

**PERFIL DE MORBIMORTALIDADE DOS CASOS DE TUBERCULOSE****PROFILE OF MORBIDITY AND MORTALITY OF TUBERCULOSIS CASES****PERFIL DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE CASOS DE TUBERCULOSIS**

Karen da Silva Santos¹, Clodis Maria Tavares², Ricardo Alexandre Arcêncio³, Adélia Roberto Nanque⁴, Tâmyssa Simões dos Santos⁵, Vanessa Almeida⁶

RESUMO

Objetivo: analisar a morbimortalidade dos casos de tuberculose no Município de Maceió no período de 1999 a 2012. **Método:** estudo ecológico realizado com dados oriundos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), de 1999 a 2012. **Resultados:** foram notificados no período em Maceió 8.297 novos casos de tuberculose e 806 óbitos decorrentes desta doença. Observou-se que no primeiro ano avaliado o município apresentou a taxa de incidência de 62,4 para cada 100.000 habitantes, e no último ano estudado 51,90 por 100.000 habitantes. Quanto ao indicador de mortalidade específica os dados apresentam em 1999, a taxa de mortalidade de 9,6 e no último ano avaliado 4,3. A incidência dessa doença está em nível elevado. **Conclusão:** a forma mais eficaz de combater a tuberculose é pela busca ativa dos sintomáticos respiratórios, vigilância epidemiológica dos contatos e o tratamento adequado dos casos. **Descritores:** Tuberculose; Morbidade; Mortalidade.

ABSTRACT

Objective: analyzing the morbidity and mortality of tuberculosis cases in the city of Maceio from 1999 to 2012. **Method:** an ecological study with data from the Notifiable Diseases Information System (SINAN), Mortality Information System (SIM), from 1999 to 2012. **Results:** there were reported in the period in Maceio 8.297 new TB cases and 806 deaths from this disease. It was observed that in the first year the city had assessed the incidence rate of 62,4 per 100.000 inhabitants, and in the last year studied 51,90 per 100.000 inhabitants. Regarding the indicator specific mortality data presented in 1999, the mortality rate of 9,6 and 4,3 in the last year evaluated. The incidence of this disease is high. **Conclusion:** The most effective way to fight TB is the active search for respiratory symptoms, epidemiological surveillance of contacts and the proper treatment of cases. **Descriptors:** Tuberculosis; Morbidity; Mortality.

RESUMEN

Objetivo: analizar la morbilidad y la mortalidad de los casos de tuberculosis en la ciudad de Maceió, de 1999 a 2012. **Método:** es un estudio ecológico de los datos del Sistema de Información de Agravamientos de Notificación (SINAN) y del Sistema de Información sobre Mortalidad (SIM), 1999 a 2012. **Resultados:** se registraron en el período en Maceio 8.297 nuevos casos de tuberculosis y 806 muertes por esta enfermedad. Se observó que en el primer año la ciudad se había evaluado la tasa de incidencia de 62,4 por 100.000 habitantes, y en el último año estudiado 51,90 por cada 100.000 habitantes. En cuanto a los datos de mortalidad de indicadores específicos presentados en el año 1999, la tasa de mortalidad de 9,6 y 4,3 en el último año evaluado. La incidencia de esta enfermedad es alta. **Conclusión:** la manera más eficaz para luchar contra la tuberculosis es la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios, la vigilancia epidemiológica de los contactos y el tratamiento adecuado de los casos. **Descriptores:** Tuberculosis; Morbilidad; Mortalidad.

¹Enfermeira, Professora Doutora, Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas, Escola de Enfermagem e Farmácia/ESENFAR/UFAL. Maceió (AL), Brasil. E-mail: clodistavares@yahoo.com.br; ²Enfermeira, Universidade Federal de Alagoas, Escola de Enfermagem e Farmácia/ESENFAR/UFAL. Maceió (AL), Brasil. E-mail: adeliananque77@hotmail.com; ³Enfermeiro, Professor Doutor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo/EERP-USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: ricardo@eerp.usp.br; ⁴Enfermeira, Mestranda de Educação em Saúde/IUNIR, Docente, Faculdade Mauricio de Nassau. Maceió (AL), Brasil. E-mail: tamyssa-simoes@hotmail.com; ⁵Enfermeira, Secretaria Municipal de Maceió-AL. Maceió (AL), Brasil. E-mail: almeida-enf@hotmail.com; ⁶Graduanda em Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem, Escola de Enfermagem Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo/EERP-USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: karen-web@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A tuberculose é atualmente conhecida como uma das principais causas de mortalidade no mundo, um problema sério de saúde pública. De acordo, com os dados do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde de 2010, foram notificados 6,2 milhões de casos de tuberculose no mundo, com coeficiente de incidência de 5,4 milhões de casos novos. “A Índia e a China representam 40% dos casos notificados e o Brasil está entre os 22 países que concentram 82% dos casos de tuberculose no mundo”.¹

Com objetivo de priorizar as ações de controle da tuberculose, a OMS definiu 22 países onde ocorrem os maiores números absolutos de casos. Estes em ordem decrescente são: Índia, China, Indonésia, Nigéria, Bangladesh, Paquistão, Etiópia, Filipinas, África do Sul, República Democrática do Congo, Rússia, Quênia, Vietnã, Tanzânia, Brasil, Uganda, Zimbábue, Moçambique, Tailândia, Afeganistão, Camboja e Mianmar.²

Em 1993, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a Tuberculose uma emergência Mundial. Após 5 anos, surge o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), que implantou o Tratamento Diretamente Observado (TDO) com foco na redução da morbimortalidade e na transmissão da doença.³

Devido aos elevados coeficientes de incidências das doenças infectocontagiosas a Organização das Nações Unidas, em 2000, estabeleceu oito objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), entre esses a tuberculose está contemplada no 6º objetivo. A OMS tem o objetivo de reduzir significativamente a carga da doença até 2015, através do Plano Global para o Combate da Tuberculose 2011-2015, o plano é composto por 06 componentes:

- Expandir a estratégia DOTS (Tratamento Diretamente Observado) com qualidade;
- Visar a coinfeção de TB/HIV, tuberculose multidroga resistente (TB MDR) e as necessidades de populações pobres e vulneráveis;
- Fortalecer o sistema de saúde baseado na atenção primária;
- Empoderar as pessoas com tuberculose e a sociedade civil organizada;
- Envolver todos os prestadores de serviços de saúde;
- Possibilitar e promover pesquisas.¹

Em agosto de 2005, durante a realização do 55º Comitê Regional da OMS em Maputo,

Moçambique, os Ministros da Saúde dos países Africanos declararam também a tuberculose uma Emergência Africana pelas condições favoráveis que eles apresentam para o desenvolvimento e contágio da doença, entre elas que merecem destaque são as precárias condições de vida, o surgimento da epidemia de AIDS, fatores relacionados a programas de controle pouco eficientes, profissionais não capacitados para atuar na área e também falta de políticas públicas.²

A tuberculose é uma doença infectocontagiosa causada por *Micobacterium tuberculosis*, também denominado de bacilo de Koch. A transmissão ocorre pelas vias aéreas, ou seja, por meio de gotículas contendo os bacilos expelidos por um doente com tuberculose pulmonar ao tossir, espirar ou falar, principalmente em ambientes fechados, esta acomete principalmente os pulmões, mas pode atingir outros órgãos e tecidos.⁴

A doença manifesta-se através de uma síndrome infecciosa de curso crônico, com febre baixa, sudorese noturna, dor torácica, falta de apetite, anorexia, emagrecimento, apatia tosse seca ou com expectoração por mais de três semanas, que pode evoluir para escarros sanguíneos e hemoptise. Nas formas extrapulmonares, o quadro clínico varia conforme a localização e a gravidade do caso.⁵

O tratamento tem duração de seis meses e a medicação é gratuita, disponibilizada pelo Ministério da Saúde, distribuída pela Secretaria de Estado da Saúde e dispensada pelas unidades de saúde. As unidades de referência para situações especiais da tuberculose (gestantes, idosos, TB+HIV, hepatopatias, diabéticos e casos graves). Em Maceió as referências são: o Hospital Universitário, Hospital Escola Dr. Hêlvio Auto, II Centro de Saúde.⁶

O Brasil está na 17ª posição em número de casos entre os 22 países com maior incidência de tuberculose, com 32 casos/100.000 habitantes por ano. “A incidência da doença no país varia de acordo com a região geográfica, com menores taxas no Centro-Oeste, Sul e Nordeste (21,90, 33,18 e 38,77 casos/100.000 habitantes, respectivamente)”.⁷

Em Alagoas, segundo o Ministério da Saúde, em 2004, foram registrados no SINAN 1.324 casos novos de tuberculose. A Incidência por 100 mil habitantes foi de 44,9 para todas as formas e 26,4 para casos bacilíferos. A coorte de tratamento, considerando os municípios prioritários, mostrou uma cura de 72,1%, estando abaixo da meta nacional que é 85%. O

abandono foi de 10,5%, óbitos por tuberculose de 5%, transferência de 12,2% e encerramento de 78% dos casos. A coinfeção de TB/ HIV foi de 1,8%.⁸

Segundo critérios do Ministério da Saúde, Alagoas destaca sete municípios prioritários (Maceió, Arapiraca, Penedo, Palmeira dos Índios, União dos Palmares, Rio Largo e São Miguel dos Campos). Esses municípios totalizam 60% dos casos no Estado. A capital Maceió contribui com 43,3% dos casos no Estado.⁸

De acordo com o relatório de Alagoas, Maceió apresentou taxa de incidência entre os casos novos de 55,0/100.000 habitantes, nos últimos 10 anos, esse indicador vem apresentando tendência de queda, semelhante à taxa de incidência do Brasil. Em 2010, 56,1% dos casos novos de TB, realizaram Tratamento Diretamente Observado (TDO). “Avaliando o encerramento dos casos, em 2009 o estado obteve 69,1% de cura e 10,5% de abandono entre os casos novos de TB. A meta é alcançar 85% de cura e menos de 5% de abandono”. Entre os casos avaliados de retratamento, 22,4% realizaram exame de cultura. O Ministério da Saúde tem como meta para 2015 realizar exame de cultura em 80% dos casos de retratamento.⁹

De acordo com Boletim Epidemiológico da Secretaria Municipal de Saúde, no primeiro semestre de 2008 foram notificados 111 casos de tuberculose no Município de Maceió, onde foi observada a concentração de maiores números de casos nos II, V e VII distritos. De acordo com o boletim, a alta taxa de incidência nos distritos pode ser atribuída a uma grande concentração de favelas e população com baixa renda nesses locais.¹⁰

O interesse pelo tema surgiu desde 2008, devido a uma reportagem que divulgava através da Rádio Difusão Portuguesa (RDP África) a entrevista com o Ministro da Saúde de Guiné-Bissau, que revelava a situação epidemiológica da tuberculose no país, afirmando que o elevado índice é justificado pelo índice de pobreza, maus hábitos de higiene e também devido à coinfeção por HIV.

OBJETIVO

- Analisar a morbimortalidade da tuberculose no Município de Maceió no período de 1999 a 2012.

MÉTODO

Trata-se de um estudo ecológico. O trabalho foi desenvolvido no Município de Maceió capital do Estado de Alagoas. Foram tomadas como fontes primárias os bancos de dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação - SINAN e Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Os dados foram coletados no período de junho a setembro de 2013, na Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. Foram analisadas as seguintes variáveis: formas clínicas, distritos sanitários e sexo. Foram selecionados os dados de casos novos de tuberculose notificados no período de 1999-2012, residentes no município de Maceió. Na sequência, as figuras foram construídas através do Programa Microsoft Excel. O estudo epidemiológico da distribuição foi estabelecido utilizando-se estatística descritiva, calculando-se as medidas de posição e variabilidade, assim como cálculos de frequência absoluta e relativa percentuais.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, sendo aprovado com parecer nº. 006683-2010-30 e a coleta realizada após autorização da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Maceió.

RESULTADOS

De 1999 a 2012, o Município de Maceió notificou 8.297 casos novos de tuberculose de todas as formas clínicas. Os dados sobre coeficiente de incidência de tuberculose nos anos de 1999 a 2012 por 100 mil habitantes são apresentados na Figura 1.

Observou-se que no primeiro ano avaliado o município de Maceió, apresentou uma taxa de incidência de 62,4 para cada 100.000 habitantes, e no ultimo ano estudado, 51,90 (2012) os dados denotam uma redução de 10,5% em treze anos.

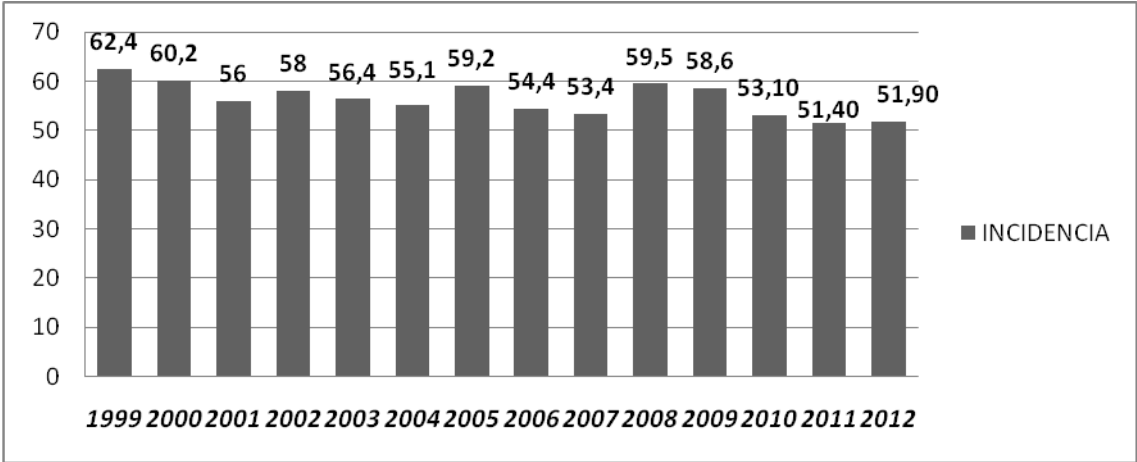


Figura 1. A taxa de incidência de tuberculose por 100.000 habitantes, Maceió/AL, 1999 a 2012. Fonte: SINAN/SMS/Coordenação de Análise Epidemiológica, Maceió 2013.

Em relação às formas clínicas da tuberculose, a forma pulmonar foi predominante.

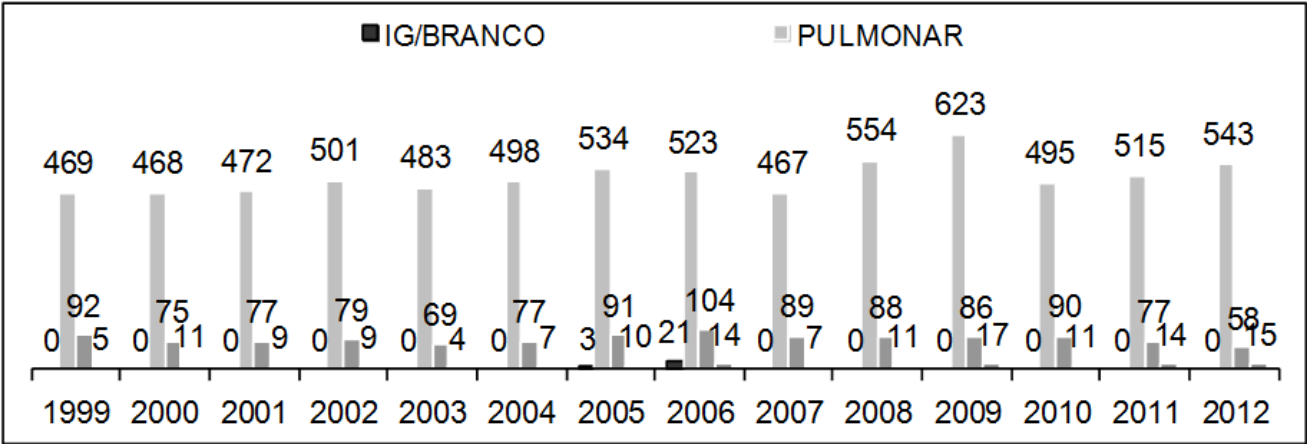


Figura 2. Distribuição dos casos de tuberculose segundo a forma clínica, Maceió - AL, 1999 a 2012. Fonte: SINAN/SMS, Coordenação de Análise Epidemiológica, Maceió 2013.

Os dados sobre os casos da tuberculose nos distritos sanitários de Maceió são apresentados na tabela 1, onde se verifica uma maior concentração de casos nos distritos II, V e VII.

Tabela 1. Distribuição dos casos novos de tuberculose segundo distritos sanitários, Maceió - AL 1999 a 2009.

Ano	1º distrito	2º distrito	3º distrito	4º distrito	5º distrito	6º distrito	7º distrito	Total
1999	78	141	39	67	97	18	120	560
2000	66	151	37	66	95	27	109	551
2001	79	114	35	71	113	21	118	551
2002	59	138	37	82	95	35	114	560
2003	61	130	30	73	85	29	115	523
2004	60	141	35	64	85	33	128	546
2005	60	112	39	90	110	41	150	602
2006	80	115	31	81	100	33	146	586
2007	74	116	33	52	101	35	149	560
2008	75	143	37	70	115	51	158	649
2009	710	145	39	87	129	57	178	1345
Total	1402	1446	392	803	1125	380	1485	7033

Fonte: SINAN/SMS/ Coordenação de Análise Epidemiológica, Maceió, 2010.

Observa-se que na tabela 2, que em 13 anos estudados, os homens representaram 62,8% dos casos novos de tuberculose e as mulheres 37,2%, mostrando que os homens são mais atingidos por esta doença. Este dado pode ser justificado pelo reflexo demorado e de pouca procura dos homens aos serviços de saúde, levando a um diagnóstico tardio.

Tabela 2. Distribuição dos casos novos da tuberculose segundo sexo, Maceió - AL, 1999 a 2012.

Ano	Masculino	%	Feminino	%	Total
1999	302	61,5%	189	38,5%	491
2000	321	66,7%	160	33,3%	481
2001	265	57,9%	193	42,1%	458
2002	304	62,8%	180	37,2%	484
2003	303	63,1%	177	36,9%	480
2004	329	67,4%	159	32,6%	488
2005	349	65,2%	186	34,8%	535
2006	308	61,4%	194	38,6%	502
2007	303	60,2%	200	39,8%	503
2008	340	60,9%	218	39,1%	558
2009	347	63,2%	202	36,8%	549
2010	370	62,18%	225	37,82%	595
2011	360	60%	246	40%	600
2012	400	65,04%	215	34,95%	615
Total	4601	62,69%	2744	37,31%	7339

Fonte: SINAN/SMS/Coordenação de Análise Epidemiológica, Maceió 2013.

A Figura 3 apresenta dados de mortalidade específica por tuberculose do Município de Maceió, entre 1999 a 2012. E foram registrados 806 óbitos por tuberculose no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Os dados apresentam a taxa de mortalidade por tuberculose no município, onde se verifica que no primeiro ano avaliado (1999) foi encontrada uma taxa de mortalidade de 9,6 para cada 100.000 habitantes, e que, no ano de 2002, houve uma ascendência para

12/100.000 habitantes deste coeficiente, sendo a forma pulmonar mais comum, equivalendo a 94% dos óbitos. E a menor taxa de mortalidade específica por tuberculose no período foi no ano de 2007 (3,6 por 100 mil habitantes), no mesmo ano em que houve a menor taxa de incidência no Município. No último ano avaliado os dados apresentam uma taxa de mortalidade específica de 4,3 para cada 100 mil habitantes.

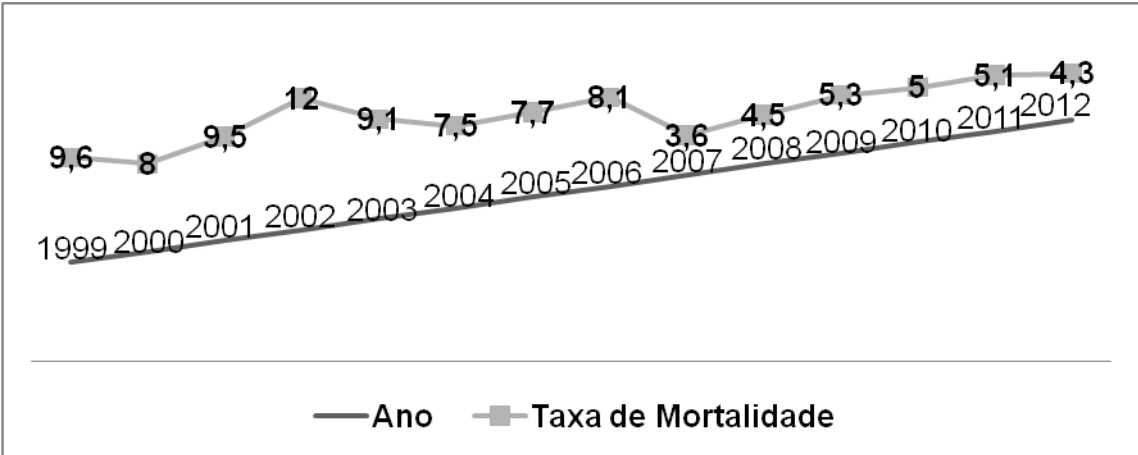


Figura 3. Taxa de mortalidade por Tuberculose / 100.000 habitantes, Maceió - AL 1999 a 2012. Fonte: SIM/SMS/ Coordenação de Análise Epidemiológica, Maceió 2013.

DISCUSSÃO

Segundo o relatório do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de controle da Tuberculose aumentou sua cobertura, passando de 42,6%, em 2005, para 51% da rede do Sistema Único de Saúde em 2006, alcançando uma taxa de 61% nos municípios prioritários. Porém, Maceió continua apresentando taxas de incidência de tuberculose muito elevadas.¹¹

Os coeficientes de incidência de tuberculose no município de Maceió são indicadores epidemiológicos importantes que devem ser analisados pelo Programa de Controle de Tuberculose, como forma de avaliar suas ações ou desempenho no município, e também pelo governo local, pois, esta conjuntura demonstra o

subdesenvolvimento dessa região, uma vez que os maiores números de casos ocorreram nas áreas onde há fome, miséria e precárias condições de moradia.

Conforme Okamura, em 2000, o MS lançou o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), que estabelece o controle da doença, dando prioridade a 328 municípios brasileiros, dos quais foram selecionados 7 do estado de Alagoas, entre eles o Município de Maceió. No período de 2001 a 2009 houve uma diminuição no número de casos e, consequentemente, na taxa de incidência; levando a crer que o citado programa teve uma ação impactante na redução dos casos.¹²

Em 2004 e 2007, o governo brasileiro mais uma vez investiu no PNCT, através de estratégias de capacitações para os

profissionais da saúde, e instituiu premiações para os municípios prioritários com mais de 90% de encerramento dos casos de tuberculose em 2004 e para aqueles que atingiram 75% dessa meta em 2006.⁷ No ano de 2004, Alagoas foi selecionada com 02 municípios: Maceió e União dos Palmares.

A pobreza, situações habitacionais superlotadas por baixas condições socioeconômicas representam aspectos facilitadores para produzir tuberculose. A partir da ocorrência de um caso poderá acarretar num aumento da transmissão do bacilo, aumentando, assim, a prevalência da infecção por tuberculose e, consequentemente, no aumento da incidência da doença.¹³

Pode-se observar, neste estudo, quanto à forma clínica pulmonar predominante em todos os anos analisados (1999-2012). Esses valores são compatíveis aos parâmetros apresentados pelo Manual de Recomendações para Controle da Tuberculose, o qual aponta que 90% dos casos de tuberculose são da forma pulmonar, sendo 60% destes bacilíferos. Os casos de tuberculose pulmonar bacilíferos são as formas transmissíveis da doença, por isso, faz-se necessário a descoberta precoce da busca ativa desses casos para interromper a cadeia de transmissão.¹⁴

Autores afirmam que o acesso reduzido aos serviços de saúde é também reflexo da pobreza e que isso interfere na incidência da doença que pode ser agravada pela demora de diagnóstico e tratamento, prolongando o período de contagiosidade dos doentes e aumentando o risco de infecção entre seus contatos. A pobreza e o preconceito fazem com que os doentes de tuberculose procurem os serviços de saúde só quando os sintomas estão exacerbados, dificultando suas atividades diárias.¹³

Tratando sobre a mortalidade relacionada à tuberculose no município de São Paulo, constatou-se o mesmo resultado, ou seja, maior incidência em homens do que nas mulheres. Isso pode ser explicado pelo próprio comportamento dos homens que cuidam menos de sua saúde do que as mulheres.¹⁵ Como as mulheres procuram mais os serviços de saúde, elas possuem maior chance de receber o diagnóstico da tuberculose. A escolarização das mulheres pela inserção ao mercado de trabalho também contribuiu para o diagnóstico precoce.¹⁶

Observa-se também que em 14 anos estudados, os homens representaram 62,69% dos casos novos de tuberculose e as mulheres 37,31%. Isso pode ser reflexo da pouca procura dos homens a serviços de saúde que

implica em maior vulnerabilidade dos mesmos a tuberculose. A população mais atingida pela tuberculose é adulta do sexo masculino. Um estudo realizado em Minas Gerais também apontou o sexo masculino como maiores afetados, 31.690 casos, correspondendo a 67,0%.¹⁷

Segundo o levantamento feito pelo o Ministério da Saúde, citado pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), onde foram ouvidos cerca de 250 especialistas (sociedade médica brasileira, antropólogos, psicólogos), membros do Conselho Nacional de Secretária de Saúde - CONASS e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS, os homens não costumam frequentar os consultórios por conta de três barreiras principais: cultural, institucional e médicas.¹⁸

Dentre as barreiras culturais, o conceito de masculinidade vigente na sociedade prevalece, no qual o homem se julga imune às doenças, consideradas por ele sinal de fragilidade. O homem como provedor não pode deixar de trabalhar para ir a uma consulta. Eles não reconhecem a doença como algo inerente à condição do homem; por isso, acham que os serviços de saúde são destinados as mulheres, crianças e idosos. Além disso, outra dificuldade é que eles não acreditam em profilaxia, o que prejudica o trabalho em prevenção.¹⁹

Em relação às barreiras institucionais, o levantamento mostrou que os homens não são ouvidos nas unidades adequadamente, por isso, frequentam pouco esses locais. E também pelo fato de grande parte dos serviços de saúde serem formados por profissionais mulheres. Essa situação provoca nos homens a sensação de não pertencer àquele espaço. Sobre as barreiras médicas, os especialistas enumeram a falta de postura adequada dos profissionais de saúde e as consultas com duração muito curta.¹⁸

A mortalidade e a letalidade da tuberculose são parâmetros importantes para a avaliação da gravidade da endemia, do retardo na detecção de casos, do início do tratamento e da sua efetividade. A falta de notificação dos casos que evoluíram para o óbito pode sugerir que estes pacientes só foram diagnosticados na forma mais avançada, quando foi necessária a internação para o diagnóstico e tratamento; e, quando se analisa a tuberculose através do SINAN, dá a falsa sensação de que há uma redução de casos de tuberculose e de sua gravidade. Para que ocorram avanços é necessária a humanização das práticas de saúde por parte dos profissionais no conhecimento de registros e relatórios.²⁰⁻²¹

Os dados revelados neste estudo são indicadores de grande relevância para a saúde pública brasileira, principalmente para o município de Maceió. Os gestores e profissionais da saúde necessitam avaliar as ações de busca ativa, diagnóstico precoce, tratamento, diminuição do abandono do tratamento, condições habitacionais e a cura, particularmente nas populações menos favorecidas e do sexo masculino. Os dados denotam por si só que são necessárias uma reflexão sobre eles e mudanças de atitudes. Por isso, percebe-se que mesmo com os avanços as pessoas ainda estão morrendo pela tuberculose, que é uma doença que existe tratamento e cura.

CONCLUSÃO

O Município de Maceió notificou no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN 8.297 casos novos de tuberculose de todas as formas clínicas.

No primeiro ano avaliado Maceió apresentou a taxa de incidência de 62.4 para cada 100.000 habitantes. E 2012 no último ano avaliado, 51.90 / 100.000 habitantes com redução de 10,5% em treze anos.

Os distritos sanitários que apresentaram maiores números de casos foram: II, V e VII.

A forma clinica predominante foi a pulmonar.

O percentual dos casos foi maior em homens (62,69%) que nas mulheres (37,31%).

O Município de Maceió notificou no Sistema de Informação de Mortalidade - SIM, 806 óbitos.

No ano 1999 encontramos uma taxa de mortalidade especifica de 9,6 para cada 100.000 habitantes

A forma pulmonar é a mais comum, equivalendo a 94% dos óbitos.

No ano de 2002, houve uma ascendência na taxa de mortalidade especifica por tuberculose, para 12/100.000 habitantes.

No último ano avaliado, 2012, os dados denotam que, ao longo de todo período, houve um decréscimo na taxa de mortalidade especifica, alcançando 4,3 para cada 100.000 habitantes, que podemos inferir que a descentralização do tratamento da tuberculose para a Atenção Básica possa ter tido impacto na redução da mortalidade dessa doença.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Especial tuberculose. Bol. Epidemiol. 2012;43:1-12 [cited 2013 Oct 02]. Available from:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/bolepi_v43_especial_tb_correto.pdf.

2. Mascarenhas MDM. Perfil Epidemiológico da Tuberculose Entre Casos Notificados no Município de Piripiri, Estado do Piauí, Brasil. Rio de Janeiro, 2005. [cited 2013 June 02]. Available from: [www.http://portal.saude.gov.br](http://portal.saude.gov.br).

3. Brasil. Ministério da Saúde. Tratamento supervisionado da tuberculose evita abandono. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. [cited 2013 Oct 30]. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=22662.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

5. Bethlem EP. Manifestações Clínicas da Tuberculose Pleural, Ganglionar, Geniturinária e do Sistema Nervoso Central. Pulmão RJ [Internet]. 2012 [cited 2013 June 15]; 21(1):19-22. Available from: http://www.sopterj.com.br/revista/2012_21_1/05.pdf

6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica nº 21. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. 2nd ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

7. Santos NP, Lírio M, Passos LAR, Dias JP, Kritski AL, Galvão-Castro B et al . Completude das fichas de notificações de tuberculose em cinco capitais do Brasil com elevada incidência da doença. J bras pneumol [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 12];39(2):221-225. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132013000200014&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132013000200014>.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Relatório de Situação: Alagoas/ Ministério da Saúde Brasília: MS, 2006.[cited 2012 July 21]. Available from: <http://bvsmms.saude.gov.br>.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema nacional de vigilância em saúde: relatório de situação: Alagoas/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde.- 5th ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2011 [cited 2013 Sept

- 18]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_nacional_vigilancia_saude_al_5ed.pdf.
10. Alagoas. Ministério da Saúde. Prefeitura Municipal de Maceió. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Vigilância em Saúde. Vigilância Epidemiológica. Boletim Epidemiológico. Dados Epidemiológicos das Doenças e Agravos de Notificação Compulsória. Maceió: MS, julho de 2008.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Relatório de Atividades Desenvolvidas em 2006: síntese. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
12. Okamura MN. Perfil Epidemiológico dos Pacientes Com Tuberculose Atendidos Em Um Hospital Geral Universitário; 1999-2001 [dissertation]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2003. Available from: <http://bvsmis.saude.gov.br>.
13. Santos MSLG, Vendramini SHF, Gazetta CE, Oliveira SAC, Villa TCS. Pobreza: Caracterização Socioeconômica da tuberculose. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2007 [cited 2011 June 12];15(spe):762-767. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01041692007000700008&lng=en.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. 2010 [cited 2013 Nov 10]. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_tuberculose.pdf.
15. Edméa CP. Mortalidade relacionada à Tuberculose no Município de São Paulo [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, 2007 [cited 2013 Sept 16]. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-09102007-234112/pt-br.php>.
16. Kusano MSE, Sousa STR, Assis MCM. Tendência da morbi-mortalidade por tuberculose no Distrito Federal - Brasil. Bol. Pneumol. Sanit [Internet]. 2002 [cited 2013 May 18];10(1):55-60. Available from: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-460X2002000100008&lng=en&nrm=iso.
17. Augusto CJ, Carvalho WS, Gonçalves AD, Ceccato MGBr, Miranda SS. Características da tuberculose no estado de Minas Gerais entre 2002 e 2009. J bras pneumol [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 26];39(3):357-64. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132013000300357&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132013000300013>.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Pesquisa Revela: homens não procuram serviços de saúde, Rio de Janeiro, 2010 [cited 2011 June 10]. Available from: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/materia/index.php?matid=22251>.
19. Cotrin DS, Mendonça FF. Prática de Medidas de Manutenção da Saúde Realizada por Homens do Município de Farol, PR. 2012 [Internet]. [cited 2013 Oct 14]. Available from: http://www.mastereditora.com.br/periodico/20130803_1549012.pdf.
20. Façanha MC. Tuberculose: subnotificação de casos que evoluíram para o óbito em Fortaleza-CE. Revista Brasileira de Epidemiologia [Internet]. 2005 [cited 2013 Jan 15];8(1):25-30. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2005000100004.
21. Andrade H, Enders B, Miranda F. Brief history on tuberculosis control policies. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 Feb [cited 2014 June 23];6(6):1468-73. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2466>

Submissão: 22/02/2014

Aceito: 31/03/2015

Publicado: 01/05/2015

Correspondência

Clodis Maria Tavares
Rua Sta Fernanda 641
Bairro Jatiúca
CEP 57035-670 – Maceió (AL), Brasil