

# PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS DOENTES DE TUBERCULOSE EM TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO NO ANO DE 2012

IZADORA MARINA LEAL  
REGIANE BEZERRA CAMPOS  
ADRIANA ZILLY

REINALDO ANTÔNIO SILVA- SOBRINHO

Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu – PR, Brasil.  
izadora.marina.leal19@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

Segundo Furlan (2012) a tuberculose (TB), doença de amplitude mundial, pode ser prevenida e é tratável com medicamentos, de baixo custo e alta eficácia, fornecidos pelo Sistema Único de Saúde. Apesar disso, não há perspectiva de obter-se, em futuro próximo, sua eliminação como problema de saúde pública no Brasil, pois 80% dos casos mundiais da doença, correspondentes a 50 milhões de pessoas, concentram-se em nosso País e em outros 23 países em desenvolvimento.

Segundo Marquieviz (2013) apesar dos avanços no controle da TB, o Brasil ainda é um dos 22 países priorizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), fazendo parte do grupo que abrange 80% da carga mundial de TB.

Os fatores que dificultam o seu efetivo controle no mundo são associados a problemas que envolvem, diagnóstico, tratamento, qualidade dos serviços de saúde e peculiaridades do usuário com TB (Avelar, 2010).

A taxa de mortalidade por TB no Brasil teve uma redução de 16,7% entre os anos de 2002 a 2008, passando de três casos para 2,5 por 100 mil habitantes, contudo destaca-se que anualmente ainda ocorrem cerca de 4.700 óbitos devido à tuberculose, doença curável e evitável (MARQUIEVIZ et al, 2013). Em 2009 foram notificados mais de 73 mil casos novos no país, com 41 mil bacilíferos positivos, correspondendo a um coeficiente de incidência de 38,4/100.000 habitantes. Tais dados colocam o Brasil na 19ª posição em número de casos novos e em 104ª em relação ao coeficiente de incidência (CECILIO, FERNADES, MATHIAS, et al, 2013)

Segundo o Ministério da Saúde (2011), o tratamento da TB é realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e é orientado pelas diretrizes do Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT). O Estado fornece o tratamento gratuitamente, seguindo um esquema terapêutico que combina várias drogas, essas drogas são administradas através do Tratamento Diretamente Observado (TDO). O TDO é um dos pilares da estratégia DOTS (do inglês, *Directly Observed Treatment Short Course*), sendo um importante instrumento para aumentar a taxa de cura e diminuir a resistência aos medicamentos bem como impulsionar a adesão terapêutica dos pacientes com TB. O tratamento diretamente observado constitui uma mudança na forma de administrar os medicamentos, porém sem mudanças no esquema terapêutico: o profissional treinado passa observar a tomada da medicação do paciente desde o início do tratamento até a sua cura.

Para todo caso de TB (novo ou retratamento) deve-se realizar o TDO, pois não é possível prever os casos que irão aderir ao tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Considerando a relevância do TDO como estratégia da PNCT para o alcance da meta de cura de pelo menos 85 %, torna importante verificar o perfil dos doentes, que realizaram o TDO, e a situação de encerramento desses casos, deste modo o estudo objetivou a análise do perfil epidemiológico dos doentes que realizaram TDO em 2012 em Foz do Iguaçu - PR.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa epidemiológica com abordagem quantitativa. Os dados foram obtidos na base de dados Tabnet-tuberculose do DATASUS do Ministério da Saúde. Critérios

utilizados para a busca de dados foram números de casos de TB notificados, e que realizaram TDO por município de notificação, no ano de 2012, em Foz do Iguaçu – PR.

As variáveis utilizadas foram: gênero, idade, raça/cor, escolaridade, local de residência, forma clínica da doença, realização do TDO (sim ou não), presença de outra doença associada e tipo de alta. Para análise dos dados, foram realizadas técnicas de análise exploratória das variáveis, utilizando distribuição de frequências absolutas e relativas. O estudo foi desenvolvido em consonância com as diretrizes estabelecidas pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa da universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE campus Foz do Iguaçu, com o parecer 102/2013.

## RESULTADOS

A maioria dos casos de Tuberculose (TB) ocorreram em homens 70.5 %, brancos 69,8 e pardos 19,2. Sendo que a escolaridade encontrada com mais frequência foi da 5ª a 8ª série do ensino fundamental incompleto, sendo 25,6%. Do total residiam em zona urbana 97,4 %. A maioria dos indivíduos estava na faixa etária de 20 a 29 anos 44,2 % e verificou-se que 3,2 % eram menores de 15 anos.

Tabela 1 – Distribuição das variáveis sociodemográficas do tratamento Diretamente observado no Ano de 2012

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<i>Variáveis sociodemográficas</i>		
<b>Sexo</b>	110	70,5
Masculino	46	29,5
Feminino		
<b>Escolaridade</b>		
Ignorado/Branco	12	7,7
Analfabeto	4	2,6
1 à 4 Série do Ensino Fundamental incompleta	27	17,3
4 Série Completa	17	10,9
5 a 8 Série do Ensino Fundamental incompleta	40	25,6
Ensino Fundamental Completo	14	9,0
Ensino Médio Incompleto	21	13,5
Ensino Médio completo	13	8,3
Educação superior incompleta	7	4,5
Educação superior completa	-	-
Não se aplica	1	0,6
<b>Raça</b>		
Branca	109	69,9
Negro	13	8,3
Amarelo	2	1,3
Pardo	30	19,2
Indígena	1	0,6
Ignorado		1
<b>Zona de residência</b>		
Ignorado/Branco	2	0,6
Urbana	152	97,4
Rural	2	1,3
Peri urbana	-	-
<b>Faixa etária</b>		
< 1 Ano	1	0,6
1- 4 Anos	-	-
10 -14 Anos	4	2,6
15 – 19 Anos	18	11,5
20 – 29 Anos	69	44,2
40 – 49 Anos	48	30,8
60 - 64 Anos	8	5,1

65 – 69 Anos	3	1.9
70 – 79 Anos	5	3.2
80 ou mais	-	-

Fonte: Tabnet-tuberculose – DATASUS 2013

Quanto à forma clínica da TB mais encontrada foi a pulmonar com 83,4 % e Em 72,4 % não houve doença associada/AIDS e 16,7 % dos casos foram ignorados ou brancos. Todos os casos foram submetidos ao tratamento diretamente observado e, quanto a situação de encerramento 57% foram curados, 12,9% abandonaram o tratamento e 5,1% foram a óbito.

Tabela 2 - Distribuição das variáveis clínicas e operacionais do tratamento

Diretamente Observado no Ano de 2012.

Variáveis	N	%
<i>Variáveis clínicas</i>		
<b>Forma Clínica</b>		
Pulmonar	130	83.4
Extrapulmonar	23	14.7
Pulmonar/extrapulmonar	3	1.9
<b>Doenças associadas</b>		
Casos confirmados por Aids		
Ignorado/Branco	26	16.7
Sim	17	10.9
Não	113	72.4
<i>Variáveis Operacionais</i>		
TDO realizado	156	100
TDO realizado	156	100
<b>Situação de encerramento</b>		
Ignorado	13	8.3
Cura	89	57.0
Abandono	20	12.9
Óbito por Tuberculose	8	5.1
Óbito por outras causas	5	3.2
Transferência	1	1.2
Tuberculose multirresistente	2	1.3

Fonte: Tabnet-tuberculose – DATASUS.

## DISCUSSÃO

A maioria dos casos de Tuberculose (TB) ocorreu em homens 70.5 %, brancos 69,8%. Sendo que a escolaridade encontrada com maior frequência: entre primeira à quarta série do ensino fundamental incompleta com 17,3%, quarta série completa com 10,8 %, quinta à oitava série do ensino fundamental incompleta 25,6 e apenas 4,5% possuíam curso superior incompleto. De acordo com Furlan (2012), os indivíduos do gênero masculino, brancos, com baixa escolaridade e empregados foram os mais acometidos. O que demonstra uma compatibilidade entre os dados encontrados, mostrando - se este possivelmente ser estas características de um grupo importante para a prevenção em tuberculose.

Segundo Furlan (2012), atualmente, existe indicadores de que o combate da TB requer investimentos não apenas no diagnóstico e tratamento medicamentoso, mas também em ações efetivas sobre os determinantes sociais da doença. Neste sentido, cumpre lembrar que o conhecimento do perfil sociodemográfico dos pacientes fornece subsídios para elaboração de um plano de controle mais eficaz de combate à TB.

Residem em zona urbana 97,4 %. Ressaltando que a grande urbanização que deu seus primeiros passos na revolução industrial entre 1820 e 1840 e pode se dizer que se encontra em

um extremo avanço nos dias de hoje, é um fator de extrema importância para a realização de políticas públicas de promoção e prevenção da TB.

Com idade de quinze a dezenove anos 11,5, de vinte a vinte e nove anos 44,2 % e 40 a 49 anos 30,8 %. Segundo Furlan (2012) observou-se também que as faixas etárias com maior número de casos de TB foram as de 15 a 39 anos. Sendo que em apenas 3,6% dos casos foram em idade inferior a quinze anos. Sendo a faixa etária de quinze a quarenta e nove anos sendo a mais atingida demonstra, que indivíduos em idade produtiva foram os mais afetados. Esse padrão epidemiológico difere do encontrado em países europeus, em que a doença tem sido mais bem controlada e atinge outra camada da população: os idosos (PAIXAO, 2007)

A forma clínica da TB mais encontrada foi a pulmonar com 83,4 % sendo a mesma aquela que pode transmitir a TB, acomete a maioria dos pacientes, o que indica a necessidade de implementação de ações mais efetivas para romper a cadeia de transmissão dessa doença no Estado do Paraná (FURLAN, 2012).

Em 72,4 % não houve doença associada/AIDS e 16,7 % dos casos foram ignorados ou brancos. Segundo Lemos, (2008) O surgimento do HIV, no início dos anos 80, trouxe uma mudança no perfil clínico e epidemiológico da tuberculose. O Ministério da Saúde recomenda que todos os pacientes com tuberculose sejam submetidos ao teste sorológico para o HIV (BRASIL, 2009). Tal procedimento possibilita um diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, permitindo, quando indicado, o início da terapia antirretroviral, gerando uma consequente diminuição de sua morbidade e mortalidade e constituindo-se em uma importante ferramenta para a elaboração e execução de políticas públicas. (SILVA, GONCALVES, 2012). O que demonstra a importância dos 16,7 % dos casos que foram ignorados ou brancos, pois eles poderiam ser casos de TB associada a AIDS.

Entre o TDO indicado e realizado obteve-se a efetividade em 100% dos casos. Devido a notificação ocorrência da realização de 100 % do TDO indicado e realizado, e em contrapartida ter uma situação de encerramento na qual os índices de cura, óbito e abandono, não correspondem ao preconizado pelo Ministério da Saúde. Isto pode ser decorrente dos percentuais de não-notificação observados podem ser devidos a uma falha na qualidade do sistema de informação. Os casos podem não ter sido digitados no SINAN, mas estariam recebendo tratamento nas unidades de saúde. Embora não corresponda a um percentual elevado do total de casos, esses foram pacientes que tiveram desfechos graves, cujas características não foram informadas na principal base de dados da vigilância (SOUZA, PINHEIRO, 2011).

A situação de encerramento, no período do estudo realizado demonstrou que 57 % dos clientes fora, curados e abandonaram o tratamento 12,9%, Sendo que a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece como metas internacionais, pactuadas pelo governo brasileiro, a captação 70% dos casos de tuberculose estimados, cura de 85% e índice de abandono de até 5%. (SOUZA, PINHEIRO, 2011). Foram a óbito pela tuberculose 5,1%. Superando a média nacional (2,5 %). (BRASIL, 2011)

O número de óbitos por esta causa no Paraná é relativamente baixo quando comparado com o país como um todo, contudo, é significativo, pois se trata de doença com diagnóstico e tratamento disponível na atenção primária. (CECILIO, FERNANDES, MATHIAS, et al, 2013). Para que as ações de controle da tuberculose sejam efetivas, o PNCT orienta que essas ações sejam descentralizadas e o controle da tuberculose e a atenção básica sejam integrados para garantir a ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento. Essa integração deve incluir o modelo de Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF) (SOUZA, PINHEIRO, 2011)

## **CONCLUSÃO**

Este estudo permitiu traçar o perfil dos casos de TB em Foz do Iguaçu – PR registrados no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). O conhecimento desses aspectos constitui informações importantes para que os profissionais de saúde possam realizar

esforços contra o abandono do tratamento e o óbitos por TB, implementando o TDO especialmente para aqueles indivíduos que tenham as características identificados nesse estudo.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

AVELAR, M. C.Q. O conhecimento da equipe de enfermagem sobre cuidados com pacientes suspeitos ou portadores de tuberculose pulmonar - **Estudo exploratório, 2006.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de recomendações para o controle de tuberculose no Brasil. Brasília: **Ministério da Saúde, 2011.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. Brasília: **Ministério da Saúde, 2009.**

CECILIO, H. P. M; FERNADES, C. A. M; MATHIAS, T. A. F; MARCON, S.S. Perfil das internações e óbitos hospitalares por tuberculose. **Acta Paulista de Enfermagem, 2013; 26(3): 250-5**

FURLAN, M. C. R; OLIVEIRA, S. P; MARCON, S. S. Fatores associados ao abandono do tratamento de tuberculose no estado do Paraná. **Acta Paulista de Enfermagem. 2012; 25 (Número Especial 1):108-14.**

LEMONS A.C. Tuberculosis/HIV co-infection. **Jornal Brasileiro de Pneumologia, 2008;34 (10):753-5.**

MARQUIEVIZ, J; ALVES, I. S; NEVES, E. B; ULBRICHT, L. Estratégia de Saúde da Família no controle da tuberculose em Curitiba (PR). **Ciência e Saúde Coletiva, 2013.vol.18 no.1 Rio de Janeiro Jan.**

PAIXÃO, L. M; GONTIJO, E.D. Profile of notified tuberculosis cases and factors associated with treatment dropout. **Revista de Saúde Pública. 2007 41(2):205-13.**

SILVA, H.O; GONCALVES, M. L. C. Prevalência da infecção pelo HIV em pacientes com tuberculose na atenção básica em Fortaleza, Ceará. **Jornal Brasileiro de Pneumologia. 2012; 38(3): 382-385**

SOUZA, L. M. O; PINHEIRO, R. S. Óbitos e internações por tuberculose não notificados no município do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública ,2011; 45(1): 31-9.**

Endereço: Rua socó 120, Vila A. Foz do Iguaçu – PR, Brasil. Celular; 045 98247555