

LABORO EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ANTONIO GILSON DE ALCÂNTARA
PERLA AKÁSSIA BEZERRA DE SÁ

PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE INDIVÍDUOS ACOMETIDOS POR
TUBERCULOSE PULMONAR, NO MUNICÍPIO PIRAPEMAS – MA

São Luís

2010

ANTONIO GILSON DE ALCÂNTARA
PERLA AKÁSSIA BEZERRA DE SÁ

**PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE INDIVÍDUOS ACOMETIDOS POR
TUBERCULOSE PULMONAR, NO MUNICÍPIO PIRAPEMAS – MA**

Trabalho de conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORO - Excelência em Pós- Graduação,
para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Doutora Mônica Elinor Alves Gama.

São Luís

2010

**ANTONIO GILSON DE ALCÂNTARA
PERLA AKÁSSIA BEZERRA DE SÁ**

**PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE INDIVÍDUOS ACOMETIDOS POR
TUBERCULOSE PULMONAR, NO MUNICÍPIO PIRAPEMAS – MA**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORO
- Excelência em Pós- Graduação, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Doutora Mônica Elinor Alves Gama.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Profa. Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)

Doutora em Medicina

Universidade de São Paulo - USP

Profa. Rosemary Ribeiro Lindholm

Mestra em Enfermagem Pediátrica

Universidade de São Paulo - USP

São Luís

2010

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus por ter permitido a conclusão deste curso, e por ter me dado força e coragem nos momentos mais difíceis que passei.

E, em segundo lugar a minha família por ter me apoiado nessa luta.

Perla Akássia Bezerra de Sá

A nossa orientadora e professora Mônica Elinor Alves Gama.

A todos os funcionários da LABORO, que contribuíram diretamente ou indiretamente para a conclusão deste trabalho.

Aos companheiros de turma: Aneilian, Teresinha de Jesus, Ângelo.

Aos amigos: Rosângela Bogéia, Walesca, Joseyse, Hilmar (Dilma), Elmar Gomes, Reinaldo dos Santos Isidório Filho, Raimunda Neta, Fernanda.

“O maior erro que um homem pode cometer é sacrificar a sua saúde a qualquer outra vantagem.”

Arthur Schopenhauer

RESUMO

A tuberculose é uma doença infecciosa e contagiosa, causada por uma bactéria, o *Mycobacterium tuberculosis*, também denominado bacilo de Koch (BK) transmitida pela fala, tosse, espiro ou canto de doente bacilífero para um sadio. O termo tuberculose origina no fato da doença causar lesões chamada tubérculos. E tem como objetivo geral, estudar o perfil clínico epidemiológico de indivíduos acometidos de tuberculose pulmonar, no Município Pirapemas-MA, bem como baciloscopias realizadas, evolução e avaliação dos contactantes. Trata-se de um estudo epidemiológico de natureza descritiva. O estudo descritivo caracteriza-se por uma necessidade de uma situação não conhecida, mas buscam-se mais informações. A pesquisa constatou de busca de informações colhidas nos prontuários de pacientes diagnosticados com tuberculose pulmonar de primeiro de janeiro de 2007 a trinta e um de dezembro de 2008. O instrumento de coleta de dados é uma ficha protocolo, elaborado pelos pesquisadores e sua orientadora. Os resultados encontrados foram a população de 41 a 50 anos (40%) e sexo masculino (80%) que prevaleceram. Em relação a profissão houve o predomínio de lavradores (80%) e prevaleceu a população com renda entre um e dois salários mínimos (70%). A maioria dos casos diagnosticados foi do tipo caso novo (70%) e a maioria dos casos encerrados foi por cura (70%). Percebeu-se que a tuberculose está ligada diretamente com as precárias condições de vida das pessoas e necessita de políticas públicas urgente.

Palavras-chave: Tuberculose Pulmonar. Perfil Clínico Epidemiológico.

ABSTRACT

The tuberculosis is an infectious and contagious disease, caused by a bacterium, the *Mycobacterium tuberculosis*, also denominated bacillus of Koch (BK) transmitted by the speech, he/she coughs, I exhale or I sing of sick bacilífero for a healthy one. The term tuberculosis originates in the fact of the disease to cause lesions called tubers. And he/she has as general objective, to study the attacked individuals' of lung tuberculosis epidemic clinical profile, in the Município Pirapemas-MA, as well as accomplished baciloscopias, evolution and evaluation of the contactantes. It is an epidemic study of descriptive nature. The descriptive study describes with accuracy the facts or phenomena of a certain reality. The research is characterized by the need of exploring situations to obtain new or more information identifying yours, characteristics, changes or regularities. The descriptive study is characterized by a need for a situation not known, but a quest for more information. The survey found the search for information from the medical records of patients diagnosed with pulmonary tuberculosis of the first of January 2007 to trinta and one from December 2008. The instrument of collection of data is a record protocol, elaborated by the researchers and his/her advisor. The found results were the population from 41 to 50 years (40%) and masculine sex (80%) that prevailed. In relation to profession there was the farmers' prevalence (80%) and the population prevailed with income between an and two minimum wages (70%). most of the diagnosed cases was of the type new case (70%) and most of the contained cases was for cure (70%). you/he/she was Noticed that the tuberculosis is linked directly with the precarious conditions of the people's life and he/she needs urgent public politics.

Keywords: Tuberculosis Pulmonary. Clinical Epidemiological Profile.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição percentual dos 10 pacientes portadores de tuberculose pulmonar segundo faixa etária	17
Gráfico 2	Distribuição percentual de acordo com o sexo, dos 10 pacientes com tuberculose pulmonar	18
Gráfico 3	Distribuição percentual dos 10 dos pacientes portadores de tuberculose pulmonar segundo o grau de escolaridade	18
Gráfico 4	Distribuição percentual dos 10 pacientes com tuberculose pulmonar segundo profissão/ocupação	19
Gráfico 5	Distribuição percentual de contatos que residem com os 10 pacientes com tuberculose pulmonar	19
Gráfico 6	Distribuição percentual dos 10 pacientes com tuberculose pulmonar segundo a renda familiar	20
Gráfico 7	Distribuição percentual dos 10 pacientes com tuberculose pulmonar de acordo com o tipo de entrada	21
Gráfico 8	Distribuição dos 10 pacientes com tuberculose pulmonar segundo caso encerrado/alta	21
Gráfico 9	Distribuição de acordo com o percentual dos contatos examinados/avaliados dos 10 pacientes com tuberculose pulmonar	22
Gráfico 10	Distribuição percentual do tempo de permanência no SINAN até o momento da alta dos 10 pacientes com tuberculose pulmonar	23

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Geral	13
2.2	Específicos	13
3	METODOLOGIA	14
3.1	Local e data da pesquisa	14
3.2	Descrição do local	14
3.3	População	15
3.4	Instrumento de coleta de dados	15
3.5	Coleta e análise de dados	15
3.6	Considerações éticas	16
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	17
5	CONCLUSÃO	24
	REFERÊNCIAS	25
	APÊNDICES	27
	ANEXOS	31

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose é uma doença infectocontagiosa causada por uma bactéria denominada de *Mycobacterium tuberculosis*, também denominado bacilo de Koch (BK). O termo tuberculose origina-se no fato da doença causar lesões chamada tubérculos (BRASIL, 2008). É uma bactéria aeróbica do tipo Gram-positiva de crescimento lento, divide-se de 16 a 20 horas, comparadas as outras doenças que se dividem em minutos (MELO; VERONESI; FOCACCIA, 1996). A transmissão ocorre de pessoa a pessoa através de gotículas no ar contaminado que são expelidas quando os doentes tosse, espiram, falam ou cantam.

De acordo com Figueiredo (2005), a tuberculose é uma doença conhecida há séculos, que encontra hoje novas condições de circulação e atinge grupos cada vez mais jovens, em idade produtiva, cujo agente etiológico é conhecido como *Mycobacterium tuberculosis*, chamado como bacilo de Koch.

Esta enfermidade é uma doença documentada desde longa data e que continua a afligir a humanidade nos dias atuais. Estima-se que sua bactéria causadora da referida infecção tenha evoluído há 15.000 ou 20.000 anos a partir de outras bactérias do gênero *Mycobacterium*. Na antiguidade, a tuberculose atingiu os animais antes de alcançar os homens, provavelmente por uma variante que antecedeu o *Mycobacterium bovis*.

Os primeiros humanos possivelmente se infectaram por ingestão de carne ou leite contaminado ou por via aerógena (pelo ar). Aos poucos, bacilos mutantes de localização pulmonar e melhor transmissão aerógena com uma virulência atenuada, que favorecia a sua contaminação, provavelmente, conseguiram contaminar a espécie humana (MELO; VERONESI; FOCACCIA, 1996).

As pessoas infectadas desenvolvem a tuberculose, quando o sistema imunológico (defesa) não pode mais manter os bacilos sob controle e eles multiplicam-se rapidamente. Apenas em torno de 10% das pessoas infectadas adoecem, metade delas durante os dois primeiros anos após a infecção e a outra metade ao longo de sua vida (FIGUEIREDO, 2005).

Sabe-se que a tuberculose é uma doença de preconceitos e tabus que está ligada diretamente com as precárias condições de vida da população e por falta de saneamento básico. É necessário haver políticas públicas de saúde para que a população mais precária não esteja vulnerável a tal enfermidade. É o que afirma Figueiredo (2005), na realidade não há como dissociar a tuberculose da baixa renda e das crises sociais, agravando um problema que pareceria sob controle. Em especial, cidades populosas são decisivas na manutenção e

expansão da tuberculose constituindo substrato para o surgimento e manutenção de outros agravos.

É necessário observar que a situação socioeconômica apresenta-se como indicador importante na disseminação da doença, ou seja, em países desenvolvidos o número de casos é menor que em países em desenvolvimento (BRASIL, 2006). A tuberculose é mais comum nas áreas do mundo onde há muita pobreza, promiscuidade, desnutrição, má condições de higiene e uma saúde deficitária.

A tuberculose é um problema de saúde pública mundial com altas taxas de morbimortalidade. *Mycobacterium tuberculosis* infecta aproximadamente um terço da população mundial e continua sendo a primeira causa de morte entre as doenças infecciosas (SMELTZER; BARE, 2002; FIGUEIREDO, 2005).

No mundo, é estimado 1 bilhão e 700 milhões de pessoas infectadas pelo *Mycobacterium tuberculosis*, isto é, um terço da população. Atualmente, 54 milhões de pessoas infectam-se, sendo que 6,8 milhões desenvolvem a doença e 3 milhões morrem. O *Mycobacterium tuberculosis* mata mais indivíduos que qualquer outro agente infeccioso sozinho (ARAJCZUK, 2001). Ela faz parte das doenças negligenciadas.

A nível mundial cerca de 2 bilhões de pessoas, estejam infectadas pelo bacilo Koch, o que representa 100 milhões de casos registrados por ano em todo planeta. A Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca que 8 milhões de pessoas desenvolverão a doença e 2 milhões morrerão a cada ano (350 mil), associados pela contaminação do HIV, vírus causador da AIDS (DE LAVOR, 2008).

A tuberculose, no Brasil, continua sendo um grave problema de saúde pública. O Brasil está entre os 22 países que concentram 80% dos casos de tuberculose no mundo, e é responsável, juntamente com o Peru, por 50% dos casos nas Américas (AMAZONAS, 2005).

No estado do Maranhão, no ano de 2000, houve 2.342 casos notificados de tuberculose. O Maranhão é o décimo estado brasileiro e o quarto do nordeste em número de casos, com 2.929 notificações em 1.999. A incidência da doença em 2005 foi de 710 casos novos tendo 30% de positividade na baciloscopia do escarro com taxa de cura de 63,9% em 2005 (MARANHÃO, 2008).

O município de São Luís é considerado hiperendêmico em tuberculose com maior número de casos do Estado com 43% das notificações (MARANHÃO, 2008).

No Brasil, e em 21 países em desenvolvimento a tuberculose é um importante problema de saúde pública. Nesses países encontra-se 80% dos casos mundiais da doença. Pessoas idosas, minorias étnicas e imigrantes estrangeiros são mais atingidos nos países

desenvolvidos. E em países em desenvolvimento, o predomínio é na população economicamente ativa (15 a 54 anos) e os homens adoecem duas vezes mais que as mulheres (BRASIL, 2006). Pode-se inferir que esse dado se dê em virtude de os homens saírem de suas residências a procura de emprego e os mesmos se submeterem mais que as mulheres em serviços de risco.

Um dos fatores de risco que vem contribuindo para o surgimento e aumento do nº de casos são as pessoas acometidas por HIV. Desde o seu surgimento no início da década de 80, o vírus da Síndrome da Imunodeficiência Humana (HIV), contribui para o desenvolvimento da Tuberculose nas pessoas infectadas pelo *M.Tuberculosis*. A chance do indivíduo infectado pelo HIV adoecer de Tuberculose é de aproximadamente 10% ao ano, enquanto a chance de um indivíduo imunocompetente é de aproximadamente 10% ao longo da vida (BRASIL, 2006).

Os agravos a saúde não ocorrem apenas de forma isolada, mas relacionadas uns a outros, não se pode falar em expansão da aids sem se falar no avanço da tuberculose, e apresentam interdependência em relação aos seus determinantes (FIGUEREDO, 2005).

Antes de qualquer coisa é importante lembrar que o aumento da disponibilidade de alimento e melhoria nas condições de saneamento básico, trouxeram a partir da metade do século XVIII, importantes transformações na expectativa de vida da população. A tuberculose é uma doença social, de má qualidade de vida, não se deve esperar uma solução dos problemas de pobreza para resolver os da tuberculose (DE LAVOR, 2008).

Entretanto, a melhoria nas condições de vida que possibilitou mudanças no perfil de adoecimento e aumento na expectativa de vida, não beneficiou todos os países uniformemente.

No Brasil a expectativa de vida hoje, é em média 64 anos para os homens e 71,4 para as mulheres. No entanto a distribuição não é uniforme para todas as regiões do país, no Sul e Sudeste a expectativa de vida é maior que na região Nordeste, neste continua sendo, a região que concentra as piores condições de saúde (FIGUEREDO, 2005).

Esses indicadores têm estreita relação com a incidência de tuberculose. Condições econômicas e sociais afetam diretamente tanto o risco para tuberculose como para o surgimento e expansão de agravos considerados até então sob controle.

A tuberculose é uma doença grave, porém curável em praticamente 100% dos casos novos desde que os princípios da quimioterapia sejam seguidos (BRASIL, 2002).

O caso considerado novo: sem tratamento anterior, tratamento por menos de trinta dias ou com tratamento há mais de cinco anos, é indicado o Esquema Básico com duração de

seis meses, na primeira fase de dois meses as drogas utilizadas são a rifampicina, isoniazida e pirazinamida, na segunda é indicado a rifampicina e isoniazida.

Nos casos de retratamento: Recidivo após cura com esquema básico ou retorno após o abandono do esquema básico é indicado o esquema básico mais etambutol, com dois meses de rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol e quatro meses de rifampicina, isoniazida e etambutol.

Quando houver falência dos esquemas básico ou básico mais etambutol é indicado o esquema para falência ou esquema III que compreende doze meses de tratamento, sendo que a primeira fase tem duração de três meses, com a medicação estreptomicina, pirazinamida, etambutol e etionamida. Na segunda fase com duração de nove meses utiliza-se o etambutol e etionamida (BRASIL, 2002).

Levando em consideração os dados expostos acima, verifica-se que é de fundamental importância um estudo voltado para o perfil clínico epidemiológico de indivíduos acometidos por tuberculose pulmonar no município a ser estudado. O interesse da Organização Mundial da Saúde (OMS) em erradicar a tuberculose no mundo, despertou-nos a necessidade de realizar esta pesquisa, considerando que a tuberculose vem assumindo significativa representatividade no município em estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Estudar o perfil clínico epidemiológico de indivíduos acometidos de tuberculose pulmonar, no Município Pirapemas-MA.

2.2 Específicos

Caracterizar o perfil demográfico e sócio-econômico dos pacientes;

Avaliar os dados clínico-radiológico em comunicantes dos pacientes;

Identificar características evolutivas da doença;

Verificar os tipos de alta;

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico de natureza descritiva. O estudo descreve com exatidão os fatos ou fenômenos de uma determinada realidade (LEOPARTI, 2001). Segundo Trivinos (1987), o estudo descritivo caracteriza-se por uma necessidade de averiguar uma situação não conhecida, buscando-se mais informações.

Para Polit e Hungre (1995), numa abordagem quantitativa utilizam procedimentos estruturados e formais para coletar informações de controle analisando as numéricas através de procedimentos estatísticos. Enfatizam a objetividade na coleta de dados.

A epidemiologia descritiva permite ao pesquisador aumentar sua experiência em torno de certo problema, auxiliando a descrever fatos com exatidão (PEREIRA apud PADILHA, 1995).

Local e data da pesquisa

A pesquisa foi realizada no Centro de Saúde Professor Bacelar Viana, Município de Pirapemas - MA, no mês de agosto de 2009.

Descrição do local

Pirapemas fica localizada às margens do Rio Itapecuru, aproximadamente 180 km de São Luís. A mesma foi fundada pelo Governador Sr. Eugenio Barros, onde sancionou a lei N.821 de 11 de dezembro de 1.952 que cria o município de Pirapemas e dá outras providencias. A instalação foi no dia 1 de janeiro de 1.953 e chefiada pelo cidadão Antonio Ferreira Damasceno. O primeiro prefeito eleito pelo povo foi o Sr. Wilson Soares Ribeiro, administrou de 1.955 a 1.960.

A população no município é de aproximadamente 15 mil habitantes que vivem da caça, pesca e agricultura de subsistência.

O Prefeito atual é Sr. Elizeu Moura, sendo na ordem o décimo terceiro prefeito eleito pelo povo no período de 2009 a 2012.

Pirapemas tem um matadouro, seis açougues, um mercado, um hospital, um centro de saúde na sede, duas padarias, quatro farmácias e uma drogaria. O Centro de Saúde

Professor Bacelar Viana, fica localizado na sede do município e funcionam duas Unidades Básicas de Saúde da Família (referência) compostas por dois médicos, dois enfermeiros, dois auxiliares de enfermagem e treze Agentes Comunitários de Saúde (ACS). E existe também duas equipes de Saúde Bucal.

População

A população estudada foi composta por todos os prontuários de pacientes diagnosticados com tuberculose pulmonar do município de Pirapemas, de primeiro de janeiro de 2007 a trinta e um de dezembro de 2008.

Instrumento de coleta de dados

Foi utilizada a ficha protocolo, elaborado pelos pesquisadores e sua orientadora a partir da literatura acerca do assunto, que contém dados de informações e dados epidemiológicos, tais como: baciloscopia realizada, tipos de entrada, tipos de alta, indicação de tratamento supervisionado e avaliação dos comunicantes (APÊNDICE B).

Coleta e análise de dados

Após a autorização do Diretor do Centro de Saúde Professor Bacelar Viana com assinatura do termo de consentimento a respeito da pesquisa iniciou-se a coleta de dados. Foram selecionados os prontuários dos pacientes com tuberculose pulmonar a partir do livro Registro e Controle do Tratamento dos Casos de Tuberculose (Livro Verde) e que eram os mesmo registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de primeiro de janeiro 2007 a trinta e um de dezembro 2008. Posteriormente foi aplicada a ficha protocolo na própria instituição de Saúde, com perguntas abertas elaboradas pelos pesquisadores e sua orientadora. Os dados foram organizados nos programas Excel/2007 e Word/2007 e estão apresentados na forma de gráficos e quadro.

Considerações éticas

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, uma vez que envolveu seres humanos. Foi realizada em conformidade com as exigências da Resolução CNS Nº. 196/96, em vigor em todo território nacional, onde o Diretor do Centro de Saúde Professor Bacelar Viana assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando assim, participação na pesquisa (Apêndice B). Assegurados o anonimato de todos os pacientes, e bem como o sigilo profissional.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A seguir serão apresentados os dados de dez pacientes diagnosticados com tuberculose pulmonar, que estão no Livro de Registro e Controle do Tratamento dos Casos de Tuberculose (Livro Verde) e que são os mesmos registrados no SINAN, no município de Pirapemas-MA no período de primeiro de janeiro de 2007 a trinta e um de dezembro de 2008.

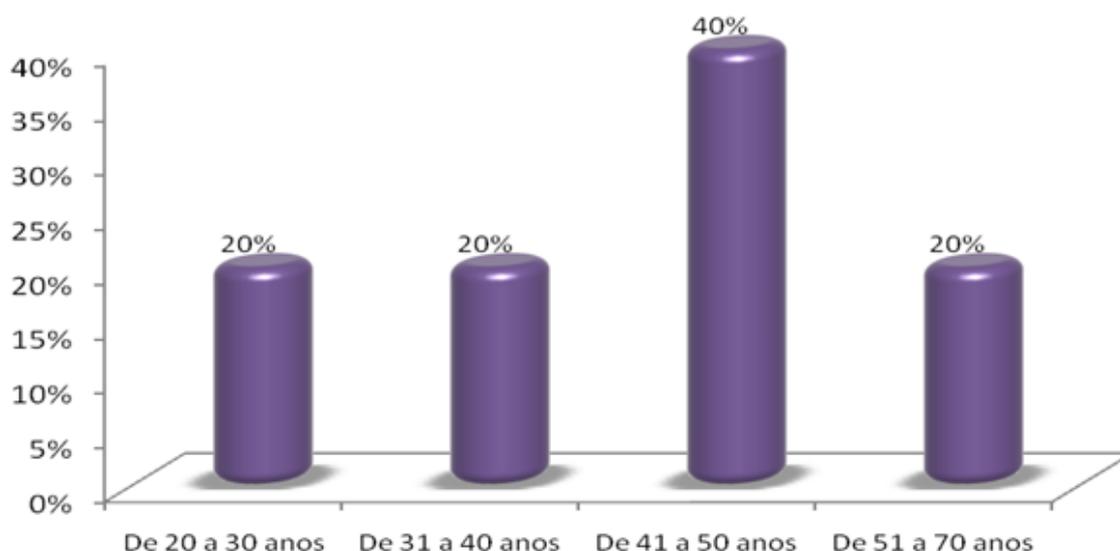


Gráfico 1- Distribuição percentual dos 10 pacientes portadores de tuberculose pulmonar segundo faixa etária. Pirapemas-MA, 2009.

Para Brasil (2006), nos países em desenvolvimento, o predomínio é da população economicamente ativa de 15 a 54 anos. De acordo com Figueredo (2005), a tuberculose ataca preferencialmente a faixa etária entre 25 a 45 anos. Em nosso estudo prevaleceu a faixa etária de 41 a 50 anos (40%). Ou seja, a tuberculose acomete mais a população economicamente ativa, que é aquela que está trabalhando ou a procura de trabalho. Havendo um grande prejuízo para os cofres públicos, com Hospitais, ambulatórios e também a Previdência Social com auxílio doença.

De acordo com o Gráfico 1, 40% da população estudada estão na faixa etária entre 41 a 50 anos.

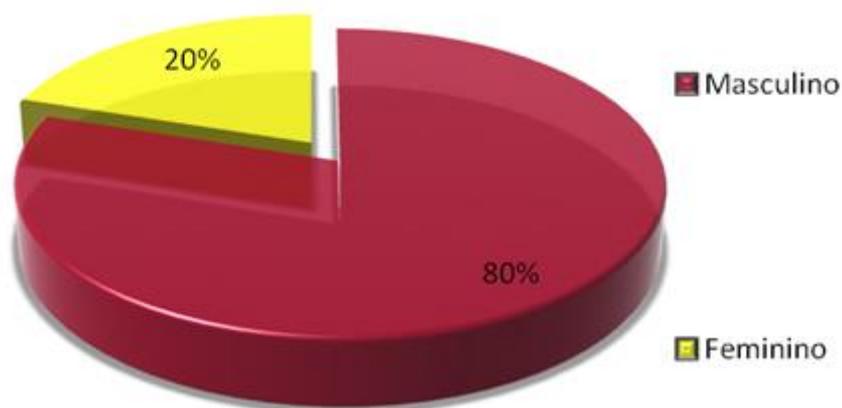


Gráfico 2 - Distribuição percentual de acordo com o sexo, dos 10 pacientes com tuberculose pulmonar . Pirapemas-MA, 2009.

Para Figueredo (2005), a proporção da tuberculose é de dois homens para uma mulher. Em nosso estudo a proporção foi de oito homens para duas mulheres. Num estudo realizado no estado do Mato Grosso do Sul, em janeiro de 1996 a dezembro de 1999 houve predomínio de pacientes do sexo masculino (1,6:1). Ou seja, prevalece a população masculina que está de acordo com a literatura estudada a cerca do assunto. Esse dado ocorre em virtude de os homens saírem de suas residências a procura de um trabalho e se submeterem mais que as mulheres em serviços e/ou área de risco tais como: carvoaria, indústria de mineração, nos presídios prevalece a população masculina etc.

Levando em consideração os dados do Gráfico 2 percebe-se que 80% dos casos são do sexo masculino.

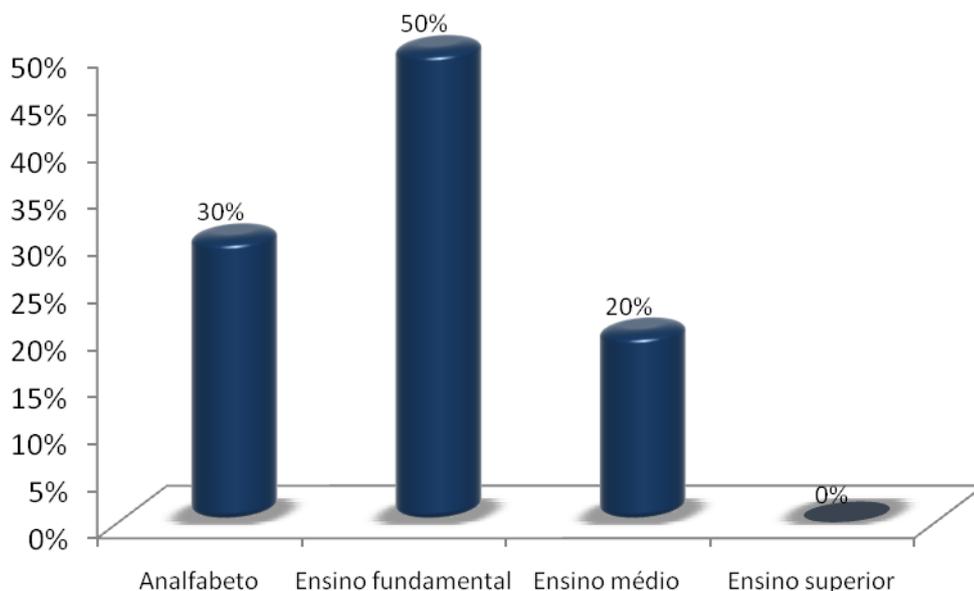


Gráfico 3 - Distribuição percentual dos 10 dos pacientes portadores de tuberculose pulmonar segundo o grau de escolaridade. Pirapemas-MA, 2009.

Segundo Gráfico 3, 50% da população estudada têm o ensino fundamental, 30% analfabeto e nenhum caso foi encontrado com ensino superior.

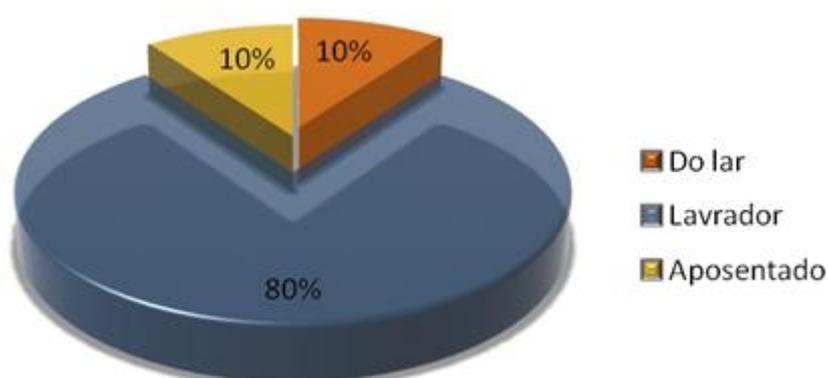


Gráfico 4 - Distribuição percentual dos 10 pacientes com tuberculose pulmonar segundo profissão/ocupação. Pirapemas-MA, 2009.

A tuberculose é uma doença genuinamente da classe mais pobre e menos favorecida (FIGUEREDO, 2005). A mesma propaga-se com as precárias condições de vida da população. Sua incidência é maior nas periferias das cidades e também na zona rural (Brasil, 2008).

De acordo com Gráfico 4, 80% da população com tuberculose estudada são lavradores.

Segundo Brasil (2006), os contatos próximos tem alto índice de infecção (22%), em relação a população em geral.

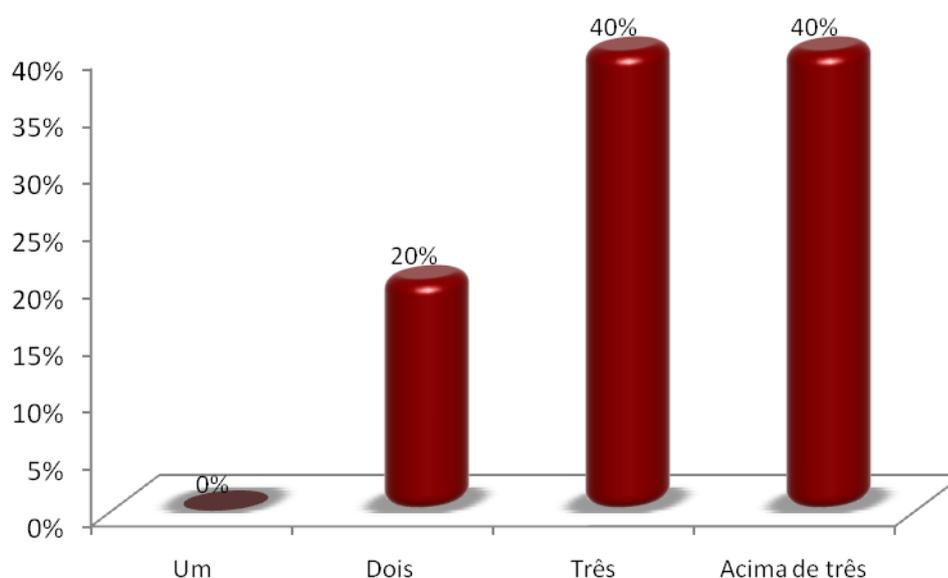


Gráfico 5 - Distribuição percentual de contatos que residem com os 10 pacientes com tuberculose pulmonar. Pirapemas-MA, 2009.

Em consonância com o Manual Técnico do Ministério da Saúde de (2002), os contactantes de tuberculose devem ser acompanhados pela equipe de saúde, em virtude dos mesmos serem fatores de riscos para tal enfermidade. De um total de 90% dos contatos foram examinados, porém não foi encontrado nenhum caso com tuberculose.

Analisando o Gráfico 5 observou-se que, 40% dos pacientes com tuberculose conviviam com três pessoas ou mais no domicílio.

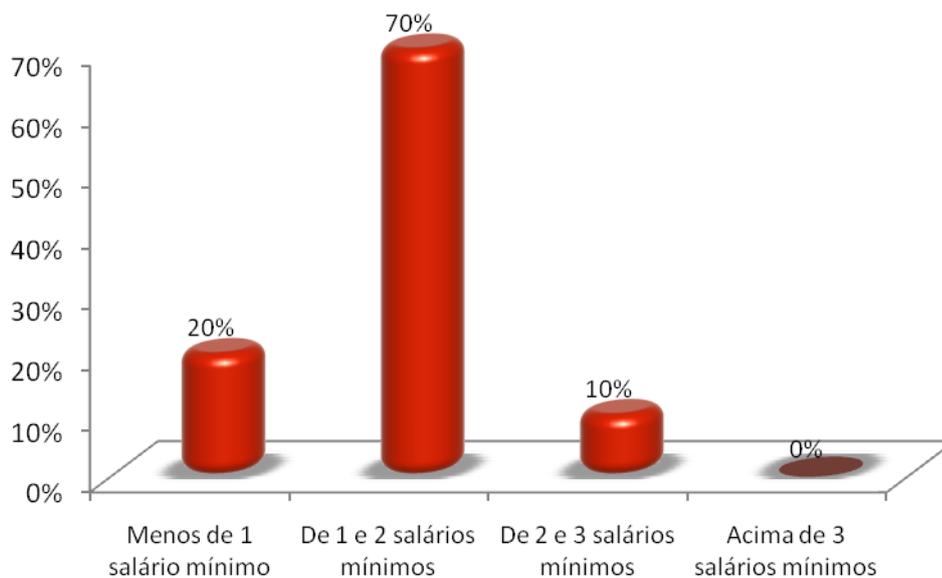


Gráfico 6 - Distribuição percentual dos 10 pacientes com tuberculose pulmonar segundo a renda familiar. Pirapemas-MA, 2009.

A tuberculose é uma doença com fortes componentes sociais e econômico. Pessoas com baixa renda, vivendo em comunidades urbanas densas, com precárias condições de habitação e famílias numerosas tem probabilidade maior de se infectar, adoecer e morrer por tuberculose. Condições econômicas afetam diretamente o risco pra tuberculose (BRASIL, 2002). Em nosso estudo prevaleceu a renda de 1 a 2 salários mínimo.

Smeltzer; Bare (2002) afirmam também que a tuberculose está intimamente associada com a pobreza, a desnutrição, aglomeração de pessoas, habitações precárias e cuidado com a saúde inadequado.

Mediante aos dados expostos no Gráfico 6, observou-se que 70% da população estudada ganham de 1 a 2 salários mínimos e não houve nenhum caso de paciente com renda acima de três salários.

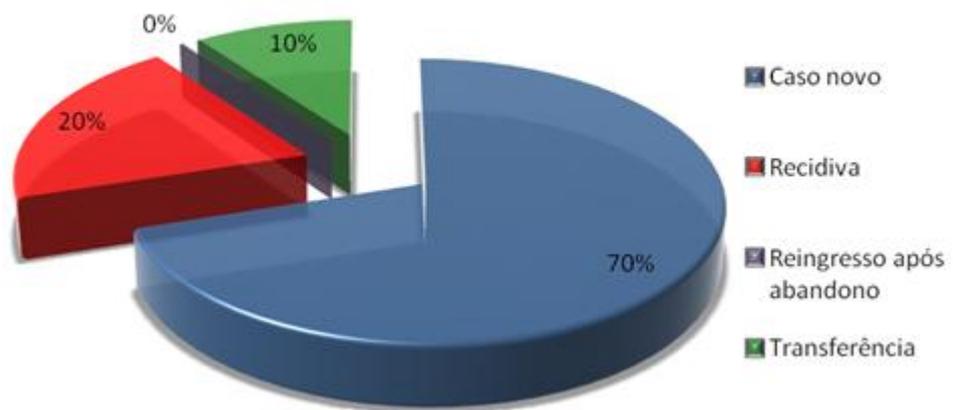


Gráfico 7 - Distribuição percentual dos 10 pacientes com tuberculose pulmonar de acordo com o tipo de entrada. Pirapemas-MA, 2009.

Os dados encontrados devem-se em virtude da busca dos sintomáticos respiratórios (pessoas com tosse por mais de três semanas) para o diagnóstico precoce. Esse é um bom indicador dos serviços de saúde (BRASIL, 2008). Um caso é considerado novo quando, sem tratamento anterior, tratamento por menos de trinta dias ou com tratamento há mais de cinco anos.

De acordo com o Gráfico 7, 70% dos casos deram entrada como caso novo e 20% recidiva.

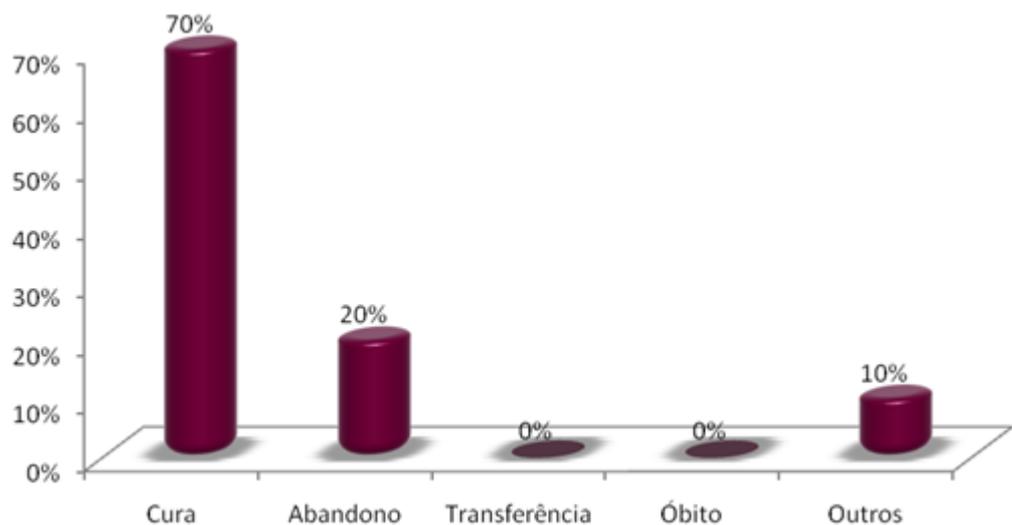


Gráfico 8 - Distribuição dos 10 pacientes com tuberculose pulmonar segundo caso encerrado/alta. Pirapemas-MA, 2009.

A alta por cura é dada quando os pacientes com tuberculose pulmonar, inicialmente positivo, apresentam durante o tratamento, pelo menos duas baciloscopias negativas, uma na fase de acompanhamento e outra no final do tratamento. E a alta por

abandono, o paciente, após uso dos medicamentos por mais de um mês, deixa de tomá-lo por um período superior a trinta dias da data do último aprazamento (BRASIL, 2008).

De acordo com o Manual Técnico do Ministério da Saúde (2002), as ações de controle da tuberculose no Brasil tem como meta diagnosticar 90% dos casos esperados e curar 85% que é o mesmo do Estado do Maranhão. Porém, o percentual de cura não ultrapassa a 75% no Brasil. Conforme a pesquisa realizada o percentual de cura foi de 70%, estando em concordância com o percentual verificado nas demais regiões do país. Conforme a Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão (2008) os casos encerrados por abandono devem ser menor que 5%, por transferência menor que 2% e por óbito menor que 3%. A percentagem de alta por abandono, no estudo realizado, foi de 20%, significando dizer que não está em conformidade com os dados anteriormente citados.

Em análise ao Gráfico 8, observamos que 70% dos casos tiveram alta por cura, 20% abandono e nenhuma alta por óbito.

O contágio da tuberculose é mais frequente entre as pessoas que moram no mesmo domicílio, parentes ou não. Por isso o Ministério da Saúde preconiza que todos os contatos sejam examinado (BRASIL, 2002).

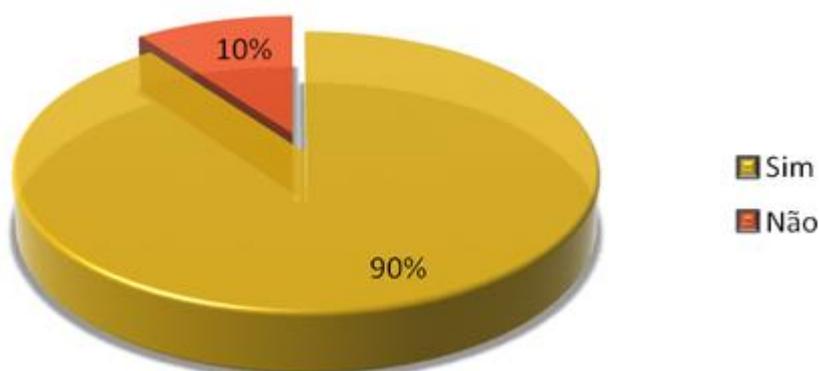


Gráfico 9 - Distribuição de acordo com o percentual dos contatos examinados/avaliados dos 10 pacientes com tuberculose pulmonar. Pirapemas-MA, 2009.

De acordo com o Gráfico 9, 90% dos pacientes com tuberculose pulmonar tiveram os contatos examinados.

Os pacientes considerados casos novos e de retratamento devem permanecer no mínimo 6 (seis) meses no SINAN, período estabelecido para o tratamento.

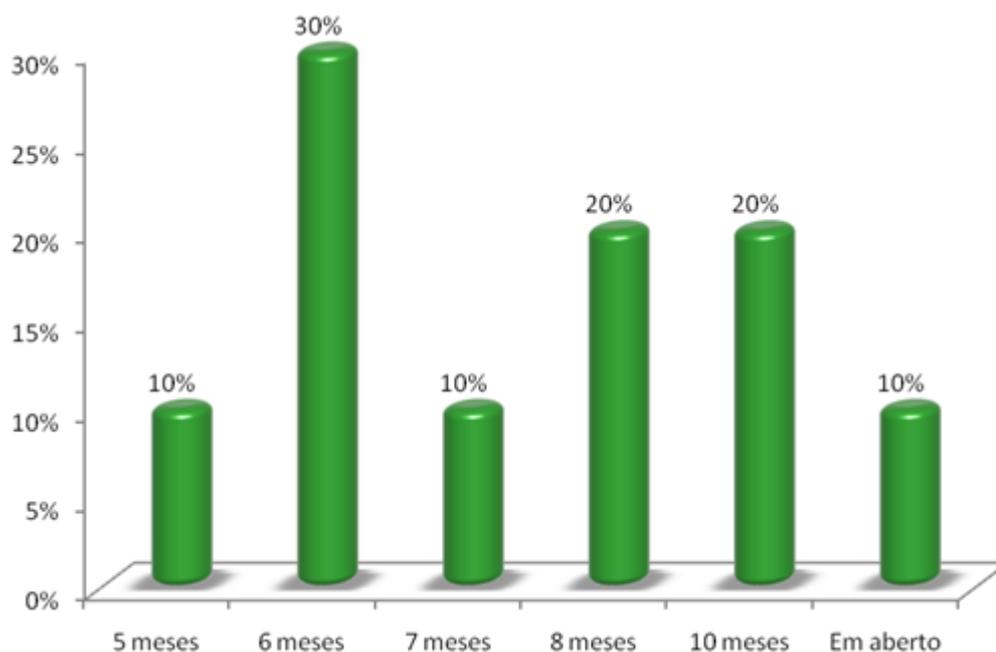


Gráfico 10 - Distribuição percentual do tempo de permanência no SINAN até o momento da alta dos 10 pacientes com tuberculose pulmonar. Pirapemas-MA, 2009.

O Gráfico 10 evidencia que 30% dos pacientes permaneceram 6 (seis) meses no SINAN, 20% permaneceram 8 (oito) e 10 (dez) meses e 10% apenas 5 (cinco) meses.

Quadro 1 - Registro de baciloscopia realizada nos dez pacientes com tuberculose pulmonar no município de Pirapemas-MA 2009, ao longo do seguimento.

BACILOSCOPIA REALIZADAS	TOTAL
Para Diagnóstico	10
Controle no 2ºmês	8
Controle no 4ºmês	8
Controle no 6ºmês	6
Controle na alta	7

De acordo com o Quadro 1, 07 pacientes realizaram baciloscopias para controle na alta. Realização mensal da baciloscopia de controle, sendo indisponível as do segundo, quarto, e sexto meses de tratamento, no esquema básico (esquema I) e esquema básico mais etambutol (esquema IR) (BRASIL, 2002).

5 CONCLUSÃO

Os resultados apresentados permitiram o alcance dos objetivos propostos pela pesquisa. Destes prevaleceu a população economicamente ativa de 41 a 50 anos (40%), e o sexo masculino (80%), estando de acordo com as referências estudadas.

A escolaridade que prevaleceu foi o ensino médio (50%), ocupação/profissão de lavrador (80%), renda familiar de 1 a 2 salários mínimos (70%). No que se refere a o tipo de entrada observou-se que a grande maioria foi do tipo caso novo (70%) e o tipo de saída/alta que permaneceu foi a cura (70%).

Apesar de toda tecnologia existente na atualidade, persiste ainda a sub notificação, tratamento inadequado, abandono e adesão ao tratamento correto. Pode-se observar também a distribuição incoerente de medicamentos pela Secretaria Estadual para as Secretarias Municipais de Saúde.

Vários trabalhos demonstram, sem dúvida, uma relação direta entre a tuberculose e os indicadores de saúde e os indicadores sociais tais como renda, baixo salário, saneamento dentre outros. Fazendo com que essa enfermidade tenha um grande índice de prevalência ainda nos dias atuais.

A tuberculose é um problema de saúde pública que precisa ser encarada com sinceridade por parte das autoridades. Estratégia Saúde da Família (ESF) é um meio que tem a finalidade de assistir as pessoas de uma determinada área de abrangência. E utilizar esse benefício para atender as famílias. Porém, a ESF deve ser qualificada para melhorar e observar as características clínicas, nas questões operacionais e das ações de controle e tratamento da tuberculose.

REFERÊNCIAS

AMAZONAS (Estado). Fundação de Medicina Tropical do Amazonas. Subgerência de Vigilância Epidemiológica. Tuberculose. **Informe Epidemiológico**, n. 2, 2005. Disponível em: <<http://www.am.gov.br>>. Acesso em: 12 jul. 2006.

ARAJCZUK, Leandra. **Cerco a uma poderosa inimiga**. Disponível em: <<http://www.usp.br/jorusp/arquivo/2001/jusp580/cadernospecial03.html>>. Acesso em: 12 jul. 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N°196/96. Decreto n° 93.933 de janeiro de 1997. **Bioética**, v. 4, n. 2, pag.15-25, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações para profissionais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=23497>. Acesso em: 15 jun. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose**. 2. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. (Cadernos de Atenção Básica; 21).

_____. Ministério da Saúde. **Manual técnico para o controle da tuberculose**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. (Cadernos de Atenção Básica; 6).

DE LAVOR, Adriano. Tuberculose: panorama doloroso no Estado do Rio de Janeiro. **RADIS: Comunicação em Saúde**, n. 69, p. 18-23. maio. 2008.

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de. **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Paulo: Yendis, 2005.

GOVERNO celebra convênio para combater a tuberculose. Disponível em: <<http://www.imirante.globo.com/plantaooi/plantao.asp?codigo=70739>>. Acesso em: 14 jun. 2006.

LEOPARDI, Maria Tereza: **Metodologia de pesquisa em saúde**. Santa Maria: Palloti, 2001.

MARANHÃO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Capacitação em ações básica do Programa de Controle da Tuberculose**. São Luís, 2008.

MELO, Fernando Augusto Fluza de (Coord.). Tuberculose. In: VERONESI, Ricasdo; FOCACCIA, Roberto. **Tratado de infectologia**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 559-914.

PADILHA, Adriana Fernanda Oliveira. **Uso de álcool por universitários de uma universidade pública maranhense**, 2004. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2004.

POLITE, Denise F; HUNGLER, Bernadett e P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenha G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. v. 1.

TRIVINOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa iquantitativa em educação. São Paulo: Altos, 1997.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de Coletas de Dados

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

FICHA PROTOCOLO

I – CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SÓCIO-ECONÔMICAS:

01- Nome (iniciais) _____ **Idade** _____ **Sexo** _____

02- Escolaridade:

- Analfabeto
- Ensino fundamental
- Ensino médio
- Ensino superior

03- Ocupação: _____

04- Quantos contatos moram com você?

- Um
- Dois
- Três
- Três ou mais

05- Renda familiar.

- Menos de um salário mínimo
- Um salário mínimo
- Um a dois salários mínimos
- Três ou mais salários mínimos
- Não se aplica

06- Tipo de entrada

- Caso novo
- Recidiva
- Transferência
- Reingresso após abandono

07- Casos encerrados/alta

- Cura
- Abandono
- Transferência
- Óbito
- Outros(erro diagnóstico,caso em aberto...)

08- Os contatos examinados

- Sim () Não Quantos?___

09- Alta com quanto tempo de tratamento?

10- Baciloscopia realizada

- Diagnóstico
- Dois meses
- Quatro meses
- Seis meses
- Não realizado
- Na alta

11- Indicação de tratamento supervisionado

- Sim () Não

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Orientadora: Profa. Mônica Elinor Alves Gama

End: Rua das Acácias, Qd. 38, Casa 7.Renascença, CEP:65075-010 São Luís-MA.
Tel.(98)3235-1557, E-mail: academicos@institutolaboro.com.br

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - UFMA: Prof. Dr. Sanatiel de Jesus Pereira.

End. do Comitê: Avenida dos Portugueses, S/N. Campus do Bacanga, Prédio CEB-Velho,
Bloco C, Sala 7 CEP: 65080-040. Tel: 2109-8708.

Pesquisadores: Antonio Gilson de Alcântara e Perla Akássia Bezerra de Sá.

PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE INDIVÍDUOS ACOMETIDOS DE TUBERCULOSE PULMONAR NO MUNICÍPIO DE PIRAPEMAS-MA

Prezado (a) Sr (a), estaremos realizando uma pesquisa sobre o perfil clínico epidemiológico de indivíduos acometidos de tuberculose pulmonar no município de Pirapemas-MA. Para isso, precisamos ter acesso aos prontuários dos pacientes com a enfermidade já citada, que ajudarão a conhecer o perfil clínico dos mesmos. A sua participação não terá nenhum custo e não haverá nada que afete a sua saúde. Por isso precisamos da sua autorização para a realização da pesquisa. Agradecemos sua colaboração.

Fui esclarecido e entendi as explicações que me foram dadas. Darei informações sobre os pacientes e os prontuários. Durante o desenvolvimento da pesquisa, poderei tirar qualquer dúvida. Não haverá nenhum risco ou desconforto. Não serão divulgados os dados de identificação pessoal dos pacientes. Não haverá nenhum custo decorrente dessa participação na pesquisa.

Pirapemas / /

Assinatura e carimbo do Pesquisador

Diretor do CSBV

Unidade de Saúde da Família ProfºBacelar Viana
Praça Saturnino Belo.s/n.Centro
Pirapemas CEP: 65.460-000

ANEXO

ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº	
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO TUBERCULOSE					
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2- Individual			2 Data da Notificação	
	3 Município de Notificação			Código (IBGE)	
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código	
Dados do Caso	5 Agravamento TUBERCULOSE			Código (CID10) A 169	
	7 Nome do Paciente			6 Data do Diagnóstico	
	9 (ou) Idade D - dias M - meses A - anos			10 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	
	11 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado			12 Escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1-Nenhuma 2-De 1 a 3 3-De 4 a 7 4-De 8 a 11 5-De 12 e mais 6- Não se aplica 9-Ignorado	
Dados de Residência	13 Número do Cartão SUS			14 Nome da mãe	
	15 Logradouro (rua, avenida,...)			Código	
	17 Complemento (apto., casa, ...)			18 Ponto de Referência	
	20 Município de Residência			Código (IBGE) Distrito	
	21 Bairro			Código (IBGE) 22 CEP	
	23 (DDD) Telefone			24 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado	
	25 País (se residente fora do Brasil)			Código	
Antecedentes Epidemiológicos	26 Nº do Prontuário			27 Ocupação / Ramo de Atividade Econômica	
	28 Tipo de Entrada 1 - Caso Novo 2 - Recidiva 3 - Reingresso Após Abandono 4 - Não Sabe 5 - Transferência				
	29 Raio X do Tórax 1 - Suspeito 2 - Normal 3 - Outra Patologia 4 - Não Realizado				
Dados Clínicos	31 Forma 1 - Pulmonar 2 - Extrapulmonar 3 - Pulmonar + Extrapulmonar			30 Teste Tuberculínico 1 - Não Reator 2 - Reator Fraco 3 - Reator Forte 4 - Não Realizado	
	32 Se Extrapulmonar 1 - Pleural 4 - Óssea 7 - Meningite 2 - Gang. Perif. 5 - Ocular 8 - Outras 3 - Geniturinária 6 - Miliar 9 - Não Se Aplica			33 Agravamentos Associados 1 - Aids 2 - Alcoolismo 3 - Diabetes 4 - Doença Mental 5 - Outros 9 - Ignorado	
	34 Baciloscopia de Escarro 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada				
Dados do Laboratório	36 Cultura de Escarro 1 - Positiva 3 - Em Andamento 2 - Negativa 4 - Não Realizada			35 Baciloscopia de Outro Material 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada	
	38 HIV 1 - Positivo 3 - Em Andamento 2 - Negativo 4 - Não Realizado			37 Cultura de Outro Material 1 - Positiva 3 - Em Andamento 2 - Negativa 4 - Não Realizada	
	39 Histopatologia 1 - Baar Positivo 2 - Sugestivo de TB 3 - Não Sugestivo de TB 4 - Em Andamento 5 - Não Realizado				
Tratamento	40 Data de Início do Tratamento Atual			41 Drogas Rifampicina Isoniazida Pirazinamida Etambutol Estreptomomicina Etionamida Outras	
	42 Tratamento Supervisionado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			43 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Investigador	44 Município/Unidade de Saúde			45	
	46 Nome			47 Função	
			48 Assinatura		