



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

THIARA BATISTA FREIRE

**SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA TUBERCULOSE EM UM
MUNICÍPIO DO CARIRI CEARENSE**

Campina Grande-PB
2014

THIARA BATISTA FREIRE

**SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA TUBERCULOSE EM UM
MUNICÍPIO DO CARIRI CEARENSE**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Estadual da
Paraíba em cumprimento à exigência para
obtenção do grau de Bacharel e
Licenciado em Enfermagem.

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

Campina Grande-PB
2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

F866s Freire, Thiara Batista.

Situação epidemiológica da tuberculose em um município do Cariri cearense [manuscrito] / Thiara Batista Freire. - 2014.
22 p. : il.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2014.

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

1. Tuberculose. 2. Epidemiologia. 3. Serviços de saúde. I.
Título.

21. ed. CDD 616.995

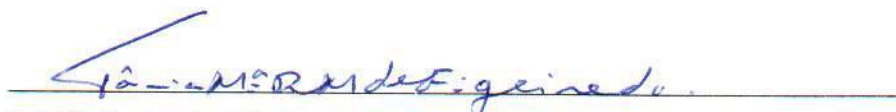
THIARA BATISTA FREIRE

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA TUBERCULOSE EM UM MUNICÍPIO
DO CARIRI CEARENSE

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Estadual da
Paraíba em cumprimento à exigência para
obtenção do grau de Bacharel e
Licenciado em Enfermagem.

Aprovada em: 06 / 03 / 2014

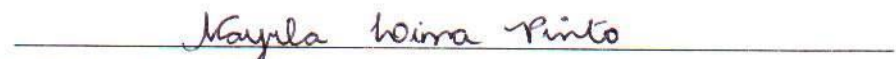
Banca Examinadora



Profª Drª Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo - Universidade Estadual da
Paraíba-UEPB
Orientadora



Profª Msc Talina Carla da Silva - Faculdade Santa Maria-FSM
Examinadora 1



Profª Msc Mayrla Lima Pinto - Universidade Estadual da Paraíba-UEPB
Examinadora 2

RESUMO

FREIRE, T.B. **Situação Epidemiológica da Tuberculose em um Município do Cariri Cearense**. Trabalho de Conclusão de Curso – TCC (Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande/PB, 23p. 2014.

Objetivo: Identificar o perfil epidemiológico da Tuberculose no município de Juazeiro do Norte-CE no período 2001 a 2012. **Metodologia:** Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, descritivo de série histórica. A população do estudo foi composta por 1.037 casos notificados no Sistema de Informação de Agravos e Notificação. Para análise dos dados dividiu-se o período em dois momentos, de 2001 a 2006 e de 2007 a 2012, foram utilizadas as seguintes variáveis: Sexo, faixa etária, escolaridade, raça, forma clínica, tipo de entrada, realização do teste de Síndrome da imunodeficiência adquirida, realização do tratamento diretamente observado e situação de encerramento. Os dados foram computados no SPSS. 18. **Resultados:** Nos dois períodos 2001 a 2006 e 2007 a 2012 identificou-se respectivamente um predomínio da doença em indivíduos: do sexo masculino, com 57,9% e 57% ; faixa etária de 20-39 anos, 44% e 40%; quanto à raça destacou-se a cor parda 34% e 59,8%; para escolaridade o ensino fundamental incompleto 53,2% e 36,9%. A forma clínica de maior prevalência foi a pulmonar, com 88,9% e 88,8%; no tipo de entrada 86,5% e 91,4% deram início ao tratamento como casos novos; 84,1% e 36,2% não realizaram teste de HIV; 46,8% 74,6% dos realizaram tratamento diretamente observado; na situação de encerramento, apenas 78,2% e 78,1% obtiveram cura e 8,3% e 3,1% abandonaram o tratamento. **Conclusão:** Conclui-se que a TB persiste com grande impacto epidemiológico no município em estudo em decorrência das iniquidades sociais somadas as fragilidades ainda existentes no serviços de saúde em nível municipal.

Palavras-chave: Tuberculose, Epidemiologia, Avaliação de serviço de saúde.

ABSTRACT

Objective: Identify the epidemiological profile of tuberculosis in the city of Juazeiro-CE in the period of 2001-2012. **Methodology:** It is a descriptive cross-sectional epidemiological study of historical series. The study's population consisted of all cases reported in the Information and Notification Diseases System. Data analysis was divided into two periods, 2001-2006 and 2007-2012, the following variables were used: gender, age, education, race, clinical presentation, type of input, performing the test of Acquired Immunodeficiency Syndrome, directly observed treatment and foreclosure situation. Data analyzes were performed using SPSS.18. **Results:** In the two periods 2001-2006 and 2007-2012 respectively, we identified a prevalence of the disease in individuals: male, with 57.9% and 57%; aged 20-39 years, 44% and 40%, according to race stood out mulatto 34% and 59.8%, for education incomplete primary education 53.2% and 36.9%. The most prevalent clinical form was the pulmonary, with 88.9% and 88.8%; on the input type 86.5% and 91.4% initiated the treatment as new cases; 84.1% and 36.2 % were not tested for HIV; 46.8% 74.6% of the patients were followed in directly observed treatment modality; the foreclosure situation, only 78.2% and 78.1% were cured and 8.3% and 3.1% abandoned the treatment. **Conclusion:** It was conclude that TB continues to have a large epidemiological impact in the studied city as a result of social inequities added the existing weaknesses in the health services at the municipal level.

Keywords: Tuberculosis, Epidemiology, Health Service Evaluation.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	08
2	METODOLOGIA.....	11
2.1	Tipo de estudo.....	11
2.2	Cenário do Estudo.....	11
2.3	Variáveis do Estudo.....	12
2.3.1	Variáveis sociodemográficas.....	12
2.3.2	Variáveis Clínico-epidemiológicas.....	12
2.4	População.....	12
2.5	Crítérios de inclusão e exclusão.....	13
2.6	Coleta de dados.....	13
2.7	Análise dos dados.....	13
2.8	Aspectos éticos da pesquisa.....	13
3	RESULTADOS.....	13
4	DISCUSSÃO.....	16
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
	REFERENCIAS.....	21

APRESENTAÇÃO

Este estudo é parte do plano de trabalho desenvolvido no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), da Universidade Estadual da Paraíba. O projeto tem como título “**Análise espaço-temporal dos casos de tuberculose notificados em municípios do nordeste do Brasil, pela técnica de geoprocessamento**”, de caráter cooperativo, aprovado pelo **Edital 01/2012**. Foi desenvolvido com apoio do Grupo de Pesquisa em Avaliação de Serviços de Saúde da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) cadastrado no CNPq, coordenado pela Prof^a. Dra. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo, lotada no Departamento de Enfermagem da UEPB, pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas Epidemiológica-NEPE/UEPB e Professora do Mestrado em Saúde Pública (UEPB).

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) acomete a humanidade desde antes de cristo, alguns relatos contam que múmias egípcias apresentavam claras evidencias de lesões ósseas devido à doença. No Brasil, a TB foi introduzida pelos portugueses missionários jesuítas, desde o início da colonização, e se mantém com longo e transcendente impacto (CAPONE et al., 2006; HIJJAR et al., 2007).

A TB é uma doença infectocontagiosa e mesmo com todos os avanços para contê-la, ainda é considerado um grave problema de saúde pública. Estima-se que a cada três pessoas no mundo, uma está infectada pelo *Mycobacterium Tuberculosis*, agente etiológico conhecido causador da doença, também chamado de bacilo de koch (BRASIL, 2011a; RUFFINO NETO, 2002).

A transmissão da doença ocorre de pessoa para pessoa, através do ar, quando um doente de TB pulmonar ao falar, tossir ou espirar elimina gotículas contendo o bacilo, que ficam suspensas no ar até alcançarem um hospedeiro. A disseminação da TB esta relacionada com alguns fatores como: áreas de grandes concentrações humanas em centros urbanos, que apresentam precários serviços de infraestrutura urbana, como saneamento e habitação, associados à fome e a miséria (BRASIL, 2011a; SÀNCHEZ; BERTOLOZZI, 2009).

Para o diagnóstico são avaliados os sintomas: tosse produtiva ou seca, febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento. Para confirmação são realizados alguns exames; a baciloscopia de escarro e o raio-x de tórax. Outra ação importante é a recomendação do derivado proteico purificado (PPD), para avaliação do risco de adquirir a doença, indicado as pessoas que tem contato direto com os doentes (BRASIL, 2011a; VIEIRA; RIBEIRO, 2011).

O tratamento da doença é gratuito e disponibilizado em estabelecimentos vinculados ao sistema único de saúde (SUS), para tanto, após a confirmação do diagnóstico de TB, os serviços de saúde devem garantir, sem atraso o esquema terapêutico adequado, assegurando a associação medicamentosa de acordo com as necessidades de cada doente, as doses corretas e o uso por tempo suficiente (BRASIL, 2011a).

Com o fim da terapêutica recomendada, a situação de encerramento dos casos pode ser classificada em: cura, abandono, óbito por TB, transferência, mudança de diagnóstico, mudança de esquema terapêutico, TB multirresistente e falência. A cura acontece quando os pacientes pulmonares inicialmente positivos, apresentarem ao fim

do tratamento, pelo menos duas baciloscopias negativas. O abandono é confirmado quando o paciente deixou de tomar a medicação por mais de 30 dias consecutivos. É considerado transferência quando o paciente passa a ser acompanhado por outra unidade básica de saúde e óbito por tuberculose quando existe conhecimento da morte do paciente durante o tratamento em virtude da TB (BRASIL, 2011a; VENDRAMINI et al., 2005).

Um dos grandes entraves na redução do número de casos de TB é a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) que também leva ao aumento da mortalidade entre os pacientes co-infectados. No entanto, esse não é o único fator que dificulta o controle da enfermidade, a associação da TB com outros agravos como o Diabetes Mellitus e o alcoolismo também contribuem para que o desfecho do tratamento se dê de forma negativa como, por exemplo, óbito ou abandono do tratamento (JAMAL; MOHERDAUI, 2007; OROFINO et al., 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os índices de mortalidade da doença estão muitas vezes relacionados ao abandono de tratamento, questão que merece toda atenção, pois favorece a manutenção da cadeia de transmissão e aumenta a resistência bacteriana aos fármacos de primeira linha. Dessa forma, pode-se dizer que a mortalidade, o abandono e a cura da TB são importantes indicadores, que dão um retrato mais aproximado de como a doença se apresenta na realidade atual (BRASIL, 2011a; WHO, 2009).

A TB está concentrada em um grupo de 22 países com 82% de todos os casos diagnosticados no mundo. No ano 2012 8,6 milhões de pessoas desenvolveu a TB, a mortalidade foi de 1,3 milhões de pessoas, situação que contribui para que a doença continue como a segunda causa de morte por doenças infecciosas depois do HIV/AIDS (WHO, 2013).

No Brasil, no ano de 2011 foram notificados 69.245 casos já em 2012 atingiu o número de 71.230 pessoas no ano de 2012, elevando a incidência para 36,7/ 100.000 habitantes, colocando o país na 17ª posição entre os países com alta carga da doença. Neste mesmo ano, obteve uma taxa de cura de 69,2% e a de abandono 11,9% ainda aquém do é preconizado o que demonstra séria. A TB é a 4ª causa de morte por doenças infecciosas e parasitárias e a 1ª causa de morte por doença infecciosa em doentes com HIV/AIDS (BRASIL, 2013; SINAN, 2014).

A região nordeste foi a segunda região com mais casos de TB bacilíferos no ano de 2012 com 27,1% de todos os casos notificados no país, a incidência foi de 35.0/100.000 habitantes. O estado do Ceará teve no mesmo ano um coeficiente de

incidência de 38,8/100.000 habitantes com 3.338 casos notificados, dos quais 84,8% foram diagnosticados com a forma pulmonar, responsável pelo alto potencial de transmissão. No município de Juazeiro do Norte-CE foram registrados 72 casos novos de TB, o que corresponde a uma incidência de 28,2/100.000 habitantes (SINAN, 2014).

Em 1993 a OMS declarou situação de emergência para a tuberculose e criou uma estratégia para o seu controle, a *Directly Observed Treatment, Strategy (DOTS)*, composta por cinco componentes: detecção de casos por baciloscopia entre sintomáticos respiratórios; tratamento padronizado de curta duração, diretamente observável e monitorado em sua evolução; fornecimento regular de drogas; sistema de registro e informação que assegure a avaliação do tratamento; compromisso do governo colocando o controle da TB como prioridade entre as políticas de saúde (BRASIL, 2011b).

Nesse sentido, a estratégia DOTS é um conjunto de medidas reconhecidamente em âmbito mundial, que potencializam ações para conter o avanço da doença e atingir as metas preconizadas pela OMS, com o objetivo de reduzir o abandono de tratamento para 5% e aumentar a cura para 85% até 2015 e chegar a uma incidência menor que 1/1.000.000 habitantes por ano e eliminar a TB como problema de saúde pública até 2050 (WHO, 2009).

Em 2003, o Ministério da Saúde elegeu a TB como “problema prioritário de saúde pública”, no entanto, apenas em 2006, a TB vem a ser incluída como uma ação estratégica do Plano Nacional de Atenção Básica, tendo em vistas, indicadores que devem ser monitorados e avaliados, essa estratégia fortaleceu a descentralização das ações nos municípios incentivando-os a se comprometer ainda mais com o controle da doença (BRASIL, 2011a).

O monitoramento das ações do Plano Nacional de Controle da TB (PNCT) através de avaliação periódica tornam-se necessárias para realização das pesquisas relacionadas à TB além de avaliar a qualidade da assistência à saúde e nortear a prática dos profissionais de saúde, principalmente os que estão à frente da atenção básica como, por exemplo, o enfermeiro. Diante da relevância de uma compreensão cada vez maior de certos dados quantitativos relativos à tuberculose, esse trabalho traz contribuições significativas tanto em âmbito individual quanto coletivo.

Estudo objetivou investigar o perfil epidemiológico dos doentes com tuberculose no município de Juazeiro do norte/ CE, no período de 2001 a 2012.

2 METODOLOGIA

2.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo e transversal. Os estudos transversais são aqueles em que as medições são feitas em um único momento, apropriados para descrever características da população no que diz respeito a determinadas variáveis e os seus padrões de acontecimento, a partir de fontes primárias ou secundárias (PEREIRA, 2005).

2.2 Cenário de estudo

O município de Juazeiro do Norte localiza-se na região sul do estado do Ceará mais precisamente na microrregião do Cariri, a 533 km de Fortaleza capital do Estado, sua área territorial compreende 248.832 km² sendo 95,3% dessa urbanizada. Estima-se que, sua população em 2013 foi de 261.289 mil habitantes, que torna o terceiro município mais populoso do Ceará, com densidade demográfica de 1.004,45 habitantes por km² e conhecido por ser considerado um dos maiores centros de religiosidade popular da América Latina (IBGE, 2013).

Está entre os municípios prioritários para o controle da TB no Ceará, junto com mais 5 cidades respondem por 67% dos casos de tuberculose do Estado. A rede de serviços de saúde de Juazeiro do Norte é composta 64 equipes da Estratégia Saúde da Família- ESF, 7 equipes de Núcleo de Apoio a Saúde da Família- NASF as quais dão suporte em média a 12 equipes da estratégia saúde da família (ESF), também possui na rede de serviços 1 Unidade de Pronto Atendimento- UPA.

2.3 Variáveis do estudo

2.3.1 Sócio-demográficas:

- Sexo: Masculino e Feminino.
- Faixa etária: Por ser uma variável contínua, foram distribuídos em extratos de maior representatividade para o perfil da doença.
- Raça: Branca, preta, amarela, parda, indígena, ignorada, em branco.

- Escolaridade: Sem escolaridade, ensino fundamental incompleto e completo, ensino médio incompleto e completo, ensino superior incompleto e completo, ignorada, em branco.

2.3.2 Clínico-epidemiológicas:

- Forma clínica:
 - ✓ Pulmonar: TB pulmonar se configura quando o doente apresenta resultados de baciloscopias e/ou cultura positivas, ou imagens radiológicas sugestivo de lesão ativa representada por opacidade parenquimatosa (BRASIL, 2011a).
 - ✓ Extrapulmonar: É descrita por sua localização anatomopatológica, considerando achados clínicos, radiológicos e histopatológicos, não deve ser dispensado o resultado bacteriológico (BRASIL, 2011a).
 - ✓ Pulmonar e Extrapulmonar: Quando o doente agrega as duas formas clínicas (BRASIL, 2011a).
- Tipo de entrada:
 - ✓ Caso novo: É classificado todo paciente que nunca se submeteu a tratamento anterior ou o fez por até 30 dias (BRASIL, 2011a).
 - ✓ Recidiva: Os doentes que passaram por tratamento anterior e receberam alta por cura (BRASIL, 2011a).
 - ✓ Reingresso após abandono: O doente que iniciou tratamento anterior e deixou de tomar medicamento por mais de 30 dias consecutivos (BRASIL, 2011a).
 - ✓ Transferência: É a situação em que o doente passa a ser acompanhado por outra unidade de saúde (BRASIL, 2011a).
- Resultado de teste HIV/AIDS: Positivo, negativo, em andamento e não realizado.
- Realização de tratamento diretamente observado (TDO)/ DOTS: Sim, não, ignorada, em branco.
- Situação de encerramento: cura, abandono, óbito por tuberculose, óbito por outras causas, transferência, mudança de diagnóstico, mudança de esquema terapêutico por intolerância, TB multirresistente, falência e em branco.

2.4 População

Foram notificados no período estudado 1037 casos de tuberculose, dos quais só fizeram parte do estudo 1030, devido a existência de registros duplicados.

2.5 Critérios de inclusão e exclusão

Adotou-se como critério de exclusão: os casos com registro duplicado, restando 1.030 casos.

2.6 Coleta de dados

Ocorreu de 12 de fevereiro a 03 de março de 2013, através de fonte secundária na base de dados do SINAN.

2.7 Análise estatística

A caracterização sócio-demográfica e clínico epidemiológica dos doentes em estudo foi realizada a partir de técnicas de estatística descritiva utilizando a frequência, para isso foi necessário o armazenamento dos dados coletados em uma planilha eletrônica no Excel e posteriormente o programa SPSS. 18 para obter a frequência absoluta e relativa das variáveis em estudo.

2.8 Aspectos Éticos

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba/UEPB, atendendo às orientações inerentes ao protocolo de pesquisa contido na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe das normas que regulamentam a pesquisa com seres humanos.

3 RESULTADOS

Foram selecionados para o estudo 1.037 casos de tuberculose notificados no SINAN no município de Juazeiro do Norte/CE no período de 2001 a 2012, desse total foram excluídos 7 casos por duplicidade de registros, portanto foram analisados 1.030 casos. Dividiu-se o período estudado em dois, o primeiro de 2001 à 2006 e o segundo

de 2007 à 2012, que possibilitou a comparação da frequência das variáveis analisadas nos dois períodos.

Tabela 1- Número e proporção dos casos de tuberculose segundo sexo, faixa etária, raça e escolaridade, Juazeiro do Norte/CE, 2001-2012.

VARIÁVEIS	2001 - 2006		2007 - 2012	
	N	%	N	%
SEXO				
Masculino	334	57,9	258	57,0
Feminino	238	41,2	195	43,0
Ignorado	5	0,9	0	0,0
FAIXA ETÁRIA				
0-9	11	1,9	7	1,5
10-19	42	7,3	32	7,1
20-39	254	44,0	181	40,0
40-59	194	33,6	144	31,8
60+	76	13,2	89	19,6
RAÇA				
Branca	113	19,6	95	21,0
Preta	66	11,4	61	13,5
Amarela	6	1,0	6	1,3
Parda	196	34,0	271	59,8
Indígena	0	0,0	1	0,2
Ignorada	1	0,2	17	3,8
Em branco	195	33,8	2	0,4
ESCOLARIDADE				
Sem escolaridade	127	22,0	51	11,3
Ens. Fund Incompleto	307	53,2	167	36,9
Ens Fund Completo	0	0,0	25	5,5
Ens Med Incompleto	70	12,1	41	9,1
Ens Med Completo	0	0,0	36	7,9
Ens Sup Incompleto	0	0,0	8	1,8
Ens Sup Completo	20	3,5	5	1,1
Ignorado	11	1,9	91	20,1
Em branco	42	7,2	29	6,3
TOTAL	577	100,0	453	100,0

Fonte: SINAN/CE - Ministério da Saúde

Foi possível observar na Tabela 1 que nos períodos de 2001 à 2006 e 2007 à 2012 a predominância dos casos de tuberculose foi do sexo masculino; faixa etária 20 à 39 anos, foi identificado um aumento da TB na faixa etária de 60 anos ou mais de; baixa escolaridade e a raça classificada em parda respectivamente.

Tabela 2- Número e proporção dos casos de tuberculose segundo forma clínica, tipo de entrada, HIV/AIDS, tratamento supervisionado e situação de encerramento, Juazeiro do Norte/CE, 2001-2012.

VARIÁVEIS	2001- 2006		2007 - 2012	
	N	%	N	%
FORMA CLÍNICA				
Pulmonar	513	88,9	401	88,5
Extrapulmonar	46	8,0	49	10,8
Pulmonar+Extrapulmonar	12	2,1	3	0,7
Em branco	6	1,0	0	0,0
TIPO DE ENTRADA				
Caso Novo	499	86,5	414	91,4
Recidiva	27	4,7	12	2,6
Reingresso Após Abandono	18	3,1	10	2,2
Transferência	22	3,8	16	3,5
Em branco	11	1,9	1	0,2
TESTE HIV/AIDS				
Positivo	5	0,9	13	2,9
Negativo	19	3,3	160	35,3
Em andamento	68	11,8	116	25,6
Não realizado	485	84,1	164	36,2
TDO/DOTS				
Sim	270	46,8	338	74,6
Não	121	21,0	95	21,0
Ignorado	180	31,2	20	4,4
Em branco	6	1,0	0	0,0
SITUAÇÃO DE ENCERRAMENTO				
Cura	451	78,2	354	78,1
Abandono	48	8,3	14	3,1
Óbito por TB	3	0,5	4	0,9
Óbito por outras causas	0	0,0	0	0,0
Transferência	0	0,0	3	0,7
Mudança de diagnostico	39	6,8	15	3,3
Mudança de esquema terapêutico	11	1,9	5	1,1
TB multirresistente	1	0,2	0	0,0
Falência	23	4,0	0	0,0
Em branco	1	0,2	58	12,8
TOTAL	577	100,0	453	100,0

Fonte: SINAN/CE - Ministério da Saúde

Para as variáveis clínico-epidemiológicas a análise descritiva revelou maior prevalência nos dois períodos estudados, 2001 à 2006 e 2007 à 2012 respectivamente: para forma clínica pulmonar; quanto ao tipo de entrada: casos novos; em relação à

realização do teste para detecção de HIV/AIDS o resultado mais encontrado foi a não realização do exame (Tabela 2).

Foi possível também identificar uma diminuição na não realização do TODO/DOTS enquanto que para os dados da situação de encerramento os percentuais de cura e abandono não alcançaram as metas preconizadas, exceto o número de abandonos no período de 2007 á 2012. O resultado em branco mesmo que em pequenas proporções, esteve presente nas variáveis estudadas, exceto o teste HIV/AIDS, faixa etária e sexo, esse percentual em branco mesmo havendo uma melhora no preenchimento das informações, no que diz respeito à situação de encerramento pode estar mascarando os resultados dessa variável.

4 DISCUSSÃO

Nos dois períodos estudados, a tuberculose apresenta um perfil epidemiológico semelhante. Acomete em maior proporção o sexo masculino, o que concorda com o cenário nacional, no qual vários estudos como, por exemplo, estudo realizado em Manaus-AM com 59,4%, em Teresina-PI com 64% e em Campina Grande-PB com 57,5% evidenciam esse fato (ALTAIR, 2010; COELHO et al., 2010; FIGUEIREDO et al, 2009), esta realidade pode estar relacionado com os hábitos de vida dessa população, como por exemplo, a maior exposição ao bacilo de koch em ambiente com maior fluxo de pessoas, que aumentam o risco de adoecer concomitantemente ao menor interesse nos cuidados com a saúde (HINO et al., 2008; VENDRAMINI et al., 2005).

Em relação à faixa etária mais acometida o resultado vem de encontro com a literatura, demonstra que o acometimento por TB atinge em maior parte a população de adultos jovens representantes do setor mais produtivo da sociedade (COELHO et al., 2010; XAVIER; BARRETO, 2007). Outro ponto importante é o aumento gradativo da TB na faixa etária de 60 anos ou mais, o que tem sido atribuído ao envelhecimento da população e a infecção latente da TB como também a vulnerabilidade relacionada às doenças crônicas (HINO et al., 2013).

Quanto à raça, o perfil da TB é caracterizado por predominância parda, o que está ligada a um atributo comum à população brasileira que de modo geral apresenta essa característica, esse dado também é encontrado em outro estudo realizado em município da região Norte com 76,7% no entanto, ainda não se determinou de que forma à raça se relaciona com ocorrência da doença (ALTAIR, 2010).

O grau de instrução dos pacientes diagnosticados com TB apresenta uma maior proporção para a baixa escolaridade, essa questão deve ser considerada como fator que dificulta desde a identificação do diagnóstico, devido à dificuldade em compreender os sinais e sintomas da doença até a aceitação da importância do tratamento. Tal situação é resultante de fatores ligados às condições socioeconômicas precárias da população, relacionadas à conjuntura social de desigualdade que levam ao aumento da incidência da TB e do abandono do tratamento (COELHO et al., 2010; FIGUEIREDO et al., 2009; HIJJAR et al., 2007).

A forma clínica mais comum nesse estudo foi a pulmonar, esse resultado não difere do encontrado na literatura. A qual mostra que mesmo com um diagnóstico de baixo custo, o número de casos novos da doença se mantém elevado. Por ser a forma pulmonar a principal forma de transmissão da doença na comunidade e exercer forte influência na magnitude e transcendência da TB, esta requer uma atenção especial não somente para diminuição da incidência, mais também para redução das infecções latentes por meio da interrupção da cadeia de transmissão (COELHO et al., 2010; HINO et al., 2013).

A irregularidade do tratamento pode levar ao insucesso do seu resultado, o que dá origem ao abandono como também o paciente pode reingressar o tratamento após o abandonado e reinicia-lo após ter alcançado a cura da TB, sendo dessa forma, uma recidiva da doença (BRASIL, 2011a). Nesse estudo, a maioria dos doentes iniciou o tratamento como caso novo, ou seja, não tinham história de tratamento anterior, o que explica a alta incidência da doença, esse dado está de acordo com outros estudos que apresentam resultados semelhantes como o estudo realizado em uma regional de saúde do estado do Maranhão com 73% e em Capão Redondo Distrito Administrativo de São Paulo com 89,5% (NETO et al., 2012; HINO et al., 2013).

Com relação à realização do teste para detecção da coinfeção TB/HIV o resultado mostrou que mesmo com um aumento da realização do teste, este ainda se apresenta aquém do preconizado pelo PNCT, que seria a realização do teste em todos os doentes de TB (BRASIL, 2011a). O HIV/AIDS é o agravo que mais leva ao óbito os pacientes com TB, além disso, o tratamento dos pacientes com co-infecção TB/HIV torna-se ainda mais difícil comparado aos que são acometidos somente pela TB, com isso, os cuidados com o paciente devem ser diferenciados, pois o risco de abandonar o tratamento é maior, seja pela falta de confiança no sucesso do mesmo, seja pela falta de motivação ou em casos mais graves pela debilidade física (SANTOS, 2009).

O tratamento diretamente observado (TDO) é a principal estratégia para o controle da TB, contribuiu significativamente para a diminuição do abandono e aumento da taxa de cura. Para todos os casos de TB diagnosticados, deve ser aplicado à estratégia do TDO, pois não existem critérios que determinem quais pacientes vão aderir ao tratamento. Pode-se verificar no resultado desse estudo um aumento na realização dessa modalidade de tratamento de 2001 à 2006 para 2007 à 2012, o que evidencia a implementação da estratégia, porém indica que não atinge todos os doentes como o recomendado (BRASIL, 2011b).

Estudo realizado em Carapicuíba-SP mostra o resultado positivo do TDO onde a adesão ao tratamento foi 6,1% maior no grupo que realizou TDO do que no grupo que fez tratamento auto administrado (VIEIRA; RIBEIRO, 2011).

Essa estratégia de tratamento consiste não só na observação da tomada da medicação mais também na realização do exame físico no doente, na orientação a família sobre precauções a serem tomadas para minimizar o risco de transmissão da doença e no esclarecimento de dúvidas que o doente tenha sobre o processo saúde doença vivenciado. É nesse momento que o profissional de saúde tem a oportunidade de construir vínculo com o paciente, fazendo-o compreender o seu processo saúde-doença, esclarecendo que podem existir reações adversas e principalmente incentivando-o a prosseguir com o tratamento mesmo com o desaparecimento dos sintomas (SÀNCHEZ; BERTOLOZZI, 2009).

Com relação à situação de encerramento dos casos, foi verificado que o percentual de cura se manteve nos dois períodos bastante similares, no entanto, abaixo do que é preconizado pela OMS, de no mínimo 85% de cura para os casos diagnosticados. Estudos afirmam que os casos não curados mantém a cadeia de transmissão e aumenta a prevalência da doença, o que contribui para que a TB ainda seja um sério problema de saúde pública (PAIXÃO; GONTIJO, 2007; VENDRAMINI et al., 2005).

O percentual de abandono do tratamento da TB se diferenciou nos dois períodos, de 2001 à 2006 não atingiu a meta, no período de 2007 à 2012 foi alcançada a meta de no máximo 5% preconizado pela OMS, o que demonstra uma queda no número de abandonos, o que não necessariamente demonstra uma melhora tendo em vista um percentual elevado de casos com situação de encerramento não informada. O abandono do tratamento deve ser monitorado constantemente, pois aumenta a probabilidade de adquirir bacilos resistentes aos fármacos de primeira linha que torna mais longo o tratamento e diminui a possibilidade de cura (OROFINO et al, 2012).

A questão da adesão ao tratamento como também as ações de prevenção e promoção da saúde são muitas vezes dificultadas devido ao turno de funcionamento dos serviços de saúde que fazem com que as pessoas percam turno de trabalho para comparecer as consultas de rotina como também na procura de diagnóstico, essa realidade pode ser verificada em estudo realizado na região nordeste no qual 65,1% dos usuários dos serviços de saúde afirmaram que perderam turno de trabalho ou compromisso para comparecer as consultas (FIGUEIREDO et al., 2009).

A questão da qualidade das informações também é um ponto importante a ser destacado, nesse estudo em grande parte das variáveis estudadas obteve-se o resultado em branco, ou seja, as informações não foram coletadas, este achado é preocupante, pois esses dados são essenciais para que se possa monitorar o quadro coletivo e individual da doença, o registro contínuo e fiel das informações além de servir de subsídio para o direcionamento de ações com maior poder de resolutividade avaliam a assistência prestada à população (ALTAIR, 2010; COELHO et al., 2010).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu a identificação do perfil epidemiológico dos doentes com tuberculose no município de estudo, no período de 2001 a 2012. Diante dos resultados é possível analisar de forma indireta as ações dos serviços de saúde em nível municipal, através do percentual de cura, que não alcançou as metas preconizadas o que demonstra uma estagnação no controle da TB. Quanto a realização do teste para detecção da coinfeção TB/HIV ainda apresenta maior proporção para não realização no exame, o que demonstra fragilidades no serviço de saúde quanto à identificação precoce desse diagnóstico, portanto devem-se criar estratégias para melhor atender a essa necessidade.

A cobertura do TDO não apresentou um resultado satisfatório apesar do aumento gradativo na realização do mesmo. Mas diante de sua contribuição para reduzir o número de abandono e aumentar o percentual de cura percebe-se a necessidade da implementação dessa modalidade de tratamento para todos os serviços de saúde que oferecem assistência aos doentes com TB de acordo com as recomendações da OMS.

Um manejo adequado do caso contribui não só para a cura da doença, mas principalmente para reduzir o impacto que as iniquidades sociais causam em uma população desprovida de recursos suficientes para tornar mínimo o risco de adoecer de

TB, pois esse risco está diretamente relacionado com as condições individuais e coletivas em que as pessoas vivem.

O maior número de casos foi identificado na faixa etária de 20 a 39 anos, mas com um aumento da incidência na população com 60 anos ou mais o que pode aumentar consideravelmente a mortalidade por TB, como proposta para minimizar esse problema, deve-se considera o aumento da busca ativa nessa faixa etária dentro da estratégia saúde da família para identificação precoce do diagnostico o que pode minimizar as complicações decorrentes da doença.

Torna-se imprescindível o conhecimento do perfil sócio demográfico e clínico epidemiológico dos doentes com TB, pois essas informações identificam grupos de risco e avalia a assistência à saúde, o que traz contribuições significativas para o direcionamento de ações na atenção básica e de forma geral norteiam as políticas publicas em saúde.

Portanto deve-se chamar atenção também para necessidade de investir na capacitação de recursos humanos e gestores, tornando-os mais comprometidos com a qualidade dos serviços de saúde e dos sistemas de informação, para melhora no monitoramento dos indicadores tendo em vista que muitas informações são ignoradas durante o preenchimento das fichas de notificação, o que dificulta a avaliação da assistência à saúde a partir de dados secundários. Espera-se que esse estudo seja elemento para impulsionar a qualificação das ações assim como incentivar estudos que busquem saídas para reduzir o impacto da TB.

REFERÊNCIAS

ALTAIR, S. F. Perfil dos doentes de tuberculose no município de Manaus - Amazonas (2007). 2010. Dissertação (Mestrado em Ciências) – **Escola de enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica**. Brasília. 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília. 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Situação da Tuberculose no Brasil – PNCT. **Brasília: Ministério da Saúde; 2013**.

CAPONE, D. et al. Diagnostico por imagem da tuberculose pulmonar. **Pulmão**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 166-74, 2006.

COÊLHO, D.M.M, et al. Perfil epidemiológico da tuberculose no Município de Teresina-PI, no período de 1999 a 2005. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 19, n.1, 2010.

FIGUEIREDO, T. M. M. R, et al. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. **Revista de Saúde Pública**. v.43, n.5, 2009.

IBGE - Cidades. Disponível em:
<<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 02.dez.2013.

JAMAL, L.; MORHERDAUI, F. Tuberculose e infecção pelo HIV no Brasil: magnitude do problema e estratégia para o controle. **Revista de Saúde Publica**, São Paulo, v. 41, p.104-10, 2007.

HINO, P. at al. Perfil dos casos novos de tuberculose notificados em Ribeirão Preto (São Paulo) no período de 2000 a 2006. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 16, n.1 , 2008.

HINO. P. et al. A ocorrência da tuberculose em um distrito administrativo de São Paulo. **Revista Escola Anna Nery**. v. 17, n. 1, 2013.

HIJJAR, M. A.et al. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. v.41, n.1, 2007.

NETO, M. S. et al. Perfil clínico e epidemiológico e prevalência da coinfeção tuberculose/HIV em uma regional de saúde no Maranhão. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. v.38, n.6, 2012.

OROFINO, R. L. et al. Preditores dos desfechos do tratamento da tuberculose. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. v.38, n.1, 2012.

PAIXÃO, L. M. M.; GONTIJO, E. D. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG. **Revista de Saúde Pública**. V.41, n.2, 2007.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e prática**. 8.ed. Rio de Janeiro, Guanabara, 2005.

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

SANCHEZ. A. I. M, BERTOLOZZI. M. R. Além do DOTS (Directly Observed Therapy) no controle da tuberculose: interface e compartilhamento de necessidades. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.17, n. 5, 2009.

SANTOS, M. L. et al. The epidemiological dimension of TB/HIV co-infection. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.17, n.5, 2009.

SINAN/CE. **Tuberculose - Casos confirmados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net, 2014**. Disponível em: <
<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinannet/tuberculose/bases/tubercbrnet.def>>. Acesso em: 13. fev.2014.

VENDRAMINI, S.H.F. et al. Tuberculose em município médio do sudeste do Brasil: indicadores de morbidade e mortalidade, de 1985 a 2003. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. v. 31, n. 3, 2005.

VIEIRA, A. A.; RIBEIRO, S. A. Adesão ao tratamento da tuberculose após a instituição da estratégia de tratamento supervisionado no município de Carapicuíba, Grande São Paulo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v.37, n.2, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing**. Geneva, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Tuberculosis report: epidemiology, strategy, financing**. Geneva, 2013.

XAVIER, M. I. M.; BARRETO, M. L. Tuberculose na cidade de Salvador, Bahia, Brasil: o perfil na década de 1990. **Cadernos de Saúde Pública**. v.23, n.2, 2007.