



TUBERCULOSE: O PERFIL NO NOVO MILÊNIO
TUBERCULOSIS: THE PROFILE IN THE NEW MILLENNIUM
TUBERCULOSIS: PERFIL EN EL NUEVO MILENIO

Amalia Guimaraes Raimundo¹, Alzira Maria d'Avila Nery Guimarães², Salvyana Carla Palmeira Sarmento Silva³

RESUMO

Objetivo: identificar aspectos epidemiológicos da tuberculose (TB) no município de Aracaju-SE, Brasil, no período de 2001 a 2010. **Método:** estudo epidemiológico descritivo, de série histórica, com dados coletados no SINAN, Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Município de Aracaju e no DATASUS, sobre casos novos notificados de TB. **Resultados:** foi encontrada a média de incidência de 37,22/100.000 habitantes e coeficiente médio de mortalidade de 5,77/100.000 habitantes. **Conclusão:** as características da população estudada foram conhecidas e verificadas as dificuldades no SINAN, do programa de controle da TB em Aracaju, quanto ao número de casos preenchidos como ignorados/branco pelo profissional de saúde e analisar se o desfecho de casos está de acordo com a meta recomendada pela OMS, além de demonstrar a importância do inter-relacionamento adequado entre o profissional de saúde e o paciente durante o tratamento ao promover a cura e reduzir o ônus da TB em Aracaju. **Descritores:** Tuberculose; Aspectos Epidemiológicos; Incidência Tuberculose.

ABSTRACT

Objective: to identify epidemiological aspects of tuberculosis (TB) in the municipality of Aracaju-SE, Brazil, from 2001 to 2010. **Method:** a descriptive epidemiological study of historical series, with data collected in the SINAN, the Mortality Information System (SIM) the city of Aracaju and DATASUS on new reported cases of TB. **Results:** found the average incidence of 37,22/100.000 and average mortality rate of 5,77/100.000. **Conclusion:** the characteristics of the study population were known and verified difficulties in SINAN, the TB control program in Aracaju, as the number of cases completed as unknown/white by the health care professional and consider whether the outcome of cases is in accordance with the goal recommended by the WHO, as well as demonstrating the importance of adequate inter-relationship between the health professional and the patient during treatment to promote healing and reduce the burden of TB in Aracaju. **Descriptors:** Tuberculosis; Epidemiological Aspects; Tuberculosis Incidence.

RESUMEN

Objetivo: identificar los aspectos epidemiológicos de la tuberculosis (TB) en el municipio de Aracaju-SE, Brasil, de 2001 a 2010. **Método:** estudio epidemiológico descriptivo de la serie histórica, con los datos recogidos en el SINAN, el Sistema de Información sobre Mortalidad (SIM) la ciudad de Aracaju y DATASUS de nuevos casos notificados de tuberculosis. **Resultados:** se encontró que la incidencia media de 37,22/100.000 y la tasa de mortalidad promedio de 5,77/100.000. **Conclusión:** las características de la población de estudio eran conocidos y dificultades en SINAN, el programa de control de la tuberculosis en Aracaju verificada, ya que el número de casos completado como desconocido/blanco por el profesional de la salud y considerar si el resultado de los casos es de conformidad con la meta propuesta por la OMS, además de demostrar la importancia de una adecuada interrelación entre el profesional sanitario y el paciente durante el tratamiento para promover la curación y reducir la carga de TB en Aracaju. **Descriptores:** Tuberculosis; Aspectos Epidemiológicos; La incidencia de Tuberculosis.

¹Enfermeira, Pós graduada em Gestão Pública em Saúde, Acadêmica de Medicina, Universidade Federal de Sergipe/UFS. Sergipe (SE), Brasil. E-mail: amalia-lia@hotmail.com; ²Enfermeira, Professora Doutora em Ciências Médicas, Mestrado Profissional do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia/UFBA. Professora do Mestrado em Enfermagem, Chefe do Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe/UFS. Sergipe (SE), Brasil. E-mail: alzirany@uol.com.br; ³Médica, Prefeitura Municipal de Aracaju, Professora e Coordenadora do Internato em Medicina Preventiva e Social, Departamento de Medicina, Universidade Federal de Sergipe/UFS, Brasil. Universidade Federal de Sergipe/UFS. Sergipe (SE), Brasil. E-mail: salvycasarmento@gmail.com

INTRODUÇÃO

A TB é um problema de saúde de grande relevância, é uma patologia infecto-contagiosa causada pelo bacilo de Koch (*Mycobacterium tuberculosis*) que acomete principalmente os pulmões, além de outros órgãos do corpo: rins, ossos e meninges. Indivíduos com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), diabetes, insuficiência renal crônica (IRC), desnutridos, idosos, alcoólatras, viciados em drogas e fumantes são mais propensos a contrair essa doença. A cura existe e o tratamento é realizado nas unidades básicas de saúde, de forma gratuita.¹

A TB relaciona-se com profundas raízes sociais que está intimamente ligada à pobreza e à má distribuição de renda, além do estigma que implica na não adesão dos portadores e/ou familiares/contactantes. O surgimento da epidemia de AIDS e o aparecimento de focos de TB multirresistente agravam ainda mais o problema da doença no mundo.²

Apesar de ser uma doença prevenível e curável, a TB ainda é um problema de saúde pública. A OMS em 1993 designou a TB como emergência mundial, tendo os maiores taxas de causa de óbito por doença infecciosa em adultos principalmente em países desenvolvidos e segundo a OMS, estima-se que, aproximadamente um terço da população mundial, está infectada pelo bacilo de Koch com a possibilidade de desenvolver a doença.¹

O Plano Global para o Combate da Tuberculose 2011-2015 (The Global Plan to Stop Tuberculosis 2011-2015), proposto pela OMS tem como visão diminuir as taxas de TB no mundo. O plano está dividido em seis componentes: expandir a estratégia DOTS (Tratamento Diretamente Observado) com qualidade; visar a coinfeção tuberculose/vírus da imunodeficiência humana (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 TB e a sociedade civil organizada; envolver todos os prestadores de serviços de saúde; e possibilitar e promover pesquisas.³

Como principais metas, o Plano ainda apresenta: reduzir, pela metade, a incidência e a mortalidade por TB até 2015, comparados aos valores de 1990, e eliminar a TB e como problema de saúde pública até 2050.³

No Brasil, a incidência da doença na década de 90 era de 56 casos/100 mil habitantes e a mortalidade de 3,6/100.000. Espera-se que em 2015, os indicadores sejam

respectivamente de 28/100.000 e 1,8/100.000.⁴ Em 2010, o número de óbitos foi de 4.659 e o coeficiente de mortalidade 2,4 óbitos/100.000 habitantes. Mesmo havendo tendência de queda dos dois indicadores, o Brasil ainda não conseguiu alcançar a meta, estipulada pela OMS - curar 85% dos casos novos bacilíferos. Em 2010, a proporção de cura foi de 73,4% e em 2011 alcançou-se 71,6%.³

O Ministério da Saúde (MS) estabeleceu como prioridades, para 2013, a ampliação do diagnóstico com implantação de nova tecnologia e o fortalecimento das ações de TB e na atenção básica. No ano de 2011, em todo o território nacional foram notificados 71 mil novos casos de TB. Entre 22 países que ainda têm um alto índice de casos da doença, o Brasil ocupa a 17ª posição. É a quarta maior causa de morte por doenças infecciosas e a primeira em pacientes com AIDS. Através dos parâmetros da OMS, o município de Aracaju/SE situado na região Nordeste, estima-se o aparecimento de 240 casos novos a cada ano.⁵

A Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju (SMS) oferece o tratamento contra a TB nas 43 Unidades de Saúde da Família (USF), que dispõem de toda a medicação distribuída gratuitamente e um Centro de Referência Especializado. A SMS acompanha todo o processo de informação, desde o diagnóstico até o tratamento final do paciente. Mas segundo os dados do SINAN, em Sergipe, apesar dos esforços das autoridades sanitárias para o seu controle, trata-se ainda de uma patologia com elevada prevalência e notificada na maioria dos municípios do estado.⁶

Esse estudo tem como objetivo identificar aspectos epidemiológicos da tuberculose (TB) no município de Aracaju-SE, Brasil, no período de 2001 a 2010.

MÉTODO

Estudo epidemiológico, descritivo, de série histórica, realizado através de informações sobre os casos notificados de TB do município de Aracaju, relativo ao período de 2001 a 2010.

Aracaju é a capital do estado de Sergipe e encontra-se localizada no litoral do Nordeste brasileiro. Em 2010, sua população era de 571.149 habitantes. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 72% da população reside em área urbana. O município possui uma área territorial de 181,856 km².⁷

A escolha desse município para a pesquisa ocorreu devido ao fato de ser a capital do estado e apresentar número relevante de

casos notificados de TB. Mesmo com elevado número de casos, em 2007, o estado de Sergipe registrou uma queda de 20,43% no número de casos confirmados da patologia.⁸

Foram incluídos no estudo os casos novos de TB de residentes no município de Aracaju, registrados no SINAN, em como os óbitos por TB registrados no SIM, de janeiro de 2001 até dezembro de 2010.

Considera-se, segundo o MS, como caso de TB, todo indivíduo com diagnóstico confirmado por baciloscopia e aquele em que o médico, com base nos dados clínico-epidemiológicos e no resultado de exames complementares, confirma o diagnóstico da doença. Como “caso novo” considera-se o doente com TB que nunca se submeteu à quimioterapia antituberculosa, fez uso de tuberculostáticos por menos de 30 dias, ou submeteu-se ao tratamento para TB há cinco anos ou mais.⁹

A pesquisa utilizou o SINAN Net versão 7.0 que teve como fonte a SMS de Aracaju. As variáveis usadas foram as que constam na ficha de investigação de TB: faixa etária, escolaridade, sexo, forma clínica, localidade, situação de encerramento, coeficiente de mortalidade, coeficiente de incidência de casos de TB. As bases populacionais por ano, sexo e faixa etária foram obtidas no site do DATASUS.

O estudo atendeu as exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que normatiza as pesquisas envolvendo seres humanos e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa pela Plataforma

Brasil, obtendo aprovação em 17/07/2012, sob número de CAAE 03965312.2.0000.0058.

O processamento e a análise de dados, juntamente com a construção dos gráficos, foram realizados a partir do software Excel (Microsoft®) ano 2007. As tabelas foram construídas utilizando-se o programa Word (Microsoft®) ano 2007. Os resultados e discussões dos dados obtidos no SINAN foram analisados mediante distribuição das frequências e médias.

RESULTADOS

Foram notificados, em Aracaju, 1877 casos novos de TB em todas as formas clínicas, com média de 187,7 casos/ano e um coeficiente médio de incidência de 37,22/100.000 habitantes. Quanto à distribuição da TB, existe predomínio da patologia na região norte do município, com destaque para o bairro Santos Dumont com 53 casos.

Foi evidenciado 1201 casos do gênero masculino (64,00%), 676 casos do gênero feminino (36,00%) e com uma razão de masculinidade de 1,77:1.

Verifica-se na figura 1, um número elevado do coeficiente de incidência de casos em 2001 e 2003, com estabilização em 2004 a 2006, e discreto declínio a partir de 2007.

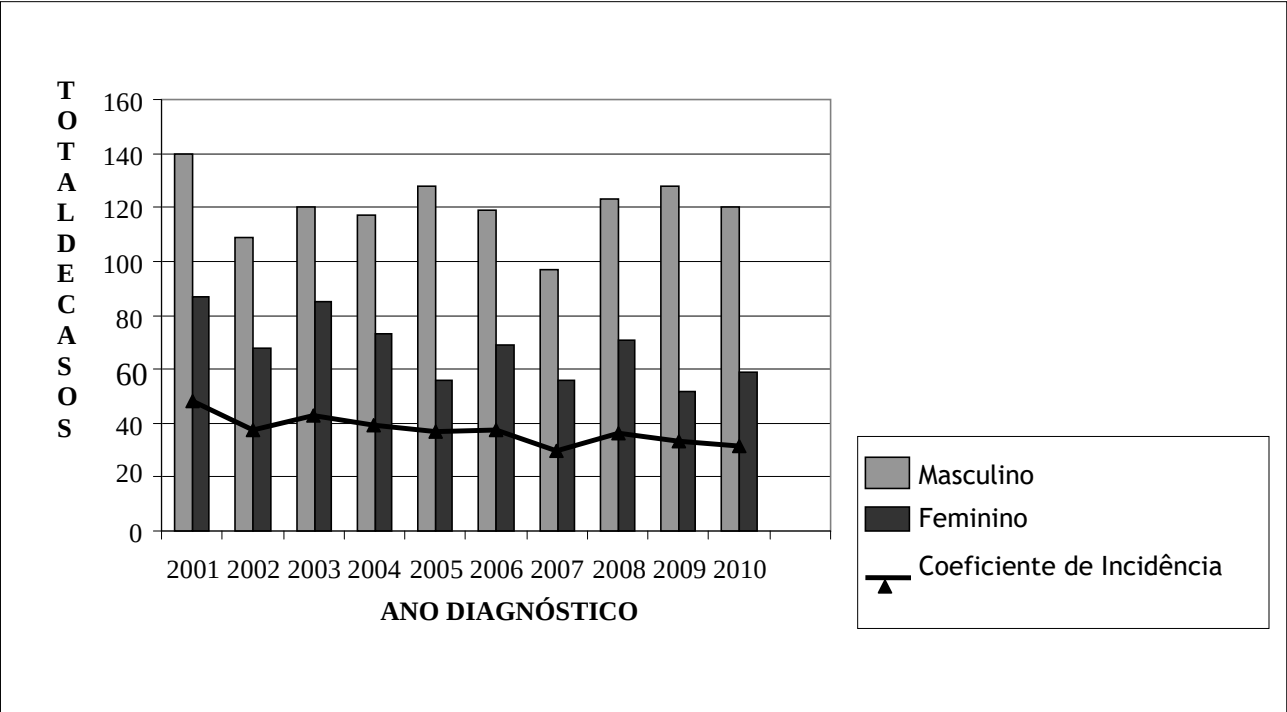


Figura 1. Distribuição dos casos de tuberculose segundo gêneros e coeficiente de incidência (por 100.000 habitantes) de tuberculose no município de Aracaju no período de 2001 a 2010.
Fonte: SINANNET/SMS-Aracaju

A TB no período de 2001 a 2010 afetou com maior frequência os indivíduos na faixa etária de 20 a 29 anos, 495 casos (26,37%), seguido dos indivíduos na faixa de 30 a 39 anos, 411 casos (21,90%), sendo composta principalmente por adultos jovens.

Os dados de escolaridade evidenciados na figura 2 revelam que os maiores percentuais referem-se a casos ignorados/em branco com 22,16% (416 casos), seguido da 5ª à 8ª série incompleta do ensino fundamental com 21,10% (396 casos). O percentual de analfabetos foi de 6,71% (126 casos), indivíduos com educação superior completa 5,91% (111 casos) e com ensino médio completo 4,84% (91 casos).

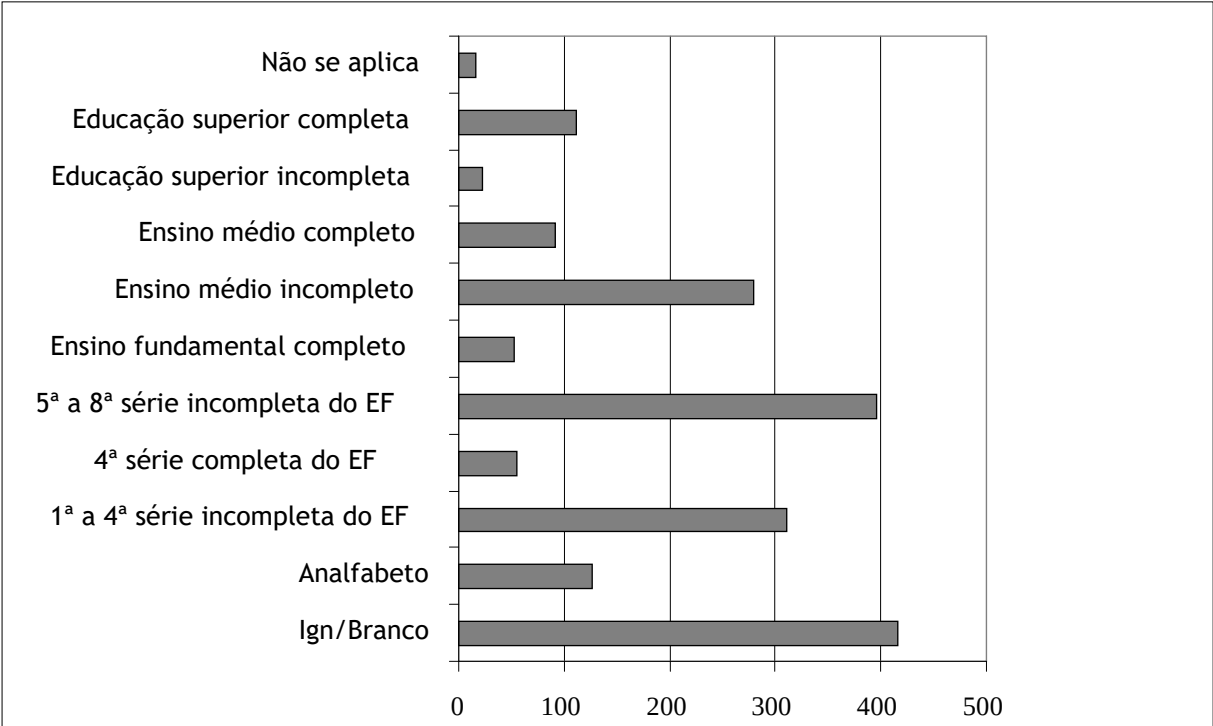


Figura 2. Frequência de casos novos de tuberculose de todas as formas segundo escolaridade no município de Aracaju no período de 2001 a 2010.
Fonte: SINANNET/SMS-Aracaju

Ocorreu maior número de casos novos do tipo pulmonar com 79,27% (1488 casos), seguido da forma extrapulmonar com 17,85% (335 casos) e de ambas as formas com 2,88% (54 casos) (figura 3).

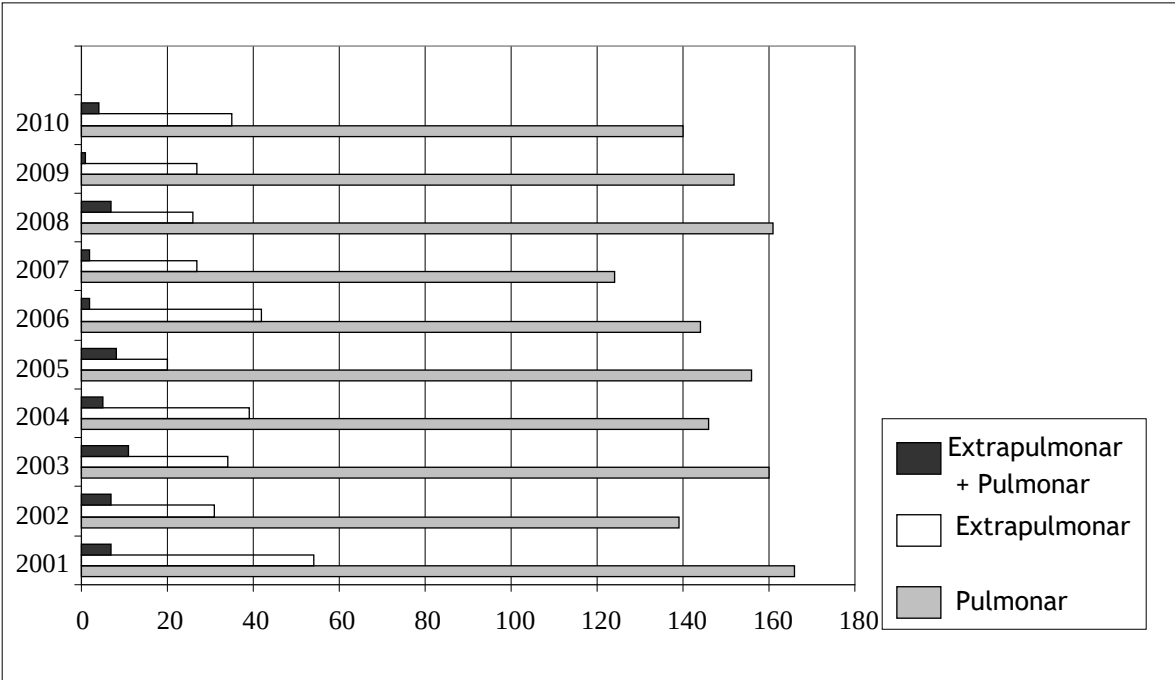


Figura 3. Frequência de casos novos de tuberculose segundo a forma clínica no município de Aracaju no período de 2001 a 2010.
Fonte: SINANNET/SMS-Aracaju

Relativo ao encerramento dos casos destaca-se a proporção de cura de 77,20% seguida do abandono com 13,38%. Apenas 2,66% realizaram transferência para outro município e 0,05% teve TB multirresistente, conforme visualizado na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos casos de tuberculose segundo situação de encerramento dos casos no município de Aracaju no período de 2001 a 2010.

Variável	n	%
Situação De Encerramento		
Cura	1449	77,20
Abandono	251	13,38
Óbito por tuberculose	24	1,28
Óbito por outras causas	102	5,43
Transferência	50	2,66
Tuberculose multirresistente	1	0,05
Total	1877	100

A

distri

buição dos óbitos por TB encontra-se com um total de 293 no período estudado. O coeficiente de mortalidade variou de 4,43 a 7,35 com média de 5,77 óbitos por 100.000 habitantes nos anos de estudo (Figura 4). Cerca de 1,28% do total de casos novos evoluiu para óbito, destacando-se pacientes na faixa etária de 40 a 49 anos (22,41%),

segui dos

de indivíduos na faixa etária de 60 a 69 anos (18,10%).

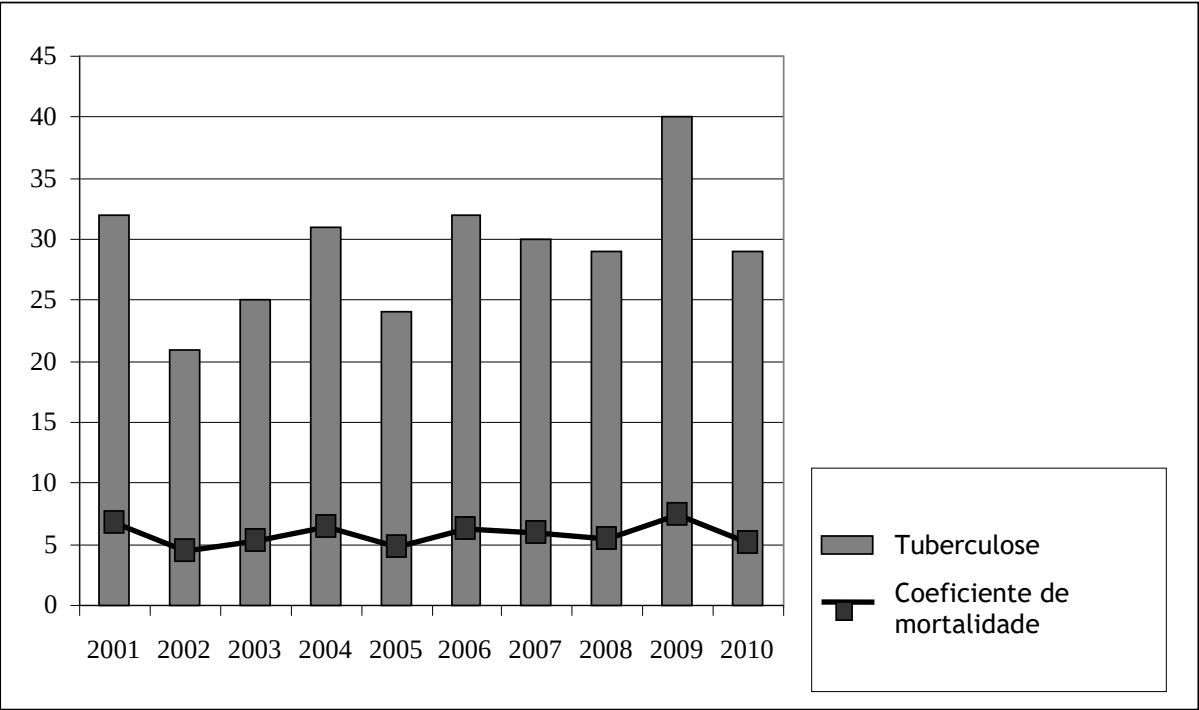


Figura 4. Coeficiente de Mortalidade (por 100.000 habitantes) por tuberculose no município de Aracaju no período de 2001 a 2010.

Fonte: SINANNET/SMS-Aracaju

DISCUSSÃO

Em Aracaju a TB acometeu com mais frequência indivíduos do sexo masculino, 64,00%, situação semelhante encontrada no Brasil, em que o homem adoece duas vezes mais do que as mulheres.⁹ Estes resultados são similares ao estudo realizado em Salvador/BA.¹⁰

O maior risco da doença encontra-se na faixa etária dos 20 a 49 anos, semelhante ao estudo em Teresina/PI¹¹, o que constitui um problema de saúde pública devido ao crescimento populacional nesse grupo etário.

Em países desenvolvidos, mesmo com um controle adequado da doença, há uma mudança na característica epidemiológica da TB com aumento no grupo de idosos, como consequência do aumento da expectativa de vida, resultados diferentes ao encontrados

neste estudo. Considerando que a proporção de pessoas com 65 anos ou mais no Brasil vem aumentando, é provável que a idade específica de incidência de TB modifique ainda mais, o que se alia a dificuldade do diagnóstico que leva a realização de um tratamento tardio e ao aumento da mortalidade. No futuro, a transmissão nosocomial, em casas de repouso, também podem contribuir para maiores taxas de incidência de TB.¹² Provavelmente a tendência na elevação da incidência em casos maiores de 60 anos podem estar associados à alta proporção de indivíduos com baixa imunização e elevada infecção latente de TB.¹⁰ Entretanto, os achados nesse estudo ainda se observa maiores taxas em adultos jovens.

Dentre as variáveis coletadas nesse estudo a que melhor pode informar sobre a condição socioeconômica é a escolaridade.³ Os dados

relativos a essa variável, encontrados em Aracaju, são concordantes com os da literatura, e assemelha-se ao contexto da TB referido nos estudos realizados em Piripiri/PI¹³, no período de 1997 a 2000 e Teresina/PI¹¹, no período de 1999 a 2005, que relatam a baixa escolaridade, da maioria dos casos, sendo considerado, portanto, um fator de risco para a patologia, o que pode contribuir para a não adesão ao tratamento, bem como para o possível aumento da taxa de abandono. A baixa escolaridade da população é, possivelmente, reflexo de todo um conjunto de condições socioeconômicas precárias, que aumentam a vulnerabilidade à TB e são responsáveis pela maior incidência da enfermidade, o que favorece a menor adesão ao respectivo tratamento.¹³

O elevado percentual de casos ignorados/brancos (22,16%), encontrados no estudo, demonstra a deficiência do preenchimento da ficha de investigação, o que pode mascarar a realidade, quanto ao nível da escolaridade encontrado entre os portadores da TB e pode comprometer a avaliação do desenvolvimento das ações do Programa Nacional de Controle de Tuberculose (PNCT).

Cabe ressaltar que a existência de falhas no sistema de informação, principalmente na alimentação e transmissão de dados, devem ser levadas em consideração, na avaliação dos indicadores. A melhoria do sistema de informação foi uma prioridade estabelecida pelo PNCT em 2011, com o objetivo de tornar mais fidedignas as informações utilizadas pelo país para o planejamento de suas ações.¹⁴

Geograficamente, 22 países, incluindo Brasil, são responsáveis por 81,00% de todos os casos de TB, sendo Índia, China, África do Sul, Indonésia e Paquistão, os cinco primeiros. O maior quantitativo de casos de TB está na Ásia e África. Países como Índia e China, juntos, respondem por aproximadamente 40,00% dos casos mundiais de TB. Cerca de 60,00% dos casos estão no Sudeste da Ásia e regiões do Pacífico Oeste. A região Africana tem 24,00% dos casos do mundo, e as mais altas taxas de casos e óbitos por habitante. Sendo que 82,00% dos casos de TB entre pessoas vivendo com HIV no mundo residem na África.¹⁵

Desde 2002 a taxa de incidência da TB reduz em 1,30% ao ano no mundo. A estimativa de novos casos de TB à nível mundial foi de 8,8 milhões em 2010, equivalente a 128/100.000 habitantes. No período compreendido entre 2008 e 2010, o Brasil reduziu de 73.673 para 70.601 o número de casos novos de TB, 3 mil casos novos a

menos no período e uma redução na taxa de incidência de 38,82/100.000 para 37,99/100.000 habitantes. Essa redução verificada no país, é semelhante ao encontrado no município de Aracaju, onde também houve o declínio da taxa de incidência de TB no mesmo período, de 36,14/100.000 para 31,34/100.000 habitantes. Em Sergipe, no período de 2001 a 2010 a taxa de incidência no estado variou de 23,9/100.000 para 34,4/100.000 habitantes.³ Em 2010, o estado de Sergipe notificou 511 casos novos de TB, apresentando uma taxa de incidência de 24,7/100.000 habitantes e a capital do estado, Aracaju, a incidência de 31,7/100.000 habitantes, acima do preconizado pela OMS que espera em 2015 uma taxa de 28/100.000 habitantes.¹⁶

Em 2001, a taxa de incidência no Brasil, foi de 42,8/100.000 habitantes e caiu para 36,0 no ano de 2011, o que significa uma queda de 15,9 pontos percentuais na última década. Embora a região Sudeste concentre o maior número de casos de TB, a região Norte apresenta as maiores taxas de incidência no país. Em 2011, os estados do Amazonas (62,6) e Rio de Janeiro (57,6) apresentaram as maiores taxa de incidência do país, enquanto Goiás (13,6) e Distrito Federal (11,1) as menores.³

Ao serem avaliadas as formas clínicas e sua evolução ao longo dos anos, constata-se que apesar da TB ser uma doença sistêmica, podendo acometer todos os órgãos do corpo humano, a forma pulmonar bacilífera tem maior importância epidemiológica, uma vez que ela mantém a propagação da doença na população, já que o bacilo é aeróbio e penetra nos pulmões, onde existe elevada quantidade de oxigênio, o que facilita seu desenvolvimento.¹⁷ Do total de casos notificados observados nesse estudo, aproximadamente 80,00% dos portadores apresentaram essa forma clínica, semelhantes ao estudo realizado no em Bacabal/MA.¹⁷

A maior frequência de casos novos de TB está em um bairro localizado na região norte do município de Aracaju, o qual é composto por áreas pobres que facilitam a população em adquirir essa afecção, possivelmente através da má distribuição de renda, uma vez que esse tipo de doença está inter-relacionada a fatores socioeconômicos. Assim como no estudo realizado no Peru, onde os indivíduos que fazem parte de populações mais pobres têm maior risco a desenvolverem a TB devido a maior exposição e vulnerabilidade a infecções.¹⁸ Esses indivíduos têm habilidade diminuída para lidar com as consequências da doença em razão da

precariedade dos serviços de saúde, algumas vezes com acesso preventivos, diagnósticos e curativos.¹⁹

Quanto ao encerramento dos casos, os resultados deste estudo confirmam que a TB persiste como um importante problema de saúde pública, pois não têm sido alcançadas as metas de cura e abandono pela OMS obtendo resultados similares ao estudo em Belo Horizonte/MG.²⁰ O percentual de cura dos casos novos bacilíferos de TB pulmonar é o principal indicador utilizado para avaliar as ações de controle da TB, nas esferas nacional, estadual e municipal.³

A média do período analisado relativo ao percentual de cura em Aracaju foi de 77,20%, considerado abaixo do recomendado pela OMS, já que a meta é atingir 85,00% de cura dos casos diagnosticados da doença. Já a média de abandono em Aracaju foi de 13,38%, distante da meta da OMS que é menos de 5,00%.¹⁵

Em 2010 o Brasil detectou 88,00% dos casos estimados pela OMS para o ano de 2010; porém, o alcance do percentual recomendado pela OMS para o indicador de cura ainda é um desafio para o país. De 2001 a 2004, o Brasil apresentou aumento gradual do indicador de cura, e a partir de 2005, ele se manteve constante por volta de 70,00%. Em 2010 a região Sudeste (73,80%) apresentou o maior valor e estados como Acre (85,90%), Distrito Federal (81,20%) e São Paulo (80,40%) apresentaram valores superiores a 80,00%, de cura.³ Já o estado de Sergipe, em 2010, obteve 79,94% de cura, com 139 casos pertencentes ao município de Aracaju.⁶

Considera-se abandono de tratamento quando o doente deixa de comparecer à Unidade de Saúde por mais de 30 dias consecutivos, após a data prevista para o seu retorno. No tratamento supervisionado, o prazo é de 30 dias, contados a partir da última tomada da droga. O abandono do tratamento e a terapia incompleta favorecem a resistência medicamentosa e constituem fatores que causam impacto negativo no controle da doença o que possivelmente leva as diversas regiões do Brasil terem uma taxa de abandono que varia de 4,50% a 20,30%.²⁰

Em Aracaju observa-se que os resultados dos indicadores de cura precisam aumentar e os de abandono do tratamento precisam reduzir em comparação com a média nacional, sendo necessário ações mais eficazes para o controle da patologia como a busca ativa de pessoas que vivem nas ruas com suspeita de TB, por meio do Centro de Referência de Atendimento à População de Rua (CREAS-POP) que são encaminhadas para o Centro de

Especialidades Médicas de Aracaju (CEMAR), para acompanhamento.⁶

Nos anos de estudo, Aracaju apresentou um coeficiente de mortalidade com taxa média de 5,7 óbitos/100.000 habitantes. Resultados inferiores foram encontrados no estudo em Teresina/PI¹¹ com taxa média de 3,3 óbitos/100.000 habitantes e resultados superiores foram verificados no estudo realizado em Salvador/BA¹⁰ com 8,5/100.000 habitantes, sendo considerado um resultado elevado se comparado com a taxa de mortalidade por TB no Brasil que teve uma redução de 16,70% entre os anos de 2002 a 2008, reduzindo de 3,0 casos para 2,5/100.000 habitantes. É importante destacar que, anualmente, ainda morrem no Brasil em torno de 4.700 pessoas por causa da TB, doença curável e evitável. Desde 2002, o percentual de cura apresenta aumento gradativo, tendo alcançado o percentual de 73,00% em 2008.²¹

No Brasil, a TB está associada à pobreza, desigualdade social, más condições de vida e habitação e, mais recentemente, à AIDS. Ademais, a associação da TB à morte de pacientes com outras doenças ainda é elevada: 14,00% dos óbitos por AIDS entre 2002 e 2003 tiveram a TB como causa associada.²² Em Aracaju, houve realização de testagem para HIV, em pacientes com TB, acima de 60,00% em 2011.⁶ Atualmente, a associação (HIV/TB) constitui um sério problema de saúde pública, podendo levar ao aumento da morbidade e mortalidade pela TB em muitos países.⁹

No período de 2001 a 2010 em Aracaju 5,40% dos casos foram de óbitos por outras causas, percentual maior do que o encontrado em óbitos por TB (1,20%), demonstrando que, provavelmente, possa estar relacionado à pacientes portadoras do HIV. Espera-se que até 2015 reduzam-se para metade as taxas de mortes por TB no mundo.¹⁵

O controle da TB depende de melhoria dos fatores relacionados aos serviços de saúde: sistema de informação confiável, ampliação dos atendimentos descentralizados que possibilitam a implementação do tratamento supervisionado, capacitação dos profissionais e fortalecimento do trabalho em equipe, e otimização da referência e contra-referência. A abordagem individualizada e a valorização das atividades educativas propiciam informação mais fácil de ser interpretada sobre a doença e estimulam o paciente a se tratar.²⁰

O MS refere que está em processo de implantação no ano de 2013-2014 um teste diagnóstico da TB de rápido resultado, fácil realização, com alta sensibilidade (97,20%) e

especificidade (98,10%), indicando a possibilidade de resistência à rifampicina, que favorecerá nas ações para o controle da tuberculose no Brasil.²³ Essa tecnologia inovadora provavelmente será a principal ferramenta para o diagnóstico da TB pulmonar, além de reduzir o risco de contaminação dos profissionais e permitir seu diagnóstico em apenas duas horas através da identificação do DNA (ácido desoxirribonucléico) do *Mycobacterium tuberculosis*, substituindo a baciloscopia na rede de atenção a saúde que leva cerca de 60 dias para sua finalização.⁵

Estudo realizado em Bogotá demonstra que o aumento da incidência de resistência a múltiplas drogas dificulta no controle da doença, uma vez que requer a utilização menos eficaz e menos tolerada por medicamentos alternativos, ao exigir regimes de tratamento longos e reduzir chances de cura.²⁴ Aracaju, no período de 2001 a 2010 apresentou 0,05% de TB multirresistente o que possivelmente demonstra dificuldade no controle da doença pelos profissionais de saúde.

Dessa forma, com o passar dos anos, houve uma evolução nas políticas públicas de saúde no tocante à assistência a TB. Também novas drogas e formas de administrar foram criadas, para maior controle e/ou eliminação da doença.²⁵ Além disso, o conhecimento da necessidade da utilização das medidas de precauções de contato, pelo profissional de saúde, previne a disseminação de microorganismos a outros pacientes, resultando em uma assistência segura e de qualidade.²⁶

A redução da incidência de TB pode sugerir que, em Aracaju, exista uma melhor adesão ao tratamento dos pacientes durante o tempo necessário, acompanhamento médico, uma boa repercussão das campanhas de conscientização sobre a doença e que os programas envolvidos com o controle da TB podem estar sendo efetivos, reduzindo a prevalência e incidência da patologia.³

A parceria entre o PNCT e ESF é um instrumento transformador e relevante para o controle da TB no país, podendo contribuir possivelmente para a expansão de ações no controle da TB estabelecidas no PNCT, ao melhorar a adesão terapêutica e evitar o abandono ao tratamento.²⁷ O fortalecimento na implantação da educação permanente integrada às instituições formadoras em saúde voltadas para as necessidades da população, possibilitaria aos profissionais melhor identificação de sintomáticos respiratórios, procedimentos diagnósticos, manejo

terapêutico e acompanhamento dos contactantes, contribuindo para enfrentamento dos problemas de saúde encontrados na comunidade.²⁸

Desde 2012 o MS disponibiliza curso à distância para os profissionais, intitulado ações para o controle da TB na atenção básica com a finalidade de qualificar as equipes e melhorar o atendimento aos pacientes.²³

A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) dobrou, no Brasil, nos anos analisados, passando de 25,40%, em 2001, para 52,20% em 2010. Embora com menor percentual de aumento, em 2001, 50,10% dos casos pulmonares bacilíferos eram diagnosticados na Atenção Básica em comparação a 56,30% em 2010. O PNCT preconiza a descentralização das ações de busca ativa, diagnóstico, tratamento e acompanhamento para a Atenção Básica, com vistas a facilitar o acesso do usuário ao tratamento e à cura.⁴ O conhecimento de aspectos socioeconômicos do agravo TB é fundamental para nortear as políticas públicas e direcionar as ações de atenção básica pela ESF.¹¹

Apesar de esses resultados serem positivos, a TB ainda é um dos principais problemas de saúde pública do Brasil o que preocupa o MS e requisita maiores forças para diminuir o número de novos casos ao exigir o desenvolvimento de estratégias para seu controle considerando aspectos humanitários, econômicos e de saúde pública.⁴

CONCLUSÃO

O perfil das pacientes com TB em Aracaju no novo milênio é condizente com o cenário nacional e mundial, sendo compostos principalmente por homens, adultos jovens (20 a 29 anos) e com predomínio da forma pulmonar da doença.

Os portadores de TB apresentaram baixa escolaridade, com a doença evoluindo para a cura, apesar da elevada parcela de pacientes que abandonam o tratamento. A média do percentual relacionada ao desfecho dos casos como cura e abandono ainda estão distantes da meta recomendada pela OMS.

Entre as limitações deste estudo, cabe destacar, a utilização de dados secundários que, muitas vezes, apresentam inconsistência em relação à quantidade e qualidade de informações. Verifica-se a ocorrência de elevada proporção de casos ignorados/brancos evidenciados nos dados de escolaridade, fato que limita uma avaliação de qualidade da atenção à saúde aos portadores.

Evidenciou-se elevado percentual de casos encontrados no SINAN, muitas vezes não

preenchidos, o que podem induzir a uma prevalência oculta, mascarando, possivelmente, a realidade no município de Aracaju, portanto, faz se necessário sensibilizar os profissionais de saúde da necessidade de diagnóstico precoce, notificação dos casos novos, acompanhamento dos pacientes durante o processo terapêutico, além de avaliar o paciente durante o encerramento do caso e registrar todos os dados no sistema de informações.

Este estudo poderá contribuir para que a gestão municipal planeje estrategicamente as ações governamentais, bem como servir de base científica para outros estudos nessa temática, permitindo que os órgãos nacionais e mundiais alcancem as metas propostas no que tange a erradicação e consequente redução dos gastos com a patologia. Sem uma gestão pública eficaz e eficiente não existe meios de melhorar a saúde pública brasileira.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Tuberculose [Internet]. Brasília, 2012 [cited 2013 Dec 20]. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1527.
2. Lindner LC Quem fala, o que fala e como fala: Conceitos, percepções e representações de Saúde e Doença na Mídia: o Caso da Tuberculose [Internet]. Fiocruz, 2011 [cited 2013 Dec 21]. Available from: http://www.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/113/dissertacao_final_para_defesa1.pdf.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico. Especial Tuberculose. 2012; 43:1-12.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Brasil reduz casos novos de tuberculose. 2011. Brasília. [Internet]. [cited 2013 Dec 21]. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=12351.
5. Brasil. Ministério da Saúde e municípios: juntos pelo acesso integral e de qualidade à saúde/Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 1-72 [Internet]. [cited 2013 Dec 21]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ministerio_municipios_juntos_acesso_integral.pdf.
6. Aracaju. Prefeitura de Aracaju. Controle da tuberculose em Aracaju. 2012. Aracaju. [Internet]. [cited 2013 Dec 21]. Available from: <http://www.aracaju.se.gov.br/index.php?act=leitura&codigo=51014>.
7. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2012. População em Aracaju. [Internet]. [cited 2013 Dec 21]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.
8. Sergipe. Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES). Saúde prevê queda de 20% nos casos de tuberculose em Sergipe. 2008. Sergipe. [Internet]. [cited 2013 Dec 21]. Available from: <http://www.ses.se.gov.br/index.php?act=imprimir&codigo=2535>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília. 2009. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Vol 07. 7th ed. 732-756.
10. Xavier MIM, Barreto M L Tuberculose na cidade de Salvador, Bahia, Brasil: o perfil na década de 1990. 2007. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 23(2):445-453.
11. Coêlho DMM, Viana RL, Madeira CA, Ferreira LOC, Campelo V. Perfil epidemiológico da tuberculose no Município de Teresina-PI, no período de 1999 a 2005. Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil; 2010, v.19, n. 1. p. 33-42.
12. Chaimowicz F. Transição etária da incidência e mortalidade por tuberculose no Brasil.. Rev Saúde Pública [Internet]. 2001 [cited 2013 Dec 21];35(1):[about 5 p.] Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000100012.
13. Mascarenhas MDM, Araújo LM, Gomes KRO. Perfil epidemiológico da tuberculose entre casos notificados no Município de Piripiri, Estado do Piauí, Brasil. Volume 14 - jan/mar de 2005. Epidemiologia e Serviços de Saúde; 14(1):7-14.
14. Barreira D, Moherdau F, Oliveira G, Bartholomay P, Codenotti S, Arakaki D, et al. Brasil. Os casos de retratamento de tuberculose no Brasil. Boletim eletrônico epidemiológico 2010 [Internet]. [cited 2013 Dec 21]. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim_epi_n11_tb_dez2010_atual2.pdf.
15. WHO. World Health Organization. Global Tuberculosis Report. 2012. [Internet]. [cited nov 2013]. Available from: http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr12_main.pdf.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Relatório de Situação. Sergipe. 2011. 5th ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1-39.

17. Gomes AB. Perfil epidemiológico da tuberculose entre casos notificados no município de Bacabal no período de 2005 e 2010. Faculdade de Educação de Bacabal - FEBAC. 2011 [Internet]. [cited 2013 Dec 21]. 1-9. Available from: <http://pt.scribd.com/doc/90215225/Perfil-de-tuberculose-entre-2005-a-2010-em-Bacabal1-9>.
18. Oblitas YM, Vera NL, Rios RC, Portuguese AL. Inequidad en personas que padecen de Tuberculosis: Estudio piloto en tres Centros de Salud de Lima (Perú). Index Enferm [Internet]. 2008 [cited 2013 Dec 21];17(2):111-5. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962008000200007&script=sci_arttext
19. Prado TN, Caus AL, Marques M, Maciel EL, Golub JE, Miranda AE. Perfil epidemiológico de pacientes adultos com tuberculose e AIDS no estado do Espírito Santo, Brasil: Relacionamento dos bancos de dados de tuberculose e AIDS. J Bras Pneumol. 2011; 37(1):93-9.
20. Paixão L. M. M., Gontijo E. D. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG. Rev Saúde Pública 2007; 41(2):205-13.
21. Brasil. Secretaria de Vigilância da Saúde. Novo sistema de tratamento da tuberculose para adultos e adolescentes no Brasil. 2010. Ministério da Saúde [Internet]. [cited dez 2013]. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/informe_tb_julho10_certo_22_07_2010.pdf
22. Marinho A, Carvalho D, Ribeiro JA, Silva JR, Servo LM, Nogueira RP. Saúde No Brasil: Algumas Questões Sobre O Sistema Único De Saúde (Sus). 2009. CEPAL-Comissão econômica para a América Latina e o Caribe [Internet]. [cited 2013 Dec 21]. Available from: http://www.eclac.cl/brasil/publicaciones/sin_sigla/xml/4/35734/LCBRSR200SaudenoBrasil.pdf
23. Brasil, Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico. Tuberculose: alinhada com o social, afinada com a tecnologia. 2013. Secretaria de Vigilância em Saúde Brasília, v. 44, n°2 [Internet]. [cited 2013 Dec 21]. Available from: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Abr/10/boletim2_2013_t_b_web.pdf
24. Pedraza LMM, Garcia CAA, Munoz AYS. Caracterización de pacientes con tuberculosis y tuberculosis resistente a múltiples medicamentos en instituciones de tercer nivel de Bogotá D.C. Enfermeria Global [Internet]. 2012 [cited 2013 Dec 21];11(25):129-38.
25. Santos JS, Corrêa I, Salgado ME. Knowledge of nursing undergraduate students about the use of contact precautions measures. Invest Educ Enferm. 2014. 32(1):464-72.
25. Andrade HL, Enders BC, Miranda FAN. Brief History on tuberculosis control policies. Revista de J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 June [cited 2013 Dec 21];6(6):1468-73. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/view/2466/pdf_1274
26. Santos JS, Corrêa I, Salgado ME. Knowledge of nursing undergraduate students about the use of contact precautions measures. Investigación y Educación en Enfermería [Internet]. 2014. [cited 2013 Dec 21];32(1):464-72. Available from: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewFile/17507/15235>
27. Garcia MCC, Cirino ID, Enders BC, Menezes RMP. Incorporation of control actions of tuberculosis in primary health care and its context. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 Oct [cited 2013 Dec 21];7(spe):6294-302. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/view/4913/pdf_3821
28. Nogueira JA, Silva CA, Trigueiro DRSG, Trigueiro JVS, Almeida SA, Sá L.D., et al. Training of health professionals in the tuberculosis care: Challenges and contradictions of the practice. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2011 June [cited 2013 Dec 21];5(4):778-87. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/view/1323/pdf_498

Submissão: 02/09/2015

Aceito: 06/12/2015

Publicado: 15/04/2016

Correspondência

Amalia Guimarães Raimundo
Rua João Ednaldo Alves dos Santos, 98
Bairro Jardins
CEP 49027-290 – Aracaju (SE), Brasil