

FACULDADE LABORO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E SAÚDE PÚBLICA

**AUREA PATRÍCIA COELHO E SILVA
IZABEL SOUSA DOS SANTOS
DJANE COSTA LINDOSO
MARA VALÉRIA PASSARINHO GUIDA**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE TUBERCULOSE OCORRIDOS NO
MUNICÍPIO DE SÃO RAIMUNDO DAS MANGABEIRAS – MA**

2012

**AUREA PATRÍCIA COELHO E SILVA
IZABEL SOUSA DOS SANTOS
DJANE COSTA LINDOSO
MARA VALÉRIA PASSARINHO GUIDA**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE TUBERCULOSE OCORRIDOS NO
MUNICÍPIO DE SÃO RAIMUNDO DAS MANGABEIRAS – MA**

Trabalho de Conclusão de Curso de
Especialização em Saúde da Família e Saúde
Pública da Faculdade Laboro, Universidade
Estácio de Sá, para obtenção de título de
Especialista em Saúde Pública e Saúde da Família

Orientadora : Prof.Dra. Mônica Elinor Alves Gama

São Luis
2012

Silva, Aurea Patrícia Coelho e.

Perfil Epidemiológico dos casos de tuberculose ocorridos no município de São Raimundo das Mangabeiras./Aurea patrícia Coelho e Silva; Izabel Sousa dos Santos; Djane Costa Lindoso; Mara Valéria Passarinho Guida – São Luís, 2012.

14f

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde Pública e da da Família) – Curso de Especialização em Saúde da Família, LABORO-Excelência em Pós Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2012.

1. Tuberculose. 2. Vigilância em Saúde. 3. Saúde da Família. I. Título.

**AUREA PATRÍCIA COELHO E SILVA
IZABEL SOUSA DOS SANTOS
DJANE COSTA LINDOSO
MARA VALÉRIA PASSARINHO GUIDA**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE TUBERCULOSE OCORRIDOS NO
MUNICÍPIO DE SÃO RAIMUNDO DAS MANGABEIRAS – MA**

Trabalho de Conclusão de Curso de
Especialização em Saúde da Família e Saúde
Pública da Faculdade Laboro, Universidade
Estácio de Sá, para obtenção de título de
Especialista em Saúde Pública e Saúde da Família

Orientadora : Prof.Dra. Mônica Elinor Alves Gama

Aprovada em : ____|____|_____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)
Universidade de São Paulo – USP

Prof^a. Mestre Rosemary Ribeiro Dendholm
Universidade de São Paulo – USP

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	3
2- METODOLOGIA	4
3- RESULTADOS E DISCURSSÃO	5
4- CONCLUSÃO	10

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE TUBERCULOSE OCORRIDOS NO MUNICÍPIO DE SÃO RAIMUNDO DAS MANGABEIRAS – MA

Áurea Patrícia Coelho e Silva*
Izabel Sousa dos Santos*
Djane Costa Lindoso*
Mara Valéria P. Guida*

RESUMO

A Tuberculose trata-se de um dos aspectos mais desafiadores devido ao abandono do tratamento, pois repercute no aumento dos índices de mortalidade, incidência e multidrogaresistência. Sendo assim, este estudo teve por objetivo conhecer os aspectos epidemiológicos dos casos de tuberculose notificados no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2011 no município de São Raimundo das Mangabeiras –Ma. Tratou-se de um estudo retrospectivo, descritivo, analítico e documental. Foram utilizadas as informações que constam nos registros de notificação de casos de tuberculose ocorridos em um hospital público, sendo que a amostra correspondeu apenas a 5 (cinco) casos. Diante dos dados obtidos, verificou-se que dos 5 casos, em 2010 houve um aumento de 60% e em 2011 não foi registrado nenhum caso. Houve predominância do sexo masculino (60%), a maioria com idade entre 61 a 80 anos (60%) , 80 % residam na zona urbana, 60% tinham nível de escolaridade da 1ª a 4ª série incompleta do ensino fundamental, 60% eram brancos, 80% o tipo de entrada evidenciou-se novos casos, 60% a forma clínica foi pulmonar e 40% dos pacientes evoluíram à cura. Diante dessas notificações, concluiu-se que a prevalência de tuberculose no município de São Raimundo das Mangabeiras é baixa, porém acredita-se que a partir das ações de promoção e vigilância em, saúde por parte da equipe multidisciplinar do programa de saúde da família, possa proporcionar um controle mais efetivo da doença ou até mesmo a erradicação da tuberculose no Município estudado.

Palavras-chave: Tuberculose.Epidemiologia. Notificações

* Alunas Curso de Especialização da Faculdade Laboro. Universidade Estácio de Sá.

1 INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) refere-se a uma doença infecciosa que acompanha o ser humano desde os primórdios da história, mantendo-se como importante causa de morbimortalidade, tornando-se um dos problemas de saúde pública (MASCARENHAS; ARAÚJO; GOMES, 2005).

Conforme a Fundação Nacional de Saúde (2002), a tuberculose é um problema social resultante de vários fatores intervenientes como renda familiar baixa, educação precária, habitação inadequada ou inexistente, arranjo familiar desordenado, desnutrição, alcoolismo, doenças infecciosas associadas.

A transmissão da doença é feita quando o doente de TB elimina gotículas contaminadas através de tosse, espirro, canto ou fala. As gotículas dessecadas, chamadas de núcleos de Wells, ficam em suspensão e, com diâmetro em torno de 5 micra, albergam de 1 a 3 bacilos. Os bacilos, ao serem inalados, vão sofrer a ação dos macrófagos alveolares; uma parte é destruída e outra se multiplica nos fagossomas do macrófago, no citoplasma ou ainda nas cavidades alveolares, ocorrendo uma reação inflamatória não específica e a seguir é formado o granuloma. A reação inflamatória depende da resposta das células linfocitárias do tipo T (KRITSKI et al., 2007).

A baciloscopia é o método prioritário de diagnóstico e controle durante o tratamento da TB, sendo que o principal método para a pesquisa de bacilos no escarro é a técnica de coloração específica *Ziehl-Neelsen* (ZN), o que é um método de baixo custo, que se baseia na coloração a quente com fucsina fenicada, seguida de descoloramento com álcool-ácido, fazendo com que somente as micobactérias mantenham a coloração vermelha por serem ácido-resistentes (BARROSO et al., 2003).

No atual cenário da luta contra a tuberculose, um dos aspectos mais desafiadores é o abandono do tratamento, pois repercute no aumento dos índices de mortalidade, incidência e multidrogarresistência. Os fatores relacionados a esse evento são múltiplos. De modo geral, as causas do abandono estão associadas ao doente, à modalidade do tratamento empregado e à operacionalização dos serviços de saúde (SÁ et al., 2007).

De acordo com Hijjar et al. (2005) as estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), atualmente giram em torno de 8 milhões de novos casos de

tuberculose em todo o mundo, e quase 2 milhões de óbitos por tuberculose anualmente.

Segundo relatório da OMS, entre os 22 países de maior prevalência de tuberculose, o Brasil ocupa o 15º lugar, responsável por 80% do total de casos de tuberculose no mundo. Sendo que nos últimos 10 anos foram diagnosticados entre 80 a 90 mil casos novos por ano no Brasil (MUNIZ et al., 2006).

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose priorizou 328 municípios brasileiros para o combate da TB, dos quais foram selecionados 22 municípios do Estado do Maranhão, dentre eles: Açailândia, Arame, Bacabal, Balsas, Barra do Corda, Barreirinhas, Caxias, Chapadinha, Codó, Coelho Neto, Grajaú, Imperatriz, Lago da Pedra, Paço do Lumiar, Pinheiro, Presidente Dutra, Santa Inês, Santa Luzia, São José de Ribamar, São Luís, Timon e Zé Doca (BRASIL, 2005).

Kritski; Conde; Souza (2000) explicam que a partir diagnóstico e tratamento na maioria dos casos, epidemiologicamente previstos para determinada área, a situação atual da tuberculose poderia ser menos comprometedora.

Contribuindo com os autores acima, Cruz et al. (2007) asseveram que as mortes por tuberculose são decorrentes, principalmente, do diagnóstico tardio ou não realizado da doença ou pela quimioterapia inapropriada.

Apesar de ser uma doença grave, tem cura em praticamente 100% dos casos novos, desde que o tratamento seja realizado de maneira correta, conforme medicações e dosagens preconizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008).

Tendo em vista que a tuberculose é uma doença agravante, este estudo objetivou conhecer os aspectos epidemiológicos dos casos de tuberculose notificados no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2009 no município de São Raimundo das Mangabeiras – MA.

2 METODOLOGIA

Esta pesquisa foi um estudo de caráter retrospectivo, com abordagem quantitativa e pesquisa de campo, a qual referiu-se aos casos de tuberculose notificados no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2011, sendo que a coleta dos dados procedeu nos meses de abril a maio de 2012 em um Hospital Público do município de São Raimundo das Mangabeiras.

Para o desenvolvimento da pesquisa foram utilizadas as informações que constam em todos os registros de notificação de casos de tuberculose ocorridos no hospital público selecionado, sendo que a amostra correspondeu apenas 5 (cinco) casos durante o período estudado. A pesquisa ocorreu de forma ética e manteve o sigilo das informações colhidas, atendendo os preceitos preconizados na Resolução N.º 196/96

Como instrumento para coleta dos dados foi elaborado um formulário baseado nos prontuários de notificação de tuberculose, sendo transcritas somente as informações condizentes com a pesquisa com o intuito do alcance dos objetivos da mesma, os quais foram mensurados no programa *Excell* 2007 para formulação de tabelas e gráfico que foram demonstradas nos resultados e discussão, sendo contextualizadas com outras pesquisas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir serão mostrados os aspectos epidemiológicos dos casos de tuberculose notificados no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2011 no município de São Raimundo das Mangabeiras – MA, a partir de gráfico e tabelas de forma clara e objetiva, contextualizando com outras pesquisas.

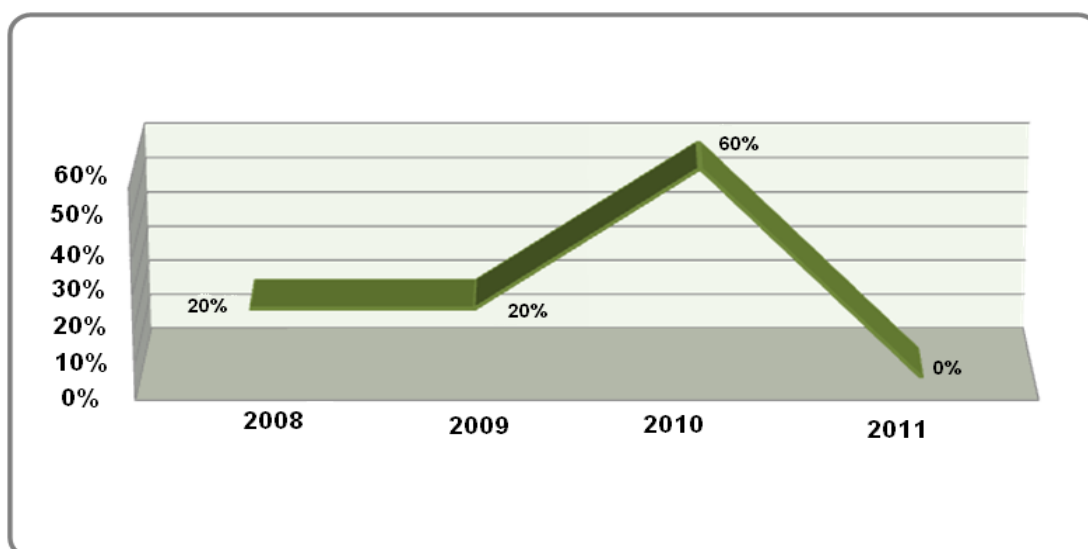


Gráfico 1: Demonstrativo da prevalência dos casos de tuberculose notificados no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2011 no município de São Raimundo das Mangabeiras - MA., 2012.

Fonte: SINAN, 2012

O gráfico 1 retrata a prevalência dos casos de tuberculose notificados no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2011, onde é possível perceber que em 2008 houve um aumento de 60% e em 2009 não foi registrado nenhum caso.

Contribuindo com esta pesquisa, é o estudo de Rocha (2009) ao verificar o tratamento da tuberculose do Rio Branco – Acre, onde no ano de 2008 foram notificados cerca de 69% de novos casos.

Apesar do município de São Raimundo das Mangabeiras apresentarem baixas notificações de tuberculose no período estudado, acredita-se que não estão sendo descobertos e diagnosticados muitos doentes de tuberculose, ou há falhas no sistema de notificação dos casos. Essa situação é reforçada por Braga (2007) ao asseverar que baixa capacidade de captação de casos e baixa qualidade dos dados de notificação e acompanhamento dos casos notificados interferem se forma significativa na descoberta e tratamento dos pacientes com tuberculose.

Tabela 1: Demonstrativo dos dados sociodemográficos dos 5 casos de tuberculose ocorridas no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2011. São Raimundo das Mangabeiras – MA, 2012.

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	2	40
Masculino	3	60
Total	5	100
Faixa etária		
21 – 25 anos	1	20
26 – 30 anos	1	20
61 – 80 anos	3	60
Total	5	100
Procedência		
Zona urbana	4	80
Zona rural	1	20
Total	5	100
Escolaridade		
1ª a 4ª série incompleta do EF	3	60
4ª série completa do EF	1	20
Ensino fundamental completo	1	20
Total	5	100
Raça		
Branca	3	60
Parda	1	20
Preta	1	20
Total	5	100

Fonte: SINAN, 2012.

Conforme a Tabela 1 percebe-se que quanto aos dados socioeconômicos, houve prevalência do gênero masculino, representada por 60% da amostra estudada, sendo que a faixa etária houve relevâncias dos indivíduos entre 61 a 80 anos (60%).

Estudo desenvolvido por Souza et al. (2005) acerca das ocorrências de tuberculose no Brasil, a maioria dos pacientes notificados eram do sexo feminino (37,1%), dados que divergem com os achados.

Em outro estudo realizado por Vendramini et al. (2005) sobre tuberculose em um município de médio porte do Sudeste do país, discorreram em seu estudo que o maior risco de adoecer de Tuberculose está no sexo masculino e fala ainda que não há clareza ainda sobre as razões do maior risco para homens, que podem tanto estar relacionadas a fatores biológicos, como por exemplo, fatores relacionados a hábitos de vida, favorecendo uma maior incidência para os mesmos, em contrapartida, as subnotificações no sexo feminino podem ser justificadas pela possibilidade das mulheres serem mais resistentes e terem maiores cuidados com a saúde do que os homens.

Conforme Muniz et al. (2006) a maior letalidade por tuberculose em homens pode ser atribuída à maior demora da procura dos sérvios quando comparado com as mulheres, o que poderá justificar os achados neste estudo.

Xavier ; Barreto (2007) ao estudarem o perfil da tuberculose na cidade de Salvador, Bahia, verificaram que a maioria dos casos os pacientes encontravam-se na faixa etária entre 15 a 39 anos, contrapondo-se com os achados do estudo em questão.

De acordo com Silva Júnior (2004) que as características epidemiológicas da tuberculose tende a aumentar no grupo idoso, pois entre essa população há uma freqüência desordenada de doenças crônicas, ocasionando reativação da infecção endógena, além da dificuldade de diagnóstico, que retarda o início do tratamento e aumenta a mortalidade, o que poderá explicar a prevalência de idosos neste estudo.

Na Tabela 1, observa-se quanto à procedência, onde a maioria (80%) residia na zona urbana e o que concerne a escolaridade e 60% possuíam apenas a 1ª a 4ª série do ensino fundamental.

O estudo realizado por Mascarenhas, Araújo; Gomes (2005) sobre o perfil epidemiológico da tuberculose entre casos notificados no município de Píripiri, Estado do Piauí, afirmaram que a maioria dos casos ocorre em moradores da zona

urbana (79,3%), realidade favorável dos resultados encontrados, porém 68,4% eram indivíduos analfabetos, divergindo com os achados.

Oliveira, Marín-León; Cardoso (2004) explicam que a baixa escolaridade é reflexo de todo um conjunto de condições socioeconômicas precárias, que aumentam a vulnerabilidade à tuberculose e são responsáveis pela maior incidência da enfermidade e pela menor aderência ao tratamento, fator que poderá justificar os escores deste estudo.

Observou-se ainda na Tabela 1 que 60% dos pacientes com tuberculose, eram brancos. Este dado diverge do estudo desenvolvido por Paixão; Gontijo (2007) que ao descreverem o perfil dos casos notificados de tuberculose em Belo Horizonte, MG, verificaram que 80% dos pacientes não eram brancos.

Conforme Manual do Merck (2007), a tuberculose evoluiu por milhares de anos, na Europa, que era habitada principalmente por indivíduos da raça branca, sendo que aqueles que eram mais resistentes à doença conseguiam sobreviver e reproduzir e conseqüentemente, eles transmitiram os genes da resistência à tuberculose para as gerações posteriores.

Tabela 2: Demonstrativo dos 5 casos de tuberculose ocorrido no período de janeiro 2008 a dezembro de 2011, segundo tipo de entrada para tratamento. São Raimundo das Mangabeiras – MA, 2012.

Variável	N	%
Tipo de entrada		
Caso novo	4	80
Transferência	1	20
Total	5	100

Fonte: SINAN, 2012.

Conforme a Tabela 2, foi possível verificar que em relação ao tipo de entrada, observa-se que Caso Novo obteve a maior porcentagem no decorrer do período do estudo (80%). Tais achados encontram-se congruentes com os preceitos de Manjuba et.al. (2008) em estudo realizado na República de Guinéa – Bissau do período de 2000 a 2005, encontraram que 89,0% foram de casos novos.

Conforme o Ministério da Saúde, devido a maior incidência de casos novos, é necessário ações para a procura dos mesmos, assim e enfermeiro deve orientar os agente comunitários de saúde pela busca ativa na comunidade estando atendo para os sintomas como: pessoas maiores de 15 anos que procuram o atendimento por qualquer motivo e apresenta queixas de tosse e expectoração por

três semanas ou mais, contatos de casos de Tuberculose e está atento para a população de risco (BRASIL, 2002).

Tabela 3: Demonstrativo da forma clínica dos 5 casos de tuberculose ocorrido no período de janeiro 2008 a dezembro de 2011. São Raimundo das Mangabeiras – MA, 2012.

Variável	n	%
Forma clínica		
Pulmonar	3	60
Extrapulmonar	1	20
Pulmonar + extrapulmonar	1	20
Total	5	100

Fonte: SINAN, 2012.

A Tabela 3 evidencia que a forma clínica dos casos de tuberculose notificados no município de São Raimundo das Mangabeiras, a prevalência foi a pulmonar, com 60 % de casos no período do estudo.

Contribuindo com os achados, foi o estudo retrospectivo desenvolvido por Vieira et al. (2007) quanto ao perfil epidemiológico dos casos de tuberculose multirresistente do Espírito Santos, diagnosticaram que a maioria dos casos era pulmonar (93,44%).

Severo et al. (2007) descrevendo sobre as características clínico demográficas da Tuberculose no Brasil, encontraram que a forma clínica mais freqüente foi a pulmonar com 92% dos casos, dados semelhantes a pesquisa em questão.

A prevalência dos casos pulmonar encontrados neste estudo pode ser justificada pelo fato de os pulmões serem órgãos com altas concentrações de oxigênio, tornando-se o local preferencial para a instalação do *Mycobacterium tuberculosis*, bactéria aeróbica estrita (MONTI, 2000).

Tabela 4: Demonstrativo evolução da doença dos 5 casos de tuberculose ocorrido no período de janeiro 2008 a dezembro de 2011. São Raimundo das Mangabeiras – MA, 2012.

Variável	n	%
Evolução da doença		
Cura	2	40
Abandono do tratamento	1	20
Transferência	1	20
Óbitos	1	20
Total	5	100

Fonte: SINAN, 2012.

Na Tabela 4, foi possível detectar a evolução da doença, de forma que 40% dos casos notificados, a evolução da doença foi para cura. Tais resultados

contribuem com estudos realizados por Nogueira et al. (2008) sobre a caracterização clínico-epidemiológico dos pacientes com diagnóstico de tuberculose resistente às drogas em João Pessoa, PB, de forma que o desfecho da doença os pacientes acometidos por tuberculose, 41% receberam alta por cura.

Hijjar et al. (2005) ao analisarem a importância da epidemiologia da tuberculose para o Brasil e o Rio de Janeiro, detectaram que 61,4% do motivo de encerramento do tratamento da tuberculose, foi a cura, corroborando com os achados.

Natal et al. (2000) explicam que a orientação sobre a manutenção do tratamento é fundamental para que o doente entenda a gravidade de sua doença e a importância da continuidade do seu tratamento, o que poderá justificar o resultado satisfatório no que diz respeito a questão da cura.

4 CONCLUSÃO

De acordo dados obtidos, foi permitido concluir que:

- Foram notificados 5 casos, sendo que em 2010 houve um aumento de 60% e em 2011 não foi registrado nenhum caso;
- Quanto ao perfil dos pacientes, a maior frequência foi do sexo masculino (60%), com idade entre 61 a 80 anos (60%), de forma que esta variável não encontra-se compatível com outras pesquisas, haja vista que houve destaque das idades inferiores;
- No que concerne a procedência, a maioria residiam na zona urbana, representada por 80% da amostra estudada. Verificou-se que 60% tinham nível de escolaridade da 1ª a 4ª série incompleta do ensino fundamental e 60% eram brancos;
- Conforme o tipo de entrada evidenciou-se novos casos, com 80% dos casos. Quanto a forma clínica, houve prevalência da pulmonar com 60% das notificações e 40% dos pacientes evoluíram à cura.

Diante dessas notificações, conclui-se que a prevalência de tuberculose no município de São Raimundo das Mangabeiras é baixa e tanto o perfil sociodemográfico quanto os aspectos clínicos não diferem do encontrado em outros estudos brasileiros.

Mesmo apresentando baixo índice de casos de tuberculose, acredita-se que a partir das ações de promoção e vigilância em saúde por parte da equipe multidisciplinar do programa de saúde da família, o diagnóstico para identificação precoce da resistência primária e implementação da estratégia de supervisão do tratamento para todos os casos de tuberculose, possa proporcionar um controle mais efetivo da doença ou até mesmo a erradicação da tuberculose no município estudado.

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF TUBERCULOSIS CASES OCURRED IN MUNICIPALITY OF SÃO RAIMUNDO DAS MANGABEIRAS

ABSTRACT

Tuberculosis it is one of the most challenging due to noncompliance with treatment, as reflected in increased rates of mortality, incidence and multidrug resistance. Thus, this study aimed to understand the epidemiology of tuberculosis cases São Raimundo das Mangabeiras_Ma. This study was a retrospective, descriptive. Was used the information contained in the records of notification of tuberculosis cases occurring the available data. It was found that the 5 cases in 2010 rose by 60% in 2011 and has not registered any case. Participants were predominantly male(60%), most aged 61- 80 years (60%) , 80% lived in urban areas, 60% whites, 80 % showed the kind of input have been new cases, 60% clinical form was pulmonary and 40% of patients progressed to healing. Before these reports, it appears that the prevalence of tuberculosis in the municipality of São Raimundo das Mangabeiras is low, however it is believed that from the action of promotion and health surveillance by a multidisciplinary team of health program of the family can provide more effective control of the disease or even the eradication of tuberculosis in the municipality.

Keyword: Tuberculosis.Epidemiology. Notifications.

REFERÊNCIAS

BARROSO, Elizabeth Clara de et al. Fatores associados aos tratamentos inadequados em grupo de portadores de tuberculose multirresistente. São Paulo: **Jornal de Pneumologia**, v.29, 2003.

BRAGA, J.U. Vigilância epidemiológica e o sistema de informação da tuberculose no Brasil, 2001-2003. **Revista de Saúde Pública**, 2007; 41:77-88.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT)**. 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>. Acesso em: 03 mar. 2010.

_____. **Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, n.148, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema nacional de vigilância em saúde**. Brasília, 2005.

CRUZ, Rita de Cássia Santa et al. Tuberculose pulmonar: associação entre extensão da imagem da lesão radiológica e alteração da função pulmonar. **An.Fac.Me.Univ.Fed.Pernamb.**, Recife, v.52,n.2, 2007.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Controle da tuberculose: uma proposta de interação ensino-serviço**. 5^o Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

HIJJAR, Miguel Aiub et al. Epidemiologia da tuberculose: importância no mundo, no Brasil e no Rio de Janeiro. **Pulmão**, Rio de Janeiro, 2005;v,14,n.4,p,310-14.

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

KRITSKI, Afrânio Lineu de et al. Duas décadas de pesquisa em tuberculose no Brasil: estado da arte das publicações científicas. São Paulo: **Revista de Saúde Pública**, v.15, 2007.

MANJUBA, Cristóvão de. et al. A situação epidemiológica da tuberculose na República da Guiné-Bissau, 2000 – 2005. São Paulo: **Revista Bras. de Epidemiologia**, v.11,2008.

MANUAL DO MERCK. **Seção 17: infecção tuberculose**. 2007. Disponível em: http://mmspf.msdonline.com.br/pacientes/manual_merck/secao_17/cap_181.html. Acesso em: 12 mai. 2010.

- MASCARENHAS, Márcia Dênis Medeiros; ARAÚJO, Liliam Mendes; GOMES, Keila Rejane Oliveira. Perfil epidemiológico da tuberculose entre casos notificados no município de Piri-piri, Estado do Piauí, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.14, n.1, jan./mar., 2005.
- MONTI, J.F.C. Perfil epidemiológico, clínico e evolutivo da tuberculose na Região de Bauru, SP. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, 2000,v.33,p.99-100.
- MUNIZ, Jordana Nogueira et al. Aspectos epidemiológicos da co-infecção tuberculose e vírus da imunodeficiência humana em Ribeirão Preto (9SP), de 1998 a 2003. **J Bras Pneumol**, 2006,v32,n(6).p,529-34.
- NATAL, S et al. Modelo de predição para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar. **Bol Pneumol Sanit**, 2000,v.7,n.1,p.65-77. 10.
- NOGUEIRA, Pérciles Alves de et al. Avaliação das informações de tuberculose (1989 — 1999) de um Centro de Saúde Escola da cidade de São Paulo. São Paulo: **Rev. Bras. Epidemiol**, v.4, 2001.
- OLIVEIRA, H.B.; MARÍN-LEÓN, L.; CARDOSO, J.C. Perfil de mortalidade de pacientes com tuberculose relacionada à comorbidade tuberculose-aids. **Revista de Saúde Pública**, 2004,v.38,p.503-510.
- PAIXA, Lúcia Miana M.; GONTIJO, Eliane Dias. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG. **Rev.Saúde Pública**, 2007,v.41,n.2,p. 205-13.
- SÁ, Lenilde Duarte de. et al. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. Florianópolis: **Revista de Enfermagem**, v.16, 2007.
- SEVERO, Norma Pinheiro Franco de. Características clínico-demográficas de pacientes hospitalizados com tuberculose no Brasil, no período de 1994 a 2004. São Paulo: **Jornal brasileiro de pneumologia**, v.33, 2007.
- SILVA JÚNIOR, J.B. Tuberculose: guia de vigilância epidemiológica. **J. Bras. Pneumol**, 2004;30 Sup'l. 1:S57-S86.

VENDRAMINI, Silva Helena Figueiredo de et al. Aspectos epidemiológicos atuais da tuberculose e o impacto da estratégia dos no controle da doença. Ribeirão Preto: **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 15, 2007.

VIEIRA, Rafael da Cruz Araújo et al. Perfil epidemiológico dos casos de tuberculose multirresistente do Espírito Santo. **Rev.Bras Epidemiol**, 2007,v.10,n.1,p.56-65.

XAVIER, Maria Izabel Mota; BARRETO, Maurício Lima. Tuberculose na cidade de Salvador, Bahia, Brasil: o perfil na década de 1990. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro,v, 23,n.2,p.445-453, fev., 2007.

Anexo

- Escopo e política
- Forma e preparação de manuscritos

Escopo e política

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins.

Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

- 1.1 Revisão** - revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.2 Artigos** - resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.3 Notas** - nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
- 1.4 Resenhas** - resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);
- 1.5 Cartas** - crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração);
- 1.6 Debate** - artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.7 Fórum** - seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial.

2. Normas para envio de artigos

- 2.1** CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.
- 2.2** Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês.
- 2.3** Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.
- 2.4** A contagem de palavras inclui o corpo do texto e as referências bibliográficas,

conforme item 12.13.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) e do Workshop ICTPR.

3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- a) Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- b) ClinicalTrials.gov
- c) International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- d) Netherlands Trial Register (NTR)
- e) UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- f) WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do International Committee of Medical Journal Editors, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas que não preencheram os critérios para serem co-autores.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>).

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (Ex. EndNote[®]), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo).

10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão online

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/>.

Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.2 Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.3 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão *online* é feita na área restrita do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS). O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o *link* "Submeta um novo artigo".

- 12.2** A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.
- 12.3** Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título corrido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo, *abstract* e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.
- 12.4** O título completo (no idioma original e em inglês) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.
- 12.5** O título corrido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.
- 12.6** As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível: <http://decs.bvs.br/>.
- 12.7** *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha ou Cartas, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do *abstract* em inglês. O resumo pode ter no máximo 1100 caracteres com espaço.
- 12.8** *Agradecimentos*. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.
- 12.9** Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.
- 12.10** Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.
- 12.11** O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.
- 12.12** O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.
- 12.13** O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumo e *abstract*; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
- 12.14** Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".
- 12.15** *Ilustrações*. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
- 12.16** Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.
- 12.17** Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.
- 12.18** *Tabelas*. As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.
- 12.19** *Figuras*. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.
- 12.20** Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 *Formato vetorial.* O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 *Finalização da submissão.* Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 *Confirmação da submissão.* Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: ensp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

15. Prova de prelo

15.1 Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader®. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.