamento e preconceito por parte da sociedade.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA E LOCAL

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem quantitativa do tipo transversal, realizada no município de Areia - PB no período de 2001 a 2010.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população em estudo foram os notificados no SINAN entre os anos de 2001 a 2010. E a amostra de 33 doentes de tuberculose reside em Areia.

4.3 ÁREA DE ESTUDO

O município de Areia - PB, localizado na região do Brejo Paraibano, com uma população estimada de aproximadamente 26.569 habitantes e área territorial de 269 km². A principal atividade econômica é a agricultura, voltada ao cultivo de cana-de-açúcar e a produção de seus derivados. É muito conhecida por suas riquezas culturais, particularmente o Museu de Pedro Américo, localizado dentro do Campus da UFPB na cidade, onde o turista pode observar as várias etapas da fabricação dos derivados da cana-de-açúcar como a cachaça, bem como a paisagem natural muito rica por sua fauna e flora.(PREFEITURA MUNICIPAL DE AREIA).

4.4 INSTRUMENTO DE PESQUISA

Este estudo foi realizado a partir da coleta de dados secundários retirado do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que é o sistema oficial de informação em saúde do Ministério da Saúde para registro de doenças de notificação compulsória (BRASIL, 2007).

4.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados no Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) foram submetidos à análise estatística simples como cálculo de frequência no Microsoft Office Excel 2007 e discutido comparando a revisão de literatura.

4.6 VARIÁVEIS INVESTIGADAS

As variáveis investigadas foram: sexo, faixa etária, escolaridade, agravos relacionados e situação de encerramento.

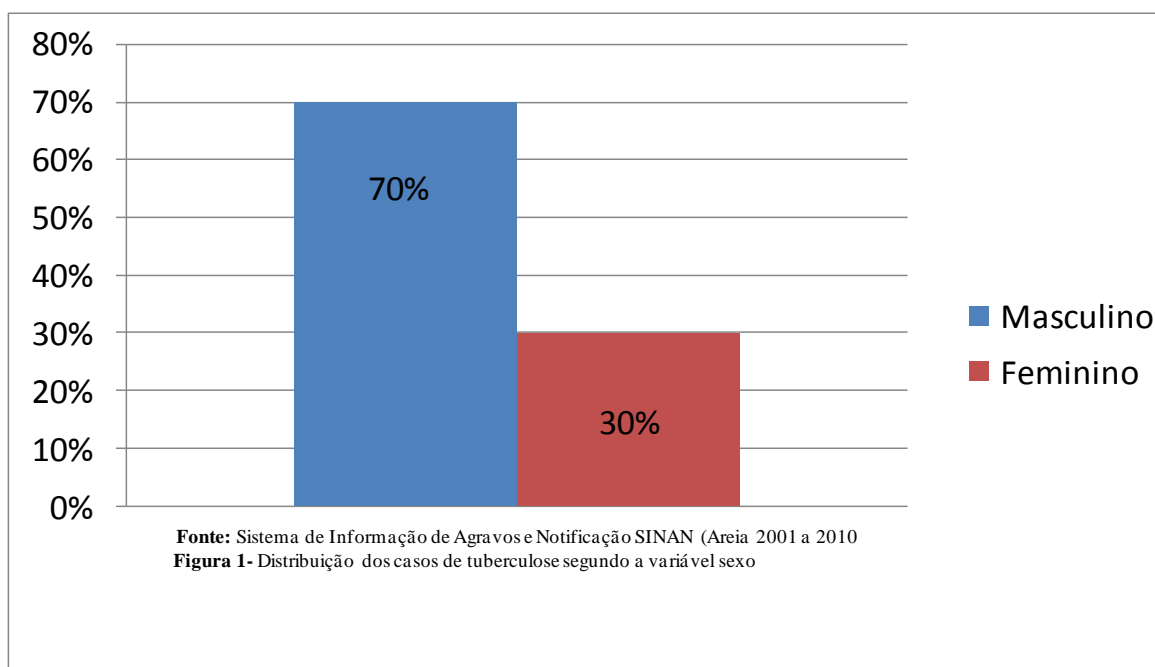
4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

De acordo com a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, órgão do Ministério da Saúde que regulamenta as normas aplicadas à pesquisa, que envolve seres humanos, foram respeitados os princípios éticos em todas as etapas desta pesquisa.

O projeto foi aprovado pela comitê de ética da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, cujo nº do CAAE, segundo parecer, foi 0455.0.000.133-10 (ANEXO 02).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

As figuras apresentados abaixo são referentes aos dados coletados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN/NET) do município de Areia-PB, no período de 2001 a 2010. Estes dados foram analisados e discutidos comparando com a literatura específica do assunto.

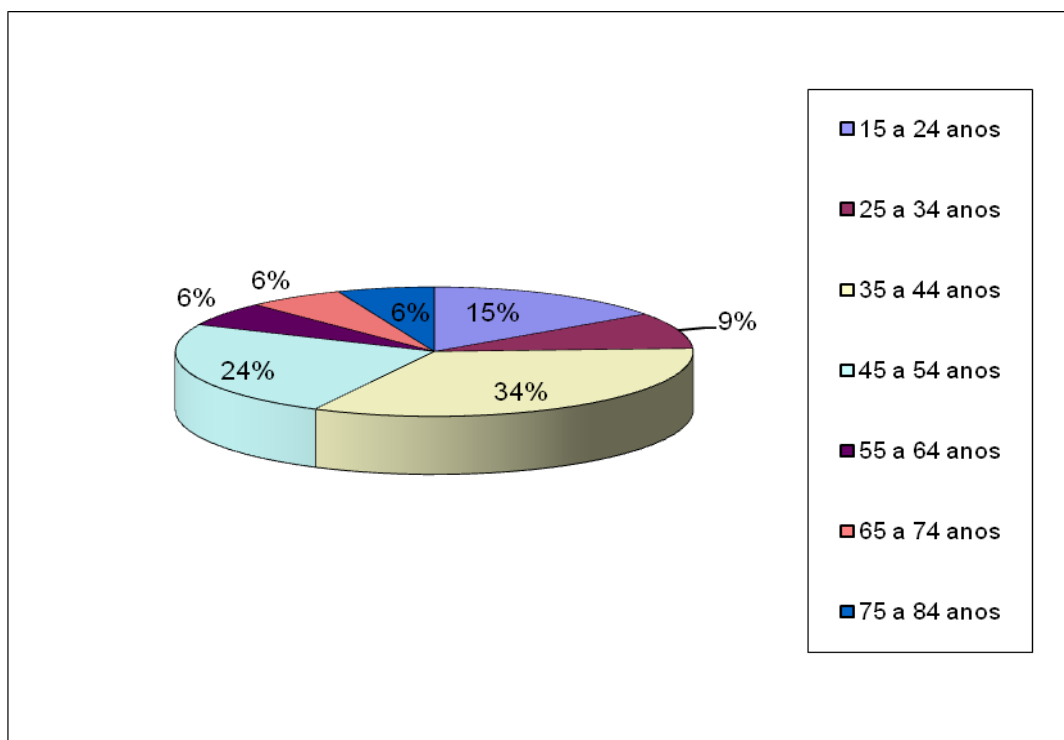


A Figura 01 apresenta a distribuição dos casos de TB entre os sexos masculino e feminino, no período de 2001 a 2010. Observa-se que do total de pacientes acometido com TB, 70% deles pertencem ao sexo masculino e 30% ao sexo feminino. Esses dados mostram que durante esse período da análise, o sexo masculino foi mais prevalente, corroborando com outro estudo semelhante realizado em Brasília por Kusano (2002), o qual mostrou também que a TB está mais presente no sexo masculino. O autor explica que a incidência da TB em mulheres é menor, porque elas freqüentam regularmente os serviços de saúde da atenção básica, participando dos programas de saúde da mulher, saúde da criança e saúde do adolescente, e por conta desse vínculo com a unidade de saúde elas têm mais chance de receber o diagnóstico e o tratamento precoce da TB se comparado aos homens, além do que elas estão buscando mais aumentar o seu grau de

escolaridade, adquirindo mais conhecimento sobre as patologias, o que possibilita que elas cuidem melhor da sua saúde.

Vendramini (2005) ainda destaca que a maior prevalência em homens “pode ser atribuída a fatores biológicos, incluindo os hábitos de vida.”

Um outro fator preocupante relacionado ao sexo é o abandono do tratamento da TB. Um estudo realizado em Porto Alegre no Serviço de Tuberculose do Centro de Saúde IAPI (MENDES; FENSTERSEIFER, 2004) revelou que o abandono do tratamento por homens não pode ser relacionado isoladamente a variável sexo, mas a forma como homens e mulheres percebem a doença, enfatizando que os homens jovens solteiros quando contaminados pela tuberculose aderem menos ao tratamento, por recusar abrir mão do seus hábitos de vida com festas, bebidas e fumo, acreditando que a doença é símbolo de fragilidade e que esta característica está mais ligada as mulheres pela ideologia que a sociedade prega definindo o que seria o comportamento do homem (ser livre e independente) e da mulher (mantedora do lar e frágil) , por esta razão os homens acreditam jamais esmorecer com dores no corpo ou com as doenças.

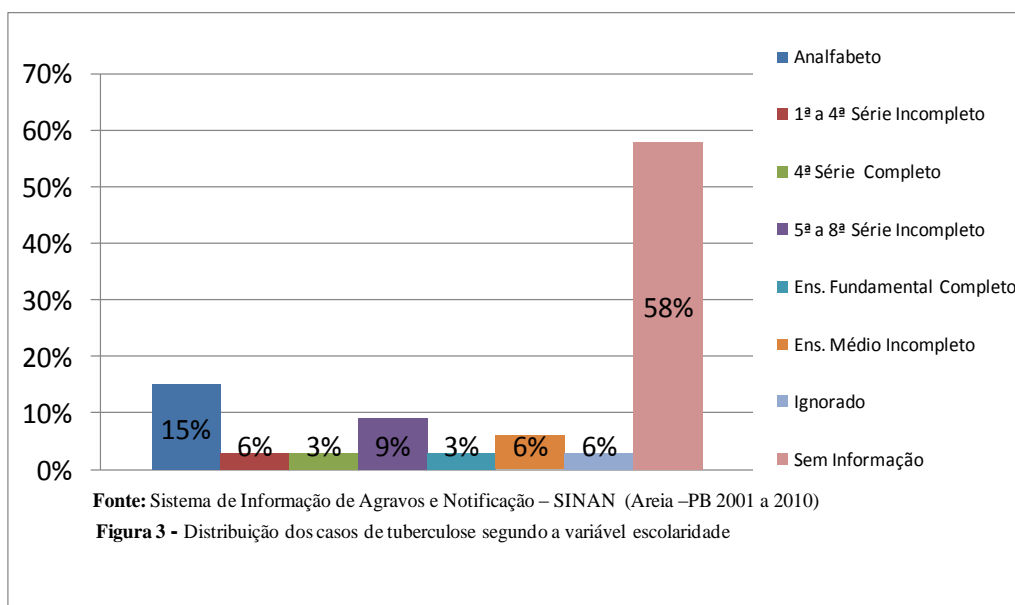


Fonte: Sistema de Informação de Agravos e Notificações- SINAN (Areia-PB, 2001 a 2010)

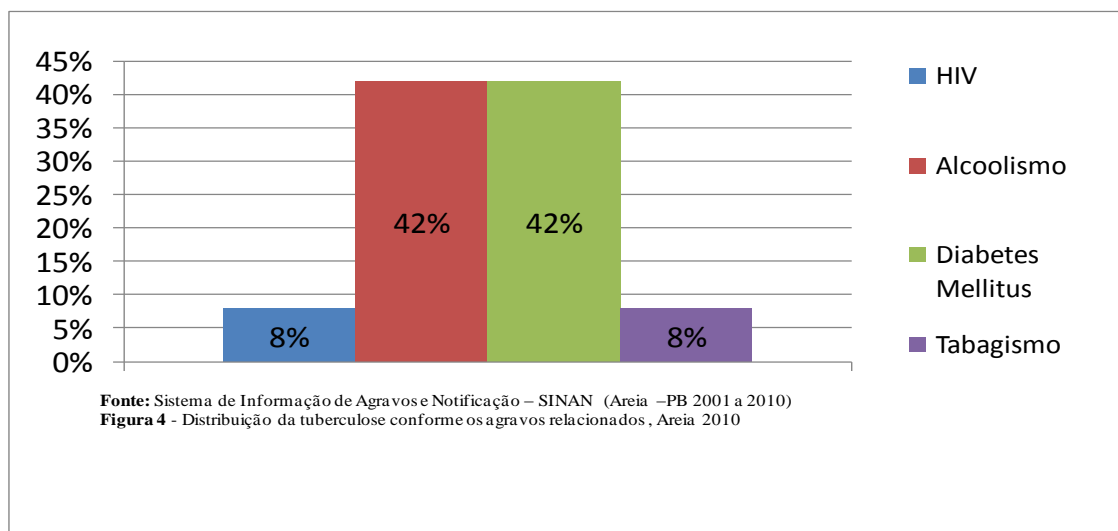
Figura 2- Distribuição da tuberculose segundo faixa etária

A Figura 2 revela que a faixa etária mais acometida pela TB ficou entre 35 a 44 anos de idade correspondendo a 34% dos casos registrados, seguido da faixa etária entre 45 a 54 anos de idade com 24% e de 15 a 24 anos com 15% registrados. Esses resultados da pesquisa confirmam os estudos realizados no Paraná por Pietrobon, *et al.*, (1994) apontam que de acordo com estudos retrospectivos realizado no início do século “a incidência era maior entre crianças e adultos jovens, mas que agora pacientes de todas as idades são acometidos, tendendo a predominar em faixas etárias maiores.” Com relação às outras faixas etárias presentes no gráfico, 55 a 64 anos, 75 a 84 anos, concentram 6% dos casos. De acordo com Chaimowicz (2001), os idosos estão sujeitos a reativação latente que está relacionada às alterações imunológicas nessa fase de vida, devido a deficiência das respostas fisiológicas que ficam deficientes e pela exposição as infecções exógenas freqüentes, que desencadeiam a apresentação de uma sintomatologia atípica ou escassa da tuberculose, dificultando a interpretação dos exames complementares ao diagnóstico correto da tuberculose, além de estar presente também nesta fase um grande número de doenças associadas a senescência que impedem que a descoberta da doença aconteça precocemente.

No que refere ao abandono por faixa etária Mendes; Fensterseifer (2004) apontam “que as pessoas acima de cinquenta anos e os homens apresentam um risco de não adesão à terapêutica” e nesse contexto, explica Gonçalves (1999) que “o momento da vida em que cada paciente se encontra (aliado ao que lhe é referido como homens e mulheres) impõe relações e atitudes que, por vezes, favorecem a não adesão ao tratamento do que à cura (da forma estipulada).”



Através da Figura 3 observamos que 15% da população em análise eram analfabetas, 9% possuíam oito anos de estudo. De acordo com Mascarenhas, et al. (2005) “a baixa escolaridade caracteriza um fator de risco para contrair a tuberculose, contribuindo também para a não adesão ao tratamento e para o aumento da taxa de abandono.” O grau de escolaridade da população é o reflexo da situação de vida precário desses indivíduos mais acometidos pela doença.



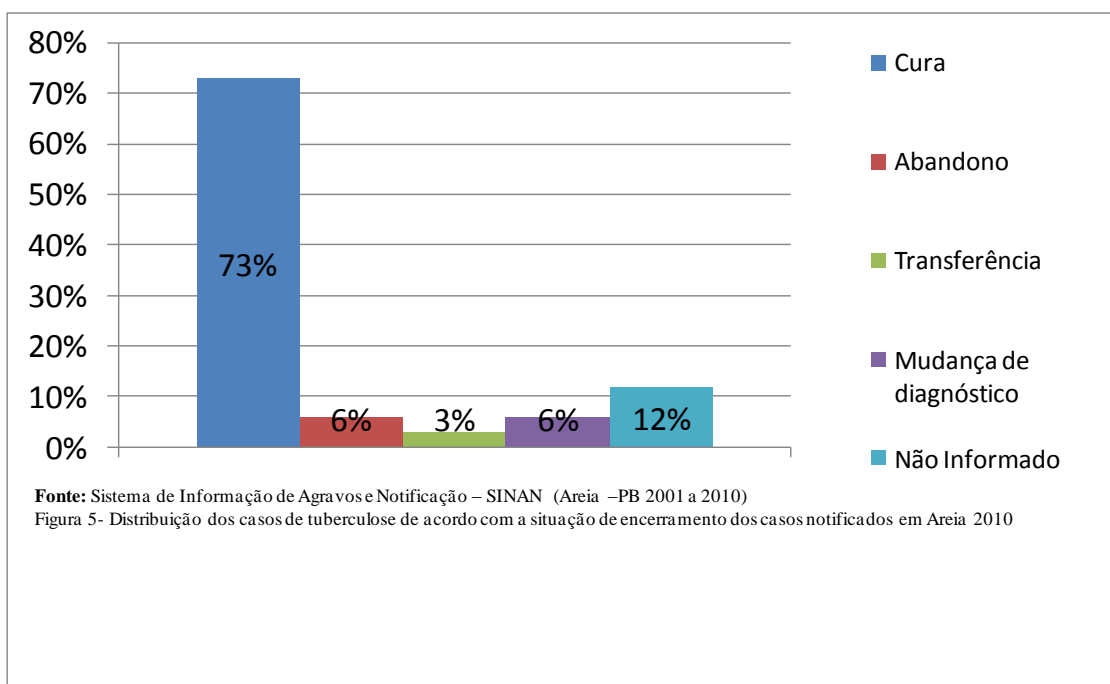
De acordo com a Figura 4 que mostra a distribuição dos casos de TB com relação aos agravos relacionados, os resultados apontam que a maioria dos doentes de TB (42%) eram alcoolistas, corroborando com o que diz Brasil (2002) que o alcoolismo é o principal agravo associado a tuberculose “que envolve freqüentemente a situação de fragilidade social, de imunodepressão dos indivíduos, relacionando-se com a desnutrição e exposição dos doentes a situações de risco, levando o doente a não adesão ao tratamento.”

Em um estudo realizado por Santo, et al (2009) observou-se que o número de dependentes de álcool entre pacientes com tuberculose é alto, e que a incidência da tuberculose ativa é maior em indivíduos que fazem a ingestão de álcool freqüentemente do que aqueles que não possui esse agravo associado.

O segundo agravo mais notificado, o diabetes mellitus, abrangeu 42% dos casos. De acordo com Franco (2005) “as pessoas portadoras de pelo menos uma das doenças

crônicas [...] possuem uma chance de contrair tuberculose 3,4 vezes maior que a chance das pessoas que não possuem nenhuma dessas doenças crônicas.”

Outro agravado associado à TB de grande importância é o HIV, que nesta pesquisa o percentual de associação representou uma frequência de 8% nos casos registrados, assim também pode-se observar o tabagismo. Diversos estudos sobre a temática relacionada à TB apontam a associação TB/HIV como responsável pelo aumento do número de casos por TB e óbitos pela doença. De acordo com Billo (1997) a infecção pelo HIV atualmente constitui como um dos principais fatores de risco para que o indivíduo desenvolva a forma ativa da doença



Como mostra a Figura 5, do total de casos de TB notificados, 73% deles evoluíram para cura da doença. Isso mostra que PNCT no município foi efetivo nas ações de controle da doença, porém ainda não cumpriu com a meta preconizada pelo Ministério da Saúde de 85% de sucesso no tratamento da doença. Em uma pesquisa realizada por Lima, et al (2005) o autor coloca que para avaliar as atitudes de adesão ao tratamento, verificou-se que os indivíduos que eram mais informado sobre a tuberculose, quando recebiam o diagnóstico da doença aderiam melhor ao tratamento proposto do que aqueles que desconheciam totalmente sobre a enfermidade.

De acordo com Mertolozzi, 1998 (apud Terra 2007) que discorre sobre o desfecho da TB para cura ou abandono, coloca que essa conduta vai ser baseada de acordo com a percepção que o indivíduo tem acerca da doença e a forma como ele reagirá enfrentando esse processo do adoecer, que pode resultar em condições que o leve a adesão ou ao abandono ao tratamento, ainda enfoca que a adesão depende não apenas do seu enfrentamento, mas de uma série de outros fatores que estão ligados a essa decisão, como a “organização dos processos de trabalho em saúde e a acessibilidade.”

Para Maher, et al (2003) o sucesso do tratamento da tuberculose depende da realização por parte do doente em cumprir corretamente com o tratamento proposto, adicionado a isso a responsabilidade dos profissionais de saúde envolvidos com a assistência a esse doente em avaliar e realizar intervenções que fortaleçam o vínculo entre ambos e a decisão a adesão ao tratamento.

Com relação ao abandono foram registrados 6% dos casos, significando um percentual positivo e aceitável se comparado ao que é preconizado pela OMS para taxa de abandono que deve estar em torno de 5%. Um fator que se pode atribuir os bons resultados encontrados nessa pesquisa é a acessibilidade ao serviço de saúde por parte dos doentes, a qual Fekete (1992) define como sendo “os ajustes entre as ofertas e as demandas pelos serviços de saúde” e Starfield (2002) completa que “a falha na porta de entrada dos serviços de saúde pode levar a uma atenção inadequada; se esta porta não for suficientemente reconhecida ou habilitada nos diagnósticos ou manejo do problema, a atenção necessária é adiada.”

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa permitiu conhecer o perfil da tuberculose no município de Areia no período de 2001 a 2010. Através dela foi possível avaliar que o Programa Nacional de Controle da Tuberculose neste município foi efetivo nas ações de controle da doença, o que se observa pelo percentual de cura (73%) e abandono (6%), obtidos nos casos estudados neste período.

Constatou-se que a tuberculose apresentou um maior número de casos no sexo masculino, na faixa etária de 35 a 44 anos de idade, os agravos relacionados foram etilismo e diabetes mellitus. Quanto à escolaridade foram registrados 15% de analfabetos. Esses resultados corroboram com o que as literaturas traçam como perfil do doente de tuberculose, o que deixa evidente que a doença está diretamente ligada aos fatores sócio-econômico da população, e dentre estes, podemos citar as condições de vida dessa população mais acometida e vulnerável como: os grandes aglomerados urbanos, alimentação precária, condições de trabalho inadequado, uso de drogas lícitas ou ilícitas, além do baixo grau de escolaridade que geram a falta de conhecimento da população acerca do acesso ao tratamento a doença de forma eficaz.

Como sugestão, este trabalho destaca a necessidade de reforçar as capacitações dos profissionais de saúde no município que envolve o programa da tuberculose, que seja enfatizado a importância do preenchimento correto da ficha de investigação dos casos de TB, bem como ressaltar a importância do tratamento supervisionado, a busca ativa dos sintomáticos respiratórios como preconiza o Ministério da Saúde e o trabalho intensivo de prevenção e promoção da saúde, desenvolvidos pelas ESF para que a comunidade possa estar sempre informada de como podem cuidar melhor da sua saúde.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSIS, M.M.A; CERQUEIRA, E.M; NASCIMENTO, A.A.A, *et al.* Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. **Rev. APS**, v. 10, p. 189-199, jun/dez.2007.

ASSUNÇÃO, RM; BARRETO, SM; GUERRA, HL; SAKURAI, E. Mapas de taxas epidemiológicas: uma abordagem Bayesiana. **Cad. Saúde Pública**. 1998. V.14.nº 4.P. 712-723

BILLO, N.E. **Programa de controle da tuberculose nos tempos da infecção pelo HIV. In: Seminário Interprogramas HIV/Tuberculose**. Brasília, 1997. Anais. Fortaleza, 1995. p.25-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000400. Acesso em: 11 de nov de 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual Técnico para o Controle da Tuberculose: cadernos de atenção básica/** Ministério da Saúde, Secretaria de políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica.- 6.ed.-Brasília, 2002

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância epidemiológica**. –Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde Departamento de Atenção Básica. 6ª. Ed. – Brasília. 2005. Disponível em: [http:// portal.saude.gov br/portal/arquivos/pdf/gui_vig_epi_novo2.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gui_vig_epi_novo2.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria Nº 5, de 22 de fevereiro de 2006: **Inclui doenças na relação nacional de notificação compulsória, define doenças de notificação imediata, relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional e normas para notificação de casos**. Diário Oficial da União. 1ª Seção. Nº 38, quarta-feira, 22 de fevereiro de 2007. ISSN 1677-7042. Brasília, 2007.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT):** 2008. Disponível em: [http:// portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar-texto.cfm?dtxt=28055](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar-texto.cfm?dtxt=28055). Acesso em 12 de Nov. de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Tuberculose**. Brasília. 2009. Disponível em: <http://www.corengo.org.br/ArquivosUpload/1/file/LIVRO%20miolo>. Acesso em: 1 dez de 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Tratado Diretamente Observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: Protocolo de enfermagem**. Brasília. 2010. Disponível em: http://www.redetb.org/attachments/1173_original_tdo_enfermag. Acesso em: 2 de dez de 2010.

CHAIMOWICZ, F. Tuberculose pulmonar em idosos: Parte II- Quadro clínico. **Rev. Bras. Clin. Ter.** 2001. v.27, n. 6, p.245-251. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=311382&indexSearch=ID>. Acesso em: 2 de dez de 2010

DAVID, R. Tuberculose. In: AGUIAR NETO, Zenaide; RIBEIRO, Maria Celeste Soares. **Vigilância e Controle das Doenças Transmissíveis**. 3ªed. São Paulo: Martinari, 2009. p. 337-349.

FEKETE, M.C. **Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde**: In: SANTANA, J.P. (Org). Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: OPAS, 1992

FIGUEIREDO, T.M.R.M. [slides]. Avaliação da Efetividade das Ações de controle da tuberculose comparando o modelo de atenção do programa Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde e Ambulatório de referência em tuberculose no município de Campina Grande-PB. 2009^a

FIGUEIREDO, T. M. R. M; VILLA, T. C. S; SCATELA, L. M., et al. Desempenho da Atenção Básica no controle da Tuberculose. **Rev. Saúde Pública**. 2009b. v. 43, n. 5, p. 825-831 apud Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Reunión regional de directores nacionales de programas de control de la tuberculosis: informe final. Ecuador; 1997.

FUNDO GLOBAL. **História da tuberculose**. 2009. Disponível em: <http://www.fundoglobaltb.org.br/site/tuberculose/historia.php?Section=3&SubSection=>. Acesso em: 10 de Nov de 2010.

FRANCO, J.V; MORAES, J.R; SANTANDER, L.A.M; GUIMARÃES, P.V. **Relação entre a ocorrência de tuberculose e um conjunto de fatores socioeconômicos, demográficos e de saúde da população brasileira usando a PNAD 2003**. 2005. Disponível em : <http://www.ime.unicamp.br/sinape/19sinape/node/511>. Acesso em: 12 de Nov de 2010.

GONÇALVES, H, et al. Adesão à Terapêutica da Tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na Perspectiva do Paciente. **Cad. Saúde Pública** 1999;15(4).P.777-87.

HIJJAR, M.A, et al. **Epidemiologia da tuberculose: importância no mundo, no Brasil e no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 14(4):310-4, 2005

KUSANO, M.S.E; SOUSA, S.T.R; ASSIS, A.M. Tendência da morbi-mortalidade por tuberculose no Distrito Federal- Brasil. **Rev. Boletim Pneumologia Sanitária**, v.10, n. 1, Rio de Janeiro, 2002.

KRITSKI, A.L; CONDE, M.B; SOUZA, G.R.M. **Tuberculose do ambulatório à enfermaria**. 2. ed., São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

KRITSKI, A. L.; VILLA, T. S.; TRAJMAN, A.; et al. Duas décadas de pesquisa em Tuberculose no Brasil: estado da arte das publicações científicas 2007. **Rev. de Saúde Pública**, v.41, n. 1, p. 9-14. apud CARDOSO, C.C.L & CAMPOS, E.C.S. Tuberculose: o retorno de uma velha doença. In Revista *Ágora: Políticas Públicas e Serviço Social*, Ano 2, nº 4, jul de 2006- INSSN 1807-698X. Disponível em: <http://WWW.assistentesocial.com.br>.

KRITSKI, A. L.; VILLA, T. S.; TRAJMAN, A. et al. Duas décadas de pesquisa em Tuberculose no Brasil: estado da arte das publicações científicas 2007

LIMA, A.L; SOUZA, F.B.A; FERREIRA, G.L. Tuberculose: atitudes do cliente frente à doença. **Bol. Pneumol. Sanit**, v. 13, n. 2, p. 83-90, 2005.

MASCARENHAS. M.D.M; et al. Perfil epidemiológico da tuberculose entre casos notificados no município de Piripiri, Estado do Piauí, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. **Epidemiologia e serviços de saúde**. 14(1):7-14, 2005.

MAHER.D; RAVIGLIONE M. Global epidemiology of tuberculosis. *Clin. Chest Med.*, v.26, n. 2, p. 167-182, 2003.

MEDEIROS, K. B. de A; et al. **Aplicação de um modelo de DOTS no diagnóstico e acompanhamento da Tuberculose no bairro de Jurema, Caucaia, CE**. Centro Acadêmico XII de Maio – Faculdade Medicina Universidade Federal do Ceará. 2005. [S.1]. Disponível em: <http://www.saudebrasilnet.com.br/saude/trabalhos/070s.pdf> >. Acesso em: 5 jul 2010.

MENDES, A.M de; FENSTERSEIFER, L.M. Tuberculose: porque os pacientes abandonam o tratamento?. **Rev. Bol. Pneumol. Sanit**, v. 12, n. 1. Rio de Janeiro abr. 2004.

Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/?IsisScript=iah/iah.xis&base=article^dlibrary&format=iso.pft&lang=p&nextAction=lnk&indexSearch=AU&exprSearch=FENSTERSEIFER,+LISIA+MARIA>. Acesso em: 10 de Nov de 2010.

MERTOLOZZI.MR. A adesão ao programa de Controle da tuberculose no distrito Sanitário do Butantã, São Paulo. [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. 1998 apud TERRA, M.F. **O Tratado Diretamente Observado (“DOTS”) como estratégia para adesão ao tratamento da tuberculose: significados segundo profissionais da saúde da supervisão técnica de saúde do Butantã, São Paulo-SP**. São Paulo. 2007. Dissertação. Mestrado em Saúde Pública. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

MURRAY, C.J.L; STYBLO,K; ROUILON, A. Tuberculosis in developing countries: burden, intervention and cost. **Bulletin of International Union against Tuberculosis and Lung diseases**, Paris, v.65, p.2-20, 1990 apud ARCÊNIO, R.A. **A acessibilidade do doente ao tratamento da tuberculose no município de Ribeirão Preto (2007)** Universidade de São Paulo Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, 2008.

NORONHA, A.B.de. De “doença romântica” a mal social. **Revista Radis**, n. 12. Rio de Janeiro, ago.2003.

OLIVEIRA, S.A da C; RUFFINO-NETTO, A; VILLA, T.C.S *et al.* Serviço de saúde no controle da tuberculose: enfoque na família e orientação para a comunidade. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v.17, n. 3, Ribeirão Preto, mai/jun de 2009.

Organização Mundial de Saúde (OMS). **Un marco ampliado de DOTS para el control eficaz de la tuberculosis: alto a la tuberculosis enfermedades transmisibles**. WHO; Genebra, 2002.

Organização Mundial de Saúde (OMS). **The Global Plan to Stop TP 2007-2015**. WHO, Genebra, 2006.

PIETROBON. R.S; PINHA, M.A; COSTA, A.B; SILVA.R.F. Epidemiologia da tuberculose óssea: análise de 249 caos no Paraná. **Rev. Brasil. de Ortopedia**. Paraná, v.27, n. 7, p. 245-251, Jun de 1994. Disponível em: http://www.rbo.org.br/1994_jun_26.pdf. Acesso em: 12 de Nov de 2001.

PREFEITURA DE AREIA. Disponível em: <http://areia.pb.gov.br/>. Acesso em: 1 de dez de 2010.

RUFFINO-NETO, Antonio. **Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas** – Departamento de Medicina Social/ Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, v.1, n. 3, jul/set de 2001. p.10.[S.1].

RUFFINO-NETTO, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Rev. Da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 1, n. 35, p.51-58, jan-fev, 2002.apud CARDOSO, C.C.L & CAMPOS, E.C.S. Tuberculose: o retorno de uma velha doença.In Revista *Ágora: Políticas Públicas e Serviço Social*, Ano 2, nº 4, jul de 2006- INSSN 1807-698X. Disponível em: [http:// WWW.assistentesocial.com.br](http://WWW.assistentesocial.com.br).

SANTO, L.A.L.A; SANTOS, P.C.H; MOREIRA, M.E. Perfil clínico, epidemiológico e laboratorial dos pacientes com tuberculose em hospital universitário da região do Vale da Paraíba, Estado de São Paulo. **Rev. Epidemiol. Paul (online)**, v. 6, n. 68. São Paulo, aug. 2009

SOUZA, M.S.P.L; PEREIRA, S.M; MARINHO, J.M et al. Características dos Serviços de Saúde associado à adesão ao tratamento da tuberculose. **Rev. de Saúde Pública**, v.46, n. 6, p. 998-1005, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n6/11.pdf>. Acesso em: 1 de dez de 2010.

SILVA JÚNIOR, J.B. Tuberculose: Guia de Vigilância Epidemiológica. **Rev. Brasil. De Pneumol**. 2004, v.30, n. 1. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132004000700003&script=sci_arttext. Acesso em: 01 de dez de 2010.

SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE: relatório de situação: Paraíba/ Ministério da Saúde.2ª Ed.-Brasília. 2006.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; Brunner & Suddarth. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico: Tratamento de Pacientes com Distúrbios Torácicos e do Trato Respiratório Inferior** Tradução: José Eduardo Ferreira de Figueiredo.10.ed., v. 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 563-569.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

VENDRAMINI, SHI, Gazetta CL, Netto JC, *et al.* Tuberculose em município de porte médio do sudeste do Brasil: indicadores de morbidade e mortalidade, de 1985 a 2003. **J Bras Pneumol** 2005;31(3):237-43.

VERONESI, R, Focaccia R. **Tratado de infectologia**. 3. ed. São Paulo: Ed. Atheneu; 2005. p.1139-1206.

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO **TUBERCULOSE**

Nº ANEXO I

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		3 Código (CID10) A 1 6. 9		4 Data da Notificação	
	2 Agravo/doença TUBERCULOSE		4 UF		5 Município de Notificação	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		7 Código		7 Data do Diagnóstico	
Notificação Individual	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		12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Estudo fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Estudo médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Estudo médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica				13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF		18 Município de Residência		19 Código (IBGE)	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		22 Código	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares do Caso					
Antecedentes Epidemiológicos	31 Nº do Prontuário		32 Ocupação			
	33 Tipo de Entrada 1 - Caso Novo 2 - Recidiva 3 - Reingresso Após Abandono 4 - Não Sabe 5 - Transferência			34 Institucionalizado 1- Não 2- Presídio 3- Asilo 4- Orfanato 5- Hospital Psiquiátrico 6- Outro 9- Ignorado		
Dados Clínicos	35 Raio X do Tórax 1 - Suspeito 2 - Normal 3 - Outra Patologia 4 - Não Realizado			36 Teste Tuberculínico 1 - Não Reator 2 - Reator Fraco 3 - Reator Forte 4 - Não Realizado		
	37 Forma 1 - Pulmonar 2 - Extrapulmonar 3 - Pulmonar + Extrapulmonar		38 Se Extrapulmonar 1 - Pleural 2 - Gang. Perif. 3 - Geniturinária 4 - Óssea 5 - Ocular 6 - Miliar 7 - Meningoencefálico 8 - Cutânea 9 - Laringea 10 - Outra			
Dados do Laboratório	39 Agravos Associados 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					Aids <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Outras _____
	40 Baciloscopia de Escarro (diagnóstico) <input type="checkbox"/> 1ª amostra 1 - Positiva <input type="checkbox"/> 2ª amostra 2 - Negativa 3 - Não Realizada		41 Baciloscopia de Outro Material 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada		42 Cultura de Escarro 1 - Positiva 3 - Em Andamento 2 - Negativa 4 - Não Realizada	
	43 Cultura de Outro Material 1 - Positiva 3 - Em Andamento 2 - Negativa 4 - Não Realizada		44 HIV 1 - Positivo 3 - Em Andamento 2 - Negativo 4 - Não Realizado		45 Histopatologia 1 - Baar Positivo 4 - Em Andamento 2 - Sugestivo de TB 5 - Não Realizado 3 - Não Sugestivo de TB	
Tratamento	46 Data de Início do Tratamento Atual		47 Drogas 1 - Sim 2 - Não <input type="checkbox"/> Rifampicina <input type="checkbox"/> Isoniazida <input type="checkbox"/> Pirazinamida <input type="checkbox"/> Etonamida <input type="checkbox"/> Etambutol <input type="checkbox"/> Estreptomina <input type="checkbox"/> Outras _____			
	48 Indicado para Tratamento Supervisionado (TS/DOTS)? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		49 Número de Contatos Registrados		50 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Investigador	Município/Unidade de Saúde				Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome Tuberculose		Função Sinan NET		Assinatura SVS 18/05/2006	

ANEXO I

TUBERCULOSE
INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO – SINAN NET

- N.º - Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 1 - Este campo identifica o tipo de notificação, informação necessária à digitação. Não é necessário preenchê-lo.
- 2 - Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo SINAN (CID 10) que está sendo notificado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 3 - Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 4 - Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 5 - Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 6 - Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 7 - Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 8 - Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 9 - Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano) de forma completa.
- 10 - Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex. 20 dias = 20 D; 3 meses = 3 M; 26 anos = 26 A). Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente.
 OBS: Se a data de nascimento não for preenchida, a idade será **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 11 - Informar o sexo do paciente (M = masculino, F = feminino e I = ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 12 - Preencher com a idade gestacional da paciente, quando gestante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando sexo F = feminino.
- 13 - Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: 1) Branca; 2) Preta; 3) Amarela (compreendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela); 4) Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuzo, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça); 5) Indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia).
- 14 - Preencher com a série e grau que a pessoa está frequentando ou frequentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação.
- 15 - Preencher com o número do **CARTÃO ÚNICO** do Sistema Único de Saúde – SUS.
- 16 - Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações).
- 17 - Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 18 - Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- 19 - Anotar o nome do distrito de residência do paciente.
- 20 - Anotar o nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN) de residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
- 21 - Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc) e nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia.
- 22 - Anotar o número do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
- 23 - Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apt. 402, lote 25, casa 14, etc).